

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

---

ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ  
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

ΙΩΑΝΝΑ ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ  
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 20045

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΣΑΚΝΗ

Αθήνα, 2022

## Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια	Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό	Δρ. <b>ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΣΑΚΝΗ</b>	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
---------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	----------

Μέλος Καθηγήτρια	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	Δρ. <b>ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ</b>	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------

Μέλος	Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό	Δρ. <b>ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΙΕΛΛΑΣ</b>	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
-------	-------------------------------------	---------------------------------	----------

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

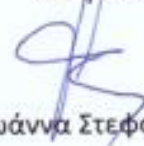
Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένη Ιωάννα Στεφανίδου του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 20045 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου 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 20/03/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



Ιωάννα Στεφανίδου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άτομο που πάσχει από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνει συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μείωση των προσωπικών του επιτευγμάτων. Η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης και την απώλεια ενσυναίσθησης, απαραίτητη για την άσκηση επαγγελματικών υγείας. Η ενσυναίσθηση διευκολύνει την ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί και να κατανοεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων που υποφέρουν. Ειδικά για τους επαγγελματίες υγείας, το burn out είναι η διαδικασία όπου ένας επαγγελματίας υγείας, που ήταν δεσμευμένος με τους ασθενείς τους στα πλαίσια της επαγγελματικής δεοντολογίας, γίνεται αναποτελεσματικός στη διαχείριση του άγχους και της συχνής συναισθηματικής επαφής με άλλους, βιώνει εξάντληση και αποδεσμεύεται από τους ασθενείς του.

Η έρευνά μας κατέδειξε ότι το εργασιακό άγχος εντείνεται από τις εργασιακές συνθήκες, όπως μη υποστηρικτικό περιβάλλον, μη ικανοποίηση από την εργασία, μειωμένη αυτοεκτίμηση και συναισθηματική ένταση. Η εμφάνιση του συνδρόμου εντείνεται από το φόρτο εργασίας, υψηλά επίπεδα στρες, συγκρούσεις με τους συναδέλφους, προϊσταμένους ή τους συγγενείς των ασθενών, ανεπαρκής χρόνος μελέτης, αυτονομία, ανεπάρκεια προσωπικού, περιορισμένη εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες και χαμηλές αμοιβές. Η ηλικία, συσχετίζεται με την εξουθένωση, αλλά δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί εάν ο βαθμός εξουθένωσης επηρεάζεται από την εργασιακή εμπειρία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, λόγω συγκρουόμενων αποτελεσμάτων των ερευνών. Σίγουρο είναι ότι ο βαθμός εξουθένωσης εξαρτάται από το τμήμα εργασίας του επαγγελματία υγείας, εάν η δομή είναι δημόσια ή ιδιωτική, σε αστικό κέντρο ή στην επαρχία. Το κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά τις αντίξοες συνθήκες που αντιμετωπίζει στο εργασιακό περιβάλλον είτε λόγω συμπεριφορών είτε λόγω της φύσης της εργασίας. Η ενσυναίσθηση και η αυτοσυμπόνια βοηθά το άτομο να γνωρίζει τις δυνατότητές του, να επενδύει στις ανθρώπινες σχέσεις και να δημιουργεί συνθήκες αυτοπροστασίας από το σύνδρομο. Η ατομική δράση, θα πρέπει να συνδυαστεί και με τις κατάλληλες αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον οργανωσιακές αλλαγές και με κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού απέναντι σε θέματα επαγγελματικής κόπωσης.

**Λέξεις Κλειδιά:** επαγγελματική εξουθένωση, burn out, ενσυναίσθηση, μη ικανοποίηση από την εργασία, επαγγελματίες υγείας και εξουθένωση

**ABSTRACT**

The person who suffering from burnout syndrome experiences emotional exhaustion, depersonalization, reduction of his personal achievements. Burnout is associated with the onset of depression and loss of consciousness, which is necessary for practicing health professions. Empathy facilitates the individual's ability to communicate and understand the thoughts and feelings of others who are suffering.

Especially for health professionals, burn out is the process where a health professional, who was committed to their patients in the context of professional ethics, becomes ineffective in managing stress and frequent emotional contact with others, experiences exhaustion and is released by them. his patients.

Our research has shown that work stress is exacerbated by work conditions such as a non-supportive environment, job dissatisfaction, decreased self-esteem and emotional tension. The onset of the syndrome is exacerbated by workload, high levels of stress, conflicts with colleagues, superiors or relatives of patients, insufficient study time, autonomy, staff shortages, limited training in communication skills and low pay.

Age is associated with burnout, but it cannot be confirmed whether the degree of burnout is influenced by work experience, gender, marital status, due to conflicting research results. It is certain that the degree of exhaustion depends on the work department of the health professional, whether the structure is public or private, in an urban center or in the provinces. Each person experiences differently the adverse conditions they face in the work environment either due to behaviors or due to the nature of work.

Empathy and self-compassion help a person to know their potential, to invest in human relationships and to create conditions for self-protection from the syndrome. Individual action should be combined with appropriate changes in the work environment, organizational changes and appropriate training of staff on issues of occupational fatigue.

**Keywords:** burnout, burn out, empathy, job dissatisfaction, health professionals and burnout

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω ανθρώπους που συνέβαλλαν, ο καθένας με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο, στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Γεωργία Τσάκνη για τη συνεχή και ουσιαστική βοήθεια, καθοδήγηση και πολύτιμες συμβουλές και την κατανόηση που έδειξε κατά την διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους καθηγητές μου, “Ανθρώπους”, με όλη την σημασία της λέξης, που καθ’ όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και όχι μόνο μεταλαμπάδευσαν της πολύτιμες γνώσεις αλλά και παρείχαν στήριξη και κατανόηση στις δύσκολες στιγμές.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου που υπήρξε ένα ανεκτίμητο στήριγμα για μένα καθ’ όλη την διάρκεια των σπουδών μου. Για την υπομονή τους, την αμέριστη δύναμη που μου πρόσφεραν όλο αυτό το διάστημα, για να μπορέσω να συνεχίσω.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
ABSTRACT .....	v
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ & Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ .....	5
1.1 Η έννοια της Ενσυναίσθησης.....	5
1.2 Η έννοια της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	11
1.2.1 Ορισμός.....	11
1.2.2 Αίτια Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	13
1.2.3 Στάδια Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	15
1.2.4 Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	16
1.2.5 Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	16
1.2.6 Ο ρόλος της Ηγεσίας στην Επαγγελματική Εξουθένωση.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	20
2.1 Η Ενσυναίσθηση στους Επαγγελματίες Υγείας.....	20
2.2 Η Εξουθένωση στους Επαγγελματίες Υγείας.....	25
2.3 Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες υγείας.....	30
2.4 Η Επίδραση της Πανδημίας πάνω στην Υγεία των Επαγγελματιών Υγείας.....	33
2.5 Μέτρα Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	41
3.1 Μοντέλα Μέτρησης της Ενσυναίσθησης.....	41
3.1.1 Μέτρηση της Ενσυναίσθησης.....	41
3.1.2 Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης ( <i>The Interpersonal Reactivity Index -IRI</i> ).....	42
3.1.3 <i>The Toronto Empathy Questionnaire</i> .....	45
3.1.4 <i>Self – Compassion Scale (SCS)</i> Κλίμακα Αξιολόγησης της Αυτοσυμπόνιας.....	46
3.2 Μοντέλα Μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	47
3.2.1 Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της <i>Maslach -MBI</i> .....	48
3.2.2 <i>Maslach Burnout Toolkit for Medical Personnel</i> .....	49
3.2.3 Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης για το Προσωπικό Υγείας ( <i>Staff Burnout Scale for Health Professionals – SBS-HP</i> ) .....	50
3.2.4 <i>Coping Orientations to Problems Experienced – COPE &amp; Brief COPE Scale</i> (Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων) .....	51
3.2.5 <i>Boyko’s Emotional Burnout Inventory</i> .....	54

<i>3.2.6 Emotional Empathy Tendency Scale (EETS) &amp; Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)</i> .....	55
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	57
<b>4.1 Η Αναγκαιότητα μελέτης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ενσυναίσθησης στους Επαγγελματίες Υγείας</b> .....	57
<b>4.2 Σκοπός και Στόχος της Έρευνας</b> .....	59
<b>4.3 Ερευνητικά Ερωτήματα</b> .....	60
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</b> .....	63
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	86
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	92
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ</b> .....	97
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ</b> .....	102
<b>ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ</b> .....	125
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b> .....	127
<b>I. Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (The Interpersonal Reactivity Index -IRI)</b> ..	127
<b>III. Self – Compassion Scale (SCS) Κλίμακα Αξιολόγησης της Αυτοσυμπόνιας</b> .....	130
<b>IV. Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach -MBI</b> .....	132
<b>V. Coping Orientations to Problems Experienced – COPE &amp; Brief COPE Scale (Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων)</b> .....	133
<b>VI. Boyko’s Emotional Burnout Inventory</b> .....	135
<b>VII. Emotional Empathy Tendency Scale (EETS)</b> .....	140
<b>VIII. Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)</b> .....	145



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτό, διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή κάθε εργαζόμενου, καθώς τα άτομα στον εργασιακό χώρο δαπανούν τον περισσότερο χρόνο από την καθημερινότητά τους. Τα επιμέρους ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διέπουν το κάθε εργασιακό περιβάλλον, δύναται να επηρεάσουν καταλυτικά, τόσο την σωματική όσο και την ψυχική υγεία του εργαζόμενου και είναι άμεσα συνδεδεμένα με την ικανοποίηση που λαμβάνει από την εργασία του το κάθε άτομο, το οποίο κατά επέκταση επηρεάζει ολόκληρη τη ζωή του (Δούκη 2018).

Το άγχος, θεωρείται για πάνω από τους μισούς περίπου ευρωπαίους εργαζόμενους σύνθητες φαινόμενο στο εργασιακό περιβάλλον. Αξίζει να επισημανθεί ότι πλήθος παραγόντων που μπορεί να επικρατούν στο χώρο εργασίας, όπως υπερβολικό φόρτο εργασίας, αντικρουόμενες απαιτήσεις, προβλήματα επικοινωνίας, έλλειψη υποστήριξης κ.α. μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, μειώνοντας την απόδοση των εργαζομένων και επηρεάζοντας την προσωπική ανάπτυξή τους, την ψυχική και σωματικής τους ευεξία.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, γνωστό και ως burnout, συνδέεται άμεσα με το εργασιακό στρες και την συναισθηματική εξάντληση του ατόμου, ενώ επηρεάζει άμεσα τόσο το άτομο όσο και την οικονομία, καθώς μέρες εργασίας χάνονται λόγω της εξουθένωσης, υπάρχει μείωση παραγωγικότητας, ενώ σημαντικός αριθμός εργαζομένων παραιτούνται λόγω της εξουθένωσης (Cooper, Rout and Faragher 1989).

Επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικοί και άλλα παρεμφερή επαγγέλματα είναι πιο επιρρεπή λόγω της φύσης τους στην εμφάνιση του συνδρόμου, ενώ έχουν αναπτυχθεί κάποια μοντέλα που προσπαθούν να διερευνήσουν την ανάπτυξη του συνδρόμου, μέσα από την αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος και κάποιες κλίμακες μέτρησής της, με σκοπό την μέτρηση, την μελέτη, την αξιολόγηση του σταδίου επαγγελματικής εξουθένωσης που βρίσκεται ο εργαζόμενος για την υλοποίηση διορθωτικών δράσεων μείωσης και αντιμετώπισής της (Burke and Greenglass 1993). Παράλληλα η ενσυναίσθηση είναι σημαντική για τους επαγγελματίες στο χώρο υγείας, καθώς προάγει τη συνεργασία με τους ασθενείς, συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση, την αποτελεσματική θεραπεία και την άμεση ανάρρωση, επηρεάζοντας το κίνητρό τους για να συνεχίσουν και να ακολουθήσουν μια θεραπεία, αλλά και να προσαρμοστούν στις

απώλειες που φέρνει μια χρόνια ασθένεια (Halpern 2001) και βοηθά τόσο στο να έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς, κατανοώντας τους (Silverman, Kurtz and Draper 2005) όσο και στο να έρχονται σε επαφή με το λοιπό προσωπικό, βελτιώνοντας την επικοινωνία, μειώνοντας τις συγκρούσεις αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα της παροχής υγείας (Ανδριανοπούλου και συν 2020).

Καθώς η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την απώλεια ενσυναίσθησης που απαιτείται για τους επαγγελματίες υγείας, κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθεί ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που διέπει τους επαγγελματίες υγείας.

Η εργασία περιλαμβάνει οκτώ κεφάλαια, όπου στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στην έννοια της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως προς τους ορισμούς, τα αίτια, τα στάδια, τα συμπτώματα του συνδρόμου, τις επιπτώσεις που έχει στην καθημερινή ζωή των ατόμων, καθώς και ο ρόλος της ηγεσίας στην επαγγελματική εξουθένωση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναφερόμαστε ειδικά στους επαγγελματίες υγείας, τη σημασία της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και τον αυξημένο κίνδυνο που έχουν για την εμφάνιση του συνδρόμου, τις επιπτώσεις και την επίδραση της πανδημίας για την εκδήλωση συναισθηματικής εξάντλησης καθώς και μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζουμε τα μοντέλα μέτρησης της ενσυναίσθησης (IRI, Toronto Empathy Questionnaire και SCS) και της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI, Maslach Burnout Toolkit for Medical Personnel, SBS-HP, COPE και Brief COPE) με ειδική αναφορά στους επαγγελματίες υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η αναγκαιότητα της μελέτης και η σημαντικότητά της, ο σκοπός και ο στόχος της, καθώς επίσης και τα ερευνητικά ερωτήματα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται το υλικό στο οποίο στηρίχθηκε η έρευνα και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, ώστε να είναι έγκυρη, αξιόπιστη και σημαντική. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο λαμβάνει χώρα η ανάλυση των δεδομένων όπως προέκυψαν από την έρευνα, ενώ στο έβδομο κεφάλαιο ακολουθεί αναλυτική συζήτηση των ευρημάτων και στο όγδοο κεφάλαιο προτάσσονται συμπεράσματα και προτάσεις σύμφωνα με τα ευρήματα και την ανάλυσή τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ & Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ**

### **1.1 Η έννοια της Ενσυναίσθησης**

Η έννοια της ενσυναίσθησης σχετίζεται με μια πτυχή της προσωπικότητας που είναι πολύ σημαντική για τις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς διευκολύνει την ικανότητα του ατόμου στο επίπεδο της επικοινωνίας. Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα της «εμβίωσης» της κατάστασης του άλλου, της κατανόησης της θέσης του, των σκέψεων και των αισθημάτων του μέσω της συναισθηματικής συμμετοχής. Οι περισσότεροι ερευνητές, συμφωνούν στην άποψη ότι η ενσυναίσθηση είναι μια διεργασία πολλαπλών επιπέδων, η οποία επηρεάζεται τόσο από προσωπικούς λόγους, όσο και αναπτυξιακούς και κοινωνικούς παράγοντες (Μαλικιώση – Λοΐζου 2003). Σύμφωνα με τους Greenberg and Elliott (1997), ο άνθρωπος που διαθέτει την ικανότητα της ενσυναίσθησης προσπαθεί να μπει και να λειτουργήσει σύμφωνα με το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του συνομιλητή του, ενώ ταυτόχρονα βρίσκεται σε ενσυναίσθητη επαφή με τον εσωτερικό του κόσμο. Η ενσυναίσθηση μπορεί να διακριθεί σε έμφυτη και επίκτητη αλλά και στην επαγγελματική ενσυναίσθηση, γνωστή και ως γνωστική ενσυναίσθηση και στην συναισθηματική ενσυναίσθηση, που ονομάζεται βασική ή συναισθηματική ή ενσυναίσθηση χαρακτήρων. Η έμφυτη ενσυναίσθηση αναπτύσσεται στον άνθρωπο παράλληλα με την πορεία της ζωής του, ενώ η επίκτητη αποκτάται μέσω της μάθησης και της εξάσκησης (Alligood, 1992).

Η ενσυναίσθηση θεωρείται ότι αποτελείται από δύο κύρια συστατικά, τα οποία περιλαμβάνουν την συναισθηματική ενσυναίσθηση, την ικανότητα δηλαδή του ατόμου να αισθάνεται συμπόνια ή παρόμοια συναισθήματα με αυτά που βιώνει ένα άλλο άτομο και τη γνωστική ενσυναίσθηση, την ικανότητα να λαμβάνει κάποιος τη νοητική προοπτική των άλλων και να κατανοεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Μέσα σε κάθε συνιστώσα της ενσυναίσθησης, υπάρχουν υποτομείς που έχουν διαφορετικές επιδράσεις στη συγκίνηση, ευεξία, και στις συμπεριφορές προς τους άλλους, όπως δράσεις εθελοντισμού, δωρεών κλπ. (Sze et.al. 2012).

Η ενσυναίσθηση μπορεί να μετρηθεί ως μια γενική τάση, (δηλαδή ένα χαρακτηριστικό), ή ως μια στιγμιαία συναισθηματική απόκριση (δηλαδή κατάσταση) ή ως μια συμπεριφορά του ατόμου (Singer and Klimecki 2014).

Η ενσυναίσθηση τείνει να εμφανίζεται όταν παρατηρούμε τη σωματική ή/και συναισθηματική ταλαιπωρία των άλλων και μοιάζει να είναι η συναισθηματική αντίδραση στον πόνο των άλλων που συνεπάγεται βίωμα συναισθημάτων που είναι ίδια ή παρόμοια με αυτά του ατόμου που υποφέρει. Το άτομο αισθάνεται συμπάθεια ή βιώνει συναισθήματα αγωνίας. Ένα άτομο μπορεί να βιώσει συμπόνια ή συμπάθεια ως απάντηση στο βάσανο ενός άλλου ατόμου, το οποίο είναι ένας υποτομέας συναισθηματικής ενσυναίσθησης που ονομάζεται «ενσυναίσθηση» (Batson 1991).

Κρίνεται ότι μπορεί να είναι ο τρόπος αντίδρασης του οργανισμού, προκειμένου να μειωθούν τα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων που μπορεί να βιώσει κάποιος όταν βλέπει τον πόνο του άλλου. Αντίθετα, εάν ένα άτομο δεν είναι σε θέση να ρυθμίσει τα αρνητικά συναισθήματά του λόγω της παρατήρησης του πόνου των άλλων και να τα αντισταθμίσει, μπορεί να βιώσει τον υποτομέα της ενσυναίσθησης ή της προσωπικής δυσφορίας, που είναι ένα συναίσθημα ότι κατακλύζεται από άγχος, αγωνία και αρνητικά συναισθήματα λόγω του πόνου που βιώνουν οι άλλοι. Εκτός από τη ρύθμιση των συναισθημάτων, άλλες ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι χρήσιμες για την αύξηση των επιπέδων ενσυναίσθησης και τη μείωση της προσωπικής δυσφορίας, όπως η ενασχόληση με τον διαλογισμό και με πράξεις αγάπης και προσφοράς. Το γνωστικό στοιχείο της ενσυναίσθησης περιλαμβάνει την ικανότητα κάποιου να κατανοεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων που υποφέρουν (Decety and Hodges 2006). Ένας υποτομέας της γνωστικής ενσυναίσθησης είναι η λήψη προοπτικής, η οποία περιλαμβάνει το να μπαίνει κανείς νοητικά στη θέση ενός άλλου ατόμου προκειμένου να κατανοήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Η λήψη προοπτικής μπορεί να περιλαμβάνει διαδικασίες όπως η φαντασία, η αυτοβιογραφική μνήμη και η μελλοντική σκέψη καθώς ένα άτομο προσπαθεί να καθορίσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η ενεργής προσπάθεια συμμετοχής στη λήψη προοπτικής μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση στα στιγμιαία επίπεδα συναισθηματικής ενσυναίσθησης. Επιπρόσθετα, άλλος υποτομέας της γνωστικής ενσυναίσθησης είναι η θεωρία του νου, η οποία περιλαμβάνει την ακριβή ανίχνευση των ψυχικών καταστάσεων των άλλων και μας επιτρέπει να καταλάβουμε ότι οι άλλοι μπορεί να έχουν διαφορετική οπτική από τη δική μας. Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα ανίχνευσης λεπτών αλλαγών στις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων που μπορεί να βασίζονται σε ικανότητες όπως η αναγνώριση συναισθημάτων και η κοινωνική γνώση. Αυτοί οι υποτομείς μπορεί να αλληλεπιδρούν έτσι ώστε τα άτομα να μπορούν να ανιχνεύουν με ακρίβεια τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις προθέσεις των

άλλων. Επίσης παρουσιάζονται διαφορές που σχετίζονται με την ηλικία, τους ψυχολογικούς και νευρικούς μηχανισμούς της συναισθηματικής και γνωστικής ενσυναίσθησης. (Beadle and Vega 2019).

Το γνωστικό στοιχείο της ενσυναίσθησης θεωρείται ότι αποτελείται από πολλαπλούς υποτομείς που περιλαμβάνουν τη θεωρία του νου, την ενσυναίσθηση ακρίβειας και τη προοπτική ανάληψης (Rankin, Kramer and Miller 2005). Η θεωρία του νου είναι η ικανότητα που έχει το άτομο να ανιχνεύσει τις νοητικές καταστάσεις και τις προθέσεις των άλλων (Premack and Woodruff 1975), ενώ η προοπτική ανάληψης είναι η ικανότητα να υιοθετήσει τις νοητικές καταστάσεις των άλλων, συνήθως μέσω από το να φανταστούμε την άποψή τους (Healey and Grossman 2016).

Ένα σχετικό κατασκευάσμα, είναι η ικανότητά μας να διακρίνουμε με ακρίβεια τα συναισθήματα και τις σκέψεις ενός άλλου προσώπου (Richter and Kunzmann 2011). Αυτοί οι τρεις υποτομείς αλληλεπιδρούν για να δώσουν τη δυνατότητα στα άτομα να κατανοήσουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις προθέσεις των άλλων.

Η ενσυναίσθηση είναι επίσης αναπόσπαστο μέρος της ηθικής ανάπτυξης και ένα σημαντικό κινητήριο συστατικό της προκοινωνικής και αλτρουιστικής συμπεριφοράς (Eisenberg 2000).

Έτσι, η ικανότητα ενός ατόμου να ρυθμίζει τα συναισθήματά του μπορεί να διαφέρει. Κάποιος μπορεί να αντιδράσει στα αρνητικά συναισθήματα των άλλων, με συμπάθεια και προσωπική στενοχώρια, ενώ κάποιος άλλος μπορεί να εκφράσει με αντιπάθεια και θυμό. Τα άτομα με καλό στυλ ρύθμισης δείχνουν συμπάθεια στις ανάγκες των άλλων, μεταμορφώνουν την ανταπόκριση με κατάλληλο τρόπο στην κατάσταση των άλλων (π.χ. παρηγορώντας, κατανοώντας) και είναι πιο πιθανό να βοηθήσουν τους άλλους (Eisenberg and Fabes 1990). Αντίθετα, τα άτομα με κακό στυλ ρύθμισης κατακλύζονται από τα αρνητικά συναισθήματα των άλλων και αντιδρούν με αποφυγή (Zahn-Waxler et al. 1995) αντικοινωνική συμπεριφορά ή ακόμα και επιθετικότητα και αυξημένη προσωπική δυσφορία (Miller and Eisenberg 1988).

Οι έρευνες καταδεικνύουν κάποιους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση, όπως η ηλικία, το φύλο, η προσωπικότητα, η εκπαίδευση, η ηθική, οι κοινωνικές δεξιότητες που έχει το άτομο και η νοημοσύνη (Μαλικιώση – Λοϊζου 2003).

Συγκεκριμένα οι θεωρητικοί πιστεύουν ότι η ενσυναίσθηση εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο ανάμεσα στην παιδική και την ενήλικη ηλικία. Οι μελέτες στο χώρο της αναπτυξιακής θεωρίας δείχνουν ότι ακόμα και τα πολύ μικρά παιδιά, κάτω από 3 έτη, μπορούν να αντιδράσουν συναισθηματικά όταν παρατηρούν τους άλλους (Goleman

1997) στο θυμητικό επίπεδο και όχι γνωστικά. Αυτό το είδος την ενσυναίσθηση εμφανίζεται μετά τα 7 έτη (Gladstein 1987). Οι διαφορές ως προς την ενσυναίσθηση που συναντάμε στις διάφορες ηλικίες δεν είναι αποδεδειγμένο εάν οφείλονται στην ωρίμανση ή στη διαδικασία της μάθησης. Κάποιοι θεωρητικοί πιστεύουν ότι η ενσυναίσθηση εξελίσσεται στη πορεία της ζωής του ατόμου, ως αποτέλεσμα της διαδικασίας μίμησης προτύπων που υπάρχουν στο περιβάλλον του (Gottman, Katz and Hooven 1996), ενώ άλλοι εστιάζουν στο ρόλο της οικογένεια και τις σχέσεις που υπάρχουν στα μέλη της (Feshbach 1997).

Οι ερευνητές έχουν τονίσει τον σημαντικό ρόλο της ενσυναίσθησης στη συνεχή ανάπτυξη και προσαρμογή στην ενήλικη ζωή. Παρόλα αυτά, σε αντίθεση με τις έρευνες στη πρώιμη ηλικία, μελέτες για τον τρόπο ανάπτυξης της ενσυναίσθησης στα ενήλικα χρόνια είναι πολύ περιορισμένες και προέρχονται κυρίως από συγχρονικές μελέτες και όχι από διαχρονική έρευνα. Επομένως, ένα ανοιχτό ερώτημα είναι εάν η ενσυναίσθηση δείχνει γενικές μακροπρόθεσμες αλλαγές στην ενήλικη ζωή και εάν μπορεί να αλλάξει με συγκεκριμένους τρόπους ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Η γενική βιβλιογραφία για τα συναισθήματα, για την ενηλικίωση και τη γήρανση παρέχει ένα μικτό μοτίβο ευρημάτων. Από τη μία πλευρά, οι ηλικιωμένοι συχνά αναφέρουν καλύτερες ικανότητες ρύθμισης των συναισθημάτων από τους νεαρούς ενήλικες (Birditt and Fingerman 2005). Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι μεγαλύτεροι ενήλικες μπορεί να έχουν καλύτερη ενσυναίσθηση από τους νεαρούς ενήλικες. Από την άλλη πλευρά, ορισμένα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η ικανότητα των ηλικιωμένων να επεξεργάζονται πολύπλοκες συναισθηματικές πληροφορίες μειώνεται συχνά και τείνουν να βασίζονται περισσότερο σε στερεότυπες πληροφορίες από ότι κάνουν οι νεότεροι ενήλικες. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν πιθανά ελλείμματα στην ενσυναίσθηση των ηλικιωμένων. Πολύ χρήσιμη προς αυτή τη διερεύνηση είναι η μελέτη των Gruhn et.al. (2008) σχετικά με την ενσυναίσθηση σε μια διαχρονική μελέτη σε βάθος δώδεκα ετών (1992-2004), όπου οι διαχρονικές συσχετίσεις της ηλικίας με την ενσυναίσθηση αποκάλυψαν διαφορετικά μοτίβα. Ενώ οι συγχρονικές αναλύσεις έδειξαν ότι οι μεγαλύτεροι ενήλικες σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στην ενσυναίσθηση από τους νεότερους ενήλικες, οι διαχρονικές αναλύσεις δεν έδειξαν μείωση της ενσυναίσθησης που σχετίζεται με την ηλικία. Το ότι η ενσυναίσθηση παρέμεινε αρκετά σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των ενηλίκων έχει δύο σημαντικές συνέπειες για την αναπτυξιακή ψυχολογία. Πρώτον, τα θεμέλια της ενσυναίσθησης φαίνεται να χτίζονται νωρίς στη ζωή (δηλαδή, από τη βρεφική ηλικία έως την εφηβεία) αντί να αναπτύσσονται συνεχώς

κατά τη διάρκεια της ζωής των ενηλίκων. Αυτό είναι σύμφωνο με τις προτάσεις ότι οι κοινές αναπαραστάσεις του εαυτού αναπτύσσονται ήδη στη βρεφική ηλικία και αποτελούν τα δομικά στοιχεία για τις κοινωνικές συναλλαγές στα επόμενα χρόνια (Meltzoff 2007). Δεύτερον, η ενσυναίσθηση - ή τουλάχιστον η αντίληψη και η εξωτερική της παρουσίαση - φαίνεται να διατηρείται καλά μέχρι τα βαθιά γεράματα. Αν και υπάρχει η σταθερότητα στην τρίτη ηλικία, η φύση της ενσυναίσθησης μπορεί να είναι διαφορετική σε διαφορετικές ηλικίες. Κάποιος μπορεί να υποθέσει ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να γίνει πιο απλοϊκή και σχηματική λόγω των χαμηλότερων επιπέδων διαφοροποίησης του εαυτού στην τρίτη ηλικία, αλλά μπορεί να εξακολουθεί να είναι λειτουργικός στις κοινωνικές σχέσεις. Ωστόσο, αυτή η θετική άποψη της ενσυναίσθησης μπορεί να έχει τα όριά της σε πολύ μεγάλη ηλικία (δηλαδή, 85+ ετών), κατά την οποία οι πτώσεις που σχετίζονται με την υγεία αυξάνονται σημαντικά και αρχίζουν να επηρεάζουν την κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία των ατόμων (Kunzmann, Little and Smith 2000).

Σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι η συσχέτιση της ενσυναίσθησης με τα μέτρα υποκειμενικής ευημερίας. Τα άτομα με ενσυναίσθηση φαίνονται να είναι πιο ικανοποιημένα από τη ζωή τους και έχουν περισσότερα θετικά συναισθήματα, λιγότερα αρνητικά συναισθήματα και λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τα άτομα με λιγότερο ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση συνδέεται θετικά με την ψυχολογική ευημερία των ανθρώπων. Τα άτομα με υψηλή ενσυναίσθηση ενδιαφέρθηκαν ιδιαίτερα για τις θετικές σχέσεις με τους άλλους και τη δική τους προσωπική ανάπτυξη. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι παρόλο που τα άτομα με ενσυναίσθηση προσεγγίζουν τους άλλους και ενδιαφέρονται για τους άλλους, εκτιμούν επίσης το νόημα και τη σημασία των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων για τη δική τους ανάπτυξη. Η ενσυναίσθηση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος των σχέσεων που ανταποκρίνονται, που αποτελούν κρίσιμο μέρος της θετικής εξέλιξης. Οι μικρές αλλά σημαντικές επιδράσεις των δεικτών θετικής εξέλιξης στην αλλαγή της ενσυναίσθησης υποδηλώνουν ότι η θετική ανάπτυξη ενθαρρύνει επίσης περαιτέρω ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, επειδή τα άτομα με υψηλή θετική συναίσθηση, υψηλή αυτοαποδοχή και χαμηλής έντασης κατάθλιψη παρουσίασαν αυξήσεις στην ενσυναίσθηση με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, τα άτομα που εκπέμπουν ζεστασιά και θετική αυτοεκτίμηση μπορεί να προσελκύουν κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που προάγουν τις ικανότητές τους για ενσυναίσθηση (Erikson 1968). Αυτό υποδηλώνει ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να ενισχύσει τη συναισθηματική φύση των θετικών αλληλεπιδράσεων, αλλά δεν αλλάζει απαραίτητα τη συναισθηματική ποιότητα των

αρνητικών αλληλεπιδράσεων. Τα άτομα με υψηλή ενσυναίσθηση μπορεί να εμφανίζουν συμπεριφορές που διευκολύνουν τους άλλους να σχετιστούν μαζί τους, καθώς μπορεί να στέλνουν «θετικές προσκλήσεις» σε άλλους, στις οποίες οι άλλοι, με τη σειρά τους, βρίσκουν εύκολο να ανταποκριθούν με εξίσου θετικούς και ευχάριστους τρόπους. Τα άτομα με υψηλή ενσυναίσθηση μπορεί να έχουν μια στάση που διευκολύνει την καλλιέργεια κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.

Άλλες έρευνες έχουν εστιάσει στη σχέση της ενσυναίσθησης με το φύλο. Οι Eisenberg and Lennon (1983) κατέδειξαν ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερη ενσυναίσθηση από τους άνδρες. Η διαφορά όμως αυτή ανάμεσα στα δύο φύλα, φαίνεται να οφείλεται σε διαφορετικά κίνητρα και όχι σε διαφορές στις ικανότητες ενσυναίσθησης. Οι γυναίκες τείνουν να έχουν περισσότερα κίνητρα και να προσανατολίζονται στις συναισθηματικές καταστάσεις των άλλων, από ότι οι άντρες. (Roberts and Pennebaker 1995) Η μελέτη των Gruhn et al (2008) κατέδειξε λίγα εμπειρικά στοιχεία για τις επιρροές των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών (εκτός της ηλικίας) στην ενσυναίσθηση. Ειδικότερα, το φύλο και η εθνικότητα δεν σχετίζονταν με την ενσυναίσθηση.

Επίσης, άλλες μελέτες εστιάζουν στο ότι η εκπαίδευση σχετίζεται θετικά με την ενσυναίσθηση (Phillips, MacLean and Allen 2002) και ότι ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, κατά μέσο όρο, συσχετίστηκε με μεγαλύτερη ενσυναίσθηση. Η εκπαίδευση και η εμπειρία μπορεί να διευκολύνουν τη θετική καλλιέργεια των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Ειδικότερα, άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να ζουν σε πιο σύνθετα κοινωνικά περιβάλλοντα (π.χ. αναλαμβάνουν πιο συχνά ηγετικές θέσεις) που απαιτούν και διεγείρουν την ανάπτυξη πιο εκλεπτυσμένων ικανοτήτων ενσυναίσθησης, λόγω πιο περίπλοκων σχέσεων και αλληλεπιδράσεων.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να αποτελέσει και μια δύναμη που να είναι επικίνδυνη για το άτομο (Tone and Tully 2014), καθώς μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε συναισθηματική εξάντληση, ενοχή, άγχος και κατάθλιψη (Wrobel 2013). Λόγω του ότι η ενσυναίσθηση είναι μια συμπεριφορά και διδάσκεται, προτείνεται ότι θα πρέπει να υπάρχουν παρεμβάσεις καταστολής της, ώστε να μειωθεί ένα πιθανό αρνητικό αντίκτυπο που μπορεί να έχει στο άτομο, γεγονός που αμφισβητείται (Campbell – Yeo, Latimer and Johnston 2008). Αντίθετα, ως μέτρα αντιμετώπισης μιας τέτοιας πιθανότητας, προτείνονται η εκπαίδευση, η επαναλαμβανόμενη έκθεση του ατόμου σε δύσκολες καταστάσεις, η βελτίωση της εμπειρίας και των συνθηκών εργασίας.



## 1.2 Η έννοια της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

### 1.2.1 Ορισμός

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης συναντάται για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger (1974) και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας γενικά αποδεκτός όρος για αυτό το φαινόμενο.

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέεται άμεσα με την ψυχική και σωματική καταπόνηση του εργαζομένου και είναι άμεσα συνυφασμένη με την αίσθηση εξάντλησης που νοιώθει ο εργαζόμενος τόσο σε σωματικό επίπεδο όσο και σε ψυχικό, γεγονός που τον δυσκολεύει να μπορεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις που συνδέονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Οι έντονοι ρυθμοί ζωής και το απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον έχουν αυξήσει την εμφάνιση του συνδρόμου, με αποτέλεσμα η επαγγελματική εξουθένωση να συγκαταλέγεται ανάμεσα στις τέσσερις πιο συχνά αναφερόμενες εργασιακές ασθένειες (Paoli and Merllie 2001).

Εξαιτίας αυτού, οι άνθρωποι που εμφανίζουν συμπτώματα εξουθένωσης, ντρέπονται να ζητήσουν βοήθεια καθώς συχνά το περιβάλλον εργασίας δεν τους υποστηρίζει, είτε γιατί υποβαθμίζουν τα συμπτώματα και θεωρούν ότι μια μέρα ξεκούρασης θα βοηθήσει, είτε γιατί φοβούνται ότι μειώνοντας χρόνο από την εργασία τους και επενδύοντας σε χρόνο για τον εαυτό τους θα τους κάνει πιο αδύναμους και πιο ευάλωτους ή θεωρούν ότι δουλεύοντας πιο σκληρά η εξουθένωση θα ξεπεραστεί. Η εξουθένωση στο χώρο εργασίας, συνδέεται με το αίσθημα της υπερβολικής σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που πλέον επηρεάζει όχι μόνο τα στελέχη επιχειρήσεων, όπως αρχικά είχε διερευνηθεί, αλλά πλήθος επαγγελματιών που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας, τους εκπαιδευτικούς, τους ανταποκριτές πρώτης γραμμής κλπ.

Η εργασιακή εξουθένωση αποτελεί ένα πολυσύνθετο και πολυδιάστατο προϊόν συναισθηματικής εξάντλησης, με αισθήματα αποπροσωποποίησης και μειωμένων ατομικών επιτευγμάτων, η οποία εμφανίζεται σε άτομα που εργάζονται με ένταση και υπό καθεστώς χρονικής πίεσης σε ομάδες έργου (Σταυριανόπουλος και συν 2011).

Η επαγγελματική εξουθένωση, ορίζεται ως μια προοδευτική απώλεια ιδεαλισμού, ενέργειας και σκοπού που βιώνουν οι άνθρωποι στα επαγγέλματα παροχής βοήθειας στον άνθρωπο, ως αποτέλεσμα των συνθηκών εργασίας τους (Edelwich and Brodsky 1980).

Για τους επαγγελματίες υγείας, η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης ορίζεται αρχικά από την Maslach (1982) ως το σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, όπου ο εργαζόμενος παύει να είναι ικανοποιημένος από τη απόδοσή του και την ίδια την

δουλειά του, χάνει τον ενδιαφέρον του για αυτή, σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και χάνει κάθε θετικό συναίσθημα που είχε προς τους ασθενείς του.

Σύμφωνα με τον Muldary (1983), το burnout είναι η διαδικασία με την οποία κάποιος επαγγελματίας υγείας, που ήταν δεσμευμένος με τους ασθενείς του στα πλαίσια της επαγγελματικής δεοντολογίας, γίνεται αναποτελεσματικός στη διαχείριση του άγχους και της συχνής συναισθηματικής επαφής με άλλους, βιώνει εξάντληση και ως αποτέλεσμα αποδεσμεύεται από τους ασθενείς.

Παράλληλα, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια μακροχρόνια και σταδιακή αντίδραση του οργανισμού απέναντι στο στρες που βιώνει. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η εξουθένωση ονομαζόταν σύνδρομο στρες, αλλά πρόσφατα ο ΠΟΥ εμπλούτισε τον ορισμό και πλέον η εξουθένωση αναφέρεται στο διαγνωστικό εγχειρίδιο του οργανισμού ICD (International Classification of Diseases) στην εξάντληση, ως σύνδρομο που εκφράζεται ως αποτέλεσμα χρόνιου στρες στον εργασιακό χώρο και το οποίο δεν έχει αντιμετωπιστεί με επιτυχία (<https://www.healthline.com>). Στην τελευταία 11<sup>η</sup> Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD-11) η εξουθένωση (burnout) περιλαμβάνεται ως επαγγελματικό φαινόμενο, και όχι ως ιατρική κατάσταση καθώς περιγράφεται ανάμεσα στους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ή την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και δεν ταξινομείται ως ασθένεια ή κατάσταση υγείας. Συγκεκριμένα ορίζεται « *To Burnout, είναι ένα σύνδρομο το οποίο εκλαμβάνεται ως αποτέλεσμα χρόνιου στρες στο χώρο εργασίας και που δεν έχει αντιμετωπιστεί με επιτυχία και χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις*»:

- Αίσθημα εξάντλησης ή εξάντλησης της ενέργειας
- Αυξημένη ψυχική απόσταση από τη δουλειά ή συναισθήματα αρνητισμού ή κυνισμού που σχετίζονται με τη δουλειά και
- Μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα (<https://www.who.int>).

Η επαγγελματική εξουθένωση συμπεριλαμβανόταν και στο προηγούμενο εγχειρίδιο ICD -10, αλλά ο πρόσφατος ορισμός είναι πιο πλήρης και η αλλαγή στον ορισμό είναι καθοριστικής. Καθώς από τη μια μπορεί να βοηθήσει στην εξάλειψη του στίγματος που περιβάλλει την επαγγελματική εξουθένωση, αλλά και από την άλλη ο ΠΟΥ θα μπορέσει να ξεκινήσει την ανάπτυξη οδηγιών, βασισμένων σε τεκμήρια, που να προωθούν την ψυχική ευημερία στο χώρο της εργασίας. Προτείνεται, επίσης, οι οργανισμοί να

προβούν σε τροποποιήσεις στο χώρο εργασίας που να μπορούν να αποτρέψουν την εξουθένωση.

Επιπρόσθετα, πλήθος ερευνών καταδεικνύουν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης, ενώ εμφανίζουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά (Iacovides et al 2003). Η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από την συναισθηματική εξάντληση που νοιώθει το άτομο, την αποπροσωποποίηση και την μείωση των προσωπικών του επιτευγμάτων, ενώ θεωρείται παράγοντας εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης. Από την άλλη, η ίδια η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αισθήματα κόπωσης, μείωσης της ενεργητικότητας του ατόμου καθώς και μείωσης της ενέργειας αλλά και αίσθηση απώλειας κάθε ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος. Συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση, και κατά επέκταση η θλίψη και η κόπωση που βιώνει το άτομο, συνιστώσες που υπάρχουν και όταν το άτομο βιώνει κατάθλιψη (Leiter and Durup 1994).

### ***1.2.2 Αίτια Επαγγελματικής Εξουθένωσης***

Οι βασικότερες αιτίες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον, όπως ο φόρτος εργασίας, οι σχέσεις με τους συναδέλφους και το αίσθημα μη συμπαράστασης από αυτούς, η έλλειψη κινήτρων και αξιών που δίνονται από το εργασιακό περιβάλλον και κατά επέκταση η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία (Dolan 1987), που οδηγούν σε μείωση της αυτοεκτίμησης (Kobasa, Maddi and Kahn, 1982). Επίσης, στρεσογόνοι παράγοντες που εντείνουν το εργασιακό άγχος, είναι η πρόσθετη προσπάθεια που απαιτείται με τις περισσότερες ώρες εργασίας, η αυξημένη ένταση όπως εργασία με ταχύτερο ρυθμό αλλά και η επικίνδυνη δράση κατά την εργασία, όπως η παράβλεψη των κανόνων ασφαλείας. Με αυτόν τον τρόπο, προάγεται ένα εκτεταμένο μοντέλο από αντικειμενικούς εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως το εργασιακό άγχος, η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση (Bussing and Glaser 2010).

Το εργασιακό άγχος εντείνεται από τις εργασιακές συνθήκες, όπως ο φόρτος εργασίας, (Cherniss 1980) το μη υποστηρικτικό περιβάλλον από το λοιπό προσωπικό, (Landsbergis 1988) η μη ικανοποίηση από την εργασία του (Firth et al 1986), ενώ η μειωμένη αυτοεκτίμηση και η συναισθηματική ένταση κατά την εργασία εντείνουν την εμφάνιση του φαινομένου (Dolan 1987).

Επιπλέον, παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως φόρτος εργασίας (Ζιώγου και συν 1998), υψηλά επίπεδα στρες (Ντάτσης και συν 2005), συγκρούσεις με τους

συναδέλφους (Antoniou and Antonodimitrakis 2001) ή με τους προϊσταμένους (Ζιώγιο και συν 1998) ή τους συγγενείς των ασθενών (Brokalaki et al 2001), ανεπαρκής χρόνο μελέτης (Cooper, Dewe and O'Driscoll 2001), αυτονομία, ανεπάρκεια προσωπικού (Burke and Greenglass 2001), περιορισμένη εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες (Firth et al 1986) και χαμηλές αμοιβές (Kahn et al 1964) εντείνουν την εμφάνιση του φαινομένου.

Τέλος, οι ατομικοί παράγοντες που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, είναι η ηλικία, όπου φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με την εξουθένωση (Κανδρή, Καλέμη και Μόσχος 2004), καθώς ο βαθμός εξουθένωσης φαίνεται να είναι υψηλότερος στο προσωπικό με την μικρότερη εργασιακή εμπειρία (Allen 2002). Όσον αφορά την επίδραση του φύλου στο βαθμό εξουθένωσης, κάποιες έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα (Strachota et al 2003), ενώ άλλες δεν παρουσιάζουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (Ahlburg and Brown-Mahoney 1996). Οι παντρεμένες γυναίκες έχουν χαμηλότερα ποσοστά εξουθένωσης από τις άγαμες, και φαίνεται ότι ο γάμος έχει θετική προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση του συνδρόμου στις γυναίκες (Κανδρή, Καλέμη και Μόσχος 2004).

Η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται άμεσα με το εργασιακό άγχος και τις συνθήκες που το εντείνουν στο εργασιακό περιβάλλον. Αναζητώντας τους παράγοντες που εντείνουν το εργασιακό άγχος και δυσχεραίνουν τις καθημερινές συνθήκες εργασίας, θα πρέπει να αναφερθούμε και στο σύνδρομο της εργασιακής παρενόχλησης που εμφανίστηκε στις μέρες μας.

Πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι το σύνδρομο εργασιακής παρενόχλησης, γνωστό ως mobbing, το οποίο εμπεριέχει διάφορες μορφές συστηματικής και διαρκούς ψυχολογικής επίθεσης του ατόμου, εντείνει το εργασιακό στρες και μπορεί να οδηγήσει το άτομο ακόμα και σε παραίτηση από την εργασία του. Η παρενόχληση αυτή εκφέρει επιθετικότητα ψυχολογικής φύσης, η οποία στηρίζεται σε μια σχέση εξουσίας ανάμεσα στον θύτη και το θύμα, όπου το άτομο που νοιώθει απειλή, δημιουργεί μια ολόκληρη εκστρατεία στον εργασιακό χώρο, με στόχο την επιθυμία εξόντωσης του άλλου ατόμου που θεωρείται στόχος (Αυγουστίδου και Παπαντώνη 2016).

Αναμφίβολα, οι συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον, η κατανομή του φόρτου εργασίας και οι στρατηγικές διαχείρισης του στρες αποτελούν βασικούς παράγοντες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

### **1.2.3 Στάδια Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Η επαγγελματική εξουθένωση εξελίσσεται σταδιακά ακολουθώντας τα εξής τέσσερα στάδια: το στάδιο του ενθουσιασμού, το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας, το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης και τέλος το στάδιο της απάθειας. Συγκεκριμένα, το πρώτο στάδιο σχετίζεται με την περίοδο που ο επαγγελματίας εισέρχεται στον εργασιακό χώρο με μη ρεαλιστικούς στόχους και αφορά τις προσδοκίες που έχει από τον εαυτό του και το εργασιακό περιβάλλον. Το άτομο εστιάζει στην δουλειά του, αφιερώνει πολλές ώρες, εμπλέκεται συναισθηματικά και υπερεπενδύει στις σχέσεις με τους ασθενείς, ενώ προσδοκά να λάβει τη μέγιστη ηθική και υλική ανταμοιβή.

