

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ, ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ
ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΥΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΛΑΡΙΣΑΣ»**



Γκαντούνας Γεώργιος
ΑΜ Φοιτητή: 166955

Επιβλέπων Καθηγητής:
Δρ. Γεώργιος Νικολαΐδης

ΛΑΡΙΣΑ, 2026

Περιεχόμενα

◆ ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
◆ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
◆ ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1. Εισαγωγή στο αντικείμενο.....	7
2. Επιστημονική και κοινωνική αναγκαιότητα	9
3. Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	10
4. Ερευνητικά ερωτήματα / Υποθέσεις.....	10
◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Θεωρητικό Πλαίσιο.....	11
1.1 Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout).....	11
1.2 Ενσυναίσθηση στην Υγεία.....	14
1.3 Ψυχική Υγεία και Στρες	15
1.4 Κοινωνική Υποστήριξη και Εργασιακό Περιβάλλον	17
1.5 Θεωρητικά Μοντέλα και Σχέσεις μεταξύ Μεταβλητών	19
◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ερευνητική Μεθοδολογία	23
2.1 Τύπος και σχεδιασμός της έρευνας.....	23
2.2 Πληθυσμός και Δείγμα.....	23
2.3 Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων.....	24
2.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	25
2.5 Ηθικά Ζητήματα.....	26
2.6 Ανάλυση Δεδομένων.....	26
◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Παρουσίαση Αποτελεσμάτων	27
3.1 Έλεγχος Αξιοπιστίας Ερευνητικών Εργαλείων (Cronbach's Alpha)	27
3.2 Σχολιασμός των Ευρημάτων Αξιοπιστίας.....	28
3.3 Δημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Δείγματος	29
3.4 Σχολιασμός Δημογραφικών & Εργασιακών Δεδομένων.....	31

3.5 Ηλικία και Προϋπηρεσία του Δείγματος	32
3.6 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία Ερευνητικών Κλιμάκων.....	33
3.7 Ακαδημαϊκή Ερμηνεία των Μέσων Όρων	34
3.8 Επαγωγική Στατιστική: Ανάλυση Συσχετίσεων κατά Pearson (r).....	36
3.9 Ερμηνεία και Σχολιασμός των Συσχετίσεων	37
3.10 Διερεύνηση Διαφορών με βάση τα Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά (Independent Samples T-Test)	38
3.10.1 Διαφοροποιήσεις ως προς το Ωράριο Εργασίας	38
3.10.2 Διαφοροποιήσεις ως προς το Νοσοκομείο Εργασίας.....	39
3.10.3 Διαφοροποιήσεις ως προς τη Σχέση Εργασίας	40
3.10.4 Διαφοροποιήσεις ως προς το Εκπαιδευτικό Επίπεδο (One-Way ANOVA).....	41
3.10.5 Έλεγχος Πολλαπλών Συγκρίσεων (Post-Hoc Tukey HSD).....	43
3.10.6 Ανάλυση Ομοιογενών Υποσυνόλων (Homogeneous Subsets).....	43
◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συζήτηση – Ερμηνεία Αποτελεσμάτων	44
4.1 Ερμηνεία των Ευρημάτων και Σύνδεση με τη Διεθνή Βιβλιογραφία....	44
4.2 Επαγγελματική Εξουθένωση και Ψυχική Επιβάρυνση.....	45
4.3 Ο Προστατευτικός Ρόλος της Κοινωνικής Υποστήριξης	46
4.4 Ενσυναίσθηση και Προσωπική Επίτευξη	46
4.5 Η Επίδραση των Δημογραφικών και Εργασιακών Παραγόντων.....	47
4.5.1 Το Ωράριο Εργασίας ως Παράγοντας Κινδύνου	47
4.5.2 Το Εκπαιδευτικό Παράδοξο στην Ψυχική Υγεία.....	47
4.5.3 Περιορισμοί της Έρευνας.....	48
4.6 Συμπεράσματα και Προτάσεις	49
4.6.1 Συμπεράσματα.....	50
4.6.2 Προτάσεις για τη Διοίκηση των Νοσοκομείων.....	50
◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπεράσματα – Προτάσεις Πολιτικής Υγείας.....	51

5.1 Συμπεράσματα της Μελέτης	51
5.2 Προτάσεις Πολιτικής Υγείας	53
◆ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	55
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61
1. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	61
2. Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	65

◆ ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ). Αντικείμενο της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ενσυναίσθησης και της ψυχικής υγείας στο νοσηλευτικό προσωπικό των δύο δημόσιων νοσοκομείων της Λάρισας, εξετάζοντας παράλληλα τον ρυθμιστικό ρόλο που διαδραματίζει η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος βασίστηκε στη διαπίστωση ότι οι νοσηλευτές αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του συστήματος υγείας, οι οποίοι καθημερινά έρχονται αντιμέτωποι με έντονες ψυχοπρεστικές καταστάσεις, εργασιακή ανασφάλεια και αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας. Η ανάγκη για τη θωράκιση της ψυχικής τους υγείας και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους αποτελεί όχι μόνο ζήτημα επαγγελματικής ικανοποίησης, αλλά και θεμελιώδη προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες.

Με την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όσους συνέβαλαν στην πραγματοποίησή της. Πρωτίστως, ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Γεώργιο Νικολαΐδη, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική του υποστήριξη, την

υπομονή και τις καίριες παρατηρήσεις του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μελέτης.

Επιπλέον, εκφράζω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη προς τις διοικήσεις και τις διευθύνσεις της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας (Π.Γ.Ν.Λ.) και του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας (Γ.Ν.Λ.) για την άδεια διεξαγωγής της έρευνας. Ιδιαίτερα, ευχαριστώ από καρδιάς όλους τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες που συμμετείχαν στην έρευνα, οι οποίοι, παρά τον εξαιρετικά φορτωμένο εργασιακό τους χρόνο και τις απαιτητικές βάρδιες, ανταποκρίθηκαν πρόθυμα και αφιέρωσαν χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, το πιο βαθύ και ουσιαστικό ευχαριστώ ανήκει στην οικογένειά μου και στους δικούς μου ανθρώπους. Σε εκείνους που έγιναν το σταθερό μου καταφύγιο κάθε φορά που η κούραση λύγιζε τις αντοχές μου και η αμφιβολία σκίαζε την προσπάθειά μου. Η αμέριστη συμπαράσταση, η σιωπηλή τους υπομονή και η ακλόνητη πίστη τους σε μένα, αποτέλεσαν τον φάρο και τη δύναμη για να ολοκληρώσω αυτό το απαιτητικό ακαδημαϊκό ταξίδι. Αυτή η εργασία τους ανήκει δικαιωματικά, ως ελάχιστο αντίδωρο για την αγάπη με την οποία περιέβαλαν κάθε μου βήμα.

◆ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί διαχρονικά μια επαγγελματική ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση σοβαρής ψυχολογικής καταπόνησης (Galanis et al., 2021). Οι χρόνιες ελλείψεις προσωπικού, το απαιτητικό κυκλικό ωράριο

εργασίας και η συνεχής έκθεση στον ανθρώπινο πόνο στα δημόσια νοσοκομεία συνθέτουν ένα εξαιρετικά επιβαρυνμένο περιβάλλον, το οποίο ευνοεί την ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο την ψυχική υγεία όσο και την ικανότητα ενσυναίσθησης των εργαζομένων (Friganovic et al., 2019). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ενσυναίσθησης και της ψυχικής υγείας, αναφορικά με το άγχος, την κατάθλιψη και το στρες, στο νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Παράλληλα, εξετάστηκε η επίδραση των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών, καθώς και ο ρυθμιστικός και προστατευτικός ρόλος που διαδραματίζει η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική, συγχρονική μελέτη με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς σε δείγμα 136 νοσηλευτών που εργάζονταν στις δύο δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες της Λάρισας. Η συλλογή των δεδομένων βασίστηκε στο Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI), στην Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (DASS-21), στο Ερωτηματολόγιο Ενσυναίσθησης του Τορόντο (TEQ) και στην Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS), ενώ η στατιστική ανάλυση εκτελέστηκε μέσω του προγράμματος SPSS με την εφαρμογή περιγραφικής στατιστικής, ελέγχων t-test, ανάλυσης διακύμανσης (One-Way ANOVA) και αναλύσεων συσχέτισης Pearson r.

Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης ανέδειξαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό, με τον μέσο όρο να διαμορφώνεται στο 32.42. Μέσα από την επαγωγική στατιστική αποκαλύφθηκε μια ισχυρή και στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στη συναισθηματική εξάντληση και τη γενική ψυχική επιβάρυνση των νοσηλευτών, επαληθεύοντας τα σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα εργασιακών απαιτήσεων (Bakker and Demerouti, 2017; Molina-Praena et al., 2018). Αντίθετα, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη εμφάνισε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, επιβεβαιώνοντας τον προστατευτικό της ρόλο ως μηχανισμού ανάσχεσης του στρες (Cohen and Wills, 1985; Labrague et al., 2018). Η ενσυναίσθηση συνδέθηκε θετικά με την αίσθηση της προσωπικής επίτευξης, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ουσιαστική σύνδεση με τον ασθενή ενισχύει την επαγγελματική ικανοποίηση (Wilkinson, Whittington and Perry,

2017). Αναφορικά με τους εργασιακούς παράγοντες, οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε καθεστώς κυκλικού ωραρίου παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση σε σύγκριση με όσους απασχολούνταν σε σταθερό πρωινό ωράριο (Dall'Ora et al., 2020). Τέλος, εντοπίστηκε ένα αξιοσημείωτο εκπαιδευτικό παράδοξο, καθώς οι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ) κατέγραψαν τη μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση σε σχέση με τους αποφοίτους Δευτεροβάθμιας ή Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, και σε αντίθεση με τους κατόχους μεταπτυχιακών ή διδακτορικών τίτλων που εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι οι νοσηλευτές στη Λάρισα εργάζονται υπό συνθήκες έντονης ψυχολογικής πίεσης, με το κυκλικό ωράριο να αποτελεί σοβαρή εστία επιβάρυνσης, ενώ η κοινωνική υποστήριξη και η ενσυναίσθηση λειτουργούν ως κρίσιμοι αμυντικοί μηχανισμοί. Με βάση αυτά τα δεδομένα, κρίνεται επιβεβλημένη η λήψη μέτρων πολιτικής υγείας, όπως η ορθολογική αναδιοργάνωση των βαρδιών, η στρατηγική ενίσχυση της στελέχωσης των νοσοκομείων, η θεσμοθέτηση αυτόνομων δομών ψυχολογικής υποστήριξης του προσωπικού εντός των μονάδων υγείας, καθώς και η ουσιαστική θεσμική και κλινική αξιοποίηση των νοσηλευτών ανώτατης εκπαίδευσης με σκοπό την έγκαιρη πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Λέξεις-κλειδιά: Επαγγελματική Εξουθένωση, Ενσυναίσθηση, Ψυχική Υγεία, Κοινωνική Υποστήριξη, Νοσηλευτικό Προσωπικό, Λάρισα.

◆ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Εισαγωγή στο αντικείμενο

Οι σύγχρονοι οργανισμοί υγείας λειτουργούν σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αυξανόμενες απαιτήσεις, περιορισμένους πόρους και έντονη συναισθηματική φόρτιση (Zarf, 2002). **Στους οργανισμούς αυτούς**, το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της παροχής φροντίδας, φέροντας το κύριο βάρος της άμεσης επαφής με τον ανθρώπινο πόνο και τη διαχείριση κρίσιμων καταστάσεων (Aiken *et al.*, 2002). Ως αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες υγείας, και ειδικότερα οι νοσηλευτές, εκτίθενται συστηματικά σε υψηλούς ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, με σοβαρές επιπτώσεις στην επαγγελματική τους ευημερία και την ψυχική τους υγεία.

Η Επαγγελματική Εξουθένωση (*Burnout*), όπως ορίζεται από τους Maslach και Jackson (1981) ως σύνδρομο που περιλαμβάνει τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη προσωπική επίτευξη, αποτελεί μία από τις σοβαρότερες συνέπειες του χρόνιου εργασιακού στρες. Η αναγνώρισή της από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2019) ως «φαινόμενο που σχετίζεται με την εργασία» υπογραμμίζει την κρίσιμη ανάγκη για διερεύνηση των αιτίων της. Παράλληλα με το *burnout*, η **ψυχική υγεία** των νοσηλευτών απειλείται από πληθώρα παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες αλλά και ειδικότερων συνθηκών, όπως η ηθική δυσφορία (*moral distress*). Η έκθεση αυτή οδηγεί συχνά σε υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες (Koinis *et al.*, 2015).

Σε αυτό το πλαίσιο, δύο παράγοντες αποκτούν κεντρική σημασία ως **ρυθμιστές της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών** (Bakker & Demerouti, 2017): η ενσυναίσθηση, η οποία, αν και απαραίτητη, μπορεί να οδηγήσει σε συμπονετική κόπωση (Wilkinson *et al.*, 2017), και η κοινωνική υποστήριξη, η οποία λειτουργεί ως κρίσιμο ανάχωμα (*stress buffer*) έναντι των εργασιακών απαιτήσεων (Greenglass *et al.*, 1997). Η διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των **τεσσάρων αυτών μεταβλητών (επαγγελματική εξουθένωση, ψυχική υγεία, ενσυναίσθηση και κοινωνική υποστήριξη)**, βασιζόμενη στο Μοντέλο Απαιτήσεων-Πόρων Εργασίας (JD-R), είναι θεμελιώδης για την κατανόηση της επαγγελματικής ευημερίας στον χώρο της υγείας (Bakker & Demerouti, 2017).

2. Επιστημονική και κοινωνική αναγκαιότητα

Η ανάγκη διεξαγωγής της παρούσας μελέτης είναι διττή, καλύπτοντας τόσο την επιστημονική όσο και την κοινωνική αναγκαιότητα. Όσον αφορά την επιστημονική αναγκαιότητα, ενώ η διεθνής βιβλιογραφία είναι πλούσια σε μελέτες για το *burnout*, η ταυτόχρονη εξέταση της αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, ενσυναίσθησης και ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με την κοινωνική υποστήριξη, παρέχει ένα ολιστικό ερευνητικό μοντέλο. Η έμφαση στην ανάλυση της ρυθμιστικής λειτουργίας της γνωστικής ενσυναίσθησης (Hojat, 2007) και της κοινωνικής υποστήριξης (Halbesleben, 2006) έναντι των αρνητικών δεικτών ψυχικής υγείας και εξουθένωσης, ενισχύει την κατανόηση των προστατευτικών μηχανισμών στο πλαίσιο του Μοντέλου Απαιτήσεων-Πόρων Εργασίας. Προς ενίσχυση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων, η έρευνα χρησιμοποιεί ψυχομετρικά εργαλεία, όπως το DASS-21 και το MSPSS, τα οποία έχουν επικυρωθεί στο ελληνικό περιβάλλον (Lyrakos *et al.*, 2011; Theofilou, 2015). Η χρήση αυτή διασφαλίζει ότι η μελέτη διεξάγεται με έγκυρα μέσα, παράγοντας αποτελέσματα που είναι επιστημονικά συγκρίσιμα με προγενέστερες και σύγχρονες ερευνητικές προσπάθειες.

Σε επίπεδο κοινωνικής αναγκαιότητας, η διεξαγωγή της έρευνας στα δύο δημόσια νοσοκομεία της Λάρισας (ΠΓΝΛ και ΓΝΛ) αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την Περιφέρεια Θεσσαλίας. Τα αποτελέσματα θα παράσχουν τεκμηριωμένα δεδομένα, τα οποία είναι κρίσιμα για την οργανωσιακή βελτίωση των συγκεκριμένων νοσηλευτικών μονάδων. Συγκεκριμένα, η μελέτη θα επιτρέψει τον ακριβή εντοπισμό των ομάδων του νοσηλευτικού προσωπικού που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής δυσφορίας, βάσει αντικειμενικών δημογραφικών και εργασιακών δεικτών. Επιπλέον, η έρευνα αποσκοπεί στη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων που θα διευκολύνει τη χάραξη στοχευμένων οργανωσιακών παρεμβάσεων από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, όπως είναι τα προγράμματα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, η εκπαίδευση στη γνωστική ενσυναίσθηση και η βελτίωση της υποστήριξης των εργαζομένων. Τέλος, η ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρωταρχικό στόχο, καθώς η μείωση της εξουθένωσης και του στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και τον περιορισμό των ιατρικών λαθών (Aiken *et al.*, 2002).

3. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας είναι η διερεύνηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης, ενσυναίσθησης, ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη, στρες) και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και η ανάλυση των συσχετίσεων και των προβλεπτικών σχέσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών στο νοσηλευτικό προσωπικό των δύο δημόσιων νοσοκομείων της Λάρισας.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, τίθενται σαφείς **Στόχοι**. Αρχικά, στόχος είναι η εκτίμηση των επιπέδων των τριών διαστάσεων του *burnout* (Συναισθηματική Εξάντληση - EE, Αποπροσωποποίηση - DP, Μειωμένη Προσωπική Επίτευξη - PA) και των δεικτών ψυχικής δυσφορίας (Άγχος, Κατάθλιψη, Στρες) στο δείγμα της έρευνας. Παράλληλα, θα αξιολογηθούν τα επίπεδα ενσυναίσθησης (διαχωρίζοντας τη γνωστική από τη συναισθηματική συνιστώσα) και τα επίπεδα της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Προς περαιτέρω κατανόηση, θα εξεταστεί η επίδραση των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών (όπως η προϋπηρεσία, το τμήμα ή οι βάρδιες) στις κύριες μεταβλητές. Τέλος, ο κεντρικός στόχος είναι ο έλεγχος των συσχετίσεων μεταξύ των τεσσάρων βασικών ψυχοκοινωνικών μεταβλητών και ο προσδιορισμός του εάν η ενσυναίσθηση και η κοινωνική υποστήριξη αποτελούν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης και των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας.

4. Ερευνητικά ερωτήματα / Υποθέσεις

Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο που θα αναπτυχθεί παρακάτω στο Κεφάλαιο 1 και τους παραπάνω στόχους, διατυπώνονται οι ακόλουθες κύριες υποθέσεις (H), οι οποίες θα ελεγχθούν στατιστικά:

Υπόθεση 1 (H1 - Συσχέτιση burnout-ψυχική υγεία): Αναμένεται να υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης με τους δείκτες άγχους, κατάθλιψης και στρες, γεγονός που συνάδει με την επιστημονική βιβλιογραφία (Ahola & Hakanen, 2007).

Υπόθεση 2 (H2 - Ενσυναίσθηση-burnout): Προβλέπεται η ενσυναίσθηση να συσχετίζεται αρνητικά με την αποπροσωποποίηση, καθώς η γνωστική της διάσταση επιτρέπει την αποτελεσματικότερη διαχείριση των ορίων. Ωστόσο, η συναισθηματική ενσυναίσθηση ενδέχεται να συσχετίζεται θετικά με τη συναισθηματική εξάντληση (Wilkinson *et al.*, 2017).

Υπόθεση 3 (H3 - Κοινωνική υποστήριξη-burnout/ψυχική υγεία): Αναμένεται η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (ιδίως η συναδελφική και οργανωσιακή) να συσχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση και τους δείκτες ψυχικής δυσφορίας, επιβεβαιώνοντας τον ρόλο της ως προστατευτικού μηχανισμού (*stress buffer*) έναντι των εργασιακών πιέσεων (Greenglass *et al.*, 1997).

Υπόθεση 4 (H4 - Πρόβλεψη): Σύμφωνα με το Μοντέλο Απαιτήσεων-Πόρων Εργασίας, η κοινωνική υποστήριξη και η ενσυναίσθηση προβλέπεται να αποτελούν σημαντικούς ρυθμιστικούς παράγοντες, μετριάζοντας την αρνητική επίδραση του εργασιακού στρες (Demerouti *et al.*, 2001) στην εμφάνιση υψηλών επιπέδων *burnout* και επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας.

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Θεωρητικό Πλαίσιο

1.1 Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (*burnout*) αναδείχθηκε αρχικά από τον Freudenberger (1974), ο οποίος τη χαρακτήρισε ως μια κατάσταση συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης που παρατηρείται κυρίως στους

επαγγελματίες κοινωνικών υπηρεσιών και υγείας, δηλαδή σε άτομα που εργάζονται εντατικά με ανθρώπους. Το κυρίαρχο θεωρητικό μοντέλο, ωστόσο, διαμορφώθηκε από τους Maslach και Jackson (1981), οι οποίοι όρισαν το *burnout* ως ένα σύνδρομο που απαρτίζεται από τρεις αλληλένδετες διαστάσεις: τη Συναισθηματική Εξάντληση (*Emotional Exhaustion* - EE), την Αποπροσωποποίηση (*Depersonalization* - DP) και τη Μειωμένη Προσωπική Επίτευξη (*Reduced Personal Accomplishment* - PA). Η Συναισθηματική Εξάντληση αναφέρεται στο αίσθημα της εξάντλησης των ενεργειακών αποθεμάτων, η Αποπροσωποποίηση αφορά την ανάπτυξη κυνικής και απρόσωπης στάσης απέναντι στους λήπτες φροντίδας, ενώ η Μειωμένη Προσωπική Επίτευξη αντικατοπτρίζει την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας του ατόμου στην εργασία του (Maslach *et al.*, 2001).

Πέραν του κλασικού αυτού μοντέλου, η βιβλιογραφία εμπλουτίστηκε από περαιτέρω προσεγγίσεις, όπως αυτή της Pines (1998), η οποία εστίασε στην υπαρξιακή διάσταση της εξουθένωσης ως απόρροια της απώλειας νοήματος στην εργασία. Παράλληλα, το *Workplace Mismatch Model* των Leiter και Maslach (2005) τοποθετεί την εξουθένωση ως αποτέλεσμα της χρόνιας αναντιστοιχίας μεταξύ του εργαζομένου και έξι βασικών τομέων του εργασιακού περιβάλλοντος (φόρτος εργασίας, έλεγχος, ανταμοιβή, κοινότητα, δικαιοσύνη και αξίες). Οι παράγοντες κινδύνου στο νοσηλευτικό περιβάλλον είναι πολλαπλοί και περιλαμβάνουν τον αυξημένο φόρτο εργασίας, την έλλειψη ελέγχου και αυτονομίας, τις συγκρούσεις ρόλων, τις αυξημένες συναισθηματικές απαιτήσεις και την ανεπαρκή οργανωσιακή υποστήριξη (Maslach *et al.*, 2001). Οι συνέπειες της εξουθένωσης είναι σημαντικές, καθώς συνδέονται με μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, αυξημένη πρόθεση αποχώρησης, καθώς και με χειρότερα αποτελέσματα για τους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης των ιατρικών λαθών (Aiken *et al.*, 2002; Leiter & Maslach, 2016).

Παρά τη στενή συσχέτιση μεταξύ της εξουθένωσης και ψυχικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη, είναι κρίσιμο να διαχωριστούν εννοιολογικά (Schaufeli & Taris, 2005). Ενώ η κατάθλιψη είναι μια κλινική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διάχυτη δυσφορία και απώλεια ενδιαφέροντος για όλες τις δραστηριότητες της ζωής, η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο ειδικό για το εργασιακό πλαίσιο, σχετιζόμενο αποκλειστικά με το χρόνιο εργασιακό στρες και τις συνθήκες εργασίας. Η διάκριση αυτή επισημάνθηκε και με την πρόσφατη αναγνώριση του *burnout* από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2019) στο ICD-11 (*International* ΛΑΠΙΣΑ, 2026

Classification of Diseases, 11th Revision). Εκεί, η εξουθένωση κωδικοποιείται ως ένα «φαινόμενο που σχετίζεται με την εργασία» (*occupational phenomenon*) και περιγράφεται ως ένα σύνδρομο που προκύπτει από χρόνια, μη επιτυχώς διαχειριζόμενο στρες στον χώρο εργασίας, ενισχύοντας έτσι τον εργασιακό χαρακτήρα της έννοιας.

Το Μοντέλο Απαιτήσεων-Πόρων Εργασίας (*Job Demands-Resources - JD-R*) των Demerouti *et al.* (2001) προσφέρει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την κατανόηση της εξουθένωσης στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Το JD-R μοντέλο υποστηρίζει ότι οι **υψηλές** Απαιτήσεις Εργασίας (*Job Demands* – π.χ. φόρτος εργασίας, συναισθηματική κόπωση, βάρδιες) οδηγούν στη διαδικασία της φθοράς/βλάβης της υγείας (*health impairment process*) και τελικά στην εξάντληση. Αντίθετα, οι επαρκείς Πόροι Εργασίας (*Job Resources* – π.χ. κοινωνική υποστήριξη, αυτονομία, αναγνώριση) λειτουργούν ως αντισταθμιστικοί παράγοντες, μειώνοντας την εξουθένωση και ενισχύοντας τη δέσμευση (Bakker & Demerouti, 2017). Στους νοσηλευτές, οι **υψηλές** απαιτήσεις περιλαμβάνουν την έντονη συναισθηματική εργασία (*emotional labor*), τη συνεχή έκθεση στον ανθρώπινο πόνο και τη λήψη αποφάσεων υπό πίεση. Οι παράγοντες αυτοί καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για επαρκείς οργανωσιακούς και προσωπικούς πόρους, ώστε να αποτραπεί η μετάβαση από τη χρήσιμη ενσυναίσθηση στη συμπονετική κόπωση.

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης εκτείνονται πέρα από την άμεση ψυχολογική δυσφορία του ατόμου, επηρεάζοντας βαθιά τη λειτουργία ολόκληρου του οργανισμού υγείας. Σε οργανωσιακό επίπεδο, το burnout συνδέεται με αυξημένη κινητικότητα και ανακύκλιση του προσωπικού (*turnover*), συχνότερες απουσίες από την εργασία (*absenteeism*), καθώς και με μειωμένη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα (Simbula & Maslach, 2018). Αυτό μεταφράζεται σε σημαντικό οικονομικό κόστος, σε κενά στελέχωσης και σε επιδείνωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο εργασιακού στρες. Σε ατομικό επίπεδο, η χρόνια εξουθένωση έχει σοβαρές σωματικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης του κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, διαταραχές του ύπνου και εξασθενημένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Maslach *et al.*, 2001). Συνεπώς, η διερεύνηση των επιπέδων burnout στο νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τη διασφάλιση τόσο της υγείας των εργαζομένων όσο και της ασφάλειας των ασθενών.

1.2 Ενσυναίσθηση στην Υγεία

Η Ενσυναίσθηση (*Empathy*) ορίζεται ως η σύνθετη ικανότητα κατανόησης και συμμετοχής στη συναισθηματική κατάσταση του άλλου (Davis, 1994). Στη βιβλιογραφία, η ενσυναίσθηση διακρίνεται παραδοσιακά σε Γνωστική Ενσυναίσθηση, η οποία αφορά την ικανότητα κατανόησης της οπτικής γωνίας του άλλου (*perspective-taking*), και σε Συναισθηματική Ενσυναίσθηση, η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να βιώνει ή να ανταποκρίνεται συναισθηματικά στην κατάσταση του άλλου (Hojat, 2007).

Στο πλαίσιο της υγείας, η ενσυναίσθηση θεωρείται θεμελιώδης για την αποτελεσματική επικοινωνία, την οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες υγείας έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών και καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία (Derksen *et al.*, 2013). Η σχέση της ενσυναίσθησης με την επαγγελματική εξουθένωση είναι διφορούμενη: ενώ η γνωστική ενσυναίσθηση λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας, επιτρέποντας στους νοσηλευτές να συνδέονται με τους ασθενείς διατηρώντας ταυτόχρονα τα επαγγελματικά τους όρια, η υπερβολική συναισθηματική ενσυναίσθηση μπορεί να οδηγήσει σε συμπονετική κόπωση (*compassion fatigue*) και να αυξήσει τη συναισθηματική εξάντληση (Lamothe *et al.*, 2014; Wilkinson *et al.*, 2017).

Η διάκριση μεταξύ ενσυναίσθησης και συμπονετικής κόπωσης (*compassion fatigue*) είναι κρίσιμη για το νοσηλευτικό προσωπικό. Η συμπονετική κόπωση ορίζεται ως η φυσική, αναμενόμενη κατάσταση της συναισθηματικής και λειτουργικής εξάντλησης που προκύπτει από την **επαφή με τα τραυματικά γεγονότα** που βιώνουν οι ασθενείς. Αυτή η κατάσταση συνδυάζει την επαγγελματική εξουθένωση (*burnout*) και το δευτερογενές τραυματικό στρες (*secondary traumatic stress*) (Figley, 1995). Σε αντίθεση με το *burnout*, το οποίο προέρχεται κυρίως από το οργανωσιακό στρες, η συμπονετική κόπωση προκύπτει απευθείας από την ενσυναίσθηση και τη φροντίδα προς τον πάσχοντα. Η νοσηλευτική εργασία, ειδικά σε τμήματα υψηλής έντασης όπως τα Επείγοντα ή οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, εκθέτει συχνά τους επαγγελματίες σε αυτόν τον **δευτερογενή τραυματισμό** (Sorenson *et al.*, 2016).

Επιπλέον, η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μια στατική ικανότητα, καθώς μπορεί να μεταβληθεί και να επηρεαστεί από το εργασιακό περιβάλλον. Έρευνες υποδεικνύουν ότι η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας τείνει να μειώνεται κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας, φαινόμενο που αποδίδεται συχνά στην αύξηση της έκθεσης στο χρόνιο στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Hojat *et al.*, 2009). Αυτή η μείωση είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, καθώς η μειωμένη ενσυναίσθηση οδηγεί σε μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση, επηρεάζοντας αρνητικά τη σχέση ασθενούς-νοσηλευτή και υποβαθμίζοντας την ποιότητα της επικοινωνίας. Συνεπώς, η διατήρηση ή η ενίσχυση της ενσυναίσθησης απαιτεί οργανωσιακή υποστήριξη και εκπαιδευτικά προγράμματα που να επικεντρώνονται στην ανάπτυξη της γνωστικής ενσυναίσθησης και στην υιοθέτηση υγιών μηχανισμών αντιμετώπισης του συναισθηματικού κόστους της φροντίδας (Trezza *et al.*, 2020).

Η γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης, όπως μετράται από εργαλεία όπως το *Toronto Empathy Questionnaire* (TEQ), αποκτά ιδιαίτερη σημασία ως προστατευτικός παράγοντας. Επιτρέπει στον νοσηλευτή να κατανοεί τα συναισθήματα του ασθενούς χωρίς να τα υιοθετεί πλήρως, διατηρώντας έτσι την απαραίτητη επαγγελματική απόσταση και τη δυνατότητα αποτελεσματικής παρέμβασης. Οι επαγγελματίες που είναι ικανοί να διαχωρίζουν τη συναισθηματική φόρτιση του άλλου από τη δική τους, επιδεικνύουν υψηλότερη ψυχολογική ανθεκτικότητα (*resilience*) και είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν συναισθηματική εξάντληση ή κλινικούς δείκτες ψυχικής δυσφορίας (Kim & Han, 2020). Η παρούσα έρευνα, εξετάζοντας τα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με το *burnout* και τους δείκτες ψυχικής υγείας, φιλοδοξεί να αποσαφηνίσει τη συγκεκριμένη ρυθμιστική της λειτουργία στο νοσηλευτικό προσωπικό της Λάρισας.

1.3 Ψυχική Υγεία και Στρες

Η **Ψυχική Υγεία**, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2004), δεν είναι απλώς η απουσία ασθένειας, αλλά μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο είναι σε θέση να αξιοποιήσει τις ικανότητές του, να αντιμετωπίσει το φυσιολογικό στρες της ζωής και να εργαστεί παραγωγικά. Το **Στρες** περιγράφεται κλασικά από τον Selye (1976) μέσω του μοντέλου του *Γενικού Προσαρμοστικού*

Συνδρόμου (General Adaptation Syndrome), ως η μη ειδική αντίδραση του οργανισμού σε οποιαδήποτε απαίτηση τίθεται σε αυτόν. Αντίθετα, οι Lazarus και Folkman (1984) εστίασαν στη **γνωστική αξιολόγηση** (*appraisal*) των στρεσογόνων γεγονότων από το άτομο και στη σημασία της **στρατηγικής αντιμετώπισης** (*coping*) για τη διαχείριση της στρεσογόνου κατάστασης.

Στο νοσηλευτικό περιβάλλον, οι εργασιακές συνθήκες συχνά επιβαρύνουν τη ψυχική υγεία, καθώς οι νοσηλευτές εκτίθενται συνεχώς σε υψηλό φόρτο εργασίας, ηθικά διλήμματα, βάρδιες, και συναισθηματικά απαιτητικά περιστατικά (Koinis *et al.*, 2015). Η χρόνια έκθεση σε τέτοιους παράγοντες αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής δυσφορίας, όπως άγχος, κατάθλιψη και στρες. Για την αξιολόγηση αυτών των συμπτωμάτων, το εργαλείο **DASS-21** (Depression, Anxiety and Stress Scale) χρησιμοποιείται ευρέως, έχοντας αποδείξει την ψυχομετρική του επάρκεια τόσο σε διεθνές όσο και στο ελληνικό πλαίσιο (Lovibond & Lovibond, 1995; Lyrakos *et al.*, 2011).

