



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΑΓΑΠΗΣ ΜΕ ΤΟ  
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ  
ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

**ΛΟΥΜΠΑ ΑΓΑΠΗ ΜΠΑΤΙΡΙΔΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026**





**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΑΓΑΠΗΣ ΜΕ ΤΟ  
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ  
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ  
ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

**ΛΟΥΜΠΑ ΑΓΑΠΗ ΜΠΑΤΙΡΙΔΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026**

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων, θέσεων ή συμπερασμάτων της συγγραφέα.

Τη σελίδα αυτή παραλαμβάνει ο/η υποψήφιος/α από τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής μετά την κρίση της διατριβής και την παραλαβή του πρακτικού της επταμελούς επιτροπής.

*Αφιερώνω*

*στον αγαπημένο μου αδελφό Ηλία και*

*στην αγαπημένη μου φίλη Αίνα*

Η παρούσα διδακτορική διατριβή διερευνά συστηματικά τον ρόλο των συναισθημάτων αγάπης στη σχέση φροντίδας, εστιάζοντας στη συνάφειά τους με την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας, καθώς και στη σημασία τους για την ποιότητα της κλινικής φροντίδας. Αντλώντας από ένα ευρύ φάσμα θεωρητικών παραδόσεων και εμπειρικών προσεγγίσεων, η διατριβή προσεγγίζει την ανθρωπιστική αγάπη όχι ως ιδιωτικό συναίσθημα ή ηθική αυτονόητη αξία, αλλά ως δομικό, σχεσιακό και οντολογικό στοιχείο της φροντίδας.

Παρά τη διαχρονική παρουσία της αγάπης στη φιλοσοφική, θεολογική και ψυχολογική σκέψη, στον επιστημονικό λόγο της υγείας η αγάπη συχνά παραμένει υποθεωρημένη ή αποσιωπημένη.

Η φροντίδα τείνει να οργανώνεται κυρίως ως τεχνική παρέμβαση και λειτουργική αποτελεσματικότητα, ενώ η συναισθηματική και σχεσιακή της διάσταση αντιμετωπίζεται ως δευτερεύουσα ή εν δυνάμει αποσταθεροποιητική. Η παρούσα διατριβή αναδεικνύει ότι αυτή η επιστημολογική σιωπή έχει ουσιαστικές συνέπειες τόσο για την ποιότητα της φροντίδας όσο και για την ψυχική αντοχή των επαγγελματιών υγείας.

Στο Γενικό Μέρος, η διατριβή επιχειρεί μια εκτενή θεωρητική χαρτογράφηση της ανθρωπιστικής αγάπης, αντλώντας από τη φιλοσοφική και ηθική σκέψη, τη θεολογική παράδοση, την ανθρωπιστική και ψυχοδυναμική ψυχολογία, καθώς και από τις επιστήμες φροντίδας (caring sciences). Η αγάπη προσεγγίζεται ως στάση σχέσης που αναγνωρίζει την ευαλωτότητα, το όριο και την ετερότητα του Άλλου, χωρίς να εξιδανικεύει τη φροντίδα ή να την ταυτίζει με την αυτοθυσία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διάκριση της ανθρωπιστικής αγάπης από άλλες μορφές αγάπης (έρωτας, φιλία, προσκόλληση), καθώς και στη σημασία της αγάπης ως τρόπου παρουσίας και όχι ως εργαλείου παρέμβασης.

Η φροντίδα αναλύεται ως πράξη και σχέση, ως συνάντηση δύο υποκειμένων μέσα σε ασύμμετρες συνθήκες πόνου, ανάγκης και ευθύνης. Από φαινομενολογική και ηθική σκοπιά, η σχέση φροντίδας συγκροτείται ως χώρος νοήματος, όπου η ανθρώπινη παρουσία προηγείται της τεχνικής πράξης. Στο πλαίσιο αυτό, η ανθρωπιστική αγάπη δεν καταργεί το όριο ούτε υπόσχεται άρση του πόνου, αλλά επιτρέπει την παραμονή απέναντι στην ευαλωτότητα με αντοχή και υπευθυνότητα.