Στο δεύτερο στάδιο ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι αφιερώνει πολλά στην εργασία του, αλλά δεν λαμβάνει την ζητούμενη ικανοποίηση και δεν καλύπτονται οι προσδοκίες του. Αρχικά θεωρεί ότι αυτή η ανεπάρκεια οφείλεται στον ίδιο, οπότε προσπαθεί να βελτιώσει τις επαγγελματικές του γνώσεις και δεξιότητες, ακολουθεί προγράμματα κατάρτισης ή μετεκπαίδευσης και σεμινάρια για ανάπτυξη περαιτέρω δεξιοτήτων. Καθώς ο χρόνος περνά, αρχίζει να στρέφει τις αιτίες του προβλήματος στο εργασιακό περιβάλλον. Αρχίζει να βλέπει τις δυσκολίες που υπάρχουν σε αυτό, όπως το μισθό, το ωράριο, τις σχέσεις με τους συναδέλφους κλπ, αλλά ακόμα δεν απομυθοποιεί το ιδανικό πρότυπο που είχε και τους υπερβολικούς στόχους και προσδοκίες του.

Αυτό θα οδηγήσει αναπόφευκτα στο τρίτο στάδιο, καθώς ο επαγγελματίας αρχίζει να νοιώθει απογοήτευση, βιώνει έντονο άγχος και δεν λαμβάνει την ικανοποίηση που προσδοκούσε από την δουλειά του. Αρχίζει να νοιώθει ότι οι προσπάθειες του είναι μάταιες, νοιώθει ότι η κατάσταση είναι αδιέξοδη και μοιάζει να είναι εγκλωβισμένος σε μια συνθήκη που δεν τον ικανοποιεί, ενώ βιώνει αποθάρρυνση και συχνά και κατάθλιψη. Αυτά τα αισθήματα οδηγούν τον εργαζόμενο να αρχίσει να αναθεωρεί τις στάσεις και τις απόψεις του, σχετικά με το εάν αντιλαμβάνεται τις υπερβολικές προσδοκίες του και τους μη ρεαλιστικούς στόχους που είχε θέσει και αρχίζει να επαναπροσδιορίζει τη συμπεριφορά του και να αναθεωρεί τις απόψεις του. Προσπαθώντας να προστατευτεί από το άγχος που βιώνει, μπορεί να αρχίσει να απομακρύνεται από την δουλειά του. Ως παράδειγμα αναφέρουμε έναν νοσηλευτή, ο οποίος αρχίζει να αποστασιοποιείται από τους ασθενείς του.

Αυτή η απομάκρυνση και αποστασιοποίηση οδηγεί στο τέταρτο στάδιο όπου πλέον ο επαγγελματίας νοιώθει αδύναμος να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της δουλειάς του, επενδύει ελάχιστα σε αυτή, βιώνει αισθήματα ανεπάρκειας τα οποία οδηγούν ακόμα και

σε σκέψεις απομάκρυνσης από την εργασία, παραίτηση και πιθανότητες αλλαγής επαγγέλματος (Edelwich and Brodsky 1980).

#### ***1.2.4 Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης***

Τα συμπτώματα από την επαγγελματική εξουθένωση είναι πολλαπλά και διακρίνονται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπτώματα συμπεριφοράς. Τα πρώτα συμπτώματα που διακρίνονται είναι τα σωματικά, καθώς τα άτομα που έχουν επαγγελματική εξουθένωση βιώνουν πονοκεφάλους, δυσκολίες στον ύπνο, προβλήματα με το γαστρεντερικό, υπερένταση, διατροφικές διαταραχές, προβλήματα μυοσκελετικά, ακόμα και προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Αντίστοιχα, τα άτομα που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση, βιώνουν και ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, εκνευρισμό, ανησυχία, αισθήματα αποξένωσης αλλά και έλλειψης ελέγχου. Επιπρόσθετα, μπορεί να παρουσιαστούν μέχρι και προβλήματα συμπεριφοράς, όπως αδυναμία συγκέντρωσης, εργασιομανία ή αδυναμία εργασίας και αύξηση των απουσιών από την εργασία (Αντωνίου 2005). Επίσης, το άτομο που βιώνει επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει και συναισθηματική εξουθένωση, έλλειψη κινήτρων που οδηγεί στην μειωμένη αποτελεσματικότητα και δυσλειτουργία στο εργασιακό περιβάλλον. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει και οργανικά συμπτώματα που μπορεί να είναι μικροενοχλήσεις, αλλά και σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως αισθήματα αποθάρρυνσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αλλά και συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς όπως ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη ενδιαφέροντος και φροντίδας προς τους ασθενείς ή ψυχιατρικές διαταραχές όπως άγχος και κατάθλιψη. Επίσης, η ικανοποίηση που λαμβάνει το άτομο από την προσωπική και την κοινωνική του ζωή ενδέχεται να επηρεαστεί.

Η εξουθένωση αποτελεί μια διαδικασία που χαρακτηρίζεται από αρνητικές αλλαγές στις στάσεις αλλά και τις συμπεριφορές προς τους ασθενείς που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου και συχνά συνδέεται με την απογοήτευση που νοιώθουν οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα αναφορικά με τα ιδανικά που τους οδήγησαν να ασχοληθούν με αυτή την εργασία (Cherniss 1989).

#### ***1.2.5 Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης***

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζονται στα εξής επίπεδα: οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό και συμπεριφοριστικό. Οι συνέπειες για τα άτομα που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση είναι πολλαπλές και σοβαρές, τόσο για την

υγεία τους όσο και για την προσωπική και επαγγελματική τους ζωή. Στα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, μπορούμε να συμπεριλάβουμε πέρα από τα αισθήματα εξάντλησης και κόπωσης, συμπεριφορές που σχετίζονται με δυσκαμψία στις αλλαγές και έλλειψη ελαστικότητας στην διαχείριση προβλημάτων, με αποτέλεσμα την μειωμένη επικοινωνία και παρατήρηση, εκβάσεις κυνισμού και αρνητικής διάθεσης, έλλειψη ενδιαφέροντος και αποστασιοποίηση από συναισθήματα στο βαθμό της απάθειας, γεγονός που δυσχεραίνει την επικοινωνία, συμβάλλει στην χαμηλή εργασιακή απόδοση και κατ' επέκταση στην χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, το χαμηλό ηθικό, αισθήματα ματαιότητας, συναισθηματικής εξάντλησης και δυσκολία ελέγχου των συναισθημάτων, που βέβαια εντείνουν τα σωματικά συμπτώματα. Χαρακτηριστικά συμπτώματα αποτελούν οι πονοκέφαλοι, τα γαστρεντερικά προβλήματα, η αυπνία ή οι τάσεις υπνηλίας, αναπνευστικά προβλήματα, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει αύξηση ή μείωση βάρους, υπέρταση ή αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές ομιλίας, αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, σεξουαλική δυσλειτουργία. Όλα αυτά αυξάνουν τις δυσκολίες στην συμπεριφορά, μπορεί να οδηγήσουν σε αδυναμία καθορισμού στόχου και προτεραιοτήτων, αδυναμία στη λήψη αποφάσεων, καθώς και αισθήματα ενοχής, κατάθλιψη και αποξένωσης, ή από την άλλη αισθήματα υπερβολικής αυτοπεποίθησης και λήψη ρίσκων ιδιαίτερα ασυνήθιστων (Bressi and Vaden 2017).

Η μελέτη των Arica and Deborah (2016) έδειξε ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση που μπορεί να νοιώθει το άτομο. Εκτός από την κούραση και την απογοήτευση, η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί βασικό σύμπτωμα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εξουθένωση έχει πολλές επιβλαβείς συνέπειες, όπως κατάχρηση ουσιών και ιατρικά λάθη, ενώ οι απουσίες από την εργασία επίσης συσχετίστηκαν με την εμφάνιση του συνδρόμου (Dyrbye et al 2011; Oreskovich et al 2012) και μπορούν να κλιμακωθούν σε αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία του ατόμου, όπως είναι ο αυξημένος αυτοκτονικός ιδεασμός και η κατάθλιψη (Shanafelt et al 2011; Dimou, Eckelbarger and Riall 2016).

Η Maslach θεωρεί ότι η επαγγελματική εξάντληση συχνά συνδέεται με εκφράσεις που δηλώνουν την εργασία ως δύσκολη, κουραστική, αγχωτική, ενώ είναι διαφορετική από την κατάθλιψη. Τα συμπτώματά της επαγγελματικής εξάντλησης μπορούν να μειωθούν σε περίπτωση διακοπών. Όταν το άτομο νοιώθει αποπροσωποποίηση ή απώλεια ενσυναίσθησης, χαρακτηρίζεται από απώλεια σεβασμού προς πελάτες, συναδέλφους κλπ, ενώ κρατάει μεγαλύτερη συναισθηματική απόσταση που εκφράζεται μέσω

κυνικών, υποτιμητικών σχολίων σε βαθμό αναισθησίας. Η αξιολόγηση των προσωπικών επιτευγμάτων είναι ένα συναίσθημα που λειτουργεί ως δικλείδα ασφαλείας, δείχνει την ύπαρξη ισορροπίας στο άτομο και την άποψη που έχει για τα επαγγελματικά του επιτεύγματα (Maslach, Jackson and Leiter 1997).

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει στο άτομο ακόμα και σωματική ασθένεια, πέρα από τα αυξημένα συναισθήματα, απελπισία, ευερεθιστότητα, ανυπομονησία και κακές διαπροσωπικές σχέσεις με την οικογένεια, τους συναδέλφους, αλλά και τους ασθενείς. Σε σοβαρές περιπτώσεις, το εν λόγω σύνδρομο μπορεί να προκαλέσει μειωμένη εκτελεστική λειτουργία, μειωμένη προσοχή και μειωμένη μνήμη. Συμπεραίνουμε ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει πολλές συνέπειες τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για τον οργανισμό και επηρεάζει πολλές πτυχές της ζωής του, καθώς και την ποιότητα της ίδια του της ζωής. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, μελετά την επίδραση που μπορεί να έχει το επίπεδο υγείας του ατόμου στην καθημερινότητά του και κατά πόσο το άτομο μπορεί να λειτουργεί με μια κανονικότητα (Γρηγοροπούλου και συν 2018).

Για αυτόν τον λόγο, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αναγκαίο να αξιολογείται ως προς την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την αιτία, ώστε να αντιμετωπιστεί τόσο με ατομική παρέμβαση όσο και με κατάλληλα προγράμματα οργανωτικής αλλαγής του οργανισμού.

### ***1.2.6 Ο ρόλος της Ηγεσίας στην Επαγγελματική Εξουθένωση***

Η δυναμική και αβέβαιη φύση του περιβάλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί οι διευθυντές των νοσοκομειακών δομών να είναι ικανοί ηγέτες, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες τόσο των ασθενών όσο και των εργαζομένων. Ο ρόλος και επιρροή της ηγεσίας γίνονται όλο και πιο σημαντικά σήμερα, λόγω της συνεχούς αλλαγής της οργάνωσης των συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Riaz and Haider 2010). Ο ηγέτης πρέπει να μπορεί να χρησιμοποιεί διάφορες ηγετικές δεξιότητες, όπως π.χ. την αποτελεσματική κατεύθυνση, ικανοποιώντας τις τρέχουσες εξελίξεις στον τομέα της υγείας και τη διαχείριση των συγκρούσεων για να διατηρηθεί η ομαλή λειτουργία στο χώρο εργασίας και να παρέχει τη βέλτιστη φροντίδα στους ασθενείς (Fan 2000). Το στυλ ηγεσίας ορίζεται ως ευρύ και αποτελεί χαρακτηριστικό τρόπο με τον οποίο ένας ηγέτης αλληλεπιδρά με άλλους σε διάφορες καταστάσεις. Υπάρχουν διαφορετικά στυλ ηγεσίας, όπως το μετασχηματιστικό, συναλλακτικό και το στυλ ηγεσίας *Laissez-faire* (αντιπροσωπευτική ηγεσία) (Cornelius 2013). Η



μετασχηματιστική ηγεσία περιλαμβάνει πέντε συστατικά που είναι το χάρισμα, η εξιδανικευμένη εμπνευσμένη, η επιρροή, η πνευματική διέγερση, η ατομική θεώρηση των πραγμάτων (Hendel, Fish and Galon 2005). Τα σημερινά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν ένα όλο και πιο ανταγωνιστικό παγκόσμιο κλίμα στην υγειονομική περίθαλψη, γεγονός που σημαίνει ότι θα πρέπει συνεχώς να αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να είναι βιώσιμες και να καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών. Αυτές οι αλλαγές εμπίπτουν στη δικαιοδοσία των ηγετών, οι οποίοι θα πρέπει να αναπτύξουν μια ποικιλία μηχανισμών αλλά και δομών που θα συμβάλλουν στη βελτίωση και την απόδοση της λειτουργίας των δομών, με σκοπό να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις συγκρούσεις μέσα στις δομές υγείας, που ευθύνονται για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όταν οι ηγέτες χειρίζονται αποτελεσματικά τις συγκρούσεις, η επίλυση προβλημάτων αυξάνεται και οι διαπροσωπικές σχέσεις γίνονται πιο δυνατές, ενώ το άγχος γύρω από τη σύγκρουση μειώνεται (Wilmot and Hocker 2011). Οι Wade, Osgood and Avino (2008) με τη μελέτη τους βρήκαν ότι η καθιέρωση αποτελεσματικής ηγεσίας σε οποιοδήποτε ίδρυμα υγείας μπορεί να προωθήσει την ακεραιότητα των επαγγελματιών υγείας και να βελτιώσει το κύκλο εργασιών, μειώνοντας τον κίνδυνο. Το στυλ ηγεσίας συνδέεται με τη διαχείριση των συγκρούσεων και αξιοποιεί εργαλεία για την κατανόηση των τρόπων όπου οι επαγγελματίες υγείας προωθούν τη διαχείριση των συγκρούσεων εποικοδομητικά (Cerni, Curtis and Colmar 2012), καθώς επίσης τη διαχείριση και την προώθηση της ποιότητας στην περίθαλψη (Slabbert 2004). Η μετασχηματιστική ηγεσία θεωρείται περισσότερο κατάλληλη, γιατί οι μετασχηματιστικοί ηγέτες είναι πιο ευαίσθητοι, πιο ακριβείς στην κατανόηση και την αναγνώριση των αναγκών του ατόμου, προτείνουν καινοτόμες μεθόδους για την ολοκλήρωση των εργασιών και έχουν ως προτεραιότητα να επιτευχθεί το συμφέρον όλων, πάνω από το προσωπικό συμφέρον (Ibrahim, El-Shaer and El-Sayed 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **2.1 Η Ενσυναίσθηση στους Επαγγελματίες Υγείας**

Οι πολλοί και συχνά διαφορούμενοι ορισμοί που έχουν δοθεί για την ενσυναίσθηση καθιστούν δύσκολο να βρεθεί μια έννοια ακριβής στο χώρο της νοσηλευτικής. Χωρίς να υπάρχει ένας ειδικός ορισμός για την νοσηλευτική, οι αρχές της ενσυναίσθησης στην νοσηλευτική ορίζονται ως η ικανότητα του ενός να κατανοήσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του άλλου (Kunyk and Olson 2001) και συγκεκριμένα να βρίσκεται ο νοσηλευτής στη θέση του ασθενούς (Hojat 2016) ως στοιχείο της σχέσης βοήθειας που αναπτύσσεται μεταξύ τους (Campbell – Yeo, Latimer and Johnston 2008), της φροντίδας, της κατανόησης, της εμπειρίας του ασθενή (Petrucci et.al., 2016) και της προοπτικής του (Ward et al 2012).

Η έρευνα των Kunyk and Olson (2001) σχετικά με την περιγραφή της ενσυναίσθησης, όπως παρουσιάζεται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία ανάμεσα στα έτη 1992 -2000, κατέδειξε τις εξής πέντε αντιλήψεις της ενσυναίσθησης: Την ενσυναίσθηση ως ανθρώπινο χαρακτηριστικό, την ενσυναίσθηση ως επαγγελματική κατάσταση, την ενσυναίσθηση ως διαδικασία επικοινωνίας, την ενσυναίσθηση ως φροντίδα και την ενσυναίσθηση ως ειδική σχέση.

Πολλοί θεωρητικοί συμφωνούν ότι η επαγγελματική ενσυναίσθηση σε πολλά επαγγέλματα, όπως και στην νοσηλευτική είναι μια κλινική δεξιότητα η οποία μπορεί να διδαχθεί, να βελτιωθεί και να μετρηθεί (Alligood 1992; Williams, Brown and McKenna 2013; Hojat 2016). Επίσης, αντίστοιχο πλήθος θεωρητικών πιστεύει ότι η βασική ενσυναίσθηση είναι ένα ανθρώπινο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό του ατόμου, το οποίο καλλιεργείται από την παιδική ηλικία και συνεχίζει και στην ενήλικη ζωή του (Alligood 1992; Lucas and Kteily 2018; Hojat 2016).

Συγκεκριμένα, περιγράφουν την ενσυναίσθηση στη νοσηλευτική, ως συνδυασμό ενός ανθρώπινου χαρακτηριστικού και μιας επαγγελματικής κατάστασης (Kunyk and Olson 2001).

Η ενσυναίσθηση σχετίζεται με την επικοινωνία και η επικοινωνία θεωρείται ως κύριο στοιχείο ή σημαντική διάσταση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Maslach 1982). Για αυτό και η ενσυναίσθηση θεωρείται επιθυμητό πλέον χαρακτηριστικό που θα πρέπει να έχουν οι γιατροί, αλλά και οι φοιτητές των ιατρικών σχολών. Δεν είναι τυχαίο ότι

πρόσφατα στο Ηνωμένο Βασίλειο, το τεστ που χρησιμοποιείται από κάποιες σχολές κατά την εισαγωγή των φοιτητών στις ιατρικές σχολές τους, MSAT, περιλαμβάνει μια ειδική ενότητα που επιδιώκει να μετρήσει το βαθμό ενσυναίσθησης των υποψηφίων φοιτητών (Parathanasiou, Damigos and Mavreas 2011).

Για την νοσηλευτική πρακτική η κατανόηση των αναγκών, των συναισθημάτων και των συνθηκών που βιώνουν οι ασθενείς είναι θεμελιώδης και η ενσυναίσθηση αποτελεί το θεμέλιο αυτής της κατανόησης. Οι Morse et.al. (1992) ανέλυσαν την έννοια της ενσυναίσθησης, καθώς είχαν εκφραστεί θέσεις ότι μπορεί να είναι ακατάλληλη και ίσως και επιβλαβής για τη σχέση νοσηλευτή και ασθενή. Ερευνώντας την μέχρι τότε βιβλιογραφία της νοσηλευτικής επιστήμης και της ψυχολογίας εντόπισαν την ελλιπή εννοιολογική προσέγγισή της. Μια ανάλυση της έννοιας έδειξε ότι η ενσυναίσθηση αποτελείται από ηθικά, συναισθηματικά, γνωστικά και συμπεριφοριστικά στοιχεία και δεν ταιριάζει στην κλινική πραγματικότητα της νοσηλευτικής πρακτικής. Αντίθετα, άλλες στρατηγικές επικοινωνίας όπως η συμπάθεια, ο οίκτος, η παρηγοριά, η συμπόνια και η συμπάθεια ίσως να είναι πιο κατάλληλες σε συγκεκριμένες φάσεις της εμπειρίας της ασθένειας, σε σχέση με την ενσυναίσθηση. Έκτοτε, πλήθος ερευνητών μελέτησαν την ενσυναίσθηση και τη σημαντικότητά της στην νοσηλευτική πρακτική.

Οι νοσηλευτές αξιολογούνται ως το πιο αξιόπιστο επάγγελμα στις ΗΠΑ, λόγω του Κώδικα Δεοντολογίας που διέπει το επάγγελμα και τονίζει τις κύριες επαγγελματικές αξίες, όπως είναι η υπευθυνότητα και η ακεραιότητα, η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός της ανθρώπινης υπόστασης (Brenan 2017). Όμως και άλλα επαγγέλματα υγείας έχουν αντίστοιχους κώδικες επαγγελματικής συμπεριφοράς, αλλά δεν λαμβάνουν την ίδια αποδοχή ως προς το επίπεδο εμπιστοσύνης από τους πολίτες. Επιπρόσθετα, αξίζει να επισημανθεί πως η εμπιστοσύνη είναι καίριας σημασίας και αποτέλεσμα της σχέσης που χτίζεται ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή (Strandas and Bondas, 2018). Όπως ορίζει ο Κώδικας Δεοντολογίας, η σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή είναι θεμελιώδης για την παροχή ηθικής φροντίδας (ANA 2015) και η ενσυναίσθηση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο αυτής της σχέσης (Doyle, Hungerford and Cruickshank 2014; Stein - Parbury 2013).

Η σχέση που δημιουργείται μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία που του προσφέρει τις υπηρεσίες φροντίδας αποτελεί μια ιδιαίτερη επαγγελματική σχέση ή περιλαμβάνει ένα ξεχωριστό τύπο επικοινωνίας με συναισθηματικές διαστάσεις, συνδυάζοντας την επαγγελματική, αλλά και την υποκειμενική διάσταση και τη θεραπευτική λειτουργία. Είναι πρωταρχικής σημασίας για το χώρο της υγείας και επηρεάζεται πρωτίστως από

την επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή. Το πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των προαναφερόμενων χτίζει μια θεραπευτική συμμαχία και το επίπεδο ενσυναίσθησης αναπτύσσεται στη σχέση αυτή (Θεοφίλου 2010).

Οι νοσηλευτές δίνουν μεγάλη αξία στις πτυχές της ενσυναίσθησης που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, όπως η κατανόηση των σκέψεων και των συναισθημάτων του άλλου, η φροντίδα και η παροχή προοπτικής (Hojat 2016; Kunyk and Olson 2001). Οι συμπεριφορές αυτές είναι βασικές για τη δημιουργία της σχέσης ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή και η ίδια αυτή η σχέση είναι σημαντική για την παροχή ηθικής φροντίδας προς τον ασθενή (ANA 2015). Η έννοια της ηθικής φροντίδας περιλαμβάνει στοιχεία της επαγγελματικής ενσυναίσθησης, όπως η παροχή συμπονετικής φροντίδας, η κατανόηση της οπτικής του ασθενούς καθώς και η εμπειριστατωμένη μελέτη των αναγκών και των αξιών που έχει ο ασθενής (ANA 2015). Σύμφωνα με την Κουτσοσίμου (2003), πολλοί παράγοντες συνδέονται με την υποτροπή της νόσου καθώς και με τη πορεία και τη διάρκειά της, ενώ η συμμόρφωση του ασθενούς συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και γιατρού. Αντίστοιχη είναι και η σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή, καθώς πρόκειται και για μια διαπροσωπική διαδικασία και η νοσηλευτική φροντίδα επεκτείνεται πέρα από την απλή σωματική φροντίδα και τις τεχνικές δεξιότητες του επαγγέλματος (King 1981). Η σχέση αυτή προκύπτει ως αποτέλεσμα μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης, ώσπου τα δύο μέλη να πετύχουν μια σχέση που αμοιβαία τους ικανοποιεί. Η σχέση αυτή είναι άμεσα εξαρτώμενη από το χρονικό διάστημα που παρέχεται η φροντίδα, από τις επιμέρους ανάγκες που έχει ο ασθενής, την προδιάθεση του ασθενή να εμπιστευτεί το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και το βαθμό δέσμευσης του νοσηλευτή ως προς τον ασθενή του (Morse 1991).

Η ενσυναίσθηση βοηθά στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής επικοινωνίας, η οποία είναι σημαντική κατά την θεραπευτική διαδικασία, καθώς προάγει και την ψυχική υγεία του ασθενούς, τον στηρίζει κατά τη θεραπεία και τον ενθαρρύνει στη χρήση εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, με στόχο τη μείωση των συγκρούσεων και την ενίσχυση της ικανότητας του ατόμου να προσαρμοστεί στις νέες καταστάσεις που συχνά βιώνει λόγω της ασθένειας. Η θεραπευτική επικοινωνία που στηρίζεται στην ενσυναίσθηση, βασίζεται στην αποδοχή του ασθενούς και την αξία του ως άτομο, σέβεται τον ασθενή, ενδιαφέρεται για τον τρόπο με τον οποίο βιώνει την ασθένειά του και θέτει τον νοσηλευτή σε ετοιμότητα για την παροχή βοήθειας προς τον ασθενή (Ραγιά 2009).

Η ηθική μαζί με την ενσυναίσθηση έχουν πρωτεύοντα ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές και κυρίως αυτών που λαμβάνονται και έχουν ως ένα βαθμό αβεβαιότητα, ενώ απαιτούν η κρίση να βασιστεί σε αξίες και σε θέματα ηθικής (Barlow, Hargreaves and Gillibrand 2018).

Η σημασία της ενσυναίσθησης γίνεται πρωτίστης σημασίας, στην περίπτωση που θα πρέπει να ληφθεί μια σύνθετη απόφαση και ο νοσηλευτής θα πρέπει με τη χρήση της ενσυναίσθησης να δημιουργήσει τη σχέση με τον ασθενή. Με τη γνώση που αποκτά από αυτή τη σχέση θα μπορέσει να λάβει τις ηθικές και πιο κατάλληλες αποφάσεις που απαιτούνται, καθώς θα εκφράζουν την επιθυμία του ασθενούς μέσα από την κατανόηση της θέσης του. Ο νοσηλευτής μπορεί με αυτό το τρόπο να βιώσει τη μοναδική εμπειρία του ασθενούς και μπορεί πιο εύκολα να εκτιμήσει την οπτική του. Κατανοούμε ότι η έννοια της ενσυναίσθησης στη νοσηλευτική συνδέεται με την παροχή ηθικής φροντίδας και αυτό καθορίζει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον ασθενή. Επίσης, περιλαμβάνει και την ικανότητα του νοσηλευτή να μπαίνει στη θέση του ασθενούς με σκοπό να αποκτήσει μια γνωστική κατανόηση της οπτικής του γωνίας και έτσι να μπορεί να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στο έργο του.

Ο νοσηλευτής καθημερινά βιώνει ηθικά διλήμματα, ερωτήσεις δηλαδή για το τι είναι σωστό ή λάθος, όπου οι απαντήσεις τους δεν συμπεριλαμβάνονται σε κάποιο εγχειρίδιο διαδικασίας και δεν σχετίζονται με την απλή λογική (Bennett-Woods 2015). Οι απαντήσεις σε ηθικά διλήμματα περιλαμβάνουν συνήθως πάνω από μία πιθανές απαντήσεις, οι οποίες συχνά μπορεί να είναι και αντικρουόμενες και ασαφείς (Beauchamp and Childress 2013). Οι απαντήσεις που πρέπει να δοθούν και η λήψη των αποφάσεων σχετικά με ένα ηθικό δίλλημα απαιτούν την στάθμιση πληροφοριών, τη κρίση του ατόμου και τις δεοντολογικές αρχές. Όμως, ακόμα και όταν οι νοσηλευτές λάβουν τις ίδιες πληροφορίες για έναν ασθενή, ο τρόπος με τον οποίο σχηματίζουν κρίση διαφέρει από τον έναν στον άλλον (Thompson et al 2013). Οι αποφάσεις που λαμβάνονται σύμφωνα με τη κρίση του νοσηλευτή θα πρέπει να αντικατοπτρίζουν τη δέσμευσή του να σέβεται τις αξίες των ασθενών του και να τις επιβεβαιώνει κατά τη διαδικασία λήψης των αποφάσεών του (ANA 2015). Η λήψη αποφάσεων στη νοσηλευτική αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία και οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της κλινικής ημέρας οφείλουν να λαμβάνουν πολλαπλές αποφάσεις για την αντιμετώπιση ποικίλων αναγκών (Thompson et al 2013). Όταν ένα πρόβλημα του ασθενή είναι τεχνικό ή προκαθορισμένο, τότε η λήψη της απόφασης βασίζεται στην λογική, στις πολιτικές και στις διαδικασίες (Barlow, Hargreaves and Gillibrand 2018).

Όταν όμως οι καταστάσεις είναι πιο περίπλοκες ή περιλαμβάνουν περίπλοκα ή αντικρουόμενα στοιχεία, τότε το άτομο χρειάζεται να χρησιμοποιήσει πρόσθετους παράγοντες για τη λήψη της απόφασης (Dowding et. al. 2012). Σε τέτοιες περιπτώσεις, που δεν είναι τόσο καθορισμένες, απαιτείται ένα επίπεδο συναισθηματικής κατανόησης και εμπειριών, που στηρίζονται σε γνωστικές, συναισθηματικές και διαισθητικές πτυχές της επαγγελματικής λήψης αποφάσεων (Thompson and Stapley 2011). Για τη λήψη αποφάσεων που έχουν ηθικό χαρακτήρα, η ενσυναίσθηση και η ηθική συμπεριφορά συγχωνεύονται και θεωρούνται θεμελιώδεις για τη διαδικασία. Στη έρευνα του Adams (2016) περί των αντιλήψεων που έχουν οι νοσηλευτές για τη χρήση της ενσυναίσθησης για την καθοδήγηση των αποφάσεων περίθαλψης των ασθενών, βρέθηκε ότι η ενσυναίσθηση ήταν αυτή που χρησιμοποιήθηκε κυρίως στη λήψη αποφάσεων που βασίζονταν σε αξίες, σε αντιδιαστολή με τη λήψη διαδικαστικών ή τεχνικών αποφάσεων. Οι νοσηλευτές πίστευαν ότι σε καταστάσεις περίθαλψης ασθενών που ήταν δύσκολες ή αμφισβητούσαν τις συμβατικές πεποιθήσεις, η χρήση της ενσυναίσθησης ήταν πολύ ουσιαστική, καθώς χρησιμοποίησαν την ενσυναίσθηση για να καθοδηγήσει τις αποφάσεις τους. Δεδομένου ότι ο αυτοκαθορισμός είναι δικαίωμα του ασθενή, η οπτική του είναι υψίστης σημασίας για να μπορέσει ο νοσηλευτής να κατανοήσει και να υποστηρίξει επαρκώς τον ασθενή. Ο νοσηλευτής καλείται να «προωθεί, να υπερασπίζεται και να προστατεύει τα δικαιώματα, την υγεία και την ασφάλεια του ασθενούς» (ANA 2015).

Σύμφωνα με τους Жданова и Арнгольд η Василькова αναφέρει ότι ανάμεσα στους φοιτητές ιατρικής η συναισθηματική κατάσταση αλλάζει σταδιακά. Στο πρώτο έτος σπουδών αισθάνονται γαλήνη, χαλάρωση, ξενισιασιά, όμως προς το τρίτο έτος γίνεται μια στροφή προς το άγχος, την ένταση και τη μεγαλύτερη ευαισθησία.

Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι στο τρίτο έτος οι φοιτητές έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι από την στιγμή που ο επαγγελματίας υγείας έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς, αλλάζει η ψυχολογική του κατάσταση.

Οι νεότεροι και λιγότερο έμπειροι γιατροί δείχνουν περισσότερη ενσυναίσθηση για τους ασθενείς σε σχέση με τους μεγαλύτερους συναδέλφους, δηλαδή η ενσυναίσθηση μειώνεται με την ηλικία και την εμπειρία.

Εν κατακλείδι, η ενσυναίσθηση αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα για την νοσηλευτική φροντίδα, η οποία παρέχει μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην φροντίδα και η οποία μπορεί να επηρεαστεί από τη συναισθηματική κατάσταση του επαγγελματία υγείας και τις επιπτώσεις που φέρει η επαγγελματική εξουθένωση σε

αυτή. Δεν θα πρέπει να παραληφθεί ότι η φροντίδα, η συμπόνια, ο αλτρουισμός και η ενσυναίσθηση υποστηρίζουν ένα μέρος από τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας. Συμπεραίνουμε ότι τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς εκτιμούν τη νοσηλευτική φροντίδα που περιλαμβάνει ένα επίπεδο συναισθηματικής κατανόησης, συναισθηματικής σύνδεσης, συμπόνιας, ανησυχίας και ικανότητας επικοινωνίας των συναισθημάτων. Η ενσυναίσθηση και η ηθική όταν εξετάζονται σε συνδυασμό, συνδέονται κατά τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων. Η χρήση της ενσυναίσθησης επιτρέπει στους νοσηλευτές να είναι αυθεντικοί απέναντι στις απαιτητικές και συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνουν και να λαμβάνουν δύσκολες αποφάσεις έχοντας κατά νου τα ατομικά συμφέροντα των ασθενών. Η υποστήριξη για την ενίσχυση της ενσυναίσθησης στους νοσηλευτές δίνει τη δυνατότητα να βελτιωθεί η εμπιστοσύνη, η αυθεντικότητα και η σύνδεση στη σχέση ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή, η οποία είναι θεμελιώδης για την παροχή ηθικής φροντίδας (Sara 2018).

## 2.2 Η Εξουθένωση στους Επαγγελματίες Υγείας

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει αποτελέσει ένα σημαντικό κοινωνικό θέμα ήδη από τα μέσα του 1970 και συνεχώς τα τελευταία χρόνια τονίζεται η ανάγκη πρόληψής του (Leiter and Schaufeli 1996). Κάποιοι επαγγελματίες είναι πιο εκτεθειμένοι στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών, καθώς τους ανατίθεται ένας πολύ μεγάλο φόρτος εργασίας, αλλά και γιατί βιώνουν το αίσθημα ευθύνης για τη ζωή των ασθενών (Σταυριανόπουλος και συν 2011).

Για κάποιους ερευνητές οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου εξαρτώνται από τη στρατηγική που ακολουθείται στο εκάστοτε εργασιακό περιβάλλον, η πίεση που ασκείται και οι προσωπικές προσδοκίες του κάθε εργαζόμενου (Bernardi, Catania and Marceca 2005). Ενώ άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι οι παράγοντες σχετίζονται με την ίδια τη φύση του επαγγέλματος των επαγγελματιών υγείας, όπως αυξημένες ευθύνες, καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με την παθογένεια του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, όπως έλλειψη προσωπικού, μέσων και συνεχιζόμενης επιμόρφωσης του προσωπικού (Antoniodimitrakis 2001).

Το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται πιο επιρρεπές, λόγω του υψηλού εργασιακού στρες που βιώνουν οι επαγγελματίες και το οποίο εκδηλώνεται είτε ως κάποια μορφή κατάθλιψης είτε ως επαγγελματική εξουθένωση (Raftopoulos, Charalampous and Talias

2012; Διλιντάς 2010). Επίσης, το θέμα της μελέτης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας έχει επεκταθεί παγκόσμια, λόγω της σημασίας που έχει για τον χώρο υγείας. Παρόλο που οι έρευνες δεν έχουν δείξει υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας από ότι σε άλλα επαγγέλματα, όπως για παράδειγμα οι εκπαιδευτικοί, οι επιπτώσεις της κόπωσης είναι πιο σημαντικές για τις καθημερινές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν και τις επιλογές για την υγεία του ασθενούς.

Η επαγγελματική εξουθένωση καθίσταται ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που συνδυάζει την συναισθηματική εξάντληση του ατόμου, που εκφράζεται ως έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία του, καθώς το άτομο βιώνει συναισθήματα αποπροσωποποίησης. Ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό αναπτύσσει μια στάση ουδέτερη ή αρνητική απέναντι στους ασθενείς του, ενώ ταυτόχρονα βιώνει αισθήματα ενοχής για αυτά τα αισθήματα απομάκρυνσης που νοιώθει, ενώ παράλληλα βιώνει την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, καθώς δεν μπορεί να ανταποκριθεί στα καθήκοντα που του ανατίθενται. Αυτό οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει το άτομο ακόμα και σε κατάθλιψη (Maslach and Jackson 1986).

Το κύριο έργο ενός επαγγελματία υγείας είναι η παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς και οι νοσηλευτές συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τον πόνο, την απειλή του θανάτου, την μη βέβαιη πλήρη ανάρρωση του ασθενή, καταστάσεις δηλαδή που προκαλούν υψηλά επίπεδα άγχους. Οι νοσηλευτές βρίσκονται καθημερινά σε διαρκή επαφή με το άγχος και είναι πολύ δύσκολο να αναπτύξουν ατομικά ασυνείδητες άμυνες απέναντι σε αυτό, ενώ άμυνες μπορούν να οργανωθούν ως εργασιακές πρακτικές, κοινωνικές δομές και μοτίβα επικοινωνίας, τα οποία όμως μπορούν να δημιουργήσουν «δευτερογενές» άγχος. Οι εργασιακές απαιτήσεις, οι αρνητικές συμπεριφορές και η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης αυξάνουν το άγχος. Σχετική έρευνα σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, κατέδειξε ότι ο οργανισμός, οι εξαντλητικές βάρδιες, η βαρύτητα των περιστατικών, το μειωμένο προσωπικό που στελεχώνει τις μονάδες υγείας, οι εργασιακές απαιτήσεις, η έλλειψη νοσοκομειακού υλικού και η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου αποτελούν κάποιους από τους βασικούς στρεσογόνους παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (Παππά, Βιτάσκου και Βορδού 2016).

Οι συνθήκες εργασίας ενός νοσηλευτή έχουν ορισμένες ιδιαιτερότητες, οι οποίες μπορεί να είναι σημαντικές για την εμφάνιση του συνδρόμου εξουθένωσης.



Οι νοσηλευτές φαίνεται παγκόσμια να εμφανίζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, από την αρχή της επαγγελματικής τους καριέρας, ενώ υπάρχει υψηλός κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Ασημομούτη 2007). Το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρείται επάγγελμα «υψηλής έντασης», καθώς παρουσιάζει ένταση τόσο ως προς την ανάθεση των καθηκόντων όσο και στις σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και λοιπών συναφών επαγγελμάτων (Lidsey and Attridge 1989). Οι νοσηλευτές εκτίθενται καθημερινά σε καταστάσεις έντονου στρες, όπως ο πόνος των ασθενών, η θλίψη και ο θάνατος, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα και να μειώνεται η παραγωγικότητά τους (Farrigton 1995). Προσπαθώντας να διατηρήσουν την επαγγελματική απόδοση που απαιτεί το επάγγελμα και οι αυξημένες του απαιτήσεις, βιώνουν σε καθημερινή βάση, ένταση και άγχος σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα (Cherniss 1980).

Η επαγγελματική εξουθένωση δημιουργεί συναισθηματική εξάντληση και υψηλή αποπροσωποποίηση, δηλαδή κυνισμό. Μελέτες αναφέρουν ότι ο βαθμός αποπροσωποποίησης ενός γιατρού σχετίζεται με τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών από την ικανοποίηση του ιατρού από την εργασία του, ενώ σχετίζεται και με την συμμόρφωση του ασθενή με την ιατρική συμβουλή (Haas et al 2000).

Επίσης, η εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτή σχετίζεται με την συναισθηματική εξάντληση και τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (McHugh et al 2011).

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι περισσότερο εκτεθειμένο στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς το στρες που βιώνει σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήματα και τις απαιτήσεις των ασθενών, επιβαρύνει τον ψυχικό του κόσμο. Παράλληλα, οι νοσηλευτές εργάζονται σε ένα περιβάλλον εργασίας με ένταση, η οποία επιδρά επίσης σε ψυχολογικό, κοινωνικό και σωματικό επίπεδο. Συχνά ο χώρος εργασίας είναι πολύ ανταγωνιστικός, έχει μεγάλη ένταση και πίεση, όχι μόνο από τους ρυθμούς εργασίας και της συνεργασίας με το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και από την ίδια την επαφή με τους ασθενείς και τους οικείους τους. Ένας επιπλέον παράγοντας που επιδρά στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών είναι ο πόνος και η οδύνη των ασθενών. Η κατάθλιψη που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι διπλάσια από το ποσοστό που βιώνει μέρος του πληθυσμού, καθώς οι έρευνες δείχνουν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει το 9% του πληθυσμού και το 18% του νοσηλευτικού προσωπικού (Lampert 2016). Ενώ το επίπεδο εμφάνισης είναι διπλάσιο από άλλους επαγγελματίες (Raftoyoylos, Charalampous and Talias 2012), το επίπεδο επιπολασμού επίσης είναι

αυξημένο και σε βάθος χρόνου παραμένει υψηλό. Σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ το 1999, σε 10.000 νοσηλευτές, βρέθηκε ότι το 43% είχε υψηλό βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ σε αντίστοιχη έρευνα το 2007 σε 68.000 εγγεγραμμένους νοσηλευτές, βρέθηκε ότι το 35% των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία, το 37% των νοσηλευτών που είναι σε οίκους ευγηρίας και το 22% των νοσοκόμων που εργάζονται σε άλλα περιβάλλοντα αντιμετωπίζουν συναισθηματική εξάντληση (McHugh et al 2011).

Οι έρευνες καταδεικνύουν ότι στα νοσοκομεία με υψηλά επίπεδα θνησιμότητας των νοσηλευομένων και μεγάλης έλλειψης προσωπικού, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο έντονο (Ζγκούρα 2016).

Επιπρόσθετα, ένα υψηλό ποσοστό εργαζομένων νοσηλευτών με κυκλικό ωράριο εργασίας, παρουσιάζει διαταραχές ύπνου που επιβαρύνουν το άτομο σε ατομικό και επαγγελματικό επίπεδο. Καθώς το κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο διατάσσει τον κερκάρδιο ρυθμό αποδιοργανώνοντας, το άτομο εμφανίζει το «jetlag syndrome» μιας στρεσογόνου κατάστασης η οποία έχει αντίκτυπο σε προσωπικό, κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, με δυσκολία διατήρησης ορθών διαπροσωπικών σχέσεων και αντιμετώπισης των συγκρούσεων. Οι διαταραχές ύπνου λόγω της εργασίας με κυκλικό ωράριο, οδηγούν σε αύξηση της νοσηρότητας του προσωπικού, στην αύξηση των εργατικών ατυχημάτων και των νοσηλευτικών λαθών, ενώ επιδρούν καταγράφοντας υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και διαταραχών συμπεριφοράς (Μάρτου, Σιώκη και Χαλκίδου 2016). Η έρευνα των Χερουβείμ, Σκίτσου και Χαραλάμπους (2021) που διεξήχθη σε 100 νοσηλευτές του Γ.Ν. Καβάλας, σε εργαζόμενους με κυκλικό ωράριο, κατέδειξε αυξημένο επίπεδο γνωστικού και σωματικού άγχους στους νοσηλευτές, εξαιτίας των βαρδιών, γεγονός που εκφράζεται με την εκδήλωση καρδιολογικών και γαστρεντερολογικών συμπτωμάτων, ενώ ενισχύει κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα, την κακή διατροφή, την κατανάλωση καφεΐνης και αλκοόλ και επιδρά αρνητικά στην επαγγελματική ικανοποίηση που βιώνουν.

Οι περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν το εργασιακό περιβάλλον, ως κύριο παράγοντα ανάπτυξης του συνδρόμου, αλλά δεν θα πρέπει να παραγκωνίσουμε την προσωπικότητα του ίδιου του νοσηλευτή, το τμήμα που εργάζεται και τη βαρύτητα των περιστατικών που διαχειρίζεται, τις σχέσεις εργασίες που αναπτύσσει με το υπόλοιπο προσωπικό και τον ρόλο της διοίκησης στην οργάνωση του νοσοκομείου (Καφετζοπούλου, Αποστολίδου και Αθανασίου 2016).

Σύμφωνα με την Симυкова (2017), μπορούμε να ομαδοποιήσουμε τον τύπο των νοσηλευτών που κινδυνεύουν να εμφανίσουν σύνδρομο εξουθένωσης. Ο κίνδυνος αυτός είναι πιο πιθανός σε άτομα που θέτουν υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό τους και στα άτομα τα οποία συνδέουν το έργο τους με αποστολή και απώτερο σκοπό. Έτσι, υπάρχουν τρεις τύποι νοσηλευτών που κινδυνεύουν από εξουθένωση :

- Ο πρώτος τύπος είναι ο σχολαστικός που χαρακτηρίζεται από ευσυνειδησία και φτάνει στην απόλυτη, υπερβολική και επώδυνη ακρίβεια και όλα υπόκεινται στην επιθυμία να επιτευχθεί υποδειγματική τάξη, ακόμα και εάν αυτό είναι σε βάρος του εαυτού του.
- Ο δεύτερος τύπος είναι ο επιδεικτικός. Έτσι χαρακτηρίζονται οι άνθρωποι που προσπαθούν να είναι πρώτοι σε όλα και να είναι πάντα στο προσκήνιο. Αυτός ο τύπος χαρακτήρα χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό εξάντλησης, ακόμα και κατά την εκτέλεση εργασίας ανεπαίσθητης ρουτίνας.
- Ο τρίτος τύπος είναι ο συναισθηματικός. Σε αυτόν ανήκουν οι άνθρωποι με ενσυναίσθηση και οι ευαίσθητοι άνθρωποι που έχουν την ικανότητα να ανταποκρίνονται και να αντιλαμβάνονται τον πόνο κάποιου άλλου ως δικό τους. Αυτοί οι άνθρωποι ξεπερνούν τα όρια και φτάνουν στο σημείο της παθολογικής κατάστασης, οδηγώντας τον εαυτό τους στην αυτοκαταστροφή.

Αντίστοιχα, μπορούμε να ομαδοποιήσουμε και τους τύπους των συναισθηματικών αντιδράσεων, στα πλαίσια της επαγγελματικής δραστηριότητας του νοσηλευτή που αυξάνουν τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης ως ακολούθως:

- Η ενοχή απέναντι στον εαυτό του και στους άλλους, επειδή δεν πρόλαβε να κάνει κάτι παραπάνω για τον ασθενή.
- Η ντροπή εάν το αποτέλεσμα της δουλειάς του εάν δεν είναι το προσδοκώμενο.
- Ο θυμός που νοιώθει προς τους συναδέλφους του και τους ασθενείς που δεν εκτίμησαν τις προσπάθειές του.
- Ο φόβος ότι δεν θα τα καταφέρει, ότι το επάγγελμα δεν αφήνει περιθώρια λάθους και ότι οι ενέργειες του μπορεί να μην γίνονται κατανοητές από τους συναδέλφους τους ή και τους ασθενείς.

Οι δυσκολίες στην επικοινωνία, ως παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρουσιάζονται σε έρευνα του Αδαλή και συν (2002) που έγινε σε πέντε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα,

τα άτομα δεν βιώνουν ικανοποίηση από το επάγγελμά τους, καθώς το θεωρούν « αναγκαίο κακό» και εξαιτίας αυτού δεν μπορούν να αναπτύξουν πιο στενές σχέσεις με τους ασθενείς που ζητούν τόσο την επιστημονική όσο και την συναισθηματική τους υποστήριξη. Η αποπροσωποποίηση φαίνεται ότι είναι μηχανισμός άμυνας που θεωρούν ότι τους προστατεύει από την επαφή με τους άλλους, τους οποίους θεωρούν ως πηγή της εξάντλησής τους (Schuler 1983).

### **2.3 Επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες υγείας**

Το άτομο που νοιώθει συναισθηματική εξάντληση βιώνει αισθήματα κόπωσης, ψυχικής και σωματικής, τα οποία του στερούν την απαιτούμενη ενέργεια για να μπορέσει να ανταποκριθεί συναισθηματικά στην εργασία του και για έναν επαγγελματία υγείας αυτό σημαίνει αδυναμία προσφοράς στους ασθενείς (Maslach and Jackson 1986). Μελέτες που έγιναν σε γιατρούς χειρουργούς στις ΗΠΑ., κατέδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση ήταν παράγοντας για ένα πρόσφατο ιατρικό λάθος και την εμπλοκή του ιατρού σε αγωγή για ιατρική αμέλεια (Balch et al 2011). Η σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής αμέλειας φαίνεται να είναι αμφίδρομη, καθώς σε σχετική μελέτη, τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, συσχετίστηκαν με αυξημένη πιθανότητα αναφοράς λάθος στους επόμενους 3 μήνες.