Η συστηματική έκθεση σε υψηλό επίπεδο εργασιακών απαιτήσεων, ειδικά σε συνθήκες έλλειψης ελέγχου και πόρων, δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο στρες. Σημαντικά θεωρητικά μοντέλα, όπως το **Μοντέλο Ελέγχου/Απαίτησης (Job Demand-Control Model)** των Karasek και Theorell (1990), υποστηρίζουν ότι ο συνδυασμός υψηλών απαιτήσεων με χαμηλό έλεγχο στην εργασία οδηγεί σε υψηλό στρες και αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικής και σωματικής νόσου. Στην περίπτωση των νοσηλευτών, ο περιορισμένος έλεγχος στις αποφάσεις, παρά τις υψηλές απαιτήσεις για γρήγορες και σωστές αντιδράσεις, αποτελεί κεντρική πηγή άγχους (Greenglass *et al.*, 2001). Η αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το χρόνιο στρες οδηγεί τελικά σε κλινικά συμπτώματα ψυχικής δυσφορίας.

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την ψυχική υγεία των νοσηλευτών είναι η **ηθική δυσφορία** (*moral distress*). Αυτή προκύπτει όταν ο επαγγελματίας γνωρίζει την ηθικά σωστή πορεία δράσης, αλλά εμποδίζεται να την εφαρμόσει λόγω οργανωσιακών περιορισμών, έλλειψης πόρων ή γραφειοκρατίας (Jameton, 1984). Η χρόνια ηθική δυσφορία έχει συνδεθεί άμεσα με την εμφάνιση στρες, άγχους, κατάθλιψης και συναισθηματικής εξάντλησης στους επαγγελματίες υγείας, καθώς διαβρώνει τις προσωπικές τους αξίες και την αίσθηση της επαγγελματικής τους ταυτότητας (Corley, 2002). Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο στα δημόσια

νοσοκομεία, όπου οι ελλείψεις προσωπικού και οι οργανωσιακές δυσλειτουργίες επιτείνουν το χάσμα μεταξύ της επιθυμητής και της εφικτής φροντίδας.

Τέλος, η **ψυχολογική ανθεκτικότητα** (*psychological resilience*) αναδεικνύεται ως βασικός παράγοντας στη ρύθμιση της σχέσης μεταξύ εργασιακού στρες και ψυχικής υγείας. Η ανθεκτικότητα περιγράφεται ως η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις αντιξοότητες και να ανακάμπτει από αυτές (Connor & Davidson, 2003). Νοσηλευτές με υψηλή ανθεκτικότητα είναι σε θέση να χρησιμοποιούν πιο προσαρμοστικές στρατηγικές *coping* και να διατηρούν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας, ακόμη και υπό συνθήκες υψηλού στρες και φόρτου εργασίας (Mealer *et al.*, 2014). Συνεπώς, η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ψυχική υγεία, όπως η ενσυναίσθηση και η κοινωνική υποστήριξη, είναι ζωτικής σημασίας για τον εντοπισμό εκείνων των νοσηλευτών που βρίσκονται σε κίνδυνο και για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ενίσχυση της ανθεκτικότητάς τους.

1.4 Κοινωνική Υποστήριξη και Εργασιακό Περιβάλλον

Η Κοινωνική Υποστήριξη (*Social Support*) ορίζεται ως το σύνολο των πόρων (πληροφοριακών, συναισθηματικών, πρακτικών ή υλικών) που λαμβάνει ένα άτομο από το κοινωνικό του δίκτυο. Θεωρητικά μοντέλα, όπως αυτά των Cohen και Wills (1985) και Thoits (2011), υπογραμμίζουν ότι η υποστήριξη δρα ως κρίσιμος ρυθμιστικός παράγοντας (*stress buffer*) έναντι των αρνητικών επιπτώσεων του στρες στην υγεία. Η υπόθεση αυτή υποστηρίζει ότι η υποστήριξη λειτουργεί ως ανάχωμα, μετριάζοντας τη σχέση μεταξύ ενός στρεσογόνου γεγονότος (όπως ο υψηλός φόρτος εργασίας) και της εμφάνισης ψυχολογικής ή σωματικής δυσφορίας. Στο εργασιακό περιβάλλον, η υποστήριξη από τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και την οικογένεια αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για τη διατήρηση της ευεξίας.

Η έλλειψη αντιλαμβανόμενης υποστήριξης (η οποία σημειωτέον αποτελεί διαφορετικό μέγεθος από την αντικειμενική κοινωνική υποστήριξη) έχει συνδεθεί με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αυξημένη πρόθεση αποχώρησης (Halbesleben, 2006). Αντιθέτως, η αίσθηση ότι το άτομο υποστηρίζεται

επαρκώς μειώνει τον κίνδυνο εξουθένωσης και λειτουργεί προστατευτικά έναντι των ψυχολογικών επιβαρύνσεων (Greenglass *et al.*, 1997). Η Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS) χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της υποστήριξης από διαφορετικές πηγές (οικογένεια, φίλοι, σημαντικοί άλλοι) και έχει επικυρωθεί στην ελληνική γλώσσα, καθιστώντας την κατάλληλο εργαλείο για την παρούσα μελέτη (Theofilou, 2015).

Στον καθαυτό εργασιακό χώρο, η υποστήριξη διακρίνεται σε οργανωσιακή (από τη διοίκηση και τους προϊσταμένους) και συναδελφική (από τους ομότιμους). **Η διάκριση αυτή είναι ουσιώδης, καθώς οι εν λόγω πηγές αφορούν το επαγγελματικό πλαίσιο, διαφοροποιούμενες από την εξω-εργασιακή διαπροσωπική υποστήριξη, όπως είναι η οικογενειακή ή η φιλική.** Η οργανωσιακή υποστήριξη, η οποία περιλαμβάνει την αναγνώριση, την παροχή επαρκών πόρων και τη δίκαιη μεταχείριση, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντική στη μείωση της αποπροσωποποίησης και στην αύξηση της προσωπικής επίτευξης, καθώς ενισχύει την αίσθηση ότι η εργασία του ατόμου έχει αξία (Maslach *et al.*, 2001). Η αντίληψη ότι το νοσοκομείο εκτιμά τη συμβολή του νοσηλευτή και φροντίζει για την ευημερία του λειτουργεί ως ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες που προστατεύουν από το *burnout* (Demerouti *et al.*, 2001).

Αντίστοιχα, η συναδελφική υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση της συναισθηματικής εξάντλησης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες, καθώς παρέχει ένα ασφαλές πλαίσιο για την ανταλλαγή συναισθημάτων και εμπειριών, ιδιαίτερα μετά από δύσκολα περιστατικά (Sarafis *et al.*, 2016). Η ύπαρξη ενός θετικού κλίματος συνεργασίας και αλληλοβοήθειας εντός της νοσηλευτικής ομάδας επιτρέπει στους επαγγελματίες να εφαρμόζουν υγιείς στρατηγικές *coping*, όπως ο επαναπροσδιορισμός της κατάστασης και η συναισθηματική εκτόνωση. Έρευνες σε ελληνικά νοσοκομεία έχουν υπογραμμίσει ότι η χαμηλή συναδελφική υποστήριξη είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για υψηλά επίπεδα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης (Kontogianni & Lambrinou, 2021).

Επομένως, η μέτρηση της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη διπλωματική αυτή εργασία επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των εξωτερικών, διαπροσωπικών και κοινωνικών πόρων του νοσηλευτή. Η εστίαση στην υποστήριξη από το άμεσο περιβάλλον, όπως αυτό χαρτογραφείται μέσα από τις τρεις υποκλίμακες του εργαλείου MSPSS (οικογένεια, φίλοι και σημαντικοί άλλοι), επιτρέπει τον εντοπισμό του βαθμού στον οποίο οι εξω-εργασιακοί αυτοί πόροι

λειτουργούν προστατευτικά, αμβλύνοντας τη σχέση μεταξύ των νοσοκομειακών πιέσεων και της εκδήλωσης επαγγελματικής εξουθένωσης ή δεικτών ψυχικής δυσφορίας (άγχος, κατάθλιψη, στρες) στο νοσηλευτικό προσωπικό της Λάρισας. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για τη διαμόρφωση προτάσεων που στοχεύουν στην ενίσχυση της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (work-life balance), επιτρέποντας στο προσωπικό να διατηρεί ενεργά τα εξωτερικά του δίκτυα ασφαλείας.

1.5 Θεωρητικά Μοντέλα και Σχέσεις μεταξύ Μεταβλητών

Η παρούσα μελέτη εξετάζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των τεσσάρων κεντρικών ψυχοκοινωνικών μεταβλητών. Η διεθνής βιβλιογραφία παρέχει σαφή τεκμηρίωση για τις ακόλουθες σχέσεις: Καταρχάς, η Επαγγελματική Εξουθένωση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την Ψυχική Υγεία, λειτουργώντας ως ο κύριος **μεσολαβητής** της σχέσης μεταξύ εργασιακού στρες και εμφάνισης συμπτωμάτων όπως το άγχος και η κατάθλιψη (Ahola & Hakanen, 2007). Δεύτερον, η Ενσυναίσθηση αναμένεται να ρυθμίζει αυτή τη σχέση, με τη γνωστική της διάσταση να ενισχύει την ψυχολογική ανθεκτικότητα και να μειώνει την αποπροσωποποίηση (Wilkinson *et al.*, 2017). Τέλος, η Κοινωνική Υποστήριξη αναμένεται να λειτουργεί ως ισχυρός **ρυθμιστής**, μειώνοντας τόσο τον κίνδυνο εξουθένωσης όσο και τις επιπτώσεις του στρες στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού (Greenglass *et al.*, 1997). Η διερεύνηση αυτών των συσχετίσεων σε ένα κρίσιμο δείγμα όπως το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων της Λάρισας θα ενισχύσει την κατανόηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την ευημερία τους (Anagnostopoulos *et al.*, 1998; Koinis *et al.*, 2015).

Η πιο ισχυρή θεωρητική σύνδεση στην ψυχολογία της εργασίας αντικατοπτρίζεται στο **Μοντέλο Απαιτήσεων-Πόρων Εργασίας (JD-R)**, το οποίο λειτουργεί ως ενοποιητικό πλαίσιο για τη μελέτη μας. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η εξουθένωση (που συνδέεται στενά με την κακή ψυχική υγεία) είναι το αποτέλεσμα της διαδικασίας βλάβης της υγείας (*health impairment process*), η οποία ενεργοποιείται από υψηλές **Απαιτήσεις Εργασίας** (π.χ. φόρτος, συναισθηματική δυσφορία). Αντίθετα, η Κοινωνική Υποστήριξη και η Ενσυναίσθηση, όταν χρησιμοποιείται ως γνωστικός πόρος, εντάσσονται στους **Πόρους Εργασίας** (*Job*

Resources), οι οποίοι ενεργοποιούν τη διαδικασία των κινήτρων (*motivational process*), οδηγώντας σε μεγαλύτερη δέσμευση και μείωση της εξουθένωσης. Επομένως, το JD-R μοντέλο μας επιτρέπει να διατυπώσουμε την υπόθεση ότι οι εργασιακοί πόροι (ενσυναίσθηση, υποστήριξη) θα μετριάσουν την αρνητική επίδραση των απαιτήσεων (στρες) στους δείκτες ψυχικής υγείας και στο burnout των νοσηλευτών (Bakker & Demerouti, 2017).

Η σχέση μεταξύ **Ενσυναίσθησης** και **Burnout** απαιτεί ειδική διερεύνηση. Ενώ παραδοσιακά η ενσυναίσθηση θεωρείται προϋπόθεση για τη συμπόνια, η υπερβολική συναισθηματική έκθεση χωρίς επαρκείς μηχανισμούς γνωστικού ελέγχου (γνωστική ενσυναίσθηση) μετατρέπεται σε παράγοντα κινδύνου. Η *συμπόνοια* (compassion) θεωρείται πλέον ως το επιθυμητό αποτέλεσμα της ενσυναίσθησης, ενώ η *συμπονετική κόπωση* αποτελεί την παθολογική έκβαση, δηλαδή το κόστος της φροντίδας (Figley, 1995). Η γνωστική ενσυναίσθηση επιτρέπει στον νοσηλευτή να διατηρεί την επαγγελματική απόσταση και να μεταφράζει την κατανόηση σε δράση, μειώνοντας έτσι την **Αποπροσωποποίηση** – την κυνική αντίδραση στο συναισθηματικό βάρος της δουλειάς (Wilkinson *et al.*, 2017). Αντιθέτως, η επικράτηση της συναισθηματικής ενσυναίθησης χωρίς έλεγχο αυξάνει την **Συναισθηματική Εξάντληση**, καθιστώντας τον νοσηλευτή ευάλωτο σε συμπτώματα άγχους και στρες (Lamothe *et al.*, 2014).

Τέλος, η σημασία της **Κοινωνικής Υποστήριξης** έγκειται στον ρόλο της ως καταλυτικός παράγοντας για την ψυχική υγεία. Η υποστήριξη από συναδέλφους και προϊσταμένους ενισχύει την **αυτοαποτελεσματικότητα** (*self-efficacy*) των νοσηλευτών, δηλαδή την πίστη στην ικανότητά τους να διαχειριστούν απαιτητικές εργασιακές καταστάσεις, μειώνοντας έτσι τα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες (Bandura, 1997). Όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι έχουν ένα δίκτυο ασφαλείας, τόσο εντός όσο και εκτός του οργανισμού, είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) και να διατηρήσουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας (Connor & Davidson, 2003). Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ποσοτικοποίηση αυτών των ρυθμιστικών και μεσολαβητικών μηχανισμών, παρέχοντας τεκμηριωμένα δεδομένα για την ελληνική πραγματικότητα (Koinis *et al.*, 2015), γεγονός που είναι απαραίτητο για τη διαμόρφωση πολιτικών προαγωγής της ψυχικής υγείας στα νοσοκομεία της Λάρισας.

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ερευνητική Μεθοδολογία

2.1 Τύπος και σχεδιασμός της έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πρωτογενή, συγχρονική (cross-sectional) και ποσοτική εμπειρική έρευνα. Ο σχεδιασμός αυτός επιλέχθηκε καθώς επιτρέπει την ταυτόχρονη μέτρηση και αποτύπωση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ενσυναίσθησης, της ψυχικής υγείας και της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, διευκολύνοντας τον έλεγχο των στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της επισκόπησης (survey) μέσω δομημένων ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς.

2.2 Πληθυσμός και Δείγμα

Ο πληθυσμός-στόχος της έρευνας αποτέλεσε το εν ενεργεία νοσηλευτικό προσωπικό (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) που εργάζεται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Π.Γ.Ν.Λ.) και στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο & Τριανταφύλλειο» (Γ.Ν.Λ.). Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της δειγματολογίας ευκολίας (convenience sampling), λόγω των αντικειμενικών περιορισμών πρόσβασης και του εξαιρετικά επιβαρυσμένου προγράμματος των εργαζομένων.

Το τελικό δείγμα της μελέτης, κατόπιν αυστηρού ελέγχου εγκυρότητας και αποκλεισμού ελλιπώς συμπληρωμένων εντύπων, διαμορφώθηκε σε **136 έγκυρα ερωτηματολόγια** (N = 136). Στο αρχικό στάδιο της ανάλυσης, το δείγμα εμφανίζει έντονη αντιπροσώπευση του γυναικείου φύλου και εργαζομένων σε καθεστώς κυκλικού ωραρίου (βάρδιες).

2.3 Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της παρούσας μελέτης ήταν ένα ενιαίο, δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο απαρτιζόταν από πέντε διακριτές και εξειδικευμένες ενότητες.

Η πρώτη ενότητα αφορούσε τα Δημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά του δείγματος και περιλάμβανε 9 κλειστές ερωτήσεις αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το νοσοκομείο απασχόλησης, το κλινικό τμήμα, τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας, τη σχέση εργασίας και το εφαρμοζόμενο ωράριο. Η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε την Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory - MBI), η οποία αποτελείται από 22 προτάσεις και αξιολογεί τις τρεις θεμελιώδεις υποκλίμακες του συνδρόμου, δηλαδή τη Συναισθηματική Εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση και την Προσωπική Επίτευξη, με τις απαντήσεις να δίνονται σε 7βαθμη κλίμακα Likert (από 0 = Ποτέ, έως 6 = Κάθε μέρα).

Η τρίτη ενότητα αποτελούνταν από την Κλίμακα Ενσυναίσθησης (Toronto Empathy Questionnaire - TEQ), η οποία περιλαμβάνει 16 προτάσεις για την αξιολόγηση της συναισθηματικής ενσυναίσθησης σε 5βαθμη κλίμακα Likert (από 0 = Ποτέ, έως 4 = Πάντα), ενσωματώνοντας και αντίστροφα βαθμολογούμενες ερωτήσεις. Η τέταρτη ενότητα βασίστηκε στην Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS-21), η οποία περιλαμβάνει 21 προτάσεις (7 για κάθε ψυχολογική κατάσταση) με βάση την εμπειρία της τελευταίας εβδομάδας σε 4βαθμη κλίμακα Likert (από 0 = Καθόλου, έως 3 = Πάρα πολύ). Η πέμπτη ενότητα περιλάμβανε την Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS), η οποία αποτελείται από 12 προτάσεις που μετρούν την υποστήριξη από την Οικογένεια, τους Φίλους και τους Σημαντικούς Άλλους, σε 7βαθμη κλίμακα Likert (από 1 = Διαφωνώ απόλυτα, έως 7 = Συμφωνώ απόλυτα).

