ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: *ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ*

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ
ΒΛΟΝΤΑΚΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ

ΑΘΗΝΑ - 2017

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κ. Μυστακίδου *Καθηγήτρια*

Α. Ζυγογιάννη *Επ. Καθηγήτρια*

Β. Κουλουλίας *Ανάπλ. Καθηγητής*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Οι αυξανόμενες απαιτήσεις στον χώρο της ογκολογικής φροντίδας, είτε αφορούν την αύξηση των περιστατικών είτε την πολυπλοκότητα και ποικιλία των θεραπευτικών επιλογών είτε, τέλος, τη συναισθηματική επιβάρυνση λόγω της φύσης της διεπαφής των επαγγελματιών με την απώλεια, έχει φανεί πως οδηγεί πολλούς από αυτούς σε επαγγελματική εξουθένωση, με τα γνωστά αποτελέσματα. Επίσης, έχει φανεί πως κάποιοι επαγγελματίες καταφέρνουν και ανταπεξέρχονται ικανοποιητικά απέναντι σε αυτές τις επαγγελματικές πιέσεις και καταφέρνουν και επανέρχονται στην πρότερη λειτουργικότητά τους, μια ικανότητα που έχει λάβει από τους ειδικούς την ονομασία Ψυχική Ανθεκτικότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς και η μεταξύ τους σχέση σε επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται σε Ογκολογική-Ακτινολογική Μονάδα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην έρευνα συμμετείχαν 106 άτομα (ποσοστό ανταποκρισης > 90%) από δέκα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Αττικής και, συγκεκριμένα, από τις Ογκολογικές-Ακτινολογικές κλινικές των νοσοκομείων αυτών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το προσωπικό έδειξε χαμηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό σκόραρε πιο ψηλά στην υποκλίμακα Συναισθηματική Εξάντληση του MBI (Maslach Burnout Inventory). Επίσης, φάνηκε πως τα άτομα με πιο υψηλά ποσοστά Ψυχικής Ανθεκτικότητας, παρουσίαζαν αρνητική συσχέτιση με την υποκατηγορία Συναισθηματική Εξάντληση του ερωτηματολογίου MBI και θετική συσχέτιση με την υποκατηγορία Προσωπικά Επιτεύγματα του ίδιου ερωτηματολογίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα δείχνουν πως μπορεί να ωφελήσει η προαγωγή της Ψυχικής Ανθεκτικότητας στους επαγγελματίες υγείας σε απαιτητικα περιβάλλοντα, ώστε να προληφθεί ή μετριαστεί η Επαγγελματική Εξουθένωσή τους. Περαιτέρω μελέτη των αποτελεσμάτων σχετικά με τις διαφορές που παρουσίασε το δείγμα σε σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία, κρίνεται απαραίτητη.

ABSTRACT

BACKGROUND: The increasing demands in the field of oncology care, concerning either the increasing cases or the complexity and diversity of treatment choises or the emotional charge due to the nature of professionals' interface to the loss, seems to lead on many of many of them to burnout and its well known results. Furthermore, it seems that some professionals manage to sufficiently respond to this work pressure and succeed to revert to their earlier functionality, an ability known as Resilience.

TARGET: The purpose of this research is to count the burnout and Resilience, as well as the relation between them to health professionals working in Oncology-Radiology clinics.

METHOD: In this research, participated 106 professionals (response rate > 90%) of ten public and private hospitals of Attica and, specifically, of their Oncology-Radiology clinics.

RESULTS: The personnel showed low burnout rates and only the nurses scored higher to MBI (Maslach Burnout Inventory) subscale of Emotional Exhaustion. Moreover, it seemed that people with higher Resilience rates showed negative correlation with MBI subcategory of Emotional Exhaustion and positive correlation with the subcategory of Personal Achievements (in the same inventory).

CONCLUSION: The findings show that Resilience promotion can benefit health professionals in demanding environments, in order to prevent or attenuate their burnout. Further study of the results concerning the differences of the sample, in comparison to the international bibliography, is necessary.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κο Κουλουλία, για τη συνεργασία και εμπιστοσύνη, καθώς και την καθηγήτρια, κα Μυστακίδου για την πολύτιμη βοήθειά της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....8

ΜΕΡΟΣ 1ο

Κεφάλαιο 1ο: Ψυχική Ανθεκτικότητα

1.1. Εισαγωγή.....11

1.2. Ιστορική αναδρομή.....13

1.3. Ορισμός της έννοιας Ψυχική Ανθεκτικότητα.....16

1.3.1. Συνιστώσες της Ψυχικής Ανθεκτικότητας.....17

1.3.1.1. Η έννοια της Αντιξοότητας.....18

1.3.1.1.1. Είδη παραγόντων επικινδυνότητας.....18

1.3.1.1.2. Χαρακτηριστικά παραγόντων επικινδυνότητας.....19

1.3.1.2. Η έννοια της Θετικής Προσαρμογής.....20

1.3.2. Διαστάσεις και Μορφές της έννοιας Ψυχική Ανθεκτικότητα.....21

1.3.2.1. Διαστάσεις της Ψυχικής Ανθεκτικότητας.....21

1.3.2.2. Μορφές Ψυχικής Ανθεκτικότητας.....23

1.3.3. Προστατευτικοί Παράγοντες.....24

1.3.4. Ψυχική Ανθεκτικότητα και Συναφείς Έννοιες.....28

1.3.5. Βιολογική Διάσταση Ψυχικής Ανθεκτικότητας.....30

1.3.6. Παρεμβάσεις για την Ψυχική Ανθεκτικότητα.....34

Κεφάλαιο 2ο: Επαγγελμάτικη Εξουθένωση

2.1. Εισαγωγή.....36

2.2. Ιστορική αναδρομή.....38

2.3. Ορισμός της έννοιας Επαγγελματική Εξουθένωση.....39

2.4. Θεωρητικά μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....41

2.5. Παράγοντες που συμβάλλουν στην Επαγγελματική Εξουθένωση.....45

2.6. Συνέπειες Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....47

2.7. Παρεμβάσεις αντιμετώπισης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....49

2.8. Επαγγελματική Εξουθένωση και Σχετικές Έννοιες.....52
2.9. Ψυχολογική Ανθεκτικότητα και Επαγγελματική Εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας ογκολογικών ασθενών στη διεθνή βιβλιογραφία.....55

ΜΕΡΟΣ 2^{ο}

Κεφάλαιο 3^{ο}: Μέθοδος

3.1. Σκοποί και Στόχοι της Έρευνας.....58
3.2. Δείγμα της Έρευνας και Διαδικασία.....60
3.2.1. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....60
3.2.2. Δεοντολογία της Έρευνας.....60
3.2.3. Ερευνητικά Εργαλεία.....61
Στατιστική Ανάλυση.....65
Αποτελέσματα.....66
Συζήτηση.....97
Περιορισμοί.....102
Συμπεράσματα.....103
Βιβλιογραφία.....104
Παράρτημα.....126

ΠΙΝΑΚΕΣ – ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Πίνακας 1α: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....66
Πίνακας 1β: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....67
Πίνακας 2: Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων.....72
Πίνακας 3: Cronbach's alpha για τα ερωτηματολόγια.....76
Πίνακας 4: Συσχέτιση ερωτηματολογίων.....77
Πίνακας 5: Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Emotional Exhaustion.....79
Πίνακας 6: Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Personal Accomplishment.....82
Πίνακας 7: Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Depersonalization.....85
Πίνακας 8: Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης MBI-Emotional Exhaustion.....88
Πίνακας 9: Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης MBI-Personal Accomplishment....92
Πίνακας 10: Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης MBI-Depersonalization.....95

Γράφημα 1α: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....68
Γράφημα 1β: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....69
Γράφημα 2: Ιατρικά προβλήματα συμμετεχόντων.....70
Γράφημα 3: Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων.....73
Γράφημα 4: Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Emotional Exhaustion.....80
Γράφημα 5: Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Personal Accomplishment.....83
Γράφημα 6: Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Depersonalization.....86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια εργασιακή ομάδα που φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στη βίωση υψηλών επιπέδων εργασιακού στρες[1]. Το εργασιακό στρες συνδέεται άμεσα με αρνητικές συνέπειες για το άτομο, όπως επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη, άγχος και συναισθηματική κόπωση,[2,3] όπως και με μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων για τον ασθενή, εξαιτίας μειωμένης φροντίδας και επαγγελματικής απόδοσης .

Η βίωση υψηλών επιπέδων στρες αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ενός συνδρόμου που είναι γνωστό σαν επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και πρωτοπεριγράφηκε από τις Pines και Maslach[4]. Περιλαμβάνει αρνητικά βιώματα για τον επαγγελματία, που ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες, όπως: **συναισθηματική εξάντληση**, **αποπροσωποποίηση** και **αίσθηση χαμηλών προσωπικών επιτευγμάτων.**

Η συνεχιζόμενη αλλαγή στην ογκολογική φροντίδα προκαλεί μια αύξηση στην πολυπλοκότητα προσέγγισης των περιστατικών, κάτι που χαρακτηρίζει τις μοντέρνες θεραπείες και μεγαλύτερη ανάγκη για ενημέρωση των ασθενών πάνω στις πιθανές θεραπευτικές τους επιλογές. Την ίδια ώρα, η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας με τις περικοπές δαπανών και τη μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεάζουν έντονα το εργασιακό περιβάλλον και αποτελούν παράγοντες δυνητικά επικίνδυνους για εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ακτινοθεραπευτικών μονάδων[5].

Από την άλλη, έρευνες έχουν δείξει συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και πολλές εκβάσεις ψυχικής ασθένειας, όπως η επαγγελματική εξουθένωση, το δευτερογενές στρές, η κατάθλιψη και το άγχος[6,7,8,9]. Για παράδειγμα, μια έρευνα των Mealer και συνεργατών[6] με δείγμα 744 νοσηλευτών σε μονάδα εντατικής φροντίδας στις ΗΠΑ, βρήκε πως η υψηλή ανθεκτικότητα σχετίζεται με χαμηλότερη εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, άγχους και κατάθλιψης. Σε άλλη έρευνα των McGurry και συνεργατών[7] στην Αυστραλία με

επαγγελματίες εργαζόμενους σε παιδιατρική κλινική, βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα.

Η ψυχική ανθεκτικότητα στην ανθρώπινη εξέλιξη ορίζεται σαν θετική προσαρμογή απέναντι σε σημαντική αντιξοότητα. Πρωτοπόροι ερευνητές (π.χ. Norman Garmezy, Lois Murphy) δέχτηκαν πως κατανοώντας τέτοια φαινόμενα, υπάρχει η δυνατότητα να εμφανιστούν πολιτικές και παρεμβάσεις που προασπίζουν, προλαμβάνουν ή εξαλείφουν τα προβλήματα στις ζωές των παιδιών που απειλούνται από κίνδυνο και αντιξοότητα.

Στην πορεία, η μελέτη της ανθεκτικότητας μεταφέρθηκε και στους ενήλικες και στο πώς μπορεί να χρησιμοποιήθει στην καλύτερη δυνατή προσαρμογή στην ενήλικη ζωή. Η έννοια του όρου έχει πλέον χρησιμοποιηθεί ευρέως σε μια μεγάλη γκάμα θεμάτων, ενώ οι προτάσεις και οι διαφωνίες σχετικά με τον ορισμό της και τη χρήση του δεν σταματούν να υπάρχουν.[10,11]

Στα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας ο όρος αναφέρεται στην ικανότητα του να επανέρχεσαι στην πρότερη επαγγελματική απόδοση και ικανότητα μέσα από τις προκλήσεις και δυσκολίες που συναντώνται στην επικοινωνία με τον ασθενή-πελάτη.

Στη βιβλιογραφία, η σχέση ψυχικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης στα επαγγέλματα υγείας έχει αρχίσει να τραβάει το ενδιαφέρον των μελετητών, χωρίς ακόμα να υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφικών αναφορών, με κυρίαρχο ενδιαφέρον στο νοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικών και παιδιατρικών μονάδων, αλλά και μονάδων ανακουφιστικής αγωγής[12,13,14,15], είτε ερευνώντας τη σχέση μεταξύ τους είτε εφαρμόζοντας πιλοτικά προγράμματα προαγωγής της ανθεκτικότητας[16].

Στον χώρο της ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας οι έρευνες είναι ακόμα πιο περιορισμένες σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα και τον ρόλο της στην επαγγελματική εξουθένωση[17,18], αφήνοντας αρκετό χώρο προς έρευνα και μελέτη των ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που ενισχύουν την ψυχική

ανθεκτικότητα στους εργαζόμενους ακτινοθεραπευτικών μονάδων και την πιθανή συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από δύο μέρη. Το *πρώτο* αφορά το θεωρητικό μέρος της μελέτης και το *δεύτερο* το εμπειρικό ερευνητικό κομμάτι. Στο *πρώτο μέρος* γίνεται αναλυτική περιγραφή του θεωρητικού πλαισίου. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Παρουσιάζεται μια ιστορική αναδρομή του όρου και στη συνέχεια, παρουσίαση του ορισμού της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στη συνέχεια του κεφαλαίου περιγράφονται οι μορφές και διαστάσεις του φαινομένου, καθώς και οι προστατευτικοί παράγοντες. Κατόπιν, γίνεται αναφορά στις συναφείς έννοιες του όρου, που υπάρχουν στη βιβλιογραφία και ακολουθεί αναφορά στη βιολογική διάσταση του φαινομένου. Τελος, καταγράφονται οι τρόποι προαγωγής της ανθεκτικότητας.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* παρουσιάζεται η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης με μια ιστορική αναδρομή της έννοιας, ενώ στη συνέχεια ακολουθεί ο ορισμός. Κατόπιν, αναφέρονται συνοπτικά τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα που έχουν περιγράψει τον όρο και στην πορεία του κεφαλαίου ακολουθούν οι παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακολουθεί καταγραφή των συνεπειών που επιφέρει και οι παρεμβάσεις που γίνονται στην καταπολέμηση της εμφάνισής της. Τέλος, περιγράφονται και διασαφηνίζονται συναφείς έννοιες. Στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται αναφορά της βιβλιογρφίας που υπάρχει παγκοσμίως, σχετιζόμενης αμιγώς, κατά το δυνατόν, με το θέμα της μελέτης.

Μέρος 1ο

Κεφ. 1ο : ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

1.1. Εισαγωγή

Όσο σημαντικό είναι να γνωρίζουμε τι είναι αυτό που κάνει τους ανθρώπους να λυγίζουν, εξίσου σημαντικό είναι να γνωρίζουμε τι είναι αυτό που κάνει τους ανθρώπους να αντέχουν. Σε αυτό το δεύτερο σκέλος έρχεται να απαντήσει η θεώρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Ένα συνεχώς αναπτυσσόμενο σώμα ερευνών ανατρέπει τη συμβατική μέχρι σήμερα γνώση πως κάποιος που ζει, δρα και λειτουργεί σε αντίξοο περιβάλλον, αναπόφευκτα επηρεάζεται αρνητικα[19,20,21,22]. Ιστορικά, τον 18ο και 19ο αιώνα οι επιστήμονες και πρακτικοί γιατροί της εποχής στόχο είχαν την αρρώστια και την εξάλειψή της. Στη φαρμακευτική πρακτική το επίκεντρο ήταν το ίδιο, η εξαφάνιση του συμπτώματος, ενώ το ίδιο και στην Φροϋδική ψυχανάλυση, η οποία εφαρμοζόταν στην ψυχική ασθένεια. Το ίδιο ισχύει και στις μέρες μας σχεδόν, με το μοντέλο ασθένειας του Thomas Kuhn[23], δηλαδή της υιοθέτησης της επιστήμης της κανονικότητας (normal science) μέσω προκαθορισμένων διαδικασιών για την θεραπεία.

Η έρευνα της ψυχικής ανθεκτικότητας μετακινεί το επίκεντρο της προσοχής από τη θεραπεία των ανεπιθύμητων εκδηλώσεων και ασθενειών στο χτίσιμο ανθεκτικότητας[24]. Αρχίζει και αναζητά τι είναι αυτό που κάνει τα άτομα να ξεπερνούν τις δυσκολίες, να αντέχουν και να τα φέρνουν εις πέρας. Αφορμή για αυτήν τη μετακίνηση είναι οι εργασίες των πρώιμων ερευνητών του όρου, οι οποίοι παρατήρησαν πως παιδιά που μεγάλωσαν σε εξαιρετικά δυσμενή περιβάλλοντα εξελίχθηκαν σε λειτουργικούς και ικανούς ενήλικες[25,26].

Η έρευνα και η μελέτη του φαινομένου της ψυχικής ανθεκτικότητας, η οποία αναφέρεται στην επιτυχημένη προσαρμογή κάτω από αντίξοες συνθήκες ανάπτυξης, βασίζεται κατά κύριο λόγο στην προσέγγιση της θετικής ψυχολογίας (positive psychology). Τόσο η ψυχική ανθεκτικότητα όσο και η μελέτη της Θετικής Ψυχολογίας[27] εστιάζουν στο θετικό, στις δυνατότητες του ατόμου στο να ζήσει καλά. Όπως θα δούμε παρακάτω, πολλά από τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα είναι συνισταμένες που ενδιαφέρουν την Θετική Ψυχολογία. ‘Ετσι, η εύρεση νοήματος, τα θετικά συναισθήματα, η αισιοδοξία, το χιούμορ και άλλα, είναι κάποια χαρακτηριστικά που προστατεύουν το άτομο από αντίξοες συνθήκες, τραυματικές εμπειρίες και ψυχοπιεστικά περιβάλλοντα.

Επίσης, η μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας συνδέεται στενά με τον κλάδο της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας[28]. Όπως ήδη αναφέρθηκε, έρευνες σε παιδιά και εφήβους πυροδότησαν το ερευνητικό ενδιαφέρον για την ανθεκτικότητα. Οι δύο αυτοί κλάδοι μελετούν την πορεία ανάπτυξης του ατόμου από την παιδική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση, εστιάζοντας στις μεταβολές της προσαρμογής. Αξίζει να αναφερθεί πως σε διαπολιτισμικές έρευνες, τα ανθεκτικά άτομα μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, κάτι που υποδηλώνει μια φυλογενετική προικοδότηση ικανοτήτων απάντησης απέναντι στην αντιξοότητα[29].

Η εννοιολογική θεώρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας περιλαμβάνει μια ευρύτατη ποικιλία ορισμών, χαρακτηριστικών και εφαρμογών, που ειδικά τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται και μελετάται με πολύ ενδιαφέρον από πληθώρα κλάδων πέραν της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας, όπως τον αθλητισμό, την οικογένεια , την εκπαίδευση και την εργασία.

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Η ιδέα της ανθεκτικότητας υπάρχει στη συλλογική μνήμη των ανθρώπων από πάρα πολύ παλιά είτε μέσω μύθων είτε μέσω των τεχνών και της λογοτεχνίας, καταγράφοντας ήρωες και τα κατορθώματά τους[30]. Από το ξεκίνημα του 19ου αιώνα, το ενδιαφέρον καινοτόμων επιστημόνων από διαφορετικά πεδία που εκτείνονται από τη βιολογία μέχρι την ψυχανάλυση, ασχολήθηκαν με το θέμα της ανθρώπινης προσαρμογής[31,32]. Είναι γνωστή σε όλους η Εργασία του Δαρβίνου[33] σχετικά με τη Φυσική Επιλογή και την έννοια της προσαρμογής των ειδών στις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Η εμπειρία αργότερα των δύο μεγάλων πολέμων με τις δυσχερέστατες συνθήκες που δημιούργησαν και ειδικότερα η εμπειρία επιβίωσης στα στρατόπεδα αιχμαλώτων, οδήγησε τους μελετητές στη διερεύνηση των παραγόντων που ενισχύουν την ψυχοσωματική επιβίωση κάτω από εξαιρετικά αντίξοες συνθήκες[34,35].

Η συστηματική μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας έκανε την εμφάνισή της τη δεκαετία του 1960 και 1970 μέσα από την εμπειρική μελέτη της σχιζοφρένειας. Ο **Norman Garnezy** προσπάθησε να εστιάσει στους παράγοντες εκείνους που βοηθούσαν στην καλή προσαρμογή των σχιζοφρενών ασθενών[36,37,38].

Κατά την ίδια χρονική περίοδο, η μελέτη των παιδιών με σχιζοφρενείς μητέρες διαδραμάτισε έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην περιγραφή και την κατανόηση του φαινομένου της ψυχικής ανθεκτικότητας[36,39]. Η διαπίστωση ότι ένα μεγάλο ποσοστό από αυτά αναπτύσσονταν φυσιολογικά παρά τις συνθήκες υψηλού κινδύνου που αντιμετώπιζαν στο περιβάλλον τους, έστρεψε το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών στην προσπάθεια κατανόησης των ατομικών διαφορών στις αντιδράσεις απέναντι στην αντιξοότητα και τους κινδύνους για την ανάπτυξη. Παράλληλα χρονικά, ο **James Anthony**[40] περιέγραψε μια ομάδα «άτρωτων παιδών» που φαίνονταν να μην επηρεάζονται από την ψυχοπαθολογία των γονιών τους. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα στην επιδημιολογική έρευνα του *Isle of Wight* την ίδια δεκαετία σε νέους που ζούσαν σε υποβαθμισμένες συνοικίες του Λονδίνου και

μελετήθηκαν οι παράγοντες που προστάτευαν τους νέους από τους κινδύνους που εξετίθεντο λόγω του περιβάλλοντος[41,42].

Μία έρευνα που αποτελεί ορόσημο έγινε στο *Kauai* της Χαβάης, ακολουθώντας από το 1955 την εξέλιξη 698 ατόμων από την παιδική μέχρι τη μέση ηλικία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα περισσότερα παιδιά κατάφεραν να τα πάνε καλά παρά τις αντίξοες κοινωνικές συνθήκες[43,44,45,46].

Η μελέτη ανθεκτικών παιδιών προκάλεσε ανατροπή και ενθουσιασμό με τις συνεπακόλουθες υπερβολές. Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση έφερε τον τίτλο: «Τα σούπερ παιδιά των γκέτο»[47]. Η έρευνα στράφηκε στην αναζήτηση εκείνων των χαρακτηριστικών που «ανοσοποιούν» τα παιδιά και τα καθιστούν άτρωτα. Στα χρόνια που ακολούθησαν, ο συγκεκριμένος όρος εγκαταλείφθηκε, καθώς θεωρήθηκε υπερβολικός και εύκολα γενικεύσιμος[48,49].

Το ενδιαφέρον για την ψυχική ανθεκτικότητα στους ενήλικες ξεκίνησε από τις επαναξιολογήσεις των συμμετεχόντων ανηλίκων στις πρώτες ερευνες για την ανθεκτικότητα[50]. Στις περισσότερες έρευνες φάνηκε πως τα παιδια που ήταν ανθεκτικά εξακολουθούσαν να είναι και ανθεκτικοί ενήλικες[50,46].

Τη δεκαετία του 1980, παράλληλα με τη «Μελέτη για την Επάρκεια»[51], που μελετούσε τι είναι αυτό που κάνει τα παιδιά ανθεκτικά απέναντι στις αντιξοότητες, εμφανίστηκε και η έννοια της **ψυχικής ευρωστίας** από τη **Suzan Kobasa**[52], ως μια τριάδα χαρακτηριστικών προσωπικότητας που περιλαμβάνουν τη *δέσμευση*, τον *έλεγχο* και την *πρόκληση*. Η έρευνα ήταν μια δωδεκαετής παρακολούθηση των στελεχών μιας εταιρείας σε μια ανταγωνιστική και απαιτητική αγορά. Στην πορεία, η ψυχική ευρωστία θεωρήθηκε παράγοντας που συμβάλλει στην ψυχική ανθεκτικότητα και τις καθημερινές προκλήσεις[53].

Επιπρόσθετα, έρευνες του **George Bonano,** σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που εκτίθενται σε βίαια και τραυματικά γεγονότα -είτε αφορούν απειλή για την ίδια τη ζωή είτε απώλειες κοινωνικές- παρουσιάζουν καλή προσαρμογή και ανθεκτικότητα[54,55].

Πιο συνοπτικά, η έρευνα της ανθεκτικότητας έχει ακολουθήσει *τέσσερα κύματα*[56,57]. Το *πρώτο κύμα* είχε σαν στόχο τον προσδιορισμό εκείνων των ιδιοτήτων ή χαρακτηριστικών των ανθεκτικών ατόμων.

Το δεύτερο κύμα αντιμετώπισε την ψυχική ανθεκτικότητα σαν δυναμική διαδικασία μέσω συστεμικών αλληλεπιδράσεων. Σε αυτή τη φάση της έρευνας αναγνωρίστηκε η σημασία κάποιων παραγόντων που πιθανά λειτουργούν προστατευτικά.

Στο *τρίτο κύμα* δόθηκε βάση στην πρόληψη και την εφαρμογή παρεμβάσεων που λειτουργούν προστατευτικά, όπως η παρέμβαση στο σχολείο.

Τέλος, το *τέταρτο κύμα* περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση της εξέλιξης της επιστήμης για τη μελετη των γονιδίων, τη βιολογική βάση της ανθεκτικότητας[58] και την πολυεπίπεδη ανάλυση των παραγόντων ανθεκτικότητας μέσω νεών τεχνικών στατιστικής ανάλυσης.

1.3. Ορισμός της έννοιας Ψυχική Ανθεκτικότητα

Ο όρος της ανθεκτικότητας στην εξέλιξη καταγράφηκε, όπως ήδη αναφέρθηκε, από τον Δαρβίνο για πρώτη φορά για να περιγράψει κάποια γονίδια που είναι περισσότερο προσαρμοστικά και αντέχουν σε ένα περιβάλλον που δεν είναι ευνοϊκό. Στην πορεία, η έννοια της ανθεκτικότητας έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς κλάδους πέραν των ανθρωπιστικών επιστημών, όπως τη μηχανική, την οικολογία και τις οικονομικές επιστήμες[59]. Στις φυσικές επιστήμες και στη μηχανική ο όρος αναφέρεται στην ικανότητα του υλικού να αντέχει υπό πίεση χωρίας να σπάσει ή να μπορεί να επανέλθει στην πρότερή του κατάσταση. Στις αναπτυξιακές επιστήμες η έννοια της ανθεκτικότητας αναφέρεται στην ικανότητα ατόμων, ομάδων, κοινωνιών να ανταπεξερχονται την αντιξοότητα και να δείχνουν καλή προσαρμογή[60].

Ο αγγλικός όρος *resilience* προέρχεται από το λατινικό ρήμα *resilio* που σημαίνει αναπηδώ-ανακάμπτω και σχετίζεται με την προσαρμογή στην κρίση[61]. Ετυμολογικά, η έννοια «ανθεκτικός» αναφέρεται σε αυτόν που δεν μεταβάλλεται εύκολα και μεταφορικά, σε αυτόν που δεν μεταβάλλεται από τις κακουχίες[62].

Στον χώρο της αναπτυξιακής επιστήμης, η έννοια αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί με επάρκεια παρά το γεγονός πως ζει κάτω από αντίξοες συνθήκες[63]. Αν και δεν υπάρχει συναίνεση στην έννοια, οι περισσότεροι θεωρητικοί συμφωνούν πως η ανθεκτικότητα αναφέρεται στη θετική προσαρμογή του ατόμου παρά την ύπαρξη αντίξοων ή τραυματικών συνθηκών, την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών και την επαναφορά στη λειτουργικότητα [64,60,65]. Οι συνθήκες αυτές μπορεί να αφορούν είτε μόνιμες καταστάσεις, στις οποίες γεννιούνται και μεγαλώνουν τα άτομα, όπως η φτώχεια, είτε κάποια απροσδόκητα και οδυνηρά γεγονότα, όπως μια φυσική καταστροφή, είτε μια ασθένεια[66]. Γενικότερα, ο όρος έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετούς ερευνητές της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας για να περιγράψει την ψυχική «ευελιξία» (flexibility), την ικανότητα για επιτυχημένη κοινωνική προσαρμογή και αντιμετώπιση των κινδύνων που απειλούν την ανάπτυξη[67,68,69]. Η *Lloyd*[70] παρουσίασε την ψυχική ανθεκτικότητα

σαν ένα ευλύγιστο και εύκαμπτο υλικό που θα ήταν αρκετά δυνατό να αντέξει μια υψηλή θερμοκρασία ή μια απότομη αλλαγή της συνοχής του.

Πρόσφατοι ορισμοί περιγράφουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως την ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος να ανακάμπτει ή να αντέχει σε σημαντικές προκλήσεις που απειλούν τη σταθερότητα, τη βιωσιμότητα ή την ανάπτυξή του[71]. Επίσης, περιγράφουν την ανθεκτικότητα ως την ικανότητα των ατόμων να αντέχουν τις ασυνέχειες στην πορεία της ζωής τους, ωστε να προσαρμόζονται ικανά στα νέα στρεσογόνα περιβάλλοντα[72].

Συνοπτικά, η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένας συνδυασμός ικανοτήτων και χαρακτηριστικών που αλληλεπιδρούν δυναμικά, ώστε να επιτρέψουν σε ένα άτομο να επανέλθει (bounce back), να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με επιτυχία, λειτουργώντας πάνω από τον μέσο όρο παρά το σημαντικό στρες ή την αντιξοότητα που αντιμετωπίζει[73].

Το 2011 οι *Windle* και οι συνεργάτες ανασκόπησαν περισσότερες από 270 έρευνες και αξιολόγησαν τις ψυχομετρικές ικανότητες αρκετών εργαλείων που μετρούν την ψυχική ανθεκτικότητα[74]. Παρατήρησαν πως η πλειονότητα των εργαλείων δεν αναπτύχθηκαν στη βάση ενός ξεκάθαρου θεωρητικού μοντέλου ψυχικής ανθεκτικότητας. Οι ερευνητές κατέληξαν πως η έννοια αξιολογείται από μια πολυεπίπεδη προοπτική και τα εργαλεία περιλαμβάνουν μια ποικιλία συστατικών που θεωρείται ότι απαρτίζουν την ανθεκτικότητα. Αυτά τα στοιχεία περιλαμβάνουν την *αισιοδοξία*, την *αυτοπεποίθηση*, την *ατομική* και *κοινωνική ικανότητα*, το *χιούμορ*, τις *ικανότητες επίλυσης προβλημάτων*, τη *δημιουργικότητα*, την *ψυχική ευρωστία*, την *οικογενειακή συνοχή*.