Η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την μειωμένη παραγωγικότητα και τις λανθασμένες εκτιμήσεις, καθώς επίσης και ατυχήματα ή απροσεξίες κατά τη διαδικασία φροντίδας του ασθενή. Το φαινόμενο αυτό έχει επίσης συνδεθεί με την πρόθεση των νοσηλευτών να αλλάξουν θέση εργασίας, ζητώντας μετακινήσεις σε πιο διοικητικές θέσεις, εξαιτίας της πίεσης που βιώνουν (Li et al 2013). Επιπλέον, η πρόθεση των νοσηλευτών για αλλαγή θέσης εργασίας συνδέεται και με τις συνθήκες εργασίας, οι οποίες επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία (Kytney -Lee et. al. 2013). Το ζήτημα όμως περιπλέκεται, καθώς οι συνθήκες του περιβάλλοντος επιδρούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, κάτι που δυσχεραίνει την άσκηση του επαγγέλματος του ιατρικού προσωπικού, δημιουργώντας προβλήματα όχι μόνο κατά την εκτέλεση της εργασίας αλλά και στην επικοινωνία με ασθενείς και συναδέλφους ή το λοιπό προσωπικό που επιβαρύνει ακόμα περισσότερο της αρνητικές συνθήκες στο χώρο εργασίας, καθώς παρουσιάζονται εμπόδια στην επίλυση προβλημάτων και οι εντάσεις αυξάνονται.

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως ένα κατάλληλο περιβάλλον υψηλών επιδόσεων, που παρέχει ασφάλεια, προστατεύει τους νοσηλευτές από την επιθυμία και αποτρέπει από

την επιλογή αλλαγής χώρου εργασίας (Bartman et al 2012). Η περιορισμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών φαίνεται ότι οδηγεί στην επιθυμία να εγκαταλείψουν το νοσηλευτικό επάγγελμα και να στραφούν προς άλλες επαγγελματικές επιλογές ή να αλλάξουν τμήμα εργασίας. Πολλοί νοσηλευτές αισθάνονται παραγκωνισμένοι από προσωπικά επιτεύγματα και ή έλλειψη ικανοποίησής τους οφείλεται στους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εγκατάλειψη της θέσης εργασίας τους. Οι μελέτες επιβεβαιώνουν ότι ο ένας στους τρεις νοσηλευτές εγκαταλείπει τη θέση του κατά τα πρώτα ένα ή δύο χρόνια εργασίας (Unruh and Zhang 2014). Αυτό οδηγεί σε κόστος, λόγω της διακοπής της περίθαλψης του ασθενούς, αλλά και σημαντικό κόστος που υπολογίζεται πάνω από 11.000\$ ως 90.000\$ ανά νοσηλευτή μέχρι 8,5 εκατομμύρια δολάρια, εάν συμπεριλάβουμε και άλλα κόστη όπως τις κενές θέσεις που δημιουργούνται, την αναβολή στην θεραπεία των ασθενών, την εκπαίδευση κλπ. (Halter et al 2017).

Το εργασιακό άγχος συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (National Institute for Occupational Safety and Health, 2013) και οι νοσηλευτές εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό διπλάσιο από άτομα σε άλλα επαγγέλματα (Letvak, Ruhm and Gupta 2012).

Ειδικά για τους νοσηλευτές, οι έρευνες καταδεικνύουν ότι ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τόσο έντονος, που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και ακόμα χειρότερα σε απόπειρα αυτοκτονίας (Pompili et al 2006).

Η αποπροσωποποίηση συνάδει με την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων από μέρος του εργαζόμενου, που υιοθετεί μια απρόσωπη και απόμακρη στάση, απέναντι στους ασθενείς του. Η αποπροσωποποίηση εκφράζεται με αδιαφορία για τον ανθρώπινο πόνο, με αποτέλεσμα το άτομο να υιοθετεί αγενή συμπεριφορά. Αυτή η στάση μοιάζει να αποτελεί μία διαδικασία άμυνας και μία προσπάθεια αντιμετώπισης τους άγχους και της πίεσης που βιώνει το άτομο στο εργασιακό περιβάλλον. Είναι δηλαδή ένας μηχανισμός διαχείρισης του άγχους ή μηχανισμός προσαρμογής σε αυτό. (Cherniss 1980).

Παράλληλα, ο εργαζόμενος νοιώθει χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία του και αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης, που επηρεάζεται από την χαμηλή του απόδοση, λόγω της αδυναμίας που νοιώθει για να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του και κατ' επέκταση παραιτείται από την προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν στο επίπεδο της φροντίδας των ασθενών, αλλά και στο επίπεδο συνεργασίας και επικοινωνίας με τους συναδέλφους του (Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008).

Οι επιπτώσεις από το σύνδρομο μπορούν να αποτελούν κίνδυνο, τόσο για το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και τους ασθενείς και κατ' επέκταση τη μονάδα υγείας ή φροντίδας που εργάζονται.

Σύμφωνα με την εννοιολογική προσέγγιση της Maslach, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια απάντηση στο υπερβολικό στρες που εμφανίζεται στο χώρο εργασίας, το οποίο εκφράζεται με αισθήματα συναισθηματικής εξάντλησης και έλλειψης συναισθηματικών αποθεμάτων. Εκτός από την συναισθηματική εξάντληση παρουσιάζεται μια αρνητική και αποστασιοποιημένη ανταπόκριση προς τους άλλους ανθρώπους, ενώ εμφανίζεται και απώλεια ιδεαλισμού και συμπτώματα αποπροσωποποίησης του ατόμου. Λόγω της μείωσης της συναισθηματικής ικανότητας και της απόδοσης που υπάρχει κατά την εκτέλεση της εργασίας, εμφανίζονται αισθήματα μειωμένης προσωπικής επίτευξης. (Maslach 1999).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας έχουν αντίκτυπο και στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για την απόδοση των οργανισμών υγείας, έχουν οριστεί έξι κύρια χαρακτηριστικά που συνδέονται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτά είναι τα κάτωθι: η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια, ο βαθμός επικέντρωσης στον άρρωστο, η ισότητα και η εγκυρότητα (Institute of Medicine 2001). Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών στα πλαίσια ενός οργανωμένου συστήματος υγείας αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο αυτού του συστήματος, αφού η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή εκφράζει έναν σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα, η σχέση μεταξύ ασθενή και φορέα φροντίδας υγείας είναι μια αμφίδρομη σχέση που πρέπει συνέχεια να καλλιεργείται και να ανατροφοδοτείται με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας και το βέλτιστο για την υγεία του ασθενή. Οι ερευνητές για την αξιολόγηση της ποιότητας, προβαίνουν συνήθως στην εξέταση των εξής παραμέτρων: (α) προσπέλαση/διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, (β) σχέση ασθενή/επαγγελματιών υγείας, (γ) επαγγελματικές ικανότητες/ποιότητα φροντίδας, (δ) οργανωτική πλευρά υπηρεσιών υγείας. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στηρίζονται σε δείκτες σχετικούς με τα ιατρικά σφάλματα, τη θνησιμότητα, την επανεισαγωγή ασθενών, το χρόνο νοσηλείας και τα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων κλπ. Ο δείκτης με τη μεγαλύτερη βαρύτητα είναι ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή, ο οποίος αποτελεί και δείκτη γενικής αξιολόγησης της λειτουργίας του συστήματος υγείας (Cleary and McNeil 1988). Οι μελέτες επικεντρώθηκαν στη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης

με αυτούς τους δείκτες. Η έρευνα των Shanafelt et al (2002) έδειξε ότι το ιατρικό προσωπικό που είχε υψηλό ποσοστό αποπροσωποποίησης και συνεπώς συναισθηματική εξάντληση, ήταν πιο επιρρεπές στη χρήση μη ενδεδειγμένων πρακτικών στη φροντίδα των ασθενών, καθώς παρατηρήθηκαν λάθη στη φαρμακευτική αγωγή, κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς και παραβλέψεις κατά την διαδικασία της διάγνωσης. Επίσης η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού συνδέεται με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αφού οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε τμήματα όπου το προσωπικό είναι πιο εξαντλημένο, εκφράζουν μη ικανοποίηση και από τις τέσσερις διαστάσεις της φροντίδας (πληρότητα, διαθεσιμότητα, φροντίδα από το προσωπικό, συντονισμό φροντίδας και αποτελέσματα από τη νοσηλεία) (Leiter, Harvie and Frizzell 1998). Η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, παραγόντων που κρίθηκαν σημαντικοί και επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα (Vahey et al 2004). Αντίστοιχα, αποτελέσματα δείχνουν έρευνες σε ψυχιατρικούς ασθενείς, όπου η έκβαση υγείας των ασθενών επηρεάζεται από την συναισθηματική εξάντληση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Priebe 2004).

#### **2.4 Η Επίδραση της Πανδημίας πάνω στην Υγεία των Επαγγελματιών Υγείας**

Η επίδραση των κοινωνικών και υγειονομικών συνθηκών είναι καθοριστική για την ψυχική και σωματική υγεία των πολιτών. Η οικονομική κρίση που βίωσε η Ελλάδα την περίοδο 2010-2018, επηρέασε και το χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, με υποβάθμιση της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και της κοινωνικής φροντίδας. Ο έλεγχος των δημοσιονομικών εξόδων επηρέασε τη λειτουργία των υγειονομικών μονάδων, δημιουργώντας σημαντικές ελλείψεις σε υλικά, εξοπλισμό και υγειονομικό προσωπικό. Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας είχαν επιβαρυνθεί αρκετά και πλήθος μελετών είχαν καταδείξει τα προβλήματα στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, αλλά και το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους στο κλάδο. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, κατά την περίοδο 2009-2014, τα άτομα άνω των 15 ετών από το γενικό πληθυσμό, παρουσίασαν αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης από 2,6% στο 4,7%, που εκφράζεται σε αύξηση της τάξης του 80,8% (ΕΛΣΤΑΤ 2020).

Η υγειονομική κρίση που εμφανίστηκε με τον covid-19, πρωτόγνωρη για όλη την ανθρωπότητα, η οποία παρόλο την ύφεση που παρουσίασε το προηγούμενο διάστημα,

βρίσκεται πάλι σε εξέλιξη, επηρέασε όλα τα Συστήματα Υγείας των χωρών ανά το κόσμο, φτάνοντάς τα στα όρια κατάρρευσης. Η σημαντική αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας και η ραγδαία αύξηση των αναγκών του πληθυσμού για υγειονομική περίθαλψη και νοσηλεία οδήγησαν σε υγειονομική κρίση. Η πανδημία βρήκε το υγειονομικό σύστημα της χώρας ήδη με προβλήματα λόγω της οικονομικής κρίσης που προϋπήρχε και η υποστελέχωση των μονάδων υγείας, οδήγησε σε σωματική και ψυχική επιβάρυνση των εργαζομένων σε αυτές. Η πανδημία επηρέασε την ψυχική υγεία των πολιτών και κατά συνέπεια την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Ο δείκτης GALI (Gali Activity Limitation Indicator), δείχνει κατά πόσο ο ερωτώμενος θεωρεί ότι έχει περιορίσει συνήθειες δραστηριότητες για το γενικό πληθυσμό για χρονικό διάστημα 6 μηνών ή περισσότερο, εξαιτίας προβλημάτων υγείας, ψυχικών, σωματικών ή συναισθηματικών και όχι για οικονομικούς ή άλλους λόγους. Ο δείκτης, κατέδειξε ότι συνολικά το 13,2% του πληθυσμού είχε περιορίσει για λόγους υγείας τις συνήθειες δραστηριότητές του, από του οποίους ποσοστό 6,8% είχε περιορίσει πάρα πολύ και 6,4% είχε περιορίσει αλλά όχι πάρα πολύ τις εν λόγω δραστηριότητες. Η έρευνα διερεύνησε τον επιπολασμό και τη σοβαρότητα των ψυχικών νόσων, ειδικά της κατάθλιψης στο πληθυσμό, όπου το 29,3% δήλωσε ότι βίωσε ένα τουλάχιστον αρνητικό συναίσθημα της κόπωσης, εξάντλησης, έλλειψη ενεργητικότητας, ενώ το 20,2%, αντιμετώπισε διαταραχές στον ύπνο (αυπνία, υπνηλία, υπερβολικές ώρες ύπνου), το 14,7%, μελαγχολία, το 12,5% κατάθλιψη ή απελπισία και το 10,7%. έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για οτιδήποτε. Η πανδημία επηρέασε επιπρόσθετα την ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού. Πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα για τις απόψεις και τις στάσεις των Ελλήνων, για το διάστημα των τελευταίων σχεδόν 2 ετών που εξελίσσεται η πανδημία και τις συνέπειες της πανδημίας στην ψυχική και σωματική υγεία, κατέδειξε πολύ χρήσιμα συμπεράσματα (διαΝΕΟσις 2021). Ο ένας στους τέσσερις Έλληνες, δήλωσε ότι τον τελευταίο χρόνο αντιμετωπίζει αγχώδεις διαταραχές (κρίσεις πανικού, άγχος), ενώ ένας στους πέντε δήλωσε ότι τις τελευταίες 2 εβδομάδες είχε διαταραχές στον ύπνο. Σε ποσοστό 44% οι νέοι ηλικίας 17-24 ετών δήλωσαν ότι στο πρόσφατο διάστημα αισθάνθηκαν μελαγχολία, κατάθλιψη ή απελπισία. Μελαγχολία και κατάθλιψη ή απελπισία δήλωσε και ένας στους πέντε πολίτες, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από αυτό που είχε καταγραφεί σε αντίστοιχη έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ το 2019. Τέλος, ένας στους δέκα δήλωσε ότι έχει κατάθλιψη κατά το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών (Τούντας 2021).



Πολλοί επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να αναδιαταχτούν για να καλύψουν τις ανάγκες που προέκυψαν, λόγω των ειδικών θαλάμων covid και πολλοί νοσηλευτές εργάζονται στη πρώτη γραμμή για την αναχαίτιση της πανδημίας. Το υγειονομικό προσωπικό κλήθηκε να αφήσει την καθημερινή συνήθη πρακτική του και να αντιμετωπίσει ένα άγνωστο περιβάλλον υψηλού κινδύνου σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα, γεγονός που αύξησε τα επίπεδα άγχους. Έρευνα των Lai et al (2020) έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας στην Κίνα, ανέφεραν συμπτώματα δυσφορίας και κατάθλιψης. Αντίθετα, η έρευνα των Huang et al (2020) για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των κλινικών γιατρών πρώτης γραμμής στη Κίνα έδειξε υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού των διαταραχών άγχους και στρες και υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης διαταραχών στρες μεταξύ των γυναικών ιατρών. Αντίστοιχα, η έρευνα των Lv et al (2020) βρήκε αύξηση των ποσοστών γενικού άγχους και ήπιου άγχους στους συμμετέχοντες γιατρούς και νοσηλευτές πρώτης γραμμής.

Η πανδημία επηρέασε κοινωνικές καθημερινές πρακτικές που σχετίζονται με την διαβίωση και την κοινωνική απομόνωση μέσα στην πανδημία. Πολλές πτυχές της ζωής επηρεάζονται αρνητικά, όπως η κοινωνικοποίηση με τους φίλους και την οικογένεια, η ενασχόληση με δραστηριότητες αναψυχής και υπάρχει επιζήμιος αντίκτυπος στην ελευθερία των κινήσεων και κίνδυνος που οδηγεί σε αυξημένο άγχος για την υγεία και την ασφάλεια των φίλων και των μελών της οικογένειας. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μαζί εάν ενωθούν μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να διαχειρίζονται το άγχος σε καθημερινή βάση. Πολλές ειδικότητες υγειονομικών καλούνται να παρέχουν ολιστική προσωποκεντρική φροντίδα στους εξωτερικούς ασθενείς. Επίσης, τα άτομα καλούνται να αναλάβουν διάφορες ευθύνες, όπως η βέλτιστη κατανομή των πόρων, η κινητοποίηση του προσωπικού, η διαχείριση καθημερινών θεμάτων, προσπαθώντας να παραμείνουν ήρεμοι και ψύχραιμοι, πολλές φορές παραμερίζοντας τις δικές τους ανάγκες, ενώ οφείλουν να έχουν συνεχώς καθαρή κρίση για να λάβουν σωστές και ορθολογικές αποφάσεις. Αυτή η πίεση ενισχύεται περαιτέρω από το φόβο της μετάδοσης της μόλυνσης στα μέλη της οικογένειας του προσωπικού υγείας, όταν επιστρέφουν στο σπίτι. Έχουν προκύψει αναφορές όπου πολλοί γιατροί και νοσηλευτές είχαν καταφύγει στην απομόνωση από την οικογένειά τους, ώστε να προστατέψουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα (<https://www.dailymail.co.uk>).

Το ήδη υπάρχον συναισθηματικό στρες επιδεινώνεται περαιτέρω από την αυτοαπομόνωση που θέτουν τον εαυτό τους. Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει για

την δημιουργία ασφαλών τρόπων ελέγχου της μετάδοσης, τη δημιουργία νέων πρωτοκόλλων διαχείρισης, τη συνεχή ενημέρωση των εργαζομένων κα., εξακολουθεί να υπάρχει υποκείμενος φόβος, ανησυχία, πανικός, σύγχυση, αβεβαιότητα, κατάθλιψη, θλίψη και άγχος σε πολλά μέλη της ιατρικής και νοσηλευτικής κοινότητας (Baladubramanian et al 2020).

Μελέτη των Cai et al (2020) διερεύνησε την ψυχολογική επιβάρυνση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης μελετώντας 534 άτομα από το ιατρικό προσωπικό πρώτης γραμμής στον Χουνάν. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι οι βασικές πτυχές που σχετίζονται με το άγχος ήταν οι ανησυχίες για τις οικογένειές τους, η προσωπική ασφάλεια και η ασφάλεια των ασθενών. Σε σύγκριση με άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι γιατροί ένιωθαν υψηλότερο βαθμό κοινωνικής και ηθικής ευθύνης και περισσότερο άγχος, λόγω των υπερωριών που γίνονταν στην εργασία τους (Cai et al 2020). Οι παράγοντες που καταδείχτηκαν ότι επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την ευημερία κατά την πανδημία covid-19 είναι οι εξής: το υψηλό υικό φορτίο και ο φόβος για την έκθεση, θέματα ατομικής προστασίας, το άγχος ότι θα πρέπει να εργαστούν έξω από το συνηθισμένο περιβάλλον πρακτικής, ο υποσυνείδητος φόβος για την προσβολή από την ασθένεια, η θλίψη για την απώλεια γνωστού προσώπου ή αγαπημένου προσώπου, η αυξημένη ευθύνη και η ανάγκη για ανάληψη ηγετικού ρόλου, ο φόρτος της εργασίας, η ανάγκη εξισορρόπησης των εργασιών ανάμεσα στη διαχείριση και την κλινική πράξη, ο φόβος μετάδοσης της μόλυνσης στα μέλη της οικογένειας, η μειωμένη ελευθερία των κινήσεων και η μειωμένη διαθεσιμότητα των επιχειρήσεων για αναψυχή και φαγητό.

## **2.5 Μέτρα Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας**

Η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει το άτομο πολλαπλά για αυτό τόσο τα μέτρα πρόληψης όσο και αντιμετώπισης θα πρέπει να ανταποκρίνονται ανάλογα με το σύμπτωμα και την ένταση του συμπτώματος, καθώς επίσης πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά πόσο αυτό επηρεάζει τη γενική υγεία του ατόμου.

Έρευνες δείχνουν ότι η υποστήριξη που λαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό από τον επόπτη και ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για την φροντίδα του ασθενούς (Αδαλή και συν 2002) μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά απέναντι στην συναισθηματική εξάντληση (Σταυριανόπουλος και συν 2011). Το εργασιακό περιβάλλον και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτό είναι σημαντικές για την πρόληψη

της εμφάνισης του συνδρόμου. Εργασιακές συνθήκες που στηρίζονται στην καλή οργάνωση, την υγιή επικοινωνία, την καλή συνεργασία και την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού άτυπου περιβάλλοντος φαίνεται ότι περιορίζουν την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (Κανδρή, Καλέμη και Μόσχος 2004).

Οι ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας με στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση της εξουθένωσης θεωρούνται σημαντικές, αλλά οι έρευνες καταδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις που γίνονται σε επίπεδο οργανισμού είναι πιο σημαντικές από ότι οι ατομικές. Αυτό εξηγείται, καθώς στο εργασιακό περιβάλλον είναι πιο δύσκολο το άτομο να ασκήσει ατομική παρέμβαση και να ελέγξει τους στρεσογόνους παράγοντες σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του (Maslach, Schaufeli and Leiter 2001).

Ένα μέτρο σημαντικό πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η ύπαρξη προγραμμάτων ψυχολογικής υποστήριξης. Μάλιστα σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τα νοσοκομεία διαθέτουν ειδικά εξωτερικά γραφεία που παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες για τους εργαζόμενους, ως ειδικά «προγράμματα στήριξης των εργαζομένων». Τα προγράμματα αυτά παρέχουν τόσο συμβουλευτικές όσο και υποστηρικτικές υπηρεσίες, αλλά και διαγνωστικές υπηρεσίες. Είναι αξιόλογο το ότι πολλά από αυτά τα προγράμματα ξεκίνησαν ως προγράμματα για την αντιμετώπιση άλλων προβλημάτων, όπως ο αλκοολισμός στους εργαζόμενους της υγείας, μέχρι που σε βάθος χρόνου εντοπίστηκε ότι υπήρχαν και άλλα προβλήματα που σχετιζόταν με την εργασιακή ζωή των επαγγελματιών υγείας (Murphy 1999). Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, κρίνεται σκόπιμο αυτές οι υπηρεσίες να περιλαμβάνουν πλήθος συμβουλευτικών υπηρεσιών σχετικές με την συμβουλευτική για ψυχολογικά συμπτώματα ή ψυχικές διαταραχές όπως το στρες και η κατάθλιψη, την στήριξη σε περίπτωση σοβαρού ιατρικού προβλήματος όπως ο καρκίνος ή το AIDS, την υποστήριξη σε θέματα σχετικά με την οικογενειακή ζωή, αλλά και την καριέρα όπως επιλογή καριέρας ή προετοιμασία για τη συνταξιοδότηση, υποστήριξη για την αντιμετώπιση νομικών θεμάτων που σχετίζονται με το επάγγελμα ή οικονομικά, ενώ προτείνεται οι υπηρεσίες αυτές να παρέχονται και μέσω τηλεφωνικής γραμμής είτε μέσω διαδικτύου (WHO 2000).

Στην Ελλάδα είμαστε αρκετά πίσω στην δημιουργία και ανάπτυξη τέτοιων υποστηρικτικών υπηρεσιών και όσες υπάρχουν λειτουργούν γενικά για το κοινό, όπως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα οποία δεν παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για τους επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Cartwright and Cooper (1997), οι παρεμβάσεις που θα είναι κατάλληλες να γίνονται, θα πρέπει να σχετίζονται με την συμβουλευτική σε θέματα προώθησης της υγείας, αλλά και στην εκπαίδευση των εργαζομένων για την διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης, με στόχο από τη μια να μειώσουν τους παράγοντες που είναι επιβλαβείς για την υγεία και από την άλλη την αναγνώριση και τη διάγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι καθημερινά στο χώρο εργασίας τους. Καθώς το περιβάλλον δεν μπορεί να αλλάξει εάν δεν αλλάξουν οι συμπεριφορές, είναι σημαντικό το άτομο να αποκτήσει άμυνες και τρόπους αντιμετώπισης του εργασιακού στρες αλλά και μηχανισμούς που θα ενισχύσουν τον βαθμό προσαρμογής του στο εργασιακό περιβάλλον, βελτιώνοντας τον τρόπο ζωής του, τη συμπεριφορά του και εν γένει τρόπους διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μελέτες που έγιναν για την αποτελεσματικότητα των ομάδων εκπαίδευσης, των διαλέξεων και των συνεδριών που έχουν ως στόχο να ενισχύουν τις δεξιότητες επικοινωνίας με στόχο να μειώσουν την επαγγελματική εξουθένωση, έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις σε διάστημα μόλις 5 μηνών (Shimizu et al 2003). Αντίστοιχα, θετικά αποτελέσματα σε διάστημα τεσσάρων (4) μηνών έφεραν και τα προγράμματα διαχείρισης του στρες, που μέσω του playrole στόχευε στην ενίσχυση των δεξιοτήτων της διεκδίκησης (West, Horan and Gomes 1984), αλλά και οι ομάδες εργασίας που περιλάμβαναν επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων και τα σεμινάρια διαχείρισης του στρες όπου τα συμπτώματα της εξάντλησης μειώθηκαν σε διάστημα έξι (6) βδομάδων (Pines and Aronson 1988). Το ίδιο θετικά αποτελέσματα είχαν και προγράμματα που διδάσκουν το νοσηλευτικό προσωπικό πώς να χρησιμοποιούν την κοινωνική υποστήριξη και τους ατομικούς πόρους του ατόμου (Freedy and Hobfoll 1994), προγράμματα συμβουλευτικής (Lemma 2000), προγράμματα εκπαίδευσης στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τη κατανόηση του συνδρόμου, τις στάσεις και τα επίπεδα επιπολασμού και πρόγραμμα παρέμβασης που περιλάμβανε ατομική συμβουλευτική και ομαδικές συνεδρίες (Gorter, Eijkman and Hoogstraten 2001).

Σε ένα γενικό πλαίσιο, θα πρέπει να δοθούν κίνητρα για την ενίσχυση των προσωπικών επιτευγμάτων των εργαζομένων και να ληφθούν μέτρα προφύλαξης από την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε οργανωτικό επίπεδο των υγειονομικών χώρων. Ο επαγγελματίας υγείας με την κατάλληλη εκπαίδευση δύναται να αναγνωρίσει τα όρια και τις αδυναμίες του, καθώς επίσης οι ενδείξεις από το σύνδρομο θα βοηθήσουν στην άμεση κινητοποίηση και την έγκαιρη αντιμετώπιση του συνδρόμου. Επιπλέον, ο ρόλος της διοίκησης του

νοσοκομείου είναι να εξασφαλίσει την ποιότητα στο χώρο εργασίας, ενισχύοντας τα μέτρα προφύλαξης των εργαζομένων από την εμφάνιση του συνδρόμου (Γρηγοροπούλου και συν 2018).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι στην εποχή της τεχνολογικής προόδου, έχουν αναπτυχθεί διάφορες εφαρμογές για κινητά που στο εξωτερικό χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο ως πηγή για τη βελτίωση της προσωπικής ευημερίας των ατόμων. Τέτοιες εφαρμογές είναι η «Mindfulness» που έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει σημαντικά την ανθεκτικότητα του ατόμου και μειώνει την επαγγελματική εξουθένωση στους ασκούμενους της ιατρικής (Yeo et al 2019). Η εφαρμογή της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association) «evaluation model», που αποτελεί ένα μοντέλο αξιολόγησης των εφαρμογών αυτών, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των εφαρμογών αυτών. Η αποτελεσματικότητα των βασικών αυτών εφαρμογών που χρησιμοποιούνται από κλινικούς ιατρούς, μελετήθηκε από ερευνητές (Pospros et al 2018), όπου κατέδειξαν συγκεκριμένες εφαρμογές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων, πχ διαλογισμός – καθοδηγούμενοι διαλογισμοί (headspace), πρόληψη αυτοκτονιών (Stay Alive, Virtual Hopebox), βαθιές αναπνοές (Breath2Relax), γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία που βασίζεται στο διαδίκτυο (Mood GYM, Stress Gym). Μάλιστα, η εφαρμογή «Mood GYM» έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον αυτοκτονικό ιδεασμό μεταξύ των ασκούμενων ιατρών (Guille et al 2015). Λόγω της ευκολίας στην προσβασιμότητα στις εφαρμογές αυτές, οι πλατφόρμες βασίζονται στη συνείδηση και λειτουργούν ως ένας εικονικός χώρος για αποσύνδεση, αποσυμπίεση του στρες και ενίσχυση του ατόμου (Ho, Chee and Ho 2020; Bansal et al 2020). Το NHS και το NHS Digital της Αγγλίας κυκλοφόρησαν μια ειδική εφαρμογή υγείας για τον covid-19, η οποία υποστηρίζει την υγειονομική περίθαλψη, παρουσιάζοντας μέτρα που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν από το άτομο. Τέτοιες δράσεις είναι οι εξής: το άτομο μπορεί να κάνει μία παύση, ένα βήμα πίσω και να σκεφτεί, να αποσυρθεί σε έναν ιδιωτικό χώρο για μια στιγμή, να συγκεντρώσει τις σκέψεις του, να μιλήσει σε ένα στενό φίλο που εμπιστεύεται, η λήψη επαρκούς ποσότητας νερού, η λήψη ενός ισορροπημένου γεύματος, η τακτική εξάσκηση, ο αρκετός ύπνος, η εξάσκηση στην επίγνωση της κατάστασης, η δημιουργία ρεαλιστικών στόχων, η προσευχή (αν διακατέχεται από αισθήματα πίστης), η ενασχόληση με μια δραστηριότητα που τον κάνει χαρούμενο για ένα σύντομο χρονικό διάστημα (πχ γιόγκα, διαλογισμός, χορός, μουσική κ.α.), η ενημέρωση για τα τρέχοντα δρώμενα, ο έλεγχος της χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, ρεπορτάζ κα, ή λήψη συμβουλευτικών

υπηρεσιών ψυχολογίας ή η προσφυγή του σε κάποια ομάδα τηλεφωνικής γραμμής ψυχολογικής βοήθειας.

Οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν προσωπική ευθύνη, αναφορικά με τη διασφάλιση της ψυχικής τους υγείας, η οποία κλονίζεται ιδιαίτερα σε περιόδους παγκόσμιας κρίσης και οφείλουν να ελαχιστοποιούν τα μακροπρόθεσμα προβλήματα ψυχικής υγείας που μπορεί να προκληθούν από την πανδημία. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την συγκέντρωση αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, η κακή διάθεση, το άγχος και η πλαισίωση του ατόμου από φίλους, την οικογένεια και τον οργανισμό που εργάζεται βοηθούν στην προάσπιση της ψυχικής υγείας των υγειονομικών κατά τη διάρκεια της πανδημίας του covid-19.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

### 3.1 Μοντέλα Μέτρησης της Ενσυναίσθησης

#### 3.1.1 Μέτρηση της Ενσυναίσθησης

Είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε ότι η ενσυναίσθηση είναι ένα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την κατανόηση και την επικοινωνία των συναισθημάτων με τρόπο που εκτιμούν οι ασθενείς. Επομένως, ένα εργαλείο μέτρησης της ενσυναίσθησης θα πρέπει να μετράει συναισθηματικά χαρακτηριστικά που θα εκτιμούσαν οι ασθενείς. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι πιθανό να ενισχύσουν την ικανοποίηση του ασθενούς, τη συμμόρφωση προς τη θεραπεία και την προθυμία να αποκαλυφθούν ευαίσθητες πληροφορίες που μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση. Αυτό σημαίνει ότι ένα έγκυρο εργαλείο δεν θα μετρούσε μόνο την ικανότητα κατανόησης του συναισθήματος, αλλά το πώς προκαλούνται αμοιβαία θετικά συναισθήματα στον ασθενή. Ως εκ τούτου, θεωρούμε έγκυρο ένα τεστ που θα προβλέψει πόσο καλά θα αποδώσει ο γιατρός στον συναισθηματικό τομέα μέσα από τα μάτια των ασθενών. Επομένως, η προγνωστική εγκυρότητα, με τη μορφή της «επικύρωσης ασθενούς», θεωρείται ως η πιο σημαντική διάσταση της παράδοσης της δομής κατά την αξιολόγηση των τεστ ενσυναίσθησης. (Hemmerdinger, Stoddart and Lilford 2007).

Η ενσυναίσθηση μπορεί να μετρηθεί από τρεις διαφορετικές οπτικές: την αυτοαξιολόγηση, την αξιολόγηση ασθενών και την αξιολόγηση από ένα τρίτο άτομο-παρατηρητή. Η αυτοαξιολόγηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης με τη χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται από αυτούς που αξιολογούνται. Η αξιολόγηση από τους ασθενείς συνίσταται στη χρήση ερωτηματολογίων που δίνονται στους ασθενείς για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης που βιώνουν μεταξύ των φροντιστών τους. Και τέλος η αξιολόγηση από ένα τρίτο πρόσωπο, περιλαμβάνει τη χρήση τυποποιημένων αξιολογήσεων από έναν παρατηρητή για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ υγειονομικού προσωπικού και ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης «τυποποιημένων» ή προσομοιωμένων συναντήσεων ασθενών για τον έλεγχο παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ ασθενών.

Ένα τεστ πρέπει να έχει αξιοπιστία, δηλαδή τη τάση μιας δοκιμής να παρέχει συνεπή αποτελέσματα όταν εφαρμόζεται υπό διαφορετικές συνθήκες και θα πρέπει να

προκύπτει το ίδιο αποτέλεσμα. Η εσωτερική συνέπεια (μερικές φορές θεωρείται μια μορφή αξιοπιστίας) είναι ένα μέτρο του βαθμού στον οποίο τα συστατικά μέρη ενός τεστ δίνουν συνεπή αποτελέσματα (π.χ. εάν μεμονωμένες ερωτήσεις παράγουν παρόμοιες βαθμολογίες).

Η εγκυρότητα αναφέρεται στην ποιότητα της αντιστοίχισης μεταξύ του τεστ και της ποιότητας (στην περίπτωση αυτή της ενσυναίσθησης) που σκοπεύει να μετρήσει το τεστ. Αυτό το μέτρο προγνωστικής εγκυρότητας αναφέρεται ως επικύρωση ασθενούς. Το σκεπτικό είναι ότι η επιλογή με βάση την ενσυναίσθηση βασίζεται στην υπόθεση ότι οι κλινικοί γιατροί με μεγαλύτερη ενσυναίσθηση (όπως κρίνεται από το τεστ) θα παρέχουν καλύτερη εμπειρία στον ασθενή. Εάν αυτό δεν μπορεί να αποδειχθεί, η λογική των τεστ ενσυναίσθησης για την επιλογή πρέπει να τεθεί υπό αμφισβήτηση.

Η επαγγελματική ενσυναίσθηση είναι πιο εύκολο να μετρηθεί λόγω της συγκεκριμένης φύσης της (Sara 2018). Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί κάποιο αξιόπιστο και έγκυρο τεστ μέτρησης της ενσυναίσθησης.

### ***3.1.2 Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (The Interpersonal Reactivity Index - IRI)***

Ο δείκτης διαπροσωπικής αντιδραστικότητας (IRI) αναπτύχθηκε αρχικά από τον Davis (1980) ως αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο για ενήλικες αποτελούμενο από 28 ερωτήσεις που κατανεμήθηκαν εξίσου σε τέσσερις υποκλίμακες, που αναφέρονται αντίστοιχα στη Φαντασία και την Προοπτική (στην υποκλίμακα γνωστικής ενσυναίσθησης), Ενσυναίσθηση και Προσωπική Δυσφορία (στην υποκλίμακα συναισθηματικής ενσυναίσθησης). Το αρχικό ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε μεγάλο βαθμό στον ορισμό της ενσυναίσθησης που προτάθηκε από τον Smith (1759), ο οποίος έκανε την αρχική διαφοροποίηση μεταξύ ενστικτώδους συμπάθειας (ή συναισθηματική ενσυναίσθηση) και διανοητικής συμπάθειας (ή γνωστική ενσυναίσθηση), και από τον Spencer (1855), ο οποίος έκανε την ίδια διάκριση που συνεχίστηκε στις μέρες μας. Το IRI ήταν το πρώτο μέτρο που επικυρώθηκε σε ενήλικες και έδωσε στοιχεία ξεχωριστά για τις αξιολογήσεις των γνωστικών δυνατοτήτων λήψης προοπτικής και της συναισθηματική αντίδρασης. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε επίσης για εύκολη διαχείριση και βαθμολόγηση. Η κλίμακα μάλιστα προσαρμόστηκε για πρώτη φορά ως εργαλείο αυτοαναφοράς για παιδιά από τον Litvack-Miller, McDougall and Romney (1997).



Το ερωτηματολόγιο στηρίζεται στην αρχή ότι η ενσυναίσθηση νοείται ως μια πολυδιάστατη κατασκευή που περιλαμβάνει τόσο γνωστικούς όσο και συναισθηματικούς παράγοντες για τους οποίους, παραδοσιακά, έχουν αναφερθεί διαφορές μεταξύ των φύλων. Η Κλίμακα Διαπροσωπικής ανταπόκρισης (IRI) είναι ένα όργανο που αποτελείται από τέσσερις υποκλίμακες, καθεμία από τις οποίες μετρά μια διαφορετική διάσταση της παγκόσμιας έννοιας της ενσυναίσθησης (Tello, Edigio and Ortiz 2013). Αξιολογεί τις τέσσερις ξεχωριστές πτυχές της ενσυναίσθησης, κοινωνική λειτουργικότητα, αυτοεκτίμηση, συναισθηματικότητα και ευαισθησία προς τους άλλους. Όπως ήταν αναμενόμενο, καθεμία από τις τέσσερις υποκλίμακες εμφανίζει ένα διακριτικό και προβλέψιμο πρότυπο σχέσεων με αυτά τα μέτρα, καθώς και με προηγούμενα μονοδιάστατα μέτρα ενσυναίσθησης. Τα ευρήματα αυτά, σε συνδυασμό με τις θεωρητικά σημαντικές σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ των ίδιων των τεσσάρων υποκλιμάκων, παρέχουν σημαντικά στοιχεία για μια προσέγγιση πολυδιάστατη της ενσυναίσθησης. Ορίζει την ενσυναίσθηση ως τις «αντιδράσεις ενός ατόμου στις παρατηρούμενες εμπειρίες ενός άλλου» (Davis 1980). Τα στοιχεία της κλίμακας φαντασίας μετρούν την τάση να ταυτιστεί το άτομο με χαρακτήρες σε ταινίες, μυθιστορήματα, θεατρικά έργα και άλλες φανταστικές καταστάσεις. Η κλίμακα της λήψη προοπτικής, περιέχει στοιχεία που αξιολογούν τις αυθόρμητες προσπάθειες υιοθέτησης των προοπτικών άλλων ανθρώπων και να δούμε τα πράγματα από τη σκοπιά τους. Οι άλλες δύο διερευνούν τις χρόνιες συναισθηματικές αντιδράσεις των ερωτηθέντων στις αρνητικές εμπειρίες των υπολοίπων, ενώ η κλίμακα ενσυναίσθησης ανησυχίας διερευνά τα συναισθήματα ζεστασιάς, συμπόνιας των ερωτηθέντων και ανησυχία που έχουν για τους άλλους, ενώ η κλίμακα προσωπικής δυσφορίας μετρά τα προσωπικά συναισθήματα του άγχους τη δυσφορίας που προκύπτει από την παρατήρηση της αρνητικής εμπειρίας ενός άλλου (Davis 1980).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις σε 5<sup>ο</sup> βάθμια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από "Δεν με περιγράφει καλά" έως «Με περιγράφει πολύ καλά». Κάθε μια από τις 4 υποκλίμακες, αποτελείται από 7 διαφορετικά στοιχεία.

Αυτές οι υποκλίμακες είναι:

- Λήψη προοπτικής: η τάση για αυθόρμητη υιοθέτηση του ψυχολογικού σημείου της άποψης του άλλου.

- Φαντασία: τις τάσεις των ερωτηθέντων να μεταφέρουν τον εαυτό τους με τη φαντασία σε συναισθήματα και ενέργειες φανταστικών χαρακτήρων σε βιβλία, ταινίες και θεατρικά έργα.
- Ενσυναίσθηση: αξιολογεί τα συναισθήματα συμπάθειας και ανησυχίας με «εκτός εαυτού προσανατολισμό» για τις δυστυχίες των άλλων.
- Προσωπική δυσφορία: μετρά τα «αυτοπροσανατολισμένα» συναισθήματα προσωπικού άγχους και δυσφορίας σε τεταμένες διαπροσωπικές ρυθμίσεις.

Δίπλα από κάθε ερώτηση υπάρχει μια σημείωση που δείχνει την κλίμακα που αξιολογεί το τεστ ενώ το σύμβολο (-) υποδηλώνει ότι το στοιχείο αυτό θα βαθμολογηθεί με αντίστροφο τρόπο.

PT = κλίμακα λήψης προοπτικής

FS = κλίμακα φαντασίας

EC = κλίμακα ενσυναίσθησης

PD = κλίμακα προσωπικής δυσφορίας

Κάθε ερώτηση βαθμολογείται ως εξής: A = 0, B = 1, C = 2, D = 3, E = 4. Εκτός από τα στοιχεία με αντίστροφη βαθμολογία, τα οποία βαθμολογούνται: A = 4, B = 3, C = 2, D = 1 και E = 0.

Το τεστ έχει κριθεί αξιόπιστο και χρησιμοποιείται από πολλές έρευνες και έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Τσίτσας, Θεοδοσοπούλου και Μαλικιώση-Λοϊζου (2012) (Platsidou and Agalioitis 2017) ενώ μετά από εκτεταμένη έρευνα έχει κριθεί επαρκές για την εξέταση της ενσυναίσθησης από την εφηβεία ως την ενηλικίωση σε διάφορους πολιτισμούς (Fernández, Dufey and Kramp 2011; Hawk et al 2013; Siu and Shek 2005; Τσίτσας, Θεοδοσοπούλου και Μαλικιώση-Λοϊζου 2012).

Πράγματι, η υποκλίμακα της προσωπικής δυσφορίας φαίνεται να αξιολογεί τα συναισθήματα άγχους, δυσφορίας και απώλειας ελέγχου σε αρνητικά περιβάλλοντα. Μελέτες ανάλυσης παραγόντων και εγκυρότητας υποδηλώνουν ότι η υποκλίμακα Προσωπικής Δυσφορίας μπορεί να μην αξιολογήσει ένα κεντρικό στοιχείο της ενσυναίσθησης (Cliffordson 2002). Αντίθετα, η Προσωπική Δυσφορία μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του νευρωτισμού, ενώ τα πιο ισχυρά συστατικά της ενσυναίσθησης φαίνεται να αντιπροσωπεύονται στις

υποκλίμακες Ενσυναίσθησης Ενδιαφέροντος και Λήψης Προοπτικής (Alterman et al 2003). (Παράρτημα Ι)

### **3.1.3 The Toronto Empathy Questionnaire**

Το TQE τεστ δημιουργήθηκε το 2009 από τους Spreng et al (2009) με στόχο να διαμορφώσουν ένα λιτό εργαλείο για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης, χρησιμοποιώντας την παραγοντική ανάλυση σε έναν συνδυασμό μέτρων αυτοαναφοράς. Το Ερωτηματολόγιο Ενσυναίσθησης του Τορόντο (TEQ) αντιπροσωπεύει την ενσυναίσθηση ως μια πρωταρχικά συναισθηματική διαδικασία. Σε τρεις μελέτες, το TEQ έδειξε ισχυρή συγκλίνουσα εγκυρότητα, συσχετιζόμενο θετικά με συμπεριφορικά μέτρα κοινωνικής αποκωδικοποίησης, μέτρα αυτοαναφοράς της ενσυναίσθησης και αρνητικά με ένα μέτρο συμπτωματολογίας του Αυτισμού. Επιπλέον, επέδειξε καλή εσωτερική συνέπεια και υψηλή αξιοπιστία σε επαναληπτικές μετρήσεις (Spreng et al 2009).

Το TEQ είναι ένα σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης που συγκεντρώνει στοιχεία από άλλα ερωτηματολόγια της ενσυναίσθησης, με σκοπό τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου, καθορίζοντας έναν κοινό ενιαίο παράγοντα. Περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις, με απαντήσεις σε 5<sup>ο</sup> βήθμια κλίμακα Likert από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα). Το τελικό αποτέλεσμα προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων αντιστρέφοντας τις αρνητικές ερωτήσεις. Οι 16 ερωτήσεις περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τις θεωρητικές πτυχές της ενσυναίσθησης. Η συναισθηματική πτυχή της ενσυναισθητικής απόκρισης πιστεύεται ότι σχετίζεται με φαινόμενα, όπως η συναισθηματική μετάδοση (Eisenberg and Miller 1987), η κατανόηση συναισθημάτων (Haxby, Hoffman and Gobbini 2000), η συμπαθητική φυσιολογική διέγερση (Levenson and Ruef 1992) και ο συγγενικός αλτρουισμός (Rice 1964) όλα αυτά αντιπροσωπεύονται σε στοιχεία του TEQ. Δύο στοιχεία στοχεύουν συγκεκριμένα στην αντίληψη μιας συναισθηματικής κατάστασης σε ένα άλλο που διεγείρει το ίδιο συναίσθημα στον εαυτό του (στοιχεία 1 και 4). Ένα στοιχείο αξιολογεί την κατανόηση συναισθημάτων σε άλλα (στοιχείο 8). Άλλα στοιχεία εξετάζουν την αξιολόγηση των συναισθηματικών καταστάσεων σε άλλους με ευρετηρίαση της συχνότητας των συμπεριφορών που επιδεικνύουν κατάλληλη ευαισθησία (στοιχεία 2, 7, 10, 12, 15). Το TEQ περιέχει επίσης στοιχεία που αγγίζουν τη συμπαθητική φυσιολογική διέγερση (στοιχεία 3, 6, 9 και 11) και τον αλτρουισμό (στοιχεία 5, 14 και 16). Τέλος, ένα στοιχείο εξετάζει τη συχνότητα των συμπεριφορών

που εμπλέκουν υψηλότερης τάξης ενσυναίσθηση απόκρισης, όπως συμπεριφορές υπέρ της κοινωνικής βοήθειας (στοιχείο 13). Οκτώ στοιχεία βαθμολογούνται αρνητικά (2, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15), αντικατοπτρίζοντας τη συχνότητα της αδιαφορίας της κατάστασης προς ένα άλλο άτομο για τις παραπάνω περιγραφείσες παραμέτρους. Συνολικά, αυτά τα στοιχεία αντιπροσωπεύουν μια μεγάλη ποικιλία συμπεριφορών που σχετίζονται με την ενσυναίσθηση όπως αυτή περιγράφεται στην τρέχουσα βιβλιογραφία. Το TEQ παρεκκλίνει μόνο στα μέτρα που μετρούν τη Διαταραχή του Φάσματος του αυτισμού, καθώς η διαταραχή εμφανίζει ελλείματα στην κοινωνική επεξεργασία. Σε αυτή τη περίπτωση το TEQ δείχνει αρνητική συσχέτιση με την κακή διαπροσωπική και κοινωνική ανταπόκριση (Baron-Cohen et al 2001).