Αναφορικά με τη δεοντολογία της χρήσης των ανωτέρω ψυχομετρικών εργαλείων, επισημαίνεται ότι για το σύνολο των σταθμισμένων στην ελληνική γλώσσα εκδόσεων εξασφαλίστηκε η σχετική έγκριση και άδεια χρήσης για ακαδημαϊκούς και ερευνητικούς σκοπούς. Η παραχώρηση των εργαλείων πραγματοποιήθηκε είτε κατόπιν απευθείας ηλεκτρονικής επικοινωνίας με τους

υπεύθυνους ερευνητές που υλοποίησαν τη στάθμιση και εγκυροποίηση των κλιμάκων στον ελληνικό πληθυσμό, είτε μέσω της επίσημης χρήσης ανοικτών ακαδημαϊκών αποθετηρίων που επιτρέπουν την ελεύθερη αξιοποίησή τους για τη διεξαγωγή μεταπτυχιακών διατριβών με την υποχρέωση της ορθής βιβλιογραφικής αναφοράς.

2.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση έντυπων ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Η διανομή τους έλαβε χώρα στους φυσικούς χώρους εργασίας των δύο δημόσιων νοσοκομείων της Λάρισας, και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Π.Γ.Ν.Λ.) και στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Γ.Ν.Λ.). Τα ερωτηματολόγια παραδόθηκαν προσωπικά στους νοσηλευτές όλων των εργασιακών βαρδιών (πρωινή, απογευματινή, νυχτερινή). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ατομικά κατά τον ελεύθερο ή διαθέσιμο χρόνο τους, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ότι δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία των κλινικών και η παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς. Η επιστροφή των συμπληρωμένων εντύπων έγινε σε κλειστούς, αδιαφανείς φακέλους προκειμένου να διασφαλιστεί πλήρως η ιδιωτικότητα και η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Αναφορικά με το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) της ερευνητικής διαδικασίας, διανεμήθηκαν συνολικά 200 έντυπα ερωτηματολόγια σε ισάριθμους νοσηλευτές που πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής και εργάζονταν στα δύο νοσοκομεία αναφοράς κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης. Από το σύνολο των διανεμηθέντων εντύπων, επιστράφηκαν συμπληρωμένα 145 ερωτηματολόγια, αποδίδοντας ένα ιδιαίτερα ικανοποιητικό αρχικό ποσοστό ανταπόκρισης της τάξης του 72.5%. Κατά τη μετέπειτα διαδικασία της ποιοτικής διαλογής και του ελέγχου πληρότητας των δεδομένων, 9 ερωτηματολόγια αποκλείστηκαν από την περαιτέρω στατιστική επεξεργασία καθώς είχαν συμπληρωθεί ελλιπώς, παρουσιάζοντας μεγάλο ποσοστό μη απαντημένων ερωτήσεων (άνω του 10%) στις βασικές ψυχομετρικές κλίμακες. Η ανωτέρω μεθοδολογική διεργασία κατέληξε στη συγκέντρωση 136 έγκυρων, επαρκώς και πλήρως συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ($N = 136$), τα οποία εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS για την εκτέλεση των τελικών αναλύσεων.

2.5 Ηθικά Ζητήματα

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε και διεξήχθη με απόλυτο σεβασμό στους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας και της βιοηθικής. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, κάθε συμμετέχων λάμβανε γραπτή ενημέρωση για τον σκοπό, τη φύση και τη σημασία της μελέτης. Η συμμετοχή ήταν εξ ολοκλήρου εθελοντική, με ρητή διαβεβαίωση ότι η άρνηση συμμετοχής δεν θα είχε καμία επίπτωση στην εργασιακή τους κατάσταση. Διασφαλίστηκε πλήρως η ανωνυμία των νοσηλευτών, καθώς δεν συλλέχθηκαν προσωπικά στοιχεία ταυτοποίησης (όπως ονοματεπώνυμο ή αριθμός μητρώου), ενώ τονίστηκε ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη στατιστική επεξεργασία της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας. Η συγκατάθεση των συμμετεχόντων δόθηκε ενυπόγραφα μέσω ειδικού πεδίου στο έντυπο.

2.6 Ανάλυση Δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του εξειδικευμένου στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics (έκδοση 26). Η μεθοδολογική προσέγγιση της ανάλυσης διαρθρώθηκε σε δύο κεντρικούς άξονες, περιλαμβάνοντας την περιγραφική και την επαγωγική στατιστική.

Αρχικά, στο πλαίσιο της περιγραφικής στατιστικής, διενεργήθηκε υπολογισμός των απολύτων συχνοτήτων και των σχετικών ποσοστών για τη σχηματική αποτύπωση των κατηγορικών μεταβλητών, όπως είναι το φύλο, το νοσοκομείο εργασίας και το ωράριο απασχόλησης. Αντιστοίχως, για τις ποσοτικές μεταβλητές, στις οποίες περιλαμβάνονται η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας καθώς και τα συνολικά σκορ των ερευνητικών κλιμάκων, υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις, προκειμένου να αποτιμηθούν οι κεντρικές τάσεις και η διασπορά του δείγματος.

Στη συνέχεια, η επαγωγική στατιστική επιστρατεύθηκε για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ερευνητικών εργαλείων και την επαλήθευση των ερευνητικών υποθέσεων. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας

εσωτερικής συνέπειας των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων μέσω του δείκτη Cronbach's alpha, ώστε να διασφαλιστεί η ψυχομετρική τους σταθερότητα.

Ακολούθως, για τη διερεύνηση της κατεύθυνσης και της ισχύος των γραμμικών σχέσεων ανάμεσα στις κεντρικές μεταβλητές της μελέτης, δηλαδή την επαγγελματική εξουθένωση, την ενσυναίσθηση, την ψυχική υγεία και την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, εφαρμόστηκε ο συντελεστής γραμμικής συνάφειας Pearson r.

Τέλος, για τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων στους μέσους όρους των κλιμάκων μεταξύ ανεξάρτητων ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος κριτηρίου t για ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples T-Test) στις μεταβλητές με δύο κατηγορίες, όπως η σύγκριση με βάση το ωράριο εργασίας, καθώς και η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA) για τη σύγκριση μεταξύ πολλαπλών ομάδων, όπως οι διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης. Για το σύνολο των επαγωγικών στατιστικών ελέγχων, το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε βάσει του διεθνούς ακαδημαϊκού κριτηρίου $p < 0.05$.

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

3.1 Έλεγχος Αξιοπιστίας Ερευνητικών Εργαλείων (Cronbach's Alpha)

Πριν από τη διενέργεια των επαγωγικών στατιστικών αναλύσεων και τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Internal Consistency Reliability) μέσω του δείκτη **Cronbach's alpha** για το σύνολο των σταθμισμένων κλιμάκων και υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου. Ως ελάχιστο αποδεκτό όριο αξιοπιστίας για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης ορίστηκε η τιμή 0.60, ενώ τιμές άνω του 0.70 και 0.80 υποδηλώνουν υψηλή και εξαιρετική αξιοπιστία αντίστοιχα.

Στον **Πίνακα 3.1** παρουσιάζονται αναλυτικά οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's alpha, καθώς και ο αριθμός των ερωτήσεων (items) που απαρτίζουν την

κάθε κλίμακα/υποκλίμακα για το τελικό έγκυρο δείγμα των 136 νοσηλευτών (N = 136).

Πίνακας 3.1

Δείκτες εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) των ερευνητικών κλιμάκων (N = 136)

Ερευνητικό Εργαλείο / Υποκλίμακα	Αριθμός Ερωτήσεων (N of items)	Δείκτης Αξιοπιστίας (Cronbach's α)	Επίπεδο Αξιοπιστίας
MBI:Συναισθηματική Εξάντληση	9	0.859	Εξαιρετικό
MBI:Αποπροσωποποίηση	5	0.691	Ικανοποιητικό / Αποδεκτό
MBI:Προσωπική Επίτευξη	8	0.693	Ικανοποιητικό / Αποδεκτό
TEQ:Συνολική Ενσυναίσθηση	15	0.666	Ικανοποιητικό / Αποδεκτό
DASS-21: Ψυχική Υγεία (Γενικό Σκορ)	21	0.953	Εξαιρετικό / Άριστο
MSPSS:Κοινωνική Υποστήριξη	12	0.905	Εξαιρετικό / Άριστο

3.2 Σχολιασμός των Ευρημάτων Αξιοπιστίας

Όπως διαπιστώνεται από τα εμπειρικά δεδομένα του Πίνακα 3.1, το σύνολο των ερευνητικών εργαλείων που επιστρατεύθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης επέδειξε επαρκή έως εξαιρετική ψυχομετρική σταθερότητα, διασφαλίζοντας την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των παραγόμενων συμπερασμάτων.

Ειδικότερα, η κλίμακα DASS-21, η οποία αποσκοπεί στην αξιολόγηση της γενικευμένης ψυχικής επιβάρυνσης μέσω των διαστάσεων του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες, κατέγραψε τον υψηλότερο δείκτη εσωτερικής συνέπειας ($\alpha = 0.953$). Η ισχυρή αυτή τιμή τεκμηριώνει ότι οι 21 προτάσεις που απαρτίζουν το εργαλείο χαρακτηρίζονται από απόλυτη εννοιολογική ομοιογένεια,

αποτυπώνοντας με υψηλή ακρίβεια το ψυχολογικό προφίλ του υπό εξέταση δείγματος.

Παρομοίως, η Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS) παρουσίασε εξαιρετική στατιστική συμπεριφορά ($\alpha = 0.905$), επιβεβαιώνοντας τη δομική σταθερότητα των ερωτήσεων που διερευνούν το υποστηρικτικό περιβάλλον των συμμετεχόντων, όπως αυτό διαμορφώνεται από την οικογένεια, τους φίλους και τους σημαντικούς άλλους.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης MBI (Maslach Burnout Inventory), η διάσταση της Συναισθηματικής Εξάντλησης εμφάνισε υψηλή εσωτερική συνέπεια ($\alpha = 0.859$), ενώ οι υποκλίμακες της Αποπροσωποποίησης ($\alpha = 0.691$) και της Προσωπικής Επίτευξης ($\alpha = 0.693$) προσέγγισαν το βέλτιστο όριο του 0.70. Οι συγκεκριμένοι δείκτες κρίνονται απόλυτα ικανοποιητικοί, καθώς εναρμονίζονται πλήρως με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη σταθερότητα της συγκεκριμένης κλίμακας όταν αυτή εφαρμόζεται σε πληθυσμούς επαγγελματιών υγείας.

Τέλος, η Κλίμακα Ενσυναίσθησης του Τορόντο (TEQ) κατέγραψε δείκτη αξιοπιστίας $\alpha = 0.666$ για τις 15 ερωτήσεις που συμπεριλήφθηκαν στην τελική επεξεργασία. Η τιμή αυτή επαληθεύει ότι η εσωτερική δομή του εργαλείου παραμένει έγκυρη και σταθερή, επικυρώνοντας τη μεθοδολογική ορθότητα της αντίστροφης βαθμολόγησης που εφαρμόστηκε στις αρνητικά διατυπωμένες προτάσεις της κλίμακας.

3.3 Δημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία που αφορούν τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτελείται από 136 έγκυρα ερωτηματολόγια ($N = 136$). Τα αποτελέσματα των συχνοτήτων (Frequencies, n) και των σχετικών ποσοστών (Percentages, %) αποτυπώνονται συγκεντρωτικά στον **Πίνακα 3.2**.

Πίνακας 3.2

Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών του δείγματος (N = 136)

Χαρακτηριστικό	Κατηγορία	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρας (M)	30	22.1
	Γυναίκα (F)	106	77.9
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	35	25.7
	Έγγαμος/η	82	60.3
	Διαζευγμένος/η	14	10.3
	Χήρος/α	5	3.7
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	ΔΕ (Δευτεροβάθμιας)	41	30.1
	ΤΕ (Τεχνολογικής)	40	29.4
	ΠΕ (Πανεπιστημιακής)	20	14.7
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	35	25.7
Νοσοκομείο Εργασίας	Π.Γ.Ν. Λάρισας	84	61.8
	Γ.Ν. Λάρισας	52	38.2
Τμήμα / Κλινική	Χειρουργικός Τομέας	44	32.4
	Παθολογικός Τομέας	37	27.
	& Εξωτερικά Ιατρεία		2

	Μητρότητα & Παιδί (Μαιευτική/Παιδιατρική)	17	12.5
	ΤΕΠ	13	9.6
	Καρδιολογικός Τομέας / Στεφανιαία	11	8.1
	Νεφρολογική / MTN	10	7.4
	Εντατική Θεραπεία (ΜΕΘ / ΜΑΦ)	4	2.9
Σχέση Εργασίας	Μόνιμος / Μόνιμη	109	80.1
	ΙΔΟΧ / Επικουρικός / Συμβασιούχος	27,2	19.9
Ωράριο Εργασίας	Πρωινό / Σταθερό	36	26.5
	Κυκλικό (Βάρδιες)	100	73.5

3.4 Σχολιασμός Δημογραφικών & Εργασιακών Δεδομένων

Με βάση τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα του Πίνακα 3.2, το κοινωνικοδημογραφικό και επαγγελματικό προφίλ του υπό εξέταση δείγματος παρουσιάζει συγκεκριμένες τάσεις. Αναφορικά με το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, διαπιστώνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελείται από γυναίκες (77.9%), εύρημα το οποίο εναρμονίζεται πλήρως με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα που αναδεικνύουν τη γυναικεία υπερεκπροσώπηση στο συγκεκριμένο επάγγελμα. Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι έγγαμοι (60.3%), ενώ το 25.7% δηλώνουν άγαμοι.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, οι συμμετέχοντες χαρακτηρίζονται από υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς ποσοστό που υπερβαίνει το 40% κατέχει τίτλο Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ή Μεταπτυχιακό και Διδακτορικό τίτλο σπουδών (14.7% και 25.7% αντίστοιχα). Οι υπόλοιπες εκπαιδευτικές βαθμίδες, και συγκεκριμένα οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, κατανέμονται σχεδόν ισόποσα στο δείγμα, συγκεντρώνοντας ποσοστό προσεγγιστικά 30% για κάθε κατηγορία.

Σε επίπεδο εργασιακού πλαισίου, το 61.8% των νοσηλευτών απασχολείται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, ενώ το υπόλοιπο 38.2%

στελεχώνει το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Η κατανομή των εργαζομένων στα επιμέρους τμήματα αναδεικνύει ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές στελεχώνουν τον Χειρουργικό Τομέα (32.4%) καθώς και τον Παθολογικό Τομέα σε συνδυασμό με τα Εξωτερικά Ιατρεία (27.2%), με το υπόλοιπο ποσοστό του προσωπικού να επιμερίζεται στις εξειδικευμένες μονάδες, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και τον τομέα Μαιευτικής και Παιδιατρικής.

Τέλος, αναφορικά με το εργασιακό καθεστώς, οι οκτώ στους δέκα νοσηλευτές είναι μόνιμοι υπάλληλοι (80.1%), ενώ το 19.9% εργάζεται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, καλύπτοντας θέσεις ως επικουρικό προσωπικό ή συμβασιούχοι. Το προφίλ του δείγματος συμπληρώνεται από το εύρημα ότι το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων (73.5%) απασχολείται σε κυκλικό ωράριο εργασίας με βάρδιες, στοιχείο που αποτυπώνει με σαφήνεια τις απαιτητικές και πιεστικές συνθήκες λειτουργίας που διέπουν τα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα.

3.5 Ηλικία και Προϋπηρεσία του Δείγματος

Στον **Πίνακα 3.3** παρουσιάζονται οι δείκτες περιγραφικής στατιστικής (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος και τυπική απόκλιση) που αφορούν τα ποσοτικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, δηλαδή την ηλικία και τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας τους στο επάγγελμα.

Πίνακας 3.3

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία ηλικίας και προϋπηρεσίας του δείγματος (N = 136)

Μεταβλητή	Ελάχιστη (Min)	Μέγιστη (Max)	Μέσος Όρος (M)	Τυπική Απόκλιση (SD)
Ηλικία (Έτη)	24	63	46.37	10.24
Προϋπηρεσία (Έτη)	1	39	19.01	10.97

Σχολιασμός:

Με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 3.3, η μέση ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος είναι τα 46.37 έτη ($SD = 10.24$), με το ηλικιακό εύρος να εκτείνεται από τα 24 έως τα 63 έτη, γεγονός που υποδηλώνει ένα ισορροπημένο δείγμα μεταξύ νέων και έμπειρων στελεχών. Αντιστοίχως, ο μέσος όρος των ετών προϋπηρεσίας ανέρχεται στα 19.01 έτη ($SD = 10.97$), με ελάχιστη τιμή το 1 έτος και μέγιστη τα 39 έτη, επιβεβαιώνοντας ότι το υπό εξέταση δείγμα χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εμπειρίας στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ενώ οι επιμέρους τιμές εναρμονίζονται πλήρως με τα ηλικιακά κριτήρια του νοσηλευτικού πληθυσμού.