1.3.1. Συνιστώσες της Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Η έννοια της ψυχολογικής ανθεκτικότητας καθορίζεται από την ταυτόχρονη ύπαρξη δύο φαινομενικά αλληλοσυγκρουόμενων προϋποθέσεων. Η *πρώτη* αφορά ένα εγγενές ή επίκτητο πλαίσιο αντίξοων, αγχογόνων, τραυματικών ή -γενικά- δυσχερών συνθηκών και εμπειριών ζωής του ατόμου και η *δεύτερη* περιγράφει την ικανοποιητική ή/και ιδιαίτερα επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση αυτών των

αρνητικών συνθηκών και εμπειριών από το άτομο. Έτσι, η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας αποτελεί συνισταμένη δύο συνιστώσων: η πρώτη αφορά την *ύπαρξη αντιξοότητας ή κινδύνου* και η δεύτερη την *ύπαρξη καλής προσαρμογής.*

1.3.1.1. Η έννοια της Αντιξοότητας

Η αντιξοότητα, η οποία συχνά αναφέρεται και σαν επικινδυνότητα, αφορά τις αρνητικές συνθήκες διαβίωσης και περιβαλλοντικές επιδράσεις, για τις οποίες έχει διαπιστωθεί οτι σχετίζονται με δυσκολίες στην προσαρμογή. Για να θεωρηθεί ένα άτομο ανθεκτικό χρειάζεται να υπάρξουν κίνδυνοι, οι οποίοι εμποδίζουν τη φυσιολογική ανάπτυξη. Στην εισαγωγή του κεφαλαίου έχουμε ήδη αναφερθεί στο γεγονός πως το ενδιαφέρον για την ψυχική ανθεκτικότητα ξεκίνησε με αφορμή τη μελέτη των παραγόντων κινδύνου, ερευνώντας παιδιά που ήταν εκτεθειμένα σε κινδύνους[75,76,77]. Για παράδειγμα, η ψυχική ασθένεια των γονιών έχει συσχετισθεί με υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερες επιδόσεις στο σχολείο και την κοινωνική προσαρμογή[78].

Εκτός από την εξέταση μεμονωμένων κινδύνων, όπως η φτώχεια ή η ψυχοπαθολογία των γονιών, εξετάστηκε και η αθροιστική έκθεση σε κινδύνους[79,80].

Ειδικότερα για τους ενήλικες, όσο προχωρούν προς τη μέση και Τρίτη ηλικία, νέες μορφές ανθεκτικότητας εμφανίζονται, μέσα από τις απώλειες που βιώνουν στην πορεία της ζωής. Έτσι, προκύπτει η έννοια της αθροιστικής αντιξοότητας[81], η οποία περιγράφει αυτό ακρίβως που αναφέρθηκε, δηλαδή τις πολλαπλές αντιξοότητες στα διάφορα στάδια της ζωής και το εμπλουτισμένο ρεπερτόριο απάντησης σε αυτές τις δυσκολίες.

1.3.1.1.1. Είδη παραγόντων επικινδυνότητας

Ως παράγοντες επικινδυνότητας (risk factors) ορίζονται οι μεταβλητές που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων σε διάφορους τομείς ανάπτυξης και προσαρμογής των ατόμων[82,83].

Η έννοια της αντιξοότητας περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες-κινδύνους που απειλούν την ομαλή προσαρμογή και ανάπτυξη. Ενδεικτικά, η *φτώχεια, η κακοποίηση, η μετανάστευση, το διαζύγιο, το χαμηλό βάρος γέννησης, η απόρριψη από την κοινωνική ή επαγγελματική ομάδα* έχουν συνδεθεί με χαμηλή σχολική επίδοση, προβλήματα συμπεριφοράς, χαμηλότερη απόδοση στην εργασία[84,85].

Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) **απειλητικές στρεσσογόνες συνθήκες** και β) **οξύ τραύμα,** π.χ. οικογενειακή βία[63]. Επίσης, διακρίνονται σε: α**) ενδοοικογενειακή αντιξοότητα,** β) **ατομική στρεσογόνο κατάσταση,** π.χ. ασθένεια, και γ) **εξωτερική αντιξοότητα,** π.χ. απώλεια εργασίας[86].

1.3.1.1.2. Χαρακτηριστικά παραγόντων επικινδυνότητας

Διάρκεια Έκθεσης

Συχνά, ο βαθμός προσαρμογής είναι ανάλογος με τη διάρκεια της έκθεση[87]. Η έκθεση σε μακροχρόνιο ενδοοικογενειακό κινδυνο έχει μεγαλύτερες επιπτώσεις από ότι η έκθεση σε οξύ εξωτερικό κίνδυνο, π.χ. φυσική καταστροφή[88]. Ένα οξύ τραυματικό γεγονός μπορεί να προκαλέσει εκτροπή στην εξελικτική πορεία, ενώ η χρόνια αντιξοότητα είναι επίμονη και διαβρωτική[89].

Σοβαρότητα

Οι παράγοντες επικινδυνότητας μπορεί να διαφέρουν ως προς τη σοβαρότητα. Οι τραυματικές εμπειρίες συνήθως αναφέρονται σε γεγονότα οξέα και εξαιρετικά απαιτητικά όσον αφορα την προσαρμογή, π.χ σεισμοί, πόλεμοι κ.ά. Εκτός από τα τραυματικά γεγονότα που μόλις αναφέρθηκαν και τα οποία θεωρούνται και είναι πολύ σοβαρά, στρεσογόνα γεγονότα μικρότερης έντασης, που συναντώνται στην καθημερινή ζωή, θεωρείται πως αποτελούν σοβαρό κίνδυνο στην υγιή προσαρμογή. Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman[90], οι καθημερινές ενοχλήσεις, όπως οι πολλές ευθύνες και ημερήσιες υποχρεώσεις, παρότι είναι λιγότερο δραματικές από τα μείζονα τραυματικά γεγονότα, μπορεί να ασκούν μεγάλη επίδραση στην υγιή προσαρμογή. Παραδείγματα τέτοιων γεγονότων που έχουν μελετηθεί, αποτελούν το καθημερινό στρες[91] και το στρες των νοσηλευτών[92].

1.3.1.2. Η έννοια της Θετικής Προσαρμογής

Η δεύτερη προϋπόθεση που είναι απαραίτητη για την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η θετική προσαρμογή, η οποία ορίζεται συνήθως στο πλαίσιο της κοινωνικοψυχολογικής επάρκειας, αλλα και της επίτευξης των αναπτυξιακών στόχων του εκάστοτε σταδίου ανάπτυξης[93,60,63]. Συνήθως, ο όρος χρησιμοποιείται συγκριτικά, όταν τα άτομα τα καταφέρνουν καλυτερα από ότι αναμενόταν ή καλύτερα από το «φυσιολογικό».

Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ανθεκτικό δεν χρειάζεται να παρουσιάζει εξαιρετική προσαρμογή, αλλά αρκεί να τα «πηγαίνει καλά» παρά τις δυσκολίες[60]. Τα κριτήρια για το τι θεωρείται «τα πάω καλά» ποικίλουν σημαντικά στις έρευνες για την ανθεκτικότητα. Οι όροι εκτείνονται από την απουσία ψυχοπαθολογίας, την επίτευξη των «αναπτυξιακών καθηκόντων», μέχρι και τη συμπερίληψη και των δύο. Υπάρχει σημαντική διαφωνία για το ποια είναι τα καλύτερα κριτήρια θετικής προσαρμογης, ειδικότερα όταν αναφερόμαστε σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια[94,95,96]. Για παράδειγμα, καποια αναπτυξιακά καθήκοντα είναι παγκόσμια, όπως η εκμάθηση της γλώσσας, και κάποια δεν ανταποκρίνονται σε πάγκοινες αξίες, όπως για παράδειγμα οι σχολικές επιδόσεις που δεν είναι σημαντικές σε όλες τις κουλτούρες. Επιπρόσθετα, οι αναπτυξιακοί στόχοι αλλάζουν με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι, οι στόχοι για τα παιδιά είναι οι καλές επιδόσεις στο σχολείο, ενώ στους ενήλικες οι καλές επιδόσεις στην εργασία[87].

Οι περισσότερες έρευνες ψυχικής ανθεκτικότητας στα παιδιά και στους εφήβους, χρησιμοποιούσαν κατα κύριο λόγο την πλήρωση των αναπτυξιακών καθηκόντων για να ορίσουν τη θετική προσαρμογή. Αυτά τα κριτήρια αποτελούν δείκτες συμπεριφοράς ή *εξωτερικής προσαρμογής*. Από την άλλη πλευρά, έρευνες που έδειξαν καλή εξωτερική προσαρμογή σε παιδιά, έδειξαν παράλληλα στα ίδια αυτά άτομα υψηλά επίπεδα εσωτερικής δυσφορίας και άγχους, παρόμοια με εκείνα των παιδιών που δεν χαρακτηρίζονταν ανθεκτικά. Έτσι, γίνεται λόγος για τη διττή φύση της προσαρμογής, με την έννοια της *εσωτερικής προσαρμογής* που περιλαμβάνει και την καλή εσωτερική ψυχική λειτουργία και συγκεκριμένα, απουσία δυσφορίας ή άγχους και εσωτερική ισορροπία[95,80].

Φαίνεται πως υπάρχει συνέχεια, αλλά και αλλαγή στην ψυχική ανθεκτικότητα κατά την πορεία μετάβασης από την παιδική στην ενήλικη ζωή. Οι ενήλικοι που χαρακτηρίζονται ανθεκτικοί ήταν εκείνοι που είχαν εκπληρώσει με επιτυχία τους στόχους των προηγούμενων αναπτυξιακών σταδίων και είχαν και εσωτερική ισορροπία. Επίσης, εκείνοι που επέδειξαν δυσπροσαρμοστικότητα σε κάποιο στάδιο της ζωής τους, φαίνεται πως στην πορεία της ανάπτυξης έχουν την ευκαιρία να ανακατευθύνουν την πορεία και να επανέλθουν σε θετική προσαρμογή[97].

Παρόλες τις διαφωνίες και την απουσία κοινής γλώσσας στη μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας, υπάρχει ομονόηση σε ένα γεγονός: στη σημαντική συμβολή της στην εστίαση της προσοχής στη θετική έκβαση.

Απόρροια της παραπάνω διαπίστωσης είναι ο προβληματισμός που αναπόφευκτα γεννάται στο κατά πόσο είναι απαραίτητη η παρουσία ενός θετικού ή αρκεί η απουσία του αρνητικού αποτελέσματος για να κριθεί η ανθεκτικότητα[98,99]. Σε πολλές περιπτώσεις, όταν ο παράγοντας επικινδυνότητας είναι ακραίος και τραυματικός, τότε η απουσία ψυχοπαθολογίας ή κακής προσαρμογής αποτελεί επαρκές κριτήριο[100].

1.3.2. Διαστάσεις και Μορφές της έννοιας Ψυχική Ανθεκτικότητα

1.3.2.1. Διαστάσεις της Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Μεταξύ των μελετητών και ερευνητών της ψυχικής ανθεκτικότητας υπάρχει μια διαφωνία στο κατά πόσον αυτή αφορά σε ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου ή σε μια δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης. Όταν ο όρος ανθεκτικότητα χρησιμοποιείται για να αναφερθεί στη διαδικασία, θεωρείται δεδομένη η ύπαρξη αντιξοότητας, κάτι που δεν κρίνεται απαραίτητο, όταν η ανθεκτικότητα ορίζεται ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας[101]. Η αιτία αυτής της αλληλοεπικάλυψης των όρων οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ύπαρξη

προγενέστερων συγγενών εννοιών, όπως η ψυχική ευρωστία, ή σκληρότητα (hardiness) που αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, και η ανθεκτικότητα του εγώ.

Η Ψυχική ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας

Οι ερευνητές που αντιλαμβάνονται την ψυχική ανθεκτικότητα ως εσωτερική διεργασία, πρεσβεύουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται σε συγκεκριμένα δομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και εγγενείς μηχανισμούς δράσης, οι οποίοι διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ των παραγόντων επικινδυνότητας και την προσαρμογή του ατόμου. Ήδη έχουμε αναφερθεί στα χαρακτηριστικά των άτρωτων παιδιών των ερευνών του πρώτου κύματος. Η θεώρηση αυτή ενέχει τον κίνδυνο το άτομο που δεν ανταπεξέρχεται και δεν κρίνεται ανθεκτικό να αντιμετωπίζεται ως το ελλειματικό, επειδή κάτι του λείπει[101]. Με την εξέλιξη των ερευνών προσδιορίστηκαν τρεις κατηγορίες χαρακτηριστικών που εμπλέκονται στην ανθεκτικότητα και είναι τα *χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου*, τα *χαρακτηριστικά της οικογένειας* και τα *χαρακτηριστικά του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος*[84,102,103]. Αναπόφευκτα, αυτά τα χαρακτηριστικά που δεν αφορούν μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και άλλους παράγοντες, οδηγούν στην αναζήτηση μιας άλλης θεωρητικής διάστασης της ψυχικής ανθεκτικότητας σαν διαδικασίας αλληλεπίδρασης.

Η Ψυχική Ανθεκτικότητα ως μια δυναμική διαδικασία

Οι θεωρητικοί αυτής της προσέγγισης τονίζουν πως, παρόλο που η ανθεκτικότητα εμπλέκει ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, εξαρτάται ταυτόχρονα και από χαρακτηριστικά του ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος και την αλληλεπίδραση τους[101]. Η δεύτερη αυτή μεγάλη τάση στη μελέτη της αποτελεσματικής προσαρμογής σε συνθήκες αντιξοότητας, η οποία κερδίζει ολοένα και μεγαλύτερη αναγνώριση τα τελευταία χρόνια, θεωρεί την ψυχική ανθεκτικότητα ως το αποτέλεσμα της ενεργοποίησης εσωτερικών κινήτρων και ψυχοκοινωνικών πόρων (resources), οι οποίοι, σε αλληλεπίδραση με τους προστατευτικούς παράγοντες που ενυπάρχουν στο περιβάλλον, καταφέρνουν να

διατηρήσουν την επάρκεια του ατόμου σε υψηλά επίπεδα, μέσα σε συνθήκες αντιξοότητας για την ανάπτυξη[104].

Οι απόψεις των ανωτέρω ενισχύονται από τη διαπίστωση που έγινε σε σειρά ερευνών, ότι η ψυχική ανθεκτικότητα δεν αποτελεί μια διαχρονικά σταθερή και απόλυτη ιδιότητα του ατόμου, όπως θα υποδήλωνε ενα χαρακτηριστικό προσωπικότητας, αλλά ότι έχει διακυμάνσεις στον χρόνο και στους τομείς προσαρμογής[105,106]. Κάποιο άτομο, για παράδειγμα, μπορεί να παρουσιάσει ανθεκτικότητα σε κάποια στιγμη της ζωής του και σε κάποια άλλη όχι ή να είναι ανθεκτικό σε έναν τομέα και σε άλλον όχι.

1.3.2.2. Μορφές Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Η ψυχική ανθεκτικότητα διερευνάται στην πορεία του χρόνου και διάφορα μοτίβα έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία. Τουλάχιστον τέσσερις διακριτές μορφές ανθεκτικότητας έχουν αναφερθεί σε σχέση με οξείες και χρόνιες δυσκολίες[107]. Οι διάφορες μορφές αντανακλούν και τις ποικίλες διαστάσεις της[108]. Μιλάμε για την **αντίσταση**, την **ανάκαμψη**, την **ομαλοποίηση** και την **ανασυγκρότηση**.

Η **αντίσταση** αναφέρεται σε μια σχετικά σταθερή και θετικά προσαρμοσμένη συμπεριφορά, παρουσία σημαντικών απειλών, για παράδειγμα, ένα παιδί που δείχνει καλή προσαρμογή σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια, παρόλο που ζει σε συνθήκες φτώχειας και σε υποβαθμισμένη γειτονιά.

Η **ανάκαμψη,** από την άλλη, αναφέρεται σε μοτίβο προσαρμοστικότητας, που παρουσιάζει μια καμπή σαν αποτέλεσμα αντιξοότητας και επανέρχεται ξανά σε θετικό επίπεδο. Αυτή η μορφή ανθεκτικότητας θεωρείται φυσιολογική και αναμενόμενη σε βαριές χρόνιες ή οξείες αντιξοότητες και καταστροφές. Για παράδειγμα, σε μια φυσική καταστροφή η ανάρρωση αναμένεται με την ύφεση του φαινομένου. Οι **Bonnano** και **Diminich** χρησιμοποιούν την έννοια της **αναδυόμενης ανθεκτικότητας** για καταστάσεις χρόνιας αντιξοότητας και την έννοια της **ανθεκτικότητας ελάχιστης επίδρασης** για οξέα γεγονότα που συμβαίνουν ξαφνικά και σε ένα, κατά τα αλλα, φυσιολογικό περιβάλλον.

Η τρίτη μορφή της **ομαλοποίησης** παρατηρείται κυρίως σε παιδιά που γεννιούνται σε αντίξοα περιβάλλοντα, τα οποία, μόλις οι συνθήκες βελτιωθούν,

εξελίσσονται πολύ γρήγορα στους αναπτυξιακούς στόχους, όπως -για παράδειγμα- ένα παιδί που γεννιέται σε ορφανοτροφείο και, μόλις υιοθετηθεί, εξελίσσεται ραγδαία[109,110].

Τέλος, άλλη μια μορφή ανθεκτικότητας είναι η ανασυγκρότηση και αναφέρεται σε περιπτώσεις, όπου η λειτουργικότητα βελτιώνεται σαν συνέπεια του κινδύνου. Πρόκειται για αναδόμηση των πεποιθήσεων, των προτεραιοτήτων και των συμπεριφορών, ώστε το άτομο να μπορέσει να προσαρμοστεί καλύτερα. Η έννοια της *μετατραυματικής ανάπτυξης (post-traumatic growth)*[111], ειδικότερα για ενήλικες, ταιριάζει και σχετίζεται με αυτού τους είδους την ανθεκτικότητα[112,113,114,115] και θα περιγραφεί αναλυτικότερα παρακάτω.

1.3.3. Προστατευτικοί Παράγοντες

Στους περισσότερους ορισμούς ψυχικής ανθεκτικότητας, οι προστατευτικοί παράγοντες ονομάζονται ως ενδιάμεσες ή μεσολαβητικές μεταβλητές (moderator/mediator), οι οποίες μετριάζουν την επίδραση των αρνητικών συνθηκών ή ενισχύουν την προσαρμοστική ικανότητα[116]. Βασικός πάντα στόχος της έρευνας της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η εξήγηση, γιατί κάποιοι τα καταφέρνουν καλύτερα από άλλους στις ίδιες αντίξοες συνθήκες και ποια είναι τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στην καλή προσαρμογή[117].

Οι Luthar, Cichetti και Becker[49] διαπιστώνουν ωστόσο, πως η έννοια των προστατευτικών παραγόντων χρησιμοποιείται συχνά με διαφορετικό τρόπο, καθώς ο κάθε ερευνητής εστιάζει σε μια διαφορετική διάστασή τους. Στις πρώτες προσεγγίσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας, ο όρος «προστατευτικοί παράγοντες» αναφερόταν σε κάποια μόνιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Χρησιμοποιούνταν για την περιγραφή των εσωτερικών διεργασιών και αλληλεπιδράσεων, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα τα άτομα που διέθεταν ορισμένα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως είναι η ψυχική ευρωστία και η προσαρμοστικότητα του Εγώ, το να επιδεικνύουν υψηλό επίπεδο επάρκειας σε συνθήκες υψηλού κινδύνου, σε σύγκριση με όσους δεν τα διέθεταν[56,118].

Αντιθέτως, άλλοι ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο «προστατευτικοί παράγοντες», για να περιγράψουν τις άμεσες θετικές επιδράσεις κάποιων μεταβλητών και των αλληλεπιδράσεών τους. Στις έρευνες των Werner και Smith[102,103,119], για παράδειγμα, ως προστατευτικοί παράγοντες θεωρήθηκαν οι μεταβλητές που διαφοροποιούσαν τους εφήβους που κατάφερναν να προσαρμοστούν με επιτυχία σε συνθήκες αντιξοότητας από αυτούς που εκδήλωναν σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς, όπως, για παράδειγμα, οι υψηλές προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας ή η νοημοσύνη. Με παρόμοιο τρόπο χρησιμοποιούν τον όρο και οι υπόλοιποι ερευνητές που θεωρούν την ψυχική ανθεκτικότητα ως το αποτέλεσμα εσωτερικών διεργασιών και αλληλεπιδράσεων μεταξύ παραγόντων επικινδυνότητας και προστατευτικών παραγόντων.

Οι ειδικοί, μέσα από τις έρευνες σε παιδιά και εφήβους, έχουν καταλήξει σε ομαδοποίηση των παραγόντων σε **τρεις κατηγορίες**: **α) ατομικά χαρακτηριστικά** του παιδιού -βιολογικούς και ψυχολογικούς-γνωστικούς παράγοντες-, **β) οικογενειακά χαρακτηριστικά, γ) κοινωνικά χαρακτηριστικά**, με την έννοια των εξωτερικών υποστηρικτικών συστημάτων[120,121,122,123]. Οι έρευνες της ψυχικής ανθεκτικότητας σε ενηλίκους έχουν εντοπίσει τα ίδια ή παρόμοια χαρακτηριστικά που αναφέρονται σε ατομικούς, διαπροσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες, με μεγαλύτερη βαρύτητα στα ατομικά χαρακτηριστικά και και την κοινωνική στήριξη[81].

Τόσο οι έρευνες σε ενήλικες όσο και σε παιδιά, έχουν δείξει έναν συνδυασμό ατομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών και όχι κάποιον κυρίαρχο προστατευτικό παράγοντα[98].

<u>Ατομικά Χαρακτηριστικά</u>

Η πρώτη κατηγορία αφορά γνωρίσματα της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου και της προσωπικότητάς του, όπως η **γνωστική ικανότητα και νοημοσύνη**. Πολλές έρευνες έχουν καταδείξει πως η ευφυία και οι ανώτερες νοητικές ικανότητες δρουν προστατευτικά στην αντιξοότητα[124,125,126], καθώς επίσης η **θετική αυτοεικόνα**, η οποία σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση, τον αυτοσεβασμό και την αυτοαποτελεσματικότητα. Η αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας είναι ένας ακόμα παράγοντας που ενισχύει τη δράση των υπόλοιπων προστατευτικών

παραγόντων και διεργασιών[127]. Τα **θετικά συναισθήματα και η αισιοδοξία** φαίνεται πως έχουν σημαντική θέση στο πολυπαραγοντικό μοντέλο της ανθεκτικότητας[128,130]. Συμφωνα με τη *θεωρία της Διεύρυνσης και Δόμησης των Θετικών Συναισθημάτων* της Fredrickson[129], η βίωση θετικών συναισθημάτων διευρύνει το ρεπερτόριο σκέψης και δράσης του ατόμου και λειτουργεί ως αντίδοτο στα αρνητικά συναισθήματα. Αυτό εχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση των στρατηγικών δράσης του ατόμου, με αποτέλεσμα τη θετική προσαρμογή. Επίσης, τα αισιόδοξα άτομα καταβάλουν πιο μεγάλες προσπάθειες να υπερνικήσουν τις αντιξοότητες και έχουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη[124,131,132,108]. Η **αίσθηση του χιούμορ** αποτελεί άλλο ένα σημαντικό ατομικό χαρακτηριστικό, καθώς αποτελεί διαπροσωπική δεξιότητα που ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να προσελκύει την κοινωνική στήριξη[133,134,135]. Τέλος, το **νόημα στη ζωή** και η αίσθηση σκοπού φαίνεται πως έχει σημαντική επίδραση σαν προστατευτικός παράγοντας στην αντιξοότητα[133,136]. Ο σκοπός στη ζωή σχετίζεται επίσης και με μια αλτρουιστική στάση.

Στους ενήλικες διερευνάται η σύνδεση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την αναπτυξιακή ωριμότητα, μέσω των μηχανισμών άμυνας που χρησιμοποιεί το άτομο. Έχει υποστηριχτεί πως πιο ώριμοι αμυντικοί μηχανισμοί, όπως ο **αλτρουισμός** και το **χιούμορ,** συνδέονται με θετική προσαρμογή απέναντι στην αντιξοότητα[137,138].

<u>Οικογενειακά Χαρακτηριστικά</u>

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει κυρίως μεταβλητές που αφορούν την ποιότητα ανατροφής και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του περιβάλλοντος ανατροφής. Ειδικότερα, συνοχή, ζεστασιά και κατανόηση στις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών, παρουσία τουλάχιστον ενός ενηλίκου που να αναλαμβάνει τον πατρικό ρόλο σε περίπτωση απουσίας των γονέων ή διάλυσης της οικογένειας, όπως, για παράδειγμα, ο παππούς, η γιαγιά ή κάποιος άλλος συγγενής[139]. Επίσης, εποικοδομητική χρήση του ελεύθερου χρόνου, δομή και κανόνες, καθώς και αρμονική σχέση των γονέων, αποτελούν σημαντικά οικογενειακά προστατευτικά χαρακτηριστικά[140,141].

Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων είναι επίσης ένας παράγοντας που λειτουργεί βοηθητικά στην ανάπτυξη προστατευτικών παραγόντων για την ψυχική και σωματική υγεία στην παιδική ηλικία και την εφηβεία. Έχει βρεθεί ότι οι έφηβοι με μορφωμένους γονείς καταφέρνουν συνήθως να ξεπεράσουν τις επιπτώσεις της αντιξοότητας με μεγαλύτερη επιτυχία από τους συνομηλίκους τους με γονείς χαμηλού μορφωτικού επιπέδου[103].

<u>Κοινωνικά Χαρακτηριστικά</u>

Η τρίτη κατηγορία αφορά τη διαθεσιμότητα πηγών υποστήριξης από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον προς τα παιδιά και τους εφήβους ή τις οικογένειές τους. Ο Garmez[139] θεωρεί πως κοινωνική συμπαράσταση μπορεί να προέρχεται από ένα ισχυρό μητρικό ή πατρικό υποκατάστατο, όπως μπορεί να είναι το σχολείο ή ένας υποστηρικτικός εκπαιδευτικός που αναλαμβάνει συχνά καθοδηγητικό ρόλο και λειτουργεί ως πρότυπο για ταυτίσεις, μια κοινωνική υπηρεσία ή μια εκκλησιαστική οργάνωση που φέρνει τους νέους σε επαφή με κοινωνικές ομάδες που δεν εμπλέκονται σε παραπτωματικές δραστηριότητες.

Πιο σύγχρονες προσεγγίσεις ομαδοποιούν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά σε *δύο κατηγορίες*: α) μελέτη των παραγόντων που προστατεύουν τα παιδιά από τις αντιξοότητες του περιβάλλοντος και β) μελέτη των παραγόντων που δρουν προστατευτικά και παρέχει το ίδιο το ευρύτερο περιβάλλον. Έτσι, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, η αποδοχή και η φιλία λειτουργούν προστατευτικά απέναντι σε αντιξοότητες οικογενειακές, όπως διαζύγιο ή αρνητική οικογενειακή επικοινωνία[142,143,144,145].

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον είναι η αίσθηση ασφάλειας στη γειτονιά που διαμένει η οικογένεια, η ύπαρξη κοινωνικών στρατηγικών πρόνοιας μέσα από δομές που θα παρέχουν βοήθεια και υποστήριξη στις οικογένειες, καθώς και καθοδήγηση ή επαγγελματικό προσανατολισμό στους νέους, η σταθερότητα στην πολιτική κατάσταση της χώρας[146]. Η δυνατότητα των παιδιών να συμμετέχουν σε δραστηριότητες της γειτονιάς συνδέεται με την ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας και του ελέγχου[147,148].

Οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες επικινδυνότητας δεν πρέπει να θεωρούνται ξεχωριστές κατηγορίες. Ένας παράγοντας επικινδυνότητας μπορεί να μετατραπεί σε προστατευτικό, μέσα από την ωρίμανση και ανασυγκρότηση του ατόμου ή και το αντίθετο. Υπάρχει μια εξισσοροπιστική δράση ανάμεσα στον κίνδυνο και την προστασία από αυτόν[149.150].

Η Masten[60] συμπεραίνει πως η ψυχική ανθεκτικότητα είναι το αποτέλεσμα των απλών καθημερινών βιωμάτων και αλληλεπιδράσεων που συμβαίνουν μέσα σε αυτά τα οικογενειακά και κοινωνικά συστήματα. Η έννοια της *«μαγείας της καθημερινότητας»* που προτείνει, αναφέρεται στην άποψη πως οι άνθρωποι καταφέρνουν να αντιστέκονται στην αντιξοότητα του περιβάλλοντος, να ξεπερνούν τις δυσκολίες στην ανάπτυξή τους και να επανακάμπτουν μετά από μια τραυματική εμπειρία, χρησιμοποιώντας μόνο τις συνήθεις προσαρμοστικές δεξιότητες και πηγές υποστήριξης, χωρίς να χρειάζεται να διαθέτουν κάποιες εξαιρετικές ικανότητες.

1.3.4. Ψυχική Ανθεκτικότητα και συναφείς Έννοιες

Διαχρονικά, στη μελέτη για την ψυχική ανθεκτικότητα έχουν υπάρξει σοβαρές αντιρρήσεις και αμφιβολίες σχετικά με το αν αφορά έναν επιστημονικό νεολογισμό, μια περιττή έννοια ή έναν αυτόνομο και μοναδικό επιστημονικό ορισμό. Όπως ήδη έχει θιχτεί, η μελέτη της ανθρώπινης προσαρμογής έχει ιστορία με αναπόφευκτα ποικίλες ονομασίες. Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας παρουσιάζει αλληλοεπικάλυψη και εννοιολογική σύγχυση με κάποιες άλλες σχετικές έννοιες που αποτελούν πρόδρομες ή μεταγενέστερες και θα συζητηθούν στην παρούσα ενότητα.