Η διατριβή αναδεικνύει ότι η απουσία εννοιολογικής επεξεργασίας της αγάπης στη φροντίδα συνδέεται άμεσα με φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η απώλεια νοήματος δεν ερμηνεύονται αποκλειστικά ως ατομικά ελλείμματα αντοχής, αλλά ως ενδείξεις μιας βαθύτερης ρήξης στη σχέση φροντίδας. Σε ψυχοδυναμικό επίπεδο, η αποστασιοποίηση και ο κυνισμός νοούνται ως αμυντικές διεργασίες απέναντι στην αδυναμία επεξεργασίας του πόνου, της απώλειας και της ματαίωσης, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου απουσιάζουν θεσμικά και συμβολικά πλαίσια στήριξης.

Στο Ειδικό Μέρος, η διατριβή αναπτύσσεται μέσα από τρεις αλληλοσυμπληρούμενες ερευνητικές ενότητες. Η πρώτη ερευνητική ενότητα αφορά συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση διεθνών μελετών που εξετάζουν την ανθρωπιστική αγάπη στην κλινική φροντίδα και τα ψυχοκοινωνικά της αποτελέσματα. Η ανάλυση αναδεικνύει τόσο την εννοιολογική ασάφεια που χαρακτηρίζει τον όρο όσο και τα σταθερά ευρήματα που συνδέουν την αγάπη με μειωμένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση και βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας.

Η δεύτερη ερευνητική ενότητα διερευνά, μέσω ποσοτικής μεθοδολογίας και ανάλυσης διαδρομών, τη συνδυαστική επίδραση της αγάπης, της συμπόνιας και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών/τριών που εργάζονται στην Ελλάδα. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι τα συναισθήματα αγάπης και συμπόνιας δε λειτουργούν μονοσήμαντα ως προστατευτικοί παράγοντες, αλλά αποκτούν διαφορετική

σημασία ανάλογα με τον τρόπο που ενσωματώνονται στη σχέση φροντίδας και τα όρια που τα συνοδεύουν. Η υπερεμπλοκή και η απουσία ορίων συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εξουθένωσης, ενώ η ώριμη σχεσιακή στάση συνδέεται με αυξημένη ψυχική ανθεκτικότητα.

Η τρίτη ερευνητική ενότητα εστιάζει στη συμβολική αναπαράσταση της αγάπης και της φροντίδας από τους/τις νοσηλευτές/τριες, διερευνώντας λεκτικούς συνειρμούς, μεταφορές και συμβολικές εικόνες. Η ανάλυση αναδεικνύει ότι οι τρόποι με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας νοσηματοδοτούν την αγάπη σχετίζονται άμεσα με την επαγγελματική τους εμπειρία, τα επίπεδα εξουθένωσης και την ψυχική τους ανθεκτικότητα, προσφέροντας μια βαθύτερη κατανόηση του βιωμένου νοήματος της φροντίδας.

Συνολικά, η διατριβή προτείνει την ανάπτυξη ενός νέου θεωρητικού πλαισίου που εντάσσει την ανθρωπιστική αγάπη στις δεξιότητες φροντίδας ως ώριμη σχεσιακή ικανότητα. Η αγάπη προσεγγίζεται ως ικανότητα παραμονής μέσα στη σχέση χωρίς κατάρρευση ή αποπροσωποποίηση, ως στάση που επιτρέπει την εγγύτητα χωρίς απώλεια ορίων και την απόσταση χωρίς συναισθηματική αποκοπή. Το προτεινόμενο πλαίσιο φιλοδοξεί να συμβάλει τόσο στη θεωρητική κατανόηση της φροντίδας όσο και στη διαμόρφωση εκπαιδευτικών και κλινικών πρακτικών που προστατεύουν τον επαγγελματία και διατηρούν τη φροντίδα ως βιώσιμη, ανθρώπινη και ηθικά θεμελιωμένη σχέση.