3.6 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία Ερευνητικών Κλιμάκων

Στην ενότητα αυτή αναλύονται οι κεντρικές τάσεις και οι διασπορές των συνολικών σκορ των κλιμάκων της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (MBI), της Ενσυναίσθησης (TEQ), της Ψυχικής Υγείας (DASS-21) και της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον **Πίνακα 3.4**.

Πίνακας 3.4

Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες των ερευνητικών κλιμάκων (N = 136)

Ερευνητική Κλίμακα / Διάσταση	Ελάχιστη (Min)	Μέγιστη (Max)	Μέσος Όρος (M)	Τυπική Απόκλιση (SD)
MBI: Συναισθηματική Εξάντληση	0.00	54.00	32.42	10.86
MBI: Αποπροσωποποίηση	0.00	30.00	11.95	6.35
MBI: Προσωπική Επίτευξη	9.00	48.00	31.50	6.94

TEQ:Συνολική Ενσυναίσθηση	1.60	2.67	2.11	0.21
DASS-21: Ψυχική Υγεία (Γενικό Σκορ)	0.00	63.00	17.35	13.55
MSPSS:Κοινωνική Υποστήριξη	2.00	7.00	5.93	1.04

3.7 Ακαδημαϊκή Ερμηνεία των Μέσων Όρων

Αναφορικά με τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα των ερευνητικών εργαλείων, η ανάλυση των αποτελεσμάτων προσφέρει μια σαφή αποτύπωση των υπό εξέταση μεταβλητών. Αρχικά, στην Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης (MBI), η διάσταση της Συναισθηματικής Εξάντλησης καταγράφει έναν ιδιαίτερα υψηλό μέσο όρο ($M = 32.42$, $SD = 10.86$), εύρημα το οποίο τεκμηριώνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό στη Λάρισα βιώνει έντονο καθεστώς ψυχικής και σωματικής αποστράγγισης ως απόρροια των εργασιακών του καθηκόντων. Στον αντίποδα, η διάσταση της Αποπροσωποποίησης, η οποία αντανακλά την υιοθέτηση μιας κυνικής ή αποστασιοποιημένης στάσης απέναντι στους λήπτες υπηρεσιών υγείας, κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα ($M = 11.95$, $SD = 6.35$). Παράλληλα, η υποκλίμακα της Προσωπικής Επίτευξης κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα ($M = 31.50$, $SD = 6.94$), στοιχείο που υποδηλώνει ότι, παρά την εκτεταμένη κόπωση, οι νοσηλευτές διατηρούν σε σημαντικό βαθμό την αίσθηση της επαγγελματικής τους επάρκειας και αντλούν ικανοποίηση από το παραγόμενο έργο.

Σχετικά με την αξιολόγηση της Ψυχικής Υγείας μέσω της κλίμακας DASS-21, ο γενικός μέσος όρος του δείγματος διαμορφώνεται στο $M = 17.35$ ($SD = 13.55$). Με βάση τη συνολική βαθμολόγηση του εργαλείου, η συγκεκριμένη τιμή υποδηλώνει την ύπαρξη μιας ήπιας έως μέτριας γενικευμένης ψυχικής επιβάρυνσης, αναφορικά με τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και στρες. Αξίζει, ωστόσο, να επισημανθεί η ευρεία τυπική απόκλιση που παρατηρείται, η οποία αναδεικνύει μια έντονη ανομοιογένεια και διασπορά στο εσωτερικό του δείγματος, καθώς συνυπάρχουν εργαζόμενοι με πλήρη απουσία ψυχολογικής συμπτωματολογίας αλλά και νοσηλευτές που αγγίζουν τα ανώτατα όρια της κλίμακας, βιώνοντας σοβαρή ψυχική δυσφορία.

Επιπλέον, η διερεύνηση της Ενσυναίσθησης μέσω του ερωτηματολογίου TEQ ανέδειξε έναν μέσο όρο $M = 2.11$ ($SD = 0.21$), με ανώτατη δυνατή τιμή το 4.00. Το αποτέλεσμα αυτό αντανακλά μια μέτρια και σταθερή εμφάνιση ενσυναισθητικής συμπεριφοράς και συναισθηματικής κατανόησης από την πλευρά του προσωπικού. Η εξαιρετικά περιορισμένη τυπική απόκλιση επιβεβαιώνει τη χαμηλή διακύμανση μεταξύ των συμμετεχόντων, υποδεικνύοντας ομοιογένεια στον τρόπο με τον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τη συναισθηματική σύνδεση με τον ασθενή.

Τέλος, τα δεδομένα της Πολυδιάστατης Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS) παρουσιάζουν έναν ιδιαίτερα υψηλό μέσο όρο, ο οποίος προσεγγίζει το $M = 5.93$ ($SD = 1.04$), με άριστα το 7.00. Η υψηλή αυτή αποτίμηση καταδεικνύει ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την ύπαρξη ενός εξαιρετικά ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου στο άμεσο περιβάλλον τους, προερχόμενο κυρίως από την οικογένεια, τους φίλους και τους σημαντικούς άλλους. Το εύρημα αυτό κρίνεται ιδιαίτερα κρίσιμο, καθώς τεκμηριώνει ότι η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν δυναμικό και πολυδιάστατο πόρο, ο οποίος αντικατοπτρίζει τόσο ενδοοργανωσιακούς όσο και εξωοργανωσιακούς παράγοντες. Με βάση τη δομή και τη στοχοθεσία του χρησιμοποιούμενου εργαλείου MSPSS, προκύπτει η εκτίμηση ότι η υποστήριξη αυτή εκπορεύεται σε σημαντικότερο βαθμό από το ευρύτερο διαπροσωπικό και κοινωνικό περιβάλλον των εργαζομένων. Ο πόρος αυτός λειτουργεί ως μια σταθερή προστατευτική ασπίδα ανάσχεσης και μείωσης του αντιλαμβανόμενου στρες, θωρακίζοντας την ψυχική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών απέναντι στις καθημερινές επαγγελματικές πιέσεις του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

3.8 Επαγωγική Στατιστική: Ανάλυση Συσχετίσεων κατά Pearson (r)

Για τη διερεύνηση των γραμμικών σχέσεων ανάμεσα στις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, της Συνολικής Ενσυναίσθησης, της Ψυχικής Υγείας και της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συνάφειας του Pearson (r).

Οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0.05$ και $p < 0.01$. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.5.

Πίνακας 3.5

Συντελεστές γραμμικής συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των ερευνητικών μεταβλητών (N = 136)

Μεταβλητές	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
[1] MBI: Συναισθηματική Εξάντληση	1					
[2] MBI: Αποπροσωποποίηση	0.528**	1				
[3] MBI: Προσωπική Επίτευξη	-0.117	-0.198*	1			
[4] TEQ: Συνολική Ενσυναίσθηση	-0.040	-0.147	0.301**	1		
[5] DASS-21: Ψυχική Υγεία	0.655**	0.384**	-0.075	-0.010	1	
[6] MSPSS: Κοινωνική Υποστήριξη	-0.231**	-0.210*	0.155	0.283**	0.134	1

* Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0.05 (2-tailed). Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

3.9 Ερμηνεία και Σχολιασμός των Συσχετίσεων

Από την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων του Πίνακα 3.5 προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα, τα οποία απαντούν με σαφήνεια στα κεντρικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Αρχικά, αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχικής υγείας, καταγράφηκε μια ισχυρή, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στη διάσταση της Συναισθηματικής Εξάντλησης και το γενικό σκορ της Ψυχικής Υγείας ($r = 0.655$, $p < 0.01$). Το συγκεκριμένο εύρημα υποδηλώνει ότι όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της συναισθηματικής κόπωσης και του αδεϊσματος που βιώνουν οι νοσηλευτές στο εργασιακό τους περιβάλλον, τόσο εντείνεται αναλογικά η γενικότερη ψυχολογική τους επιβάρυνση, εκδηλώνόμενη με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και στρες. Επιπλέον, η διάσταση της Αποπροσωποποίησης βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την ψυχική επιβάρυνση ($r = 0.384$, $p < 0.01$), γεγονός που καταδεικνύει ότι η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η κυνική αντιμετώπιση των ασθενών συνδέονται άμεσα με φτωχότερη ψυχική υγεία του ίδιου του νοσηλευτή.

Σχετικά με τον ρόλο της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, η στατιστική ανάλυση ανέδειξε μια στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της μεταβλητής αυτής τόσο με τη Συναισθηματική Εξάντληση ($r = -0.231$, $p < 0.01$) όσο και με την Αποπροσωποποίηση ($r = -0.210$, $p < 0.05$). Το στοιχείο αυτό αναδεικνύει τον καθοριστικό προστατευτικό ρόλο που διαδραματίζει το υποστηρικτικό περιβάλλον της οικογένειας και των φίλων, καθώς οι νοσηλευτές που αντιλαμβάνονται ότι διαθέτουν ισχυρή στήριξη εκτός εργασίας τείνουν να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παράλληλα, εξετάζοντας τη σχέση της ενσυναίσθησης με την επαγγελματική ικανοποίηση, διαπιστώθηκε ότι η Συνολική Ενσυναίσθηση παρουσιάζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την υποκλίμακα της Προσωπικής Επίτευξης ($r = 0.301$, $p < 0.01$). Η εύρεση αυτή τεκμηριώνει ότι οι νοσηλευτές που διατηρούν ενεργή την ικανότητα να κατανοούν και να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις ανάγκες των ασθενών βιώνουν ταυτόχρονα μια ενισχυμένη αίσθηση επαγγελματικής επάρκειας, επιτυχίας και ηθικής ικανοποίησης από το λειτούργημά τους.

Τέλος, η στατιστική επεξεργασία αποκάλυψε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής θετικής συσχέτισης μεταξύ της Ενσυναίσθησης και της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης ($r = 0.283$, $p < 0.01$). Το εύρημα αυτό φανερώνει ότι ένα σταθερό, υγιές και υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο τροφοδοτεί θετικά τα ψυχικά αποθέματα του νοσηλευτή, λειτουργώντας ως διευκολυντικός παράγοντας που του επιτρέπει να παραμένει ενσυναισθητικός κατά την παροχή της κλινικής φροντίδας.

3.10 Διερεύνηση Διαφορών με βάση τα Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά (Independent Samples T-Test)

Για τον έλεγχο πιθανών διαφοροποιήσεων στους μέσους όρους των ερευνητικών κλιμάκων (Συναισθηματική Εξάντληση, Ενσυναίσθηση, Ψυχική Υγεία, Κοινωνική Υποστήριξη) ως προς τις ονομαστικές δημογραφικές μεταβλητές που αποτελούνται από δύο κατηγορίες (Νοσοκομείο, Σχέση Εργασίας, Ωράριο Εργασίας), εφαρμόστηκε ο έλεγχος κριτηρίου t για ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples T-Test).

3.10.1 Διαφοροποιήσεις ως προς το Ωράριο Εργασίας

Από τον στατιστικό έλεγχο προέκυψε ότι το ωράριο εργασίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων. Αναλυτικά, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην υποκλίμακα της **Συναισθηματικής Εξάντλησης** ($t = -2.256$, βαθμοί ελευθερίας $df = 134$, $p = 0.026$). Οι νοσηλευτές που απασχολούνται σε κυκλικό ωράριο (βάρδιες) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση (Μέσος Όρος = 33.64, Τυπική Απόκλιση = 10.45) σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε σταθερό πρωινό ωράριο (Μέσος Όρος = 29.03, Τυπική Απόκλιση = 11.45). Στις υπόλοιπες μεταβλητές της Ενσυναίσθησης, της Ψυχικής Υγείας και της Κοινωνικής

Υποστήριξης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$) με βάση το ωράριο.

Πίνακας 3.6

Αποτελέσματα ελέγχου T-Test για τις ερευνητικές κλίμακες με βάση το Ωράριο Εργασίας

Ερευνητική Κλίμακα	Ωράριο Εργασίας	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τιμή t	Στατιστική Σημαντικότητα (p)
Συναισθηματική Εξάντληση	Πρωινό / Σταθερό	29.03	11.45	-2.256	0.026
	Κυκλικό (Βάρδιες)	33.64	10.45		
Συνολική Ενσυναίσθηση	Πρωινό / Σταθερό	2.15	0.19	1.341	0.182
	Κυκλικό (Βάρδιες)	2.10	0.21		
Ψυχική Υγεία (DASS)	Πρωινό / Σταθερό	15.39	14.28	-0.957	0.340
	Κυκλικό (Βάρδιες)	18.06	13.27		
Κοινωνική Υποστήριξη	Πρωινό / Σταθερό	5.92	1.13	-0.063	0.950
	Κυκλικό (Βάρδιες)	5.93	1.01		

3.10.2 Διαφοροποιήσεις ως προς το Νοσοκομείο Εργασίας

Αναφορικά με το ίδρυμα απασχόλησης (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας έναντι Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας), η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στους μέσους όρους καμίας ερευνητικής μεταβλητής ($p > 0.05$). Οι νοσηλευτές και των δύο νοσοκομειακών μονάδων βιώνουν παρόμοια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ψυχικής επιβάρυνσης και κοινωνικής υποστήριξης.

Πίνακας 3.7

Αποτελέσματα ελέγχου T-Test για τις ερευνητικές κλίμακες με βάση το Νοσοκομείο Εργασίας

Ερευνητική Κλίμακα	Νοσοκομείο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τιμή t	Στατιστική Σημαντικότητα (p)
Συναισθηματική Εξάντληση	Π.Γ.Ν. Λάρισας	31.96	10.97	0.551	0.582
	Γ.Ν. Λάρισας	33.15	10.73		
Συνολική Ενσυναίσθηση	Π.Γ.Ν. Λάρισας	2.12	0.19	0.447	0.655
	Γ.Ν. Λάρισας	2.10	0.23		
Ψυχική Υγεία (DASS)	Π.Γ.Ν. Λάρισας	16.20	12.82	1.104	0.271
	Γ.Ν. Λάρισας	19.21	14.58		
Κοινωνική Υποστήριξη	Π.Γ.Ν. Λάρισας	5.90	1.06	0.347	0.729
	Γ.Ν. Λάρισας	5.96	1.01		

3.10.3 Διαφοροποιήσεις ως προς τη Σχέση Εργασίας

Ομοίως, η σύγκριση μεταξύ των μόνιμων νοσηλευτών και των συμβασιούχων (ΙΔΟΧ/Επικουρικών/Συμβασιούχων) δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$). Το εργασιακό καθεστώς δεν φαίνεται να διαφοροποιεί τα επίπεδα του Burnout ή της ψυχολογικής δυσφορίας των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη.

Πίνακας 3.8

Αποτελέσματα ελέγχου T-Test για τις ερευνητικές κλίμακες με βάση τη Σχέση Εργασίας

Ερευνητική Κλίμακα	Σχέση Εργασίας	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τιμή t	Στατιστική Σημαντικότητα (p)
Συναισθηματική Εξάντληση	Μόνιμος / Μόνημη	32.55	11.08	0.244	0.808
	Συμβασιούχος / Επικουρικός	31.93	10.05		
Συνολική Ενσυναίσθηση	Μόνιμος / Μόνημη	2.11	0.20	0.193	0.848
	Συμβασιούχος / Επικουρικός	2.12	0.22		
Ψυχική Υγεία (DASS)	Μόνιμος / Μόνημη	17.51	13.41	0.244	0.808
	Συμβασιούχος / Επικουρικός	16.70	14.33		
Κοινωνική Υποστήριξη	Μόνιμος / Μόνημη	5.96	0.99	0.655	0.514
	Συμβασιούχος / Επικουρικός	5.81	1.23		

3.10.4 Διαφοροποιήσεις ως προς το Εκπαιδευτικό Επίπεδο (One-Way ANOVA)

Για τη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων στους μέσους όρους των ερευνητικών κλιμάκων με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών, εφαρμόστηκε η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA). Ο έλεγχος ομοιογένειας των διακυμάνσεων (Levene's Test) έδειξε ότι οι διακυμάνσεις των ομάδων είναι ομοιογενείς για όλες τις μεταβλητές ($p > 0.05$), επιτρέποντας την ασφαλή ερμηνεία της ANOVA. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.9.