Η έννοια της **ψυχολογικής επάρκειας (competence**) σε πολλές μελέτες αποτελεί βασικό κριτήριο για την ψυχική ανθεκτικότητα και πολλές φορές συγχέεται με αυτήν. Σύμφωνα με τη Masten και συνεργάτες[151], η ψυχολογική επάρκεια αναφέρεται στην αποτελεσματική προσαρμογή του παιδιού στο περιβάλλον του, η οποία συνάγεται από τον τρόπο που στο παρελθόν έχει

αντιμετωπίσει, αλλά και που συνεχίζει να αντιμετωπίζει, τις απαιτήσεις των διαφόρων αναπτυξιακών σταδίων, όπως αυτές ορίζονται από το συγκεκριμένο ιστορικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Υπάρχουν όμως **τέσσερις βασικές διαφορές** μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και ψυχολογικής επάρκειας: α) Η ψυχική ανθεκτικότητα, αλλά όχι η επάρκεια, προϋποθέτει την ύπαρξη επικινδυνότητας. β) Η ψυχική ανθεκτικότητα εμπεριέχει αρνητικούς και θετικούς δείκτες προσαρμογής - απουσία διαταραχής και παρουσία ψυχικής υγείας, ενώ η επάρκεια εμπεριέχει κυρίως θετικούς δείκτες προσαρμογής. γ) Τα αποτελέσματα της ψυχικής ανθεκτικότητας προσδιορίζονται με συναισθηματικούς και συμπεριφορικούς δείκτες, ενώ η επάρκεια συνήθως περιλαμβάνει τις έκδηλες, παρατηρήσιμες συμπεριφορές. δ) Η ψυχική ανθεκτικότητα αφορά σε μια έννοια που εμπεριέχει πλευρές της επάρκειας, σε συνδυασμό με υψηλά επίπεδα επικινδυνότητας (Luthar, 2006).

Η έννοια της **σκληρότητας ή ψυχικής ευρωστίας (hardiness)** προτάθηκε σαν όρος από την *Kobasa*[52] ως μια ομάδα στοιχείων προσωπικότητας, ως μια πρώτη προσπάθεια μελέτης των ατόμων που προσαρμόζονται στην αντιξοότητα. Τα άτομα που θεωρούνται ψυχικά εύρωστα, παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά: α) *δέσμευση*, η οποία γίνεται αντιληπτή ως πίστη στην αξία του εαυτού, βρίσκοντας σκοπό και νόημα στις δραστηριότητες της ζωής, β) *αίσθηση ελέγχου,* με την έννοια πως τα γεγονότα ζωής μπορούν να αντιρροπιστούν από τις προσπάθειές του και τις προσωπικές επιλογές και γενικότερα, η πορεία ζωής του δεν είναι έρμαιο των συνθηκών, γ) *πρόκληση*, σύμφωνα με την οποία οι αλλαγές στη ζωή είναι επιθυμητές και δεν αποφεύγονται μέσω της ασφάλειας και της ρουτίνας. Η ψυχική ευρωστία, ωστόσο, αναφέρεται σε ένα σύνολο ατομικών εγγενών χαρακτηριστικών παρά σε μια διελκυστίνδα αντιξοότητας και προσαρμογής, στοιχεία απαραίτητα για τον όρο της ψυχικής ανθεκτικότητας[105].

Στην πορεία μελέτης της ανθεκτικότητας, φροϋδικοί όροι ενσωματώθηκαν σε θεωρητικά μοντέλα ανθεκτικότητας, προκειμένου να θεωρηθούν σταθερά και σημαντικά στοιχεία προσωπικότητας, που ευνοούν την προσαρμογή. Έτσι, έννοιες ψυχαναλυτικές, όπως το Εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας, προτάθηκαν από τους *Block & Block*[152], προκειμένου να περιγράψουν ανθεκτικά ατομικά χαρακτηριστικα.

Συγκεκριμένα, η έννοια του **ανθεκτικού Εγώ (Ego resiliency)** αναφέρεται σε εσωτερική διεργασία με τη μορφή εγγενούς χαρακτηριστικού, σύμφωνα με το οποίο το άτομο παρουσιάζει δύναμη χαρακτήρα και ρύθμιση της συμπεριφοράς ανάλογα με τις συνθήκες. Η αδελφή έννοια που προτάθηκε από τους Block, η έννοια του **Ελέγχου του Εγώ (Ego control),** αναφέρεται στον βαθμό που τα άτομα εκφράζουν και ελέγχουν τις παρορμήσεις τους[153]. Τόσο η ψυχική ανθεκτικότητα όσο και οι παραπάνω έννοιες -κυρίως η ανθεκτικότητα του Εγώ- περιλαμβάνουν την έννοια του σθένους. Η ψυχική ανθεκτικότητα, ωστόσο, προϋποθέτει συνθήκες επικινδυνότητας και αναφέρεται σε ένα φαινόμενο και όχι σε ένα εγγενές χαρακτηριστικό.

Τέλος, άλλη μια έννοια που προκαλεί εννοιολογική σύγχυση, αποτελεί η έννοια της **μετατραυματικής ανάπτυξης (post traumatic growth)**. Αναφέρεται στις θετικές αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο ως αποτέλεσμα της τραυματικής εμπειρίας. Οι θετικές αυτές αλλαγές έχουν κατά καιρούς λάβει διάφορες έννοιες όπως*: άνθηση (flourishing)*[81], *ανάπτυξη μέσα από την αντιξοότητα*[154], *ανάπτυξη που συνδέεται με το στρες* (stress-related growth)[114]. Οι αλλαγές αυτές προκύπτουν μέσα από τη διαδικασία της ανακατασκευής νοήματος και αφορούν κυρίως **πέντε διαστάσεις**: *τη μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή και αλλαγή προτεραιοτήτων, τις πιο στενές σχέσεις με τους άλλους, τη μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικής δύναμης, την αναγνώριση νέων δυνατοτήτων και την πνευματική αλλαγή και εξέλιξη*[155,156].

1.3.5. Βιολογική Διάσταση Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Η ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική διαδικασία που εμπεριέχει πολλές επιρροές. Τα ατομικά χαρακτηριστικά και το κοινωνικό περιβάλλον έχουν μελετηθεί περισσότερο. Η πρόοδος στη γενετική και στις νευροαπεικονιστικές τεχνικές επιτρέπουν την πιο προσεκτική παρακολούθηση των βιολογικών χαρακτηριστικών της ανθεκτικότητας. Τις προηγούμενες δύο δεκαετίες, το ανθρώπινο γονίδιο

χαρτογραφήθηκε και μελετήθηκε πώς διάφορες γονιδιακές παραλλαγές επηρεάζουν τη βιολογία μας, τη συμπεριφορά, την υγεία και την γενικότερη ευζωία.

Οι Curtis και Cicchetti[157] παρουσίασαν μια ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στη συνεισφορά, μεταξύ άλλων, της νευροενδοκρινολογίας, της ανοσολογίας, της γενετικής, της ικανότητας ρύθμισης των συναισθημάτων (emotion regulation), της νευρωνικής πλαστικότητας (neural plasticity) κλπ. στο φαινόμενο αυτό. Στην ανασκόπηση αυτή επισημαίνεται ότι οι βιολογικοί παράγοντες δεν καθορίζουν ποια παιδιά θα λειτουργήσουν με επάρκεια και ποια θα παρουσιάσουν δυσκολίες προσαρμογής, όταν έχουν να αντιμετωπίσουν διάφορες αντιξοότητες. Η σχέση βιολογίας και ψυχολογίας θεωρείται ότι είναι αμφίδρομη. Οι βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τις ψυχολογικές διεργασίες, οι οποίες όμως, με τη σειρά τους, μαζί με τις εμπειρίες του ατόμου, επηρεάζουν τη γονιδιακή έκφραση, καθώς και τη δομή, τη λειτουργία και την οργάνωση του εγκεφάλου.

Γενικότερα, οι έρευνες που επικεντρώνονται στη μελέτη των γονιδίων, αφορούν τρεις κύριους άξονες.

Συσχέτιση γονιδίων περιβάλλοντος

Αφορά τη γονιδιακή προδιάθεση που επηρεάζει την περιβαλλοντική επιλογή. Για παράδειγμα, τα γονίδια επηρεάζουν την επιλογή στον τρόπο ζωής, τις διατροφικές επιλογές, και τις συνήθειες άσκησης, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν την παχυσαρκία, τον δείκτη μάζας σώματος και γενικότερα, συνολική υγεία. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται τρεις τέτοιοι τύποι συσχέτισης: **παθητική**, **ενεργητική** και **λανθανουσα**[158].

Στην **παθητική** συσχέτιση, ο ατομικός γενότυπος επηρεάζεται από τους γονείς και τους συγγενείς και θεωρείται αμιγώς γενετική. Για παράδειγμα, η παιδική παραμέληση είναι συνήθης σε οικογένειες με αντικοινωνικούς γονείς. Καθώς η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι μερικώς κληρονομική, είναι πιθανόν η παραμέληση να αποτελεί ένα σημείο γενετικού ρίσκου. Έτσι, οι γενετικοί παράγοντες φέρουν την επικινδυνότητα για έναν ψυχοπαθολογικό γονότυπο και το

περιβάλλον ανατροφής φέρει την επικινδυνότητα για τον αντίστοιχο φαινότυπο. Η αρνητική επίδραση ενός γενετικού παράγοντα του γονέα δεν απευθύνεται μόνο (ή κυρίως) στο περιβάλλον ανατροφής του παιδιού. Έτσι, π.χ. η γενετική επιρροή του αλκοολισμού της μητέρας μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο έμβρυο μέσω της ενδομήτριας έκθεσης στο αλκοόλ, βλάβη, η οποία θα προκαλέσει αυξημένη επικινδυνότητα για ψυχοπαθολογία στο παιδί. Αυτό σημαίνει ότι το παιδί μπορεί να επηρεαστεί γενετικά από χαρακτηριστικά του γονέα, που λειτουργούν πέρα από τα γονίδια ή το περιβάλλον ανατροφής.

Στην **ενεργητική** συσχέτιση, τα άτομα επιλέγουν το περιβάλλον που είναι γόνιμο για να εκδηλώσουν την προδιάθεσή τους. Για παράδειγμα, ένα παιδί με μουσικό ταλέντο είναι πιθανό να ασχολείται με κάποιο όργανο ή ένα παιδί με αντικοινωνική συμπεριφορά να κάνει παρέα με επιθετικούς και παραβατικούς συνομηλίκους.

Η **λανθάνουσα συσχέτιση** αφορά την επίδραση που έχει στο άτομο η ανταπόκριση των άλλων στα κληρονομικά του χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, τα αφηρημένα παιδιά στο σχολείο μπορεί να λαμβάνουν λιγότερη εκπαιδευτική φροντίδα από τους δασκάλους.

Αλληλεπίδραση γονιδίων περιβάλλοντος

Σε αυτή τη σχέση, το ίδιο περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικό αποτέλεσμα, ανάλογα με τον γονότυπο του ατόμου. Κατά συνέπεια, η κληρονομικότητα επηρεάζει τη δεκτικότητα στην περιβαλλοντική επίδραση, με ορισμένα αλληλόμορφα γονίδια να επικρατούν και να λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στην αντιξοότητα του περιβάλλοντος. Σε σχετική μελέτη βρέθηκε πως άτομα που έχουν κακοποιηθεί στην παιδική ηλικία, ήταν λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν αντικοινωνική συμπεριφορά, όταν είχαν υψηλά επίπεδα του ενζύμου μονοαμινοξειδάση[159]. Σε έρευνες σχετικά με τη Νοσο Alzheimer, φάνηκε πως η χαμηλή πατρική κοινωνικοοικονομική κατάσταση, σχετιζόταν με υψηλότερα ποσοστά της νόσου μονο σε αυτούς που έφεραν το αλληλόμορφο *γονίδιο e4* της απολιποπρωτεΐνης *E (APOE)*[160]. Επίσης, τραύμα κεφαλής αύξανε την πιθανότητα της νόσου, ειδικά σε αυτούς που έφεραν το συγκεκριμένο γονίδιο, με τον κίνδυνο να

δεκαπλασιάζεται[161]. Σε έρευνα με υιοθετημένα παιδιά, φάνηκε ότι εκείνα που δεν είχαν γενετικό κίνδυνο (δηλαδή εκείνα, των οποίων οι γονείς δεν παρουσίαζαν αντικοινωνική διαταραχή) φάνηκαν ανθεκτικά σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, όπως η πρώιμη ιδρυματική φροντίδα[162] ή οι ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες στη διαβίωση με τους θετούς γονείς[163,164].

Επιγενετική Συσχέτιση

Η επιγενετική αναφέρεται στην αλλαγή λειτουργίας και έκφρασης του γονιδίου, εξαιτίας του μικροπεριβάλλοντος και, έτσι, αλλαγή του φαινότυπου. Αυτές οι αλλαγές στην αλληλουχία του Dna και τη δομή είναι μόνιμες και κάποιες φορές μεταβιβάζονται κληρονομικά. Οι επιγενετικές παρεμβάσεις επιτρέπουν σε οργανισμούς να αλλάζουν φαινότυπο ενός γονιδίου, χωρίς να μεταβάλεται το ίδιο το γονίδιο. Το καλύτερο παράδειγμα μέχρι στιγμης για τον ρόλο της επιγενετικής σε ένα πείραμα με ποντίκια, έγινε από τον Weaver και συνεργάτες[165]. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί οτι οι απόγονοι μητέρων με μεγάλη φροντίδα, έχουν χαμηλότερη αντίδραση του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια απέναντι στο στρες. Διασταυρώνοντας τους φροντιστές, φάνηκε πως τα παιδιά έπαιρναν τα χαρακτηριστικά της μητέρας που ήταν φροντιστής, με αύξηση της αντίδρασης του άξονα ΥΥΕ.

Σίγουρα, η επιστήμη της επιγενετικής βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, όμως εμπλουτίζει τη μελέτη των γενετικών αλληλεπιδράσεων και σχέσεων, όντας πολλά υποσχόμενη στο μέλλον σχετικά με τη φυσιολογική εξέλιξη και την αντιξοότητα. Με δεδομένο πως γενικότερα οι γενετικές επιρροές έχουν πιθανολογικό χαρακτήρα, πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί στο να εξηγούμε την υγεία, την ευζωία και την ανάπτυξη στη ζωή με έναν μηχανιστικό-γενετικό τρόπο.

1.3.5. Παρεμβάσεις για την Ψυχική Ανθεκτικότητα

Ένας από τους σημαντικότερους λόγους της συστηματικής μελέτης της ανθεκτικότητας είναι η χρησιμοποίηση των ευρημάτων για τον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων που αποσκοπούν στην ενίσχυση ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο.

Τα παρεμβατικά προγράμματα που στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας, είναι πιο αποτελεσματικά, όταν στοχεύουν σε όλες τις διαστάσεις ανάπτυξης. Παρακάτω περιγράφονται *τρεις κατηγορίες στρατηγικών* που χρησιμοποιούνται κατά την εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων[166]. **i.** *Στρατηγικές με επίκεντρο την επικινδυνότητα:* Πρόληψη / μείωση των παραγόντων κινδύνου και άγχους. Αυτές οι στρατηγικές στοχεύουν στη μείωση της έκθεσης των παιδιών σε επιβλαβείς εμπειρίες, όπως προγράμματα για την πρόληψη χρήσης ουσιών ή για τη μείωση της εγκληματικότητας. Οι στρατηγικές αυτές εστιάζουν στον περιορισμό των καταστάσεων που μπορεί να εκτεθεί ένα παιδί. **ii**. *Στρατηγικές με επίκεντρο τις δυνατότητες*: Βελτίωση του αριθμού ή της ποιότητας των πηγών στήριξης. Αυτές οι στρατηγικές στοχεύουν στην αύξηση της ποιότητας, του αριθμού και της πρόσβασης στις πηγές στήριξης που χρειάζεται ένα παιδί, για παράδειγμα το να έχει ένα παιδί τον εκπαιδευτικό-μέντορά του ή η εύρεση εργασίας. Οι στρατηγικές αυτές μπορεί να έχουν άμεση ή έμμεση επιρροή. **iii**. *Στρατηγικές με επίκεντρο τη διαδικασία*: Ενεργοποίηση των δυνατοτήτων των προσαρμοστικών συστημάτων των ανθρώπων. Οι στρατηγικές αυτές στοχεύουν στην κινητοποίηση των θεμελιωδών προστατευτικών συστημάτων. Δεν εστιάζουν μόνο στη μείωση της επικινδυνότητας, αλλά προσπαθούν να αλλάξουν τη ζωή των παιδιών. Τέτοια προγράμματα στοχεύουν στη βελτίωση των συναισθηματικών σχέσεων και στην κινητοποίηση των παιδιών να αποκτήσουν εμπειρίες που θα τα ενισχύουν. Ο συνδυασμός στρατηγικών και από τις τρεις κατηγορίες μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Τα βασικά χαρακτηριστικά που διέπουν τις παρεμβάσεις αυτές είναι: η επιδίωξη στόχων και αποτελεσμάτων, η χρήση μοντέλων αλλαγής, που περιλαμβάνουν θετικούς πόρους και προστατευτικούς παράγοντες, η αξιολόγηση

θετικών διαστάσεων προσαρμογής και η χρήση πολλαπλών στρατηγικών που βασίζονται στα μοντέλα της ψυχικής ανθεκτικότητας[167,56].

Η έντονη διερεύνηση της ανθεκτικότητας σε παιδιά και εφήβους οδήγησε στον σχεδιασμό προληπτικών προγραμμάτων, ενισχύοντας παιδιά που μεγαλώνουν σε αντίξοες συνθήκες[168], με παρεμβάσεις σε σχολεία, οικογένεια και ομάδες συνομηλίκων.

Στους ενήλικες υπάρχουν ποικίλες παρεμβάσεις, όπως προγράμματα για την αντιμετώπιση του στρες στην εργασία[169], προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης στον στρατό[170]ή προγράμματα στην κοινότητα, σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών[171].

Ειδικά στον τομέα των κρίσεων και μαζικών καταστροφών, οι παρεμβάσεις που αφορούν την ψυχική ανθεκτικότητα έχουν αυξηθεί πολύ λόγω και της παγκόσμιας συγκυρίας τρομοκρατικών επιθέσεων. Ο Αμερικανικός Ψυχολογικός Σύλλογος, μετά τις επιθέσεις της 11ης Σεπτεμβρίου, άρχισε μια δημόσια εκστρατεία εκπαίδευσης, με τίτλο «Ο δρόμος προς την Ανθεκτικότητα»[172,173].

Κεφ. 2^{ο} : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

2.1. Εισαγωγή

Επαγγελματική εξουθένωση γενικότερα ονομάζεται η δυσφορία που αισθάνονται οι εργαζόμενοι, σχετιζόμενη με τις εργασιακές συνθήκες και τις απαιτήσεις που προκύπτουν. Χρησιμοποιείται για την περιγραφή της επιβαρυμένης ψυχοσωματικής κατάστασης και εργασιακής απόδοσης ενός προσώπου ή ομάδας επαγγελματιών. Είναι γνωστό πως πολλά προβλήματα υγείας συνοδεύουν την επαγγελματική εξουθένωση, όπως έλκος στομάχου, καρδιοαγγειακές παθήσεις, συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης[174,175].

Λόγω των πολλαπλών προβλημάτων που προκαλεί η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης *(burnout),* συγκεντρώνει το επιστημονικό ενδιαφέρον ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνιολόγους, καθώς έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικές επιπτώσεις του προβλήματος στον ψυχολογικό, βιολογικό και κοινωνικό τομέα της ζωής του επαγγελματία υγείας, αλλά επίσης και στη γενικότερη απόδοση.

Σύμφωνα με τον **Kulkarni**[176], η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί ένα σύνδρομο των τελευταίων δεκαετιών, καθώς η ύπαρξή της μπορεί να ανιχνευθεί, για παράδειγμα, πολλά χρόνια πριν, όπως στο έργο του Σαίξπηρ «*Ο Παθιασμένος Προσκυνητής*». Ωστόσο, ήρθε στο ερευνητικό προσκήνιο τα τελευταία τριάντα χρόνια.

Από τις επιστημονικές έρευνες που έχουν διενεργηθεί, έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο συχνό σε κάποια επαγγέλματα, όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές[177]. Γι' αυτό και αρχικά αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, ενώ η μελέτη του περιορίστηκε σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως, για παράδειγμα, στους ιατρούς, τους οδοντιάτρους, τους νοσηλευτές, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς[178].

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποιείται σήμερα πολύ συχνά ανάμεσα στους εργαζόμενους. Συνιστά μια μορφή απάντησης στην πίεση που δέχεται ο εργαζόμενος, ο οποίος εμπλέκεται επαγγελματικά στενά με άλλους ανθρώπους και τα προβλήματά τους κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Παραδοσιακά, όπως αναφέρθηκε, η έννοια συνδέθηκε με επαγγέλματα κοινωνικής ωφέλειας, όπως γιατροί και δάσκαλοι. Σήμερα είναι ένα θέμα που είναι διαδεδομένο σε όλα τα επαγγέλματα, αλλά και μέσα στην οικογενειακή ζωή, καθώς στην εποχή της κοινωνικής και εργασιακής μετάλλαξης εξελίσσεται σε ένα μείζον πρόβλημα των μοντέρνων εργασιακών περιβαλλόντων.

2.2. Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος «*burnout*» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1960, προκειμένου να περιγράψουν οι ειδικοί τα αποτελέσματα της χρόνιας χρήσης ουσιών[179]. Το 1973 ο **Freudenberger**[180,181]**,** κλινικός ψυχολόγος σε κλινική απεξάρτησης τοξικομανών, ήταν εκείνος που πρώτος εισήγαγε τον όρο και τον έκανε γνωστό δημόσια. Συγκεκριμένα, παρατήρησε πως κάποιοι συνάδελφοί του, κατά την πορεία του εργασιακού τους βίου και κατά την επικοινωνία με τους χρήστες, εμφανίζονταν μεροληπτικοί, καχύποπτοι, αδιάφοροι και ευέξαπτοι, με αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία, με σύνοδα συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτή θεωρείται η *πρώτη φάση* έρευνας της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε μια προσπάθεια των ειδικών περιγραφής της και ανεύρεσης παραγόντων σχετιζόμενων με αυτήν.

Τη δεκαετία του 1980 ξεκινάνε οι πρώτες μελέτες με στόχο την τεκμηρίωση των θεωριών που σχετίζονται με την έννοια. Το 1981 η **Maslach**[182] εισήγαγε έναν πιο συγκεκριμένο ορισμό και ένα εργαλείο μέτρησης που είναι μέχρι και σήμερα το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο. Αυτή θεωρείται η *δεύτερη φάση*.

Τη δεκαετία του 1990 που θεωρείται η *τρίτη φάση*, με τη βοήθεια των ηλεκτρονικών υπολογιστών μπόρεσαν να εφαρμοστούν πιο περίπλοκες στατιστικές μέθοδοι, καθώς και να στραφεί η έρευνα και σε περισσότερα επαγγέλματα, όπως αστυνομικοί, ανώτερα στελέχη επιχειρήσεων κτλ. Επίσης, εισάγονται στην έρευνα διαχρονικές μελέτες για παρατήρηση του φαινομένου σε διαφορετικούς χρόνους και συνθήκες.

Τις προηγούμενες δεκαετίες, ο κυριότερος όγκος ερευνών για την επαγγελματική εξουθένωση γινόταν από ψυχολόγους[183,184,185]. Πρόσφατα, το θέμα έχει λάβει την προσοχή και άλλων ειδικών, όπως γιατροί κοινωνικής και εργασιακής ιατρικής, σε μια προσπάθεια αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης του φαινομένου.

2.3. Ορισμός της έννοιας Επαγγελματική Εξουθένωση

Στα αγγλικά, ο όρος **burn out** σημαίνει καίγομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι το σημείο απανθράκωσης[186]. Από την ετυμολογία και μόνο του όρου και την έννοια του γίνεται αντιληπτό πόσο σοβαρά διαβρωτικό σύνδρομο είναι για τον επαγγελματία ως οντότητα.

Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας, δεν υπάρχει προς το παρόν ένας απολύτως αποδεκτός ορισμός. Ίσως ο πιο ευρέως αναφερόμενος ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach[187], το όνομα της οποίας έχει από πολύ νωρίς συνδεθεί με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σύμφωνα με τον επικρατούντα ορισμό, η Επαγγελματική Κόπωση ορίζεται *ως η σωματική και ψυχική εξάντληση του επαγγελματία υγείας, με απώλεια του ενδιαφέροντος και των θετικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς, έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του*[187].

Ένας επίσης ολοκληρωμένος ορισμός την περιγράφει ως μια «φυσική, ψυχική και συναισθηματική κατάσταση, η οποία προκαλείται από μακροχρόνια ανάμειξη του ατόμου σε συγκυρίες που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή».

Άλλοι περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση σαν έναν οργανωτικό κίνδυνο για υπαλλήλους και στελέχη που εργάζονται σε δύσκολα περιβάλλοντα.

Έως σήμερα έχουν δοθεί δεκάδες ορισμοί, φανερώνοντας την ποικιλία παραγόντων και συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης[188]. Οι ορισμοί περιελάμβαναν όρους, *όπως συναισθηματική εξάντληση, χαμηλό ηθικό, αϋπνία, χαμηλή παραγωγικότητα και σωματική εξάντληση*[189].

Άλλοι συγγραφείς περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως «προοδευτική απώλεια ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού, η οποία βιώνεται σε ανθρώπους που εργάζονται σε επαγγέλματα προσφοράς»[190]. Ενώ άλλοι

πιστεύουν πως πρόκειται για μια άμυνα του ατόμου, που εκδηλώνεται με απάθεια, αλαζονεία και συναισθηματική αποστασιοποίηση[191,192].

Αυτή η πολυφωνία των ειδικών στον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται πως καταλήγει σε καποια κοινά σημεία που περιλαμβάνουν τα εξής:

- *Αφορά άτομα και οργανισμούς.*
- *Είναι μια εσωτερική ψυχολογική εμπειρία.*
- *Σχετίζεται με προβλήματα στην υγεία και αρνητικές επιπτώσεις σε αυτήν.*
- *Βιώνεται ως αρνητική εμπειρία.*
- *Μπορεί να εμφανισθεί και σε άτομο χωρίς προηγούμενο ιστορικό.*
- *Οδηγεί σε μειωμένη απόδοση και παραγωγικότητα*.

2.4. Θεωρητικά μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος[193]. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το *ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού*[194]. Άλλοι πάλι ερευνητές[195,196,197] τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που ο επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και από τον χώρο, στον οποίο εργάζεται[198].

Ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων μοντέλων ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ MASLACH (1982)

Βάσει του κλασικού ορισμού της Maslach[187], που αναφέρθηκε παραπάνω, αναδεικνύονται **τρεις κύριες διαστάσεις** του συνδρόμου, που αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται **«συναισθηματική εξάντληση»** και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Για τη δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επικρατήσει η χρήση του όρου **«αποπροσωποποίηση»**, με τον οποίο περιγράφεται η απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς/πελάτες του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Η τρίτη διάσταση ονομάζεται **«έλλειψη προσωπικής επίτευξης»** και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του[199].

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ EDELWICH & BRODSKY (1980)

Οι Edelwich & Brodsky[200] περιέγραψαν μία σειρά από *τέσσερα στάδια* ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, και συγκεκριμένα:

Ενθουσιασμός. Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας τον χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς όμως διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

Αμφιβολία και αδράνεια. Τότε λοιπόν περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της αμφιβολίας και αδράνειας. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μην έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Απογοήτευση και ματαίωση. Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η απογοήτευση και ματαίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

Απάθεια. Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως απάθεια, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Ουσιαστικά , συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του και

αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντι τους.

ΤΟ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ CHERNISS (1980)

Σύμφωνα με τον C. Cherniss[201,202], η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν» και ακολουθεί τρία στάδια:

I. **Φάση του «εργασιακού στρες»**: Πρόκειται για μία διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η οποία δημιουργείται, όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

II. **Φάση «εξάντλησης»**: Πρόκειται για τη συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μία κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

III. **Φάση «αμυντικής κατάληξης»**: Πρόκειται για το στάδιο, όπου πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζομένου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ PINES (1981)

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες[203]. Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα, τη διερεύνησαν και σε τομείς, όπως οι οικογενειακές σχέσεις[204] και οι πολιτικές συγκρούσεις[205]. Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συνεμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

2.5. Παράγοντες που συμβάλλουν στην Επαγγελματική Εξουθένωση

Σύμφωνα με τη Maslach[206], η κύρια αιτία της εξουθένωσης βρίσκεται στο γεγονός πως οι εργαζόμενοι ανθρωπιστικών επαγγελμάτων έρχονται σε επαφή με τους ανθρώπους και τα προβλήματά τους.

Σήμερα πλέον, είναι κοινά αποδεκτό πως η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται σε συνδυασμό των απαιτήσεων των συνθηκών εργασίας και των ατομικών χαρακτηριστικών. Η ίδια η Maslach αναφέρει χαρακτηριστικά πως *«η ίδια η εξουθένωση αφορά μια ατομική εμπειρία που αναφέρεται στο ίδιο το περιεχόμενο της εργασίας»*. Οτιδήποτε μπορεί να ικανοποιήσει έναν εργαζόμενο, μπορεί να εξουθενώσει κάποιον άλλο. *Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η σύγκρουση ρόλων και η ασάφεια, η έλλειψη πόρων, η έλλειψη εποπτείας, η απούσα κοινωνική υποστήριξη αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης*[188].

Τα περισσότερα μοντέλα προσπαθούν να εξηγήσουν την επαγγελματική εξουθένωση μέσω της **αλληλεπίδρασης ατόμου-περιβάλλοντος**[207, 189,193]. Μερικοί ερευνητές επικεντρώνονται στη σημασία των πιεστικών συνθηκών στην εργασία και τα προβλήματα που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων[208,209]. Άλλοι εστιάζουν περισσότερο στα **ατομικά χαρακτηριστικά**[196,210].

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται μια σειρά από ατομικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση. *Η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική εμπειρία, η οικογενειακή κατάσταση και ο τύπος προσωπικότητας του εργαζομένου* φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο[189]

Για την *ηλικία* τα αποτελέσματα δείχνουν την τάση πως οι νεότεροι σε ηλικία είναι πιο επιρρεπείς στην εξουθένωση λόγω ελλιπούς εμπειρίας, σε σχέση με τους παλιότερους, χωρίς πάντα να είναι ξεκάθαρο σε όλες τις έρευνες[188,211].