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι απλές και βαθμολογούνται σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα για τις θετικά διατυπωμένες θέσεις 1, 3, 5, 6, 8, 9, 13, 16. Και Ποτέ = 0, Σπάνια = 1, Μερικές φορές = 2, Συχνά = 3, Πάντα = 4. Ενώ τα αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία βαθμολογούνται με αντίστροφη βαθμολογία: 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15. Οι βαθμολογίες αθροίζονται για να εξαχθεί το σύνολο για το TEQ. (Παράρτημα II)

### **3.1.4 Self – Compassion Scale (SCS) Κλίμακα Αξιολόγησης της Αυτοσυμπόνιας**

Τα τελευταία χρόνια, το θέμα της Αυτοσυμπόνιας έχει προσελκύσει αυξανόμενη προσοχή τόσο από επιστημονικά όσο και από κλινικά πεδία. Η Κλίμακα Auto Self Compassion Scale (SCS) δημιουργήθηκε από την Neff (2003a) για να αποτυπώσει συγκεκριμένα αυτόν τον τρόπο του να είναι κανείς ευγενικός και να κατανοεί τον εαυτό του σε δύσκολες στιγμές. Είναι πολύ διαδεδομένο και έχει μεταφραστεί σχεδόν σε όλες τις γλώσσες (<https://contextualscience.org>) και στα ελληνικά από τους (Mantzios, Wilson and Giannou 2015).

Η συμπόνια είναι το ίδιο σημαντική με την Αυτοσυμπόνια, καθώς η Αυτοσυμπόνια μεταμορφώνει την αρνητική αυτοεπίδραση (δηλαδή, το να νιώθει κάποιος άσχημα για τις ανεπάρκειες ή τις αποτυχίες) σε θετική αυτοεπίδραση (δηλαδή, αίσθημα καλοσύνης και κατανόηση προς τον εαυτό του) και η Αυτοσυμπόνια συνεπάγεται με πολλά ψυχολογικά και ιατρικά οφέλη που έχουν συσχετιστεί με υψηλή αυτοεκτίμηση. Το τεστ δημιουργήθηκε ακριβώς για να δείξει τη σχέση της Αυτοσυμπόνιας με την αυτοεκτίμηση και τη ψυχική υγεία του ατόμου (Kotsoy and Leys 2016).

Τα ερωτήματα εντάσσονται σε 6 υποκλίμακες που αφορούν υψηλούς αξίας αυτοπαράγοντες συμπόνιας :

1. Καλοσύνη προς τον εαυτό του και τους άλλους.
2. Κοινωνική επιθυμία.
3. Αυτοκριτική.
4. Συνδεσιμότητα, δηλαδή το βαθμό διαπροσωπικής εγγύτητας που νοιώθουν τα άτομα προς άλλους ανθρώπους, και την αίσθηση του ανήκειν.
5. Συναισθηματική νοημοσύνη, εκτιμά τις ατομικές διαφορές στην ικανότητα σκέψης και διαχείρισης των συναισθημάτων κάποιου.
6. Τελειομανία, που διακρίνει την νευρωτική τελειομανία και την προσαρμοστική τελειομανία.

Στις σημειώσεις της μελέτης της η συγγραφέας αναφέρει ότι για να κατανοήσουμε καλύτερα τη μη επικριτική στάση της Αυτοσυμπόνιας, είναι χρήσιμο να κατανοήσουμε τη διάκριση που κάνουν οι Βουδιστές μεταξύ κρίσης και διακριτική σοφία (Goldstein and Kornfield 1987). Η κρίση του εαυτού ή των άλλων θεωρείται ως μια στενή, άκαμπτη διαδικασία κατηγοριοποίησης που δεν αναγνωρίζει το περίπλοκο των αιτιών και συνθηκών που πλαισιώνουν τις πράξεις των ανθρώπων, αλλά αντίθετα καθιστά τα άτομα ως «καλά» ή «κακά». Η διακριτική σοφία, αντίθετα, που πηγάζει από την επίγνωση, βλέπει ξεκάθαρα τις συνέπειες συγκεκριμένων ενεργειών για την ευημερία του εαυτού του ή των άλλων, αλλά το κάνει με ανοιχτό μυαλό, κατανοεί και αναγνωρίζει την πολύπλοκη, συνεχώς μεταβαλλόμενη φύση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η αυτοπεποίθηση είναι μια μη επικριτική στάση, με την έννοια ότι αποφεύγει τις στενές, άκαμπτες αυτοκριτικές, αλλά συνεπάγεται διακριτική σοφία όσον αφορά τις προσωπικές αποτυχίες ή λάθη (Neff 2003b).

Το τεστ περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις όπου απαντώνται σε μια 5ο βάθμια κλίμακα Likert, από το 1 (σχεδόν ποτέ) ως το 5 (σχεδόν πάντα) και έχει ερωτήσεις θετικές και αρνητικές, χωρισμένες σε υποκλίμακες. Οι αρνητικές απαντήσεις περιλαμβάνουν τις ερωτήσεις 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25, ενώ για να υπολογιστεί το σύνολο θα πρέπει να αντιστραφούν οι αρνητικές απαντήσεις ως εξής, 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1 και στη συνέχεια να προστεθούν όλες οι απαντήσεις και να διαιρεθούν με το 26 για να βρεθεί ο συνολικός μέσος όρος (<https://self-compassion.org>). Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά από τους Mantzios, Wilson and Giannou (2015) (Παράρτημα III)

### 3.2 Μοντέλα Μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Οι περισσότερες μελέτες που επικεντρώνονται στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας θεωρούν την επαγγελματική εξουθένωση ότι

αποτελεί μια εξαρτημένη μεταβλητή, όπου για τη μελέτη της χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο της Maslach (1986) (Maslach Burnout Inventory – MBI) είτε η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας (Staff Burnout Scale for Health Professionals – SBS-HP) που κατασκευάστηκε από την Jones (1980). Σε μελέτες εντοπίσαμε και τη χρήση και άλλων εργαλείων μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως το Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) και το Brief-COPE μια συντομευμένη έκδοση του καταλόγου COPE δημιουργήθηκε από τον Carver το 1997, το Boyko's Emotional Burnout Inventory, είναι ένα διάσημο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε το 1996 και τη Κλίμακα Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (Emotional Empathy Tendency Scale -EETS) των Mehrabian and Epstein (1972) και την κλίμακα Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) Mehrabian (1996) που παρουσιάζονται πιο κάτω αναλυτικά.

### **3.2.1 Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach -MBI**

Το ερωτηματολόγιο της καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach burnout inventory- MBI) είναι ένα ερωτηματολόγιο που μετρά το επίπεδο εξουθένωσης που νοιώθει το άτομο, σύμφωνα με το πώς ορίζεται η εξουθένωση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το ICD-11. Παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από τους Maslach and Jackson το 1986, ενώ μέχρι σήμερα έχει προσαρμοστεί σε διάφορους επαγγελματίες. Έτσι, υπάρχει το MBI-HSS (MP) για το ιατρικό προσωπικό, το MBI-HSS για τους εργαζόμενους σε υπηρεσίες που αφορούν το άτομο, το MBI-ES για εκπαιδευτικούς, το MBI -SG(S) για φοιτητές και το MBI-GS για γενική χρήση (Maslach et al 1981).

Η εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μείωσης των επιτευγμάτων. Μέσα από 22 ερωτήσεις που περιλαμβάνει, το ερωτηματολόγιο μελετά τις ακόλουθες τρεις κύριες διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: την υψηλή συναισθηματική εξάντληση, την υψηλή αποπροσωποποίηση και την αίσθηση χαμηλής αποτελεσματικότητας του ατόμου που εκφράζεται ως έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Αυτές ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες, την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Ο παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης μελετά την συχνότητα την οποία εμφανίζεται η συναισθηματική υπερένταση και κατάπτωση λόγω της εργασίας, της αποπροσωποποίησης εκτιμά αντιδράσεις αδιαφορίας ή απρόσωπης στάσης απέναντι στους ασθενείς, ενώ της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, αφορά τα αισθήματα

επάρκειας ή μη, αποδοτικότητα και μη, επίτευξης στόχων στον εργασιακό χώρο ή όχι. Οι ερωτήσεις απαντώνται με τη χρήση κλίμακας Likert επτά επιλογών, από το μηδέν που αντιπροσωπεύει το ποτέ, το 1 μερικές φορές το χρόνο, το 2 τουλάχιστον μια φορά το μήνα, 3 αρκετές φορές το μήνα, 4 μια φορά την εβδομάδα, 5 αρκετές φορές μέσα στη εβδομάδα και 6 κάθε μέρα. Στη συνέχεια, υπολογίζεται μία βαθμολογία. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο βαθμολόγηση του φορέα Mind Garden Inc που διαχειρίζεται το ερωτηματολόγιο, η βαθμολογία υπολογίζεται με τα εξής κριτήρια. Η βαθμολογία από τις ερωτήσεις 1,2,3,6,8,13,14,16 και 20 εκφράζει την επαγγελματική εξάντληση και κάτω από 17 δηλώνει χαμηλό βαθμό, από 18-29 μέτριο και πάνω από 30 υψηλό συναισθηματικής εξάντλησης. Η βαθμολογία από τις ερωτήσεις 5,10,11,15 και 22 αφορά την αποπροσωποποίηση, την απώλεια ενσυναίσθησης και κάτω από 5 δηλώνει χαμηλό βαθμό, από 6 ως 11 μέτριο και πάνω από 12 υψηλό βαθμό αποπροσωποποίησης. Τέλος οι υπόλοιπες ερωτήσεις 4,7,9,12,17,18,19,21 σχετίζονται με την αξιολόγηση της προσωπικής επίδοσης, κάτω από 33 είναι χαμηλή, από 34 ως 39 μέτρια και πάνω από 40 υψηλή ως προς τα προσωπικά επιτεύγματα (<https://www.psychosomatik.com>).

Εάν υπάρξουν υψηλές τιμές στην υποκλίμακα που μετρά την συναισθηματική εξάντληση και χαμηλές τιμές στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων, σημαίνει ότι υπάρχουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίθετα, εάν υπάρχουν χαμηλές τιμές στην υποκλίμακα που μετρά την συναισθηματική εξάντληση και χαμηλές τιμές στην υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης και υψηλές τιμές στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων, σημαίνει ότι υπάρχουν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Τσετσέλη και Τριγώνη 2017). Το τεστ έχει σταθμιστή στην Ελλάδα και στην ελληνική έκδοσή του, περιγράφεται ως ένα ερωτηματολόγιο εύχρηστο, δομημένο απλά, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο, είναι αυτοχορηγούμενο όπου η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια συνεχής μεταβλητή και όχι διχοτομική, που υπάρχει ή δεν υπάρχει. Επίσης μπορεί να καταγράψει τα συναισθήματα του ατόμου ως προς την εργασία του και τη στάση που έχει απέναντι σε όσους παρέχουν υπηρεσίες, έστω νοσηλευτικές (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1992). (Παράρτημα IV)

### **3.2.2 Maslach Burnout Toolkit for Medical Personnel**

Το ειδικό ερωτηματολόγιο που έχει διαμορφωθεί για το ιατρικό προσωπικό συνδυάζει το ερωτηματολόγιο της εργασιακής ζωής MBI με το AWS (Areas of Work life Survey) όπου αξιολογεί τους παράγοντες που υπάρχουν στο περιβάλλον και συμβάλουν στην

εξουθένωση. Με το ερωτηματολόγιο MBI αξιολογείται το επίπεδο εξουθένωσης μετρώντας την συναισθηματική εξάντληση, τα αισθήματα δηλαδή συναισθηματικής υπερέκτασης και εξάντλησης από την εργασία, την αποπροσωποποίηση, τις ασυναίσθητες και απρόσωπες απαντήσεις προς του αποδέκτες της υπηρεσίας κάποιου κατά την φροντίδα ή την θεραπεία και την προσωπική επίτευξη, το αίσθημα ικανότητα και επιτυχημένης πορείας που λαμβάνει κάποιος κατά την εργασία του με ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο AWS, αξιολογεί τους παράγοντες από το περιβάλλον όπως το φόρτο εργασίας, τον όγκο εργασίας δηλαδή που θα πρέπει να γίνει σε μια δεδομένη στιγμή και αποτυπώνει την έκταση που μπορεί να πάρει όταν οι εργασιακές απαιτήσεις εισέρχονται και στην προσωπική ζωή και το άτομο βιώνει κοινωνικές πιέσεις και σωματικό ή νοητικό βάρος από τις απαιτήσεις της εργασίας. Η άλλη παράμετρος που αξιολογείται είναι ο έλεγχος, η δυνατότητα δηλαδή που έχει το άτομο να κάνει τις επιλογές του και παίρνει αποφάσεις για να λύσει τα προβλήματα, το εύρος των ευθυνών που αναλαμβάνει και τη δυνατότητα συμμετοχής σε σημαντικές αποφάσεις σχετικά με την εργασία καθώς και το φάσμα επαγγελματικής αυτονομίας που έχει. Η επιβράβευση, η οικονομική ή κοινωνική αναγνώριση που λαμβάνει το άτομο για την συνεισφορά του στην εργασία και η ανταμοιβή τους που μπορεί να περιλαμβάνει από έναν απλό έπαινο, μέχρι βραβείο ή προνόμια και αύξηση μισθού. Η κοινότητα, δηλαδή η ποιότητα του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο εργάζεται το άτομο, περιλαμβάνει τις σχέσεις που δημιουργεί με διευθυντές, συναδέλφους, υφισταμένους και ασθενείς. Επίσης, η δικαιοσύνη, ο βαθμός δηλαδή που ο οργανισμός έχει συνεπείς και δίκαιους κανόνες για όλους καθώς και η ποιότητα της δικαιοσύνης και του σεβασμού στην εργασία. Τέλος, οι αξίες που διέπουν το επάγγελμα και η ταύτιση των προσωπικών αξιών που φέρει το άτομο ως προς το επάγγελμα και οι αξίες που είναι εγγενείς στον οργανισμό όπου εργάζεται. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις και απαιτείται 25-30 λεπτά για να συμπληρωθεί ([mindgarden.com](http://mindgarden.com)).

### ***3.2.3 Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης για το Προσωπικό Υγείας (Staff Burnout Scale for Health Professionals – SBS-HP)***

Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αναφέρεται σε ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που περιλαμβάνει την ανάπτυξη αρνητικών εργασιακών στάσεων, κακής επαγγελματικής αυτοαντίληψης και απώλεια ενσυναίσθησης για τους πελάτες. Το Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS-HP) είναι ένας κατάλογος 20 στοιχείων που αξιολογεί τις



γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις που περιλαμβάνουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Για την εγκυρότητα του τεστ έγιναν τρεις μελέτες όπου τα δεδομένα από το SBS-HP συσχετίστηκαν σημαντικά με τις μετρήσεις της εναλλαγής εργασίας, της απουσίας, της καθυστέρησης, της πειθαρχίας, της χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων και της προσωπικής ασθένειας. Οι επαγγελματίες υγείας που είχαν υποστεί εξουθένωση ήταν πιο δυσαρεστημένοι από τους επαγγελματίες υγείας που δεν είχαν υποστεί burnout από την εργασία τους, τη κλινική επίβλεψη, τις ευκαιρίες για προαγωγή και τους συναδέλφους. Τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίστηκαν επίσης αξιόπιστα με μεγαλύτερη παραμέληση εργασιακών καθηκόντων και με μεγαλύτερες παραδοχές σοβαρών λαθών στην εργασία. Επιπλέον, οι εξουθενωμένοι επαγγελματίες υγείας έκαναν τις πιο βαριές δουλειές και τα λιγότερο επιθυμητά προγράμματα (Jones 1980).

#### ***3.2.4 Coping Orientations to Problems Experienced – COPE & Brief COPE Scale (Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων)***

Η Κλίμακα COPE δημιουργήθηκε από τον Carver το 1997. Το Brief -COPE είναι μια συντομευμένη έκδοση του καταλόγου COPE (Coping Orientation to Problems Experienced), ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς που αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων αντιμετώπισης. Επί του παρόντος, είναι ένα από τα καλύτερα επικυρωμένα και πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μέτρο εκτίμησης των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες. Το τεστ περιέχει 28 στοιχεία, τα οποία μετρούν 14 διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες. Είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες από τον πληθυσμό. Το μοντέλο στηρίζεται στην προσέγγιση ότι το άτομο υιοθετεί μια κατηγορία προσαρμογής για να αντιμετωπίσει ασυνήθιστα δύσκολες συνθήκες (Costa, Somerfield and McCrae 1996). Όπως και στο μοντέλο για το στρες των Lazarus and Folkman (1984), σύμφωνα με το οποίο το στρες αποτελεί ένα σύνολο από ψυχοπνευματικούς παράγοντες που προκύπτουν από τη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του και προκαλούν απώλεια ή ζημιά, είτε απειλή ή πρόκληση. Το άτομο δέχεται λόγω στρες δυναμικές και πολύπλοκες αντιδράσεις οι οποίες μπορούν να διακριθούν στην γνωστική εκτίμηση και την αντιμετώπιση της στρεσογόνου κατάστασης (Folkman et al 1986). Η αντιμετώπιση είναι μια εξίσου πολύπλοκη διαδικασία καθώς το άτομο καλείται να αντιληφθεί την κατάσταση που προκαλεί το στρες και να χρησιμοποιήσει τους

διαθέσιμους πόρους που έχει για να το αντιμετωπίσει (Folkman 1984). Το ερωτηματολόγιο στηρίζεται στο μοντέλο του Lazarus για το στρες και τη θεωρία αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς των Carver, Scheier and Weintraub (1989), όπου τα άτομα ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους μετά από σύγκριση της τρέχουσας συμπεριφοράς με ένα πρότυπο συμπεριφοράς που έχει. Το αρχικό ερωτηματολόγιο συμπεριλάμβανε 13 υποκλίμακες όπου σε κάθε μία περιγράφεται μία συγκεκριμένη στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους. Οι πέντε στρατηγικές στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος, οι άλλες πέντε στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος και οι άλλες τρεις που περιγράφουν τη ρύθμιση του συναισθήματος με δυσλειτουργικές στρατηγικές.

Λαμβάνοντας υπόψη την προβληματική επέκταση του αρχικού οργάνου, ο Carver (1997) παρουσίασε μια συντομευμένη έκδοση, το Brief - COPE, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε περιβάλλοντα υγείας και περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις. Η σύντομη έκδοσή του (Brief Copre) έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Karsou et al (2010) και από τη Ρούσση (2001) (Σταλίκας, Τριλίβα, Ρούσση 2002) σε μια έκδοση που περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις με δύο επιπλέον υποκλίμακες, αυτή της χρήσης χημικών ουσιών και της στρατηγικής του χιούμορ και έχει ελεγχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του ως προς την διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες από τους Ντίνου και συν (2013).

Οι συμπεριφορές και οι στρατηγικές αντιμετώπισης παραδοσιακά χωρίζονται σε κατηγορίες, όπως η αντιμετώπιση προβλημάτων έναντι συναισθημάτων, η λειτουργική έναντι δυσλειτουργικής, η προσέγγιση έναντι αποφυγής, η δέσμευση έναντι αποδέσμευσης και η πρωτογενής έναντι δευτερεύουσας αντιμετώπισης ελέγχου. Οι 14 υποκλίμακες που έχει αποτελούνται από δύο στοιχεία η καθεμία και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που αξιολογεί η κλίμακα είναι οι εξής:

- 1 Αποδοχή: είναι η αποδοχή της πραγματικότητας που έχει συμβεί/μάθηση να ζεις με αυτήν.
- 2 Συναισθηματική υποστήριξη: είναι η απόκτηση συναισθηματικής υποστήριξης/παρηγοριάς και κατανόησης.
- 3 Χιούμορ: είναι να αστεϊεύσαι γι' αυτό/ να κοροϊδεύεις την κατάσταση.
- 4 Θετική αναπλαισίωση: προσπαθεί να δει την κατάσταση από διαφορετικό πρίσμα, να την κάνει να φαίνεται πιο θετική/να αναζητήσει κάτι καλό σε αυτήν.
- 5 Θρησκεία: βρίσκει παρηγοριά σε θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις/προσευχή ή διαλογισμό.

- 6 Ενεργητική αντιμετώπιση: είναι η συγκέντρωση των προσπαθειών στο να γίνει κάτι για την κατάσταση/να λάβει μέτρα για να προσπαθήσει να τη βελτιώσει.
- 7 Οργανική υποστήριξη: είναι η λήψη βοήθειας και συμβουλών από άλλα άτομα/προσπάθεια να λάβουμε συμβουλές ή βοήθεια από άλλους σχετικά με το τι πρέπει να κάνουμε.
- 8 Σχεδιασμός: προσπαθεί να καταλήξει σε μια στρατηγική σχετικά με το τι πρέπει να κάνει/σκέφτεται σκληρά για τα βήματα που πρέπει να λάβει.
- 9 Αποδέσμευση συμπεριφοράς: είναι η παραίτηση από την προσπάθεια να την αντιμετωπίσεις/η προσπάθεια αντιμετώπισης.
- 10 Άρνηση: είναι να λέω στον εαυτό μου «αυτό δεν είναι πραγματικό»/άρνηση να πιστέψω ότι έχει συμβεί.
- 11 Αυτοπερισπασμός: είναι να στραφώ στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες για να αποσπάσω το μυαλό μου από πράγματα/κάνω κάτι για να το σκέφτομαι λιγότερο.
- 12 Αυτοκατηγορία :είναι να επικρίνω τον εαυτό μου/κατηγορώ τον εαυτό μου για πράγματα που συνέβησαν.
- 13 Χρήση ουσιών είναι η χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών: για να νιώσω καλύτερα/για να με βοηθήσει να το ξεπεράσω.
- 14 Εξαέρωση: είναι να λες πράγματα που αφήνουν τα δυσάρεστα συναισθήματα να ξεφύγουν/έκφραση αρνητικών συναισθημάτων (Garcia et al 2018).

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert 4 βαθμών που κυμαίνονται από 0 = δεν το έκανα καθόλου έως 3 = το έκανα πολύ, ενώ οι κλίμακες υπολογίζονται ως εξής (χωρίς αντιστροφές κωδικοποίησης):

- Αυτοπερισπασμός, στοιχεία 1 και 19
- Ενεργητική αντιμετώπιση, στοιχεία 2 και 7
- Άρνηση, στοιχεία 3 και 8
- Χρήση ουσιών, στοιχεία 4 και 11
- Χρήση συναισθηματικής υποστήριξης, στοιχεία 5 και 15
- Χρήση οργανικής υποστήριξης, στοιχεία 10 και 23
- Συμπεριφορική απεμπλοκή, στοιχεία 6 και 16
- Εξαερισμός, στοιχεία 9 και 21
- Θετική αναπλαισίωση, στοιχεία 12 και 17
- Προγραμματισμός, σημεία 14 και 25

- Χιούμορ, στοιχεία 18 και 28
- Αποδοχή, στοιχεία 20 και 24
- Θρησκεία, στοιχεία 22 και 27
- Αυτοκατηγορία, σημεία 13 και 26 (Carver 1997) (Παράρτημα V)

### ***3.2.5 Boyko's Emotional Burnout Inventory***

Το Boyko's Emotional Burnout Inventory, είναι ένα διάσημο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε το 1996 και αποτελείται από 84 ερωτήσεις.

Η μεθοδολογική του βάση, στηρίζεται στο σύνδρομο γενικής προσαρμογής που αναπτύχθηκε από τον Selye (1998) και τη θεωρία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης που αναπτύχθηκε από την Maslach and Leiter (2016). Ορίζει την συναισθηματική εξουθένωση ως έναν μηχανισμό ψυχολογικής προστασίας απέναντι σε ψυχοτραυματικά γεγονότα, που δημιουργεί η προσωπικότητα του ατόμου, αποκλείοντας μερικούς ή ολικώς τα συναισθήματα (Boyko 2004). Σύμφωνα με την θεωρία του Boyko, η συναισθηματική εξάντληση βοηθά το άτομο να κρατά τους δικούς του συναισθηματικούς και πνευματικούς πόρους ενώ παράλληλα επηρεάζει αρνητικά την υγεία του ατόμου σε νοητικό και σωματικό επίπεδο. Αναγνωρίζει τρία στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης: την ένταση, την αντίσταση και την εξάντληση (Подсадный и Орлов 2008).

Η ένταση λειτουργεί ως μηχανισμός εκκίνησης που πυροδοτεί την δημιουργία της συναισθηματικής εξάντλησης. Το άγχος καθορίζεται από την σταθερή ένταση από στρεσογόνους που είναι είτε θετικές είτε αρνητικές στιγμές δράσης. Ακολουθεί η φάση της αντίστασης στους ψυχοτραυματικούς παράγοντες που βιώνει το άτομο. Αλλά η ανθεκτικότητα στο αυξανόμενο στρες και εξάντληση έχει ξεκινήσει ήδη από το στάδιο της έντασης. Η φάση της εξάντλησης χαρακτηρίζεται από μείωση της ενέργειας και εξασθένισης του νευρικού συστήματος του ατόμου. (Bulatevych 2017). Ο Boyko πιστεύει ότι η μετάβαση των αντιδράσεων του ατόμου από το συναισθηματικό επίπεδο στο ψυχοσωματικό, υποδηλώνει ότι το άτομο δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το φορτίο και η ενέργεια των συναισθημάτων ανακατανέμεται μεταξύ άλλων υποσυστημάτων του οργανισμού. Με αυτό το τρόπο το σώμα προστατεύεται από την καταστροφική δύναμη της συναισθηματικής ενέργειας (Boyko 2004).

Το ψυχοδιαγνωστικό εργαλείο ελέγχου της συναισθηματικής εξάντλησης που προτείνει ο Boyko, επιτρέπει τον εντοπισμό συναισθηματικών διαταραχών και τις

δυσλειτουργικές συνέπειες που έχει τόσο στην επαγγελματική δραστηριότητα του ατόμου, όσο και στις συναναστροφές με τους συναδέλφους του. Κάθε ένα από τα τρία στάδια διακρίνεται από 4 σημαντικά και χαρακτηριστικά συμπτώματα.

Η φάση της έντασης: αγχωτική εμπειρία, δυσαρέσκεια με τον εαυτό μου, αίσθημα «εγκλωβισμού σε ένα κλουβί», άγχος και κατάθλιψη.

Η φάση της αντίστασης: ανεπαρκής συναισθηματική ειδική αντίδραση, συναισθηματικός και ηθικός αποπροσανατολισμός, διερεύνηση της περιοχής της συναισθηματικής οικονομίας, μείωση των επαγγελματικών καθηκόντων.

Η φάση της εξάντλησης: συναισθηματική ανεπάρκεια, συναισθηματική απομόνωση, αποπροσωποποίησης, ψυχοσωματικές και ψυχοβλαστικές διαταραχές (Kiseleva 2018). (Παράρτημα VI)

### ***3.2.6 Emotional Empathy Tendency Scale (EETS) & Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)***

Σύμφωνα με τον ορισμό της ενσυναίσθησης που έδωσαν οι Mehrabian and Epstein, ως μια αυξημένη ανταπόκριση του ατόμου στην συναισθηματική εμπειρία του άλλου, αναπτύξανε δύο κλίμακες. Η πρώτη κλίμακα είναι η Κλίμακα Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (Emotional Empathy Tendency Scale -EETS) των Mehrabian and Epstein (1972) αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της συναισθηματικής ενσυναίσθησης και αποτελείται από 33 στοιχεία τα οποία βαθμολογούνται με 9 βάρη κλίμακα από -4 ως +4. Το ερωτηματολόγιο έχει 7 υποκλίμακες οι οποίες σχετίζονται με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, για παράδειγμα:

- Ευαισθησία στην συναισθηματική μετάδοση («Οι άνθρωποι γύρω μου έχουν μεγαλύτερη επιρροή στη διάθεσή μου)
- Εκτίμηση των συναισθημάτων των μη οικείων και μακρινών προσώπων («Οι μοναχικοί άνθρωποι είναι συνήθως μη φιλικούς»)
- Ακραία συναισθηματική ανταπόκριση («Μερικές φορές τα λόγια ενός ερωτικού τραγουδιού μπορούν να με συγκινήσουν βαθιά»)
- Τάση να επηρεάζεται κάποιος από τις θετικές συναισθηματικές εμπειρίες των άλλων («Μου αρέσει να βλέπω τους ανθρώπους να ανοίγουν δώρα»)
- Τάση να επηρεάζεται κάποιος από τις αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες των άλλων («Το να βλέπω ανθρώπους να κλαίει με αναστατώνει»)

- Συμπαθητική τάση («Τα μικρά παιδιά μερικές φορές κλαίνε χωρίς προφανή λόγο»)
- Προθυμία να είμαστε σε επαφή με άλλους που έχουν προβλήματα («Όταν ένας φίλος αρχίζει να μιλάει για τα προβλήματά του, προσπαθώ να κατευθύνω τη συζήτηση σε κάτι άλλο») (Caruso and Mayer 1998).

Παρόλο που η κλίμακα αρχικά έχει σκοπό να μετρήσει συναισθηματικές συνιστώσες της ενσυναίσθησης, περιλαμβάνει και μερικά γνωστικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα «θα προτιμούσα να είμαι κοινωνικός λειτουργός παρά να εργάζομαι σε ένα κέντρο κατάρτισης για εργασία». Το EETS, έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με ένα μεγάλο αριθμό εργαλείων μετρήσεων της προσωπικότητας, με φυσιολογικές μετρήσεις της συναισθηματικής διέγερσης, αξιολογήσεις της γονικής στοργής, συμπεριφορά φιλοκοινωνική και βοηθητική (Mehrabian, Young and Sato 1988). (Παράρτημα VII)

Ο Mehrabian (1996) ενημέρωσε τη κλίμακα EETS δημιουργώντας μια δεύτερη κλίμακα με 30 στοιχεία που σχετίζονται με την συναισθηματική ενσυναίσθηση δημιουργώντας το Balanced Emotional Empathy Scale (BEES). Αυτό το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε και περιέχει 15 θετικά και 15 αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία όπου βαθμολογούνται πάλι με 4βαθμια κλίμακα όπου -4 η πολύ ισχυρή διαφωνία και +4 η πολύ ισχυρή συμφωνία με τη θέση του ερωτηματολογίου. Η Κλίμακα BEES σχετίζεται με τη κλίμακα EETS και έχει εξαιρετική υψηλή αξιοπιστία και βαθμό εσωτερικής συνέπειας, ενώ σταθμίζεται διαφορετικά ο μέσος όρος των ανδρών και των γυναικών. Η κλίμακα επίσης συσχετίζεται σημαντικά και με πιθανά αρνητικά μέτρα που μπορούν να σχετίζονται με την επιθετικότητα ή την πιθανότητα βίας αλλά και με θετικά και αρνητικά συναισθήματα αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας (Mehrabian 1996). (Παράρτημα VIII)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Η Αναγκαιότητα μελέτης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ενσυναίσθησης στους Επαγγελματίες Υγείας

Τα τελευταία χρόνια γίνονται πολλές μελέτες για να βρεθούν οι παράγοντες που επιδρούν στην αύξηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας και να μελετηθούν τρόποι βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών που βιώνουν. Το θέμα γίνεται περισσότερο επίκαιρο και σημαντικό προς διερεύνηση, λόγω των υγειονομικών συνθηκών και των πιέσεων που δέχονται σε όλο το κόσμο τόσο τα συστήματα υγείας όσο και το υγειονομικό προσωπικό, εξαιτίας της πανδημίας covid-19 που αντιμετωπίζει ο πλανήτης σχεδόν δύο χρόνια.

Ήταν σημαντικό να διερευνήσουμε εκ νέου το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζοντας από την μία παλιές θεωρητικές προσεγγίσεις και από την άλλη αναζητώντας μέσα από πρόσφατες έρευνες τις πιθανές αλλαγές που έγιναν και που εμπλουτίζουν την εννοιολογική προσέγγιση της έννοιας της εξουθένωσης, ειδικά στο χώρο της υγείας.. Παράλληλα ήταν χρήσιμο να διερευνήσουμε και την έννοια της ενσυναίσθησης η οποία λόγω της ψυχολογίας και της ανάπτυξης του επαγγέλματος της συμβουλευτικής και του life coach, χρησιμοποιείται σήμερα ευρέως. Η ενσυναίσθηση συνδέεται άμεσα με τα ιατρικά επαγγέλματα και αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο των υπηρεσιών υγείας. Οι μελέτες δείχνουν ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να οδηγήσει το άτομο να βιώνει άγχος και ενοχή και κατ' επέκταση να το οδηγήσει σε συναισθηματική εξάντληση και κατάθλιψη, (Wrobel 2013) συμπτώματα κοινά με την επαγγελματική εξουθένωση. Στην δευτερογενή έρευνα εντοπίσαμε ότι, πέρα από την βασική ενσυναίσθηση που ακολουθεί το άτομο στην ενήλικη ζωή του, η επαγγελματική ενσυναίσθηση είναι μια κλινική δεξιότητα, η οποία μπορεί να διδαχθεί, να βελτιωθεί και να μετρηθεί (Alligood 1992; Williams, Brown and McKenna 2013; Hojat 2016).

Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια συμπεριφορά που διδάσκεται, οπότε μπορούν να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις, ώστε να μειωθεί ή να αποφευχθεί ο αρνητικός αντίκτυπος που μπορεί να έχει στους νοσηλευτές (Ranger and Campbell-Yeo 2008).

Η επαγγελματική εξουθένωση από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 αποτελεί ένα πολυσυζητημένο θέμα το οποίο δεν έχει κορεστεί, καθώς η έρευνα συνεχίζεται και επεκτείνεται μελετώντας διάφορους επαγγελματικούς κλάδους, προσπαθώντας να προσδιοριστούν κοινά στοιχεία στην έκφραση του φαινομένου, αιτίες, κοινωνικές και

επαγγελματικές συνέπειες για το άτομο και τρόποι αντιμετώπισης, πρόληψης ή καταστολής. Δυστυχώς, το θέμα παραμένει πάντα επίκαιρο, καθώς δεν λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό του. Οι αιτίες, που σχετίζονται με ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, δεν αντιμετωπίζονται και οι σύγχρονοι απαιτητικοί ρυθμοί ζωής κάνουν το φαινόμενο να εμφανίζεται όλο και πιο συχνά. (Παπαγεωργίου 2020).

Ειδικά στο χώρο της υγείας, έναν νευραλγικό χώρο κάθε κοινωνίας όπου ο επαγγελματίας υγείας καλείται να ανταπεξέλθει στις υψηλές απαιτήσεις του επαγγέλματος και να λάβει τη σωστή απόφαση για την πορεία της υγείας του ασθενή, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ζήτημα υπό συνεχή μελέτη, αφού επηρεάζει όπως την λειτουργία και την αποτελεσματικότητα του ατόμου, έτσι και τη λήψη ορθών αποφάσεων. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει πολλές παθογένειες οι οποίες έχουν εντοπιστεί και μελετηθεί από πολλούς μελετητές με την προσδοκία να γίνουν τροποποιήσεις που θα αλλάξουν ριζικά και θα αναδιοργανώσουν τη δομή και τη λειτουργία του Συστήματος υγείας, αξιοποιώντας ορθά τους πόρους σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικό εξοπλισμό. (OECD 2017).

Οι έρευνες που έχουν γίνει περιλαμβάνουν διάφορες υγειονομικές δομές της χώρας, όπως Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, όπου μελετούν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων που εργάζονται σε διάφορα τμήματα, με σκοπό να εντοπιστεί η ύπαρξη του φαινομένου, οι αιτίες εμφάνισης και τα κύρια μέσα αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν για τη διαχείριση του άγχους που βιώνουν οι εργαζόμενοι λόγω επαγγέλματος.

Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται μοντέλα μέτρησης της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μέσα από αυτή την έρευνα παρουσιάζονται τα μοντέλα μέτρησης που υπάρχουν και εξετάζονται ποια από αυτά (αντίστοιχες κλίμακες ή ερωτηματολόγια) χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρουσιάζεται η δομή τους, τα αντικείμενα μελέτης, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους, καθώς και τα πλεονεκτήματα ή τα μειονεκτήματα του καθενός, σύμφωνα με το αντικείμενο μελέτης.

Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να εντοπίσουν προσωπικούς ή οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική και σωματική τους υγεία και αποτελούν πιθανές αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου. Έτσι, θα είναι σε θέση να δημιουργήσουν καταλληλότερες συνθήκες για την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας. Τέλος, η έρευνα κρίνεται αναγκαία, ώστε να μπορέσει να υπάρξει μέτρο σύγκρισης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση που ένιωθε το προσωπικό υγείας πριν και



κατά την διάρκεια της πανδημίας. Από έρευνες συμπεραίνεται ότι η υγειονομική κρίση, ενέτεινε το άγχος και αύξησε τις εκφάνσεις του φαινομένου της εξουθένωσης. Φαίνεται πως η κούραση, η κατάθλιψη, η αποξένωση, η συναισθηματική εξουθένωση και η έλλειψη κινήτρων που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξηθεί λόγω της πανδημίας και σχετίζονται άμεσα με αυτή, εντείνοντας τα φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας (Yildirim and Solmaz 2020).

#### 4.2 Σκοπός και Στόχος της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ενσυναίσθησης ως παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα και την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, η έρευνα στοχεύει να εμβαθύνει στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, να αναδείξει πού εντοπίζονται λάθη και παραλήψεις στη διοίκηση, κατά πόσο είναι αποτελεσματικά τα μοντέλα διοίκησης που εφαρμόζονται, αλλά και με ποιο τρόπο επιτυγχάνεται το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Η ενσυναίσθηση συνδέεται άμεσα με τους επαγγελματίες υγείας και κρίνεται σκόπιμο να μελετηθεί πώς η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την απώλεια ενσυναίσθησης που απαιτείται για τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, είναι σημαντικό να διερευνηθεί ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που διέπει τους επαγγελματίες υγείας και κατά πόσο η πανδημία επηρέασε την ανάπτυξη του συνδρόμου.

Επιπρόσθετα, στόχος είναι η ανάπτυξη προσωπικών προβληματισμών σχετικά με τον τρόπο βελτίωσης των συνθηκών εργασίας των επαγγελματιών υγείας, τη μείωση των συγκρούσεων και την αύξηση της επικοινωνίας, αλλά και των προβληματισμών από μέρος της διοίκησης και των υψηλά υφισταμένων για τη λήψη μέτρων πρόληψης και εντοπισμού φαινομένων που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, ως στόχος καθίσταται ο εντοπισμός των αδυναμιών που υπάρχουν στην εκπαίδευση του προσωπικού και η λήψη κατάλληλων ενεργειών για την ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης και δημιουργίας κατάλληλων υποστηρικτικών δομών, στις οποίες θα μπορεί ένας επαγγελματίας υγείας να απευθυνθεί και να λάβει υποστήριξη και συμβουλές ως προς τη διαχείριση του φαινομένου.

Αυτό θα βελτιώσει τόσο την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας όσο και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

### 4.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Οι ερευνητικές ερωτήσεις, που προκύπτουν από το σκοπό και το στόχο της έρευνας, καθώς και τα ευρήματα της δευτερογενούς έρευνας είναι οι εξής:

1. Υπάρχει διαφορά στην επαγγελματική εξουθένωση όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας διαφόρων βαθμίδων και ειδικοτήτων, για παράδειγμα γιατρούς, νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών, χειρουργείων;
2. Υπάρχει διαφορά στο προσωπικό ιδιωτικών και δημοσίων δομών;
3. Κατά πόσο ο covid -19 επηρέασε την αύξηση του συνδρόμου;
4. Πώς συνδέεται η ενσυναίσθηση με την επαγγελματική εξουθένωση;

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### Μεθοδολογική Προσέγγιση

Για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας επιλέχθηκε η βιβλιογραφική έρευνα. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης ξένης και ελληνικής βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, με τη χρήση των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων από επίσημα επιστημονικά περιοδικά, όπως είναι το Pub Med και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar. Η αρχική αναζήτηση περιλάμβανε άρθρα γραμμένα στην αγγλική γλώσσα με λέξεις κλειδιά, όπως «burnout». Για την δευτερογενή έρευνα, επιλέχθηκε η εννοιολογική προσέγγιση της έννοιας της επαγγελματικής εξουθένωσης και ειδικά οι λέξεις «burnout in healthcare», «burnout among health employees», «burnout in health workers», «burnout in nursing», «burnout syndrome» για τη μελέτη της εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. Η αναζήτηση έφερε πλήθος μελετών πρωτογενών ερευνών που έχουν γίνει για τη διερεύνηση του συνδρόμου σε διάφορες δομές υγείας, σε διάφορες χώρες ανά το κόσμο, καθώς και μεταanalύσεις, οριοθετημένη ανασκόπηση άρθρων (scoping review) και βιβλιογραφικές έρευνες στηριγμένες σε άλλες μελέτες. Σε δεύτερο στάδιο, έλαβε χώρα επισκόπηση των άρθρων που έχουν γραφτεί στην ελληνική γλώσσα με τις εξής λέξεις κλειδιά: «σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης» και «επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας». Η έρευνα ανέδειξε διάφορα άρθρα και έρευνες που έχουν γίνει για τη προσέγγιση του συνδρόμου σε υγειονομικές δομές, κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Παράλληλα λόγω του ότι η ερευνήτρια είναι δίγλωσση με μητρική τη ρωσική γλώσσα, έγινε αντίστοιχη έρευνα σε άρθρα που έχουν δημοσιευθεί σε ρωσικά επιστημονικά περιοδικά. Στο επόμενο στάδιο αναζητήθηκαν άρθρα και μελέτες που έγιναν στη Ρωσία. Βρέθηκαν πολλές και διαφορετικές έρευνες και μελέτες εισάγοντας τις εξής λέξεις κλειδιά: «профессиональное выгорание», «профессиональное выгорание медицинских работников».

Τα άρθρα που αναδείχθηκαν, αξιολογήθηκαν ως προς το περιεχόμενό τους, σύμφωνα με το σκοπό και το στόχο της έρευνας και χρησιμοποιήθηκαν ως κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού. Επιπρόσθετα, έλαβε χώρα ενδελεχής επισκόπηση των περιλήψεων για να διαπιστωθεί ότι ταιριάζουν με το σκοπό της παρούσας έρευνας.

Μετά την αξιολόγηση των περιλήψεων έλαβε χώρα η αποθήκευση των άρθρων για περαιτέρω μελέτη και μετάφραση.

Αντίστοιχη διαδικασία διερεύνησης ακολουθήθηκε και για τον προσδιορισμό την έννοιας της ενσυναίσθησης. Αρχικά στην αγγλική γλώσσα ως «empathy», «empathy in healthcare» και «empathy in nursing» για να διερευνήσουμε την έννοια της ενσυναίσθησης από το σκοπιά της νοσηλευτικής επιστήμης, πέρα από την προσέγγισης της ψυχολογίας. Στη συνέχεια, προστέθηκαν στην αναζήτηση οι λέξεις «ενσυναίσθηση στις υπηρεσίες υγείας», «ενσυναίσθηση στη σχέση επαγγελματία υγείας – ασθενούς» και «κλινική ενσυναίσθηση». Επίσης, έγινε έρευνα για τις λέξεις «эмпатия», «эмпатия у медработников» και «эмпатия у врачей». Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης κατηγοριοποιήθηκαν σε θέματα προς διερεύνηση, όπως ο προσδιορισμός της ενσυναίσθησης και της εξουθένωσης, ειδικά της ενσυναίσθησης και της εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, τα αίτια, τα στάδια και τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, οι επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας και ο βαθμός επίδρασης της πανδημίας. Εκτός από τα προαναφερθέντα, μελετήθηκαν τα μοντέλα μέτρησης της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στις έρευνες που συγκεντρώθηκαν αντλήθηκαν πληροφορίες για τους συγγραφείς, τη μεθοδολογία έρευνας που ακολούθησαν, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, το μέγεθος δείγματος, οι μετρήσεις και τα βασικά ευρήματα.

Δεν προκύπτουν άμεσα ηθικά ζητήματα, καθώς η έρευνα είναι βιβλιογραφική και στηρίχθηκε σε επίσημα δημοσιευμένα άρθρα από έγκυρες πηγές, οπότε δεν τίθεται ζήτημα προσωπικών δεδομένων από την έρευνα. Η ερευνήτρια τήρησε τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας και παρέμεινε αντικειμενική αναζητώντας στις πηγές που είχε πρόσβαση το κατάλληλο υλικό που επιλέχθηκε μετά από την κατάλληλη μελέτη και επεξεργασία και ήταν κατάλληλο για την μελέτη του υπό διερεύνηση θέματος, προσφέροντας στη σχετική βιβλιογραφία του συνδρόμου, ένα χρήσιμο μελέτημα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η Επαγγελματική εξουθένωση, είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τις εξής τρεις διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Οι επιπτώσεις που προκύπτουν δεν επηρεάζουν μόνο την ευεξία των επαγγελματιών υγείας, αλλά και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς έρευνες που έχουν γίνει στην Ε.Ε. έχουν καταδείξει ότι το σύνδρομο επηρεάζει και την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, την έκβαση της υγείας τους και την ικανοποίηση που λαμβάνουν από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας. (Παππά, Αναγνωστόπουλος και 2008).

Αντίστοιχη έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ δείχνει ότι πάνω από τους μισούς γιατρούς αντιμετωπίζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ οι γιατροί που εργάζονται στις ειδικότητες της πρώτης γραμμής συγκαταλέγονται στα επαγγέλματα με τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, η επαγγελματική εξουθένωση είναι σχεδόν δύο φορές πιο διαδεδομένη στους γιατρούς, σε σχέση με άλλους εργαζόμενους. Από το 2011 ως το 2014, ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης αυξήθηκε κατά 9% μεταξύ των γιατρών, ενώ είχε παραμείνει σταθερός σε άλλες κατηγορίες εργαζομένων. Ακόμα και μεταξύ των φοιτητών της ιατρικής, οι μελέτες έχουν δείξει υψηλότερο επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης, σε σχέση με φοιτητές άλλων κατευθύνσεων (Dyrbye and Shanafelt 2016).