Πίνακας 3.9

Αποτελέσματα ανάλυσης One-Way ANOVA για τις ερευνητικές κλίμακες με βάση το Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Ερευνητική Κλίμακα	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Στατιστική F	Σημαντικότητα (p)
Ψυχική Υγεία (DASS)	ΔΕ (Δευτεροβάθμιας)	18.07	15.16	2.541	0.059
	ΤΕ (Τεχνολογικής)	16.60	11.87		
	ΠΕ (Πανεπιστημιακής)	23.80	14.49		
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	13.65	11.80		
Συναισθηματική Εξάντληση	ΔΕ (Δευτεροβάθμιας)	33.46	11.62	2.295	0.081
	ΤΕ (Τεχνολογικής)	33.42	10.17		
	ΠΕ (Πανεπιστημιακής)	35.20	6.95		
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	28.45	11.85		
Αποπροσωποποίηση	ΔΕ (Δευτεροβάθμιας)	11.09	6.31	2.648	0.052
	ΤΕ (Τεχνολογικής)	13.25	6.25		
	ΠΕ (Πανεπιστημιακής)	14.20	6.77		
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	10.17	5.80		
Προσωπική Επίτευξη	ΔΕ (Δευτεροβάθμιας)	32.65	6.61	1.015	0.388
	ΤΕ (Τεχνολογικής)	30.22	6.96		
	ΠΕ (Πανεπιστημιακής)	30.65	6.39		
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	32.08	7.53		
Κοινωνική Υποστήριξη	ΔΕ (Δευτεροβάθμιας)	6.00	1.08	0.883	0.452
	ΤΕ (Τεχνολογικής)	5.92	0.88		
	ΠΕ (Πανεπιστημιακής)	5.59	0.86		

	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	6.03	1.21		
--	-------------------------------	------	------	--	--

3.10.5 Έλεγχος Πολλαπλών Συγκρίσεων (Post-Hoc Tukey HSD)

Καθώς ο δείκτης της Ψυχικής Υγείας (DASS) παρουσίασε μια ισχυρή τάση διαφοροποίησης στον κεντρικό πίνακα, εφαρμόστηκε το κριτήριο πολλαπλών συγκρίσεων Tukey HSD για να εντοπιστεί ποιες ακριβώς ομάδες διαφέρουν μεταξύ τους.

Η post-hoc ανάλυση ανέδειξε μια **στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.037$)** ανάμεσα στους νοσηλευτές με Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΠΕ) και σε όσους κατέχουν Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό τίτλο σπουδών. Οι νοσηλευτές κατηγορίας ΠΕ βιώνουν σημαντικά υψηλότερη γενική ψυχική επιβάρυνση (Μέσος Όρος = 23.80) σε σχέση με τους κατόχους ανώτερων ακαδημαϊκών τίτλων (Μέσος Όρος = 13.65).

Αντίθετα, οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας (ΔΕ) και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ούτε μεταξύ τους ούτε με τις υπόλοιπες κατηγορίες ($p > 0.05$). Για τις υπόλοιπες κλίμακες του Burnout και της Κοινωνικής Υποστήριξης, η post-hoc ανάλυση επιβεβαίωσε την απουσία στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις εκπαιδευτικές βαθμίδες.

3.10.6 Ανάλυση Ομοιογενών Υποσυνόλων (Homogeneous Subsets)

Η γραφική απεικόνιση των post-hoc συγκρίσεων μέσω των πινάκων ομοιογενών υποσυνόλων προσφέρει μια πιο αναλυτική και σαφή εικόνα αναφορικά με τη διαφοροποίηση της Ψυχικής Υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού με βάση το μορφωτικό του επίπεδο. Όπως αποτυπώνεται στα αποτελέσματα της στατιστικής δοκιμασίας για την κλίμακα της Ψυχικής Υγείας (DASS-21), το στατιστικό πρόγραμμα διαχώρισε το δείγμα σε δύο σαφώς διακριτά υποσύνολα.

Το πρώτο υποσύνολο απαρτίζεται από τους κατόχους Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών, οι οποίοι παρουσιάζουν τη χαμηλότερη στατιστικά σημαντική ψυχική επιβάρυνση, με τον μέσο όρο να διαμορφώνεται στο 13.65. Στον αντίποδα, το δεύτερο ομοιογενές υποσύνολο περιλαμβάνει αποκλειστικά τους νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ), οι οποίοι συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία ψυχολογικής δυσφορίας με μέσο όρο 23.80. Αναφορικά με τους νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας (ΔΕ, Μέσος Όρος = 18.07) και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ, Μέσος Όρος = 16.60), διαπιστώνεται ότι κατατάσσονται ταυτόχρονα και στα δύο υποσύνολα. Η διπλή αυτή κατάταξη υποδηλώνει ότι η ψυχική τους επιβάρυνση κινείται σε ενδιάμεσα επίπεδα, χωρίς να παρουσιάζει στατιστικά αναγνωρίσιμη ή σημαντική απόκλιση είτε προς την κατηγορία των κατόχων μεταπτυχιακών τίτλων είτε προς την πλευρά των αποφοίτων πανεπιστημίου.

Αντίθετα με τα παραπάνω ευρήματα, για τις κλίμακες της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης, της Αποπροσωποποίησης και της Συναισθηματικής Εξάντλησης, το σύνολο των εκπαιδευτικών βαθμίδων εντάχθηκε σε ένα και μοναδικό ομοιογενές υποσύνολο. Το συγκεκριμένο εύρημα υποδηλώνει ότι, εντός των ορίων και των περιορισμών του παρόντος δείγματος, οι όποιες διακυμάνσεις παρατηρούνται στους μέσους όρους ανάμεσα στις τέσσερις μορφωτικές ομάδες για τις μεταβλητές αυτές δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Η απουσία στατιστικής σημαντικότητας αναδεικνύει *prima facie* μια σχετική ομοιογένεια στις συγκεκριμένες παραμέτρους για το υπό εξέταση νοσηλευτικό σώμα. Ωστόσο, η τάση αυτή πρέπει να ερμηνεύεται με μεθοδολογική επιφύλαξη, καθώς το συγκριτικά περιορισμένο μέγεθος του δείγματος και η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας ενδέχεται να περιορίζουν τη στατιστική ισχύ (statistical power) του ελέγχου, αφήνοντας ανοιχτό το ενδεχόμενο ύπαρξης διαφοροποιήσεων σε μεγαλύτερους ή πιο αντιπροσωπευτικούς πληθυσμούς επαγγελματιών υγείας.

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συζήτηση – Ερμηνεία Αποτελεσμάτων

4.1 Ερμηνεία των Ευρημάτων και Σύνδεση με τη Διεθνή Βιβλιογραφία

Η παρούσα ερευνητική εργασία είχε ως πρωταρχικό στόχο τη διερεύνηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ψυχικής υγείας και της ενσυναίσθησης σε νοσηλευτές των δημόσιων νοσοκομείων της Λάρισας, εξετάζοντας παράλληλα τον ρυθμιστικό ρόλο της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Τα αποτελέσματα της μελέτης προσφέρουν σημαντικά ευρήματα, τα οποία επιβεβαιώνουν και επεκτείνουν τη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία αναφορικά με την ψυχολογική καταπόνηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

4.2 Επαγγελματική Εξουθένωση και Ψυχική Επιβάρυνση

Το πιο αξιοσημείωτο εύρημα της περιγραφικής στατιστικής αφορά τις εξαιρετικά υψηλές τιμές στην υποκλίμακα της Συναισθηματικής Εξάντλησης ($M = 32.42$, $SD = 10.86$). Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό της Λάρισας βιώνει έντονο καθεστώς σωματικής και ψυχικής αποστράγγισης, υπερβαίνοντας τα συνήθη διεθνή όρια αναφοράς για την ανάδειξη υψηλού βαθμού Burnout. Η τάση αυτή έρχεται σε πλήρη συμφωνία με την εγχώρια ερευνητική δραστηριότητα, καθώς η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό έχει μελετηθεί επανειλημμένα στην Ελλάδα. Διαχρονικά, οι Anagnostopoulos κ.ά. (1998) είχαν επισημάνει τη σύνδεση των πιεστικών εργασιακών παραγόντων με την ανάπτυξη του συνδρόμου, ενώ μεταγενέστερες μελέτες, όπως αυτή των Koinis κ.ά. (2015), επιβεβαιώνουν ότι οι Έλληνες νοσηλευτές καταγράφουν σταθερά από τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης διεθνώς. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης εναρμονίζονται πλήρως με τις διαπιστώσεις αυτές, αναδεικνύοντας ότι οι χρόνιες ελλείψεις προσωπικού, οι χαμηλές οικονομικές απολαβές και οι εντατικοί, εξαντλητικοί ρυθμοί εργασίας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία εξακολουθούν να διατηρούν το νοσηλευτικό σώμα σε καθεστώς χρόνιας κόπωσης (Friganovic et al., 2019).

Παράλληλα, η επαγωγική στατιστική αποκάλυψε μια ισχυρή, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στη Συναισθηματική Εξάντληση και τη γενική ψυχική επιβάρυνση (DASS-21) των νοσηλευτών ($r = 0.655$, $p < 0.01$). Το εύρημα αυτό επαληθεύει τη θεωρητική προσέγγιση του Μοντέλου Απαιτήσεων-Πόρων στην Εργασία (Job Demands-Resources Model), σύμφωνα με την οποία όταν οι εργασιακές απαιτήσεις ξεπερνούν σταθερά τα ψυχικά αποθέματα του εργαζομένου, η συναισθηματική κόπωση μεταφράζεται άμεσα σε κλινικά συμπτώματα άγχους,

κατάθλιψης και στρες (Bakker and Demerouti, 2017). Στο πλαίσιο του ελληνικού συστήματος υγείας, η συγκεκριμένη σχέση επιβεβαιώνεται από πρόσφατα εμπειρικά δεδομένα των Kontogianni και Lambrinou (2021), οι οποίες ομοίως κατέδειξαν ότι το σύνδρομο burnout αποτελεί τον κυρίαρχο προγνωστικό παράγοντα για την υποβάθμιση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν με τη διεθνή βιβλιογραφία για νοσηλευτές πρώτης γραμμής, όπου η συναισθηματική αποστράγγιση αναδεικνύεται σε βασικό πρόδρομο φαινόμενο για την εκδήλωση γενικευμένων καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών (Molina-Praena et al., 2018).

4.3 Ο Προστατευτικός Ρόλος της Κοινωνικής Υποστήριξης

Η ανάλυση των συσχετίσεων ανέδειξε τη ζωτική σημασία της Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS), η οποία εμφάνισε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Συναισθηματική Εξάντληση και την Αποπροσωποποίηση. Το εύρημα αυτό προσφέρει ισχυρή εμπειρική υποστήριξη στη «θεωρία της ανάσχεσης του στρες» (Buffering Hypothesis), βάσει της οποίας η ύπαρξη ενός σταθερού υποστηρικτικού δικτύου από την οικογένεια και τους φίλους λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός μηχανισμός που αμβλύνει τις αρνητικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες πριν αυτές εξελιχθούν σε πλήρες Burnout (Cohen and Wills, 1985). Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής, τα αποτελέσματα συμφωνούν με τις διαπιστώσεις προγενέστερων μελετών, οι οποίες υποστηρίζουν ότι η εξωνοσοκομειακή κοινωνική στήριξη αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας των νοσηλευτών (Labrague et al., 2018).

4.4 Ενσυναίσθηση και Προσωπική Επίτευξη

Μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα διάσταση της έρευνας αφορά τη θετική συσχέτιση μεταξύ της Συνολικής Ενσυναίσθησης (TEQ) και της Προσωπικής Επίτευξης. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μια διαρκής αντιπαράθεση σχετικά με το αν η ενσυναίσθηση προστατεύει ή επιβαρύνει τον κλινικό επαγγελματία. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης στηρίζουν τη θέση ότι η ενσυναίσθηση, όταν συνδυάζεται με επαρκή κοινωνική υποστήριξη, δεν οδηγεί σε «κόπωση συμπόνιας» (Compassion Fatigue), αλλά αντίθετα ενισχύει το αίσθημα της επαγγελματικής satisfaction, της επάρκειας και της προσωπικής επιτυχίας, καθώς οι νοσηλευτές που καταφέρνουν να συνδεθούν ουσιαστικά με τον ασθενή αντλούν μεγαλύτερο νόημα από το έργο τους (Whittington and Perry, 2017).

4.5 Η Επίδραση των Δημογραφικών και Εργασιακών Παραγόντων

4.5.1 Το Ωράριο Εργασίας ως Παράγοντας Κινδύνου

Η διενέργεια του ελέγχου T-Test αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε καθεστώς κυκλικού ωραρίου (βάρδιες) εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη Συναισθηματική Εξάντληση σε σχέση με όσους εργάζονται σε σταθερό πρωινό ωράριο. Το εύρημα αυτό κρίνεται απόλυτα τεκμηριωμένο, καθώς η διαρκής εναλλαγή πρωινών, απογευματινών και νυχτερινών βαρδιών διαταράσσει τον κερκάρδιο ρυθμό του οργανισμού, προκαλεί χρόνια στέρηση ύπνου και περιορίζει δραστικά τον ποιοτικό χρόνο για κοινωνική και οικογενειακή ζωή (Dall'Ora et al., 2020). Εγχώριες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι το κυκλικό ωράριο στα ελληνικά υποστελεχωμένα νοσοκομεία αποτελεί διαχρονικά την κυριότερη πηγή ψυχοκοινωνικής καταπόνησης των νοσηλευτών (Karakachian and Raftopoulos, 2018).

4.5.2 Το Εκπαιδευτικό Παράδοξο στην Ψυχική Υγεία

Η ανάλυση One-Way ANOVA και οι post-hoc δοκιμές Tukey HSD ανέδειξαν μια σημαντική διαφοροποίηση στην Ψυχική Υγεία (DASS-21) με βάση το μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ) κατέγραψαν τη μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση (Μέσος Όρος = 23.80), ενώ οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου τη χαμηλότερη (Μέσος Όρος = 13.65).

Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ένα «εκπαιδευτικό παράδοξο» που μπορεί να ερμηνευθεί μέσω της θεωρίας της «διάψευσης των προσδοκιών» (Role Discrepancy), καθώς οι νοσηλευτές ΠΕ εισέρχονται στο σύστημα υγείας με υψηλές προσδοκίες για επιστημονική εξέλιξη, όμως συχνά εγκλωβίζονται σε διεκπεραιωτικά καθήκοντα χωρίς αυτόνομο ρόλο, γεγονός που προκαλεί έντονη εσωτερική σύγκρουση και ψυχική δυσφορία (Adriaenssens, De Gucht and Maes, 2015). Αντίθετα, οι κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων εμφανίζουν χαμηλότερη επιβάρυνση, διότι η ανώτερη εξειδίκευσή τους προσφέρει μεγαλύτερη αυτονομία, αποτελεσματικότερη διαχείριση των κλινικών περιστατικών, υψηλότερη αυτοεκτίμηση και συχνά μετακίνηση σε λιγότερο ψυχοφθόρες θέσεις ευθύνης ή εξειδικευμένα τμήματα (Spence Laschinger et al., 2014).

4.5.3 Περιορισμοί της Έρευνας

Παρά τα σημαντικά ερευνητικά ευρήματα που προέκυψαν, η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη κατά την ερμηνεία και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Αρχικά, ο συγχρονικός σχεδιασμός της έρευνας (cross-sectional design) αποτελεί έναν βασικό περιορισμό, καθώς η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε μια συγκεκριμένη, δεδομένη χρονική στιγμή. Κατά συνέπεια, οι στατιστικές αναλύσεις συσχετίσεων που εφαρμόστηκαν επιτρέπουν αποκλειστικά τον εντοπισμό της συνάφειας και της γραμμικής σχέσης μεταξύ των υπό εξέταση

μεταβλητών, στερούμενες της δυνατότητας να τεκμηριώσουν αιτιώδεις σχέσεις ή σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος σε βάθος χρόνου.

Επιπλέον, υφίσταται γεωγραφικός περιορισμός αναφορικά με την άντληση του δείγματος, καθώς αυτό προέρχεται αποκλειστικά από τα δύο νοσοκομεία της πόλης της Λάρισας (Π.Γ.Ν.Λ. και Γ.Ν.Λ.). Αν και το μέγεθος του δείγματος κρίνεται στατιστικά επαρκές για τις ανάγκες των αναλύσεων ($N = 136$), η ερμηνεία των ευρημάτων πρέπει να συνεκτιμάται με το καταγεγραμμένο ποσοστό ανταπόκρισης (response rate), το οποίο ανήλθε στο ιδιαίτερα ικανοποιητικό 72.5%. Στη μεθοδολογία της έρευνας, ένα χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης θα επέφερε σοβαρούς περιορισμούς, καθώς θα περιόριζε δραστικά την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και θα αύξανε το σφάλμα μη απόκρισης (non-response bias). Στην παρούσα μελέτη, παρά το γεγονός ότι η υψηλή συμμετοχή θωρακίζει τη στατιστική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, η υιοθέτηση της μη πιθανοτικής δειγματοληψίας ευκολίας διατηρεί τον κίνδυνο εμφάνισης μεροληψίας επιλογής (selection bias). Είναι πιθανό οι νοσηλευτές που βίωναν τα μέγιστα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ή ψυχικής δυσφορίας να μην είχαν τη φυσική ή ψυχική διαθεσιμότητα να ανταποκριθούν, γεγονός που επιβάλλει αυξημένη επιφύλαξη κατά την άμεση και ασφαλή γενίκευση των συμπερασμάτων στο σύνολο του νοσηλευτικού πληθυσμού της ελληνικής επικράτειας.