Για το *φύλο* πάλι δεν είναι κάτι ξεκάθαρο, καθώς κάποιες έρευνες δείχνουν πως υπάρχει διαφορά στα δύο φύλα και άλλες δεν βρίσκουν κάτι στατιστικά

σημαντικό στα επίπεδα εξουθένωσης[212,213]. Η Maslach[188] υποστηρίζει πως οι διαφορές στην εξουθένωση των δύο φύλων, όπου υπάρχουν, δεν αφορούν τη διαφορετικότητα των χαρακτηριστικών τους, αλλά τα διαφορετικά επαγγέλματα που ακολουθούν τα δύο φύλα.

Οι παντρεμένοι εργαζόμενοι έχει φανεί ότι παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από ότι οι εργένηδες[214,203]. Φαίνεται ότι το οικογενειακό περιβάλλον στηρίζει συναισθηματικά τους εργαζόμενους.

Τέλος, ο *τύπος προσωπικότητας* φαίνεται πως παίζει ρόλο, με την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου σε στρεσογόνες καταστάσεις. Ειδικότερα, έχει φανεί σε μελέτες πως το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αρκετά μειωμένο σε άτομα με στοιχεία ψυχικής ευρωστίας (hardiness) στον χαρακτήρα[215,90.]

Όσον αφορά τα στοιχεία του περιβάλλοντος εργασίας, που παίζουν ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση, περιλαμβάνουν τις *διαπροσωπικές σχέσεις* και συγκεκριμένα, τις αλληλεπιδράσεις με τους πελάτες, αλλά και τις *συγκρούσεις ρόλων* με τους συναδέλφους. Η εξουθένωση είναι πιο πιθανό να συμβεί σε εργαζόμενους που έχουν αλληλεπίδραση με πελάτες που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας[212]. Επίσης, η ασάφεια και οι αντικρουόμενες απαιτήσεις οδηγούν σε συγκρούσεις ρόλων, κάτι που φέρνει υψηλά επίπεδα εξουθένωσης στους εργαζόμενους[216,217]. Ο *υπερβολικός φόρτος* εργασίας, όπως είναι λογικό, επιβαρύνει τον εργαζόμενο. Ειδικότερα στις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών, χαμηλοί προϋπολογισμοί σημαίνουν και περισσότερο φόρτο εργασίας[218]. Τέλος, ο *βαθμός κοινωνικής υποστήριξης* που δέχεται ο εργαζόμενος από τον ίδιο χώρο εργασίας του, αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιρροής επαγγελματικής εξουθένωσης . Η υποστήριξη αυτή μπορεί να προέρχεται είτε από προϊσταμένους είτε από συναδέλφους.

2.6. Συνέπειες Επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως αποτέλεσμα παρατεταμένου εργασιακού άγχους, έχει συνέπειες στην *ατομική, οικογενειακή και επαγγελματική ζωή* των ατόμων[219].

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί με διάφορα αρνητικά αποτελέσματα, μεταξύ άλλων με την αύξηση στις παραιτήσεις και τις απουσίες από τη δουλειά[220,221], τη μείωση της αφοσίωσης στην οργάνωση[222] και την αύξηση αυτοκτονικών συναισθημάτων.

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες που περιλαμβάνουν *τα σωματικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά*[223].

Σωματικά Συμπτώματα

Σε αυτά περιλαμβάνονται τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους, όπως *πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, υπερένταση, διαταραχές της όρεξης και της σεξουαλικής λειτουργίας, μυοσκελετικοί πόνοι*[224]. Ακόμα, περιλαμβάνονται *καρδιαγγειακές παθήσεις, έλκος στομάχου και σημαντική κόπωση*.[225,175]

Συμπεριφορικά Συμπτώματα

Η προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου επηρεάζεται από την επαγγελματική εξουθένωση. Το άτομο μεταφέρει τα προβληματα της εργασίας στον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα, με αποτέλεσμα την κοινωνική απόσυρση[226]. Το άτομο αρχίζει να έχει μειωμένη απόδοση και παραγωγικότητα, συχνές απουσίες και σταδιακή παραίτηση από την εργασία[188]. Επίσης, είναι σύνηθες στα πλαίσια της αγχόλυσης το άτομο να αρχίζει να αποκτά επιβλαβείς αμυντικούς μηχανισμούς, όπως κάπνισμα, αλκοόλ ή κατάχρηση φαρμάκων, με ιδιαίτερα επίμονα και έντονα συμπτώματα.[227,228,229,230]

Ψυχολογικά Συμπτώματα

Οι δείκτες της ψυχικής υγείας, των οποίων οι συνδέσεις με την επαγγελματική εξουθένωση διερευνήθηκαν, περιλαμβάνουν συμπτώματα *κατάθλιψης, άγχος και σωματικές ενοχλήσεις.*

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία διακρίνεται από την κλινική κατάσταση της κατάθλιψης, περιλαμβάνει αισθήματα θλίψης, κενού, απελπισίας, αδυναμίας, δυσφορίας και χαμηλής ενέργειας. Αυτό ακριβώς το τελευταίο στοιχείο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας οδήγησε στην υπόθεση ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να συμπίπτει εν μέρει με την κατάθλιψη[231].

Οι εμπειρικές μελέτες παραγοντικής ανάλυσης όλων των στοιχείων, με τα οποία μετράται η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη[232,233], έχουν γενικά διαπιστώσει ότι κάθε μία από τις δύο έννοιες επιβαρύνει με διαφορετικούς παράγοντες, πράγμα που δείχνει ότι αυτές οι μετρήσεις θίγουν πιθανότατα διαφορετικούς εννοιολογικούς τομείς.

Δύο θεωρητικές εκτιμήσεις υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη έχουν κοινή σημαντική ποσότητα της διακύμανσής τους. Πρώτον, αυτές οι δύο έννοιες έχουν κάποιες κοινές αιτιολογικές μεταβλητές, με το χρόνιο στρες να επηρεάζει τόσο την επαγγελματική εξουθένωση όσο και την κατάθλιψη. Δεύτερον, η καταθλιπτική συμπτωματολογία θεωρείται ότι είναι συστατικό στοιχείο ενός από τους «Πέντε Μεγάλους» παράγοντες προσωπικότητας, του νευρωτισμού[234] και αυτό το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται στενά με την επαγγελματική εξουθένωση[235]. Τρίτον, οι Leiter και Dump[236] υποστήριξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση που αναφέρεται στο MBI (Maslach Burnout Inventory), συμπίπτει εν μέρει με τη μειωμένη ενέργεια και τα συμπτώματα χρόνιας κόπωσης, που θεωρούνται συμπτώματα κατάθλιψης (δυσθυμικής διαταραχής).

2.7. Παρεμβάσεις αντιμετώπισης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Το πρώτο σημαντικό βήμα για την αναγνώριση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναγνώριση της ύπαρξής της. Είναι πολύ συνηθισμένο οι εργαζόμενοι να μην αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και να υφίστανται τις επιπτώσεις για πολύ καιρό.

Οι Lazarus και Folkman προσδιόρισαν τη λέξη «αντιμετώπιση» ως το σύνολο των γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών που αναπτύσσονται, με σκοπό τη διαχείριση των εξωτερικών ή εσωτερικών απαιτήσεων, οι οποίες κρίνονται πως υπερβαίνουν τις δυνατότητες του ατόμου[237].

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης εμφανίστηκαν σχετικά αργά και επικεντρώθηκαν στο προσωπικό και τις προσπάθειες που μπορούσαν να καταβάλουν μόνοι τους[238]. Συνήθως, οι παλιότερες έρευνες δίνουν έμφαση στην προσωπικότητα και τα ατομικά χαρακτηριστικά και λιγότερο στις συνθήκες εργασίας και τις συνέπειες τους, ενώ σύμφωνα με τον Plana και συνεργάτες[237], οι στρατηγικές που προσανατολίζονται στο πρόβλημα είναι πιο αποτελεσματικές από αυτές που εστιάζονται στα ατομικά χαρακτηριστικά και το συναίσθημα.

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Η εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης χρόνου, τα προγράμματα σωματικής άσκησης, καθώς και οι τεχνικές εδραίωσης κοινωνικών επαφών και στήριξης, έχουν προταθεί εκτενώς στην παγκόσμια βιβλιογραφία της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος[239,240] αναφέρουν κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν και σε όλα τα επαγγέλματα:

1. Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων με μείωση των επιπτώσεων.
2. Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών και αλλαγή στάσης απέναντι στην εργασία.

3. Αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης, προκειμένου να εφαρμοστούν αυτές που έχουν τον καλύτερο αντίκτυπο στον εργαζόμενο.
4. Αναζήτηση υποστήριξης τόσο κοινωνικά όσο και από ειδικούς επαγγελματίες υγείας.
5. Αποτελεσματική διαχείριση χρόνου.
6. Η σωστή διατροφή, η άσκηση και η ανάπαυση θεωρούνται απαραίτητες στην εξομάλυνση του στρες.
7. Τέλος η προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή η αλλαγή της, αυξάνει το αίσθημα ελέγχου του ατόμου, καθιστώντας το κύριο και υπεύθυνο των αποφάσεών του.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο.

Αφορούν την τοποθέτηση του επαγγελματία στην κατάλληλη θέση, στον καλό σχεδιασμό των χώρων, στον εμπλουτισμό της εργασίας, στη συμμετοχική λήψη αποφάσεων και στην αποσαφήνιση των ρόλων και των καθηκόντων, στη δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης, στην εξέλιξη των εργαζομένων, καθώς και στην ύπαρξη συμβουλευτικών εποπτειών.

Γενικότερα, όπως στις περισσότερες παρεμβάσεις, υπάρχουν τρία επίπεδα δράσης. Η *πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής παρέμβαση.*[241]

Πρωτοβάθμια παρέμβαση

Σε αυτό το επίπεδο μιλάμε για πρόληψη και βασικός στόχος της προσπάθειας είναι η αποκατάσταση μια υγιούς σχέσης ανάμεσα στο περιβάλλον και το άτομο[242]. Περιλαμβάνει καθορίσμους στόχων, ρόλων και δικαιωμάτων των εργαζομένων, ενθάρρυνση στη συμμετοχή, επανασχεδιασμό περιβάλλοντος και καθιέρωση ελαστικού προγράμματος.

Δευτεροβάθμια παρέμβαση

Οι προσπάθειες επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση της εξουθένωσης που νιώθει το άτομο μέσω τεχνικών χαλάρωσης, οργάνωσης χρόνου, ανάπτυξης δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων, βελτίωσης τρόπου ζωής και υγείας, όπως διακοπή καπνίσματος ή πρόγραμμα άσκησης[243].

Τριτοβάθμια παρέμβαση

Περιλαμβάνει τον εντοπισμό ατόμων που έχουν κακή υγεία λόγω εξουθένωσης και ειδικότερα, στις διαδικασίες ανάρρωσης και επαναδραστηριοποίησης των εργαζομένων. Περισσότερο, αυτό το στάδιο δίνει βάση στην ψυχική υγεία των ατόμων[244].

2.8. Επαγγελματική εξουθένωση και σχετικές Έννοιες

Εργασιακό στρες.

Το εργασιακό στρες είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που σχετίζεται με επιβλαβείς συνέπειες, όπως αρνητικά σωματικά και ψυχικά συμπτώματα[245], καθώς και έκπτωση στην επαγγελματική απόδοση, με συνέπειες στη γενικότερη απόδοση του οργανισμού[246].

Στη δεκαετία του 1980 υπήρξε ένας σημαντικός αριθμός μελετών στον τομέα του εργασιακού στρες και των εκδηλώσεων[201.220].

Παρά τις όποιες διαφωνίες που προέκυψαν από μοντέλα εξήγησης για το εργασιακό στρες, η γενική αντίληψη παραμένει πως το στρες πηγάζει από μια αναντιστοιχία είτε μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος είτε μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και της γενικότερης προσφοράς των εργαζομένων. Γενικότερα, υπάρχει κοινή επιστημονική θεώρηση που προκύπτει από μια ανισορροπία στο γνωστικο-συναισθηματικό σύστημα του ανθρώπου.

Το εργασιακό στρες θεωρείται πως οδηγεί στο σύνδρομο που ονομάζεται επαγγελματική εξουθένωση και θεωρείται πιο παροδικό από την εξουθένωση. Συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια έκφραση ενός χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού στρες, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα νιώθει πως δεν έχει τα ψυχικά αποθέματα να αντιμετωπίσει τους στρεσογόνους παράγοντες της εργασίας του[247].

Συναισθηματική κόπωση (Compassion fatigue)

Ένας σχετικός, αλλά διαφορετικός όρος, είναι η έννοια της συναισθηματικής κόπωσης, που έχει βρεθεί να σχετίζεται με στρες φροντιστών υγείας και νοείται πως σχετίζεται με συνεχόμενη συμπόνοια και εναισθησία προς τους άλλους, άρα και παραμέληση της φροντίδας του εαυτού[248]. Ένας απλός ορισμός της έννοιας την περιγράφει σαν έναν επαγγελματικό κίνδυνο γι΄αυτούς που διαλέγουν να βοηθούν άλλου[249]. Επίσης, περιγράφεται σαν ειδικό στρες, ως αποτέλεσμα έκθεσης στο υποφέρειν των άλλων[250].

Περιγράφηκε πρώτη φορά από τον *Charles Figley*[251] μέσα από τη μελέτη του για τη μετατραυματική διαταραχή. Ο ίδιος παρατήρησε πως οι νοσηλεύτριες είναι σε αυξημένο κίνδυνο λόγω της εναισθησίας και συμπόνοιας που είναι πυρηνικές αξίες του επαγγέλματος.

Εκείνοι που εμφανίζουν συναισθηματική κόπωση κυρίως προέρχονται από πεδία που υπάρχει έκθεση στο τραύμα πρωτογενώς ή δευτερογενώς, γι' αυτό και η έρευνα έχει κινηθεί σε πεδία, όπως τα επείγοντα περιστατικά[252], ογκολογικά τμήματα[253] και στρατιωτικές υγειονομικές μονάδες[254].

Είναι αποδεκτό πως η επαγγελματική εξουθένωση και η συναισθηματική κόπωση είναι εννοιες που έχουν σύνδεση, αλλά υπάρχει διαφωνία στο είδος της συσχέτισης. Έτσι, για κάποιους θεωρείται πως είναι μια σύνθεση συναισθηματικών παραγόντων που οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση[255]. Ο Figley θεωρεί πως ενώ η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να χρειαστεί αλλαγή καριέρας κάποιες φορές, αντίθετα, η συναισθηματική κόπωση είναι αναστρέψιμη, ενώ για άλλους η επαγγελματική εξουθένωση είναι πιθανή συνέπεια αθεράπευτης συναισθηματικής κόπωσης[256]. Τέλος, άλλη μια περιγραφή που διακρίνει τις δύο έννοιες αναφέρει πως ενώ η συναισθηματική κόπωση είναι το αρνητικό αποτέλεσμα βίωσης του τραυματισμού σε διάφορες μορφές των άλλων, η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα εργασιακού φόρτου, σύγχυσης ρόλων, τεταμένων επαγγελματικών σχέσεων και έλλειψης υποστηρικτικών πόρων[257].

Δευτερογενές τραυματικό στρες

Τέλος, άλλος ένας όρος που αναφέρεται συχνά στην βιβλιογραφία είναι το δευτερογενές τραυματικό στρες ή δευτερογενές τραύμα ή έμμεσο τραύμα.

Ορίζεται σαν τις φυσικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές συνέπειες που προέρχονται από τη γνώση για τον τραυματισμό που βιώνει ένας άλλος. Είναι το στρες που επέρχεται του να βοηθάς ή να θες να βοηθήσεις ένα άτομο που έχει τραυματιστεί ή υποφέρει[248].

Κάποιοι συγγραφείς πιστεύουν πως αποτελεί συναφή έννοια της συναισθηματικής κόπωσης[258], ενώ άλλοι υποστηρίζουν πως η συναισθηματική κόπωση αποτελεί πρόδρομο παράγοντα που οδηγεί σε δευτερογενή τραυματισμό και επαγγελματική εξουθένωση, αν αφεθεί χωρίς θεραπευτική παρέμβαση[259].

Ο Figley που αποτελεί «πατέρα» και αυτού του όρου, διακρίνει τις δύο έννοιες λέγοντας πως το δευτερογενές τραύμα είναι απλά η συμπεριφορά και τα συναισθήματα που έρχονται σαν αποτέλεσμα γνώσης ένος τραυματικού γεγονότος που βιώνει κάποιος άλλος, ενώ η συναισθηματική κόπωση είναι μια κατάσταση έντασης και υπερενασχόλησης με τον τραυματισμένο ασθενή μέσω επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος. Είναι μια λειτουργία του να καθίστασαι μάρτυρας του υποφέρειν του άλλου[260].

2.9. Ψυχολογική Ανθεκτικότητα και Επαγγελματική Εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας ογκολογικών ασθενών στη διεθνή βιβλιογραφία

Το Σύστημα Υγείας παγκοσμίως υφίσταται τεράστιες δομικές και οικονομικές αλλαγές. Όσον αφορά τον καρκίνο, οι συνεχιζόμενες αλλαγές στη φροντίδα περιλαμβάνουν την αύξηση της πολυπλοκότητας των περιπτώσεων και τις διαθέσιμες θεραπείες. Ένας σημαντικός παράγοντας στρες για τους θεραπευτές είναι η αυξημένη πολυπλοκότητα της πολυδιάστατης πλέον θεραπείας του καρκίνου, με δυσκολίες στο ειδικό να κυριαρχήσει σε όλες της τις λεπτομέρειες[168]. Ειδικότερα στην ακτινοθεραπεία, η θεραπεία έχει γίνει σταδιακά πιο πολύπλοκη τα τελευταία δέκα με δεκαπέντε χρόνια.

Τα αυξημένα περιστατικά καρκίνου και ένας γηρασμένος πληθυσμός, συνοδευόμενα από ευρέα διαγνωστικά προγράμματα και νέες πιο περίπλοκες θεραπευτικές τεχνολογίες, οδηγούν σε αυξημένη ανάγκη για ακτινοθεραπεία, με συνέπεια την τάση για ποιότητα θεραπείαςμ αλλά και συνεχώς αυξανόμενους καλά πληροφορημένους ασθενείς σε σχέση με τη θεραπεία του.[260]

Έτσι, η αυξημένη εντατικοποίηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, σε συνάρτηση με τις περικοπές προσωπικού και δαπανών παγκοσμίως και ευρύτερων πιέσεων στο σύστημα υγείας, μπορεί να παροξύνει όλες τις νέες ανάγκες και απαιτήσεις που αναφέρθηκαν, οδηγώντας σε επαγγελματική εξουθένωση.

Ένας αριθμός ερευνών σε διάφορες χώρες έχει προσδιορίσει ένα ποσοστό του ακτινοθεραπευτικού κλάδου να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση.[261,262] Συγκεκριμένα, βρέθηκε πως υπήρχε υψηλή βαθμολογία στην κατηγορία της συναισθηματικης εξουθένωσης του ερωτηματολογίου της Maslach.

Επιπλέον, σε έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρθηκε πως το ένα τρίτο του ακτινοθεραπευτικού προσωπικού ήταν στα πρώιμα στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης[261].

Παρόμοια, στη διάσταση της Συναισθηματικής Εξάντλησης του MBI σε έρευνα στην Αμερική, το 53% των ερωτηθέντων είχαν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης στον συγκεκριμένο τομέα[263]. Το ίδιο και σε έρευνα στον Καναδά, σε

ακτινοθεραπευτικό προσωπικό αναφέρθηκαν υψηλα επίπεδα συναισθηματικής κόπωσης στη διάρκεια των δύο ετών της έρευνας[264]. Γενικά, το θέμα της συναισθηματικής εξάντλησης έχει καταγραφεί πολύ συχνά στη βιβλιογραφία των εργαζομένων σε ογκολογικές μονάδες, όπως στην Αυστραλία, όπου το ένα τρίτο των εργαζομένων σε ογκολογικές κλινικές παρουσίασε, σύμφωνα με την έρευνα, συμπτώματα εργασιακού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης που σχετιζόταν με συναισθηματική εξάντληση και αποσύνδεση από τη δουλειά[18]. Στον ευρωπαϊκό χώρο, η μοναδική έρευνα που έγινε στη Γερμανία και την Αυστρία σε έντεκα ακτινοθεραπευτικές μονάδες με δείγμα 406 ατόμων[265], έδειξε πως τα υψηλότερα ποσοστά εργασιακού στρες είχαν οι γιατροί και οι νοσηλευτές. Επίσης, η πηγή άγχους από την εργασία προερχόταν από διαφορετικές πηγές για την κάθε ειδικότητα. Οι γιατροί, νοσηλευτές και ακτινοθεραπευτές επηρεάζονταν περισσότερο από τις εργασιακές συνθήκες (π.χ. πίεση χρόνου, υποαμειβή και υψηλό φόρτο εργασίας) και το συναίσθημα, ενώ οι φυσικοί -αν και πολύ λιγότερο- από τις εργασιακές συνθήκες και προβλήματα με τους συνεργάτες.

Η συναισθηματική εξάντληση είναι το συναίσθημα που νιώθουν οι εργαζόμενοι πως δεν μπορούν να δώσουν άλλο ψυχοσυναισθηματικά, με σύνοδες εκφάνσεις την αποπροσωποποίηση και τα πεσιμιστικά συναισθήματα σε σχέση με τον ασθενή και την σύνοδο αδιαφορία. Επίσης, ο κυνισμός και η χαμηλή προσωπική αίσθηση επιτευγμάτων μπορεί να εμφανιστούν, συνιστώντας όλα μαζί σε μια αρνητική εκτίμηση του εαυτού και των άλλων, με μειωμένη λειτουργικότητα κοινωνικά και επαγγελματικά[266,267].

Επιπλέον, το εργασιακό στρες, όντας πρόδρομος του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, έχει σημαντικό αντίκτυπο όχι μόνο στο εργασιακό δυναμικό, αλλά και στη διαντίδραση με τον ασθενή, αναλογιζόμενοι πως οι ογκολογικοί ασθενείς και ειδικά στην ακτινοθεραπεία, έχουν υψηλά ποσοστα άγχους και δυσφορίας[268,269]. Ακόμη, αυξανόμενες αποδείξεις φανερώνουν πως το εργασιακό στρες στους γιατρούς οδηγεί σε διάβρωση της συμπόνοιας προς τους ασθενείς[270], της συνεργασιμότητας των ασθενών[271] και της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν[272]. Γιατροί που βρίσκονται υπό στρες στον χώρο εργασίας, όπως είναι φυσικό, έχει βρεθεί να φέρονται στους ασθενείς με χαμηλή

επίδοση τόσο ιατρικά όσο και ψυχολογικά, ενώ αυξάνεται και η λανθασμένη εκτίμηση στη θεραπεία[273].

Από την άλλη, ενώ το θέμα της ανθεκτικότητας έχει δεχτεί αρκετή έρευνα θεωρητικά, δεν έχει μελετηθεί στη σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και ειδικότερα, σε συγκεκριμένα επαγγελματικά πλαίσια, όπως της ογκολογικής ακτινοθεραπείας[261].

Κάποιες έρευνες έχουν ασχοληθεί με παράγοντες που σχετίζονται με την «ανοσοποίηση» απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση, χωρίς να κινούνται αυστηρά στο θεωρητικό υπόβαθρο της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως προτείνεται απο τη Maslach. Συγκεκριμένα, μετρούν κάποιες παραμέτρους που φαίνεται να έχουν σχέση με την ψυχική ανθεκτικότητα, όπως η επαγγελματική ικανοποίηση[274], ή προσωπικών χαρακτηριστικών που δεν ανήκουν αυστηρά στην κοινα αποδεκτή θεωρία, όπως υπομονή, ηρεμία, αυτοπεποίθηση, καθώς και στρατηγικές αντιμετώπισης, που προωθούν την αντίσταση στο εργασιακό στρες[261].

Από τη μέχρι σήμερα βιβλιογραφία, η μεγάλη έρευνα που έγινε στην Αυστραλία με πάνω απο χίλιους εφτακόσιους συμμετέχοντες, νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, αποτελεί μια ολοκληρωμένη προσπάθεια σύνδεσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως είναι αυτή θεωρητικά τεκμηριωμένη μέχρι σήμερα με την επαγγελματική εξουθένωση. Η έρευνα επιβεβαίωσε πως η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί μερικό διαμεσολαβητή σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, μετριάζοντας συγκεκριμένα την αρνητική επίδραση των δυσπροσαρμοστικών στοιχείων προσωπικότητας του δείγματος που εχαν αξιολογηθεί με κατάλληλο ερωτηματολόγιο[275].

Η παρούσα προσπάθεια στοχεύει στη μελέτη της σχέσης των δύο εννοιών σε προσωπικό ακτινοθεραπευτικής μονάδας. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι σαφές το κενό που υπάρχει στη μελέτη της σχέσης μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης στον συγκεκριμένο κλάδο, αλλά και στον ευρύτερο τομέα της υγείας.

ΜΕΡΟΣ 2ο

Κεφ. 3ο : ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1. Σκοποί και Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της σχέσης της Ψυχικής Ανθεκτικότητας με την Επαγγελματική Εξουθένωση σε Επαγγελματίες Υγείας Ακτινολογικών-Ογκολογικών Τμημάτων. Όπως φάνηκε από τη διεθνή βιβλιογραφία, το κενό που παρουσιάζεται στη μελέτη της συγκεκριμένης σχέσης είναι σημαντικό. Μελέτες που έχουν γίνει στον διεθνή χώρο, έχουν καταδείξει πως οι εργαζόμενοι σε απαιτητικές από τη φύση τους ογκολογικές μονάδες, παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ το ίδιο φαίνεται και σε πιο πρόσφατες έρευνες για ακτινοθεραπευτικό προσωπικό. Η επαγγελματική εξουθένωση, σε άμεση συνάρτηση με την ψυχική ανθεκτικότητα, και η μεταξύ τους σχέση έχει σχετικά μικρή βιβλιογραφία, ενώ οι ερευνητές κάθε μελέτης δίνουν διαφορετική ερμηνεία στον όρο Ψυχική Ανθεκτικότητα, χρησιμοποιώντας ατομικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του προς εξέταση δείγματος.

Η πρωτοτυπία της παρούσας μελέτης συνίσταται στην αξιολόγηση των δύο μεταβλητών που μελετώνται σε Ακτινοθεραπευτικό Ογκολογικό Προσωπικό, τόσο μεταξύ τους όσο και ανεξάρτητα.

Οι επιμέρους στόχοι της εμπειρικής αυτής έρευνας περιλαμβάνουν:

1. Να μελετήσουμε τη σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας (Ογκολογικό-Ακτινοθεραπευτικό προσωπικό υγείας).
2. Να εξετάσουμε αν και κατά πόσον τα ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά (π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, προϋπηρεσία,

εισόδημα, εμπειρία καρκίνου) επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση. Να μελετήσουμε τη σχέση της Ποιότητας ζωής των εργαζομένων και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

3. Την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων.

3.2. Δείγμα της Έρευνας και Διαδικασία

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από *106* εργαζόμενους σε Ογκολογικά-Ακτινοθεραπευτικά Τμήματα, δέκα (10) Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων της Αττικής (*Αττικό, Αρεταίειο, Μεταξά, Ιασώ, Αλεξάνδρα, Αθήναιον, 401 ΣΝ, Ιατρόπολις, Μετροπόλιταν*). Από το σύνολο των 115 περίπου εργαζομένων που απασχολούνται συνολικά στις ανωτέρω δομές, το ποσοστό της ανταπόκρισης (>90%) κρίνεται παραπάνω από ικανοποιητικό.

Η έρευνα απευθύνθηκε αποκλειστικά στις παρακάτω ειδικότητες: *Ιατρούς, Τεχνολόγους- Ακτινοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Φυσικούς*, αποκλείοντας από τη μελέτη το Διοικητικό Προσωπικό, όπου υπήρχε, καθώς θεωρήθηκε πως δεν αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα για την παρούσα μελέτη.

3.2.1. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στον χώρο εργασίας τους, κατόπιν συνεννόησης πάντα και άδειας να χορηγηθούν από τους διευθυντές των τμημάτων ή -σε κάποιες περιπτώσεις- από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Λόγω του επιβαρυμένου όγκου εργασίας των επαγγελματιών, δεν τηρήθηκε χρόνος αυστηρός για τη διαλογή τους, με ένα διάστημα δεκαπέντε ημερών περίπου να μεσολαβεί. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Συγκεντρώθηκαν 107 ερωτηματολόγια και αποκλείστηκε ένα από τη μελέτη λόγω ελλιπούς και παραπλανητικής συμπλήρωσης.

3.2.2. Δεοντολογία της Έρευνας

Η δεοντολογία μιας έρευνας σχετίζεται με δύο κυρίως τομείς: τα ακαδημαϊκά ευρήματα και τους συμμετέχοντες (Heppner et al., 2008). Τα ζητήματα που σχετίζονται με την ακαδημαϊκή εργασία, αφορούν την *αξιοπιστία στον σχεδιασμό* και διεξαγωγή της έρευνας, την *καλή χρήση των αποτελεσμάτων* και την *αποφυγή της λογοκλοπής*. Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να

ακολουθηθούν όλα τα ανωτέρω δεοντολογικά ζητήματα. Σχετικά με τη δεοντολογία που διέπει μια έρευνα σχετικά με τους συμμετέχοντες, φαίνεται πως τρία είναι τα κύρια σημεία: η ενήμερη συγκατάθεση, η αποφυγή βλάβης και η προστασία της ιδιωτικής ζωής και απορρήτου (Barker et al., 2002). *Η ενήμερη συγκατάθεση* διασφαλίστηκε με ένα εισαγωγικό σημείωμα που δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες για τη φύση της έρευνας, καθώς και την ενυπόγραφη συμμετοχή τους, εάν συμφωνούσαν ελεύθερα να συμμετάσχουν. Στην παρούσα έρευνα, η *αποφυγή βλαβης* διασφαλίστηκε με τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν όποιες και όσες ερωτήσεις ήθελαν, καθώς και να αποσυρθούν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή. Τέλος, η *ιδιωτική ζωή και το απόρρητο* διασφαλίστηκαν με την ανωνυμία και τη χρήση κωδικών για κάθε συμμετέχοντα.