Η θεωρητική ανασκόπηση των Dall’Ora et al (2020) στηρίχθηκε σε εμπειρικές μελέτες - άρθρα που έχουν δημοσιευθεί στα επιστημονικά περιοδικά Medline, Cinahl και Psych Info και αφορούν την περίοδο 1975-2019 (Μάιος) σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Οι εν λόγω ερευνητές μελέτησαν, σύμφωνα με την πολυδιάστατη θεωρία της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως σκιαγραφήθηκε από την Maslach, κατά πόσο οι μεταβλητές των διαφόρων μελετών ταιριάζουν στην κατηγοριοποίηση της Maslach. Εντόπισαν επτά προγνωστικούς παράγοντες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως ο τομέας της εργασίας, ο φόρτος εργασίας και τα επίπεδα στελέχωσης, ο έλεγχος της εργασίας, η αμοιβή, οι αξίες, η δικαιοσύνη στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά και η εργασία σε βάρδιες και τα πρότυπα εργασίας, οι ψυχολογικές απαιτήσεις και η εργασιακή πολυπλοκότητα, οι παράγοντες υποστήριξης σχετικά με τις εργασιακές σχέσεις και την ηγεσία και τέλος το εργασιακό περιβάλλον και τα

χαρακτηριστικά της νοσοκομειακής μονάδας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις εκδηλώσεις του φαινομένου στο προσωπικό και τις εργασιακές επιδόσεις καθώς και με τη φροντίδα των ασθενών και την αποδοτικότητα της μονάδας, ορίζονται ως αποτελέσματα από την εμφάνιση του συνδρόμου, ενώ η ικανοποίηση από την εργασία και η μειωμένη φροντίδα, θεωρήθηκαν τόσο ως προγνωστικοί παράγοντες όσο και ως αποτελέσματα του συνδρόμου. Η έρευνα εντόπισε ότι οι συσχετίσεις που υποστηρίζονται από τη θεωρία του Maslach μεταξύ της επαγγελματικής ζωής και της επαγγελματικής εξουθένωσης επιβεβαιώνονται από τα πορίσματα των μελετών. Συγκεκριμένα, τα δυσμενή χαρακτηριστικά εργασίας, όπως ο υψηλός φόρτος εργασίας, τα χαμηλά επίπεδα προσωπικού, οι μεγάλες βάρδιες, ο ανεπαρκής έλεγχος, η χαμηλή ευελιξία του προγράμματος εργασίας, η πίεση χρόνου, οι υψηλές εργασιακές και ψυχολογικές απαιτήσεις, η χαμηλή ποικιλία εργασιών, η σύγκρουση ρόλων, η περιορισμένη αυτονομία, η αρνητική σχέση νοσηλευτή-γιατρού, η κακή υποστήριξη επόπτη/αρχηγού, η κακή ηγεσία, η αρνητική σχέση της ομάδας και η εργασιακή ανασφάλεια συσχετίστηκαν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της νοσηλευτικής. Παρόλα αυτά, λίγες μελέτες χρησιμοποίησαν και τις τρεις υποκλίμακες MBI με τον προβλεπόμενο τρόπο και μόλις εννέα μελέτες χρησιμοποίησαν διαφορετικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εξήχθη το συμπέρασμα ότι η έρευνα που χρησιμοποιεί τη θεωρία της Maslach θα πρέπει να χρησιμοποιεί και να αναφέρει και τις τρεις διαστάσεις του MBI, ενώ όπου χρησιμοποιείται μόνο η υποκλίμακα Συναισθηματικής Εξάντλησης, αυτό θα πρέπει να είναι σαφές ότι δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως συνώνυμο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, για να προχωρήσει περαιτέρω η θεωρητική κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, η έρευνα θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στη χρήση εμπειρικών δεδομένων σχετικά με τις συμπεριφορές των εργαζομένων (όπως απουσίες, εναλλαγή) αντί μόνο για προθέσεις ή προβλέψεις αυτοαναφοράς.

Έρευνα για το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και την κατάθλιψη στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου της Ρόδου (Τσετσέλη και Τριγώνη 2017) με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων Maslach Burnout Inventory (MBI) για την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και το Patient Health Questionnaire (PHQ-9) για την εκτίμηση της κατάθλιψης κατέδειξε από δείγμα μελέτης 103 νοσηλευτών/τριών, ότι υπάρχει υψηλό επίπεδο και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ όλο το προσωπικό είχε ήδη περάσει από το στάδιο της συναισθηματικής εξάντλησης. Επίσης, δημογραφικοί, ατομικοί και εργασιακοί

παράγοντες επηρεάζουν άμεσα την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης. Κύριοι παράγοντες είναι η ηλικία, ο μισθός, οι συνθήκες εργασίας, το φύλο και η εκπαίδευση. Επίσης εντοπίστηκε υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την συναισθηματική εξάντληση. Βρέθηκε ασθενής ως μέτρια συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της ηλικίας του προσωπικού, ενώ η πλειοψηφία των ατόμων που εμφάνισαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση ήταν παντρεμένοι με παιδιά. Οι περισσότεροι νοσηλευτές που εμφάνισαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση είχαν υποστεί μείωση μισθού και δεν ήταν ελάχιστα ως καθόλου ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας. Τα τμήματα στα οποία παρουσιάστηκαν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης ήταν η μονάδα τεχνικού νεφρού, το χειρουργείο και η παιδιατρική κλινική. Έπεται η Α΄ χειρουργική κλινική, το τμήμα επειγόντων περιστατικών και η καρδιολογική κλινική. Οι γυναίκες νοσηλεύτριες εμφάνισαν υψηλότερο βαθμό αποπροσωποποίησης από τους άντρες συναδέλφους, ενώ σχεδόν το μισό προσωπικό εμφάνισε μέτριο και υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης (55,3%). Οι εργαζόμενοι στην καρδιολογική κλινική είχαν τον υψηλότερο βαθμό αποπροσωποποίησης, ενώ ο μισθός και οι συνθήκες εργασίας βρέθηκαν ως στατιστικά σημαντικές αιτίες για αυτό. Το τμήμα επειγόντων περιστατικών, η μονάδα εμφραγμάτων και η καρδιολογική κλινική εμφάνισαν το υψηλότερο ποσοστό εργαζομένων με αισθήματα αποπροσωποποίησης όσον αφορά την επίτευξη προσωπικών επιτευγμάτων. Από τα εν λόγω άτομα, τα περισσότερα ήταν γυναίκες, ενώ η εκπαίδευση και η θέση που κατείχε το άτομο στο νοσοκομείο επηρέαζε το φαινόμενο στατιστικά σημαντικά. Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του νοσοκομείου εκτιμήθηκε σε μέτρια ως υψηλά επίπεδα καθώς και οι τρεις συνιστώσες, συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων βρέθηκαν σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Στην έρευνα τέλος παρατηρήθηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην αποπροσωποποίησης και τα προσωπικά επιτεύγματα που σημαίνει ότι όσο μειωνόταν τα σκορ για τα προσωπικά επιτεύγματα τόσο αυξανόταν το σκορ της αποπροσωποποίησης.

Η έρευνα των Μπελλάλη και συν (2007), σε δείγμα 347 νοσηλευτών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και της επαρχίας, επιβεβαίωσε αυτό που αναφέρεται και στη θεωρία. Η σωματική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το άγχος που βιώνουν στο εργασιακό τους περιβάλλον και η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να ληφθεί ως δείκτης προγνωστικός για την γενική κατάσταση της υγείας του νοσηλευτή, σωματική και ψυχική. Το επάγγελμα του νοσηλευτή επηρεάζει την ποιότητα

της ζωής. Επιπλέον, η έρευνα έδειξε ότι τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και το διοικητικό που σχετίζεται με την έννοια της υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές βίωνε σε υψηλό ποσοστό το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, με σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στα δύο νοσοκομεία πρωτεύουσας και επαρχίας. Έδειξε επίσης ότι το επάγγελμα επηρεάζει την ζωτικότητα που νοιώθει το άτομο η οποία σχετίζεται με την ενέργεια που έχει κάποιος κατά την εκτέλεση της εργασίας του και οι εργαζόμενοι που είναι εξουθενωμένοι εμφανίζουν αδυναμία ανάληψης καθηκόντων και αισθήματα αδιαφορίας προς τον ασθενή.

Αντίστοιχη είναι η έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας (Νούλα και συν 2010) με δείγμα 448 νοσηλευτών που εργάζονταν στο παθολογικό τομέα, τον χειρουργικό και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach, κατέδειξε ότι το 34% των εργαζομένων εμφάνιζε υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 44% υψηλή αποπροσωποποίηση, ενώ υψηλό ποσοστό 60% ένιωθε ότι έχει χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα. Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία της περιφέρειας εμφάνισαν υψηλότερο βαθμό αποπροσωποποίησης, ενώ οι εργαζόμενοι στο τομέα των χειρουργείων, είχαν χαμηλότερο βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, με σημαντική στατιστική διαφορά, από τους εργαζόμενους νοσηλευτές άλλων τμημάτων. Αυτά τα αποτελέσματα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι νοσηλευτές της επαρχίας και το προσωπικό που εργάζεται στον τομέα των επειγόντων περιστατικών και τον παθολογικό τομέα καθίστανται πιο ευάλωτοι στην εμφάνιση του συνδρόμου.

Η διερεύνηση των παραγόντων που συσχετίζονται με την επαγγελματικής κόπωση στα δημόσια νοσοκομεία του Ν. Ηλείας κατά το έτος 2008, αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας των Σταυριανόπουλος και συν (2011) με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από 167 νοσηλευτές, μόνιμο προσωπικό των νοσοκομείων, ηλικίας 20-60 ετών. Η μέθοδος μελέτης που χρησιμοποιήθηκε ήταν το περιγραφικό μοντέλο, όπου οι μεταβλητές συγκρίνονται σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε 63 ερωτήσεις που δημιουργήθηκε με γνώμονα τη διεθνή βιβλιογραφία. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι άντρες φαίνονταν πιο ικανοποιημένοι από ότι οι γυναίκες εργαζόμενες, οι οποίες πιο συχνά από ότι οι άντρες μεταφέρουν στο σπίτι τα επαγγελματικά προβλήματα, και εκδηλώνουν πιο συχνά επιθετικότητα προς τους ασθενείς ή τους συνοδούς παρόλα αυτά έχουν καλύτερη συναισθηματική κατάσταση από τους άντρες.



Η έρευνα των Αδαλή και συν (2002) έδειξε το αντίθετο, ότι οι άντρες νοσηλευτές εμφανίζουν πιο συχνά συναισθηματική εξάντληση. Άλλες έρευνες συσχετίζουν μαζί με το φύλο και τη θέση εργασία του εργαζόμενου. Για παράδειγμα ότι οι γυναίκες που εργάζονται στο χειρουργικό τμήμα εμφανίζουν πιο συχνά αισθήματα απελπισίας, από ότι οι άντρες νοσηλευτές που εργάζονται στα ψυχιατρικά τμήματα και εμφανίζουν πιο συχνά αισθήματα αποπροσωποποίησης (Ζιώγου και συν 1998).

Η δημιουργία αισθήματος αποπροσωποποίησης εντείνεται από τον ανεπαρκή διοικητικό έλεγχο, τη μειωμένη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία που βιώνει ο εργαζόμενος (Brokalaki et al 2001).

Παρόμοια είναι και η έρευνα για την διερεύνηση της επαγγελματική εξουθένωσης του ιατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» και τη σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής ικανοποίησης, με δείγμα από 392 γιατρούς. Η έρευνα κατέδειξε ότι όσο αυξάνεται η επαγγελματική εξουθένωσή τους τόσο μειώνεται η επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ παράγοντες δημογραφικοί, όπως η ηλικία αλλά και επαγγελματικοί, όπως τα έτη προϋπηρεσίας και ο βαθμός στην ιεραρχία επηρεάζουν στην εμφάνιση του Συνδρόμου (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος και Πιλάτης 2010).

Σε αντίστοιχα συμπεράσματα οδηγήθηκε και η μελέτη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, όπου η έντονη σωματική δραστηριότητα και η συναισθηματική πίεση που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη νοσηλεία των περιστατικών, εντείνει το στρες, ενώ τα τελευταία χρόνια αυξήθηκαν τα περιστατικά επαγγελματιών υγείας με αγχώδεις διαταραχές (Χοχλιούρου, Παπαδοπούλου και Σδούγκα 2016). Τη δημιουργία συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης στα πιο απαιτητικά τμήματα του νοσοκομείου, κλειστού τύπου, όπως είναι οι ΜΕΘ, συμπέρανε και η έρευνα των Στύλος και Σακκάς (2016). Θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη του συνδρόμου, με τον επανασχεδιασμό των προγραμμάτων εργασίας, με την επανεξέταση των αμοιβών των νοσηλευτών, τόσο σε επίπεδο οικονομικό όσο και συναισθηματικό και ηθικό, ενώ σημαντικός είναι ο ρόλος της έγκαιρης ενημέρωσης και εκπαίδευσης ως προς την ορθότερη διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν εντός του εργασιακού περιβάλλοντος και των συγκρούσεων. Η αντιμετώπιση του burnout μπορεί να γίνει εφόσον διαγνωστούν τα συμπτώματα και περιλαμβάνει τόσο ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη όσο και φαρμακευτική αγωγή για τη βελτίωση της υγείας, καθώς η άμεση διάγνωση των συμπτωμάτων και η εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής οδηγεί άμεσα στην πλήρη αποκατάσταση της υγείας.

Καθώς το Σύνδρομο βάλει ιδιαίτερα το προσωπικό υγείας, λόγω της φύσης του επαγγέλματος, ήταν σημαντικό να διερευνηθεί η πρόθεση των νοσηλευτών να παραμείνουν ή να αλλάξουν χώρο εργασίας, μεταπηδώντας σε διοικητικές θέσεις, λόγω του Συνδρόμου.

Η έρευνα των Γρηγοροπούλου και συν (2018) είχε στόχο τη διερεύνηση της συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων που εργάζονται στο νοσηλευτική και τη διοικητική υπηρεσία σε δύο μεγάλα νοσοκομεία, ένα της πρωτεύουσας και ένα της περιφέρειας, εξετάζοντας δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες και την πρόθεση των νοσηλευτών να παραμείνουν στη θέση τους ή επιθυμούν να μετακινηθούν προς κάποια διοικητική θέση. Δείγμα αποτέλεσαν 292 εργαζόμενοι στη νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία άτομα και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MBI της Maslach και το ερωτηματολόγιο Short Form Questionnaire SF-36, ένα ψυχομετρικό όργανο μικρής έκτασης που μελετά την γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου και τη σχέση με τη ποιότητα ζωής του. Η έρευνα έδειξε ότι τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και το διοικητικό βίωσε σε υψηλό ποσοστό το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, χωρίς ωστόσο να υπάρξει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο νοσοκομεία πρωτεύουσας και επαρχίας. Παρουσιάστηκε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση και στις τρεις διαστάσεις, βάσει της συναισθηματικής εξάντλησης, των προσωπικών επιτευγμάτων και της αποπροσωποποίησης, την επίδραση αυτού στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων τόσο στις σωματικές λειτουργίες όσο και στο συναισθηματικό επίπεδο, ενώ δεν προέκυψε σαφής πρόθεση του νοσηλευτικού προσωπικού να μεταβεί σε διοικητικές θέσεις λόγω του συνδρόμου. Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η έρευνα κατέδειξε ότι όσο πιο πολλά έτη προϋπηρεσίας είχε ο εργαζόμενος τόσο περισσότερη συναισθηματική εξάντληση ένιωθε και όσο πιο πολύ συναισθηματική εξάντληση είχε τόσο ήταν πιο έντονη η επιθυμία να μεταβεί σε άλλη εργασιακή θέση. Το φύλο δεν αποτέλεσε παράγοντα διαφοροποίησης για τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που βίωσε το προσωπικό, ούτε ο παράγοντας της οικογενειακής κατάστασης (έγγαμος ή άγαμος), ούτε το επίπεδο εκπαίδευσης, ούτε τα ωράρια φάνηκαν να επηρεάζουν το βαθμό εξουθένωσης που βιώνουν οι εργαζόμενοι. Βέβαια η εμφάνιση του συνδρόμου επηρέασε αρνητικά όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής του ατόμου. Η αποπροσωποποίηση επηρέαζε αρνητικά τη σωματική λειτουργία των ατόμων, αλλά και τη συναισθηματική. Η ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων στην εργασία επηρεάζει το άτομο ψυχικά και σωματικά και όσο το άτομο βιώνει ικανοποίηση από τα προσωπικά του επιτεύγματα τόσο βελτιώνεται η

ζωτικότητα του και αφιερώνει περισσότερη ενέργεια στην εργασία του. Για το ιατρικό προσωπικό αυτό σημαίνει προσφορά και μόνο οφέλη για τον ασθενή, αλλά και για τη λειτουργία όλης της νοσοκομειακής μονάδας. Ένα ποσοστό από το προσωπικό, της τάξης του 23%, δήλωσε ότι θα επιθυμούσε την μετάβασή του σε κάποια διοικητική υπηρεσία λόγω του κυκλικού ωραρίου, ενώ η πρόθεση αυτή ήταν πιο έντονη από τις γυναίκες, ίσως λόγω της πολλαπλότητας και των απαιτήσεων των ρόλων, εργαζόμενη, νοικοκυρά, μητέρα. Επιπρόσθετα, η διάθεση μετακίνησης σε διοικητική θέση ήταν πιο έντονη στους εργαζόμενους στο νοσοκομείο στην πρωτεύουσα από ότι στους εργαζόμενους στον νοσοκομείο στην επαρχία, πιθανόν λόγω του μεγάλου αριθμού ασθενών που δέχονται τα κεντρικά νοσοκομεία σε σχέση με τα περιφερειακά.

Μια σημαντική διαφορά που υπάρχει στην επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας είναι η μελέτη του Διλιντά (2010) για την διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των εργαζομένων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης (ΠαΓΝΗ) σε 218 εργαζόμενους στο νοσοκομείο σε διάφορες θέσεις όπως ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό, τεχνικού – βοηθητικού και λοιπού προσωπικού. Η έρευνα έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του ΠαΓΝΗ, παρουσιάζει σημαντικά υψηλότερες τιμές εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, σε σχέση με άλλες κατηγορίες εργαζομένων, γεγονός που καταδεικνύεται και σε άλλες μελέτες (Κάντας 1996; Καρανιάδου και Αναγνωστόπουλος 2004; Τσάκωνας και Μάμας, 2005). Αντίθετα οι μελέτες των Firth-Cozens and Payne (1999) και των Stordeur, D'Hoore and Vandenberghe (2001) δείχνουν ότι οι παράγοντες εργασιακού στρες επηρεάζουν ελάχιστα τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ οι διαστάσεις της ηγεσίας, ακόμα πιο περιορισμένα. Κατά εξαίρεση, το άγχος που προέρχεται από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, η ασάφεια των ρόλων και η ενεργής ηγεσία φαίνεται ότι συσχετίζονται με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.

Σημαντικές είναι και οι αντίστοιχες έρευνες που έγιναν στη Ρωσία. Η έρευνα αναδεικνύει πως η πανδημία έχει επηρεάσει το υγειονομικό προσωπικό πρώτης γραμμής στις αρχές την πανδημίας και κατά την διάρκεια της. Την επιβάρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού και την αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και συναισθηματικής φόρτισης που βιώνουν οι εργαζόμενοι του Ερευνητικού Ινστιτούτου Склифосовского, που παρέχουν βοήθεια σε ασθενείς με COVID-19, διερεύνησε η μελέτη των (Χολμογοροβα и др 2020). Η έρευνα υλοποιείται τον Ιούλιο και έρχεται να διερευνήσει τα αποτελέσματα προηγούμενης

έρευνας που είχε γίνει το διάστημα Μαρτίου - Απριλίου του ίδιου έτους, με σκοπό να αξιολογήσει την ευεξία των εργαζομένων στις αρχές της πανδημίας με την πάροδο του χρόνου. Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων που συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες μέσω πλατφόρμας της Google. Συμμετείχαν 120 άτομα, ηλικίας από 21 έως 61 έτη και μέση ηλικία τα 36,1 έτη, από τους οποίους οι 43 ήταν άντρες και οι 77 γυναίκες. Οι περισσότεροι ήταν γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (54,2%), νοσηλευτικό προσωπικό (40%) και εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων (5,8%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 36,1 έτη (από 21 έως 61 έτη). Το 8,3% από τους συμμετέχοντες παρουσίασαν συμπτώματα μέτριας και σοβαρής κατάθλιψης στην κλίμακα κατάθλιψης Beck, ενώ το 6,7% σημείωσε την παρουσία αυτοκτονικών σκέψεων. Το 29,3% είχε συμπτώματα άγχους, μέτριας και σοβαρής μορφής στην κλίμακα άγχους Beck. Στο 35% των ερωτηθέντων καταγράφηκε υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Σημαντικό είναι ότι τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν έδειξαν μεγαλύτερη ψυχική ευεξία στους εργαζομένους του Ερευνητικού Ινστιτούτου Σκλιφκοβσκογο σε σχέση με την προηγούμενη έρευνα και το μικτό πάλι δείγμα εργαζομένων που εξετάστηκε τότε. Αυτό οφείλεται στις διαφορές που έχουν προκύψει τόσο στην οργάνωση όσο και στη σύνθεση των εργαζομένων. Η έρευνα διερεύνησε και τους παράγοντες που αναφέρονται πιο συχνά ως σημαντικοί για την εμφάνιση συναισθηματική φόρτισης. Πρωταρχικός παράγοντας είναι το άγχος για την υγεία των μελών της οικογένειας (54,7%) και ο φόβος της μόλυνσης (38,3%). Αντίθετα, οι σημαντικότεροι παράγοντες προστασίας της συναισθηματικής φόρτισης (που μειώνουν το επίπεδο κινδύνου), που ανέφεραν περισσότερο από τους μισούς εργαζομένους, ήταν οι πληροφορίες από τη διοίκηση σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση και τα καθήκοντα, υποστήριξη της οικογένειας και των συναδέλφων, τα οικονομικά κίνητρα και η δυνατότητα να κάνουν διαλείμματα για ξεκούραση. Με βάση τα δεδομένα της ανάλυσης, συνάγεται το συμπέρασμα ότι είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν μέτρα ψυχολογικής αποφόρτισης και παροχής προστατευτικού εξοπλισμού στο προσωπικό, μέτρα μείωσης του επιπέδου σωματικής δυσφορίας που σχετίζεται με τη χρήση εξοπλισμού ατομικής προστασίας και έλλειψης ύπνου. Σημαντική κρίνεται δε, η επισήμανση στο προσωπικό του όφελος όλων των μέτρων και αποφάσεων που λαμβάνονται και η διεξαγωγή συλλογικής-ομαδικής συζήτησης για την οργάνωση της εργασίας. Η ποιότητα της υποστήριξης από συγγενείς, συναδέλφους και τη διοίκηση συμβάλλει στη διατήρηση της σημασίας του επαγγέλματός τους και του αυτοσεβασμού τους ως επαγγελματίες.

Η προηγούμενη έρευνα που είχε διεξαχθεί από το Μάρτιο ως τον Απρίλιο του ίδιου έτους, περιλάμβανε δείγμα από 96 άτομα, 57 γιατρούς (59,4%), 28 ειδικευομένους (29,2%), 9 άτομα (9,4%) νοσηλευτικό προσωπικό και 2 φοιτητές (2,1%). Η μελέτη διεξήχθη από τις 15 Μαρτίου 2020, όταν το μέγεθος της επιδημίας ήταν ήδη σε σημαντικά υψηλό επίπεδο. Συμπτώματα κατάθλιψης διαφορετικής βαρύτητας σημειώθηκαν σε 19 άτομα (15,8%) από τους ερωτηθέντες ενώ μέτριου και σοβαρού βαθμού συμπτώματα σημειώθηκαν μόνο σε 10 άτομα(8,3%). Ταυτόχρονα, παρουσία αυτοκτονικών σκέψεων διαπιστώθηκε στα 8 άτομα (6,7%), ενώ από κανέναν από τους ερωτηθέντες δεν εκφράστηκε τάση αυτοκτονίας. Συμπτώματα άγχους διαφόρων βαθμών σημειώθηκαν σε ποσοστό 66,7%, ενώ άγχος μέτριου και υψηλού βαθμού έντασης σημειώθηκε στο 31,2% του δείγματος. Έτσι, υψηλές τιμές δεικτών άγχους επιμένουν στο ένα τρίτο των ιατρών. Υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης παρατηρήθηκαν και σε εκείνο το δείγμα (67%), ενώ σημειώθηκαν παράγοντες δυσφορίας, όπως ο φόβος λοιμώξεων (44%), οργανωτικές δυσκολίες (47%) και πληροφοριακός θόρυβος (56%).

Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τον Ιούλιο οι εργαζόμενοι είχαν καλύτερο ποσοστό ψυχικής υγείας σε σύγκριση με το δείγμα του Μάρτιο-Απρίλιο 2020. Επιπρόσθετα, όσον αφορά τους παράγοντες δυσφορίας σχεδόν 50% (2 φορές) λιγότεροι εργαζόμενοι είχαν άγχος λόγω απροθυμίας να πάνε στη δουλειά τους (20,8%), ακριβώς 75% (3 φορές) λιγότεροι αγχώνονται από τη δυσπιστία ως προς την διοίκηση (15%) και τέλος πολύ μικρό ποσοστό έχει εκδηλώσει άγχος, λόγω έλλειψης ΜΑΠ (4,2%).

Τα συμπεράσματα είναι ανάλογα των συνθηκών, καθώς η περίοδος Μάρτιος-Απρίλιος του 2020 θεωρείται η αρχή της πανδημίας και παρουσιάστηκε χειρότερο ποσοστό ψυχικής υγείας από παράγοντες δυσφορίας που σχετίζονταν με το άγχος ,λόγω απροθυμίας να πάνε στη δουλειά τους (39%), δυσπιστία ως προς την διοίκηση (45%) και τέλος άγχος, λόγω έλλειψης ΜΑΠ (48%).

Οι συνθήκες εργασίας ενός νοσηλευτή έχουν ορισμένες ιδιαιτερότητες, οι οποίες μπορεί να είναι σημαντικές για την εμφάνιση του συνδρόμου εξουθένωσης. Ο φόρτος εργασίας και το κυκλικό ωράριο μπορεί να αποτελέσουν κορυφαίους επαγγελματικούς παράγοντες στην ανάπτυξη του συνδρόμου της συναισθηματικής εξουθένωσης. Αιτίες για την κούραση και τη νευρική κατάσταση είναι η υπέρβαση του κανονικού αριθμού ροής ασθενών, η γραφειοκρατία και ο χαμηλός τεχνικός εξοπλισμός στο χώρο εργασίας. Επίσης, οι νοσηλευτές τις περισσότερες φορές σημειώνουν κόπωση της όρασης και υπερφόρτωση του μυοσκελετικού συστήματος. Οι περισσότεροι υγειονομικοί δεν έχουν

τυπικό ωράριο εργασίας, κάνουν συχνά υπερωριακή εργασία ή εκτελούν άλλα καθήκοντα και έχουν επιπλέον επαγγελματικό φόρτο εργασίας.

Ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης αυξάνεται εάν δεν υπάρχουν άλλα ενδιαφέροντα εκτός από την εργασία ή εάν η εργασία αποτελεί καταφύγιο από την προσωπική και κοινωνική ζωή και η επαγγελματική δραστηριότητα τους απορροφά πλήρως (Симукoвa 2017).

Συγκριτική μελέτη έγινε για την ανάλυση των εκδηλώσεων του συνδρόμου εξουθένωσης που διεξήχθη σε νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων που σπούδασαν στην κατεύθυνση Νοσηλευτικής στην Κρατική Ιατρική Ακαδημία Κιροβ την περίοδο 2009-2014 από τους Чaстoедoвa и Мухaчeвa (2017). Συμμετείχαν 157 νοσηλευτές από 23 έως 49 ετών (μέση ηλικία -  $29,7 \pm 0,9$  έτη), με εργασιακή εμπειρία από 1,5 χρόνο έως 25 έτη (μέση τιμή -  $8,9 \pm 0,5$  έτη). Η εμφάνιση του συνδρόμου συναισθηματικής εξουθένωσης μελετήθηκε με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου του V.V. Boyko. Αυτό το ερευνητικό εργαλείο, αποκαλύπτει τόσο την ύπαρξη εξουθένωσης όσο και τον βαθμό συναισθηματικής εξουθένωσης. Επίσης, δίνεται η δυνατότητα να κατανοήσουμε τον μηχανισμό ψυχολογικής προστασίας που ανέπτυξε η προσωπικότητα του συμμετέχοντα, με τη μορφή πλήρους ή μερικού αποκλεισμού συναισθημάτων ως απάντηση σε επιλεγμένες ψυχοτραυματικές επιδράσεις και στο στρες που βιώνει. Διακρίνονται τρεις φάσεις: η ένταση, η αντίσταση και η εξάντληση και 12 συμπτώματα που χαρακτηρίζουν αυτές τις φάσεις. Η σοβαρότητα κάθε συμπτώματος κυμαίνεται από 0 έως 30 βαθμούς, ενώ με 9 ή λιγότερο ένα χωρίς σύμπτωμα, 10-15 ένα αναπτυσσόμενο σύμπτωμα, και από 16 και πάνω καθιερωμένο σύμπτωμα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν στην φάση της αντίστασης (44%) ενώ στην φάση της εξάντλησης ήταν το 21% του προσωπικού. Τα κύρια συμπτώματα για το σύνδρομο εξουθένωσης ήταν η μείωση της αποδοτικότητας στα επαγγελματικά τους καθήκοντα (60%), η αντικανονική συναισθηματική αντίδραση (53%), η βίωση ψυχοτραυματικών συνθήκων» (38%) και η έλλειψη συναισθημάτων (35%).

Διερευνήθηκαν διαφορές στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της συναισθηματικής εξουθένωσης ανάλογα με τα χρόνια προϋπηρεσίας και εντοπίστηκαν οι ακόλουθες ομάδες εργαζομένων ανάλογα τα έτη εργασιακής εμπειρίας α) έως 5 χρόνια, β) από 5 έως 10 χρόνια, γ) εμπειρία άνω των 10 ετών. Λόγω της διάρκειας της υπηρεσίας, εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Το άγχος και η κατάθλιψη στους νοσηλευτές με εμπειρία πάνω από 10 έτη ήταν 1,5 φορά λιγότερη από ότι στην πρώτη ομάδα με εμπειρία ως 5 έτη. Για τον προσδιορισμό των

χαρακτηριστικών της εκδήλωσης του συνδρόμου εξουθένωσης, οι συμμετέχοντες διαιρέθηκαν σε 7 ομάδες ανάλογα με το προφίλ και την ειδικότητά τους: α) νοσηλευτές χειρουργικών τμημάτων, β) νοσηλευτές των τμημάτων θεραπευτικού προφίλ του νοσοκομείου (καρδιολογικό τμήμα, πνευμονολογικό, γαστρεντερολογικό) γ) νοσηλευτές του πολυκλινικού ιατρείου για ενήλικες, δ) νοσηλεύτριες της πολυκλινικής των παιδιών, ε) νοσηλευτές μονάδων εντατικής θεραπείας, στ) νοσηλευτές (μαίες) και ζ) νοσηλευτές διαγνωστικών τμημάτων (εργαστήρια, διαγνωστικά, ακτινολογικά τμήματα). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν διαφορετικό επιπολασμό των σχηματισμένων φάσεων του συνδρόμου εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών, ανάλογα με το προφίλ και την ειδικότητά τους. Τα συστατικά της ψυχικής εξουθένωσης εκφράστηκαν με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με την ομάδα.

Το προσωπικό που φάνηκε να είναι πιο κοντά στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτό που εργαζόταν στα παθολογικά τμήματα του νοσοκομείου, μονάδων εντατικής θεραπείας και της πολυκλινικής ενηλίκων. Λιγότερο συναισθηματικά εξουθενωμένο προσωπικό εντοπίστηκε μεταξύ μαίων και νοσηλευτών που εργάζονται στα διαγνωστικά τμήματα. Η συγκριτική ανάλυση της σοβαρότητας των φάσεων του συνδρόμου εξουθένωσης έδειξε ότι η σοβαρότητα των φάσεων της συναισθηματικής εξουθένωσης εξαρτάται από το κλάδο και την εξειδίκευση των νοσηλευτών. Το υψηλότερο μέσο ποσοστό εξάντλησης καταγράφηκε στους νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας, ποσοστό πιο υψηλό από ότι στις χειρουργικές νοσοκόμες και από τις νοσοκόμες περιοχής της πολυκλινικής παιδιών. Αντίστοιχα, αξιολογώντας τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων εξάντλησης στις ομάδες μελέτης, ο υψηλότερος μέσος δείκτης για το σύμπτωμα της «συναισθηματικής αποπροσωποποίησης» εντοπίστηκε στους νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας, σημαντικά υψηλότερο από τους παρόμοιους δείκτες άλλων ομάδων. Το χαμηλότερο ποσοστό για το σύμπτωμα της «συναισθηματικής απόστασης» καταγράφηκε στις νοσοκόμες της πολυκλινικής για ενήλικες. Το σύμπτωμα της «συναισθηματικής απόστασης» εκδηλώνεται ως σχεδόν πλήρης αποκλεισμός των συναισθημάτων από τη σφαίρα της επαγγελματικής δραστηριότητας. Η αντίδραση χωρίς συναισθήματα αποτελεί το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της εξουθένωσης. Δείχνει επαγγελματική παραμόρφωση της προσωπικότητας και προκαλεί βλάβη στο τομέα της επικοινωνίας. Επίσης, οι νοσηλεύτριες των μονάδων εντατικής θεραπείας έχουν το υψηλότερο ποσοστό για το σύμπτωμα της «αποπροσωποποίησης» που είναι σημαντικά υψηλότερη από εκείνη των νοσηλευτών των χειρουργικών τμημάτων στις

οποίες ο δείκτης αυτός είναι ο χαμηλότερος από όλες τις ομάδες που συμμετείχαν στην έρευνα. Το σύμπτωμα προσωπικής απόστασης, ή αποπροσωποποίησης, εκδηλώνεται όχι μόνο στο χώρο της εργασίας, αλλά και σε άλλους τομείς εκτός της επαγγελματικής δραστηριότητας. Εκδηλώνεται ως μια αντιανθρωπιστική στάση και η προσωπικότητα ισχυρίζεται ότι η συνεργασία με τους ανθρώπους δεν είναι ενδιαφέρουσα, δεν δίνει ικανοποίηση και δεν αντιπροσωπεύει κοινωνική αξία.

Όπως σημείωσαν οι Κοζλοβα и Саблина (2010), είναι αρκετά δύσκολο να προβλεφθεί με σιγουριά η πιθανότητα εμφάνισης εξουθένωσης σε μια συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων, λόγω της μεγάλης ποικιλίας παραγόντων που καθορίζουν τις αιτίες του συνδρόμου. Ως εκ τούτου, κάθε άτομο είναι αναγκαίο να συμπεριληφθεί σε ένα πλαίσιο οργανωτικών παραγόντων που θα επηρεάζουν το προσωπικό θετικά, με στόχο τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που παρεμποδίζει την ανάπτυξη τους συνδρόμου.

Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης για νοσηλευτές που θα αποσκοπούν στην αποκατάσταση των διαδικασιών αυτοκατανόησης κατά την επικοινωνία, που θεωρείται σημαντικό κριτήριο για την πρόληψη του συνδρόμου της εξουθένωσης. Τα κύρια συμπτώματα από την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό είναι: η μείωση των επαγγελματικών καθηκόντων, η ανεπαρκής επιλεκτική συναισθηματική αντίδραση και το συναισθηματικό έλλειμμα. Τα κύρια πορίσματα της έρευνας μπορούν να συγκεντρωθούν στα κάτωθι.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν βάλει μόνο το προσωπικό που έχει πολυετή εμπειρία, αλλά και τους νοσηλευτές που έχουν ξεκινήσει πρόσφατα εργασιακή τους δραστηριότητα (εργασιακή εμπειρία έως 5 έτη). Υπάρχουν διαφορές στα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά των εκδηλώσεων του συνδρόμου εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό, ανάλογα με το προφίλ του εργαζομένου και της ειδικότητας. Το προσωπικό που εργάζεται στην εντατική είχε τον υψηλότερο μέσο όρο εμφάνισης συμπτωμάτων στο στάδιο της εξάντλησης και στο στάδιο της συναισθηματικής αποστασιοποίησης και αποπροσωποποίησης.

Μία πολύ χρήσιμη μελέτη για την μελέτη των κλινικοψυχολογικών χαρακτηριστικών του συνδρόμου συναισθηματικής εξουθένωσης στους υγειονομικούς που εργάζονται σε ιδιωτικά και δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα με τη συμμετοχή προσωπικού από διάφορες ιατρικές ειδικότητες διεξήχθη από τους Чернышкова, Дворникова и Малинина (2018). Οι συμμετέχοντες απασχολούνταν στο δημόσιο οργανισμό και συγκεκριμένα στο ψυχιατρικό τμήμα και στο τμήμα ανακουφιστικής θεραπείας του Κεντρικού Περιφερειακού Ψυχονευρολογικού νοσοκομείου και εργάζονταν ως



υγειονομικό προσωπικό ενός ιδιωτικού οργανισμού - πολυκλινικής. Το δείγμα συνολικά αποτέλεσαν 120 γιατροί και νοσηλευτές. Στόχος της έρευνας ήταν η εκτίμηση της κλινικοψυχολογικής ιδιαιτερότητας του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και των επιπτώσεων στο υγειονομικό προσωπικό δημόσιου και ιδιωτικού νοσηλευτικού ιδρύματος. Για τη μελέτη των εκδηλώσεων συναισθηματικής εξουθένωσης και συναφών διαταραχών, χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μέθοδοι:

α) το ερωτηματολόγιο για τον προσδιορισμό του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach, S. Jackson που προορίζεται για διάγνωση των ακόλουθων συστατικών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης: «συναισθηματική εξάντληση», «αποπροσωποποίηση» και «επαγγελματικά επιτεύγματα». Η «συναισθηματική εξάντληση» χαρακτηρίζεται από μειωμένο συναισθηματικό φόρτο, αυξημένη ψυχική εξάντληση και συναισθηματική αστάθεια, απώλεια ενδιαφέροντος και θετικών συναισθημάτων για τους άλλους, αίσθημα "κορεσμού" από την εργασία και μη ικανοποίηση από τη ζωή γενικά. Η «αποπροσωποποίηση» εκδηλώνεται σε συναισθηματική αποστασιοποίηση και αδιαφορία, κατά την άσκηση επαγγελματικών καθηκόντων χωρίς ενσυναίσθηση και σε ορισμένες περιπτώσεις – με αρνητικότητα και κυνική στάση απέναντι στη δραστηριότητα και στα άτομα που εμπλέκονται σε αυτήν. Η «μείωση των επαγγελματικών επιτευγμάτων» αντικατοπτρίζει τον βαθμό ικανοποίησης του επαγγελματία υγεία με τον εαυτό του ως προσωπικότητα και ως επαγγελματία,

β) διάγνωση για το επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης (V.V. Boyko), η οποία επιτρέπει τον προσδιορισμό των κύριων συμπτωμάτων του συνδρόμου συναισθηματικής εξουθένωσης στην περίπτωση της ανάπτυξης κάθε φάσης της (ένταση, αντίσταση, εξάντληση). Τα κύρια συμπτώματα σε κάθε φάση είναι: **στη φάση της έντασης**, η εμπειρία των ψυχοτραυματικών συνθηκών και η δυσαρέσκεια από τον εαυτό του, το άγχος και η κατάθλιψη. **Στη φάση της αντίστασης**, το άτομο εκφράζει ακατανόητη αντίδραση στα διάφορα ερεθίσματα. Επίσης εμφανίζεται ένας συναισθηματικός και ηθικός αποπροσανατολισμός και μείωση των επαγγελματικών καθηκόντων που αναλαμβάνει. **Στη φάση της εξάντλησης**, το άτομο βιώνει συναισθηματικό έλλειμμα, συναισθηματική και προσωπική αποστασιοποίηση (αποπροσωποποίηση), ψυχοσωματικές και ψυχοβιωτικές διαταραχές.

γ) διάγνωση για το επίπεδο εμφάνισης της παθολογικής κατάστασης.

Ωστόσο, σε μια ψυχολογική μελέτη που έγινε με τη χρήση της «Κλίμακας παθολογικής κατάστασης» προέκυψαν μη αναμενόμενα στοιχεία, καθώς το 85% των ερωτηθέντων

αρνήθηκε την παρουσία, ακόμη και ήπιων εκδηλώσεων των συμπτωμάτων της εξουθένωσης σαν παθολογική κατάσταση. Με βάση αυτά τα ευρήματα είναι ενδιαφέρουσα η συγκριτική μελέτη της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του συνδρόμου, (σύμφωνα με τη μέθοδο του V.V. Boyko) του υγειονομικού προσωπικού του δημοσίου και ιδιωτικού οργανισμού, καθώς η φάση σχηματισμού του συνδρόμου, (ένταση, αντίσταση και εξάντληση) εξαρτάται από τον τύπο του υγειονομικού οργανισμού που εργάζεται ο επαγγελματίας υγείας.

### **Ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων έρευνες με ερωτηματολόγιο για διαγνωστικά επίπεδα συναισθηματική εξουθένωση V.V. Boyko**

Μελετήθηκαν οι εργαζόμενοι στο ψυχιατρικό και ανακουφιστικό τμήμα δημοσίου οργανισμού και ιδιωτικού οργανισμού. Κατά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας αναφορικά με το υγειονομικό προσωπικό δύο κρατικών δομών υγείας, διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι βρίσκονται στη φάση της **έντασης**, τα συμπτώματα εξουθένωσης δεν έχουν ακόμη σχηματιστεί, αλλά παρατηρούνται συμπτώματα ανησυχίας και καταθλιπτικές εκδηλώσεις (20%-27,5%) μείωση των προσωπικών τους επιτευγμάτων. Στο στάδιο της **αντίστασης**, δεν παρατηρούνται ιδιαίτερα συμπτώματα αυτής της φάσης, αλλά ένα σύμπτωμα ακατανόητης ανταπόκρισης και μείωσης των επαγγελματικών καθηκόντων. Στο στάδιο της **εξάντλησης**, δεν φαίνεται να υφίσταται αλλά έρχονται στο προσκήνιο κάποια συμπτώματα, όπως το συναισθηματικό έλλειμμα (27,5%) και η συναισθηματική αποστασιοποίηση (35%).

Πρωτίστως εμφανίζονται «άγχος και κατάθλιψη», «βίωση περιστάσεων», «συναισθηματικό έλλειμμα» και «συναισθηματική αποστασιοποίηση» για τη σημαντική ομοιότητα της κλινικής και ψυχολογικής εικόνας των εκδηλώσεων της συναισθηματικής εξάντλησης και, έμμεσα, την επαγγελματική παραμόρφωση.

Τα αποτελέσματα στους ιδιωτικούς οργανισμούς υγείας έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι, λόγω των ιδιαιτεροτήτων που εμφανίζει η ίδια η ιατρική δραστηριότητα και τα συμπτώματα της εξουθένωσης εμφανίζονται, αλλά κάπως με διαφορετική δομή.

Έτσι, στο στάδιο της **έντασης** το 32% των εργαζομένων εμφανίζουν μόνο συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Στο στάδιο της **αντίστασης** εμφανίζουν συμπτώματα ακατανόητης απόκρισης, μείωσης των επαγγελματικών καθηκόντων που αναλαμβάνουν και σε μικρότερο βαθμό βιώνουν συναισθηματικό αποπροσανατολισμό. Επίσης στο στάδιο της **εξάντλησης**, οι εργαζόμενοι νοιώθουν «συναισθηματική απόσπαση» (32%) και «προσωπική αποστασιοποίηση» (25%)

### **Ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τη διαγνωστική μέθοδο το επίπεδο επαγγελματικής «εξάντλησης» και παραμόρφωση Maslach - Jackson**

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσιες δομές εμφανίζουν μεγαλύτερη σοβαρότητα στα συμπτώματα της αποπροσωποποίησης (50% ) και της μείωσης των επαγγελματικών επιτευγμάτων (37,5%-60%), γεγονός που μας επιτρέπει να τα αξιολογήσουμε ως επιρρεπή σε αρνητική αξιολόγηση του εαυτού τους. Σε αντίθεση με αυτόν ο εργαζόμενος στον ιδιωτικό τομέα βιώνει μικρότερη συναισθηματική εξάντληση (37,5%), κυρίως μέσω της εκδήλωσης συμπεριφορών **αποπροσωποποίησης** (37,5%) και **μείωσης των επαγγελματικών επιτευγμάτων** τους (35%).

Τέλος, λόγω των επιβαρυνμένων υγειονομικών συνθηκών που βιώνει όλος ο πλανήτης, εξαιτίας της πανδημίας COVID-19, ήταν αναγκαίο να διερευνηθεί η επίπτωση στους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα στους νοσηλευτές πρώτης γραμμής. Βιβλιογραφική έρευνα σε 38 ερευνητικές μελέτες για τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών λόγω της πανδημίας και του αυξημένου φόρτου εργασίας κατέδειξε την ψυχολογική επιβάρυνση που επέφερε η πανδημία στο νοσηλευτικό προσωπικό με συμπτώματα φόβου, δυσφορίας, άγχος και κατάθλιψης, παραγόντων άμεσα συνδεδεμένων με το σύνδρομο (Κοσμίδης και Μαχμούντ 2021).

Σε αυτό το σημείο μπορούμε να αναφερθούμε συγκεντρωτικά σε διάφορες έρευνες ανάλογα με τη συσχέτιση του συνδρόμου εξουθένωσης με το φόρτο εργασίας και τα επίπεδα στελέχωσης, τον έλεγχο της εργασίας, την ανταμοιβή, τις αξίες, τη δικαιοσύνη και το εργασιακό περιβάλλον. Επίσης τη σχέση της συνδρόμου με τα πρότυπα εργασίας αλλά και την εργασία σε βάρδιες, τις ψυχολογικές απαιτήσεις και την εργασιακή πολυπλοκότητα. Τέλος τη σχέση του συνδρόμου με τις εργασιακές σχέσεις και την ηγεσία, το περιβάλλον της εργασίας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νοσοκομειακής μονάδας, και του προσωπικού. Αλλά και τη σχέση με την απόδοση στην εργασία, με την ποιότητα της φροντίδας, τα αποτελέσματα του οργανισμού, αλλά και του συνδρόμου με τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

### **Συσχέτιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με το φόρτο εργασίας και το επίπεδο στελέχωσης του οργανισμού.**

Ο φόρτος εργασίας, τα χαρακτηριστικά της θέσης και τα επίπεδα στελέχωσης του οργανισμού αποτελούν τον πιο συχνά εξεταζόμενο παράγοντα σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση. Τριάντα μελέτες βρήκαν συσχέτιση μεταξύ υψηλού φόρτου εργασίας και εξουθένωσης. Στις έρευνες των Flynn, Thomas-Hawkins and

Clarke (2009), Leiter and Maslach (2009), Kowalski et.al (2010), Van et al (2013) και Konstantinou et al (2018), ο φόρτος εργασίας συσχετίστηκε με τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ ορισμένες μελέτες συσχετίζουν την εν λόγω έννοια με την αποπροσωποποίηση και άλλες με τον κυνισμό. Οι Janssen, Jonge and Bakker (1999) αναφέρουν ότι η «διανοητική υπερφόρτωση εργασίας» προβλέπει την συναισθηματική εξάντληση. Αντίστοιχα, οι μελέτες των Andrea et al (2016), Levert, Lucas and Ortlepp (2000) και Galletta et al (2016) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο φόρτος εργασίας σχετίζεται τόσο με τη συναισθηματική εξάντληση όσο και με την αποπροσωποποίηση. Η Kitaoka-Higashiguchi (2005) δοκιμάζοντας ένα μοντέλο εξουθένωσης στην έρευνά της, διαπίστωσε ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας προέβλεπε τη συναισθηματική εξάντληση, η οποία με τη σειρά της προέβλεψε τον κυνισμό. Αυτό παρατηρήθηκε επίσης και στην μελέτη των Greengrass et al (2001), όπου διαπιστώθηκε ότι ο υψηλός φόρτος εργασίας συσχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση, η οποία κατά συνέπεια προβάλλει τον κυνισμό. Αντίστοιχα, δεν βρέθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ των συνιστώσων του φόρτου εργασίας και της εξουθένωσης (Madathil, Heck and Schulberg 2014; Lewis and Cunningham 2016).

Άλλες μελέτες διερεύνησαν κατά πόσο τα επίπεδα στελέχωσης των νοσηλευτών σχετίζονται με την εμφάνιση εξουθένωσης και συμπέραναν ότι όταν οι νοσηλευτές φροντίζουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ή αναφέρουν προβλήματα ανεπάρκειας του προσωπικού, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εξουθένωση, ενώ δεν συσχετίστηκε η ύπαρξη καλύτερου επιπέδου στελέχωσης του εργασιακού περιβάλλοντος με την εξουθένωση. Συγκεκριμένα, οι μελέτες των Flynn, Thomas-Hawkins and Clarke (2009), των Lu et al (2015) και Dhaini et al (2018) δεν εντόπισαν σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα στελέχωσης, ενώ διαπίστωσαν ότι οι υψηλότερες αναλογίες ασθενών προς νοσηλευτή συσχετίστηκαν με συναισθηματική εξάντληση (Aiken et al 2008; Zhou et al 2015). Αντίθετα, στη μελέτη των Hanrahan et al (2010) η αναλογία ασθενών ανά νοσηλευτή συσχετίστηκε και με τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επίτευξη.