Τέλος, η μεθοδολογική εξάρτηση από εργαλεία αυτοαναφοράς (self-report questionnaires) εισάγει τον κίνδυνο εμφάνισης του σφάλματος της κοινωνικής επιθυμητότητας (social desirability bias). Στο πλαίσιο αυτό, είναι πιθανό ορισμένοι από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές να υποβάθμισαν εσκεμμένα ή ασυνείδητα τα πραγματικά επίπεδα του άγχους, της ψυχικής τους δυσφορίας ή της επαγγελματικής τους εξουθένωσης, προκειμένου να παρουσιάσουν μια περισσότερο αποδεκτή ή λειτουργική εικόνα του εαυτού τους, γεγονός που δύναται να επηρεάσει την απόλυτη ακρίβεια των καταγεγραμμένων τιμών.

4.6 Συμπεράσματα και Προτάσεις

4.6.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει ότι οι νοσηλευτές στη Λάρισα εργάζονται υπό καθεστώς υψηλής συναισθηματικής πίεσης, η οποία συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων. Το κυκλικό ωράριο αναδεικνύεται ως ο βασικότερος επιβαρυντικός εργασιακός παράγοντας. Στον αντίποδα, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και η διατήρηση της ενσυναίσθησης αποτελούν τους σημαντικότερους εσωτερικούς και εξωτερικούς αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι προστατεύουν την ψυχική υγεία του προσωπικού και ενισχύουν την αίσθηση της προσωπικής επίτευξης.

4.6.2 Προτάσεις για τη Διοίκηση των Νοσοκομείων

Με βάση τα ανωτέρω συμπεράσματα, κρίνεται επιβεβλημένη η λήψη συγκεκριμένων και στοχευμένων οργανωτικών μέτρων από τις διοικήσεις των υγειονομικών μονάδων, με σκοπό τη θωράκιση του ανθρώπινου δυναμικού.

Αρχικά, προκρίνεται η ανάγκη για μια ορθολογική διαχείριση των βαρδιών, η οποία προϋποθέτει τον σχεδιασμό περισσότερο ισορροπημένων προγραμμάτων εργασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε κυκλικό ωράριο. Η παρέμβαση αυτή οφείλει να εξασφαλίζει επαρκή και θεσμοθετημένο χρόνο ανάπαυσης μεταξύ των υπηρεσιών, καθώς και τη δραστική μείωση των συνεχόμενων νυχτερινών βαρδιών, οι οποίες αποδεδειγμένα επιτείνουν τη συναισθηματική εξάντληση.

Επιπλέον, με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, κρίνεται αναγκαία η θεσμοθέτηση αυτόνομων δομών ψυχολογικής υποστήριξης εντός των νοσοκομειακών μονάδων. Η ανάγκη αυτή προκύπτει άμεσα από την καταγεγραμμένη υψηλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη του δείγματος ($SM = 5.93\$$), η οποία όμως, όπως τεκμηριώθηκε μεθοδολογικά, πηγάζει σχεδόν αποκλειστικά από εξωοργανωσιακούς πόρους (οικογένεια και φίλοι). Για να λειτουργήσει, ωστόσο, η υποστήριξη ως ολοκληρωμένος προστατευτικός μηχανισμός ενάντια στην έντονη Συναισθηματική Εξάντληση ($SM = 32.42\$$) και την ψυχική δυσφορία που αποτυπώθηκε, απαιτείται η σύζευξη των εξωτερικών αυτών πυλώνων με τη θεσμική, ενδονοσοκομειακή υποστήριξη από την πλευρά του οργανισμού (Cohen & Wills, 1985).

Προς την κατεύθυνση αυτή, η δημιουργία οργανωμένων συμβουλευτικών υπηρεσιών και η συγκρότηση σταθερών ομάδων διαχείρισης και αποφόρτισης του εργασιακού στρες (debriefing groups) μπορούν να προσφέρουν μια ουσιαστική διέξοδο εκτόνωσης. Οι παρεμβάσεις αυτές επιβάλλεται να ιεραρχηθούν με προτεραιότητα στα κλινικά τμήματα και τις μονάδες πρώτης γραμμής που χαρακτηρίζονται από υψηλή λειτουργική πίεση, αυξημένο φόρτο εργασίας και συνεχή έκθεση σε κρίσιμα περιστατικά, καθώς η οργανωμένη συναδελφική και ψυχολογική υποστήριξη εντός του νοσοκομείου έχει αποδειχθεί ότι μειώνει δραστικά τα ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου burnout και θωρακίζει την επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού (Moustou et al., 2020).

Τέλος, καθίσταται σαφές ότι η διοικητική ηγεσία οφείλει να μεριμνήσει για την ορθή και ορθολογική αξιοποίηση του επιστημονικού προσωπικού υψηλών προσόντων. Η κατάλληλη ανάδειξη των νοσηλευτών Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης καθώς και των κατόχων μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων σπουδών, μέσω της παροχής ηθικών και επαγγελματικών κινήτρων, της εφαρμογής σαφών περιγραμμάτων θέσεων εργασίας και της αναγνώρισης ενός βαθμού κλινικής αυτονομίας, αποτελεί κομβικό σημείο. Η στρατηγική αυτή αναμένεται να λειτουργήσει ανασταλτικά απέναντι στη διάψευση των επαγγελματικών προσδοκιών των επιστημόνων νοσηλευτών, αποτρέποντας τη συνακόλουθη ψυχική και συναισθηματική τους επιβάρυνση στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

◆ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπεράσματα – Προτάσεις Πολιτικής Υγείας

5.1 Συμπεράσματα της Μελέτης

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια προσέφερε μια εις βάθος χαρτογράφηση της ψυχολογικής και επαγγελματικής κατάστασης του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Λάρισας. Μέσα από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και τη διασύνδεσή τους με τη διεθνή βιβλιογραφία, εξάγονται θεμελιώδη

συμπεράσματα που αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα των παραγόντων που επιδρούν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Αρχικά, εντοπίστηκαν κρίσιμα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό, με τη μέση τιμή να διαμορφώνεται στο υψηλό επίπεδο του 32.42. Το εύρημα αυτό αποτυπώνει ένα έντονο καθεστώς σωματικής και ψυχικής κόπωσης, το οποίο αποτελεί άμεση απόρροια των διαχρονικών δομικών προβλημάτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως η υποστελέχωση και η αυξημένη ένταση εργασίας (Friganovic et al., 2019; Galanis et al., 2021).

Παράλληλα, η επαγωγική στατιστική επιβεβαίωσε την ύπαρξη μιας ισχυρής, στατιστικά σημαντικής θετικής συνάφειας ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και την εκδήλωση κλινικών συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και στρες (Bakker and Demerouti, 2017). Η στενή αυτή συσχέτιση επαληθεύει τα σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα απαιτήσεων και πόρων, αποδεικνύοντας εμπειρικά ότι η παρατεταμένη εργασιακή καταπόνηση μεταφράζεται άμεσα σε σοβαρή ψυχοπαθολογική επιβάρυνση για τον ίδιο τον εργαζόμενο (Molina-Praena et al., 2018).

Στον αντίποδα αυτών των επιβαρυντικών συνθηκών, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον αναδείχθηκε σε κυρίαρχο προστατευτικό μηχανισμό για τους νοσηλευτές (Cohen and Wills, 1985). Η στατιστικά σημαντική αρνητική της σχέση με τις διαστάσεις του Burnout επιβεβαιώνει τη θεωρία της ανασχεσης του στρες, τεκμηριώνοντας ότι η ύπαρξη ενός σταθερού εξωνοσοκομειακού υποστηρικτικού δικτύου λειτουργεί ως ασπίδα προστασίας απέναντι στην επαγγελματική φθορά (Labrague et al., 2018).

Επιπλέον, η έρευνα ανέδειξε τη διττή και προστατευτική φύση της ενσυναίσθησης, η οποία συνδέεται θετικά με την αίσθηση της προσωπικής επίτευξης των εργαζομένων. Το συγκεκριμένο εύρημα καταρρίπτει την παραδοσιακή άποψη ότι η συναισθηματική ταύτιση οδηγεί απαρέγκλιτα στην κόπωση συμπίνας, αποδεικνύοντας ότι η ικανότητα ουσιαστικής σύνδεσης με τον ασθενή προσφέρει βαθύτερο επαγγελματικό νόημα και θωρακίζει την ψυχική ανθεκτικότητα του προσωπικού (Whittington and Perry, 2017).

Τέλος, η μελέτη ανέδειξε συγκεκριμένες εστίες διαφοροποίησης που σχετίζονται με τα εργασιακά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Το κυκλικό ωράριο και οι βάρδιες επιβεβαιώθηκαν ως ο κυριότερος εργασιακός παράγοντας κινδύνου, καθώς συνδέονται με σημαντικά υψηλότερη συναισθηματική

εξάντληση λόγω της αποδιοργάνωσης της προσωπικής και κοινωνικής ζωής των εργαζομένων (Dall'Ora et al., 2020).

Ταυτόχρονα, η ανάλυση διακύμανσης αποκάλυψε ένα αξιοσημείωτο εκπαιδευτικό παράδοξο, με τους απόφοιτους Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης να εμφανίζουν τη μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση. Η τάση αυτή ερμηνεύεται μέσω της θεωρίας της διάψευσης των προσδοκιών, καθώς οι νοσηλευτές ανώτατης εκπαίδευσης εισέρχονται στο σύστημα με υψηλές βλέψεις επιστημονικής εξέλιξης, αλλά συχνά καθιλώνονται σε γραφειοκρατικά και διεκπεραιωτικά καθήκοντα, σε αντίθεση με τους κατόχους μεταπτυχιακών τίτλων που απολαμβάνουν μεγαλύτερη κλινική αυτονομία και επαγγελματική αναγνώριση (Spence Laschinger et al., 2014).

5.2 Προτάσεις Πολιτικής Υγείας

Τα ανωτέρω συμπεράσματα καθιστούν σαφές ότι η διασφάλιση της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού δεν αποτελεί απλώς ένα ατομικό ζήτημα, αλλά μια κρίσιμη συνιστώσα της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, απαιτείται η εφαρμογή συγκροτημένων παρεμβάσεων πολιτικής υγείας, οι οποίες εκτείνονται από το στρατηγικό και οργανωσιακό επίπεδο έως το επίπεδο της ατομικής υποστήριξης των εργαζομένων.

Σε στρατηγικό επίπεδο, η πρωταρχική παρέμβαση αφορά την αναθεώρηση των οργανισμών των δημόσιων νοσοκομείων και την άμεση προκήρυξη μόνιμων θέσεων εργασίας, με σκοπό τη μείωση της αναλογίας νοσηλευτών ανά ασθενή, η οποία αποτελεί τη μοναδική ριζική λύση για την ελάττωση της συναισθηματικής εξάντλησης και τη μείωση της νοσοκομειακής θνησιμότητας (Aiken et al., 2014). Παράλληλα, το Υπουργείο Υγείας οφείλει να προχωρήσει στη θεσμοθέτηση κλινικών εξειδικεύσεων και στη θεσμική κατοχύρωση διακριτών ρόλων βάσει εκπαιδευτικής βαθμίδας. Η παροχή κλινικής αυτονομίας και η ουσιαστική αξιοποίηση των νοσηλευτών Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης καθώς και των κατόχων μεταπτυχιακών τίτλων θα περιορίσει το φαινόμενο της επαγγελματικής καθήλωσης και θα μειώσει την ψυχική δυσφορία που απορρέει από τη διάψευση των επιστημονικών τους προσδοκιών (Spence Laschinger et al., 2014).

Σε οργανωσιακό και επιχειρησιακό επίπεδο, οι διοικήσεις των νοσοκομείων της Λάρισας πρέπει να προχωρήσουν στην άμεση αναδιοργάνωση του κυκλικού ωραρίου μέσω της εφαρμογής εργονομικά τεκμηριωμένων προγραμμάτων. Η παρέμβαση αυτή προϋποθέτει την αυστηρή αποφυγή των συνεχόμενων νυχτερινών υπηρεσιών, τη διασφάλιση του ελάχιστου ορίου των 11 ωρών ανάπαυσης ανάμεσα στις βάρδιες και την εισαγωγή συστημάτων συνδιαμόρφωσης του προγράμματος από τους ίδιους τους εργαζόμενους, μέτρα που περιορίζουν αποδεδειγμένα τη σωματική και συναισθηματική κόπωση (Dall'Ora et al., 2020). Επιπροσθέτως, κρίνεται αναγκαία η ίδρυση και στελέχωση αυτόνομων μονάδων ψυχολογικής υποστήριξης του προσωπικού εντός των νοσοκομείων. Η θεσμοθέτηση τακτικών συναντήσεων αποφόρτισης μετά τη διαχείριση κρίσιμων ή τραυματικών κλινικών περιστατικών, ιδιαίτερα σε τμήματα υψηλής πίεσης όπως τα ΤΕΠ και οι ΜΕΘ, μπορεί να αναστείλει αποτελεσματικά τη μετάβαση του εργασιακού στρες σε σταθερή ψυχοπαθολογία (Whittington and Perry, 2017).

Σε εκπαιδευτικό επίπεδο και σε επίπεδο ατομικής ανάπτυξης, προτείνεται η συστηματική υλοποίηση ενδονοσοκομειακών προγραμμάτων εστιασμένων στη γνωσιακή διαχείριση του στρες, στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και στην καλλιέργεια της ενσυναίσθησης. Παρεμβάσεις βασισμένες στην ενσυνειδητότητα και τη μείωση του άγχους έχουν επιδείξει εξαιρετικά αποτελέσματα διεθνώς, θωρακίζοντας τους επαγγελματίες υγείας απέναντι στην αποπροσωποποίηση (Bakker and Demerouti, 2017). Τέλος, δεδομένου ότι η κοινωνική υποστήριξη αναδείχθηκε σε ισχυρό σύμμαχο της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών, οι οργανισμοί υγείας οφείλουν να ενθαρρύνουν την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής μέσω της παροχής υποστηρικτικών δομών, όπως η λειτουργία παιδικών σταθμών εντός των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, επιτρέποντας στο προσωπικό να διατηρεί ενεργούς και λειτουργικούς τους εξωτερικούς προστατευτικούς του μηχανισμούς (Labrague et al., 2018).

◆ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά

Παρακαλούμε απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις σημειώνοντας ένα Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο ή συμπληρώνοντας το κενό όπου απαιτείται.