3.2.3. Ερευνητικά Εργαλεία

Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν *τρία ερωτηματολόγια* και ένα *αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών-προσωπικων στοιχείων* των εργαζομένων.

Το ερωτηματολόγιο των δημογραφικών στοιχείων περιείχε μια σειρά από επιλεγμένες ερωτήσεις με βάση τον σκοπό της επιχειρούμενης έρευνας, στις οποίες οι συμμετέχοντες είχαν να επιλέξουν κυρίως ανάμεσα σε ναι ή όχι, ώστε να είναι εύκολες στη συμπλήρωση, αλλά και να εξασφαλίζουν τις απαραίτητες πληροφορίες

Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Ανθεκτικότητας Conor-Davidson (CD-Risk 25)

Για τη μελέτη της Ανθεκτικότητας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) (2003) (βλ. Παράρτημα). Η κλίμακα αποτελείται από *25 αυτο-αναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0–Καθόλου αληθές, 1–Σπάνια αληθές, 2–Κάποιες φορές αληθές, 3–Συχνά αληθές, 4–Σχεδόν πάντα αληθές),* οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών

κατασκευών και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες: (1) *Προσωπική επάρκεια, Υψηλά κριτήρια και Επιμονή – (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες – (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και Ασφαλείς Σχέσεις – (4) Έλεγχος – και (5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές*. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η δοκιμασία της κλίμακας τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα έδειξε καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach a = 0,89) και επίσης, καλή αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = 0,87).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά και μεταφραστεί από τους Δημητριάδου, Ε., & Σταλίκα, Α. (2008).

<u>Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI)</u>

Η κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach αποτελείται *από 22 δηλώσεις αυτοαξιολόγησης* σχετικά με το πόσο συχνά νιώθουν οι ερωτηθέντες ένα συναίσθημα ή μια κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, οι 22 ερωτήσεις χωρίζονται σε τρείς υποκλίμακες που περιλαμβάνουν: *τη συναισθηματική εξάντληση, την προσωπική επίτευξη και την αποπροσωποποίηση*. Κάθε υποκλίμακα θεωρείται ανεξάρτητη, γι' αυτό και η μέτρηση γίνεται ξεχωριστα για την καθεμία. Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε μια 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, η οποία κλιμακώνεται από *το 0 (δεν μου συμβαίνει ποτέ) έως το 6 (μου συμβαίνει κάθε μέρα)*. Όσο υψηλότερη βαθμολογία σημειώνεται στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία στην υποκλίμακα της προσωπικής επίτευξης, τόσο χαμηλότερος είναι ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η κλίμακα παρατίθεται στο παράρτημα.

Η εγκυρότητα της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach στον ελληνικό πληθυσμό έχει ελεγθεί ικανοποιητικά (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992; Κάντας, 1996). Ειδικότερα, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα έδωσαν δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) απο .82 έως .85 για τη Συναισθηματική Εξάντληση, .72 έως .75 για την Προσωπική Επίτευξη και .53 εώς .63 για την Απροσωποποίηση.

Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι δείκτης μεγαλύτερος από 0,80 θεωρείται πολύ ικανοποιητικός, ενώ τιμές του δείκτη κάτω από 0,60 επιβάλλουν ή την επινόηση νέων θεμάτων στην πολυθεματική μεταβλητή ή ότι το ερωτηματολόγιο δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στον υπό μελέτη πληθυσμό.

Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή (Life Satisfaction Scale)

Η κλίμακα αποτελείται από *πέντε ερωτήσεις* που αξιολογούν τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή τη δεδομένη στιγμή και όχι επιμέρους τομείς. Χρησιμοποιείται μία κλίμακα Likert 7 σημείων για τις απαντήσεις και το αποτέλεσμα είναι το άθροισμα αυτών των απαντήσεων. Το 20 αντιπροσωπεύει το ουδέτερο σημείο της κλίμακας, όπου το άτομο δεν είναι ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο. Ένα αποτέλεσμα από 5 έως 9 είναι ένδειξη μεγάλης έλλειψης ικανοποίησης, ενώ μεγάλη ικανοποίηση υπάρχει σε αθροίσματα πάνω από 30 (Pavot & Diener, 1993). Η μέση βαθμολογία σε διάφορα δείγματα είναι 23-28 και αντιστοιχεί στις απαντήσεις «ικανοποιημένος» και «αρκετά ικανοποιημένος». Η κλίμακα είναι κατάλληλη για χρήση σε διαφορετικές ηλικίες ανθρώπων (Neto, 1993, Diener et al., 1985).

Σε ελληνικό πληθυσμό έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο, με αποτελέσματα που δείχνουν ικανοποιητική αξιοπιστία. Σε δείγμα με ηλικιωμένους ήταν αντίστοιχα .93 μέχρι .63 (Patsiaouras, Mouzakidis, Pappas & Xaritonidi, 2003).

Επισκόπηση ερευνών που έγινε από τους Pavot και Diener (1993), υποστηρίζει τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας και τη διακριτική της εγκυρότητα, καθώς σχετίζεται, αλλά διαφοροποιείται από άλλες έννοιες, όπως η

κατάθλιψη, το άγχος, η αυτοεκτίμηση, το θετικό και αρνητικό συναίσθημα και η ψυχολογική πίεση.

Στατιστική Ανάλυση

Οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται χρησιμοποιώντας τον αριθμό των συμμετεχόντων (N) , τις μέσες τιμές (μ.τ.), τις τυπικές αποκλίσεις (τ.α.) και τα μέσα τυπικά σφάλματα (μ.τ.σ.). Στις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιούμε τις συχνότητες (ν) και τα αντίστοιχα ποσοστά (%).

Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των μετρήσεων έγινε χρησιμοποιώντας το Kolmogorov-Smirnov test και το normal probability plot.

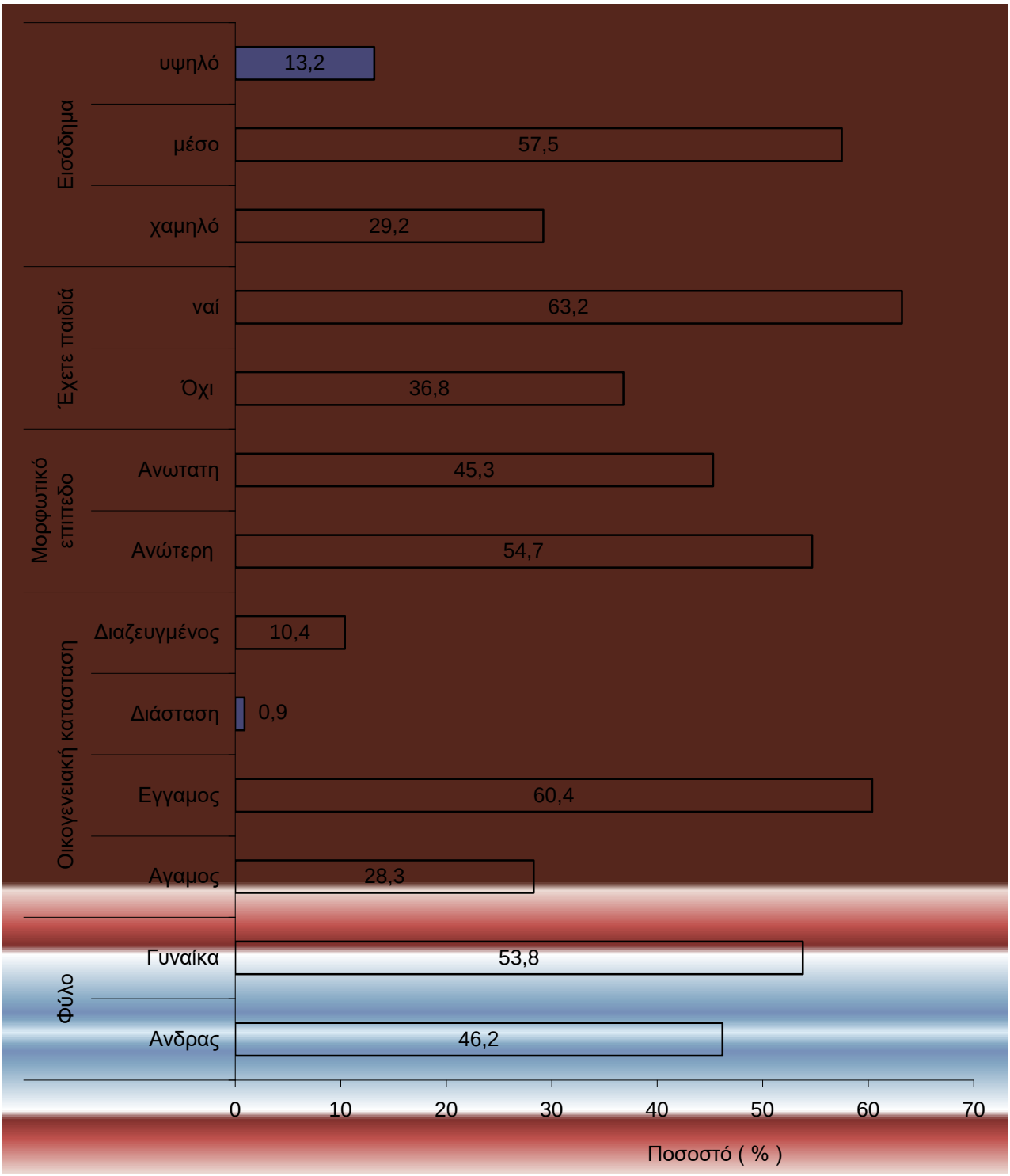
Αποτελέσματα

Πίνακας 1α : Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

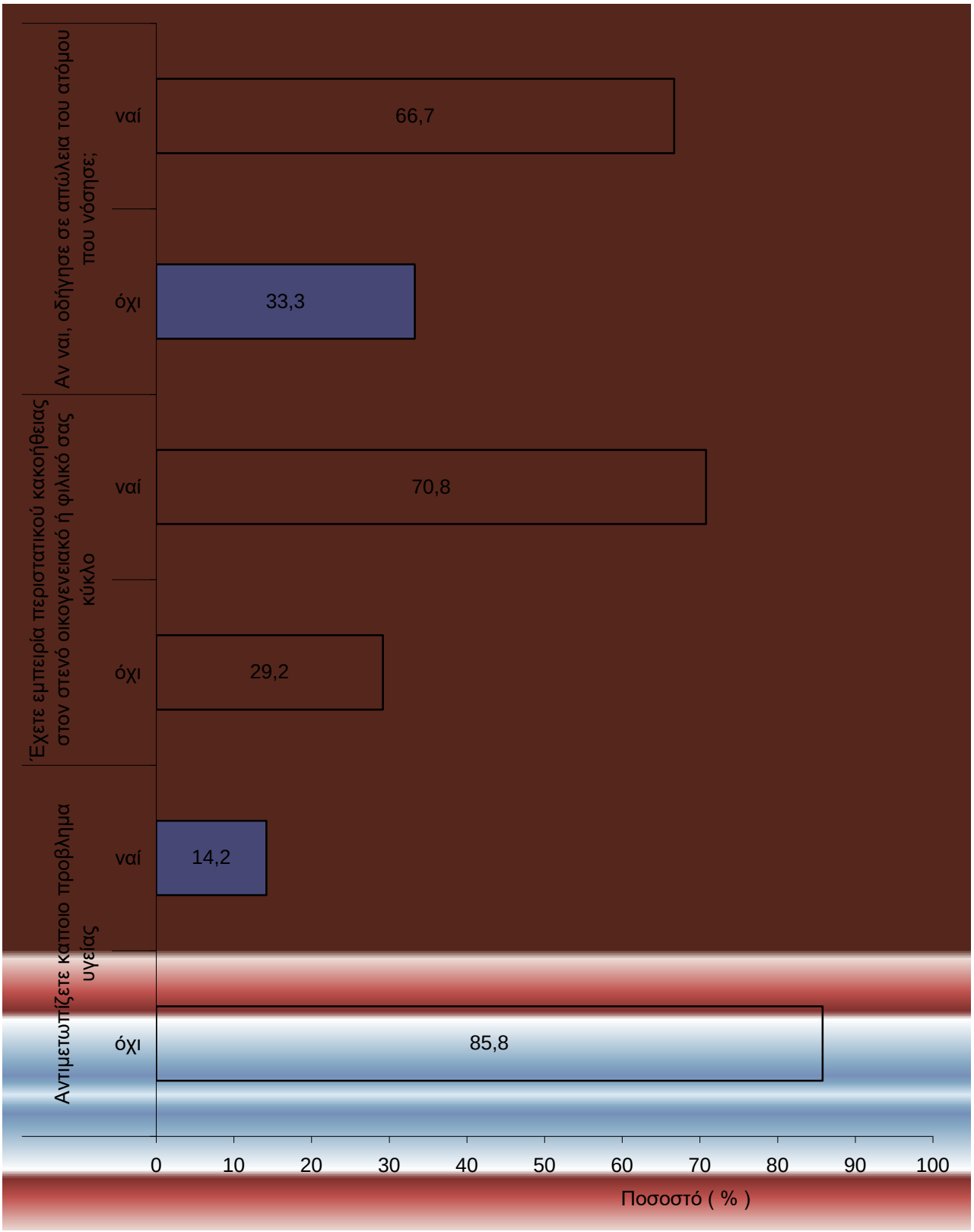
		N	**%**
Φύλο	Άνδρας	49	46,2
	Γυναίκα	57	53,8
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	30	28,3
	Έγγαμος	64	60,4
	Διάσταση	1	,9
	Διαζευγμένος	11	10,4
Μορφωτικό επιπεδο	Ανώτερη	58	54,7
	Ανώτατη	48	45,3
Έχετε παιδιά;	όχι	39	36,8
	ναι	67	63,2
Εισόδημα	χαμηλό	31	29,2
	μέσο	61	57,5
	υψηλό	14	13,2
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας;	όχι	91	85,8
	ναι	15	14,2
Έχετε εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό σας κύκλο;	όχι	31	29,2
	ναι	75	70,8
Αν ναι, οδήγησε σε απώλεια του ατόμου που νόσησε;	όχι	25	33,3
	ναι	50	66,7

Πίνακας 1β : Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

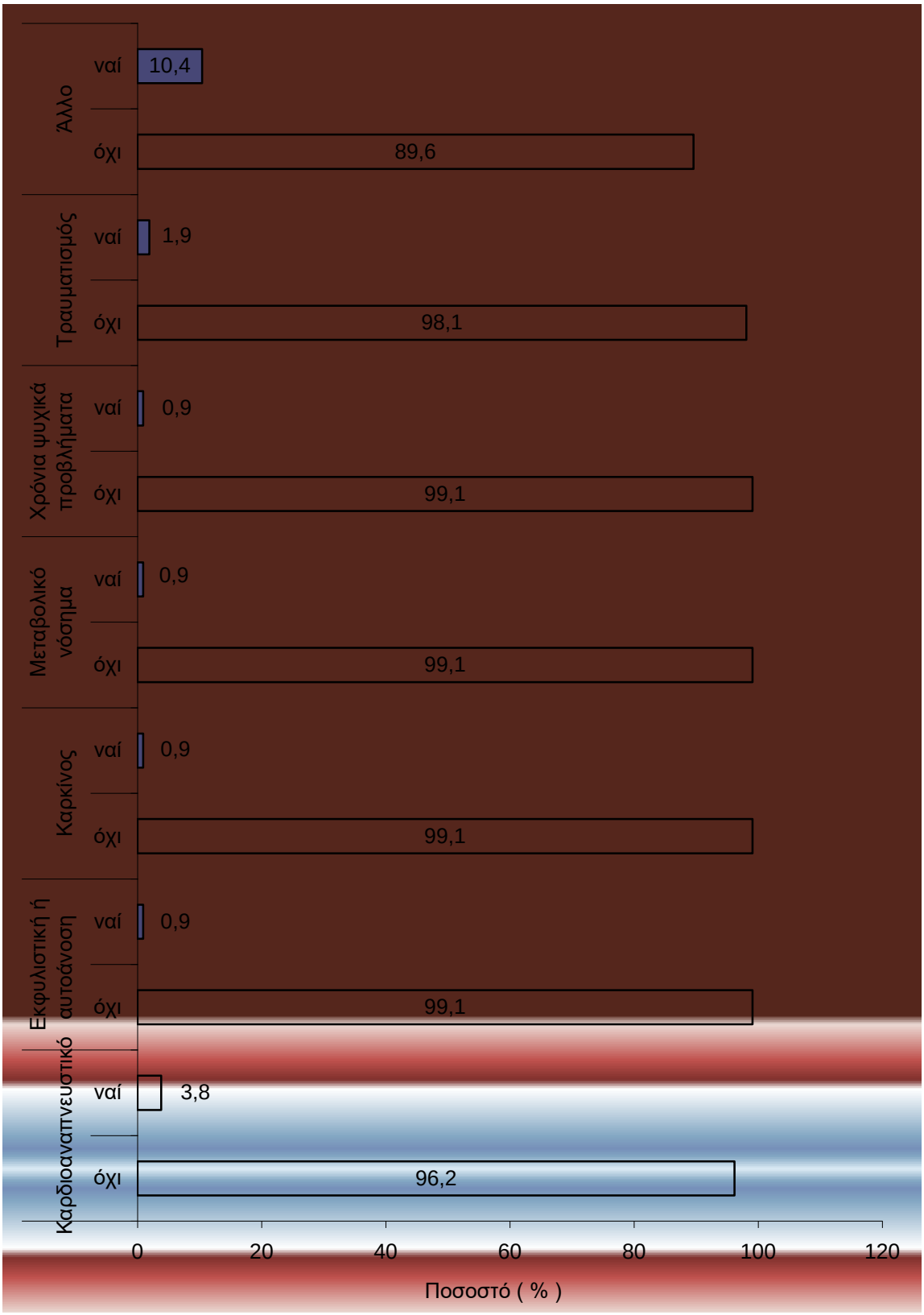
			N	**%**
Καρδιοαναπνευστικό πρόβλημα	όχι		102	96,2
	ναι		4	3,8
Εκφυλιστική ή αυτοάνοση νόσος	όχι		105	99,1
	ναι		1	,9
Καρκίνος	όχι		105	99,1
	ναι		1	,9
Μεταβολικό νόσημα	όχι		105	99,1
	ναι		1	,9
Χρόνια ψυχικά προβλήματα	όχι		105	99,1
	ναι		1	,9
Τραυματισμός	όχι		104	98,1
	ναι		2	1,9
Άλλο	όχι		95	89,6
	ναι		11	10,4
Ειδικότητα	Ιατρός		37	34,9
	Τεχνολόγος		51	48,1
	Νοσηλευτής		9	8,5
	Φυσικός		9	8,5
	Μέση τιμή	Τ.Α	Ελάχ.	Μέγ.
Ηλικία	41,25	9,56	23	67
Αριθμός παιδιών	1,09	1,00	0	3
Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη κλινική;	9,96	7,9	1	36



Γράφημα 1α : Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων



Γράφημα 1β : Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων



Γράφημα 2 : Ιατρικά προβλήματα συμμετεχόντων

Στους Πίνακες 1α, 1β και τα Γράφηματα 1α, 1β και 2 παρουσιάζονται τα ποιοτικά και τα ποσοτικά δημογραφικά και ιατρικά προβλήματα του δείγματος της μελέτης. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 41,25 έτη (23-67έτη).

Το 46,2% του δείγματός μας ήταν άνδρες και το 53,8% γυναίκες.

Το 54,7% είχε ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, ενώ το 45,5% είχε ανώτατο.

Το 60,4% ήταν εγγαμοι, το 28,3% άγαμοι, το 10,4% διαζευγμένοι και το 0,9% σε διάσταση.

Το 63,2% είχε παιδιά και ο μέσος αριθμός παιδιών ήταν 1,1 (0-3 παιδιά).

Το 29,2% είχε χαμηλό εισόδημα, το 57,5% μέσο και το 13,2% υψηλό.

Το 34,9% ήταν ιατροί, το 48,1% τεχνολόγοι, το 8,5% νοσηλευτές και το 8,5% φυσικοί.

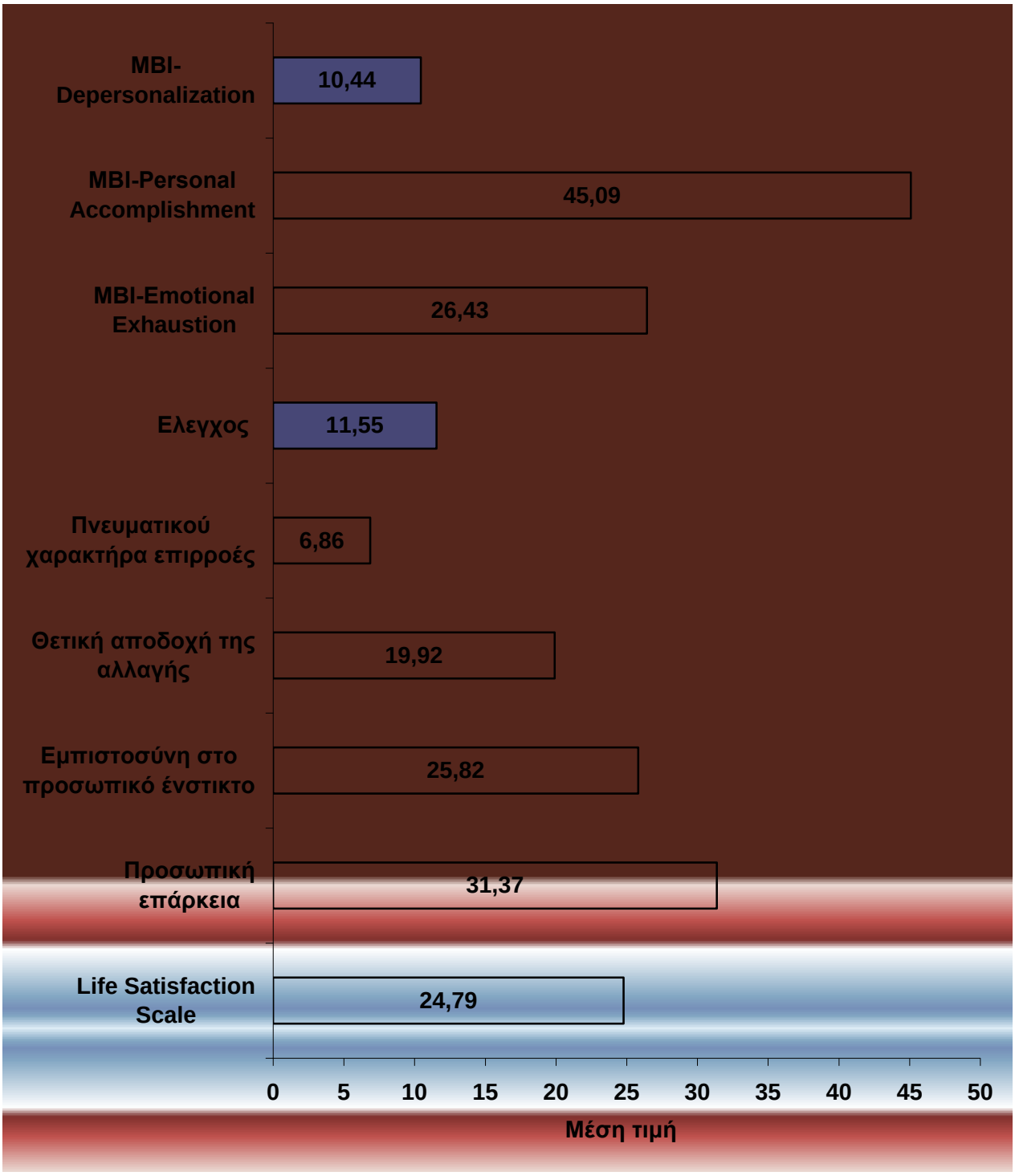
Ο μέσος χρόνος εργασιακής εμπειρίας ήταν 9,96 έτη, μεελάχιστο χρόνο το 1 έτος και μέγιστο τα 36 έτη.

Το 14,2% είχε αντιμετωπίσει κάποιο ιατρικό πρόβλημα το τελευταίο εξάμηνο, το 3,8% καρδιοαναπνευστικό, το 0,9% εκφυλιστική ή αυτοάνοση νόσο, το 0,9% καρκίνο, το 0,9% μεταβολικό νόσημα, το 0,9% ψυχικό νόσημα, το 1,9% τραυματισμό, ενώ το 10,4% είχε κάποιο άλλο προβλημα.

Το 70,8% είχε εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό του κύκλο, με το 66,7% αυτών να οδήγησε σε απώλεια του ατόμου που νόσησε.

Πίνακας 2 : Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων

	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Life Satisfaction Scale	**24,79**	**25,50**	**5,01**	**12**	**35**
Προσωπική επάρκεια	**31,37**	**31,00**	**4,33**	**20**	**40**
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	**25,82**	**26,50**	**4,25**	**12**	**35**
Θετική αποδοχή της αλλαγής	**19,92**	**20,00**	**2,69**	**11**	**24**
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	**6,86**	**7,00**	**1,80**	**2**	**10**
Έλεγχος	**11,55**	**12,00**	**1,96**	**6**	**15**
MBI-Emotional Exhaustion	**26,43**	**25,00**	**10,38**	**9**	**56**
MBI-Personal Accomplishment	**45,09**	**46,00**	**7,99**	**20**	**56**
MBI-Depersonalization	**10,44**	**9,00**	**5,39**	**5**	**27**



Γράφημα 3 : Περιγραφική αναλυση ερωτηματολογιων

Στον Πίνακα 2 και το Γράφημα 3 παρουσιάζονται οι περιγραφικοί δείκτες των ερωτηματολογίων Masclach, Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson και Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή Life Satisfaction Scale του δείγματος της μελέτης.

Οι μέσες τιμές των ερωτηματολογίων ήταν:
Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή: 24,79 ± 5,01

Προσωπική επάρκεια: 31,37 ± 4.33

Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο: 25,82 ± 4.25

Θετική αποδοχή της αλλαγής: 19,92 ± 2,69

Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές: 6.86 ± 1.80

Έλεγχος: 11.55 ± 1.96

MBI-Emotional Exhaustion: 26.43 ± 10.38

MBI-Personal Accomplishment: 45.09 ± 7.99

MBI-Depersonalization: 10.44 ± 5.39

Η ερμηνεία των παραπάνω δεικτών είναι η εξής:

Το δείγμα ήταν σχετικά ικανοποιημένο από τη ζωή που είχε μέχρι τώρα.

Στην *Προσωπική επάρκεια,* το δείγμα ήταν αρκέτα υψηλότερα από τη μέση τιμή, δείχνοντας επαρκές στο να ανταπεξέλθει σε επαγγελματικές και καθημερινές δυσκολίες. Το ίδιο και στην *Εμπιστοσύνη στο ένστικτό του και τις Θετικές επιδράσεις* του στρες. Στην υποκατηγορία της *Θετικής Αποδοχής στην αλλαγή*, κυμάνθηκε αρκετά πιο πάνω από τη μέση τιμή, δηλώνοντας θετική προσαρμογή στην πρόκληση και την αλλαγή. Τέλος, στις *επιρροές Πνευματικού* χαρακτήρα, οι απαντήσεις κυμάνθηκαν κοντα στη μέση τιμή.

Το δείγμα δεν παρουσίαζε σημάδια *Συναισθηματικής εξουθένωσης*, όντας αρκετά πιο χαμηλά από τη μέση τιμή, ενώ δήλωνε ικανοποιημένο πολύ με τα *Προσωπικά επιτεύγματα*, όντας αρκετά πάνω από τη μέση τιμή. Στην υποκλίμακα της *Αποπροσωποίησης,* οι απαντήσεις ήταν πολύ χαμηλότερα από τον μέσο όρο, υποδηλώνοντας πλήρη απουσία κυνισμού ή αδιαφορίας από το προσωπικό.

Σχολιάζοντας συνολικά θα λέγαμε πως πρόκειται για ένα σχετικά ικανοποιημένο προσωπικό, με εμπιστοσύνη στις ικανότητές του και χωρίς σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης, γεγονός που αποτελεί θετική έκπληξη, αν συνυπολογίσουμε το κοινωνικό-οικονομικό πλαίσιο και το συρρικνωμένο σύστημα υγείας της Ελλάδας στην παρούσα συγκυρία.

Πίνακας 3 : Cronbach's alpha για τα ερωτηματολόγια

	Cronbach's alpha
Life Satisfaction Scale	0.825
Προσωπική επάρκεια	0.767
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	0.754
Θετική αποδοχή της αλλαγής	0.702
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	0.680
Έλεγχος	0.670
MBI-Emotional Exhaustion	0.873
MBI-Personal Accomplishment	0.827
MBI-Depersonalization	0.724

Στον παραπάνω Πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα της εσωτερικής συνοχής (internal consistency) των τριών ερωτηματολογίων και, όπως παρατηρούμε, οι τιμές είναι μέσα στα αποδεκτά όρια της εσωτερικής συνοχής (alpha > 0,7), εκτός των υποκατηγοριών Έλεγχος και Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές, που οριακά δεν είναι, υποδεικνύοντας έτσι ότι τα ερωτήματα έχουν εσωτερική συνοχή.

Οι τιμές κυμάνθηκαν από 0,670 για την υποκατηγορία Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές του ερωτηματολόγιου Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson έως και 0,873 για την υποκατηγορία MBI-Emotional Exhaustion του ερωτηματολογίου Masclach.

Πίνακας 4 : Συσχετιση ερωτηματολογίων

	Life Satisfaction	MBI-Emotional Exhaustion	MBI-Personal Accomplishment	MBI-Depersonalization
Life Satisfaction Scale		**-0.298****	**0,333****	-0,124
Προσωπική επάρκεια	**0.333****	**-0.248****	**0,523****	-0,175
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	**0.409****	**-0.251****	**0,450****	-0,164
Θετική αποδοχή της αλλαγής	**0.436****	**-0.276****	**0,416****	-0,058
Έλεγχος	**0.345****	**-0.196***	**0,387****	-0,080
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	**0.394****	-0.087	0,093	0,033
CD-RISC	**0.486****	**-0.290****	**0.527****	-0.145

*p<0,05 , ** p<0,005

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκατηγορίες των ερωτηματολογίων. Παρατηρούμε ότι υπάρχει υψηλή θετική, στατιστικά σημαντική, συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου Life Satisfaction Scale και την υποκατηγορία Personal Accomplishment του ερωτηματολογίου Masclach, με όλες τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (εκτός της υποκατηγορίας Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές, μόνο για το Personal Accomplishment).