Η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να μεσολαβήσει στη σχέση μεταξύ των αναλογιών ασθενή προς νοσηλευτή και να επηρεάσει την ασφάλεια των ασθενών (Liu et al 2018). Σύμφωνα με τον Akman et al (2016) και Faller et al (2011) όσο χαμηλότερος είναι ο αριθμός των ασθενών για τους οποίους ευθύνονται οι νοσηλευτές, τόσο χαμηλότερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση.

Επίσης, η επάρκεια του προσωπικού σχετίζεται με την συναισθηματική εξάντληση. Σύμφωνα με την έρευνα των Boamah, Read and Laschinger (2017) το νέο εισερχόμενο προσωπικό, όταν αναφέρει έλλειψη προσωπικού είναι πιο πιθανό να αναφέρει συναισθηματική εξάντληση και κυνισμό ένα χρόνο αργότερα (Boamah, Read and Laschinger (2017). Η χαμηλή επάρκεια του προσωπικού συσχετίζεται με την συναισθηματική εξάντληση (Kanai-Pak et al 2008). Ομοίως, ο Leineweber et al (2014) διαπίστωσαν ότι η κακή επάρκεια του προσωπικού συσχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση και την Προσωπική Επίτευξη (Leineweber et al 2014). Οι Leiter and Spence Laschinger (2006) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της επάρκειας προσωπικού και όλων των υποκλίμακων MBI και βρήκαν ότι η συναισθηματική εξάντληση μεσολάβησε στη σχέση μεταξύ επάρκειας προσωπικού και αποπροσωποποίησης. Τέλος, η αναφερόμενη πίεση χρόνου συσχετίστηκε με τη συναισθηματική εξάντληση (Jansen et al 1996 ; Adali et al 2003; Cao and Naruse 2019). Συνοπτικά, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο υψηλός φόρτος εργασίας σχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση, τα επίπεδα στελέχωσης νοσηλευτών συνδέονται με την εξουθένωση και η πίεση χρόνου σχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση.

#### **Συσχέτιση του ελέγχου της εργασίας, της ανταμοιβής, των αξιών και του αισθήματος δικαιοσύνης που επικρατεί στην εργασιακή κοινότητα με την επαγγελματική εξουθένωση.**

Οι Galletta et al (2016) και Gandi et al (2011) διαπίστωσαν ότι ο χαμηλός έλεγχος της εργασίας συσχετίζεται με όλες τις υποκλίμακες του τεστ MBI. Οι Leiter και Maslach (2009) διαπίστωσαν ότι ο έλεγχος προέβλεπε την αίσθηση δικαιοσύνης και την ανταμοιβή μέσα στο εργασιακό περιβάλλον, ενώ το αίσθημα δικαιοσύνης που επικρατεί προβλέπει τις αξίες οι οποίες επηρεάζουν τις υποκλίμακες του τεστ MBI. Ο χαμηλός έλεγχος προβλέπει την εμφάνιση συναισθηματικής εξάντλησης για τους νοσηλευτές που εργάζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας (Vidotti et al 2018), ενώ η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται σημαντικά με τον έλεγχο της εργασίας (Shamian et al 2002), όπως και ο εργασιακός έλεγχος επηρεάζει την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (Lewis and Cunningham 2016; Rouxel, Michinov and Dodeler 2016).

Οι Shamian et al (2002) ανακάλυψαν ότι μια υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ανισορροπίας μεταξύ της προσπάθειας που καταβάλει το άτομο και της ανταμοιβής του, συσχετίστηκε με τη συναισθηματική εξάντληση και υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα ανισορροπίας ανάμεσα στην προσπάθεια και την ανταμοιβή, συσχετίστηκαν με την επαγγελματική εξουθένωση που μετρήθηκε με το τεστ CBI (Colindres et al 2018).

Η συμφωνία αξιών αναφέρεται σε μια αντιστοιχία μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των προσωπικών αρχών του ατόμου και οι συγκρούσεις αξιών σχετίζονται με μια σύνθετη βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μελέτη των Shao et al (2018) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές με υψηλή συνάφεια αξίας αναφέρουν χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση από εκείνους που έχουν χαμηλή συνάφεια αξίας. Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές με αντίστοιχα χαμηλή συνάφεια αξίας εμφανίζουν πιο σοβαρή αποπροσωποποίηση από τους νοσηλευτές με υψηλή συνάφεια αξίας. Η εμφάνιση χαμηλών δεικτών συνάφειας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης και των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης, σύμφωνα με το MBI και της εξουθένωσης που μετρείται με την κλίμακα Burnout Maslach-Pines (Moloney et al 2018).

Μελετώντας το κοινωνικό κεφάλαιο, που ορίζεται ως μια κοινωνική δομή που ωφελεί τα μέλη του, συμπεριλαμβανομένης της εμπιστοσύνης, της αμοιβαιότητας και ενός συνόλου κοινών αξιών, οι έρευνες των Kowalski et al 2010; Van Bogaert et al 2013) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χαμηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται με την συναισθηματική εξάντληση, ενώ φαίνεται ότι οι προβλεπόμενες αξίες της δικαιοσύνης, συσχετίζονται και προβλέπουν όλες τις κλίμακες εξουθένωσης, σύμφωνα με το τεστ MBI.

Συμπεραίνουμε ότι παρόλο που οι μελέτες δεν εκφράζονται άμεσα με τους όρους, όπως περιγράφονται από την Maslach, καταδεικνύουν συσχετίσεις με πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, πολλοί από τους οποίους αντικατοπτρίζονται στη θεωρία της Maslach. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι ο έλεγχος της εργασίας σχετίζεται με μειωμένη επαγγελματική εξουθένωση και η αντιστοιχία αξιών συσχετίζεται με μειωμένη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση.

### **Συσχέτιση των προτύπων εργασίας και την εργασία σε βάρδιες με την εμφάνιση του συνδρόμου.**

Στην μελέτη των Anwar and Elareed (2017) η εργασία στις νυχτερινές βάρδιες συσχετίστηκε με την επαγγελματική εξουθένωση και τη συναισθηματική εξάντληση. Όμως, δεν βρέθηκε να υπάρχει τόσο σημαντική συσχέτιση στις μελέτες των Wisetborisut et al (2014) και Ilhan et al 2008). Η εργασία σε μόνιμες βάρδιες δεν επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση (Canadas-De la Fuente et al 2015), αλλά η εργασία σε ακανόνιστες βάρδιες και με κυλιόμενα ωράρια εργασίας επηρεάζει τα επίπεδα εξουθένωσης (Bagheri et al 2019). Όταν οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι εργάζονται σε μεγαλύτερο αριθμό βαρδιών, είναι πιο πιθανό να αναφερθεί υψηλότερος βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης (Anwar and Elareed 2017), αλλά τα

αποτελέσματα δεν γενικεύτηκαν στην περαιτέρω μελέτη των Wisetborisut et al (2014). Ο αριθμός των ωρών εργασίας ανά εβδομάδα δεν ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με δύο μελέτες (Faller et al 2011), αλλά η ύπαρξη υψηλότερου αριθμού ωρών εργασίας σε εβδομαδιαία βάση, συσχετίστηκε με τη Συναισθηματική Εξάντληση και την Αποπροσωποποίηση σε μία μελέτη των (Ilhan et al 2008). Μεγάλες βάρδιες 12 ωρών ή περισσότερων συσχετίστηκαν με όλες τις υποκλίμακες του τεστ MBI (Dall' Ora et al 2015) και με τη Συναισθηματική Εξάντληση (Zhou et al 2015).

Φαίνεται ότι η ύπαρξη μεγαλύτερης ευελιξίας στο πρόγραμμα αποτελεί προστατευτικό παράγοντα εμφάνισης συναισθηματικής εξάντλησης όπως και η ικανότητα προγραμματισμού των ημερών άδειας από τον εργαζόμενο, ενώ συσχετίστηκε με χαμηλότερη εξουθένωση το να μπορεί ο εργαζόμενος να λαμβάνει άδεια πάνω από 8 ημέρες το μήνα. Επίσης και θετικό κλίμα προγραμματισμού της εργασίας, δρα προστατευτικά κυρίως για τη συναισθηματική εξάντληση. Από τις μελέτες συμπεραίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των βαρδιών που είναι πάνω από 12 ώρες και την εμφάνιση συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ η ευελιξία του προγράμματος αδειών σχετίζεται με μειωμένη συναισθηματική εξάντληση.

### **Συσχέτιση ψυχολογικών απαιτήσεων και της εργασιακής πολυπλοκότητας με την εμφάνιση του συνδρόμου**

Οι μελέτες δείχνουν ότι όσο υψηλότερες είναι οι ψυχολογικές απαιτήσεις τόσο μεγαλύτερη ήταν η πιθανότητα να βιώσει το άτομο όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Bagheri and GHalajahi 2018), ενώ οι υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις συσχετίστηκαν με υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης συναισθηματικής εξάντλησης (Vidotti et al 2018). Οι απαιτήσεις της εργασίας, που μετρήθηκαν με το Ερωτηματολόγιο Ανισορροπίας Προσπάθειας-Αμοιβής, συσχετίστηκαν με όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Basinska and Wilczek-Ruzyczka 2013), και ομοίως, οι Garcia-Sierra, Fernandez-Castro and Martinez-Zaragoza (2016) διαπίστωσαν ότι οι απαιτήσεις προβλέπουν την εξουθένωση, μετρούμενη με την κλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμού. Παρατηρούμε ότι οι έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι όσο υψηλότερες είναι οι απαιτήσεις εργασίας, τόσο υψηλότερος είναι ο αντίκτυπος στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση. Η φύση της εργασίας, η ποικιλία, η ποιότητα του περιεχομένου της εργασίας, όσον αφορά την ποικιλία δεξιοτήτων, τη διακριτική ευχέρεια, την ταυτότητα της εργασίας και τη σημασία της εργασίας, επηρεάζουν την συναισθηματική εξάντληση.

Αντίθετα, η απουσία διοικητικών καθηκόντων στην εργασία συσχετίστηκε με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης αποπροσωποποίησης και η υψηλότερη σαφήνεια των εργασιών συσχετίστηκε με μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αυξημένη προσωπική επίτευξη.

Επίσης, τα χαρακτηριστικά ή οι απαιτήσεις των ασθενών διερευνήθηκαν δείχνοντας ότι οι νοσηλευτές που φροντίζουν πάσχοντες ασθενείς και ασθενείς που έχουν πολλαπλές απαιτήσεις, είναι πιο πιθανό να βιώσουν συναισθηματική εξάντληση και κυνισμό. Ομοίως, η φροντίδα ενός ετοιμοθάνατου ασθενούς και η λήψη μεγάλου αριθμού αποφάσεων για την παραίτηση από θεραπείες που διατηρούν τη ζωή συσχετίζονται με υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Poncet et al 2007). Το άγχος που προκύπτει από τη φροντίδα των ασθενών συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, ενώ η συναναστροφή με βίαιους ασθενείς είχε επίσης αντίκτυπο στην επαγγελματική εξουθένωση, μετρούμενη με CBI (Laeque et al 2018), όπως και η σύγκρουση με τους ασθενείς (Poncet et al 2007).

Επιπλέον, αξίζει να επισημανθεί πως η σύγκρουση ρόλων αποτελεί μια κατάσταση κατά την οποία αντιφατικές, ανταγωνιστικές ή ασυμβίβαστες προσδοκίες τίθενται σε ένα άτομο από δύο ή περισσότερους ρόλους που διατηρούνται ταυτόχρονα. Η σύγκρουση ρόλων συνδέεται με την συναισθηματική εξάντληση (Konstantinou et al 2018) και διαπιστώθηκε ότι συνδέθηκε με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Οι Levert, Lucas and Ortlepp (2000) ανέφεραν ότι η σύγκρουση ρόλων συσχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επίτευξη. Εξέτασαν, επίσης, την ασάφεια του ρόλου, η οποία συσχετίστηκε με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, αλλά όχι με την προσωπική επίτευξη. Οι Andela, Truchot and Van der Doef (2016) μελέτησαν τον αντίκτυπο της συναισθηματικής ασυμφωνίας, που ορίζεται ως η αναντιστοιχία μεταξύ των συναισθημάτων που γίνονται αισθητά και των συναισθημάτων που απαιτούνται να επιδειχθούν από τους οργανισμούς και ανέφεραν ότι η συναισθηματική ασυμφωνία αποτελεί ένα μεσολαβητή μεταξύ των πτυχών της δουλειάς (π.χ. φόρτος εργασίας, χαρακτηριστικά του ασθενούς και ζητήματα της ομάδας), της συναισθηματικής εξάντλησης και του κυνισμού.

Επιπλέον, η αυτονομία σχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση (Jansen et al 1996). Η χαμηλή αυτονομία επηρεάζει την συναισθηματική εξάντληση, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αυτονομία συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση.



Συμπεραίνουμε ότι οι υψηλές εργασιακές και ψυχολογικές απαιτήσεις συνδέονται με τη συναισθηματική εξάντληση, όπως και τη σύγκρουση ρόλων. Η πολυπλοκότητα των ασθενών συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, ενώ η ποικιλία εργασιών, η αυτονομία και το εύρος αποφάσεων μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά για την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

#### **Συσχέτιση των εργασιακών σχέσεων και της ηγεσία με την εργασιακή εξουθένωση**

Η ποιότητα της σχέσης νοσηλευτή-γιατρού συσχετίζεται με την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και οι Leiter και Laschinger (2006) διαπίστωσαν ότι οι θετικές συνεργασίες νοσηλευτών-γιατρών συνδέονται με την προσωπική επίτευξη.

Η υποστήριξη από τον επόπτη ή τον ηγέτη επίσης συνδέεται με την εμφάνιση του συνδρόμου, καθώς υπάρχει σχέση μεταξύ της χαμηλής υποστήριξης από τους διευθυντές νοσηλευτών με όλες τις υποκλίμακες του τεστ MBI, ενώ μπορεί να λειτουργήσει και ως προστατευτικός παράγοντας από τη συναισθηματική εξάντληση (Adali et al 2003).

Προς επίρρωση των παραπάνω, το στυλ ηγεσίας επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση μέσω διαφορετικών οδών και μηχανισμών. Οι Boamah Read and Laschinger (2017) διαπίστωσαν ότι η αυθεντική ηγεσία, που αφορά ηγέτες που έχουν υψηλή αυτογνωσία, ισορροπημένη επεξεργασία, εσωτερικευμένη ηθική προοπτική και διαφάνεια, συμβάλει στην υψηλότερη ενδυνάμωση του ατόμου, η οποία με τη σειρά της προέβλεψε χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμού. Φαίνεται ότι η μετασχηματιστική ηγεσία συνδέεται με θετικά εργασιακά περιβάλλοντα, τα οποία με τη σειρά τους συμβάλλουν στη χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση (Lewis and Cunningham 2016).

Η διαπροσωπική σύγκρουση επηρεάζει την συναισθηματική εξάντληση μέσω της σύγκρουσης ρόλων, αλλά η υποστήριξη των συναδέλφων δεν είχε καμία επίδραση σε καμία διάσταση εξουθένωσης, ενώ η κακή ομαδική επικοινωνία συσχετίζεται με όλες τις διαστάσεις του MBI, όπως είναι τα ζητήματα του προσωπικού, η λεκτική βία από τους συναδέλφους αλλά και η χαμηλή κοινωνική στήριξη που συσχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση. Οι Vidotti et al (2018) διαπίστωσαν ότι η χαμηλή κοινωνική στήριξη συσχετίζεται με όλες τις διαστάσεις της εξουθένωσης στο τεστ MBI.

#### **Συσχέτιση περιβάλλοντος εργασίας και νοσοκομειακών χαρακτηριστικών με το σύνδρομο.**

Τα αρνητικά εργασιακά περιβάλλοντα επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση μέσω της εργασιακής δυσαρέσκειας, η υψηλότερη βαθμολογία οργανωτικών χαρακτηριστικών συνδέεται με χαμηλή συναισθηματική εξάντληση και η περιβαλλοντική αβεβαιότητα σχετίζεται με όλες τις διαστάσεις του MBI (Liu et al 2018). Η ένδειξη εμπιστοσύνης στον οργανισμό συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Laschinger et al 2001). Επίσης, οι εργαζόμενοι σε εξειδικευμένες μονάδες νοσηλείας έχουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Φαίνεται ότι το θετικό εργασιακό περιβάλλον συσχετίζεται με μειωμένη συναισθηματική εξάντληση, αλλά κανένα από τα οργανωτικά χαρακτηριστικά σε επίπεδο νοσοκομείου δεν μπορεί να συσχετιστεί σταθερά με την επαγγελματική εξουθένωση.

### **Συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την αποδοτικότητα και απόδοση του προσωπικού.**

Κατά την μελέτη της επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην πρόθεση αποχώρησης του προσωπικού, φαίνεται ότι η συναισθηματική εξάντληση και ο κυνισμός έχουν άμεση επίδραση στις προθέσεις αλλαγής εργασίας και ιδιαίτερα η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει τις προθέσεις του προσωπικού να εγκαταλείψει την εργασία (Flynn, Thomas-Hawkins and Clarke (2009). Επίσης, η εξουθένωση συσχετίστηκε με υψηλότερη πρόθεση αποχώρησης των επαγγελματιών υγείας από τη θέση εργασίας τους (Liu et al 2018).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης είναι πιο πιθανό βραχυπρόθεσμα να απουσιάσουν από την εργασία τους λόγω ασθένειας (1–10 ημέρες απουσίας). Διαπιστώθηκε, ότι η Συναισθηματική Εξάντληση συσχετίστηκε με επτά ή περισσότερες ημέρες απουσίας, σε μια διαχρονική μελέτη των Fifth and Britton (1989).

Εστιάζοντας στην ψυχική υγεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται να αποτελούν προγνωστικά για εμφάνιση Συναισθηματικής Εξάντλησης και Αποπροσωποποίησης, οπότε μπορούμε να θεωρήσουμε την κατάθλιψη ως προγνωστικό παράγοντα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Johnson et al 2017).

Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της έλλειψης φροντίδας, της ψυχικής υγείας και της ικανοποίησης από την εργασία, όπως και συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της πρόθεσης για αποχώρηση. Επίσης, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής

εξουθένωσης και της απουσίας λόγω ασθένειας, αλλά και μεταξύ της απόδοσης της εργασίας και της γενικής υγείας του ατόμου στο σύνολό της.

### **Συσχέτιση της εξουθένωσης με την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.**

Οι μελέτες δείχνουν ότι η υψηλή συναισθηματική εξάντληση, η υψηλή αποπροσωποποίηση και η χαμηλή προσωπική επίδοση συσχετίστηκαν με κακή ποιότητα φροντίδας (Poghosyan et al 2010). Επίσης, η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίστηκε με αρνητικό κλίμα στην ασφάλεια των ασθενών, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση μεσολάβησε πλήρως στη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των αντιλήψεων ασφάλειας σε ατομικό επίπεδο και των αντιλήψεων ασφάλειας σε επίπεδο περιοχής εργασίας/μονάδας (Johnson et al 2017).

Οι Van Bogaert et al (2013) διαπίστωσαν ότι υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης συσχετίζονται με σφάλματα στην φαρμακευτική αγωγή. Επιπρόσθετα, η υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση και τα χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτεύξεων συσχετίζονται με τη δυσαρέσκεια των ασθενών, ενώ η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται με τη λεκτική κακοποίηση ασθενών και την οικογένεια του ασθενούς.

Συνοπτικά, τα στοιχεία καταδεικνύουν ότι υπάρχει αρνητική επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα της περίθαλψης, την ασφάλεια του ασθενούς, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, την αναφορά σφαλμάτων, το σφάλμα φαρμακευτικής αγωγής, τις λοιμώξεις, τις πτώσεις ασθενών, τη δυσαρέσκεια των ασθενών και τα παράπονα από την οικογένεια του ασθενούς.

### **Συσχέτιση ατομικών χαρακτηριστικών και επαγγελματικής εξουθένωσης.**

Είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθεί σε τελικό στάδιο, η συσχέτιση μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών του ατόμου και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι μελέτες στηρίζονται σε δημογραφικές μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένου του φύλου, της ηλικίας και της οικογενειακής κατάστασης, αλλά και σε πτυχές της προσωπικότητας σχετικά με τις παρεμβολές επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της διάρκειας εμπειρίας και του μορφωτικού επιπέδου. Φαίνεται ότι γενικά στοιχεία από τους δημογραφικούς και τους παράγοντες προσωπικότητας δεν μπορούν με σαφήνεια να διαπιστώσουν ότι σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, ούτε ότι τα οικογενειακά προβλήματα και η υψηλή παρέμβαση στην επαγγελματική ζωή μπορεί να επηρεάζουν το άτομο να εκδηλώσει σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αναμενόμενη προστιθέμενη επιστημονική γνώση από την παρούσα έρευνα είναι η βιβλιογραφική διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και πως αυτό επηρεάζει την ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση αποτελεί κύρια δεξιότητα που πρέπει να έχει ο επαγγελματίας υγείας και είναι σημαντικό το κατά πόσο το σύνδρομο επηρεάζει την ψυχική υγεία του επαγγελματία, αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, μέσα από την έρευνα επίσημων ερευνών και δημοσιευμένων άρθρων σε ελληνικά και ξένα επιστημονικά περιοδικά, έλαβε χώρα μια σφαιρική μελέτη για τις έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, αναφορικά με το προσωπικό που εργάζεται στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, με αντίστοιχη σύγκριση και από έρευνες του εξωτερικού, ώστε το θέμα του συνδρόμου να δοθεί στην έκταση που υπάρχει. Επιπλέον, διερευνήθηκε το φαινόμενο και σε έρευνες που έχουν γίνει στην Αμερική και στην Ρωσία, παρέχοντας τη δυνατότητα μιας πολύπλευρης σύγκρισης της Ελλάδας με την Ε.Ε. και της Ε.Ε. με την Αμερική και την Ρωσία.

Επίσης, μέσα από την διερεύνηση των αιτιών και των παραγόντων που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση, συγκεντρώθηκαν οι αιτίες και οι λόγοι εμφάνισης του συνδρόμου, ώστε ο καθένας και ειδικά ο επαγγελματίας υγείας να μπορεί σε προσωπικό επίπεδο να δημιουργήσει δικλίδες προστασίας απέναντι στο σύνδρομο, αλλά και σε επίπεδο πολιτείας να χαραχτεί κατάλληλη πολιτική στο χώρο της Υγείας.

Από την έρευνά μας προέκυψε ότι χρησιμοποιούνται διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις στις εκάστοτε μελέτες που διερευνούν το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στις περισσότερες έρευνες χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο MBI (Maslach Burnout Inventory) της Maslach. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στα επίπεδα εξουθένωσης που παρουσιάζονται στους επαγγελματίες υγείας, ανάλογα με το τμήμα που εργάζονται και τη μονάδα υγείας που υπηρετούν, ακόμα και τη θέση της (πχ νοσοκομείο σε αστικό κέντρο ή σε επαρχιακή πόλη). Παρατηρήσαμε το ερωτηματολόγιο να χρησιμοποιείται παράλληλα με το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας SF-36, το Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ή το ερωτηματολόγιο Stress Coping Strategies Scale (Cooper, Sloan and Williams 1988). Στις έρευνες που προέρχονται από την Ρωσία χρησιμοποιείται ευρέως το ερωτηματολόγιο του V.V. Boyko, (Частоедова и Мухачева 2017; Чернышкова, Дворникова и Малинина 2018).

Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ των τιμών του ερωτηματολογίου της Maslach Burnout Inventory (MBI) μεταξύ της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων, που βρέθηκε στην έρευνα των Τσετσέλη και Τριγώνη (2017) συμφωνεί με τα ευρήματα της μελέτης των Maslach and Leiter (2008) όπου κατέδειξε την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Ένας βαθμός μέτριας αποπροσωποποίησης, μπορεί να ληφθεί και ως ένας μηχανισμός άμυνας που αναπτύσσει το νοσηλευτής για να αντιμετωπίσει έναν δύσκολο και απαιτητικό ασθενή. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής εξάντλησης και κατάθλιψης, που συμφωνεί με τα ευρήματα των Arica and Deborah (2016). Στην έρευνα αυτή η μεταβλητή φύλο ήταν πολύ σημαντική για την εμφάνιση των τριών συνιστωσών της συναισθηματικής εξάντλησης, σε αντίθεση με τα ευρήματα της Maslach Schaufeli and Leiter (2001), όπου το φύλο δεν αποτελούσε παράγοντα εμφάνισης του συνδρόμου. Η Maslach και οι συνεργάτες της, αναγνωρίζουν την πιθανή διαφορά και την εμφάνιση υψηλών ποσοστών στις γυναίκες, εξαιτίας το στερεοτύπων που ισχύουν για τα δύο φύλα, αφού οι γυναίκες θεωρούνται συναισθηματικά πιο ευαίσθητες από τους άντρες και έχουν επιπλέον φόρτο εργασιών, λόγω της δουλειάς και των επιπλέον ευθυνών που αναλαμβάνουν στο σπίτι. (Baker, Demerouti and Schaufeli 2002).

Αυτό ταιριάζει με τα αποτελέσματα της έρευνας, όπου οι η εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίστηκε ως επί το πλείστον σε γυναίκες εργαζόμενες, παντρεμένες με παιδιά. Η υγεία των εργαζόμενων γυναικών με μικρά παιδιά είναι πιο επιβαρυσμένη, επειδή βιώνουν πιο έντονα συγκρούσεις και ενοχές σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους (Κοϊνης και Σαρίδη 2014).

Οι γυναίκες που απασχολούνται στα επαγγέλματα υγείας βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών, ενώ η συχνότητα αυτοκτονικών τάσεων είναι διπλάσια από τον γενικό πληθυσμό (Σταυριανόπουλος και συν 2011).

Ο μισθός βρέθηκε να αποτελεί σημαντική παράμετρο που συνδέεται με την αποπροσωποποίηση, στις έρευνες των Τσετσέλη και Τριγώνη (2017) Vlachou et al (2016).

Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου, όπως προέκυψε από τις έρευνες των Τσετσέλη και Τριγώνη (2017) Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη (2007) και την έρευνα των Αδαλή και Λεμονίδου (2001), όπου τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης σχετιζόταν με υψηλή συναισθηματική εξάντληση.

Οι συνθήκες εργασίας είναι στατιστικά σημαντικές για την εμφάνιση αποπροσωποποίησης του ατόμου Τσετσέλη και Τριγώνη (2017).

Ο βαθμός ικανοποίησης του προσωπικού από τις συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον, οι χαμηλοί μισθοί σε συνδυασμό με το μεγάλο φόρτο εργασίας, αποτελούν κύριες αιτίες που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές (Σταυροπούλου και συν 2010).

Η έρευνά μας κατέδειξε ότι σε κάποιες έρευνες οι δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με το φύλο, την εκπαίδευση, τη θέση εργασίας, καθώς και ο μισθός και οι συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση της επαγγελματικής, εξουθένωσης, ενώ σε κάποιες άλλες αυτό δεν αποδεικνύεται. Ειδικά για το γυναικείο φύλο αυτό αποτέλεσε ιδιαίτερο θέμα μελέτης. Αντίστοιχα ισχύει και για τα έτη προϋπηρεσίας, καθώς σε κάποιες έρευνες καταδεικνύεται ότι όσα περισσότερα χρόνια εμπειρίας είχε ο εργαζόμενος τόσο περισσότερη συναισθηματική εξάντληση ένιωθε και όσο πιο πολύ συναισθηματική εξάντληση είχε, τόσο ήταν πιο έντονη υπήρξε η επιθυμία να μεταβεί σε άλλη εργασιακή θέση.

Σημαντική είναι επίσης η σύνδεση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την οικογενειακή κατάσταση, όπου σε πολλές έρευνες αποδεικνύεται ότι οι έγγαμοι με παιδιά έχουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και σε άλλες έρευνες αυτό δεν αποδεικνύεται. Αντίθετα, οι άγαμοι και διαζευγμένοι έχουν μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους έγγαμους, γεγονός που οφείλεται στο ότι η οικογένεια λειτουργεί κατά έναν προστατευτικό τρόπο προς το άτομο για την εκδήλωση του συνδρόμου (Yaktin and Doumit 2013). Αξίζει να επισημανθεί ότι ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης αυξάνεται, εάν το άτομο έχει περιορίσει τα ενδιαφέροντά του εκτός από την εργασία του και αυτή τον αποφορά πλήρως, περιορίζοντας την προσωπική και κοινωνική ζωή (Симукoвa 2017).

Το επίπεδο εκπαίδευσης, σε πολλές έρευνες φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου και όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο υψηλότερος ήταν και ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach and Leiter 1997). Έρευνες επίσης δείχνουν ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο λιγότερη εξουθένωση βιώνουν οι εργαζόμενοι (Yaktin and Doumit 2013), ενώ σε άλλες έρευνες δεν φαίνεται καμία συσχέτιση (Γρηγοροπούλου και συν 2018).

Τις διαφορές εμφάνισης του φαινομένου και του βαθμού που το βιώνουν το προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομεία της πρωτεύουσας ή μεγάλων αστικών κέντρων σε σχέση

με το προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομεία της επαρχίας μελέτησαν πολλές έρευνες, με τα αποτελέσματα πάλι να είναι μεικτά. Στις έρευνες των Νούλα και συν (2010) και Μπελλάλη και συν (2007) παρουσιάστηκε σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στο ποσοστό του προσωπικού νοσηλευτικού και διοικητικού που βίωσε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ στην έρευνα των Γρηγοροπούλου και συν (2018) δεν υπήρξε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο νοσοκομεία πρωτεύουσας και επαρχίας.

Κοινό σε όλες τις αναλύσεις σχετικά με την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων, η οποία επηρεάζει όλους τους τομείς της, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο, επιδεινώνοντας τα προβλήματα που ήδη βιώνει λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης. Η αποπροσωποποίηση που βιώνουν τα άτομα επηρεάζει αρνητικά τη σωματική και συναισθηματική λειτουργικότητά τους, βιώνουν αρνητικά συναισθήματα κατά την εκτέλεση της εργασίας τους και επηρεάζονται σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο. Αντίθετα, η αύξηση των προσωπικών επιτευγμάτων ενισχύει τη ζωτικότητα του ατόμου. Αυτή επιδρά θετικά στην εκτέλεση της εργασίας με πολλαπλά οφέλη τόσο για τον εργαζόμενο όσο και για τον ασθενή σε περίπτωση επαγγελματικών υγείας, βελτιώνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Το άτομο που βιώνει συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από μειωμένο συναισθηματικό φόρτο, αυξημένη ψυχική εξάντληση και συναισθηματική αστάθεια, απώλεια ενδιαφέροντος και θετικών συναισθημάτων για τους άλλους, αίσθημα κορεσμού από την εργασία και μη ικανοποίηση από τη ζωή γενικά (Чернышкова, Дворникова и Малинина 2018).

Το άτομο που βιώνει επαγγελματική εξουθένωση δεν μπορεί να έχει ενσυναίσθηση, λόγω των υψηλών επιπέδων αποπροσωποποίησης και ως συνέπεια (για τα επαγγέλματα υγείας) αποξενώνεται από τη σχέση μεταξύ ασθενή και προσωπικού που πρέπει να αναπτυχθεί, γιατί αποτελεί μέρος της αγωγής υγείας.

Μάλιστα, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που βιώνουν τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης δηλώνουν άρνηση ως προς την παρουσία ακόμα και των πιο ήπιων συμπτωμάτων. Θεωρού επίσης ότι είναι κάτι παθολογικό, (Чернышкова Дворникова и Малинина 2018) γεγονός που δυσκολεύει την αναζήτηση βοήθειας από πλευράς του πάσχοντος και τη θεραπεία του συνδρόμου, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η υγεία του ατόμου που πάσχει.

Παρατηρούμε ότι υπάρχουν τελείως διαφορετικά συμπεράσματα, λόγω των διαφορετικών εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιούνται, ανομοιογένεια των δειγμάτων εκ φύσεως και διαφορετικότητα των κριτηρίων εκτίμησης της επαγγελματικής εξουθένωσης που χρησιμοποιεί η κάθε μελέτη. Έτσι, δεν μπορεί να υπάρξουν κοινά αποδεκτά συμπεράσματα για την συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διεθνώς. Μπορούν μόνο να προσδιοριστούν κάποιοι παράγοντες ατομικοί και εργασιακοί, οι οποίοι εντείνουν την εμφάνιση του συνδρόμου. Παρά το πλήθος ερευνών, τα διαθέσιμα δεδομένα δεν είναι αρκετά για να καθοριστούν επαρκώς οι αιτιολογικές σχέσεις ανάμεσα στους ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Έχουν απλά προσδιοριστεί ορισμένοι παράγοντες από το εργασιακό περιβάλλον και τους ατομικούς παράγοντες, καθώς και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που φαίνονται ότι σχετίζονται συστηματικά. Είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη μας για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των μελετών, τις μεθοδολογικές αδυναμίες, το περιορισμένο μέγεθος του δείγματος και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρόλο τους περιορισμούς των παραπάνω ευρημάτων από τις έρευνες, τα συμπεράσματα δεν θα πρέπει να αγνοηθούν αλλά αξιοποιηθούν κατάλληλα. Θα πρέπει να προβληματίσουν τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Τόσο τη διοίκηση των νοσοκομείων, όσο και τη πολιτεία σε επίπεδο εθνικής στρατηγικής για τις υπηρεσίες υγείας που επιθυμεί να παρέχει στους πολίτες. Οι έρευνες σε βάθος δεκαετιών ερευνούν τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης και παρόλο τις υφιστάμενες μελέτες, το φαινόμενο εξακολουθεί να υφίσταται και μάλιστα δεν περιορίζεται, αλλά αυξάνεται δραματικά. Η επιδημία του covid-19 ενίσχυσε τις παραμέτρους που αυξάνουν το εργασιακό άγχος και οδήγησε σε επιπλέον αύξηση της εμφάνισης του συνδρόμου.

Κατά την πρώτη περίοδο της πανδημίας εντάθηκαν τα συμπτώματα του συνδρόμου, λόγω των ιδιαίτερων υγειονομικών συνθηκών και τον φόβο που δημιουργήθηκε στην αρχή της εκδήλωσης της πανδημίας. Αυτό επιβάρυνε την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, εντείνοντας τους παράγοντες δυσφορίας που σχετίζονταν με το άγχος. Εκφάνσεις δυσφορίας εκδηλώθηκαν μέσω της απροθυμίας να πάνε στη δουλειά τους, δυσπιστία που εμφάνισαν ως προς την διοίκηση (45%) και άγχος λόγω έλλειψης μέσων ατομικής προστασίας (Χολμογοροβα η др 2020).



Επίσης, λόγω της μεγάλης ποικιλίας παραγόντων που καθορίζουν τις αιτίες του συνδρόμου, είναι αρκετά δύσκολο να προβλεφθεί με σιγουριά η πιθανότητα εμφάνισης της εξουθένωσης σε μια συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων (Κοζλοβα и Саблина 2010). Κάποιοι επαγγελματίες είναι πιο εκτεθειμένοι στους παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση του συνδρόμου, όπως για παράδειγμα οι επαγγελματίες υγείας.

Για αυτό, σε κάθε εργασιακό περιβάλλον θα πρέπει να συμπεριληφθεί ένα πλαίσιο οργανωτικών παραγόντων που θα ενισχύει θετικά το εργαζόμενο προσωπικό. Στόχος η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που παρεμποδίζει την ανάπτυξη του συνδρόμου και ενισχύει τους εργαζόμενους στον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων του συνδρόμου, τόσο για το ίδιο άτομο όσο και για τον οργανισμό.

Είναι πολύ σημαντικό, ειδικά στις μέρες μας, να ληφθούν μέτρα πρόληψης και καταστολής του συνδρόμου, ειδικά λόγω των δυσμενών υγειονομικών συνθηκών που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας ανά τον κόσμο, λόγω της πανδημίας. Στόχος όλων των Συστημάτων Υγείας είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και η αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών από τη λήψη της φροντίδας υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από την προαναφερθείσα έρευνα συμφωνούν με την έρευνα των Parathanasiou, Damigos and Mavreas (2011), καταδεικνύοντας ότι η εργασία, παρόλο που αποτελεί έναν παράγοντα σημαντικό για την ανάπτυξη του ατόμου προσδίδοντάς του ικανοποίηση και καλύπτοντας συναισθηματικές, ψυχολογικές και βασικές ανάγκες επιβίωσης, μπορεί να μετατραπεί σε πηγή έντονου στρες και να οδηγήσει σε συναισθηματική εξουθένωση με αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του ατόμου. Συνοψίζοντας τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση Burnout, όπως αυτοί προέκυψαν από την έρευνά μας, αυτοί είναι οι κάτωθι:

- Ικανοποίηση από την εργασία
- Οικονομικές απολαβές
- Οικονομικές απολαβές σε σχέση με τις σπουδές
- Οικονομικές απολαβές σε σχέση με τις ώρες εργασίας
- Έλλειψη προσωπικού
- Μεγάλη προσέλευση ασθενών
- Έλλειψη οργάνωσης
- Μη οριοθέτηση καθηκόντων
- Μη σωστή δόμηση των εργασιακών χώρων
- Ανυπαρξία καθηκοντολογίου
- Έλεγχος στην εργασία
- Φόρτο εργασίας
- Επιβράβευση (οικονομική / κοινωνική)
- Δικαιοσύνη
- Αξίες που διέπουν τον οργανισμό
- Συνεπείς και δίκαιοι κανόνες
- Σεβασμός στην εργασία

- Ποιότητα δικαιοσύνης
- Έτη προϋπηρεσίας

Παρατηρούμε ότι η μελέτη των παραγόντων που βλάπτουν την υγεία των εργαζομένων και δημιουργούν επιπρόσθετο άγχος αποτελεί και την κύρια προϋπόθεση για την αντιμετώπιση της εργασιακής εξουθένωσης και τη διασφάλιση ποιότητας φροντίδας υγείας. Η μείωση και η εξάλειψη των παραγόντων που προκαλούν αγχώδεις συμπεριφορές είναι απαραίτητη, καθώς επιδρούν καθοριστικά και επηρεάζουν τόσο την ψυχική όσο και την σωματική υγεία των νοσηλευτών και κατ' επέκταση την εργασιακή απόδοση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τα τελευταία 10 χρόνια, μια αυξανόμενη βιβλιογραφία σχετικά με την ενσυναίσθηση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δείχνει ότι, τόσο για τον ασθενή όσο και για τον κλινικό ιατρό, η ενσυναίσθηση βοηθά στη βελτίωση πολλών πτυχών της πρακτικής υγειονομικής περίθαλψης και της ικανοποίησης των ασθενών. Για να διατηρηθεί η αποτελεσματική ενσυναίσθηση στη φροντίδα, ο πάροχος υγείας πρέπει να έχει θετικό πνεύμα και να μην επηρεάζεται από το άγχος ή την εξουθένωση.

Εάν και τα στοιχεία δείχνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση παρεμποδίζει την ενσυναίσθηση, η αντίστροφη επίδραση της ενσυναίσθησης στην επαγγελματική εξουθένωση είναι λιγότερο σαφής. Μια υπόθεση είναι ότι ένα υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης μπορεί να προκαλέσει «κόπωση από συμπόνια» και στη συνέχεια να προκαλέσει εξάντληση και εξουθένωση. Δηλαδή το άγχος συμπόνιας, είναι ένας συγκεκριμένος τύπος ενσυναίσθησης που μπορεί ξεκάθαρα να οδηγήσει σε εξάντληση, ενώ θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι μια βέλτιστη στάση ενσυναίσθησης μπορεί, αντίθετα, να ανακουφίσει το άγχος και την εξουθένωση. Παράλληλα, η νοσηλευτική ενσυναίσθηση αποτελεί πρωτίστως μια γνωστική ποιότητα που περιλαμβάνει την κατανόηση των εσωτερικών εμπειριών και των προοπτικών του ασθενούς ως ξεχωριστού ατόμου, σε συνδυασμό με την ικανότητα επικοινωνίας της εν λόγω κατανόησης στον ασθενή. Δεν είναι ακόμη σαφές σε ποιο βαθμό είναι απαραίτητη η συναισθηματική ενσυναίσθηση για να εμφανιστεί η κλινική ενσυναίσθηση και το επίπεδο στο οποίο καθίσταται ακατάλληλη στη σχέση φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση, η κλινική ενσυναίσθηση πρέπει να περιλαμβάνει την ικανότητα διάκρισης του εαυτού από τον άλλον, προκειμένου να μην υπάρχει εμπλοκή με τον πόνο και τα συναισθήματα του

ασθενούς. Αυτό θα προφυλάξει από μακροπρόθεσμη εξάντληση και αποπροσωποποίηση.

Η εξουθένωση δεν είναι ένα απλό ψυχικό ζήτημα και απαιτεί χρόνο για να ανακάμψει το άτομο και αυτό μπορεί να πάρει από εβδομάδες έως και χρόνια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να γίνει ένας δια βίου αγώνας. Οι προσεγγίσεις αποκατάστασης περιλαμβάνουν διαφορετικές μορφές θεραπείας (π.χ. θεραπεία ομιλίας, ομαδική συμβουλευτική), φαρμακευτική αγωγή και σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής.

Στο χώρο εργασίας, οι συνήθεις αιτίες εξουθένωσης περιλαμβάνουν την έλλειψη ελέγχου σε πράγματα όπως το πρόγραμμα, ο φόρτος εργασίας και οι εργασίες ασαφείς. Επίσης, οι προσδοκίες στην εργασία, η δυσλειτουργική δυναμική στο χώρο εργασίας, ή οι ακραίες δραστηριότητες, η μονοτονία ή το χάος, όπως και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, είτε στην εργασία είτε στην προσωπική ζωή, η ανισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, ενισχύουν τα συμπτώματα της εξουθένωσης. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν βαρύ φόρτο εργασίας και πολλές ώρες εργασίας, αίσθημα ελάχιστου έως μηδενικού ελέγχου στην εργασία και δυσκολίες στην εξισορρόπηση μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής.

Καθώς οι αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης ποικίλλουν, έχουν αναπτυχθεί πολλές στρατηγικές αποκατάστασης, που σχετίζονται με την βελτίωση της αυτοφροντίδας, την αλλαγή οπτικής για τη ζωή, αλλαγές στο τρόπο εργασίας και βελτιώσεις στις σχέσεις. Όσον αφορά τη βελτίωση της αυτοφροντίδας, το άτομο χρειάζεται να αναπτύξει υγιεινές διατροφικές συνήθειες, να ζητήσει βοήθεια από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, να αφιερώσει χρόνο μακριά από τη δουλειά για να εστιάσει στη θεραπεία και την αποκατάσταση, να αυξήσει τη φυσική άσκηση, να κοιμάται τις ώρες που πρέπει, να αποκτήσει χόμπι, να έρχεται συχνά σε επαφή με τη φύση κ.α. Αναφορικά με την αλλαγή οπτικής για τη ζωή, χρειάζεται να αποφεύγει την αυτοκριτική, να εστιάζει στα καθημερινά επιτεύγματα, στις θετικές πτυχές της ζωής και στα πράγματα που μπορεί να ελέγξει κλπ. Επιπλέον, για να αλλάξει τον τρόπο που εργάζεται, χρειάζεται να δώσει προτεραιότητα στις εργασίες ή να συζητήσει τις προτεραιότητες με τον διευθυντή του, να σταματήσει να εκτελεί πολλαπλές εργασίες, να ξεκινάει και να ολοκληρώνει μια εργασία κάθε φορά, να προσαρμόσει τον ρυθμό της εργασίας ώστε να είναι λογικός και σταθερός, να διατηρεί τις εργασίες διαχειρίσιμες, να αποφεύγει όσο είναι δυνατό τις υπερωρίες και να αποσυνδέεται από την εργασία όσο αυτό είναι δυνατόν κατά τη διάρκεια των προσωπικών ωρών και των διακοπών. Τέλος, το άτομο είναι αναγκαίο να βελτιώσει τις σχέσεις του, να βάζει όρια και να λέει όχι όταν νοιώθει καταβεβλημένο.

Είναι σημαντικό στα πλαίσια της περαιτέρω έρευνας να γίνει διευρυμένη μελέτη για την εκτίμηση της σημαντικότητας των παρεμβάσεων που γίνονται σε επίπεδο οργανισμού, με καθορισμό των ειδών των παρεμβάσεων και παρουσίασης των αποτελεσμάτων που έχουν αυτά.

Η επαγγελματική εξουθένωση παραμένει ένα δύσκολο ζήτημα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, το οποίο είναι σύνθετο καθώς δεν είναι πάντα απαραίτητο να διέρχεται από τα στάδια, όπως τα έχει προσεγγίσει η βιβλιογραφία και συχνά τα συμπτώματα στα πρώτα στάδια εμφάνισης παραγκωνίζονται με αποτέλεσμα να μην γίνονται παρεμβάσεις έγκαιρα.

Επίσης, η βιβλιογραφία παρουσίασε διαφορές στους τρόπους έκφρασης των συμπτωμάτων ανάλογα την ειδικότητα του επαγγελματία υγείας και τη δομή που εργάζεται, ιδιωτική ή δημόσια.

Επιπρόσθετα, μπορεί η προϋπηρεσία στο χώρο εργασίας να μην αποδειχθεί από όλους ως παράγοντας που συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική εξουθένωση, αλλά έμμεσα συνδέεται γιατί η συνεχής έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε στρεσογόνες και απαιτητικές συνθήκες λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους, δημιουργούν στον οργανισμό άμυνες και τρόπους αντιμετώπισης που μπορούν εύκολα να οδηγήσουν σε συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και κατ' επέκταση στην εμφάνιση του ίδιο του συνδρόμου.

Από τη μεριά της διοίκησης των μονάδων υγείας, θα πρέπει να ληφθούν κατάλληλες στρατηγικές αποφάσεις, με στόχο τόσο την ψυχική θωράκιση και τη σωματική προστασία των επαγγελματιών υγείας όσο και την παροχή ποιοτικής φροντίδας με υψηλά πρότυπα, τα οποία θα αυξήσουν την παραγωγικότητα του συστήματος υγείας και θα επιφέρουν οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη.

Κρίνεται σκόπιμο να ληφθούν κατάλληλα μέτρα για την προστασία της υγείας του ιατρικού προσωπικού και των νοσηλευτών, βελτιώνοντας τις συνθήκες εργασίας τους και δίνοντας κίνητρα για να μπορούν να εκτελούν το λειτούργημά τους παραγωγικά και με ασφάλεια.