1. Φύλο ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα
2. Ηλικία _____ έτη
3. Οικογενειακή Κατάσταση ☐ Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α
4. Εκπαιδευτικό Επίπεδο ☐ ΔΕ (Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης) ☐ ΤΕ (Τεχνολογικής Εκπαίδευσης) ☐ ΠΕ (Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης) ☐ κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών
5. Νοσοκομείο Εργασίας ☐ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Π.Γ.Ν.Λ.) ☐ Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο & Τριανταφύλλειο» (Γ.Ν.Λ.)
6. Τμήμα / Κλινική Απασχόλησης ☐ Χειρουργικός Τομέας ☐ Παθολογικός Τομέας & Εξωτερικά Ιατρεία ☐ Μητρότητα & Παιδί (Μαιευτική/Παιδιατρική/Γυναικολογική) ☐ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ☐ Καρδιολογικός Τομέας / Στεφανιαία Μονάδα ☐ Νεφρολογική Κλινική / Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN) ☐ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ / ΜΑΦ)
7. Σχέση Εργασίας ☐ Μόνιμος / Μόνιμη ☐ ΙΔΟΧ / Επικουρικός / Συμβασιούχος
8. Ωράριο Εργασίας ☐ Πρωινό / Σταθερό ☐ Κυκλικό (Βάρδιες)
9. Συνολική Προϋπηρεσία στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα _____ έτη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory - MBI)

Ακολουθούν προτάσεις που περιγράφουν συναισθήματα που σχετίζονται με την εργασία σας. Παρακαλούμε σημειώστε πόσο συχνά βιώνετε κάθε κατάσταση χρησιμοποιώντας την εξής κλίμακα από το 0 έως το 6:

- 0 = Ποτέ
 - 1 = Ελάχιστες φορές τον χρόνο
 - 2 = Μια φορά τον μήνα ή λιγότερο
 - 3 = Λίγες φορές τον μήνα
 - 4 = Μια φορά την εβδομάδα
 - 5 = Λίγες φορές την εβδομάδα
 - 6 = Κάθε μέρα
1. Αισθάνομαι συναισθηματικά εξαντλημένος/η από την εργασία μου. (0-6)
 2. Στο τέλος της εργάσιμης ημέρας αισθάνομαι τελείως άδειος/α. (0-6)
 3. Αισθάνομαι κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια ακόμη ημέρα στη δουλειά. (0-6)
 4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς αισθάνονται οι ασθενείς μου για τα προβλήματά τους. (0-6)
 5. Αισθάνομαι ότι αντιμετωπίζω μερικούς ασθενείς σαν να είναι απρόσωπα αντικείμενα. (0-6)
 6. Το να εργάζομαι όλη ημέρα με κόσμο αποτελεί πραγματική πίεση για μένα. (0-6)
 7. Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου. (0-6)
 8. Αισθάνομαι «καμένος/η» (εξουθενωμένος/η) από την εργασία μου. (0-6)
 9. Αισθάνομαι ότι επηρεάζω θετικά τις ζωές των άλλων ανθρώπων μέσα από τη δουλειά μου. (0-6)
 10. Έχω γίνει πιο σκληρός/η με τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά. (0-6)
 11. Ανησυχώ ότι αυτή η δουλειά με σκληραίνει συναισθηματικά. (0-6)
 12. Αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια στην εργασία μου. (0-6)
 13. Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από την εργασία μου. (0-6)
 14. Αισθάνομαι ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου. (0-6)
 15. Δεν με νοιάζει πραγματικά τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς. (0-6)

16. Το να εργάζομαι σε άμεση επαφή με ανθρώπους μου προκαλεί έντονο στρες.
(0-6)
17. Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια χαλαρή ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου. (0-6)
18. Αισθάνομαι αναζωογονημένος/η μετά από στενή συνεργασία με τους ασθενείς μου. (0-6)
19. Έχω επιτύχει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά. (0-6)
20. Αισθάνομαι ότι βρίσκομαι στο όριο των αντοχών μου. (0-6)
21. Στην εργασία μου διαχειρίζομαι τα συναισθηματικά προβλήματα με μεγάλη ψυχραιμία. (0-6)
22. Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου επιρρίπτουν την ευθύνη για μερικά από τα προβλήματά τους. (0-6)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Κλίμακα Ενσυναίσθησης του Τορόντο (Toronto Empathy Questionnaire - TEQ)

Παρακαλούμε σημειώστε πόσο συχνά ισχύει για εσάς καθεμία από τις παρακάτω προτάσεις, σημειώνοντας την αντίστοιχη απάντηση σύμφωνα με την εξής 5βαθμη κλίμακα:

- 0 = Ποτέ
 - 1 = Σπάνια
 - 2 = Μερικές φορές
 - 3 = Συχνά
 - 4 = Πάντα
1. Όταν κάποιος άλλος νιώθει απογοητευμένος, νιώθω και εγώ θλίψη για αυτόν.
(0-4)
 2. Δυσκολεύομαι να καταλάβω πότε οι άλλοι άνθρωποι είναι τρομαγμένοι ή φοβισμένοι. (0-4)
 3. Έχω την τάση να εμπλέκομαι συναισθηματικά στα προβλήματα των άλλων.
(0-4)
 4. Τα ατυχώς συμβάντα των άλλων ανθρώπων δεν με επηρεάζουν ιδιαίτερα. (0-4)
 5. Όταν βλέπω κάποιον να αντιμετωπίζεται άδικα, νιώθω συμπόνια για αυτόν.
(0-4)
 6. Μπορώ να καταλάβω αμέσως πότε κάποιος άλλος θέλει να μιλήσει. (0-4)

7. Πιστεύω ότι υπάρχουν δύο όψεις σε κάθε ζήτημα και προσπαθώ να τις εξετάσω και τις δύο. (0-4)
8. Όταν κάποιος κλαίει, νιώθω την ανάγκη να τον παρηγορήσω. (0-4)
9. Όταν βλέπω κάποιον να είναι χαρούμενος, νιώθω και εγώ χαρά. (0-4)
10. Όταν οι φίλοι μου μιλούν για τα προβλήματά τους, προσπαθώ να αλλάξω θέμα συζήτησης. (0-4)
11. Μου είναι δύσκολο να καταλάβω γιατί οι άλλοι άνθρωποι στεναχωριούνται τόσο εύκολα. (0-4)
12. Δεν νιώθω οίκτο για τους ανθρώπους που προκαλούν μόνοι τους τα προβλήματά τους. (0-4)
13. Μπορώ να αντιληφθώ πότε κάποιος νιώθει μοναξιά, ακόμη και αν δεν το δείχνει. (0-4)
14. Η παρακολούθηση μιας συγκινητικής ταινίας ή ενός θεατρικού έργου δεν με επηρεάζει συναισθηματικά. (0-4)
15. Δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από τη σκοπιά (οπτική γωνία) των άλλων ανθρώπων. (0-4)
16. Νιώθω έντονη την ανάγκη να βοηθήσω όσους βρίσκονται σε λιγότερο πλεονεκτική θέση από εμένα. (0-4)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (DASS-21)

Παρακαλούμε διαβάστε κάθε πρόταση και σημειώστε έναν αριθμό από το 0 έως το 3, ο οποίος δείχνει πόσο σας ταίριαζε η πρόταση αυτή **κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

- 0 = Δεν μου ταίριαζε καθόλου
 - 1 = Μου ταίριαζε σε κάποιο βαθμό ή για λίγο χρόνο
 - 2 = Μου ταίριαζε σε αρκετό βαθμό ή για αρκετό χρόνο
 - 3 = Μου ταίριαζε πάρα πολύ ή για το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου
1. Δυσκολεύομαι πολύ να ηρεμήσω. (0-3)
 2. Είχα επίγνωση ότι το στόμα μου ήταν στεγνό. (0-3)
 3. Φαινόταν να μην έχω καθόλου θετικά συναισθήματα. (0-3)
 4. Αντιμετώπιζα δυσκολία στην αναπνοή (π.χ. υπερβολικά γρήγορη αναπνοή). (0-3)
 5. Δυσκολευόμουν να βρω τη διάθεση να ξεκινήσω να κάνω πράγματα. (0-3)
 6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά σε διάφορες καταστάσεις. (0-3)
 7. Ένιωθα τρέμουλο (π.χ. στα χέρια). (0-3)

8. Ένιωθα ότι κατανάλωνα πολλή νευρική ενέργεια. (0-3)
9. Ανησυχούσα για καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ. (0-3)
10. Ένιωθα ότι δεν είχα τίποτα να περιμένω στο μέλλον. (0-3)
11. Διαπίστωνα ότι γινόμεουν εύκολα νευρικός/η. (0-3)
12. Δυσκολευόμουν να χαλαρώσω. (0-3)
13. Ένιωθα μελαγχολία και κατάθλιψη. (0-3)
14. Ήμουν ανυπόμονος/η με οτιδήποτε με εμπόδιζε να συνεχίσω αυτό που έκανα. (0-3)
15. Ένιωθα ότι ήμουν κοντά στο να πάθω πανικό. (0-3)
16. Δεν μπορούσα να ενθουσιαστώ με τίποτα. (0-3)
17. Ένιωθα ότι δεν άξιζα σαν άτομο. (0-3)
18. Ένιωθα ότι ήμουν αρκετά εύθικτος/η. (0-3)
19. Ένιωθα τους χτύπους της καρδιάς μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια. (0-3)
20. Ένιωθα φόβο χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένος λόγος. (0-3)
21. Ένιωθα ότι η ζωή δεν είχε νόημα. (0-3)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS)

Ακολουθούν 12 προτάσεις που αφορούν την υποστήριξη που λαμβάνετε από το περιβάλλον σας. Παρακαλούμε σημειώστε τον βαθμό που συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση, επιλέγοντας έναν αριθμό από το 1 έως το 7:

- 1 = Διαφωνώ Απόλυτα
 - 2 = Διαφωνώ Πολύ
 - 3 = Διαφωνώ Λίγο
 - 4 = Ούτε Συμφωνώ / Ούτε Διαφωνώ
 - 5 = Συμφωνώ Λίγο
 - 6 = Συμφωνώ Πολύ
 - 7 = Συμφωνώ Απόλυτα
1. Υπάρχει ένας ιδιαίτερος άνθρωπος που είναι κοντά μου όταν έχω ανάγκη. (1-7)
 2. Υπάρχει ένας ιδιαίτερος άνθρωπος με τον οποίο μπορώ να μοιραστώ τις χαρές και τις λύπες μου. (1-7)
 3. Η οικογένειά μου προσπαθεί πραγματικά να με βοηθήσει. (1-7)

4. Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου. (1-7)
5. Έχω έναν ιδιαίτερο άνθρωπο που αποτελεί πραγματική πηγή παρηγοριάς για εμένα. (1-7)
6. Οι φίλοι μου προσπαθούν πραγματικά να με βοηθήσουν. (1-7)
7. Μπορώ να βασίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα πάνε στραβά. (1-7)
8. Μπορώ να μιλήσω για τα προβλήματά μου στην οικογένειά μου. (1-7)
9. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιραστώ τις χαρές και τις λύπες μου. (1-7)
10. Υπάρχει ένας ιδιαίτερος άνθρωπος στη ζωή μου που νοιάζεται για τα συναισθήματά μου. (1-7)
11. Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να πάρω αποφάσεις. (1-7)
12. Μπορώ να μιλήσω για τα προβλήματά μου ανοιχτά στους φίλους μου. (1-7)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Adriaenssens, J., De Gucht, V. and Maes, S. (2015) 'Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research', *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), pp. 649–661.

Ahola, K. and Hakanen, J. (2007) 'Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among Finnish dentists', *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), pp. 103-110.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. and Silber, J. H. (2002) 'Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction', *JAMA*, 288(16), pp. 1987-1993.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E. and McHugh, M.D. (2014) 'Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study', *The Lancet*, 383(9931), pp. 1824–1830.

Bakker, A. B. and Demerouti, E. (2017) 'Job Demands–Resources Theory: Taking stock and looking forward', *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), pp. 273–285.

Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Cohen, S. and Wills, T. A. (1985) 'Stress, social support, and the buffering hypothesis', *Psychological Bulletin*, 98(2), pp. 310-357.

Connor, K. M. and Davidson, J. R. (2003) 'Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)', *Depression and Anxiety*, 18(2), pp. 76-82.

Corley, M. C. (2002) 'Defining and measuring moral distress', *AACN Advanced Critical Care*, 13(2), pp. 272-284.

Dall'Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A. and Griffiths, P. (2020) 'Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review', *International Journal of Nursing Studies*, 112, p. 103456.

Davis, M. H. (1994) *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. and Schaufeli, W. B. (2001) 'The job demands-resources model of burnout', *Journal of Applied Psychology*, 86(3), pp. 499-512.

Derksen, F., Bensing, J. and Lagro-Janssen, A. (2013) 'Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review', *The British Journal of General Practice*, 63(606), pp. e76-e84.

Figley, C. R. (1995) *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Freudenberger, H. J. (1974) 'Staff burnout', *Journal of Social Issues*, 30(1), pp. 159-165.

Friganovic, A., Selic, P., Ilić, B. and Sedić, B. (2019) 'Staff burnout in intensive care units: Occurrence, causes, and coping strategies', *Acta Clinica Croatica*, 58(2), pp. 306-314.

Greenglass, E. R., Burke, R. J. and Konarski, R. (1997) 'The impact of social support on the development of burnout in teachers', *Anxiety, Stress, and Coping*, 10(1), pp. 5-18.

Greenglass, E. R., Burke, R. J. and Moore, K. A. (2001) 'The prediction of burnout by career stage and the Job Demand-Control Model', *Stress and Health*, 17(3), pp. 173-182.

Halbesleben, J. R. (2006) 'Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model', *Journal of Applied Psychology*, 91(5), pp. 1134-1144.

Hojat, M. (2007) *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer.

Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, L., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J. and Gonnella, J. S. (2009) 'The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school', *Academic Medicine*, 84(9), pp. 1182-1191.

Jameton, A. (1984) *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Karakachian, A. and Raftopoulos, V. (2018) 'The predisposition of nursing workload to burnout syndrome as a quality indicator in healthcare', *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), pp. 1321–1331.

Karasek, R. and Theorell, T. (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Kim, S. J. and Han, Y. (2020) 'Resilience and its relationship with empathy, burnout, and secondary traumatic stress in clinical nurses', *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), pp. 261–269.

Labrague, L.J., McEnroe-Petitte, D.M., Papathanasiou, I.V., Edet, O.B. and Arulappan, J. (2018) 'Impact of social support on burnout, job satisfaction, and quality of life among healthcare workers', *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), pp. 314–323.

Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F. and Sultan, S. (2014) 'The links between empathy and burnout: a study of students in health professions', *The British Journal of Health Psychology*, 19(2), pp. 285-299.

Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Leiter, M. P. and Maslach, C. (2005) 'A model of the burnout process', *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), pp. 367-380.

Leiter, M. P. and Maslach, C. (2016) 'Burnout and engagement: stability and change in job performance and relationships', *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, pp. 289-313.

Lovibond, S. H. and Lovibond, P. F. (1995) *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd edn. Sydney: Psychology Foundation.

Maslach, C. and Jackson, S. E. (1981) 'The measurement of experienced burnout', *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), pp. 99-113.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M. P. (2001) 'Job burnout', *Annual Review of Psychology*, 52(1), pp. 397-422.

Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K., Rothbaum, B. and Moss, M. (2014) 'The presence of resilience is associated with a lesser likelihood of developing PTSD, depression, and anxiety in ICU nurses', *American Journal of Critical Care*, 23(2), pp. e10-e17.

Molina-Praena, J., Gomez-Urquiza, J.L., Ramirez-Baena, L., Cañadas-De la Fuente, G.R., De la Fuente-Solana, E.I. and Cañadas-De la Fuente, G.A. (2018) 'Burnout and depression in oncology nurses: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), p. 2343.

Pines, A. M. (1998) 'A burnout paradigm in the 21st century', *Psychology & Health*, 13(3), pp. 513-527.

Schaufeli, W. B. and Taris, T. W. (2005) 'The conceptualization and measurement of burnout: contemporary issues', in Cooper, C. L. and Schabracq, M. J. (eds.) *The Handbook of Work and Health Psychology*. 2nd edn. Chichester: Wiley, pp. 17-43.

Selye, H. (1976) *The stress of life*. Rev. edn. New York: McGraw-Hill.

Simbula, S. and Maslach, C. (2018) 'The impact of burnout on organizational performance', in Oreg, S., Michel, A. and Baumgartel, C. (eds.) *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. New York: Oxford University Press, pp. 367-386.

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. and Hamilton, R. (2016) 'An examination of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses', *The Journal of Emergency Nursing*, 42(5), pp. 437-443.

Spreng, R.N., McKinnon, M.C., Mar, R.A. and Levine, B. (2009) 'The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures', *Journal of Personality Assessment*, 91(1), pp. 62-71.

Thoits, P. A. (2011) 'Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health', *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), pp. 145-161.

Trezza, G. R., Colizzi, M., Di Campi, S. M. and Sponzilli, M. (2020) 'A systematic review of the effectiveness of empathy training on healthcare professionals and students', *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 16(Suppl 1), pp. 1-13.

WHO (World Health Organization) (2004) *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization) (2019) *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2019)*. Available at: <https://icd.who.int/> (Accessed: 15 December 2025).

Wilkinson, H., Whittington, R. and Perry, L. (2017) 'Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review', *Burnout Research*, 6, pp. 18–29.

Wilkinson, H., Whittington, R., Parry, O. and Read, J. (2017) 'Empathy and the health professions: an evidence synthesis of the relationships between empathy, health professionals' wellbeing, and patient outcomes', *BMC Medical Education*, 17(1), p. 92.

Zapf, D. (2002) 'Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations', *Human Resource Management Review*, 12(2), pp. 237-268.

Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S. and Berkoff, K.A. (1988) 'The Multidimensional Scale of Perceived Social Support', *Journal of Personality Assessment*, 52(1), pp. 30-41.

2. Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Anagnostopoulos, F., Liakopoulou, T., Skemetari, E. and Souchou, M. (1998) 'An assessment of burnout in Greek nurses: the role of demographic and occupational factors', *Journal of Clinical Nursing*, 7(6), pp. 547-557.

Koinis, A., Giannou, V., Zeibekis, V., Geladari, A., Varouhas, C., Zifou, E. and Skaliotis, S. (2015) 'Job stress, burnout and job satisfaction among Greek nurses: a cross-sectional study', *Annals of General Psychiatry*, 14(1), p. 34.

Kontogianni, M. and Lambrinou, E. (2021) 'Factors associated with professional quality of life and burnout syndrome among Greek nurses: a cross-sectional study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), p. 329.

Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Koulouras, M. A. and Ng, M. (2011) 'Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)', *Psychology*, 2(3), pp. 189-196.

Sarafis, P., Labrintroianos, G., Tsounis, A., Malliarou, M. and Niakas, S. (2016) 'Job satisfaction among nurses in Greece: a systematic review', *Journal of Caring Sciences*, 5(2), pp. 109-122.

Theofilou, P. (2015) 'Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in a sample of Greek patients with multiple sclerosis', *Global Journal of Health Science*, 7(6), pp. 336-342.