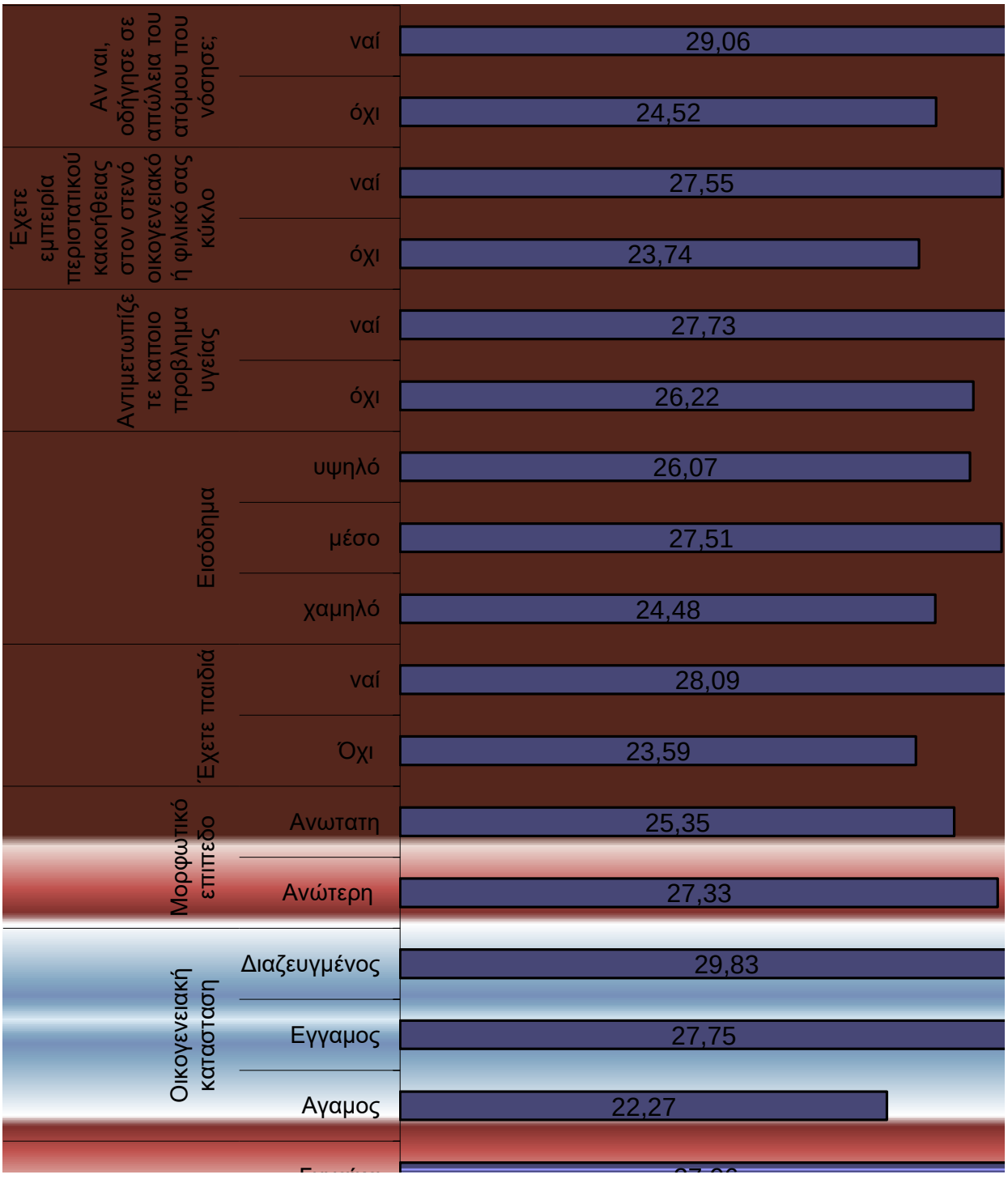
Επίσης υπάρχει μέτρια αρνητική, στατιστικά σημαντική, συσχέτιση ανάμεσα της υποκατηγορία Emotional Exhaustion του ερωτηματολογίου Masclach με όλες τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (εκτός της υποκατηγορίας Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές) και με το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου Life Satisfaction Scale.

Τέλος, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην υποκατηγορία Depersonalization του ερωτηματολογίου Masclach με όλες τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson και με το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου Life Satisfaction Scale.

Πίνακας 5 : Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Emotional Exhaustion

		Μέση τιμή	**ΤΑ**	**p-value**
Φύλο	Άνδρας	24,65	9,49	0,102
	Γυναίκα	27,96	10,94	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	22,27	9,65	**0,027**
	Έγγαμος	27,75$^{\alpha}$	9,50	
	Διαζευγμένος	29,83$^{\alpha}$	14,02	
Μορφωτικό επίπεδο	Ανώτερη	27,33	11,44	0,332
	Ανώτατη	25,35	8,95	
Έχετε παιδιά;	όχι	23,59	9,76	**0,031**
	ναι	28,09	10,45	
Εισόδημα	χαμηλό	24,48	10,15	0,418
	μέσο	27,51	10,98	
	υψηλό	26,07	7,85	
Αντιμετωπίζετε καποιο προβλημα υγείας;	όχι	26,22	10,71	0,603
	ναι	27,73	8,32	
Έχετε εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό σας κύκλο;	όχι	23,74	8,11	**0,053**
	ναι	27,55	11,05	
Αν ναι, οδήγησε σε απώλεια του ατόμου που νόσησε;	όχι	24,52	9,19	0,094
	ναι	29,06	11,66	
Ειδικότητα	Ιατρός	24,84$^{\beta}$	9,37	**0,004**
	Τεχνολόγος	25,24$^{\beta}$	9,39	
	Νοσηλευτής	37,78	15,53	
	Φυσικός	28,44$^{\beta}$	7,58	

$^{\alpha}$: p<0,05 vs αγαμος , $^{\beta}$: p<0,05 vs νοσηλευτής



Γράφημα 4 : Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Emotional Exhaustion

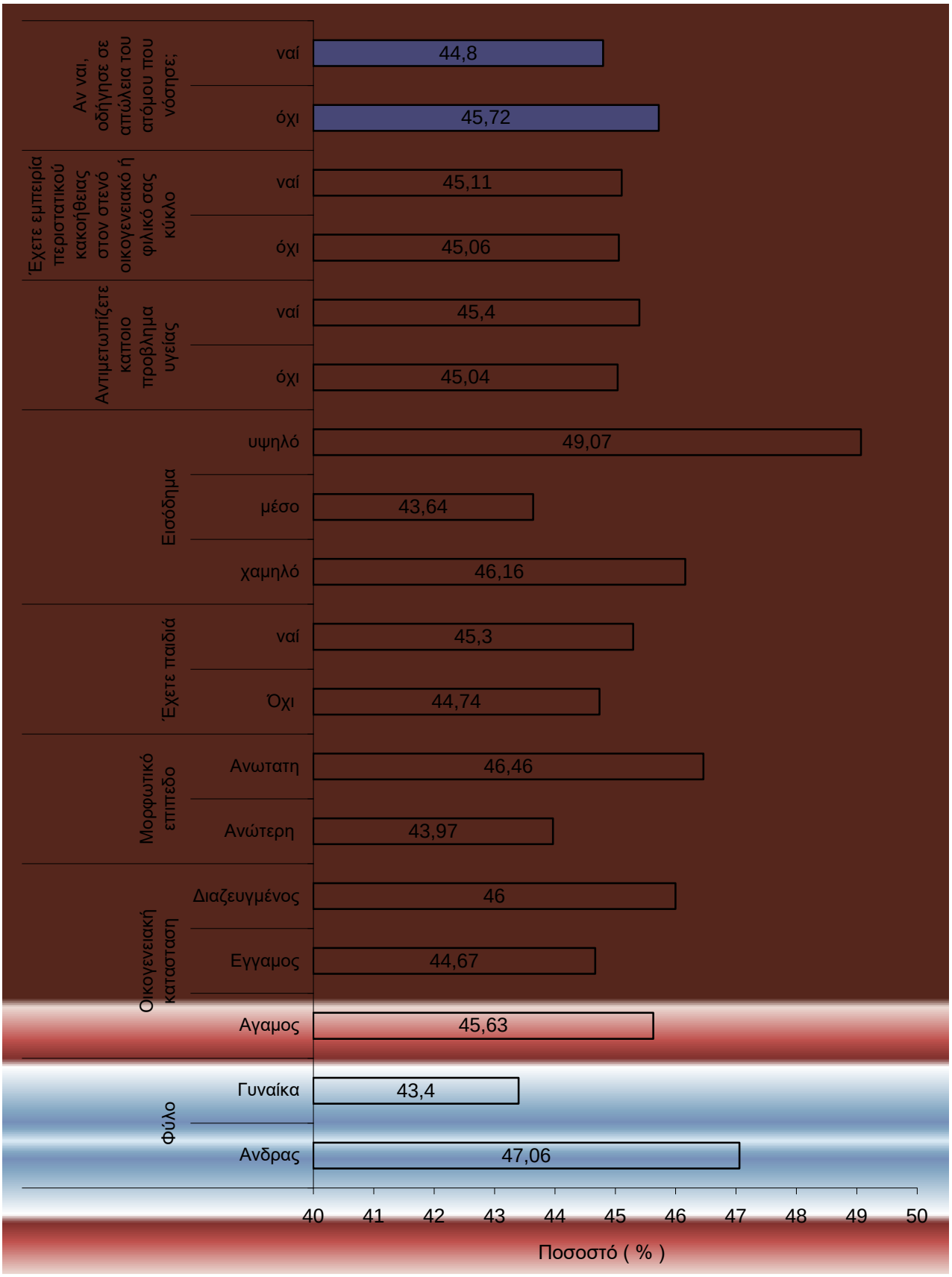
	MBI-Emotional Exhaustion	p-value
Ηλικία	0,070	0,479
Αριθμός παιδιών	0,217	**0,025**
Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη κλινική;	0,174	0,074

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους έγγαμους (p=0,048) και τους διαζευγμένους (p=0,035) με τους άγαμους, ανάμεσα στα άτομα που έχουν παιδιά και σε αυτούς που δεν έχουν (p=0,031), ανάμεσα στα άτομα που έχουν εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό τους κύκλο και σε αυτά που δεν είχαν, αναμεσα στους ιατρούς (p=0,004), τεχνολόγους (p=0,004), φυσικούς (p=0,01) με τους νοσηλευτές για τη μεταβλητή MBI- Emotional Exhaustion. Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον δείκτη MBI- Emotional Exhaustion και τον αριθμό παιδιών (r =0,217 p=0,025).

Πίνακας 6: Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Personal Accomplishment

		Μέση τιμή	ΤΑ	p-value
Φύλο	Άνδρας	47,06	6,31	**0,018**
	Γυναίκα	43,40	8,90	
Οικογενειακή κατασταση	Άγαμος	45,63	7,10	0,794
	Έγγαμος	44,67	8,31	
	Διαζευγμένος	46,00	8,80	
Μορφωτικό επιπεδο	Ανώτερη	43,97	8,05	0,110
	Ανώτατη	46,46	7,77	
Έχετε παιδιά;	όχι	44,74	7,61	0,732
	ναι	45,30	8,24	
Εισόδημα	χαμηλό	46,16	7,11	**0,047**
	μέσο	43,64	8,70	
	υψηλό	49,07 $^{\alpha}$	4,43	
Αντιμετωπίζετε καποιο προβλημα υγείας;	όχι	45,04	8,10	0,874
	ναι	45,40	7,53	
Έχετε εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό σας κύκλο;	όχι	45,06	8,36	0,980
	ναι	45,11	7,88	
Αν ναι, οδήγησε σε απώλεια του ατόμου που νόσησε;	όχι	45,72	7,98	0,637
	ναι	44,80	7,90	
Ειδικότητα	Ιατρός	48,14 $^{\beta}$	5,85	**<0,001**
	Τεχνολόγος	45,43 $^{\beta}$	7,40	
	Νοσηλευτής	37,78	8,71	
	Φυσικός	38,00	10,23	

$^{\alpha}$: p=0,063 vs μέσο , $^{\beta}$ p<0,05 vs νοσηλευτές , φυσικούς



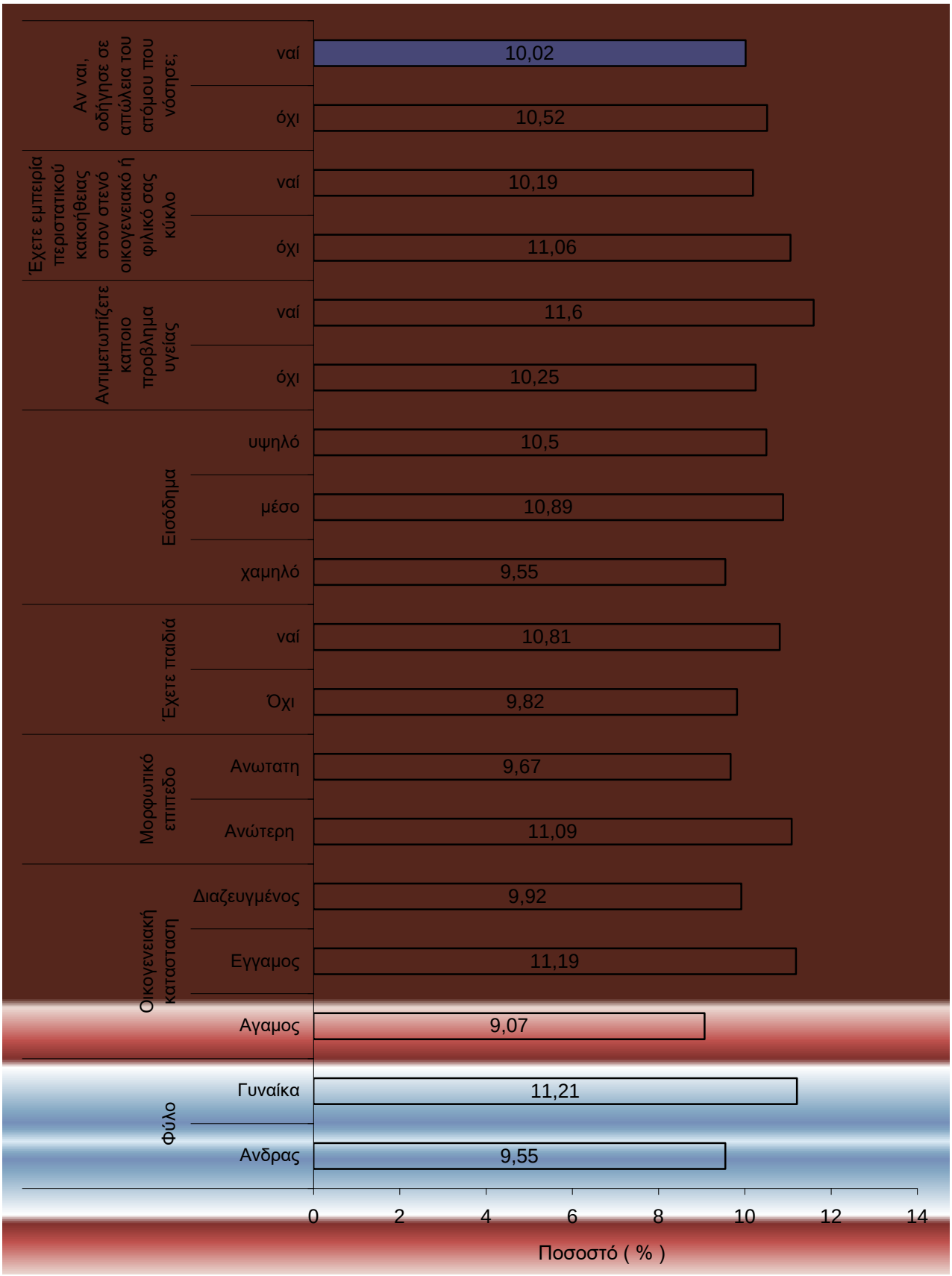
Γράφημα 5 : Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI- Personal Accomplishment

	MBI- Personal Accomplishment	p-value
Ηλικία	0,006	0,955
Αριθμός παιδιών	0,048	0,627
Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη κλινική;	-0,075	0,444

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες (p=0,018), ανάμεσα στα άτομα με υψηλό εισόδημα και σε αυτά με μέσο (p=0,063), αναμεσα στους ιατρούς (p=0,001) , τεχνολόγους (p=0,027) με τους νοσηλευτές, ανάμεσα στους ιατρούς (p=0,002), τεχνολόγους (p=0,034) με τους φυσικούς για τη μεταβλητή MBI- Personal Accomplishment. Δεν υπάρχει καμιά άλλη συσχέτιση ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών με την παραπάνω μεταβλητή.

Πίνακας 7: Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Depersonalization

		Μέση τιμή	**ΤΑ**	**p-value**
Φύλο	Άνδρας	9,55	4,47	0,107
	Γυναίκα	11,21	6,00	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	9,07	4,72	0,255
	Έγγαμος	11,19	5,63	
	Διαζευγμένος	9,92	5,28	
Μορφωτικό επίπεδο	Ανώτερη	11,09	5,63	0,178
	Ανώτατη	9,67	5,02	
Έχετε παιδιά;	όχι	9,82	5,11	0,366
	ναι	10,81	5,54	
Εισόδημα	χαμηλό	9,55	5,63	0,535
	μέσο	10,89	5,21	
	υψηλό	10,50	5,75	
Αντιμετωπίζετε κάποιο προβλημα υγείας;	όχι	10,25	4,99	0,510
	ναι	11,60	7,48	
Έχετε εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό σας κύκλο;	όχι	11,06	5,03	0,448
	ναι	10,19	5,54	
Αν ναι, οδήγησε σε απώλεια του ατόμου που νόσησε;	όχι	10,52	5,65	0,715
	ναι	10,02	5,53	
Ειδικότητα	Ιατρός	9,51	4,82	0,289
	Τεχνολόγος	10,43	5,20	
	Νοσηλευτης	13,56	7,28	
	Φυσικός	11,22	6,24	



Γράφημα 6 : Μονοπαραγοντική ανάλυση MBI-Depersonalization

	MBI- Depersonalization	p-value
Ηλικία	-0,085	0,388
Αριθμός παιδιών	0,063	0,522
Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη κλινική;	-0,017	0,861

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των ποιοτικών και ποσοτικών δημογραφικών δεικτών με τη μεταβλητή MBI-Depersonalization.

Πίνακας 8: Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης MBI-Emotional Exhaustion

	Κατηγορία	Βήτα	ΤΣ	p-value
Φύλο	Άνδρας	,814	2,052	0,693
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος-διαζευγμένος)	Άγαμος	**5,340**	**3,058**	**0,084**
Έχετε παιδιά;	όχι	,140	2,955	0,962
Έχετε εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό σας κύκλο;	όχι	3,014	2,126	0,160
Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη κλινική;	---	,026	,133	0,846
Ειδικότητα (ιατρός-τεχνολογος-φυσικός)	νοσηλευτής	**-9,324**	**3,788**	**0,016**
Life Satisfaction Scale	---	**-,390**	**,229**	**0,092**
Προσωπική επάρκεια	---	-,132	,344	0,701
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	---	-,002	,328	0,994
Θετική αποδοχή της αλλαγής	---	-,153	,528	0,772
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	----	,142	,608	0,816
Έλεγχος	---	-,121	,639	0,851
R^2=0,260 , p-value= 0,003 SE=9,49				

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών που είχαν p-value<0,2 στη μονοπαραγοντική αναλυση (multiple linear regression-enter method), προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των μεταβλητών αυτών πάνω στη μεταβλητή Emotional Exhaustion.

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του, όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 26.0% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς, μόνο οι παράγοντες **Οικογενειακή κατάσταση**

(p=0,084) , **Ειδικότητα** (p=0,016), **Life Satisfaction Scale** (p=0,092) επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Emotional Exhaustion.

Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

Η αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη Life Satisfaction Scale επιφέρει μείωση κατά 0,390 μονάδες στον δείκτη Emotional Exhaustion.

Οι έγγαμοι και διαζευγμένοι έχουν 5,34 μονάδες υψηλότερη τιμή στον δείκτη Emotional Exhaustion σε σχέση με τους άγαμους.

Οι ιατροί, τεχνολόγοι, φυσικοί έχουν 9,32 μονάδες χαμηλότερη τιμή στον δείκτη Emotional Exhaustion σε σχέση με τους νοσηλευτές.

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο stepwise, όπου συμπεριλαμβάνονται οι μεταβλητές που είχαν p-value<0,2 στη μονοπαραγοντική ανάλυση, και το μοντέλο επιλέγει τους πιο ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες (multiple linear regression-stepwise method) της μεταβλητής Emotional Exhaustion.

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του, όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

	Κατηγορία	Βήτα	ΤΣ	p-value
Ειδικότητα (ιατρός-τεχνολόγος-φυσικός)	νοσηλευτής	-10,700	3,329	**0,002**
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος-διαζευγμένος)	Άγαμος	5,947	1,997	**0,004**
Life Satisfaction Scale	---	-,461	,186	**0,015**

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 23% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς, μόνο οι παράγοντες **Ειδικότητα** (p=0,002), Life Satisfaction Scale (p=0,015) και οικογενειακή κατάσταση (p=0,004) επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Emotional Exhaustion.

Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής :

Η αυξηση κατά 1 μονάδα του δεικτη Life Satisfaction Scale επιφέρει μείωση κατά 0,461 μοναδες του δείκτη Emotional Exhaustion.

Οι έγγαμοι και διαζευγμένοι έχουν 5,95 μονάδες υψηλότερη τιμή στον δείκτη Emotional Exhaustion σε σχέση με τους άγαμους.

Οι ιατροί, τεχνολόγοι, φυσικοί έχουν 10,7 μονάδες χαμηλότερη τιμή στον δείκτη Emotional Exhaustion σε σχέση με τους νοσηλευτές.

	Κατηγορία	Βήτα	ΤΣ	p-value
Φύλο	Άνδρας	,820	1,992	0,681
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος-διαζευγμένος)	Άγαμος	5,696	2,886	**0,051**
Εχετε παιδιά;	όχι	-,288	2,705	0,915
Έχετε εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό σας κύκλο;	όχι	2,882	2,029	0,159
Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη κλινική;	---	,036	,128	0,777
Ειδικότητα (ιατρός-τεχνολογος-φυσικός)	νοσηλευτής	-9,592	3,515	**0,008**
Life Satisfaction Scale	---	-,368	,212	**0,086**
CD-RISC	---	-,079	,093	0,401

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών που είχαν p-value<0,2 στην μονοπαραγοντική ανάλυση (multiple linear regression-enter method), προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των μεταβλητών αυτών πάνω στη μεταβλητή Emotional Exhaustion.

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του, όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 25,8% της διακύμανσης της εξαρτημένης

μεταβλητής και από αυτούς, μόνο οι παράγοντες **Οικογενειακή κατάσταση** (p=0,051), **Ειδικότητα** (p=0,008), **Life Satisfaction Scale** (p=0,086) επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Emotional Exhaustion.

Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής :

Η αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη Life Satisfaction Scale επιφέρει μείωση κατά 0,368 μοναδες του δείκτη Emotional Exhaustion.

Οι έγγαμοι και διαζευγμενοί έχουν 5,70 μονάδες υψηλότερη τιμή στον δείκτη Emotional Exhaustion σε σχέση με τους άγαμους.

Οι ιατροί, τεχνολόγοι, φυσικοί έχουν 9,59 μονάδες χαμηλότερη τιμή στον δείκτη Emotional Exhaustion σε σχέση με τους νοσηλευτές.

Πίνακας 9: Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης MBI-Personal Accomplishment

	Κατηγορία	Βήτα	ΤΣ	p-value
Φύλο	Άνδρας	-,670	1,371	0,626
Μορφωτικό επίπεδο	Ανώτερη	1,060	1,431	0,461
Εισόδημα (υψηλό)	Χαμηλό-μέσο	,217	2,187	0,921
Ειδικότητα (ιατρός-τεχνολογος)	Νοσηλευτής-φυσικός	6,070	1,787	**0,001**
Life Satisfaction Scale	---	,228	,155	0,145
Προσωπική επάρκεια	---	0,580	,236	**0,016**
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	---	0,055	,230	0,810
Θετική αποδοχή της αλλαγής	---	0,112	,341	0,743
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	----	-0,384	,387	0,324
Έλεγχος	---	0,303	,433	0,486
R2=0,402 , p-value< 0,001 SE=6,49				

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών που είχαν p-value<0,2 στη μονοπαραγοντική ανάλυση (multiple linear regression-enter method), προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των μεταβλητών αυτών πάνω στη μεταβλητή Personal Accomplishment.

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του, όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 40,2% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς, μόνο οι παράγοντες **Ειδικότητα** (p=0,001) και **Προσωπική επάρκεια** (p=0,016) επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Personal Accomplishment.

Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

Η αύξηση κατά 1 μονάδα της **Προσωπικής επάρκειας** αυξάνει κατά 0,580 μονάδες τον δείκτη Personal Accomplishment.

Οι ιατροί και τεχνολόγοι έχουν 6,07 μονάδες υψηλότερη τιμή στον δείκτη Personal Accomplishment σε σχέση με τους νοσηλευτές και φυσικούς.

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο stepwise, όπου συμπεριλαμβάνονται οι μεταβλητές που είχαν p-value<0,2 στη μονοπαραγοντική ανάλυση, και το μοντέλο επιλέγει τους πιο ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες (multiple linear regression-stepwise method) της μεταβλητής Personal Accomplishment.

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του, όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

	Κατηγορία	Βήτα	ΤΣ	p-value
Προσωπική επάρκεια	---	,750	,155	**<0,001**
Ειδικότητα (ιατρός-τεχνολογος)	Νοσηλευτής-φυσικός	6,164	1,702	**<0,001**
Life Satisfaction Scale	---	,237	,132	**0,077**

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 38,2% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς μόνο οι παράγοντες Life Satisfaction Scale (p=0,077), Προσωπική επάρκεια (p<0,001) και **Ειδικότητα** (p<0,001) επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Personal Accomplishment.

Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής :

Η αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη Life Satisfaction Scale επιφέρει αύξηση κατά 0,237 μονάδες του δείκτη Personal Accomplishment.

Η αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη **Προσωπική επάρκεια** επιφέρει αύξηση κατά 0,750 μονάδες του δείκτη Personal Accomplishment.

Οι ιατροί και τεχνολόγοι έχουν 6,16 μονάδες υψηλότερη τιμή στον δείκτη Personal Accomplishment σε σχέση με τους νοσηλευτές και φυσικούς.

	Κατηγορία	Βήτα	ΤΣ	p-value
Φύλο	Άνδρας	-,851	1,370	0,536
Μορφωτικό επίπεδο	Ανώτερη	,896	1,431	0,533
Εισόδημα (υψηλό)	Χαμηλό-μέσο	,162	2,176	0,941
Ειδικότητα (ιατρός-τεχνολόγος)	Νοσηλευτής-φυσικός	6,077	1,779	**0,001**
Life Satisfaction Scale	---	,128	,148	0,389
CD-RISC	---	,259	,066	**<0,001**
R2=0,294 , p-value< 0,001 SE=6,87				

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών που είχαν p-value<0,2 στη μονοπαραγοντική ανάλυση (multiple linear regression-enter method), προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των μεταβλητών αυτών πάνω στη μεταβλητή Personal Accomplishment.

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του, όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 29.4% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς, μόνο οι παράγοντες **Ειδικότητα** (p=0,001) και **CD-RISC** (p<0,001) επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Personal Accomplishment.

Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής :

Η αύξηση κατά 1 μονάδα του **CD-RISC** αυξάνει κατά 0,259 μονάδες τον δείκτη Personal Accomplishment.

Οι ιατροί και τεχνολόγοι έχουν 6,08 μονάδες υψηλότερη τιμή στον δείκτη Personal Accomplishment σε σχέση με τους νοσηλευτές και φυσικούς.

Πίνακας 10: Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης MBI- Depersonalization

	Κατηγορία	Βήτα	ΤΣ	p-value
Φύλο	Άνδρας	1,057	1,101	0,339
Μορφωτικό επίπεδο	Ανώτερη	-0,951	1,082	0,381
Προσωπική επάρκεια	---	-0,137	,161	0,397
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	---	-0,053	,169	0,753
R2=0,053 , p-value= 0,236 SE=5,34				

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών που είχαν p-value<0,2 στη μονοπαραγοντική ανάλυση (multiple linear regression-enter method), προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των μεταβλητών αυτών πάνω στη μεταβλητή Depersonalization.

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του, όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 5.3% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και κανένας από αυτούς δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Depersonalization.

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης --με την μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών στην μονοπαραγοντική αναλυση (multiple linear regression-enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση όλων των μεταβλητών αυτών πάνω στη μεταβλητή Depersonalization

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 15% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και κανένας από αυτούς δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Depersonalization

	Κατηγορία	Βήτα	ΤΣ	p-value
Φύλο	Άνδρας	1,182	1,099	0,285
Μορφωτικό επίπεδο	Ανώτερη	-1,001	1,074	0,354
CD-RISC	---	-0,043	0,047	0,363
R2=0,043 , p-value= 0,214 SE=5,35				

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών που είχαν p-value<0,2 στη μονοπαραγοντική ανάλυση (multiple linear regression-enter method), προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των μεταβλητών αυτών πάνω στη μεταβλητή Depersonalization.

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του,, όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 4.3% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και κανένας από αυτούς δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στη μεταβλητή Depersonalization.

Συζήτηση

Ο σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση της σχέσης της ψυχικής ανθεκτικότητας με την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων σε Ογκολογική-Ακτινολογική κλινική. Η συζήτηση που ακολουθεί στοχεύει στην προσπάθεια ερμηνείας των ευρημάτων της έρευνας και αναζήτηση σχέσεων με εμπειρικά και θεωρητικά στοιχεία που προκύπτουν από τη σχετική βιβλιογραφία.