Επίσης, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα και στοχευμένες μεταanalύσεις για να μπορέσουμε να έχουμε πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα για τους τρόπους πρόληψης, μείωσης και αντιμετώπισης των επιπτώσεων. Η καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης συμβάλλει στην ανάδειξη πιο αποτελεσματικών μέτρων που στοχεύουν στην προαγωγή και την ευεξία του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, στη διασφάλιση του όσο το δυνατόν καλύτερου αποτελέσματος στις

παροχές υγείας με το ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο αφενός και τη μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών αφετέρου.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ**

1. Αδαλή, Ε. και Λεμονίδου, Χ. (2001) *Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών*. Νοσηλευτική, 40 (2): 15-22
2. Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ., Μούγια, Β. (2002) *Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού*. Νοσηλευτική, 1 :105-114.
3. Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Πιλάτης, Ι. (2010) *Επαγγελματική Εξουθένωση και Ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου των Αθηνών*. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 131 Α: 109-136.
4. Αναγνωστόπουλος, Φ. και Παπαδάτου, Δ. (1992) *Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτών*. Ψυχολογικά Θέματα. Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων, 5(3).
5. Ανδριανοπούλου, Μ., Μάνος, Α., Δαλαμάγκα, Δ., Χάρος, Δ. (2020) *Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση της σχέσης ασθενών – ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 37(5): 625-630. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2020-5/pdf/625.pdf>
6. Αντωνίου, Α-Σ. (2005) *Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης – Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο*. Αθήνα: Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' Φάση». Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία- Πρόνοια 2000-2006».
7. Ασημομύτη, Α. (2007) *Απουσία κατά την εργασία και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής*. Διπλωματική Εργασία, Πάτρα.
8. Αυγουστίδου, Ι. και Παπαντώνη, Ε. (2016) *Σύνδρομο Mobbing: Ηθική/ Ψυχολογική Παρενόχληση στον εργασιακό χώρο*. 4<sup>η</sup> Διημερίδα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ιπποκράτειο ΓΝΘ.
9. Γρηγοροπούλου, Μ., Πατσάκη, Α., Κατσάρη, Β., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π., Βαρακλιώτη, Α. και Δομάγερ, Φ. (2018) *Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και διερεύνηση της τάσης μεταπήδησης των νοσηλευτών σε διοικητικές θέσεις*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35 (5): 633-641

10. Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. (2008) Η επαγγελματικής εξουθένωση στο χώρο της υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25: 642-647
11. διαΝΕΟσις. (2021) *Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης*, (προσβάσιμη στις 02-12-2021) [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/11/Covid-19\\_7th-wave.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/11/Covid-19_7th-wave.pdf)
12. Διλιντάς, Α. (2010) *Μελέτη συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου*. Αρχεία ελληνικής Ιατρικής, 27(3) : 498-508.
13. Δούκη, Σ. (2018) *Η Συμβολή των ομάδων ψυχοεκπαίδευσης στην ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας – Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας*. 23<sup>ο</sup> Ετήσιο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός». Διαθέσιμο στο : <https://www.evangelismos>
14. ΕΛΣΤΑΤ (2020) Δελτίο Τύπου – Έρευνα Υγείας: Έτος 2019, Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή. (προσβάσιμη στις 10-12-2021) <https://www.statistics.gr/documents/20181/5856c8ff-59cd-aef0-2883-f90e4b265706>
15. Ζγκούρα, Ε. (2016) *Η επαγγελματική Εξουθένωση των Νοσηλευτών στα Δημόσια Νοσοκομεία: Μια Βιβλιογραφική Επισκόπηση*. 4<sup>η</sup> Ημερίδα Νοσηλευτική Υπηρεσίας Ιπποκρατείου ΓΝΘ.
16. Ζιώγου, Θ., Μπίμπου, Ι., Δημητρίου, Ε., Γκιουζέπας, Ι., Κιοσέογλου, Γ., Ιακωβίδης, Α. (1998) *Επαγγελματική φόρτιση στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό*. Νοσηλευτική, 1 : 62-70.
17. Θεοφίλου, Π. (2010) *Η σχέση ιατρού – ασθενούς και τα όριά της*. Επιθεώρηση Υγείας, 21 (122): 43-47.
18. Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., Μόσχος, Ν. (2004) *Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας*. Νοσηλευτική, 43(1):116-125.
19. Κάντας, Α. (1996) *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας- πρόνοιας*. Ψυχολογία, 3: 71-85.
20. Καρανιάδου, Α. και Αναγνωστόπουλος, Φ. (2004) *Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και των γιατρών*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ.
21. Καφετζοπούλου, Α., Αποστολίδου, Ε., Αθανασίου, Π. (2016) *Το σύνδρομο της Επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές*. 4<sup>η</sup> Διημερίδα Νοσηλευτικής



- Υπηρεσίας Ιπποκράτειου ΓΝ. Θεσσαλονίκης, «Θωρακίζοντας την Ψυχή & το Σώμα» Υπουργείο Εργασίας & Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος.
22. Κοϊνης, Α. και Σαρίδη, Μ. (2014) *Εργασιακό στρες και η επίδρασή τους στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών Υγείας*. Το βήμα του Ασκληπιού, 13(4): 300-315.
  23. Κοσμίδης, Δ. και Μαχμούντ, Α.Σ. (2021) *Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών κατά την πανδημία COVID 19. Μια συστηματική κριτική ανασκόπηση*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 20 (2) (Ιούλιος – Σεπτέμβριος)
  24. Κουτελέκος, Ι. και Πολυκανδριώτη, Μ. (2007) *Το Σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (BRUNNOUTSYNDROME)*. Το βήμα του Ασκληπιού, 7; 6(1):1-7
  25. Κουτσοσίμου, Μ. (2003) *Κατασκευή ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της σχέσης γιατρού- ασθενή*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημίου Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, doi: 10.12681/eadd/20768
  26. Μαλικιώση – Λοΐζου, Μ. (2003) *Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση*. Ψυχολογία, 10 (2 και 3): 295-309. (προσβάσιμο στις 11-11-2021) [http://dide.fth.sch.gr/ssn/wp-content/uploads/2013/01/malikiosi-loizou\\_PSIHOLOGIA TOMOS.10 TEYHOS.2-3.pdf](http://dide.fth.sch.gr/ssn/wp-content/uploads/2013/01/malikiosi-loizou_PSIHOLOGIA TOMOS.10 TEYHOS.2-3.pdf)
  27. Μάρτου, Μ., Σιώκη, Α. και Χαλκίδου, Α. (2016) *Διαταραχές ύπνου Νοσηλευτών κυκλικού ωραρίου- Προσωπικές και Κοινωνικές διαστάσεις*. 4<sup>η</sup> Διημερδία Νοσηλευτική Υπηρεσίας Ιπποκράτειου ΓΝ. Θεσσαλονίκης, «Θωρακίζοντας την Ψυχή & το Σώμα» Υπουργείο Εργασίας & Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος.
  28. Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ. και Νιάκας, Δ., (2007) *Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24:75–84.
  29. Νούλα, Μ., Μουχάκη, Σ., Αργυροπούλου, Δ., Υφαντή, Ε., Κυριακίδου, Β. και Τσιρίγκα Σ. (2010) *Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας*. Interscientific Health Care (2010), 2 (2): 99-103.
  30. Ντάτσης, Α., Χανιά, Μ., και συν (2005) *Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον*. Πρακτικά 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Αθήνα.

31. Ντίνου, Μ., Μωραΐτου, Δ., Παπαντωνίου, Γ., Καλογιαννίδου, Α. και Παπαντωνίου, Α. (2012) *Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου Προσανατολισμού στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων*. 1<sup>η</sup> Επιστημονική Επετηρίδα του Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ.
32. Παπαγεωργίου, Χ.Χ. (2020) *Πρόληψη και Αντιμετώπισης του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burn Out Syndrome) σε Υγειονομικό Προσωπικό*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Α΄ Ψυχιατρικής Κλινική. (προσβάσιμο στις 10-10-2021) [https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/03/covid19-PROLIPSI\\_EPAGGELMATIKIS\\_EXOYTHENOSIS.pdf](https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/03/covid19-PROLIPSI_EPAGGELMATIKIS_EXOYTHENOSIS.pdf)
33. Παππά, Ε., Βιτάσκου, Κ., Βορδού, Μ. (2016) *Εξερευνώντας το εργασιακό στρες των Νοσηλευτών και Μέθοδοι Διαχείριση*. 4<sup>η</sup> Ημερίδα Νοσηλευτική Υπηρεσίας Ιπποκρατείου ΓΝΘ.
34. Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ. (2008) *Επαγγελματική Εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1):94-101. [www.mednet.gr/archives](http://www.mednet.gr/archives).
35. Ραγιά, Α. (2009) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. 7η έκδοση. Αθήνα: εκδ. Παρισιάνος Ι.Β..
36. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2002) *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
37. Σταυριανόπουλος, Θ., Στάματη, Σ., Γκεβρέκη, Ε., Γκουρβέλου, Ο., Παπαδημητρίου, Μ. (2011) *Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας*. Το βήμα του Ασκληπιού, 10 (1): 118-133. Ιανουάριος -Μάρτιος.
38. Σταυροπούλου, Α., Παπαδάκη, Ε., Φτυλάκη, Α., Καμπά, Ε. (2010) *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-outsyndrome): Κατανόηση και πρόωμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο*. Το βήμα του Ασκληπιού, 9(3): 359-374.
39. Στύλος, Δ. και Σακκάς, Α. (2016) *Η πρόληψη και η αντιμετώπιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout Syndrome) μέσα από τα μάτια των Νοσηλευτών*. 4<sup>η</sup> Διημερίδα Νοσηλευτική Υπηρεσίας Ιπποκράτειου ΓΝ. Θεσσαλονίκης, «Θωρακίζοντας την Ψυχή& το Σώμα» Υπουργείο Εργασίας & Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος.

40. Τούντας, Γ. (2021) *Η επίδραση της Πανδημίας Στην Υγεία των Ελλήνων, διαΝΕΟσις*. (προσβάσιμο στις 1-09-2021) <https://www.dianeosis.org/2021/11/i-epidراسi-tis-pandimias-stin-ygeia-twn-ellinwn/>
41. Τσάκωνας, Α. και Μάμας, Θ. (2005) *Επαγγελματική Εξουθένωση στελεχών Γενικού Νοσοκομείου και η αντιμετώπισή της*. Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ.
42. Τσετσέλη, Μ. και Τριγώνη, Μ. (2017) *Το σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και η Κατάθλιψη: Οι παράγοντες εμφάνισής τους στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου*. Τρίμηνη ηλεκτρονική έκδοση του Τμήματος Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, doi: 10.5281/zenodo.1000752.
43. Τσίτσας, Γ., Θεοδοσοπούλου, Μ., Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2012) *Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης*. Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Πεδίο.
44. Χερουβείμ, Λ., Σκίτσου, Α., Χαραλάμπους, Γ. (2021) *Οι επιπτώσεις του συστήματος κυκλικού ωραρίου στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού*. Το βήμα του Ασκληπιού, 20 (3).
45. Χοχλιούρου, Ε., Παπαδοπούλου, Β., Σδούγκα, Μ. (2016) *Αναγκαιότητα στήριξης του Νοσηλευτικού Προσωπικού ΜΕΘ λόγω έντονου Stress*. 4<sup>η</sup> Διημερίδα Νοσηλευτική Υπηρεσίας Ιπποκράτειου ΓΝ. Θεσσαλονίκης, «Θωρακίζοντας την Ψυχή & το Σώμα» Υπουργείο Εργασίας & Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

46. Adali, E., Priami, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M., Alevizopoulos, G. (2003) *Burnout in psychiatric nursing personnel in Greek hospitals*. *European Journal of Psychiatry*, 17(3):173–181.
47. Adams, S.B. (2016) *Empathy as an Ethical Imperative*, *Creative Nursing*, 24 (3). <https://connect.springerpub.com/content/sgrcn%3A%3A%3A24%3A%3A%3A3%3A%3A%3A166.full.pdf>. (προσβάσιμη στις 26-11-2021)
48. Ahlburg, D. and Brown-Mahoney, C. (1996) *The effect of wages on the retention of nurses*. *Canadian Journal of Economics*, 29: 126-9.
49. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008) *Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes*. *J Nurs Adm*, 38(5):223–229.
50. Akman, O., Ozturk, C., Bektas, M., Ayar, D., Armstrong, M.A. (2016) *Job satisfaction and burnout among pediatric nurses*. *J Nurs Manag.*, 24(7):923–933.
51. Allen, J., M. (2002) *Work context, personal control and burnout among nurses*. *Western J Nurs Research*, 24: 905-917.
52. Alligood, R.M. (1992) *Empathy: The importance of Recognizing Two Types*. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 30 (3): 14-7. doi: [10.3928/0279-3695-19920301-06](https://doi.org/10.3928/0279-3695-19920301-06)
53. Alterman, A.I., McDermott, P.A., Cacciola, J.S., Rutherford, M.J. (2003) *Latent structure of the Davis Interpersonal Reactivity Index in methadone maintenance patients*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25:257–265.
54. American Nurses Association (ANA) (2015) *Annual Report – Ethical Practice Quality Care*. <https://www.nursingworld.org/~48deb3/globalassets/docs/ana/2015-ana-annual-report.pdf>. (προσβάσιμη στις 26-10-2021)
55. Andela, M., Truchot, D., Van der Doef, M. (2016) *Job stressors and burnout in hospitals: the mediating role of emotional dissonance*. *Int J Stress Manag.*, 23(3):298–317.
56. Antoniou, A.-S. and Antonodimitrakis, P. (2001) *Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors*. *Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli*, 72.

57. Anwar, M.M. and Elareed, H. R. (2017) *Burnout among Egyptian nurses*. Journal of Public Health-Heidelberg 2017, 25(6):693–697.
58. Arica, A. and Deborah, B. (2016) *Depression in Registered Nurses*. Workplaces Health & Safety, 488-511.
59. Bagheri, S., Haljahi, M. (2018) *Ergonomic Evaluation of Musculoskeletal Disorders with Rapid Office Strain Assessment and Its Association with Occupational Burnout among Computer Users at Zabol University of Medical Sciences in 2017*. Asian Journal of Water, Environment and Pollution, 16(1) 91-96, 2019, doi: 10.3233/AJW190010.
60. Bagheri, M., Hossein, M., Khanjani, N., Biganeh, J., Mohammadi, S., Abdolahfarid, M., (2019) *The effects of amplitude and stability of circadian rhythm and occupational stress on burnout syndrome and job dissatisfaction among irregular shift working nurses*. Journal of Clinical Nursing, 28(9-10): 1868-1878
61. Baker, B., Demerouti, E., Schaufeli, W. (2002) *Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An Internet study*. Anxiety, Stress and Coping, 15: 245-260.
62. Baladubramanian, A., MRCS, MMED, Paleri, V., Bennett, R., Paleri, V. (2020) *Impact of Covid-19 on the mental health of surgeons and coping strategies*. Head Neck. doi: 10.1002/hed.26291.
63. Balch, CM., Oreskovich, MR., Dyrbye, LN., Colaiano, JM., Satele, DV., Sloan, JA. And Shanafelt, TD. (2011) *Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons*. Journal of the American College of Surgeons, 213: 657-67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.005>
64. Bansal, P., Bingemann, T.A., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A., Oppenheimer, J., Sharma, H., Stukus, D., Shaker, M., (2020) *Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist*. J Allergy Clin Immunol Practice. doi: S2213-2198(20)30327-5. 10.1016/j.jaip.2020.04.001.
65. Barlow, N.A., Hargreaves, J. and Gillibrand, W. P. (2018). *Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice*. Nursing Ethics, 25(2): 230–242. doi:10.1177/0969733017703700.
66. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner R., Martin J., Clubley E. (2001) The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-

- Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians, *Journal of Autism and Developmental Disorders* volume 31, pages 5–17.
67. Bartman, T., Casimir, G., Djyrkovic, N., Leggat, S.G., Stanton, P. (2012) *Do perceived high performance work systems influence the relationship between emotional labour, burnout and intention to leave? A study of Australian nurses.* *J Adv Nurs* 2012, 68:1567–1578.
68. Basinska, B.A. and Wilczek-Ruzyczka, E. (2013) *The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses.* *Int J Occup Med Environ Health*, 26(4):593–604.
69. Batson, C.D. (1991) *The altruism question: toward a social-psychological answer.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
70. Beadle, N. J. and Vega, E.C. (2019) *Impact of Aging on Empathy: Review of Psychological and Neural Mechanisms,* *Psychiatry.* <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00331>
71. Beauchamp, T. L. and Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
72. Bennett-Woods, D. (2015). *Ethics at a glance*, in Giddens, F.J. (2021) *Concepts for nursing practice* (2nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
73. Bernardi, M., Catania, G., Marceca, F. (2005) *The world of nursing burnout. A literature review.* *Prof Inform*, 58(2):75-9.
74. Birditt, K.S. and Fingerman, K.L. (2005) *Do we get better at picking our battles? Age group differences in descriptions of behavioral reactions to interpersonal tensions.* *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B:121–128.
75. Boamah, S.A., Read, E.A., Laschinger, H.K.S. (2017) *Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study.* *J Adv Nurs.*, 73(5):1182–1195.
76. Brennan, M. (2017) *Nurses keep healthy lead as most honest, ethical profession.* <https://news.gallup.com/poll/224639/nurses-keep-healthy-lead-honest-ethical-profession.aspx>. (προσβάσιμη στις 6-10-2021).
77. Bressi, S. K. and Vaden, E. R. (2017). *Reconsidering self-care.* *Clinical Social Work Journal*, 45(1): 33–38. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0575-4>.
78. Brokalaki, H., Mantziou, V., Thanou, J., Ziropiannis, P., Dafni, U., Papadatou, D., (2001) *Job related stress among nursing personnel in Greek dialysis units.* *EDTNA ERCA*, 27:181-186.

79. Bulatevych, N. (2017) *Teacher's burnout syndrome: the phenomenology of the process*. Pol J Public Health, 127(2): 62-66. <https://sciendo.com/pdf/10.1515/pjph-2017-0014>
80. Burke, R. J. and Greenglass, E. R. (2001) *Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff*. Psychological Health, 32:126-138.
81. Burke, R.J. and Greenglass, E.R. (1993) *Work stress, role conflict, social support, and psychological burnout among teachers*. Psychological Reports, 73(2): 371-80. <https://journals.sagepub.com/doi/10.2466/pr0.1993.73.2.371>.
82. Bussing, A. and Glaser, J. (2010) *Four -stage process model of the core factors of burnout: The role of work stressors and work – related resources*. An International Journal of Work, Health & Organisations, 14 (4): 329-346. <https://doi.org/10.1080/02678370110041884>
83. Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., Zhuang, Q., (2020) *Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei*. China. Med Sci Monit, 15:26.
84. Campbell-Yeo, M., Latimer, M., Johnston, C. (2008). *The empathetic response in nurses who treat pain: Concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 61(6): 711–719. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04562.x.
85. Canadas-De la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., Garcia, I., Canadas, G.R., De la Fuente, EI. (2015) *Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession*. Int J Nurs Stud, 52(1): 240–249.
86. Cao, X. and Naruse, T. (2019) *Effect of time pressure on the burnout of home-visiting nurses: the moderating role of relational coordination with nursing managers*. Jpn J Nurs Sci, 16(2): 221–231.
87. Cartwright, S. and Cooper, L.C. (1997) *Managing Workplace Stress*. Sage Publications Inc.
88. Caruso, D.R. and Mayer, J. D. (1998). *A Measure of Emotional Empathy for Adolescents and Adults*. Unpublished Manuscript, University of New Hampshire.
89. Carver, C. S. (1997) *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief*. International Journal of Behavioral Medicine, 4(1): 92–100.

90. Carver, C., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989) *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2): 267-283.
91. Cerni, T., Curtis, G.J., Colmar, S.H., (2012): Cognitive-experiential self- theory and conflict-handling styles: rational and constructive experiential systems are related to the integrating and compromising conflict-handling styles. *International Journal of Conflict Management*, 23(4): 362-381.
92. Cherniss, C. (1980) *Professional burnout in human service organizations*. Praeger, New York.
93. Cleary, P.D. and McNeil, B.J. (1988) *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. *Inquiry*, 25:25–36
94. Cliffordson, C. (2002) *The hierarchical structure of empathy: dimensional organization and relations to social functioning*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43: 49–59.
95. Colindres C.V., Bryce E., Coral-Rosero P., Ramos-Soto R.M., Bonilla F., Yassi A. (2018) Effect of effort-reward imbalance and burnout on infection control among Ecuadorian nurses, *Int Nurs Rev*, 2018 Jun;65(2):190-199, doi: 10.1111/inr.12409.
96. Cooper, C. L., Sloan, S. L., Williams, S. L. (1988). *Occupational stress indicator management guide*. Windsor: Nfer-Nelson.
97. Cooper, C.L., Dewe, P.J., O’Driscoll, M.P. (2001) *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research and Applications*. Sage Publications, CA.
98. Cooper, C.L., Rout U., Faragher B. (1989) *Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners*. *BMJ*, 298(6670): 366-370. doi: 10.1136/bmj.298.6670.366.
99. Cornelius, J. I., (2013) *Leadership Styles For Dealing With People, Part 2: Putting Effective Leader Styles to Work for You*. Collegiate Project Services. <http://www.collegiateproject.com>.
100. Costa, P. T., Somerfield, M. R., McCrae, R. R. (1996). *Personality and Coping: A Reconceptualization*. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*, 44-61. New York: Wiley.
101. Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., Griffiths, P. (2020) *Burnout in nursing: a theoretical review*. *Hum Resour Health*, 18: 41. doi: 10.1186/s12960-020-00469-9.



102. Dall’Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., Aiken, L.H. (2015) *Association of 12 h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries*. *BMJ Open.*, 5(9):e008331.
103. Davis, M. H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
104. Decety, J. and Hodges, SD. (2006) *A social cognitive neuroscience model of human empathy*. In: van Lange PAM, editor. *Bridging social psychology: benefits of transdisciplinary approaches*. Lawrence Erlbaum Associates (2006):103–9.
105. Dhaini, S.R., Denhaerynck, K., Bachnick, S., Schwendimann, R., Schubert, M., De Geest, S., Simon, M., (2018) *Work schedule flexibility is associated with emotional exhaustion among registered nurses in Swiss hospitals: a cross-sectional study*. *Int J Nurs Stud*, 82: 99–105.
106. Dimou, F.M., Eckelbarger, D., Riall, TS. (2016) *Surgeon burnout: A systematic review*. *J Am Coll Surg*, 222(6):1230-1239.
107. Dolan, N. (1987) *The relationship between burnout and job satisfaction in nurses*. *Journal of Advanced Nursing*, 12: 3-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1987.tb01297.x>
108. Dowding, D., Gurbutt, R., Murphy, M., Lascelles, M., Pearman, A., Summers, B. (2012). *Conceptualizing decision making in nursing education*. *Journal of Research in Nursing*, 17(4), 348–360. doi: 10.1177/1744987112449963.
109. Doyle, K., Hungerford, C., Cruickshank, M. (2014). *Reviewing Tribunal cases and nurse behavior: Putting empathy back into nurse education with Bloom’s taxonomy*. *Nurse Education Today*, 34(7): 1069–1073. doi: 10.1016/j.nedt.2014.02.004
110. Dyrbye, L.N. and Shanfelt, T.D. (2016) *A narrative review on burnout experienced by medical students and residents*. *Medical Education*, 50: 139-49, <https://doi.org/10.1111/medu.12927>.
111. Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Satele, D., Sloan, J., Freischlag, J. (2011) *Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex*. *Arch Surg*, 146(2):211-217.
112. Edelwich, J. and Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
113. Eisenberg, N. (2000) *Emotion, Regulation, and Moral Development*. *Annu. Rev. Psychol.*, 51:665-697. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.665.

114. Eisenberg, N. and Fabes, A.R. (1990) *Empathy: Conceptualization, Measurement, and Relation to Prosocial Behavior*. *Motivation and Emotion*, 14(2): 131-149. doi: 10.1007/BF00991640.
115. Eisenberg, N. and Lennon, R. (1983) *Sex differences in empathy and related capacities*. *Psychological Bulletin*, 94:100–131.
116. Eisenberg, N. and Miller, P.A. (1987) *Empathy and prosocial behavior*. *Psychological Bulletin*, 101:91–119.
117. Erikson, E.H. (1968) *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton & Co.
118. Faller, M.S., Gates, M.G., Georges, J.M., Connelly, C.D. (2011) *Work-related burnout, job satisfaction, intent to leave, and nurse-assessed quality of care among travel nurses*. *J Nurs Adm*. 2011, 41(2):71–77.
119. Fan, F. (2000) *A stress and coping survey among university students*. *Youth Studies*, 9(6): 40–5.
120. Farrington, A. (1995) *Stress and Nursing*. *British Journal of Nursing*, 4:574-578.
121. Fernández, A. M., Dufey, M., Kramp, U. (2011) *Testing the psychometric properties of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) in Chile: Empathy in a different cultural context*. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(3): 179–185. doi: 10.1027/1015-5759/a000065.
122. Feshbach, N. D. (1997). *Empathy: The formative years-- Implications for clinical practice*. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. American Psychological Association: 33–59. doi.org/10.1037/10226-001.
123. Firth – Cozens J. and Payne R. (1999) *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions*. John Willey & Sons Ltd, UK.
124. Firth, H. and Britton, P. (1989) “Burnout”, Absence and Turnover amongst British nursing Staff. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 62, 55-59. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1989.tb00477.x>
125. Firth, H., McIntree, J., McKeown, P., Britten, P. (1986) *Burnout and Professional Depression, Related Concepts*. *Journal of Advanced Nursing*, 11: 663.
126. Flynn, L., Thomas-Hawkins, C., Clarke, SP. (2009) *Organizational traits, care processes, and burnout among chronic hemodialysis nurses*. *West J Nurs Res.*, 31(5):569–582.

127. Folkman, S., Lazarus, R. S, Dunkel - Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R. J. (1986) *Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes*. Journal of Personality and Social Psychology, 50(5): 992-1003.
128. Freedy, J.R., and Hobfoll, S.E. (1994) *Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach*. Anxiety, Stress and Coping, 6:311–325.
129. Freudenberger, H.J. (1974) *Staff burnout*. J Soc Issues, 30:159–165.
130. Galletta, M., Portoghese, I., Ciuffi, M., Sancassiani, F., Aloja, E., Campagna, M. (2016) *Working and environmental factors on job burnout: a cross-sectional study among nurses*. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 12:132–141.
131. Gandi, J.C., Wai, P.S., Karick, H., Dagona, Z.K. (2011) *The role of stress and level of burnout in job performance among nurses*. Ment Health Fam Med., 8(3):181–194.
132. Garcia, E.F., Barraza-Pena, G.C., Wlodarczyk A., Alvear-Carrasco M., Reyes-Reyes A. (2018) *Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 31(22). <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-018-0102-3> (προσβάσιμη στις 20-10-2021).
133. Garcia-Sierra, R., Fernandez-Castro, J. and Martinez-Zaragoza, F. (2016) *Relationship between job demand and burnout in nurses: does it depend on work engagement?* J Nurs Manag., 24(6):780–788.
134. Gladstein, G. A. (1987). *Empathy and counseling: Explorations in theory and research*. New York: Springer-Verlag.
135. Goldstein, J. and Kornfield, J. (1987) *Seeking the heart of wisdom: The path of insight meditation*. Boston: Shambhala.
136. Goleman, D. (1997) *Emotional Intelligence*. New York, Bantam Books.
137. Gorter, R.C., Eijkman, MAJ., Hoogstraten, J. (2001) *A career counseling program for dentists: Effects on burnout*. Patient Educ Couns, 43:23–30.
138. Gottman, J. M., Katz, L. F., Hooven, C. (1996) *Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data*. Journal of Family Psychology, 10(3), 243-268. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.3.243>.
139. Greenberg, L. and Elliott, R. (1997) *Varieties of empathic responding*. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in*

- psychotherapy. American Psychological Association: 167–186.  
[.https://doi.org/10.1037/10226-007](https://doi.org/10.1037/10226-007)
140. Greenglass, ER., Burke, R.J., Fiksenbaum, L. (2001) *Workload and burnout in nurses*. J Community Appl Soc Psychol., 11(3):211–215.
141. Gruhn, D., Rebusal, K., Diehi, M. Lumley and M., Vief L.G. (2008) *Empathy Across the Adult Lifespan: Longitudinal and Experience Sampling Findings, Emotion*. Dec, (8): 753-765. doi: 10.1037/a0014123.
142. Guille, C., Zhao, Z., Krystal, J., Nichols, B., Brady, K., Sen, S., (2015) *Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: A randomized clinical trial*. JAMA Psychiatry, 72(12):1192-1198.
143. Haas J.S., Cook E.F., Puopolo A.L., Burstin H.R., Cleary P.D., Brennan T.A. (2000) Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General International Medicine* 15:122-8, <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02219.x>.
144. Halpern, J. (2001) *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York, Oxford University Press: 115. Διαθέσιμο στο: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.11.2069>.
145. Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J. and Drennan, V. (2017) The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*. 2017,17(1):824. doi: 10.1186/s12913-017-2707-0.
146. Hanrahan, N.P., Aiken, L.H., McClaine, L and Hanlon, A.L. (2010) *Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals*. *Issues Ment Health Nurs.*, 31(3):198–207.
147. Hawk, S. T., Keijsers, L., Branje, S. J. T., Van der Graaff, J., De Wied, M., Meeus, W. (2013) *Examining the Interpersonal Reactivity Index among early- and late-adolescents and their mothers*. *Journal of Personality Assessment*, 95, 96–106. doi: 10.1080/00223891.2012.696080.
148. Haxby, J.V., Hoffman, E.A., Gobbini, M.I. (2000) *The distributed human neural system for face perception*. *Trends in Cognitive Science*, 4:223–233.

149. Healey, M.L. and Grossman, M. (2016) *Social coordination in older adulthood: a dual-process model*. *Exp Aging Res*, 42(1):145–64. doi: 10.1080/0361073X.2015.1108691.
150. Hemmerdinger, M.J., Stoddart, D.S., Lilford, J.R. (2007) *A systemic review of tests of empathy in medicine*. *BMC Medical Education*.
151. Hendel, T., Fish, M., Galon, V. (2005) *Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals*. *Journal of Nursing Management*, 13(2):137-146.
152. Ho, C.S., Chee, C.Y., Ho, R.C. (2020) *Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic*. *Ann Acad Med Singapore*, 49(3):155-160.
153. Hojat, M. (2016) *Empathy in health professions education and patient care* (2nd ed). New York, NY: Springer.
154. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2001/working-conditions/third-european-survey-on-working-conditions-2000> (προσβάσιμη στις 22-11-2021).
155. Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D., Ren, A.K., Zhou, XP. (2020) *Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19*. *Chin J Ind Hyg Occup Dis.*, 38: E001.
156. Iacovides, A., Fountoulakis, K., Kaprinis, S., Kaprinis, ST. (2003) *The relationship between job stress, burnout and clinical depression*. *Journal of Affective Disorders*, 75(3): 209-21. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00101-5.
157. Ibrahim, A.A., El-Shaer, M.A., El-Sayed, M.N. (2015) *Leadership Styles and Conflict Management Strategies of head nurses at Mansoura University Hospital*. *Mansoura Nursing Journal (MNJ)*.
158. Ilhan, M.N., Durukan, E., Taner, E, Maral, I., Bumin, M.A. (2008) *Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey*. *J Adv Nurs*. 2008, 61(1):100–106.
159. Institute of Medicine (2001) *Committee on Quality of Health Care in America Crossing the Quality Chasm. A new health system for the 21<sup>st</sup>*, Washington (DC). National Academies Press (US). doi:10.17226/10027.
160. Jansen, P.G., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H., van der Zee, J. (1996) *The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing*. *Int J Nurs Stud.*, 33(4):407–421.

161. Janssen, P.P., Jonge, J.D., Bakker, AB. (1999) *Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses*. J Adv Nurs., 29(6):1360–1369.
162. Johnson, J., Louch, G, Dunning, A., Johnson O., Grange A., Reynolds C., Hall L., O'Hara J. (2017) Burnout mediates the association between depression and patient safety perceptions: A cross-sectional study in hospital nurses. Journal of Advanced Nursing, 73(7):1667-1680. ISSN 1365-2648, <https://doi.org/10.1111/jan.13251>.
163. Jones, W.J. (1980) *To access burnout of work stress*, McGraw-Hill/London House.
164. Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J. D., Rosenthal, R.A. (1964) *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
165. Kanai-Pak, M., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Poghosyan, L. (2008) *Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals*. J Clin Nurs., 17(24):3324–3329.
166. Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M. and Demetriou, A. G. (2010) *Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the Brief – Cope with a Greek – speaking sample*. Journal of Health Psychology, 15(2): 215-229.
167. King, I.M. (1981) *A Theory for Nursing*. New York, N.Y.: Wiley.
168. Kiseleva, M. (2018) *Investigation of Emotional Burnout in bank Employees working in “Person -to- Person” System*. Russian Open Medical Journal, 7(3).
169. Kitaoka-Higashiguchi K. (2005) *Burnout as a developmental process among Japanese nurses: investigation of Leiter’s model*. Jpn J Nurs Sci., 2(1):9–16.
170. Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S. (1982) *Hardiness and health: A prospective study*. Journal of Personality and Social Psychology, 42 (1): 168-177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
171. Konstantinou, A.K., Bonotis, K., Sokratous, M., Siokas, V., Dardiotis, E. (2018) *Burnout evaluation and potential predictors in a Greek cohort of mental health nurses*. Arch Psychiatr Nurs. 2018, 32(3):449–456.
172. Kotsoy, I. and Leys, C. (2016) *Self – Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation an ts Relation with Psychological Well-Being, Affect an Depression*. PLoS One, 11(4) doi: 10.1371/journal.pone.0152880.

173. Kourmoussi, N., Amanaki, E., Tzavara, C., Merakou, K., Barbouni, A., Koutras, V. (2017). *The Depression, Related Concepts*. Journal of Advanced Nursing, 11: 663. <https://doi.org/10.3390/socsci6020062>.
174. Kowalski C., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Wirtz, M.A., Kohler, T., Pfaff, H., (2010) *Burnout in nurses - the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion*. J Clin Nurs.,19(11-12):1654–1663.
175. Kunyk, D. and Olson, J. K. (2001). *Clarification of Conceptualizations of Empathy*. Journal of Advanced Nursing, 35: 317-325. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x>
176. Kunzmann, U., Little, T.D, Smith, J. (2000) *Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study*. Psychology and Aging.,15:511–526.
177. Kytney-Lee, A., Wu ES., Sloane, D.M. and Aiken, Lh., (2013) *Changes in hospital nurse work environments and nurses job outcomes: An analysis of panel data*. Int J. Nurs Stud, 50: 195-201.
178. Laeeque, S.H., Bilal, A., Babar, S., Khan, Z. and Rahman, SU. (2018) *How patient-perpetrated workplace violence leads to turnover intention among nurses: the mediating mechanism of occupational stress and burnout*. J Aggress Maltreat Trauma, 27(1):96–118.
179. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., et. al. (2020) *Factors associated with mental health outcomes among health careworkers exposed to coronavirus disease 2019*. JAMA Network Open, 3(3):e203976
180. Lampert, L. (2016) *Depression in Nurse: The Unspoken Epidemic*. Minority Nurse. <https://minoritynurse.com/depression-in-nurses-the-unspoken-epidemic/>
181. Landbergis, P. A. (1988) *Occupational Stress Among Health Care Workers. A test- of the job demands – control model*. Journal of Organizational Behavior, 9: 217-218.
182. Laschinger H., Shamian J., Thomson D. (2001) *Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction*, Nursing Economic 19(5):209-219.
183. Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

184. Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H.S., Lindqvist, R., Runesdotter, S. and Tishelman, C. (2014) *Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach*. PLoS One,9(5):e96991.
185. Leiter, M. and Durup, J. (1994) *The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study*. Anxiety Stress and Coping, 7: 357-373.
186. Leiter, M.P. and Maslach, C. (2009) *Nurse turnover: the mediating role of burnout*. J Nurs Manag.,17(3):331–339.
187. Leiter, M.P., Harvie, P., Frizzell, C. (1998) *The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout*. Soc Sci Med, 47:1611–1617.
188. Leiter, MP. and Spence Laschinger, HK. (2006) *Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model*. Nurs Res., 55(2):137–146.
189. Leiter, P.M. and Schaufeli, B.W. (1996) *Consistency of the burnout construct across occupations, Anxiety, Stress & Coping*. An International Journal,9(3). doi.org/10.1080/10615809608249404.
190. Lemma, A. (2000) *Containing the containers. The effects of training and support on burnout in psychiatric nurses*. Surrey University, Surrey, Psychology D.
191. Letvak, A.S., Ruhm, C., Gupta, N.S. (2012) *Nurses; presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs*. Am J. Nurs, 112(2):30-8. quiz 48, 39. doi:10. 1097/01.NAJ.0000411176. 15696.f9.
192. Levenson, R.W. and Ruef, A.M. (1992) *Empathy: a physiological substrate*. Journal of Personality and Social Psychology, 63:234–246.
193. Levert, T., Lucas, M., Ortlepp, K. (2000) *Burnout in psychiatric nurses: contributions of the work environment and a Sense of Coherence*. S Afr J Psychol. 2000,30(2):36–43.
194. Lewis, HS and Cunningham, CJ. (2016) *Linking nurse leadership and work characteristics to nurse burnout and engagement*. Nurs Res., 65(1):13–23
195. Li, B., Bruyneel, L., Sermeus, W., Heede, H.V, Matawie, K., Aiken, L., Lesaffre, E., (2013) *Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: A multivariate multilevel probit model*. Int J Nurs Stud 2013, 50:281–291. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.001.
196. Lidsey, E., Attridge C. (1989) *Staff Nurses Perceptions of Support in an acute care workplace*. The Canadian Journal of Nursing Research, 21: 15-25.



197. Litvack – Miller, W., McDougall, D. and Romney, D.M. (1997) *The structure of empathy during middle childhood and its relationship to prosocial behavior*. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 123(3): 303–324.
198. Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J.G., Liu, J., Wu, Y., You, L., (2018) *Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: a structural equation modeling analysis*. Int J Nurs Stud., 86:82–89.
199. Lu, M., Ruan, H., Xing, W., Hu, Y. (2015) *Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality of care*. J Nurs Manag, 23(4):440–447.
200. Lucas, B. J. and Kteily, N. S. (2018). *(Anti-)egalitarianism differentially predicts empathy for members of advantaged versus disadvantaged groups*. Journal of Personality and Social Psychology, 114(5): 665–692. <https://doi.org/10.1037/pspa0000112>.
201. Lv, H., Wu C.N., Tsang T.Y.O., Yuan M., Pereira, A.P.M.R., et. al. (2020) *Cross-reactive Antibody Response between SARS-CoV-2 and SARS-CoV Infections*, <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2020.107725>.
202. Madathil, R., Heck, N.C., Schulberg, D. (2014) *Burnout in psychiatric nursing: examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms*. Arch Psychiatr Nurs, 28(3):160–166.
203. Mantzios, M., Wilson, J. C., Giannou, K. (2015). *Psychometric Properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales*. Mindfulness, 6(1): 123-132.
204. Maslach C., Schaufeli, WB., Leiter, MP. (2001) *Job burnout*. Annual Review Psychology, 52:397–422.
205. Maslach, C. (1982) *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 45
206. Maslach, C. (1999) *A Multidimensional theory of burnout*. In: Cooper CL, editor. Theories of Organizational Stress Oxford University Press Inc.
207. Maslach, C. and Jackson, S.E. (1986) *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
208. Maslach, C. and Leiter, M. (2008) *Early Predictors of Job Burnout and Engagement*. Journal of Applied Psychology, 93(3): 495-5.

209. Maslach, C. and Leiter, M.P. (2016) *Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry*. *World Psychiatry*,15(2):103-11.
210. Maslach, C., Jackson, ES., Leiter, M. (1997) *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood. (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191–218). Scarecrow Education.
211. Maslach, C., Jackson, ES., Leiter, P., Schaufeli, BW., Schawab, R. (1981) *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, <https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory-mpi> (προσβάσιμη στις 08-10-2021).
212. Maslach, C., Leiter, M., Schaufeli, W. (2001) *Job Burnout*. *Annual Rev Psychology*, 52:397-422.
213. McHugh, M.D., Kutney -Lee, A., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Aiken, L.H. (2011) *Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care*. *Health Affairs (Millwood)* 30:201 -10. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>.
214. Mehrabian, A. (1996) *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*.[http://www2.psy.unsw.edu.au/Users/smcDonald/Resources/Empathy/Balanced%20Emotional%20Empathy%20Scale%20\(BEES\).pdf](http://www2.psy.unsw.edu.au/Users/smcDonald/Resources/Empathy/Balanced%20Emotional%20Empathy%20Scale%20(BEES).pdf) (προσβάσιμη στις 08-11-2021).
215. Mehrabian, A. and Epstein, N. (1972) *A measure of emotional empathy*. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
216. Mehrabian, A. and Epstein, N. (2008) *Diagnostics of empathy*. <https://hrliga.com/index.php?module=profession&op=view&id=847> (προσβάσιμη στις 10-11-2021)
217. Mehrabian, A., Young, A.L., Sato, S. (1988) *Emotional empathy and associated individual differences*. [https://scholars.unh.edu/personality\\_lab](https://scholars.unh.edu/personality_lab) (προσβάσιμη στις 11-11-2021).
218. Meltzoff, AN. (2007) *Like me: A foundation for social cognition*. *Developmental Science*, 10:126–134.
219. Miller, P. and Eisenberg, N. (1988) *The relation of empathy to aggression and externalizing/antisocial behavior*. *Psychological Bulletin*.1988,103:324–344.
220. Moloney, W., Boxall, P., Parsons, M., Cheung, G. (2018) *Factors predicting registered nurses' intentions to leave their organization and profession: a job demands-resources framework*. *J Adv Nurs.*,74(4):864–875.

221. Morse, M.J. (1991) *Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship*. JAN, Leading Global Nursing Research. doi: 10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x
222. Morse, M.J., Anderson, G., Bottorff, J.L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg M. S., McIlveen, H.K. (1992) *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice*. Image J. Nurs Sch., 24(4):273-80. doi: 10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x.
223. Muldary, T.W. (1983) *Burnout among health professionals: Manifestations and management*. Norwalk: Appleton – Century – Crofts.
224. Murphy R. (1999) Organisational interventions to reduce stress in Health Care Professionals. In Cozens, J. and Payne, R. (eds) (1999). *Stress in Health Professionals*. London: John Wiley & sons, LTD
225. Neff, D.K. (2003a) *The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Comparison*. *Self and Identity*, 2: 223–250, 2003. doi:10.1080/1529886039020903
226. Neff, D.K. (2003b) *Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself*. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/152988603909032>.
227. OECD (2017) *State of Health in the EU: Ελλάδα – Προφίλ Υγείας 2017*, European Observatory on Health Systems and Policies. [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf) (προσβάσιμη στις 22-11-2021)
228. Oreskovich, M.R., Kaups, K.L., Balch, C.M Hanks, J., Satele, D., Sloan ,J., Meredith, C., Buhl, A., Dyrbye, L., Shanafelt, T., (2012) *Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons*. *Arch Surg*, 47(2):168-174.
229. Paoli, P. and Merllie, D. (2001) *Third European Survey on Working Conditions 2000*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2001/working-conditions/third-european-survey-on-working-conditions-2000>. (προσβάσιμη στις 05-10-2021)
230. Papathanasiou, I., Damigos, D., Mavreas, V. (2011) *Burnout in Greek Medical and Mental Health Care Workers*. *Global Journal of Health Science*, 3(2): 206-210.
231. Petrucci, C., La Cerra, C., Aloisio, F., Montanari, P, Lancia, L. (2016). *Empathy in health professional students: A comparative cross-sectional study*. *Nurse Education Today*, 41, 1–5. doi: 10.1016/j.nedt.2016.03.022

232. Phillips, L.H., Mac Lean, RDJ., Allen, R. (2002) *Age and the understanding of emotions: Neuropsychological and sociocognitive perspectives*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B:526–530.
233. Pines, A. and Aronson, E. (1988) *Career burnout: Causes and cures*. The Free Press, New York.
234. Platsidou, M. and Agaliotis, I. (2017). *Does Empathy Predict Instructional Assignment-Related Stress? A Study in Special and General Education Teachers*. *International Journal of Disability, Development and Education*, 64: 57-75.
235. Poghosyan L., Clarke S., Finlayson M., Aiken L.H. (2010) Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*. <https://doi.org/10.1002/nur.20383>.
236. Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, R., Ruberto, A., Tatarelli, R. (2006) *Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms*. *Arch Psychiatr Nurs*, 20 (3): 135-43, doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.002.
237. Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F., et. al. (2007) *Burnout syndrome in critical care nursing staff*. *Am J Respir Crit Care Med*, 175(7):698–704.
238. Pospos, S., Young, I.T., Downs, N., et. al. (2018) *Web-based tools and mobile applications to mitigate burnout, depression, and suicidality among healthcare students and professionals: A systematic review*. *Acad. Psychiatry*, 42(1):109-12.
239. Premack, D. and Woodruff, G. (1975) *Does the chimpanzee have a theory of mind?* *Behav Brain Sci.*, 1(4):515–26. doi: 10.1017/S0140525X00076512
240. Priebe, S. (2004) *Characteristics of teams, staff and patients: Associations with outcome of patients in assertive outreach*. *Br J Psychiatry*, 185:306–311.
241. Priebe, S., Fakhoury, W., White, I., Watts, J., Bebbington, P., Billings, J. et. al. (2004) *Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2005), 40 : 223–232. doi: 10.1007/s00127-005-0880-7.
242. Raftopoulos, V., Charalampous, A., Talias M. (2012) *The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report*. *MBC Public Health*, 12:457.

243. Ranger, M. and Campbell-Yeo, M. (2008). *Temperament and pain response: A review of the literature*. *Pain Management Nursing*, 9(1): 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.09.005>
244. Rankin, K.P., Kramer, J.H., Miller, B.L. (2005) *Patterns of cognitive and emotional empathy in Frontotemporal lobar degeneration*. *Cogn Behav Neurol*, 18:28–36. doi: 10.1097/01.wnn.0000152225.05377.ab
245. Riaz A. and Haider M., (2010) *Role of transformational and transactional leadership on job satisfaction and career satisfaction*. *Business and Economic Horizons*, 1(1): 29-38.
246. Rice, GE. (1964) *Aiding behavior vs. fear in the albino rat*. *Psychological Record*, 14:165–170.
247. Richter, D. and Kunzmann, U. (2011) *Age differences in three facets of empathy: performance-based evidence*. *Psychol Aging*, 26(1):60–70. doi: 10.1037/a0021138.
248. Roberts, T-A. and Pennebaker, JW. (1995) *Gender differences in perceiving internal state: Toward a his-and-hers model of perceptual cue use*. In: Zanna MP, editor. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 27. San Diego, CA: Academic Press, :43–175.
249. Rouxel, G., Michinov, E., Dodeler, V. (2016) *The influence of work characteristics, emotional display rules and affectivity on burnout and job satisfaction: a survey among geriatric care workers*. *Int J Nurs Stud*. 2016, 62:81–89
250. Sara, B.A. (2018) *Empathy as an Ethical Imperative*. *Creative Nursing*, 24(3), doi: 10.1891/1946-6560.24.3.166
251. Schuler, R.C. (1983) *Definition and conceptualization of stress in organizations*. *Organization, Behavior and Human Performance*, 25:184-215.
252. Selye, H. (1998) *Stress without distress*. Translated from English. M.: Progress, p.125.
253. Shamian J, Kerr MS, Laschinger HK, Thomson D. (2002) A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals. *Can J Nurs Res.*;33(4):35–50.
254. Shamian, J., Kerr, M.S., Laschinger, HK., Thomson, D. (2002) *A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals*. *Can J Nurs Res.*,33(4):35–50.

255. Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J., Back, A. (2002) *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. *Ann Intern Med* 2002, 136:358–367.
256. Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Dyrbye, L., et. al. (2011) *Special report: suicidal ideation among American surgeons*. *Arch Surg*, 146(1):54-62.
257. Shao, J., Tang, L., Wang, X., Qiu, R., Zhang, Y., Jia, Y., et. al. (2018) *Nursing work environment, value congruence and their relationships with nurses' work outcomes*. *J Nurs Manag.*, 26(8):1091–1099.
258. Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N., Nagata, S. (2003) *Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: A pilot study*. *J Occup Health*, 45:185–190.
259. Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (2005) *Skills for Communication with Patients*. Oxon, England, Radcliffe (Oxford).
260. Singer, T. and Klimecki, O.M. (2014) *Empathy and compassion*. *Curr Biol.*, 24(18): 875–R878. doi: 10.1016/j.cub.2014.06.054
261. Siu, M. H. A., & Shek, T. L. D. (2005). Validation of the interpersonal reactivity index in a Chinese context. *Research on Social Work Practice*, 15, 118-126, doi:10.1177/1049731504270384
262. Slabbert, A. (2004) *Conflict management styles in traditional organisations*. *Social Science Journal Colorado Then New York-Western Social Science Association*, 41(1): 83- 92.
263. Smith, A. (1759) *The Theory of Moral Sentiments*. *J Philos Stud.*, 333–353
264. Spencer, H. (1855) *The Principles of Psychology* <https://oll.libertyfund.org/title/spencer-the-principles-of-psychology-1855> (προσβάσιμη στις 15-1-2022)
265. Spreng, R.N., McKinnon, M.C., Mar, R.A., Levine, R. (2009) *The Toronto Empathy Questionnaire: scale development and validation of a factor- analytic solution to multiple empathy measures*. *J Press Assess.*, 91(1):62-71 [.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775495](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775495)
266. Stein-Parbury, J. (2013). *Patient and person: Interpersonal skills in nursing* (5th ed). St. Louis, MO: Elsevier.
267. Stordeur, S., D'Hoore, W., Vandenberghe, C. (2001) *Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among hospital nursing staff*. *JAN, Leading Global Nursing Research*, 35:533-542. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01885.x.

268. Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M. and Krukow, B. (2003) *Reasons registered nurses leave or change employment status*. *Journal of Nursing Administration*, 33(2): 111–117.
269. Strandas, M. and Bondas, T. (2018). *The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography*. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1): 11–22. doi: 10.1111/jan.13389
270. Sze, JA., Gyurak, A., Goodkind, M.S, Levenson, R.W. (2012) *Greater emotional empathy and prosocial behavior in late life*. *Emotion*, 12(5):1129–40. doi: 10.1037/a0025011
271. Tello, H.P.F., Edigo, D.B., Ortiz, C.A.M. (2013) *Interpersonal reactivity index: analysis of invariance and gender differences in Spanish youth*. *Child Psychiatric Hum Dev.*, 44 (2):320-33. doi: 10.1007/s10578-012-0327-9
272. Thompson, C., Aitken, L., Doran, D., Dowding, D. (2013). *An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education*. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1720–1726 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.003 .
273. Thompson, C., Stapley, S. (2011). Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 881–893, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.12.005
274. Tone, E. B. and Tully, E. C. (2014) *Empathy as a “risky strength”*: A multilevel examination of empathy and risk for internalizing disorders. *Development and Psychopathology*, 26(4 Pt 2), 1547–1565. doi: 10.1017/S0954579414001199
275. Unruh, L.Y. and Zhang, N.J. (2014) *Newly licensed registered nurse job turnover and turnover intent*. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30:220–230. doi: 10.1097/NND.0000000000000079.
276. Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., Vargas, D. (2004) *Nurse burnout and patient satisfaction*. *Med Care*, 42:II57–II66
277. Van Bogaert P., Kowalski C., Weeks M.S., Van Heusdenet D., Clarke P.S. (2013) The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 50(12):1667-77. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010.
278. Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S.M., Van Heusden, D., Clarke, SP (2013) *The relationship between nurse practice environment, nurse work*

- characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey.* Int J Nurs Stud.,50(12):1667–1677.
279. Vidotti, V., Ribeiro, R.P., Galdino, M.J.Q., Martins, J.T. (2018) *Burnout syndrome and shift work among the nursing staff.* Rev Lat Am Enfermagem,26:e3022
280. Vlachou, M., Damigos, D., Lyrakos, G., Chanopoulos, K., Kosmidis, G., Karavis, M. (2016) *The relationship between Burnout Syndrome and Emotional Intelligence in Healthcare Professionals.* Health Science Journal, 10 (5:2):1
281. Wade, G.H., Osgood, B., Avino, K., (2008) *Influence of organizational characteristics and caring attributes of managers on nurses' job enjoyment.* Journal of Advanced, 64(4): 344-53.
282. Ward, J., Cody, J., Schaal, M., Hojat, M. (2012) *The empathy enigma: An empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students.* Journal of Professional Nursing, 28(1): 34–40, doi: 10.1016/j.profnurs.2011.10.007.
283. West, D.J., Horan, J.J., Gomes, P.A. (1984) *Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting.* J Consult Clin Psychol, 31:209–218.
284. WHO (2000) *Mental health and work: Impact, issues and good practices.* Nations for Mental Health, International Labour Organisation, Geneva [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/712.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf)
285. Williams, B., Brown, T., McKenna, L. (2013) *DVD empathy simulations: An interventional study.* Medical Education, 47(11): 1142–1143. 10.1111/medu.12343
286. Wilmot, W.W. and Hocker, J., (2011) *Interpersonal conflict* (8th ed.). New York: cGraw-Hill.p11
287. Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., Wiwatanadate, P. (2014) *Shift work and burnout among health care workers.* Occup Med (Lond) 2014, 64(4):279–286.
288. Wróbel, M. (2013) *Can empathy lead to emotional exhaustion in teachers? The mediating role of emotional labor.* International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 26(4): 581–592. doi: 10.2478/s13382-013-0123-1
289. Yaktin, U.S. and Doumit, N.M. (2013) *Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon.* J Nurs Adm 2003, 33:384–390.
290. Yeo, C.J., Barbieri, A., Roman, G. et. al. (2019) *Using smartphone mindfulness apps to increase trainee resilience and reduce burnout.* Neurology, 92(15):P2.9-005



291. Yildirim, M. and Solmaz, F. (2020) *COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 Burnout Scale*, Taylor & Francis Online. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1818885>
292. Zahn-Waxler, C., Cole, M.P., Welsh, D.J., Fox, A.N. (1995) *Psychophysiological correlates of empathy and prosocial behaviors in preschool children with behavior problems*. Cambridge University Press
293. Zhou, W.G., Wang, H., He, Y., Yuan, Q., Liu, D. (2015) *Job dissatisfaction and burnout of nurses in Hunan, China: A cross-sectional survey*. *Nurs Health Sci.*,17(4):444–450.
294. Жданова, Л.Г. и Арнгольд С.А. (2014) *Особенности проявлений эмпатии у медицинских работников*. Азимут научных исследований: педагогика и психология, (3): 37-39. <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-proyavleniy-empatii-u-meditsinskih-rabotnikov/viewer> (προσβάσιμη στις 25-11-2021)
295. Козлова, Т.В. и Саблина Т.А. (2010) *Профессиональное выгорание медицинских сестёр различной специализации*. Молодой учёный,10(21). <https://moluch.ru/archive/21/2087/> (προσβάσιμη στις 26-11-2021)
296. Подсадный С.А., Орлов Д.Н (2008) *Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий. Развитие научных представлений о синдроме выгорания*. Курский государственный университет, 13-35  
[http://window.edu.ru/resource/709/78709/files/Sovremennye\\_problemy\\_issledovaniya\\_sindroma\\_vygo.pdf](http://window.edu.ru/resource/709/78709/files/Sovremennye_problemy_issledovaniya_sindroma_vygoraniya_u_speציalistov_kommunikativnykh_professiy.pdf).
297. Симукова Т.С. (2017) *Синдром эмоционального выгорания в работе медицинских сестёр* [online] <http://old.xn--62-6kct0akqt0e.xn--p1ai/naucno-popularnye/nevrologia/sindrom-emocionalnogo-vygorania-v-rabote-medicinskih-sester> (προσβάσιμη στις 25-11-2021)
298. Холмогорова, А.Б., Петриков, С.С., Суроегина, А.Ю., Микита, О.Ю., Рахманина, А.А. и Рой, А.П. (2020) *Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным Covid-19 на разных этапах пандемии*. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.*,9(3):321–337. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337>, [https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnoe-vygoranie-i-ego-factory-u-meditsinskih-rabotnikov-uchastvuyuschih-v-okazanii-pomoschi-bolnym-covid-19-na-raznyh/viewer](https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnoe-vygoranie-i-ego-factory-u-meditsinskih-rabotnikov-uchastvuyuschih-v-okazanii-pomoschi-bolnym-covid-19-na-raznyh-etapah-pandemii/viewer) (προσβάσιμη στις 24-11-2021)

299. Частоедова И.А. и Мухачева Е.А.(2017) *Сравнительный анализ проявлений синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер различной специализации.* Вятский медицинский вестник, 2(54):80-83. <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-proyavleniy-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-meditsinskih-sester-razlichnoy-spetsializatsii/viewer> (προσβάσιμη στις 26-11-2021)
300. Чернышкова, Н.В., Дворникова, Е.О. и Малинина, Е.В. (2018) *Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников государственных и частных медицинских учреждений.* Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 11(4):61–72. <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-meditsinskih-rabotnikov-gosudarstvennyh-i-chastnyh-meditsinskih-uchrezhdeniy/viewer> (προσβάσιμη στις 26-11-2021)

**ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ**

301. Toronto Empathy Questionnaire: Reliability and Validity in a Nationwide Sample of Greek Teachers. *Social Sciences*, 6(2), 62 <http://www.mdpi.com/2076-0760/6/2/62/htm> (προσβάσιμη στις 26-10-2021).
302. Why the WHO's Decision to Redefine Burnout Is Important. <https://www.healthline.com/health/mental-health/burnout-definition-world-health-organization#A-change-in-definition-may-help-remove-the-stigma-that-surrounds-burnout> (προσβάσιμη στις 16-10-2021).
303. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases, <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (προσβάσιμη στις 26-11-2021).
304. Особенности проявлений эмпатии у медицинских работников, <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-proyavleniy-empatii-u-meditsinskih-rabotnikov> (προσβάσιμη στις 16-09-2021).
305. Синдром эмоционального выгорания в работе медицинских сестер, <http://old.xn--62-6kct0akqt0e.xn--p1ai/naucno-popularnye/nevrologia/sindrom-emocionalnogo-vygorania-v-rabote-meditsinskih-sester> (προσβάσιμη στις 17-11-2021).
306. National Institute for Occupational Safety and Health, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2013-140/pdfs/2013-140.pdf> (προσβάσιμη στις 08-10-2021).
307. Doctors reveal they are moving into their garages and basements to isolate themselves from their own families while they fight coronavirus - as they urge others to stop going out, [https://www.dailymail.co.uk\\_Doctors\\_reveal\\_they\\_are\\_moving\\_into\\_their\\_garages\\_and\\_basements\\_to\\_isolate\\_themselves\\_from\\_their\\_own\\_families\\_while\\_they\\_fight\\_coronavirus\\_-\\_as\\_they\\_urge\\_others\\_to\\_stop\\_going\\_out](https://www.dailymail.co.uk_Doctors_reveal_they_are_moving_into_their_garages_and_basements_to_isolate_themselves_from_their_own_families_while_they_fight_coronavirus_-_as_they_urge_others_to_stop_going_out). <https://www.dailymail.co.uk/femail/article-8136037/Doctors-isolating-FAMILIES-prevent-spread-COVID-19.html> (προσβάσιμη στις 05-10-2021).
308. Self-Compassion Scale (SCS) [https://contextualscience.org/selfcompassion\\_scale\\_scs](https://contextualscience.org/selfcompassion_scale_scs) (προσβάσιμη στις 6-09-2021).

309. Maslach Burnout Inventory (MBI), <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2018/05/GreekSCS.pdf> (προσβάσιμη στις 16-11-2021).
310. Maslach Burnout Inventory, <https://www.mindgarden.com> (προσβάσιμη στις 16-08-2021).
311. The Maslach Burnout Inventory, <https://www.psychosomatik.com/wp-content/uploads/2020/03/Maslach-burnout-inventory-english.pdf> (προσβάσιμη στις 6-08-2021).
312. Опросник «Эмоциональное выгорание» В. Бойко, [https://studme.org/124984/psihologiya/oprosnik\\_emotsionalnoe\\_vygoranie\\_boyko\\_#415](https://studme.org/124984/psihologiya/oprosnik_emotsionalnoe_vygoranie_boyko_#415) (προσβάσιμη στις 6-07-2021).
313. National Institute for Occupational Safety and Health, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2013-140/pdfs/2013-140.pdf> (προσβάσιμη στις 16-07-2021).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### I. Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (The Interpersonal Reactivity Index -IRI)

Δίπλα από κάθε ερώτηση υπάρχει μια σημείωση που δείχνει την κλίμακα που αξιολογεί το τεστ ενώ το σύμβολο (-) υποδηλώνει ότι το στοιχείο αυτό θα βαθμολογηθεί με αντίστροφο τρόπο

PT = κλίμακα λήψης προοπτικής

FS = κλίμακα φαντασίας

EC = κλίμακα ενσυναίσθησης

PD = κλίμακα προσωπικής δυσφορίας

Κάθε ερώτηση βαθμολογείται ως εξής: A = 0, B = 1, C = 2, D = 3, E = 4. Εκτός από τα στοιχεία με αντίστροφη βαθμολογία, τα οποία βαθμολογούνται: A = 4, B = 3, C = 2, D = 1 και E = 0.

Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν:

1. Ονειροπολώ και φαντασιώνομαι, με κάποια κανονικότητα, πράγματα που μπορεί να μου συμβούν. (FS)
2. Έχω συχνά τρυφερά, ανησυχητικά συναισθήματα για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από εμένα. (EK)
3. Μερικές φορές δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από τη σκοπιά του «άλλου». (PT)  
(-)
4. Μερικές φορές δεν λυπάμαι πολύ τους άλλους ανθρώπους όταν έχουν προβλήματα. (EK)(-)
5. Μπλέκομαι πραγματικά με τα συναισθήματα των χαρακτήρων σε ένα μυθιστόρημα. (FS)
6. Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, νιώθω ανήσυχος και αδιάφορος. (PD)
7. Συνήθως είμαι αντικειμενικός όταν παρακολουθώ μια ταινία ή παίζω και δεν καταλαβαίνω. (FS) (-)
8. Προσπαθώ να κοιτάξω την πλευρά όλων μιας σε μία διαφωνία πριν πάρω μια απόφαση. (PT)
9. Όταν βλέπω κάποιον να τον εκμεταλλεύονται, νιώθω κάπως προστατευτικός απέναντί του. (EK)

10. Μερικές φορές νιώθω ανήμπορος όταν βρίσκομαι στη μέση μιας πολύ συναισθηματικής κατάστασης. (PD)
11. Μερικές φορές προσπαθώ να καταλάβω τους φίλους μου καλύτερα, φαντάζομαι πώς φαίνονται τα πράγματα με την προοπτική τους. (PT)
12. Το να συμμετέχω σε ένα καλό βιβλίο ή ταινία είναι κάπως σπάνιο για μένα. (FS) (-)
13. Όταν βλέπω κάποιον να πληγώνεται, τείνω να παραμένω ήρεμος. (PD) (-)
14. Οι ατυχίες των άλλων συνήθως δεν με ενοχλούν πολύ. (EK) (-)
15. Αν είμαι σίγουρος ότι έχω δίκιο σε κάτι, δεν χάνω πολύ χρόνο ακούγοντας τα επιχειρήματα των ανθρώπων. (PT) (-)
16. Αφού έχω δει ένα έργο ή μια ταινία, ένιωσα σαν να ήμουν ένας από τους χαρακτήρες. (FS)
17. Το να βρίσκομαι σε τεταμένη συναισθηματική κατάσταση με τρομάζει. (PD)
18. Όταν βλέπω κάποιον να φέρεται άδικα, μερικές φορές δεν αισθάνομαι πολύ οίκτο για αυτούς. (EK) (-)
19. Είμαι συνήθως αρκετά αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. (PD) (-)
20. Συχνά με αγγίζουν αρκετά πράγματα που βλέπω να συμβαίνουν. (EK)
21. Πιστεύω ότι υπάρχουν δύο πλευρές σε κάθε ερώτηση και προσπαθώ να εξετάζω και τις δύο. (PT)
22. Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως ένα πολύ μαλακό άτομο. (EK)
23. Όταν βλέπω μια καλή ταινία, μπορώ πολύ εύκολα να βάλω τον εαυτό μου στη θέση ενός κορυφαίου χαρακτήρα. (FS)
24. Τείνω να χάνω τον έλεγχο σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. (PD)
25. Όταν είμαι στενοχωρημένος με κάποιον, συνήθως προσπαθώ να «μπω στη θέση του» για λίγο. (PT)
26. Όταν διαβάζω μια ενδιαφέρουσα ιστορία ή μυθιστόρημα, φαντάζομαι πώς θα ένιωθα αν τα γεγονότα της ιστορίας συμβαίνουν σε μένα. (FS)
27. Όταν βλέπω κάποιον που χρειάζεται βοήθεια σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, τρέχω να βοηθήσω. (PD)
28. Πριν κατακρίνω κάποιον, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα ένιωθα αν ήμουν στη θέση του. (PT) (Platsidou and Agaliotis 2017)

## II. The Toronto Empathy Questionnaire

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι απλές και βαθμολογούνται σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα για τις θετικά διατυπωμένες θέσεις 1, 3, 5, 6, 8, 9, 13, 16. Και Ποτέ = 0, Σπάνια = 1, Μερικές φορές = 2, Συχνά = 3, Πάντα = 4. Ενώ τα αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία βαθμολογούνται με αντίστροφη βαθμολογία: 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15. Οι βαθμολογίες αθροίζονται για να εξαχθεί το σύνολο για το TEQ. Οι ερωτήσεις του τεστ είναι απλές όπως:

1. Όταν κάποιος άλλος αισθάνεται ενθουσιασμένος, τείνω να ενθουσιάζομαι κι εγώ
2. Οι κακοτυχίες των άλλων δεν με ενοχλούν ιδιαίτερα
3. Με στενοχωρεί να βλέπω κάποιον να του φέρονται ασέβεια
4. Παραμένω ανεπηρέαστος όταν κάποιος κοντά μου είναι χαρούμενος
5. Μου αρέσει να κάνω τους άλλους να αισθάνονται καλύτερα
6. Έχω τρυφερά, ανησυχητικά συναισθήματα για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από εμένα
7. Όταν ένας φίλος αρχίζει να μιλάει για τα προβλήματά του, προσπαθώ να κατευθύνω τη συζήτηση προς κάτι άλλο
8. Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμα και όταν δεν λένε τίποτα
9. Διαπιστώνω ότι είμαι «συντονισμένος» με τις διαθέσεις των άλλων
10. Δεν νιώθω συμπάθεια για ανθρώπους που προκαλούν τις δικές τους σοβαρές ασθένειες
11. Εκνευρίζομαι όταν κάποιος κλαίει
12. Δεν με ενδιαφέρει πραγματικά πώς νιώθουν οι άλλοι
13. Έχω μια έντονη παρόρμηση να βοηθήσω όταν βλέπω κάποιον που είναι αναστατωμένος
14. Όταν βλέπω κάποιον να φέρεται άδικα, δεν τον λυπάμαι ιδιαίτερα
15. Θεωρώ ανόητο να κλαίνε οι άνθρωποι από ευτυχία
16. Όταν βλέπω κάποιον να αξιοποιηθούν, αισθάνομαι το είδος του προστατευτικού προς το μέρος του (Kourmousi et al 2017).

### III. Self – Compassion Scale (SCS) Κλίμακα Αξιολόγησης της Αυτοσυμπόνιας

#### Πως τυπικά συμπεριφέρομαι στον εαυτό μου σε δύσκολες στιγμές

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Βάλτε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.

ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1	2	3	4	5

- \_\_\_ 1. Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.
- \_\_\_ 2. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.
- \_\_\_ 3. Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.
- \_\_\_ 4. Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.
- \_\_\_ 5. Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.
- \_\_\_ 6. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.
- \_\_\_ 7. Όταν είμαι μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.
- \_\_\_ 8. Όταν περνάω δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.
- \_\_\_ 9. Όταν κάτι με αναστατώσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.
- \_\_\_ 10. Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.



- \_\_\_ 11. Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.
- \_\_\_ 12. Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη.
- \_\_\_ 13. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.
- \_\_\_ 14. Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.
- \_\_\_ 15. Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.
- \_\_\_ 16. Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.
- \_\_\_ 17. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.
- \_\_\_ 18. Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.
- \_\_\_ 19. Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.
- \_\_\_ 20. Όταν κάτι με αναστατώνει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.
- \_\_\_ 21. Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.
- \_\_\_ 22. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.
- \_\_\_ 23. Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.
- \_\_\_ 24. Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.
- \_\_\_ 25. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.
- \_\_\_ 26. Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.

(Mantzios, Wilson and Giannou 2015)

#### IV. Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach -MBI

Οι παρακάτω ερωτήσεις διερευνούν θέματα σχετικά με τα συναισθήματα και τη στάση σας κατά την εργασία σας. Σημειώστε, σύμφωνα με την παρακάτω κλίμακα, τον αριθμό της απάντησης που σας εκφράζει καλύτερα από τις άλλες, έστω και κατά προσέγγιση.

**0=Ποτέ, 1= μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, 2= μια φορά το μήνα ή λιγότερο**

**3= μερικές φορές το μήνα, 4= μια φορά την εβδομάδα, 5= μερικές φορές την εβδομάδα, 6= κάθε μέρα**

Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος /η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω άδειος /α, σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου στο τέλος της ημέρας	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω κουρασμένος /η όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω ακόμη μέρα στη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως οι ενδιαφερόμενοι-πελάτες μου αισθάνονται γενικώς για τα πράγματα	0	1	2	3	4	5	6
Αισθάνομαι ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους ενδιαφερόμενους-πελάτες μου σαν να ήταν άψυχα αντικείμενα	0	1	2	3	4	5	6
Το να εργάζομαι με ανθρώπους όλη μέρα αποτελεί πίεση για μένα	0	1	2	3	4	5	6
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ενδιαφερόμενων-πελατών μου	0	1	2	3	4	5	6
Αισθάνομαι εξουθενωμένος /η εξαιτίας της δουλειάς μου	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω πραγματικά ότι επηρεάζω τη ζωή άλλων ανθρώπων μέσα από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Έγινα σκληρότερος /η προς τους ανθρώπους από τότε που είμαι στη δουλειά αυτή	0	1	2	3	4	5	6
Ανησυχώ ότι η δουλειά αυτή με σκληραίνει συναισθηματικά	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω εξαιρετικά ενεργητικός /η	0	1	2	3	4	5	6
Αισθάνομαι απογοητευμένος /η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Αισθάνομαι ότι εργάζομαι πολύ σκληρά	0	1	2	3	4	5	6
Δε νοιάζομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει σε κάποιους από τους ενδιαφερόμενους-πελάτες μου	0	1	2	3	4	5	6
Το να κάνω μια εργασία που με φέρνει σε άμεση σχέση με τους ανθρώπους, μου προκαλεί υπερβολικό άγχος	0	1	2	3	4	5	6
Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω άνετη ατμόσφαιρα με τους ενδιαφερόμενους-πελάτες μου	0	1	2	3	4	5	6
Αισθάνομαι τονωμένος /η μετά από μια στενή συνεργασία με τους ενδιαφερόμενους-πελάτες μου	0	1	2	3	4	5	6
Έχω επιτύχει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή	0	1	2	3	4	5	6
Νιώθω σαν να είμαι στο τέλος μου... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	0	1	2	3	4	5	6
Στη δουλειά μου, χειρίζομαι τα συναισθηματικά προβλήματα πολύ ήρεμα	0	1	2	3	4	5	6
Αισθάνομαι πως οι ενδιαφερόμενοι-πελάτες μου με κατηγορούν για κάποια από τα προβλήματά τους	0	1	2	3	4	5	6

(Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1992)

## V. Coping Orientations to Problems Experienced – COPE & Brief COPE Scale (Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων)

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert 4 βαθμών που κυμαίνονται από 0 = δεν το έκανα καθόλου έως 3 = το έκανα πολύ.

Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει είναι οι εξής:

1. Έχω στραφεί στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες για να πάρω το μυαλό μου από τα πράγματα.
2. Έχω επικεντρώσει τις προσπάθειές μου στο να κάνω κάτι για την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι.
3. Έχω πει στον εαυτό μου "αυτό δεν είναι αληθινό".
4. Έχω κάνει χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών για να νιώσω καλύτερα.
5. Έχω λάβει συναισθηματική υποστήριξη από άλλους.
6. Έχω εγκαταλείψει την προσπάθεια να το αντιμετωπίσω.
7. Έχω αναλάβει δράση για να προσπαθήσω να βελτιώσω την κατάσταση.
8. Αρνούμαι να πιστέψω ότι συνέβη.
9. Έχω πει πράγματα για να αφήσω τα δυσάρεστα συναισθήματά μου να ξεφύγουν.
10. Λαμβάνω βοήθεια και συμβουλές από άλλους ανθρώπους.
11. Έχω κάνει χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών για να με βοηθήσει να το ξεπεράσω.
12. Προσπάθησα να το δω με διαφορετικό πρίσμα, για να το κάνω να φαίνεται πιο θετικό.
13. Προσπαθώ να καταλήξω σε μια στρατηγική για το τι πρέπει να κάνω.
14. Έχω πάρει παρηγοριά και κατανόηση από κάποιον.
15. Έχω εγκαταλείψει την προσπάθεια να ανταπεξέλθω.
16. Έψαχνα κάτι καλό σε αυτό που συμβαίνει.
17. Έχω κάνει αστεία για αυτό.
18. Έχω κάνει κάτι για να το σκέφτομαι λιγότερο, όπως να πηγαίνω σινεμά, να βλέπω τηλεόραση, διάβασμα, ονειροπόληση, ύπνος ή ψώνια.
19. Έχω αποδεχτεί την πραγματικότητα του γεγονότος ότι συνέβη.
20. Έχω εκφράσει τα αρνητικά μου συναισθήματα.
21. Προσπαθώ να βρω παρηγοριά στη θρησκεία ή τις πνευματικές μου πεποιθήσεις.
22. Προσπαθώ να πάρω συμβουλές ή βοήθεια από άλλα άτομα για το τι να κάνω.

23. Έχω μάθει να ζω με αυτό.
24. Έχω σκεφτεί πολύ τι βήματα να κάνω.
25. Κατηγορώ τον εαυτό μου για πράγματα που συνέβησαν.
26. Έχω κάνει προσευχή ή διαλογισμό (Carver 1997)

## VI. Boyko's Emotional Burnout Inventory

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 84 ερωτήσεις που θα πρέπει να απαντηθούν με «ναι» ή «όχι». Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε τρεις κλίμακες και κάθε κλίμακα χωρίζεται σε τέσσερις υποκλίμακες. Η βαθμολογία που συγκεντρώνεται από κάθε υποκλίμακα μας βοηθά να κρίνουμε το βαθμό του σχηματισμού της κάθε φάσης και το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Τα οργανωτικά ελαττώματα στη δουλειά σας κάνουν συνεχώς νευρικούς, ανήσυχους, τεταμένους.
2. Σήμερα δεν είμαι λιγότερο ικανοποιημένος με το επάγγελμά μου από ό,τι στην αρχή της καριέρας μου.
3. Έκανα λάθος στην επιλογή επαγγέλματος ή προφίλ δραστηριότητας (δεν είμαι στη θέση μου).
4. Ανησυχώ ότι έχω αρχίσει να δουλεύω χειρότερα (λιγότερο παραγωγικός, ποιοτικότερος, πιο αργός).
5. Η ζεστασιά της αλληλεπίδρασης με τους συντρόφους εξαρτάται πολύ από τη διάθεσή μου - καλή ή κακή.
6. Ως επαγγελματίας, η ευημερία των συνεργατών δεν εξαρτάται σχεδόν από εμένα.
7. Όταν γυρνάω από τη δουλειά, τότε για κάποιο διάστημα (2-3 ώρες) θέλω να μείνω μόνος, για να μη μου μιλήσει κανείς.
8. Όταν νιώθω κουρασμένος ή αγχωμένος, προσπαθώ να λύνω γρήγορα τα προβλήματα του συντρόφου μου («χαμηλώνω» την αλληλεπίδραση).
9. Μου φαίνεται ότι συναισθηματικά δεν μπορώ να δώσω στους συντρόφους αυτό που απαιτεί το επαγγελματικό καθήκον.
10. Η δουλειά μου αμβλύνει τα συναισθήματα.
11. Ευίλικρινά έχω κουραστεί από τα ανθρώπινα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσω στη δουλειά.
12. Συμβαίνει να μην κοιμάμαι καλά λόγω των ανησυχιών που σχετίζονται με τη δουλειά.
13. Η αλληλεπίδραση με τους συνεργάτες σημαίνει πολύ άγχος για μένα.
14. Η εργασία με ανθρώπους γίνεται όλο και λιγότερο ικανοποιητική.
15. Θα άλλαζα τόπο εργασίας.

16. Συχνά στενοχωριέμαι που δεν μπορώ να παρέχω σωστά στον σύντροφό μου επαγγελματική υποστήριξη και βοήθεια.
17. Πάντα καταφέρνω να αποτρέψω την κακή διάθεση να επηρεάσει τις επαγγελματικές μου επαφές.
18. Με στενοχωρεί πολύ αν κάτι πάει στραβά σε μια σχέση με έναν επαγγελματικό συνεργάτη.
19. Είμαι τόσο κουρασμένος στη δουλειά που στο σπίτι προσπαθώ να επικοινωνώ όσο το δυνατόν λιγότερο.
20. Λόγω έλλειψης χρόνου, κούρασης ή άγχους, συχνά δίνω λιγότερη προσοχή στον/στην σύντροφό μου από όσο θα έπρεπε.
21. Μερικές φορές οι πιο συνηθισμένες καταστάσεις επικοινωνίας στη δουλειά είναι ενοχλητικές.
22. Δέχομαι ήρεμα βάσιμους ισχυρισμούς του/ της συντρόφου.
23. Η επικοινωνία με τους συνεργάτες με ώθησε να μείνω μακριά από τους ανθρώπους.
24. Η ανάμνηση κάποιων συναδέλφων ή συνεργατών με κάνει να νιώθω άσχημα.
25. Οι συγκρούσεις ή οι διαφωνίες με τους συναδέλφους απαιτούν πολλή ενέργεια και συγκίνηση.
26. Βρίσκω όλο και πιο δύσκολο να δημιουργήσω ή να διατηρήσω επαφές με συναδέλφους.
27. Η κατάσταση στη δουλειά μου φαίνεται πολύ δύσκολη, περίπλοκη.
28. Έχω συχνά ανησυχητικές προσδοκίες που σχετίζονται με την εργασία: κάτι πρόκειται να συμβεί, πώς να αποφύγω τα λάθη, αν μπορώ να κάνω τα πάντα σωστά κ.λπ.
29. Αν ο σύντροφός μου είναι δυσάρεστος από μένα, προσπαθώ να περιορίσω τον χρόνο επικοινωνίας μαζί του ή να του δίνω λιγότερη σημασία.
30. Στην επικοινωνία στη δουλειά, τηρώ την αρχή: "μην κάνετε καλό στους ανθρώπους, δεν θα πάρετε το καλό".
31. Μιλώ πρόθυμα στην οικογένειά μου για τη δουλειά μου.
32. Υπάρχουν μέρες που η συναισθηματική μου κατάσταση επηρεάζει άσχημα τα αποτελέσματα της δουλειάς μου (κάνω λιγότερο, μειώνεται η ποιότητα, συμβαίνουν συγκρούσεις).
33. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι πρέπει να δείξω συναισθηματική ανταπόκριση στον/στην σύντροφό μου, αλλά δεν μπορώ.

34. Ανησυχώ πολύ για τη δουλειά μου.
35. Δίνω περισσότερη προσοχή και φροντίδα στους συνεργάτες μου από ό,τι λαμβάνω σε εκτίμηση από αυτούς.
36. Όταν σκέφτομαι τη δουλειά, συνήθως νιώθω άβολα: αρχίζει να υπάρχει μια πίεση στην περιοχή της καρδιάς, η πίεση αυξάνεται και εμφανίζεται πονοκέφαλος.
37. Έχω καλή (αρκετά ικανοποιητική) σχέση με τον προϊστάμενό μου.
38. Συχνά χαίρομαι που βλέπω ότι η δουλειά μου είναι ευεργετική για τους ανθρώπους.
39. Τον τελευταίο καιρό με στοιχειώνουν οι αποτυχίες στη δουλειά.
40. Ορισμένες πτυχές (γεγονότα) της δουλειάς μου προκαλούν βαθιά απογοήτευση, βυθίζοντάς με στην απόγνωση.
41. Υπάρχουν μέρες που οι επαφές με τους συντρόφους είναι χειρότερες από το συνηθισμένο.
42. Διακρίνω τους επιχειρηματικούς εταίρους (stakeholders) χειρότερα από το συνηθισμένο.
43. Η κούραση από τη δουλειά οδηγεί στο γεγονός ότι προσπαθώ να μειώσω την επικοινωνία με φίλους και γνωστούς.
44. Συνήθως ενδιαφέρομαι για την προσωπικότητα του συντρόφου μου πέρα από την περίπτωση.
45. Συνήθως έρχομαι στη δουλειά ανανεωμένος, με φρέσκια ενέργεια, με καλή διάθεση.
46. Μερικές φορές βρίσκομαι να δουλεύω με συνεργάτες αυτόματα, χωρίς ψυχή.
47. Στη δουλειά, υπάρχουν τόσο δυσάρεστα άτομα που εύχεσαι άθελά σου κάτι κακό.
48. Μετά από επικοινωνία με δυσάρεστες συντρόφους, έχω επιδείνωση της σωματικής ή ψυχικής ευεξίας.
49. Στη δουλειά, βιώνω συνεχές σωματικό ή ψυχολογικό στρες.
50. Η επιτυχία στη δουλειά με εμπνέει.
51. Η κατάσταση στη δουλειά, στην οποία βρέθηκα, φαίνεται σχεδόν απελπιστική.
52. Έχασα την ψυχική μου ηρεμία λόγω δουλειάς.
53. Κατά το παρελθόν έτος, υπήρξαν παράπονα που απευθύνθηκαν σε εμένα από συνεργάτες.

54. Καταφέρνω να σώσω τα νεύρα μου λόγω του γεγονότος ότι δεν παίρνω κατάκαρδα πολλά από αυτά που συμβαίνουν με τους συνεργάτες μου.
55. Συχνά φέρνω αρνητικά συναισθήματα στο σπίτι από τη δουλειά.
56. Συχνά δουλεύω σκληρά.
57. Πριν, ανταποκρινόμουν περισσότερο στους συνεργάτες και ήμουν πιο προσεκτικός από ότι τώρα.
58. Όταν εργάζομαι με ανθρώπους, καθοδηγούμαι από την αρχή: «μην σπαταλάς τα νεύρα σου, φρόντισε την υγεία σου».
59. Μερικές φορές πηγαίνω στη δουλειά με ένα βαρύ συναίσθημα: «Είμαι κουρασμένος από τα πάντα, δεν πρέπει να δω ή να ακούσω κανέναν».
60. Μετά από μια κουραστική μέρα στη δουλειά, νιώθω αδιαθεσία.
61. Το σύνολο των συνεργατών με τους οποίους συνεργάζομαι είναι πολύ δύσκολο.
62. Μερικές φορές μου φαίνεται ότι τα αποτελέσματα της δουλειάς μου δεν αξίζουν τον κόπο που ξοδεύω.
63. Αν ήμουν τυχερός με τη δουλειά μου, θα ήμουν πιο ευτυχισμένος.
64. Είμαι απελπισμένος γιατί έχω σοβαρά προβλήματα στη δουλειά.
65. Μερικές φορές συμπεριφέρομαι με τους συντρόφους μου με τρόπο που δεν θα ήθελα να μου συμπεριφέρονται.
66. Καταδικάζω τους συντρόφους που βασίζονται στην ιδιαίτερη τέρψη και επιζητούν προσοχή.
67. Τις περισσότερες φορές, μετά από μια εργάσιμη μέρα, δεν έχω τη δύναμη να κάνω τις δουλειές του σπιτιού.
68. Συνήθως βιάζω την ώρα: «Μακάρι η εργάσιμη μέρα να τελειώσει το συντομότερο δυνατό».
69. Οι καταστάσεις, τα αιτήματα, οι ανάγκες των εταίρων συνήθως με ενθουσιάζουν ειλικρινά.
70. Όταν δουλεύω με ανθρώπους, συνήθως βάζω ένα φίλτρο που με προστατεύει από τα βόσκανα και τα αρνητικά συναισθήματα των άλλων.
71. Η συνεργασία με συνεργάτες με απογοήτευσε πραγματικά.
72. Για να αναρρώσω, παίρνω συχνά φάρμακα.
73. Κατά κανόνα, η εργάσιμη μέρα μου είναι ήρεμη και εύκολη.
74. Οι απαιτήσεις μου για την εργασία που εκτελώ είναι υψηλότερες από αυτές που πετυχαίνω λόγω συνθηκών.
75. Η καριέρα μου έχει πάει καλά.



76. Είμαι πολύ νευρικός για οτιδήποτε σχετίζεται με τη δουλειά.
77. Δεν θα ήθελα να δω και να ακούσω μερικούς από τους τακτικούς μου συνεργάτες.
78. Επαινώ τους συναδέλφους που αφοσιώνονται πλήρως στους άλλους ξεχνώντας τα δικά τους συμφέροντα.
79. Η κούραση μου στη δουλειά συνήθως έχει μικρή επίδραση (δεν επηρεάζει με κανέναν τρόπο) στην επικοινωνία με την οικογένεια και τους φίλους μου.
80. Αν μου δοθεί η ευκαιρία, δίνω λιγότερη σημασία στον σύντροφο, αλλά χωρίς να το προσέξει.
81. Συχνά απογοητεύομαι από τα νεύρα μου όταν ασχολούμαι με ανθρώπους στη δουλειά.
82. Για όλα (σχεδόν όλα) που συμβαίνουν στη δουλειά, έχω χάσει το ενδιαφέρον μου, ένα ζωντανό συναίσθημα.
83. Η συνεργασία με ανθρώπους είχε κακή επιρροή σε εμένα ως επαγγελματία - με εξόργιζε, με έκανε νευρικό, μείωσε τα συναισθήματά μου.
84. Η συνεργασία με ανθρώπους σαφώς υπονομεύει την υγεία μου.  
(<https://studme.org>)

**VII. Emotional Empathy Tendency Scale (EETS)**

A/A.	Ερωτήσεις	Απάντηση			
		Συμφωνώ (πάντα)	Μάλλον συμφωνώ (συχνά)	Μάλλον διαφωνώ (σπάνια)	Διαφωνώ (ποτέ)
1	Με στενοχωρεί όταν βλέπω ότι ένας ξένος νιώθει μοναξιά ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους				
2	Νιώθω άβολα όταν οι άνθρωποι δεν ξέρουν πώς να συγκρατηθούν και να δείξουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους.				
3	Όταν κάποιος κοντά μου νευριάζει, νευριάζω κι εγώ.				
4	Νομίζω ότι είναι ανόητο να κλαις από ευτυχία				
5	Λαμβάνω σοβαρά υπόψη τα προβλήματα των φίλων μου				
6	Μερικές φορές τα τραγούδια αγάπης με κάνουν να νιώθω πολύ				
7	Θα ανησυχούσα πολύ (ανησυχούσα) αν είχα (έπρεπε να) πω σε ένα άτομο δυσάρεστα νέα για αυτόν				
8	Οι άνθρωποι γύρω μου επηρεάζουν πολύ τη διάθεσή μου.				

9	Θα ήθελα να αποκτήσω ένα επάγγελμα που σχετίζεται με την επικοινωνία με τους ανθρώπους				
10	Μου αρέσει πολύ να βλέπω ανθρώπους να δέχονται δώρα.				
11	Όταν βλέπω ένα άτομο που κλαίει, εγώ ο ίδιος (ο ίδιος) αναστατώνομαι				
12	Ακούγοντας μερικά τραγούδια, μερικές φορές νιώθω χαρούμενος (ευτυχισμένος)				
13	Όταν διαβάζω ένα βιβλίο (μυθιστόρημα, ιστορία, κ.λπ.), νιώθω τόσο ανήσυχος σαν να συμβαίνουν όλα όσα διαβάζω				
14	Όταν βλέπω κάποιον να κακομεταχειρίζεται, πάντα θυμώνω.				
15	Μπορώ να παραμείνω ήρεμος (ήρεμος) ακόμα κι αν όλοι ανησυχούν				
16	Νιώθω άβολα όταν οι άνθρωποι αναστενάζουν και κλαίνε όταν παρακολουθούν μια ταινία.				
17	Όταν παίρνω μια απόφαση, η στάση των άλλων ανθρώπων απέναντί του, κατά κανόνα, δεν έχει σημασία.				

18	Χάνω την ψυχική μου ηρεμία όταν οι άλλοι καταπιέζονται.				
19	Ανησυχώ αν βλέπω ανθρώπους να αναστατώνονται εύκολα για μικροπράγματα.				
20	Στενοχωριέμαι πολύ όταν βλέπω ζώα να υποφέρουν				
21	Είναι ανόητο να ανησυχείς για το τι συμβαίνει στις ταινίες ή για το τι διαβάζεις σε ένα βιβλίο.				
22	Στενοχωριέμαι πολύ όταν βλέπω αβοήθητους ηλικιωμένους				
23	Ανησυχώ πολύ όταν βλέπω μια ταινία				
24	Μπορώ να παραμείνω αδιάφορος (αδιάφορος) σε κάθε ενθουσιασμό τριγύρω				
25	Τα μικρά παιδιά κλαίνε χωρίς λόγο				

## Έντυπο υπολογισμού αποτελεσμάτων

A/A	Απάντηση (σε πόντους)			
	Συμφωνώ (πάντα)	Μάλλον συμφωνώ (συχνά)	Μάλλον διαφωνώ (σπάνια)	Διαφωνώ (ποτέ)
1	4	3	2	1
2	1	2	3	4
3	4	3	2	1
4	1	2	3	4

5	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7	4	3	2	1
8	4	3	2	1
9	4	3	2	1
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13	4	3	2	1
14	4	3	2	1
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	1	2	3	4
18	4	3	2	1
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1
21	1	2	3	4
22	4	3	2	1
23	4	3	2	1
24	1	2	3	4
25	1	2	3	4

Τα ακόλουθα επίπεδα σοβαρότητας της ικανότητας ενός ατόμου να ανταποκρίνεται συναισθηματικά στις εμπειρίες άλλων ανθρώπων (ενσυναίσθηση):

82–90 βαθμοί - πολύ υψηλό επίπεδο.

63–81 βαθμοί - υψηλό επίπεδο.

37–62 βαθμοί - κανονικό επίπεδο.

36–12 βαθμοί - χαμηλό επίπεδο.

Οι 11 βαθμοί ή λιγότεροι είναι πολύ χαμηλό επίπεδο. (Mehrabyan and Epstein 2008)

### VIII. Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)

Το R υποδηλώνει ένα αντικείμενο με αντίστροφη βαθμολογία. Για να βαθμολογήσετε την κλίμακα, αλλάξτε τη βαθμολογία στα αντικείμενα με αντίστροφη βαθμολογία (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Προσθέστε όλες τις βαθμολογίες για τη συνολική βαθμολογία και διαιρέστε με το 30. Προσθέστε τα ακόλουθα στοιχεία μαζί για κάθε κλίμακα και διαιρέστε με τον αριθμό των ειδών:

Υποφέρω ( 3, 5, 6, 8, 12, 18, 24, 28)

Θετικό μοίρασμα (14, 22, 23, 29, 30);

Ανταπόκριση στο κλάμα (1, 20, 25)

Συναισθηματική προσοχή (4, 9, 13, 27)

Κατανόηση των άλλων (10, 15, 16, 21)

Συναισθηματική μετάδοση (11, 17).

Πάρτε το μέσο όρο αυτών των υποκλιμάκων για να υπολογίσετε μια κλίμακα γενικής ενσυναίσθησης. Οι 30 ερωτήσεις είναι:

1. Κλαίω εύκολα όταν βλέπω μια θλιβερή ταινία.
2. Ορισμένα μουσικά κομμάτια μπορούν πραγματικά να με συγκινήσουν.
3. Το να βλέπεις ένα πληγωμένο ζώο στην άκρη του δρόμου είναι πολύ αναστατωμένο.
- 4-R. Δεν σκέφτομαι πολύ τα συναισθήματα των άλλων.
5. Με κάνει χαρούμενο όταν βλέπω τους ανθρώπους να είναι καλοί μεταξύ τους.
6. Τα βάσανα των άλλων με αναστατώνουν βαθιά.
7. Πάντα προσπαθώ να συντονίζομαι με τα συναισθήματα των γύρω μου.
8. Αναστατώνομαι πολύ όταν βλέπω ένα μικρό παιδί που του φέρονται άσχημα.
- 9-R. Υπερβολικά γίνεται η ταλαιπωρία των κατοικίδιων ή των ζώων.
10. Αν κάποιος στενοχωριέται, στενοχωριέμαι κι εγώ.
11. Όταν είμαι με άλλους ανθρώπους που γελούν, συμμετέχω.
12. Με τρελαίνει να βλέπω κάποιον να του φέρονται άδικα.
- 13-R. Σπάνια προσέχω όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν ο ένας τον άλλον θερμά.
14. Νιώθω χαρούμενος όταν βλέπω ανθρώπους να γελούν και να διασκεδάζουν.
15. Είναι εύκολο για μένα να παρασυρθώ από τα συναισθήματα των άλλων .
- 16-R. Τα συναισθήματά μου είναι δικά μου και δεν αντικατοπτρίζουν το πώς νιώθουν οι άλλοι.
17. Αν ένα πλήθος ενθουσιάζεται με κάτι, το ίδιο και εγώ.
18. Νιώθω καλά όταν βοηθάω κάποιον ή κάνω κάτι καλό για κάποιον.

19. Νιώθω βαθιά για τους άλλους.
- 20-R. Δεν κλαίω εύκολα.
21. Νιώθω τον πόνο των άλλων.
22. Βλέποντας άλλους ανθρώπους να χαμογελούν με κάνει να χαμογελάω.
23. Το να βρίσκομαι κοντά σε χαρούμενους ανθρώπους με κάνει να νιώθω και εγώ χαρούμενος.
24. Η τηλεόραση ή οι ειδήσεις για τραυματισμένα ή άρρωστα παιδιά με αναστατώνουν πολύ.
25. Κλαίω σε θλιβερά σημεία των βιβλίων που διαβάζω.
26. Όντας γύρω από τους ανθρώπους που πάσχουν από κατάθλιψη φέρνει τη διάθεσή μου προς τα κάτω .
- 27-R. Το βρίσκω ενοχλητικό όταν οι άνθρωποι κλαίνε δημόσια.
28. Πονάει να βλέπεις άλλο άτομο να πονάει.
29. Νιώθω μια ζεστή αίσθηση για κάποιον αν τον δω να βοηθάει ένα άλλο άτομο.
30. Νιώθω τη χαρά των άλλων. (Caruso and Mayer 1998).