Λέξεις-κλειδιά: Ανθρωπιστική αγάπη, Φροντίδα, Επαγγελματική εξουθένωση, Ψυχική ανθεκτικότητα, Σχέση φροντίδας, Πρακτική βασισμένη σε αξίες

The present doctoral dissertation systematically investigates the role of love-related emotions within the caregiving relationship, focusing on their association with professional burnout and psychological resilience among healthcare professionals, as well as their significance for the quality of clinical care. Drawing upon a broad range of theoretical traditions and empirical approaches, the dissertation conceptualizes humanitarian love not as a private emotion or a self-evident moral value, but as a structural, relational, and ontological component of care.

Despite its enduring presence in philosophical, theological, and psychological thought, love remains under-theorized and often marginalized within health sciences discourse. Care is predominantly organized as a technical intervention oriented toward efficiency and measurable outcomes, while its emotional and relational dimensions are frequently regarded as secondary or potentially destabilizing. This epistemological silence has substantial implications, both for the quality of care and for the psychological well-being of healthcare professionals. The present dissertation argues that the exclusion of love from scientific conceptualization contributes to the erosion of meaning within caregiving practices and increases vulnerability to professional burnout.

In the General Part, the dissertation undertakes an extensive theoretical mapping of humanitarian love, drawing from philosophy, ethics, theology, humanistic and psychodynamic psychology, as well as the caring sciences. Love is approached as a relational stance that acknowledges vulnerability, limits, and alterity, rather than as emotional excess or self-sacrificial idealization. Particular emphasis is placed on distinguishing humanitarian love from other forms of love—such as eros, friendship, or attachment—and on understanding love as a mode of presence rather than an interventionary tool.

Care is analyzed as both act and relationship: a meeting between two subjects within asymmetrical conditions of suffering, need, and responsibility. From a phenomenological and ethical perspective, the caregiving relationship constitutes a space of meaning in which human presence precedes technical action. Within this framework, humanitarian love does not promise the elimination of suffering, nor does it abolish boundaries; instead, it enables sustained presence in the face of vulnerability, grounded in responsibility and endurance.

The dissertation further demonstrates that the absence of a coherent conceptualization of love in care is closely linked to professional burnout. Emotional exhaustion, depersonalization, and loss of meaning are interpreted not merely as individual deficits in resilience, but as manifestations of a deeper rupture within the caregiving relationship. From a psychodynamic perspective, emotional distancing and cynicism are understood as defensive responses to unprocessed exposure to pain, loss, and frustration—particularly in institutional contexts lacking symbolic and relational containment.

The Special Part of the dissertation comprises three complementary research units. The first unit consists of a systematic review of international studies examining humanitarian love in clinical care and its psychosocial outcomes. The findings highlight both conceptual ambiguity surrounding the term and consistent evidence linking love-related dimensions of care to reduced burnout, increased professional satisfaction, and improved care quality.

The second research unit employs quantitative methodology and path analysis to investigate the combined effects of love, compassion, and personality traits on burnout among nurses working in Greece. The results indicate that love and compassion do not function as uniformly protective factors; rather, their impact depends on how they are integrated into caregiving relationships and whether they are accompanied by psychological and relational boundaries. Emotional over-involvement and boundary diffusion are associated with increased burnout risk, whereas mature relational engagement is linked to enhanced psychological resilience.

The third research unit explores the symbolic representations of love and care among nurses through verbal associations, metaphors, and symbolic imagery. The analysis reveals that the ways in which healthcare professionals symbolically construct love are closely related to their professional experiences, levels of burnout, and resilience, offering deeper insight into the lived meaning of caregiving.

Overall, the dissertation proposes the development of a new theoretical framework that integrates humanitarian love into caregiving competencies as a mature relational capacity. Love is conceptualized as the capacity to remain in relationship without collapse or depersonalization, enabling closeness without loss of boundaries and distance without emotional withdrawal. This framework aims to contribute both to theoretical understanding and to the development of educational and clinical practices that protect healthcare professionals while sustaining care as a viable, humane, and ethically grounded relationship.