Στην παρούσα μελέτη φάνηκε πως οι εργαζόμενοι ήταν σχετικά ικανοποιημένοι από τη ζωή και, γενικότερα, τις συνθήκες στις οποίες ζουν και εργάζονται. Με δεδομένη την κοινωνικοοικονομική κατάσταση που επικρατεί στη χώρα, ίσως αναμενόταν κάτι πιο αρνητικό, όπως ήδη έχει φανεί σε μελέτες στην Ελλάδα, που αφορούν την ψυχική υγεία των Ελλήνων και τη γενικότερη αρνητική επιβάρυνση που έχει υποστεί το σύστημα υγείας[276,277,278] . Ειδικότερα, τα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης, καθώς και οι περικοπές σε παρεχόμενες υπηρεσίες, έχουν αυξηθεί κατακόρυφα τα χρόνια της κρίσης.

Επίσης, σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχικής ανθεκτικότητας το δείγμα έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα, όπως την Προσωπική Επάρκεια. Το ίδιο ικανοποιητικά ήταν τα αποτελέσματα στη Θετικότητα στην αλλαγή, καθώς και στην Εμπιστοσύνη στο ένστικτο. Τέλος, οι επιρροές Πνευματικού χαρακτήρα ήταν στη μέση τιμή, εκφράζοντας, όπως αναμενόταν, την πολιτισμική και θρησκευτική κουλτούρα.

Οι επαγγελματίες δεν έδειξαν κανένα σημάδι επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, δεν παρουσίαζαν συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ εμφάνισαν αρκετή ικανοποίηση από τα προσωπικά επιτευγματα, χωρίς στοιχεία αποπροσωποποίησης. Σε σύκριση με άλλες έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό και την επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας σε ογκολογικό-ακτινολογικό τμήμα, τα αποτελέσματά, σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, είναι εντυπωσιακά αντίθετα. Σε έρευνες στη Μεγάλη Βρετανία, το 1/3 των επαγγελματιών έδειξαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ πάνω από το 10% παρουσίαζαν ήπια μέχρι και μέτρια αποπροσωποποίηση[260,261]. Το

ίδιο και σε έρευνα του Καναδά[262], όπου το 53% των ειδικών στην Ακτινοθεραπεία έδειξαν σημάδια υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης. Και άλλα ευρήματα υποστηρίζουν την επαγγελματική εξουθένωση που υφίστανται οι επαγγελματίες υγείας ογκολογικών ασθενών. Συγκεκριμένα, σε έρευνα 1700 ογκολόγων, σχεδόν στο 62% των ογκολόγων των Ηνωμένων Πολιτειών βρέθηκαν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης και μη ικανοποίησης από τη δουλειά[279]. Επιπρόσθετα, το 45% των μελών της Αμερικάνικης Ένωσης Κλινικής Ογκολογίας παρουσίαζαν συμπτώματα επαγγελματικής Εξουθένωσης στην έρευνα των Shanafelt και συνεργατών[268]. Ακολούθως, σε έρευνα στη Γαλλία, το 44% των επαγγελματιών στην ογκολογία παρουσίαζαν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης[280]. Ενώ τέλος, σε μετα-ανάλυση 10 μελετών από όλο τον κόσμο για την επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες που προσφέρουν υπηρεσίες σε καρκινοπαθείς, τα αποτελέσματα, αν και ποικίλαν, ήταν πιο επιβαρυντικά σε σχέση με την παρούσα μελέτη.[281]

Από τις συσχετίσεις των ερωτηματολογίων διακρίνεται μια σημαντική θετική σχέση ανάμεσα στην αίσθηση Προσωπικών Επιτευγμάτων και όλων των υποκατηγοριών της κλίμακας Ψυχικής Ανθεκτικότητας, κάτι που δηλώνει πως όσο πιο ανθεκτικός είναι κάποιος, τόσο πιο καλά ικανοποιημένος και πετυχημένος νιώθει και αντίστροφα.

Επίσης, υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση, αλλά υπαρκτή, ανάμεσα στο σκορ της κλίμακας Ανθεκτικότητας σε όλες τις υποκλίμακες και της υποκατηγορίας Συναισθηματική Εξάντληση του ερωτηματολογίου MBI, το οποίο μας δείχνει πως πράγματι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ανθεκτικότητα και συναισθηματική επιβάρυνση ενός επαγγελματία που είναι εξουθενωμένος. Όπως και σε άλλες έρευνες με νοσηλεύτριες σε απαιτητικά περιβάλλοντα, επιβεβαιώνεται πως τα ανθεκτικά άτομα είναι πιο ανοσοποιημένα απέναντι στο συναισθηματικό βάρος της επαγγελματικής εξουθένωσης και ειδικότερα, της συναισθηματικής εξάντλησης και πως η ανθεκτικότητα συνεισέφερε στην αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων.[282,283,6,12]

Τέλος, φάνηκε πως όσο πιο ανθεκτικός παρουσιάζεται κανείς, τόσο πιο αυξημένη είναι και η υποκατηγορία Προσωπικά Επιτεύγματα, κατι που εύκολα ερμηνεύεται, καθώς, όσο πιο πολλές θετικές προσαρμογές έχει κάποιος στη ζωή του, τόσο πιο γεμάτος νιώθει από τα προσωπικά του επιτεύγματα. Ειδικότερα, η υποκατηγορία Προσωπικά επιτεύγματα είχε έντονη θετική συσχέτιση με την Προσωπική επάρκεια του ερωτηματολογίου της Επαγγελματικής εξουθένωσης. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί και με τα συμπεράσματα των Kutluturkian και συνεργατών που καταλήγουν πως όσο αυξάνεται η ανθεκτικότητα, αυξάνονται και τα προσωπικά επιτεύγματα, ενώ όσο αυξάνεται η εξουθένωση, μειώνονται τα προσωπικά επιτευγματα. Έτσι, συμπεραίνουν οι ερευνητές, η μείωση στην αίσθηση προσωπικής επιτυχίας εκδηλώνεται με τη μορφή της προσωπικής αίσθησης ανεπάρκειας στη δουλειά και της αρνητικής κριτικής στον εαυτό .

Κατα τη μονοπαραγοντική ανάλυση, φαίνεται πως η υποκατηγορία συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται πιο έντονα με τους έγγαμους ή διαζευγμένους, όπως επίσης και ο μεγαλύτερος αριθμός παιδιών επιδρά επιβαρυντικά στη συναισθηματική εξάντληση, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με παλιότερες έρευνες της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι οποίες βρήκαν πως οι παντρεμένοι έχουν περισσότερη υποστήριξη ενάντια στην επαγγελματική εξουθένωση[284,203]. Σχετική υποστήριξη του ευρύματος στην παρούσα έρευνα αναφέρεται σε μελέτη φοιτητριών νοσηλευτριών στην Αυστραλία, στην οποία αναφέρεται πως οι εκπαιδευόμενες νοσηλεύτριες που είχαν και εξαρτημένο από αυτές μέλος και εξωτερικές υποχρεώσεις (σύζυγο, παιδιά, γονείς), ήταν πιο επιρρεπείς στην επαγγελμτική εξουθένωση[285]. Πάντως, η ευρύτερη κοινωνική υποστήριξη (οικογένεια, σύντροφος, φίλοι) έχει καταδειχτεί σε πολλές μελέτες σαν ανασταλτικός παράγοντας απέναντι στο εργασιακό στρες σε γιατρούς ή νοσοκόμες που εργάζονται σε απαιτητικά περιβάλλοντα[286,287], κάτι που στην παρούσα μελέτη δεν ήταν δυνατόν να αναδειχθεί και να διευκρινιστεί. Επίσης, τα άτομα με εμπειρία κακοήθειας φαίνεται πως σκοράρουν πιο ψηλα στη συναισθηματική εξάντληση, κάτι που ερμηνεύεται σαν αναμενόμενο, εάν θεωρηθεί πως είναι ήδη ψυχικά επιβαρυμένοι από την εμπειρία αυτή.

Τέλος, σε αντίθεση με σχετικές έρευνες, φάνηκε πως οι νοσηλευτές έδειξαν αρκετά υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με τις άλλες τρεις εργασιακές κατηγορίες, κάτι που φαίνεται και στο πολυπαραγοντικό μοντέλο. Αυτό το εύρημα δεν έρχεται σε συμφωνία με έρευνες στην Αυστραλία σε ακτινοθεραπευτές και νοσηλευτές, καθως και σε επαγγελματίες ογκολογικής Γυναικολογικής κλινικής, στην οποία οι γιατροί είχαν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση από τους νοσηλευτές[287,16].

Σχετικά με την υποκατηγορία των προσωπικών επιτευγμάτων, οι άνδρες έδειξαν πιο σίγουροι για τα προσωπικά τους επιτεύγματα, εύρημα που ίσως σχετίζεται με τους κοινωνικούς ρόλους και μοτίβα που ακόμα υπάρχουν σχετικά με την επαγγελματική ανέλιξη της γυναίκας. Επιπλέον, οι γιατροί είχαν πιο ίσχυρη αίσθηση προσωπικων επιτευγμάτων, εύρημα που επαναλαμβάνεται και σε άλλες έρευνες[288], ενώ ακολουθούν οι τεχνολόγοι με τους νοσηλευτές και τους φυσικούς να βρίσκονται πιο πίσω. Ειδικότερα για τους νοσηλευτές, μια ερμηνεία που μπορεί να δοθεί σχετικά με τη συναισθηματική εξάντληση και τη χαμηλή αίσθηση προσωπικών επιττυγματων, ίσως έχει σχέση με τη συνήθη πρακτική που υπάρχει στα ακτινοθεραπευτικά τμήματα. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα συνήθως τα τμήματα αυτά στελεχώνωνται από νοσηλευτικό προσωπικό που προέρχεται από απαιτητικά και εξαντλητικά τμήματα, προκειμένου να δουλέψουν σε χαμηλότερους ρυθμούς. Έτσι, πιθανά να έχουν ήδη εμφανίσει συμπτώματα εξουθένωσης πριν τη μετακίνησή τους. Επίσης, το εισόδημα σχετίζεται, όπως αναμενόταν, με την αίσθηση των προσωπικών επιτευγματων, κάτι που θεωρείται σύμφωνο με το κοινωνικοοικονομικό μοντέλο που επικρατεί έντονα, συνδέοντας την επιτυχία με τα χρήματα.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, είναι σημαντικό να αναφερθεί η απουσία στατιστικής συσχέτισης της υποκατηγορίας Αποπροσωποποίηση του MBI τόσο με ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του δείγματος όσο και με τις υποκλίμακες της ψυχικής ανθεκτικότητας. Επίσης, το δείγμα σε αυτή την κατηγορία ήταν πολύ χαμηλότερα από τη μέση τιμή. Φαίνεται σαν μια προσωπική και, πιθανά,

αυθαίρετη κρίση πως ο Έλληνας ειδικός του τομέα της Ογκολογικής Ακτινοθεραπείας πολιτισμικά δεν μπορεί να απεμπλακεί και να σταθεί κυνικά απέναντι στον ασθενή όσο «φορτωμένος» και αν είναι. Έτσι γενικότερα, η υποκλίμακα Αποπροσωποποίηση στη στατιστική ανάλυση, φάνηκε σαν «ξένη» συναισθηματική αντίδραση στο ελληνικό συναισθηματικό ρεπερτόριο.

Αν και δεν αποτέλεσε πρωταρχικό στόχο της παρούσας μελέτης η μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή για τους επαγγελματίες υγείας, είναι χρήσιμο να αναφερθούν κάποια συμπεράσματα για μελλοντική μελέτη. Τόσο από τη συσχέτιση όσο και από την πολυπαραγοντική ανάλυση, καταδεικνύεται πως η αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή μέσω του ερωτηματολογίου, δείχνει πως όσο πιο ικανοποιημένος είναι κάποιος από τη ζωή του τόσο πιο υψηλά σκοράρει στα προσωπικά επιτεύγματα του MBI. Επίσης, μια ικανοποιητική αίσθηση ζωής λειτουργεί προστατευτικά στην επιβάρυνση από τη Συναισθηματική εξάντληση.

Σε έρευνες σχετικές έχει φανεί πως η ικανοποίηση από το επάγγελμα και από τη ζωή έχει θετικό αντίκτυπο στην επαγγελματική εμπλοκή και κατ' επέκταση, στην ψυχικη ανθεκτικότητα[275].

Η παρούσα έρευνα αποτελεί την πρώτη προσπάθεια στον ελληνικό χώρο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχικής ανθεκτικότητας και της μεταξύ τους σχέσης. Επίσης η επαγγελματική ομάδα που ερευνάται αποτελεί μια από τις λίγες προσπάθειες μελέτης που έχουν γίνει σε διεθνές επίπεδο. Υπάρχουν πρώτες ενδείξεις για την τάση που υπάρχει και είναι φανερό πως υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω μελέτη.

Στα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικής προσφοράς η αναζήτηση τελικών απαντήσεων πάντα οδηγεί σε νέα αναπάντητα ερωτήματα. Ό,τι μέχρι χθές μοιάζει ξεκάθαρο και σαφές, το αύριο το καθιστά αμφίβολο και υπό μελέτη.

Με αυτό το σκεπτικό η παρούσα έρευνα κινήθηκε προσπαθώντας να συνεισφέρει το μερίδιο που της αναλογεί στην μελέτη των ανθρώπων, των δυσκολιών και των αρετών τους.

Περιορισμοί

Ενώ τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά και άξια περαιτέρω διερεύνησης, υπάρχει μια σειρά από περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψιν για την ανάγνωση των αποτελεσμάτων. Αν και ο αριθμός του δείγματος και το ποσοστό απόκρισης θεωρούνται ικανοποιητικά, ένα μεγαλύτερο δείγμα πιθανά να παρουσίαζε μια πιο σαφή εικόνα της σχέσης ψυχικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης. Για παράδειγμα, η μη συμμετοχή εργαζομένων του Αγίου Σάββα -λόγω χρονικού περιορισμού-, ενός από τα μεγαλύτερα και πιο εξειδικευμένα ογκολογικά νοσοκομεία, αποτελεί σημαντικό παράγοντα μιας επιφυλακτικής ανάγνωσης των αποτελεσμάτων, χωρίς όμως να χάνουν τη δυναμική της νέας πληροφορίας που προσφέρουν. Επίσης, το δείγμα ήταν από την περιοχή της Αθήνας γεγονός που σίγουρα δεν αντιπροσωπεύει την υπόλοιπη Ελλάδα. Επιπρόσθετα, δεν αποκλείσαμε από τη μελέτη άτομα με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές, γεγονός που πιθανά να επηρεάζει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε τους περιορισμούς που απορρέουν από τη μέθοδο συλλογής δεδομένων. Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, αν και υπόκεινται σε επιφυλάξεις και αμφιβολίες, αποτελούν τον κυρίαρχο τρόπο μέτρησης τόσο της ψυχικής ανθεκτικότητας και, κατα πιο μεγάλο ακόμα ποσοστό, της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε ένα «ανοικτό», χωρίς περιορισμούς χρονικό διάστημα και όχι εκείνη τη στιγμή της χορήγησης, πιθανά να αποτελεί μεροληψία στο σκοράρισμα του ερωτηματολογίου. Αντίθετα, η μη επίβλεψη ίσως να μεγαλωνεί την πιθανότητα της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων βιαστικά και πρόχειρα.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τα διεθνή ευρήματα για τον διαμεσολαβητικό ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και ειδικότερα, στις υποκατηγορίες Συναισθηματική Εξάντληση και Προσωπική Επάρκεια του ερωτηματολογίου MBI.

Η υποκατηγορία Αποπροσωποίηση δεν έδειξε καμία στατιστικά σημαντική Συχέτιση.

Επιπρόσθετα, το προσωπικό που μελετήθηκε δεν παρουσίαζε μέσες τιμές που να δείχνουν επαγγελματική εξουθένωση, ενώ οι νοσηλευτές παρουσίασαν τις υψηλότερες τιμές.

Το εισόδημα συνδέθηκε αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση, όπως επίσης και η ικανοποίηση από τη ζωή, που μετρήθηκε από αντίστοιχο ερωτηματολόγιο και ήταν σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα για το σύνολο του δείγματος.

Μελλοντική έρευνα σε συγκεκριμένους παράγοντες που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα, με στόχο την εφαρμογή τους σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, θα συνεπικουρίσει στην εξασφάλιση ενός προσωπικού που καταφέρνει να προσαρμόζεται στις απαιτητικές συνθήκες της Ογκολογικής Ακτινοθεραπευτικής πρακτικής, αλλά και γενικότερα, της Ογκολογικής Φροντίδας και να προσφέρει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε ασθενείς που την έχουν ανάγκη.

Επίσης με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας που έρχονται σε αντίθεση με αυτό που πιθανά να περιμέναμε σε μια χώρα που βρίσκεται σε οικονομική κρίση, το προσωπικό να έιναι σχετικά ικανοποιημένο, ανθεκτικό και με ικανοποιητική άισθηση ποιότητας ζωής. Πιθανά στο μέλλον στόχος περαιτέρω μελέτης να αποτελέσει και η διερεύνηση των προστατευτικών μηχανισμών στον ελληνικό πληθυσμό ή αν αποτελεί ένα τυχαίο εύρημα που δεν επαναλαμβάνεται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Guveli, H., Anuk, D., Oflaz, S., Guveli, M. E., Yildirim, N. K., Ozkan, M., and Ozkan, S. (2015) Oncology staff: burnout, job satisfaction and coping with stress. Psycho-Oncology, 24: 926–931. doi: 10.1002/pon.3743.

2. Figley, C. R. (2002). Treating Compassion Fatigue. In the Psychosocial Stress Book Series. New York: Brunner-Rutledge.

3. Bride B. E., Radey M., Figley C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. Clinical Social Work Journal, 35, 155-163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7.

4. Pines, A. & Maslach, C. (1978). Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. Hospital & Community Psychiatry, 29, 233-237.

5. Sehlen S, Vordermark D, Schafer C, Herschbach P, Bayerl A, Pigorsch S, Geinitz H. Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses, and physicists working in radiotherapy: A multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. Radiation Oncology. 2009; 4:6. doi: 10.1186/1748-717X-4-6.

6. Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in ICU nurses: Results of a national survey. International Journal of Nursing Studies, 49(3), 292–299. http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015.

7. McGarry S., Girdler S., McDonald A., Valentine J., Lee S.-L., Blair E., et al. (2013). Paediatric health-care professionals: relationships between psychological distress, resilience and coping skills. J. Paediatr. Child Health 49, 725–732. 10.1111/jpc.12260.

8. Mak W. W. S., Ng I. S. W., Wong C. C. Y. (2011). Resilience: enhancing well-being through the positive cognitive triad. J. Couns. Psychol. 58, 610–617. 10.1037/a0025195

9. Lu W., Wang Z., Zhang Y. L. (2014). Resilience as a mediator between extraversion, neuroticism, and happiness, PA and NA. Pers. Individ. Dif. 63, 128–133 10.1016/j.paid.2014.01.015

10. Gillespie B. M. (2007). The Predictors of Resilience in Operating Room Nurses. (Ph.D.), Griffith, QLD: Gold Coast.

11. Mansfield, C., Beltman, S., Price, A., & McConney, A. (2012). Don't sweat the small stuff: Understanding teacher resilience at the chalkface. Teaching and Teacher Education, 28, 357–367.

12. Arrogante O. (2014). Mediator effect of resilience between burnout and health in nursing staff. Enfermeria Clinica. 2014 Sep-Oct;24(5):283-9.

13. Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. Psycho-Oncology, 16, 733-740.

14. Zander M., Hutton A. & King L. (2013) Exploring resilience in paediatric oncology nursing staff. Collegian, 20: 17-25.

15. Lee YY, Medford AR, Ha.lim AS. Burnout in physicians. J.R. Coll Physicians Edinb. 2015;45(2):104–107

16. Back, A., Steinhauser, K., Kamal, A. Building Resilience for Palliative Care Clinicians: An Approach to Burnout Prevention Based on Individual Skills and Workplace Factors. Journal of Pain and Symptom Management, Volume 52, Issue 2, August 2016, Pages 284–291.

17. Poulsen, M. G., Poulsen, A. A., Baumann, K. C., McQuitty, S., & Sharpley, C. F. (2014). A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: Resilience in Cancer Care Study. Journal of Medical Radiation Sciences, 61(4), 225–232. http://doi.org/10.1002/jmrs.87.

18. Poulsen MG, Poulsen AA, Khan A, Poulsen EE, Khan SR. Work engagement in cancer workers in Queensland- the flip side of burnout. J Med Imaging Radiat Oncol 2011; 55: 425-32.

19. Barnard, C.P. (1994). Resiliency: A shift in our perception? *American Journal of Family Therapy, 22,* 135-144.

20. Dugan, T. F., & Coles, R. (Eds.). (1989). *The child in our times: Studies in the developmentof resiliency.* New York: Brunner/Mazel.

21. Walsh, F. (1998) Strengthening family resilience. New York: Guilford Press.

22. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press.

23. Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

24. Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York, NY: The Guilford Press

25. Murphy, L. B., & Moriarty, A. (1976). *Vulnerability, coping, and growth: From infancy to adolescence.* New Haven, CT: Yale University Press.

26. Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention in psychopathology: Social competence in children* (vol. 8, pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.

27. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (Eds.). (2000). Positive psychology [Special issue] American Psychologist, 55(1)

28. Masten, A., & Braswell, L. (1991). Developmental psychopathology: An integrative

framework. In P.R. Martin (Ed.) *Handbook of behavior therapy and psychological science: An integrative approach* (pp. 35-56). New York: Pergamon

29. Masten, A.S. (1994). Resilience in individual development: Succesful adaptation despiterisk and adversity. In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects (pp.3-4)*. Lawrence Erlbaum Associates.

30. Campbell, J. (1970). The hero with a thousand faces. New York: World.

31. Masten, A.S., Burt, K.B., & Coatsworth, J.D. (2006). Competence and psychopathology in development. In D. Cicchetti & D. Cohen (eds.), *Developmental psychopathology, vol.3*, *Risk, disorder and psychopathology* (2nd ed., 696-738). New York: Wiley.

32. Mayr, E. (1982). The growth of biological thought: Diversity, evolution, and inheritance. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.

33. Darwin, CH. (1859). On the oridin of species. London: John Murray.

34. Eitinger, L. (1964). Concetration Camp Survivors in Norway and Israel. Oslo University Press

35. Frankl, V. Man's Search for Meaning. Beacon Press, 2006.

36. Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E.J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), The child in his family: Children at psychiatric risk: III. (pp. 547). New York: Wiley.

37. Garmezy N. Process and reactive schizophrenia: Some conceptions and issues. Schizophrenia Bulletin. 1970;2:30–74.

38. Zigler, E., & Glick, M. (1986). *A developmental approach to adult psychopathology*. New York:Wiley

39. Masten, A.S., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributionsfrom the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444.

40. Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. InE.J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (pp.3-10). New York: Wiley.

41. Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention in psychopathology: Social competence in children* (vol. 8, pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.

42. Rutter, M. (1980). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In Kent. M. & W and Rolf. J. E. (Eds.), *Primary Prevention of Psychopatology: III. Promoting social competence and coping in children,* Hannover: University Press of New England, pp. 49-74.

43. Werner, E. E. (1989). Children of the garden island. *Scientific American, April,* 106-111.

44. Werner, E.E. (1989). "High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study
from Birth To 32 Years". *American Journal of Orthopsychiatry*, 59: 72-81

45. Werner, E.E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology, 5*, 503-515.

46. Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001) *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery.* Ithaca, NY,: Cornell University Press

47. Buggie, S.E. (1995). Superkids of the ghetto. *Contemporary Psychology, 40*, 1164-1165.

48. Luthar, S.S, Cicchetti, D. & Becker, B. (2000a). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562.

49. Luthar, S.S. Cicchetti, D. & Becker, B. (2000b). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development, 71*, 573-575.

50. Masten, A.S., Burt, K.B., Roisman, G.I., Obradovic, J., Long, J.D, Tellegen, A. (2004).Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology 16,* 1071–1094.

51. Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development, 55,* 97-111.

52. Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: Inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology, 37,* 1, 1-11.

53. Maddi, S. R. (2005). On hardiness and other pathways to resilience*. American Psychologist, 60*(3), 261-262.

54. Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York city in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science, 17*(3), 181-186.

55. Galatzer-Levy, I. R., Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2010). From marianthal to latent growth mixture modeling: A return to the exploration of individual differences

in response to unemployment. *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics, 3*(2), 116-125.

56. Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213-237). New York, NY: The Guilford Press

57. Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307-321.

58. Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology, 15*(3), 773–810.

59. Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum, 42*(2), 73-82.

60. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.

61. Masten A. S., & Gewirtz A. H. (2006). Resilience in development: The importance of early childhood. In R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. DeV. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 1-6. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf. Accessed 31/1/2014.

62. Μπαμπινιώτης, Γ., (2012). Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας. Κέντρο Λεξικολογίας.

63. Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205-220.

64. Masten, A. S., & Obradovic, J. (2008). Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society, 13*(1), 9 [online] URL: http://www.ecologyandsociety.org/vol13/iss1/art9/. Accessed 15/4/2014

65. Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119–60.

66. Σταλίκας, Α., Κουδιγκέλη, Φ & Δημητριάδου, Ε. (2008). Θετικά Συναισθήματα, Ψυχολογική Ανθεκτικότητα και Μαθηση. Στο Ανάπτυξη της Συναισθηματικής Νοημοσύνης μέσα από την Συνεργατική Μάθηση, Κυπριακός Σύνδεσμος Συνεργατικής Μάθησης.

67. Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). Preface. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology: Theory and method (Vol. 1, pp. xiii-xv). New York: Wiley.

68. Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology: Theory method (Vol. 1, pp. 3-20). New York: Wiley

69. Florian, V., Mikulincer, M., & Taubman, O. (1995). Do hardiness contribute to mental health duringa stressful real-life situation: The roles of appraisal and coping. Journal of Personality and Social Psychology, 68

70. Lloyd, J. (1995). *Career Must be Resilient Enough to Withstand a few Hard Knocks*. Retrieved April 12, 2007, from http://www.findarticles.com/p/articles.

71. Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology, 23*, 141–154.

72. Cleary, S., & Malleret, T. (2006). *Resilience to Risk; Business Success in Turbulent Times*. Cape Town: Human & Rousseau.

73. Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14 (8),* 626-631.

74. Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21*(2), 152-169.

75 Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*(1), 6-22.

76. Barnard, C.P. (1994). Resiliency: A shift in our perception? *American Journal of Family Therapy, 22,* 135-144.

77. Bleuler, M. ***(1978)*** *The Schizophrenic Disorders: Longterm Patient and Family Studies* (trans. S. M Clemens). New Haven, CT:Yale University Press.

78. Seifer, R. (2003). Young children with mentally ill parents: Resilient developmental systems. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 29-49). New York, NY: Cambridge University Press

79. Luthar, S. S., & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 129-160). New York, NY: Plenum.

80. Masten, A. S., & Reed, M. J. (2002). Resilience in Development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.74-88). New York: Oxford University Press.

81. Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 15–36). Washington, DC: American Psychological Association.

82. Durlak, J. A. (1995). *School-based prevention programs for children and adolescents.* Thousands Oaks, CA: Sage Durlak, J. A. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry, 68* (4), 512-520.

83. Masten, A. S., & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.

84. Masten, A.S., & Garmezy. N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 8, pp.1-52). New York: Plenum Press.

85. Luthar, S.S., Burack, J.A., Cicchetti, D., & Weisz, J.R. (Eds.). (1997). *Developmental psychopathology: perspectives on adjustment, risk and disorder*. New York: Cambridge University Press.

86. Hill, M., Stafford, A., Seaman, P., Ross, N. & Daniel, B. (Eds.), (2007). *Parenting and resilience.* Joseph Rowntree Foundation, University of Glasgow.
Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., …van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390–398.

87. Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J. W. Reich, A.Zautra, & J. S. Hall (Eds.), Handbook of adult resilience (pp. 213–237). New York, NY: Guilford.

88. Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., …van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. Psychiatric Annals, 35(5), 390–398.

89. Friedman, R.J. and Chase-Lansdale, P.L. (2002). Chronic Adversities. In M. Rutter and E.Taylor (Eds.) (4th ed.). *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches.*

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

91. Diehl, M., & Hay, E.L. (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: The role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental Psychology, 46*(5), 1132-1146.

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

93. Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawyer SM, (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. Journal of adolescence, . 2003 Feb;26(1):1-11. Review.

94. Luthar, S.S. (1999). *Poverty and children's adjustment*. Newbury Park, CA: Sage.

95. Luthar, S. S., & Brown, P. J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and Psychopathology, 19*(3), 931-955.

96. Masten, A.S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In M.D. Glantz & J. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 281-296). New York: Plenum.

97. Masten, A. S., Burt, K. B., Roisman, G. I., Obradovic, J., Long, J. D., & Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology, 16*(4), 1071-1094.

98. Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity–trajectories of minimal–impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(4), 378-401.

99. Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 11*(1-2), 30-58.

100. Luthar, S. S., & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 129-160). New York, NY: Plenum.

101. Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2010). Resilience to potential trauma: Toward a lifespan approach. In J.W. Reich, A.J. Zautra, & J.S. Hall (Eds.), Handbook of adult resilience (pp. 258-280). New York, NY: The Guilford Press

102. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

103. Werner, E.E., & Smith, R.S. (Eds.). (1992) Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press.

104. Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.181–214). New York: Cambridge University Press.

105. Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd Ed., Vol. 3, pp. 739-795). Hoboken, NJ: Wiley.

106. Wright, M. O., Masten, A.S., & Narayan, A.J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd ed., pp. 15-37). New York, NY: Springer.

107. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20–28.

108. Lepore, S., & Revenson , T. (2006). Resilience an d p osttrau m atic grow th : Recovery, resistance, & reconfigu ration . In L. Calhoun & R. Tedesch i (Ed s.), The handbook of posttraumatic growth: Research and practice (p p . 24-46). Mahwah, N J: Erlbaum

109. Beckett C, Maughan B, Rutter M, Castle J, Colvert E, Groothues C, Kreppner J, Stevens S, O'connor TG, Sonuga-Barke EJ (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. Child Development. ;77(3):696–711

110. Beckett C, Bredenkamp D, Castle J, Groothues C, O'Connor TG, Rutter M; English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team, (2002). Behavior patterns associated with institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. Journal of developmental and behavioral pediatrics. Oct;23(5):297-303

111. Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*(2), 73-83.

112. Linley, A. P., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21.

113. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455−471.

114. Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. Journal of Personality, 64(1), 71−105.

115. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.

116. Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. Archives of Psychiatric Nursing, 10, 276 – 282.

117. Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. Journal of Clinical Psychology, 58, 307–321.

118. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316-331.

119. Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Cornell University Press.

120. Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. Pediatrics, 20, 459-466.

121. Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2(4), 425-444.

122. Sameroff, A., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social environmental risk factors. Pediatrics, 79, 343-350.

123. Sameroff, A., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. Child Development, 64, 80-97.

124. Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. American Journal of Psychiatry, 161(2), 195-216.

125. Kumpfer, K.L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: the resilience framework. In M.D. Glantz, and J.L. Johnson (Eds), Resilience and Development: Positive Life Adaptations. NY: Plenum Publishers.

126. Werner, E. E. (1995). Resilience in development. Current Directions in Psychological Science, 4(3), 81-85.

127. Seidman, E., & Pedersen, S. (2003) Holistic, contextual perspectives on risk, protection, and competence among low-income urban adolescents. In S. S. Luthar (Ed.), Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities (pp. 318-342). New York: Cambridge.

128. Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. Motivation and Emotion, 24(4), 237-258

129. Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotions. American Psychologist, 56 (3), 218-226.

130. Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. Psychological Science, 13(2), 172-175.

131. Feder, A., Nestler, E.J., & Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. Neuroscience, 10, 446-457.

132. Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 255-291

133. Kumpfer, K.L. (2002). Factors and Processes Contributing to Resilience: The Resilience Framework. In M. D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), Resilience and Development: Positive Life Adaptations. Kluwer Academic Publishers.

134. Shapiro, D.L. and Levendosky, A.A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. Child Abuse & Neglect, 23, 1175–91.

135. Benard, B. (2004). Resiliency: What We Have Learned. San Francisco, CA: WestEd.

137. Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. Journal of Abnormal Psychology, 103 (1), 52-54.

138. Vaillant, G. E. (2000) Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. American Psychologist, 55, 89-98.

139. Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry, 56, 127-136.

140. Howard, S. and Johnson, B. (2000). What makes the difference? Children and teachers talk about resilient outcomes for children “at risk”. Educational Studies, 26, 321–37.

141. Rosenthal, S., Feiring, C. and Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year’s time following sexual abuse discovery. Child Abuse & Neglect, 27, 641–61.

142. Elder, G. H., & Conger, R. D. (2000). Children of the land: Adversity and success in rural America. Chicago: University of Chicago Press.

143. Jackson, Y., & Warren, J. (2000). Appraisal, social support and life events: Predicting outcome behavior in school-age children. Child Development, 71, 1441-1453.

144. Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. Child Development, 73, 1220-1237.

145. Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Criss, M. M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. Child Development, 72, 583–598.

146. Blum, R.W., McNeely, C., & Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability, Risk, and Protection. Journal of Adolescent Health, 31(S), 28–39.

147. Gilligan, R. (2001) Promoting Resilience: A Resource Guide on Working with Children in the Care System. London: BAAF.

148. Waterston, T., Alperstein, G. and Brown, S.S. (2004). Social capital: a key factor in child health inequalities. Archives of Disease in Childhood, 89, 456–9.

149. Werner, E. E. (1989). Children of the garden island. Scientific American, April, 106-111.

150. Werner, E.E. (1989). “High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth To 32 Years”. American Journal of Orthopsychiatry, 59: 72-81.

151. Masten, A.S., Burt, K.B., & Coatsworth, J.D. (2006). Competence and psychopathology in development. In D. Cicchetti & D. Cohen (eds.), Developmental psychopathology, vol.3, Risk, disorder and psychopathology (2nd ed., 696-738). New York: Wiley.

152. Block, J.H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W.A. Collins (ed.), Development of cognition, affect and social relations. (pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

153. Huey, S.J., Jr, & Weisz, J.R. (1997). Ego control, ego resiliency, and the five factor model as predictors of behavioral and emotional problems in clinic referred children and adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 106, 404– 415.

154. Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. Review of General Psychology, 9(3), 262−280.

155. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress, 9(3), 455−471.

156. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry, 15(1), 1-18.

157. Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. Development & Psychopathology, 15, 773-810.

158. Plomin, R, DeFries, JC & Loehlin, JC 1977, Genotype-environment interaction and correlation in the analysis of human behavior' Psychological Bulletin, vol 84, no. 2, pp. 309-22.

159. Caspi, A. et al 2002 Science No 297 ps 851-854.

160. Moceri, Kukull, Emanuel, van Belle, & Larson, (2000). Early-life risk factors and the development of Alzheimer's disease. Neurology. 2000 Jan 25;54(2):415-20.

161. Mayeux L, Bellmore AD, Cillessen AH. Predicting changes in adjustment using repeated measures of sociometric status. Journal of Genetic Psychology. 2007;168:401–424.

162. Crowe, R.R. (1974). An adoption study of antisocial personality. Archives of General Psychiatry, 31, 785-791.

163. Cadoret, R.J., Yates, W.R., Thoughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M.A.S. (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. Archives of General Psychiatry, 52, 916-924.

164. Cadoret, R.J., Yates, W.R., Thoughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M.A.S. (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry, 52*, 916-924.

165. Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ. Epigenetic programming by maternal behavior. Nature Neuroscience. 2004 Aug;7(8):847-54.

166. Masten, A. and Reed, M. (2002). Resilience in development. In C.R. Synder and S.J. Lopez (Eds.), Handbook of Positive Psychology. NY: Oxford University Press.

167. Masten, A.S., & Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy and practice. In S.S. Luthar (ed) Resilience and Vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities (pp 364-391). Cambridge, University Press.

168. Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. Development and Psychopathology, 12, 857-885.

169. Millear, P., Liossis, P., Shochet, I. M., Biggs, H., & Donald, M. (2008). Being on PAR: Outcomes of a pilot trial to improve mental health and wellbeing in the workplace with the Promoting Adult Resilience (PAR) Program. Behaviour Change, 25(04), 215-228.

170. Cornum, R., Matthews, M. D., & Seligman, M. E. (2011). Comprehensive Soldier Fitness. Building resilience in a challenging institutional context. American Psychologist, 66(1), 4-9.

171. Kaminsky, M., McCabe, O. L., Langlieb, A. M., Everly, G. S. (2007). An evidence-informed model of human resistance, resilience, and recovery: The Johns Hopkins‟ outcome-driven paradigm for disaster mental health services. Brief Treatment and Crisis Intervention, 7(1), 1-11.

172. Newman, B. M., & Newman, P. R. (2008). *Development through life: A psychological approach* (9th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage.

173. Newman, T. (2004). *What works in building resilience*. Barkingside: Barnardo's

174. Burke, R. J., Greenglass, E. R., & Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: Effects of work stress, social support, and self-doubts on burnout and its consequences. Anxiety, Stress, and Coping, 9, 261-275.

175. Guglielmi, S.R., & Tatrow, K. (1998). Occupational stress, burnout, and health in teachers: A methodological and theoretical analysis Review of educational research. 68, (1), 61-91.

176. Kulkarni G.K., (2006). Burnout, Indian Journal of Occupational & Enviromental Medicine, 10, pp.3-4.

177. Jimmieson, N. L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self- efficacy. Work 8s Stress, 14 (3), 262-280

178. Demir, A., Ulosoy, M., 8s Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses.International Journal of Nursing Studies, 40,807- 827.

179. Pedersen, S., (1998). Teacher Burnout in America: A Study of One Public and Two Private Schools in Iowa by. A Thesis Presented to the Department of English. The Norwegian University of Science and Technology. Date Views 05.06.2014 oveerik.net/003_Livsstil/001_teacher_burnout_in

180. Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165.

181. Freudenberger, H. J. (1975). The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions.Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 12, 73-82.

182. Maslach, C. (1982). Burnout: the cost of caring. Prentice Hall Inc., New Jersey.

183. Maslach, C. & Jackson S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.

184. Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The Maslach burnout inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

185. Schaufeli, W.B. and Enzmann, D. (1998).The Burnout Companion to Study and Research: A Critical Analysis, Taylor & Francis, London.

186. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. Applied Social Psychology Annual, 5, 133-153.

187. Maslach C. Understanding bumout (1982) : Definitional issues in analyzing a complex phenomenon .In: Paine WS, editor. Job stress and burnout. Beverly Hills,CA:Sage, pp 29-40.

188. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397-/422.

189. Soderfeldt M, Soderfeldt B, Warg L. Burnout in social work. Social Work 1995, 40:638-646.

190. Sturgess, J. & Poulsen, A. (1983). The prevalence of burnout in occupational therapists. Occupational Therapy in Mental Health, 3(4), 47- 60.

191. Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (1996). Stress, burnout and health. In C. L. Cooper (Ed.), Handbook of Stress, Medicine and Health (pp. 101-117). Bocaraton FL: CRC Press.

192. Hughes, R. E. (2001). Deciding to leave but staying: teacher burnout, precursors and turnover. Journal of Human Resource Management,
12 (2), 288-298.

193. Vachon, M. L. S. (1987). Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved. New York: Hemisphere Publ. Co.

194. Pines, A. M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D.Scott & J. Hawk (Eds), Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals. NewYork: Bruner/Mazel Publications

195. Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behaviour, 9, 297-308.

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

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

198. Firth-Cozens, J., & Payne, R. (1999). Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions. U.K.: John Wiley δε Sons Ltd.

199. Leiter, M., & Maslach, C. (2005). Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work. San Fransisco: Jossey-Bass.

200. Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Services Press.

201. Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human organization. New York: Preager Publisher.

202. Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: an exploratory study. Journal o f Organizational Behavior, 13, 1-11.

203. Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). Career Burnout: Causes and cures. New York: The Free Press.

204. Pines, A. M. (1996). Couple burnout. New York: Routledge

205. Pines, A. M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress (2Nd ed.), pp. 386-403. New York: Free Press

206. Maslach, C. (1978, Spring). Job burn-out: How people cope. Public Welfare, 36, 56-58.

207.Cox, T., (1978). Stress. London: MacMillan Press.

208. Duxbury, L., Higgins, C., & Lee, C. (1994). Work-family conflict: A comparison by gender, family type, and perceived control. Journal ofFamily Issues, 15, 449–466.

209. Pines, A. M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D. Scott & J. Hawk (Eds), Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals. New York: Bruner/Mazel Publications.

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

211. Chang EM, Daly J, Hancock KM, et al. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. J Prof Nurs 2006, 22:30-8.

212. Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. Academy of Management Review,18 (4), 621–656.

213. Greenglass ER, Fiksenbaum L, Burke RJ. Components of social support, buffering effects and burnout: Implications for psychological functioning. Anxiety, Stress, and Coping 1996, 9:185-197.

214. Lee, R.T. & Ashforth, B.Δ. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. Journal of Applied Psychology, 75, 743-747.

215. Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 168-177.

216. Blumenthal S, Lavender T, Hewson S. Role clarity, perception pf the organization and burnout amongst support workers in residential homes for people with intellectual disability: a comparison between a National Health Service trust and a

charitable company. Journal of Intellectual Disability Research October, 42 part 5, 1998:409-417.

217. Leiter, M.& Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behavior, 9, 297-308.

218. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), Research in Occupational Stress and Well-Being (Vol. 3, 91-134). Oxford: Elsevier

219. Hellesoy, O., Gronhaug, K., & Kvitastein, O. (2000). Burnout: conceptual issues and empirical findings from a new research setting. Scandinavian journal of management, 16, 233-247

220. Jackson, S. E., Schwab, R. L. & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. Journal of Applied Psychology, 71, 630-640.

221. Parker & Kulik 1995, "Burnout,self and supervisor-related job performance, and absenteeism among nurses", Journal of Behavioral Medicine 18,581-99.

222. Maslach. C. & Leiter, M. P. (1997c). The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco : Jossey-Bass.

223. Don E. Unger, (1980). Superintendent Burnout: Myth or Reality. Ph.D dissertation, The Ohio State University, Columbus.

224. Tyler, P., & Cushway, D. (1998). Stress & well-being in health-care staff: The role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. Stress Medicine,14, 99–107.

225. Burke, R. J., Greenglass, E. R., & Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: Effects of work stress, social support, and self-doubts on burnout and its consequences. Anxiety, Stress, and Coping, 9, 261-275.

226. Griffith, J., Steptoe, A., & Cropley, M. (1999). Una investigacion sobre estrategias de afrontamiento asociadas con elestres laboral en maestros.British Journal EducationPsychology, 69, 517–531.

227. Bakker AB, Shaufeli WB, Sixma HJ, et al. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. Journal of Organizational Behavior 2000, 21:425-441.

228. Capel, S. A. (1991). A longitudinal study of burnout in teachers. British Journal of Educational Psychology, 61, 36–45.

229. Burisch, M. (2002). A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences. Work and Stress, 16, 1–17.

230. Taris, T.W., Schaufeli, W.B., & Verhoeven, L.C. (2005). Internal and external validation of the Dutch Work Addiction Risk Test: Implications for jobs and non-work conflict. Journal of Applied Psychology: An International Review, 54, 37– 60.

231. Schaufeli, W., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.)Handbook ofwork and health psychology (pp. 383–425). Chichester 7 Wiley.

232. Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice:A critical analysis. London: Taylor & Francis

233. Nadaoka, T., Kashiwakura, M., Oiji, A., Morioka, Y., Totsuka, S.,
1997. Stress and psychiatric disorders in local government officials in Japan, in relation to their employment level. Acta Psychiatr. Scand. 96 (3), 176–183.

234. McCrae & John, 1992 “An introduction to the Five Factor model and its applications”, Journal of Personality,60,175-215

235. Zellars et al., (2000). Burnout in health care: the role of the five factors of personality. Journal of Applied Social Psychology,30, 1570-98.

236. Leiter και Dump (1994), “the discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study”,Anxiety,Stress, and Coping, 7,357-73.

237. Plana AB, Fabregat AA, Cassio JB. Burnout Syndrome and Coping Strategies: A Structural Relations Model. Psychology in Spain 2003, 7(1):46-55.

238. Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). Career Burnout: Causes and cures. New York: The Free Press.

239. Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D. 1994. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. Br. J. Med. Psychol. 67, 187-199

240. Παπαδάτου, Δ., Αναγγνωστόπουλος, Φ. (1999). Η ψυχολογία στον χ΄ψρο της Υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

241. Murphy, L, R. (2003). Stress Management at Work: Secondary Prevention of Stress, in: Handbook of Work and Health Psychology (2nd ed.), . M. J., Schabracq, J. A. M Winnubst, C. L. Cooper (ps.), West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, p.p 533-548.

242. Elkin, A. J. & Rosch,P.J. (1990). Promoting mental health at the workplace. Occupational Medicine: State of the Art Reviews, 5 (4), 739-754.

243. Cooper, C. L., Dewe, P., & O‟Driscoll, M. (2001). Organisational Stress: A review and critique of theory, research and application. London: Sage.

244. Hepburn, G., Loughlin, C., Barling, J. (1997). Coping with chronic work stress. In: Coping with chronic stress. Gottlieb, B. (pb). New York: Plenum Press, p.p 343-366.

245. Kakiashvili T., Leszek J., Rutkowski K. (2013). The medical perspective on burnout. Int. J. Occup. Med. Environ. Health 26, 401–412. 10.2478/s13382-013-0093-3

246. Bridger R. S., Day A. J., Morton K. (2013). Occupational stress and employee turnover. Ergonomics 56, 1629–1639. 10.1080/00140139.2013.836251

247. Kantas, A., & Vassilaki, E. (1997). Burnout in Greek teachers: Main findings and validity of the Maslach Burnout Inventory. Work and Stress, 11, 94-100.

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

249. Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A Study of the Relationship Between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 4(2), pp. 101-119.

250. Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2012). The Traumatology of Life. The Journal of Nervous and Mental Disease, 200(12), pp. 1113-1120.

251. Figley, C. R. (1978). Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research, and treatment. New York: Brunner/Mazel.

252. Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. Journal of Nursing Scholarship, 47(2), pp. 186-194.

253. Sherman, A. E., Edwards, D., Simonton, S., & Mehta, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit. Palliative and Supportive Care, 4, pp. 66-81.

254. Owen, R. P. (2014). Compassion Fatigue in Military Healthcare Teams. Archives of Psychiatric Nursing, 28, pp. 2-9.

255. Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. Journal of Advanced Nursing, 33(3), pp. 396-405.

256. Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello: ProQOL.org.

257. Jacobson, J. M. (2012). Risk of Compassion Fatigue and Burnout and Potential for Compassion Satisfaction Among Employee Assistance Professionals: Protecting the Workforce. Traumatology, 18(3), pp. 64-72.

258. Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. Children and Youth Services Review, 49, pp. 54-61.

259. Leon, A. M., Altholz, J. A., & Dziegielewski, S. F. (1999). Compassion Fatigue: Considerations for Working with the Elderly. Journal of Gerontological Social Work, 32(1), pp. 43-62.

260. Hutton, D., Beardmore, C., Patel, I., Massey, J., Wong, H., & Probst, H. (2014). Audit of the job satisfaction levels of the UK radiography and physics workforce in UK radiotherapy centres 2012. The British Journal of Radiology, 87(1039), 20130742. http://doi.org/10.1259/bjr.20130742

261. Probst H, Griffiths S, Adams R, Hill C. Burnout in therapy radiographers in the UK. Br. J Radiol. 2012;85(1017):e760-5.

262. Smoke M, Sale JEM. Is there a relationship between quality of work-life and personality type among radiation therapists? The Canadian journal of medical radiation technology / CAMRT. 2006;37(3):12-7.

263. Akroyd D., Caison A. & Adams R.D. (2002). Burnout in radiation therapists: the predictive value of selected stressors. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 52, 816–82.

264. Sale J.E.M. & Smoke M. (2007) Measuring quality of work-life: a participatory approach in a Canadian cancer center. Journal of Cancer Education?: The Official Journal of the American Association for Cancer Education 22, 62–66.

265. Sehlen S, Hollenhorst H, Schymura B, Herschbach P, Aydemir U,Firsching M and Dühmke E: Psychosocial stress in cancer patients during and after radiotherapy. Strahlenther Onkol 2003, 179(3):175–80.

266. Maslach. C. & Leiter, M. P. (1997c). The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco : Jossey-Bass

267. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd edn. Mountain View, CA: CPP; 2000.

268. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. J Clin Oncol. 2014;32:678-686.

269. Shanafelt T, Novotny P, Johnson ME, et al. The well-being and personal wellness promotion practices of medical oncologists in the north central cancer treatment group. Oncology (Karger) 2005;68:23–32.

270. Bellini, L. M., Baime, M., & Shea, J. A. (2002). Variation of Mood and Empathy during Internship. Journal of the American Medical Association, 287, 3143-3146.

271. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S andRogers WH: Physicians' characteristicsinfluence patients' adherence to medicalstreatment: Results from the Medical Outcomes Study. Health Psychol 1993, 12:93–102.

272. Sehlen, S., Fahmüller, H., Herschbach, P. et al. Strahlenther Onkol (2003) 179: 261. doi:10.1007/s00066-003-1057-5.

273. Arnetz BB: Psychosocial challenges facing physicians of today. Soc Sci Med 2001, 52(2):203–13.

274. Hutton D, Beardmore C, Patel I, Massey J, Wong H, Probst H. Audit of the job satisfaction levels of the UK radiography and physics workforce in UK radiotherapy centres 2012. The British Journal of Radiology. 2014;87(1039):20130742. doi:10.1259/bjr.20130742.

275. Hegney, D. G., Rees, C. S., Eley, R., Osseiran-Moisson, R., & Francis, K. (2015). The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. Frontiers in Psychology, 6, 1613. http://doi.org/10.3389/fpsyg. 2015.01613.

276. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. J Affect Disord. 2013;145(3):308-314.

277. Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καυκάς, Α. Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγείας στην Ελλάδα. Ψυχιατρική. 2011;22(2):109-119.

278. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. Health Policy. 2014;115(2-3):111-119.

279. Allegra CJ, Hall R, Yothers G. Prevalence of burnout in the U.S. oncology community: results of a 2003 survey. J Oncol Pract. 2005;1:140-147.

280. Blanchard, P. et al. 2010. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. European Journal of Cancer. 2010, vol. 46, no. 15, p. 2708–2715. ISSN 1359-6349.

281. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer Care (Engl). 2008; 17:524-531.

282. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. American Journal of critical Care, Sep;24(5):412-20. doi: 10.4037/ajcc2015291.

283. Kutluturkan, S., Sozeri, E., Uysal, N., & Bay, F. (2016). Resilience and burnout status among nurses working in oncology. Annals of General Psychiatry, 15, 33. http://doi.org/10.1186/s12991-016-0121-3.

284. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. Journal of Applied Psychology 1996, 81(2):123-133.

285. Rees CS, Breen LJ, Cusack L, Hegney D. Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. Frontiers in Psychology. 2015;6:73. doi:10.3389/fpsyg.2015.00073.

286. Isikhan V, Comez T, Danis MZ. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. Eur J Oncol Nurs. 2004;8:234–44.

287. Lim J, Hepworth J, Bogossian F. A qualitative analysis of stress, uplifts and coping in the personal and professional lives of Singaporean nurses. J Adv Nurs. 2011;67:1022–33.(1)Canada. Job satisfaction, stress and burnout among Canadian gynecologic oncologists. Gynecol Oncol. 2004;94:134–9.

288. Elit L, Trim K, Mand-Bains IH, Sussman J, Grunfeld E, Society of Gynecologic Oncology Canada. Job satisfaction, stress and burnout among Canadian gynecologic oncologists. Gynecol Oncol. 2004;94:134–9.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αγαπητέ συμμετέχοντα, / Αγαπητή συμμετέχουσα,

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: « Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας χρονίων πασχόντων », της Ιατρικής Σχολής, του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η έρευνα εστιάζεται στη διερεύνηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας σε Ακτινοθεραπευτική Ογκολογική Μονάδα.

Όσον αφορά στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, **παρακαλείστε να απαντήσετε ακολουθώντας τις οδηγίες, που δίνονται στην αρχή κάθε ερωτηματολογίου, με ειλικρίνεια, αυθόρμητα και χωρίς πολλή σκέψη,** καθώς **δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις**. Θα ήθελα, όμως, να σας επισημάνω ότι **είναι ιδιαίτερα σημαντικό να συμπληρωθεί σωστά ο κωδικός, που υπάρχει στην αρχή της επόμενης σελίδας**.

Η συμμετοχή στην έρευνα, μέσω της συμπλήρωσης των παρακάτω ερωτηματολογίων, **είναι εθελοντική** και μπορεί να διακοπεί οποιαδήποτε στιγμή ή και να μην πραγματοποιηθεί καθόλου. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι **ανώνυμη** και **ιδιαίτερα σύντομη** ως προς τη χρονική διάρκεια, ενώ οι απαντήσεις όλων των συμμετεχόντων θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά και μόνο** στην παρούσα έρευνα **για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας**. **Παρακαλώ, υπογράψτε παρακάτω, δίνοντας τη συγκατάθεσή σας στην παρούσα μελέτη.**

Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία ή διευκρίνιση, αναφορικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ή τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα, είμαι στη διάθεσή σας.

(Τηλ. Επικοινωνίας: **6937137213**)

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ **Βλοντάκης Γιάννης**.

Ψυχολόγος

Συγκατατίθεμαι για την ανώνυμη χρησιμοποίηση των στοιχείων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κωδικός* ☐☐☐

*<u>*Ο κωδικός συμπληρώνεται ως εξής:*</u>
1. Αρχικό γράμμα της ειδικότητάς σας.
*π.χ. **Ι**ατρός, **Ν**οσηλευτής, **Φ**υσικός, **Α**κτινοθεραπευτής.*
2. Τα δύο πρώτα αρχικά γράμματα του νοσοκομείου που εργάζεστε.
*π.χ. **ΑΤ**τικό, **ΙΑ**τρικό Αθηνών, **ΜΕ**tropolitan, **ΥΓ**είa, **ΜΕ**ταξά.*
(π.χ. ΙΑΤ – Ιατρός Αττικό)

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντησή σας στο αντίστοιχο τετράγωνο.

Φύλο: ☐Άνδρας ☐Γυναίκα

Ηλικία: ☐

Επίπεδο Εκπαίδευσης : ☐ Ανώτερη ☐ Ανώτατη

Οικογενειακή κατάσταση: ☐Άγαμος-η ☐Έγγαμος-η
☐Σε διάσταση ☐Διαζευγμένος-η
☐Χήρος-α

Έχετε παιδιά; ☐Ναι ☐Όχι

Αν ναι, πόσα; ☐

Πόσα χρόνια εργάζεστε στη συγκεκριμένη κλινική; ☐

Ποιο είναι το ετήσιο εισόδημά σας;*

☐Χαμηλό (0-12,000) ☐Μεσαίο (12,000-30,000) ☐Υψηλό (>30,000)

*(*Τα ανωτέρω ποσά υπολογίζονται με βάση τις φορολογικές δηλώσεις που υπεβλήθησαν για το οικονομικό έτος 2014 και δημοσιεύθηκαν από το Υπουργείο Οικονομικών.)*

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο εξάμηνο;

☐Ναι ☐Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε. (*Μπορείτε να σημειώσετε περισσότερα από ένα*)

☐Καρδιοαναπνευστικό πρόβλημα

☐Εκφυλιστική ή αυτοάνοση νόσο

☐Καρκίνος

☐Μεταβολικό νόσημα

☐Χρόνια ψυχικά προβλήματα

☐Τραυματισμός

☐Άλλο (*Παρακαλούμε όπως περιγράψετε παρακάτω*)

.....

Έχετε εμπειρία περιστατικού κακοήθειας στον στενό οικογενειακό ή φιλικό σας κύκλο;

☐Ναι ☐Όχι

Αν ναι, οδήγησε σε απώλεια του ατόμου που νόσησε;

☐Ναι ☐Όχι

Το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI) - Maslach & Jackson, 1986.

(Μετάφραση και Προσαρμογή στα Ελληνικά)

Οι παρακάτω ερωτήσεις διερευνούν τα συναισθήματα και τις στάσεις σας ως προς την εργασία σας. Κυκλώστε στο τέλος της κάθε πρότασης, με βάση την παρακάτω κλίμακα, πόσο συχνά νιώθετε αυτό που εκφράζει η κάθε πρόταση.

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Ποτέ	Μερικές φορές τον χρόνο	Μια φορά τον μήνα	Μερικές φορές τον μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

1.	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	1	2	3	4	5	6	7
2.	Νιώθω εξαντλημένος/η, όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα δουλειάς	1	2	3	4	5	6	7
3.	Είναι πολύ κουραστικό για μένα να δουλεύω με ανθρώπους όλη την ημέρα	1	2	3	4	5	6	7
4.	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	1	2	3	4	5	6	7
5.	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	1	2	3	4	5	6	7
6.	Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στο νοσοκομείο	1	2	3	4	5	6	7
7.	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση/στρες το να εργάζομαι στενά με ασθενείς	1	2	3	4	5	6	7
8.	Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου	1	2	3	4	5	6	7
9.	Νιώθω «άδειος/α» στο τέλος μιας μέρας στο νοσοκομείο	1	2	3	4	5	6	7
10.	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς αισθάνονται οι ασθενείς	1	2	3	4	5	6	7
11.	Αντιμετωπίζω τα προβλήματα των ασθενών πολύ αποτελεσματικά	1	2	3	4	5	6	7
12.	Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τις ζωές των άλλων	1	2	3	4	5	6	7
13.	Νιώθω γεμάτος/η ενεργητικότητα	1	2	3	4	5	6	7
14.	Μπορώ να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς	1	2	3	4	5	6	7
15.	Έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	1	2	3	4	5	6	7
16.	Αντιμετωπίζω ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	1	2	3	4	5	6	7
17.	Νιώθω αναζωογονημένος/η, όταν δουλεύω με τους ασθενείς	1	2	3	4	5	6	7
18.	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι σε μερικούς ασθενείς απρόσωπα, σαν να είναι αντικείμενα	1	2	3	4	5	6	7
19.	Έχω γίνει περισσότερο σκληρός με τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	1	2	3	4	5	6	7
20.	Ανησυχώ, μήπως αυτή η δουλειά με κάνει περισσότερο σκληρό/η	1	2	3	4	5	6	7
21.	Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς κατηγορούν εμένα για μερικά από τα προβλήματά τους	1	2	3	4	5	6	7
22.	Στην πραγματικότητα, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς	1	2	3	4	5	6	7

Κλίμακα Ικανοποίησης από τη ζωή

Life Satisfaction Scale

Παρακάτω υπάρχουν πέντε προτάσεις με τις οποίες μπορεί να συμφωνείτε ή να διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα από το 1 ως το 7, σημειώστε πόσο συμφωνείτε με κάθε πρόταση. Για το σκοπό αυτό, γράψτε τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά από κάθε πρόταση. Παρακαλώ να είστε ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1	2	3	4	5	6	7
Διαφωνώ Έντονα	Διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ

1. _____ Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική.
2. _____ Οι συνθήκες ζωής μου είναι άριστες.
3. _____ Είμαι ευχαριστημένος/η με τη ζωή μου.
4. _____ Μέχρι στιγμής, έχω πετύχει όσα σημαντικά πράγματα θέλω στη ζωή μου.
5. _____ Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα.

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson

(CD-RISC)

Παρακαλούμε διαβάστε την κάθε πρόταση και επιλέξτε την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα το πώς αισθάνεστε ή ενεργείτε συνήθως.

α/α		Καθόλου αληθές	Σπάνια αληθές	Κάποιες φορές αληθές	Συχνά αληθές	Σχεδόν πάντα αληθές
1	Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή	1	2	3	4	5
2	Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	1	2	3	4	5
3	Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	1	2	3	4	5
4	Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	1	2	3	4	5
5	Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις	1	2	3	4	5
6	Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	1	2	3	4	5
7	Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη ή ασθένεια	1	2	3	4	5
9	Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	1	2	3	4	5
10	Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει	1	2	3	4	5
11	Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	1	2	3	4	5
12	Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	1	2	3	4	5
13	Ξέρω που να στραφώ για βοήθεια	1	2	3	4	5
14	Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	1	2	3	4	5
15	Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	1	2	3	4	5
16	Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία	1	2	3	4	5
17	Με θεωρώ δυνατό άτομο	1	2	3	4	5
18	Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	1	2	3	4	5
19	Μπορώ να χειρίζομαι	1	2	3	4	5

	δυσάρεστα συναισθήματα					
20	Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου	1	2	3	4	5
21	Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	1	2	3	4	5
22	Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	1	2	3	4	5
23	Μου αρέσουν οι προκλήσεις	1	2	3	4	5
24	Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου	1	2	3	4	5
25	Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	1	2	3	4	5