Keywords: Humanitarian love, Care, Professional burnout, Psychological resilience, Caregiving relationship, Values-based practice

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτέλεσε ένα πενταετές ταξίδι γεμάτο γνώσεις, όνειρα, προκλήσεις, επαγγελματικές συνεργασίες και βαθιά προσωπική ωρίμανση. Η ολοκλήρωση του δύσκολου και χαρμόσунου ταξιδιού έδωσε την αφετηρία στη δημιουργία μιας νέας ερμηνείας στην επαγγελματική φροντίδα και στο σχεδιασμό ενός νέου μοντέλου. Η ανάγκη της επίτευξης τέτοιων στόχων απαιτεί τη συμμετοχή πολλών ανθρώπων, τόσο από τον προσωπικό μας κύκλο όσο και από τον επιστημονικό μας περίγυρο. Θα ήθελα να εκφράσω με λέξεις στην καθεμία και στον καθένα, την ευγνωμοσύνη μου και την αγάπη μου, που έγιναν συνοδοιπόροι σε αυτό το ταξίδι είτε για μικρό είτε για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πέραν αυτού και στα πλαίσια της παρούσας διατριβής, έχω την ανάγκη να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ:

Στην Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών και Οικογενειών κα Μαίρη Γκούβα και επιβλέπουσα της διδακτορικής διατριβής, η οποία στάθηκε δίπλα από τα πρώτα προπτυχιακά βήματα της φοιτητικής μου πορείας. Την ευχαριστώ εγκάρδια, γιατί πίσω από το «όλα καλά θα πάνε» υπήρχε η αθόρυβη πειθαρχία με την οποία διαμόρφωνε τα όρια και το ήθος της επιστημονικής μου συγκρότησης. Οι ιδέες της για το φαινόμενο της αγάπης δεν άνοιξαν απλώς θεωρητικούς ορίζοντες· διαμόρφωσαν τρόπο σκέψης. Στις δυσκολίες της μελέτης - ακόμη και στην επίμονη αναζήτηση των κατάλληλων εργαλείων - στάθηκε με ακρίβεια και απαιτητικότητα, διδάσκοντας ότι η επιστήμη δεν είναι μόνο γνώση αλλά και ήθος. Η οξυδέρκειά της, η καθοδήγησή της σε κάθε κρίσιμο βήμα, η ακλόνητη πίστη της στη δύναμη της επιστημονικής σκέψης και η βαθιά, σχεδόν μητρική της κατανόηση, με συνόδευσαν όχι μόνο στην ολοκλήρωση του διδακτορικού κύκλου, αλλά και σε μια βαθύτερη εσωτερική ωρίμανση.

Στον Καθηγητή κ. Στέφανο Μαντζούκα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ο οποίος από την πρώτη στιγμή της μελέτης μας εισήγαγε τη βαθιά του γνώση στην ποιοτική έρευνα, θέτοντας με συνέπεια εκείνα τα κρίσιμα ερευνητικά ερωτήματα που ξεκινούν με ένα απαιτητικό «γιατί!». Μέσα από τη διεισδυτική επιστημονική του ματιά, προσέδωσε νόημα και συνοχή στις διατυπώσεις μας, διδάσκοντας πώς οι στόχοι οικοδομούνται με ακρίβεια, σαφήνεια, εγκυρότητα και αξιοπιστία. Οι ουσιαστικές φιλοσοφικές μας συζητήσεις, ο συστηματικός αναστοχασμός και η αταλάντευτη επιμονή του στην αυστηρότητα της επιστημονικής σκέψης, συνέβαλαν καθοριστικά στην επίλυση ακόμη και των πλέον σύνθετων ζητημάτων που αναδύθηκαν σε όλα τα στάδια της έρευνας, ιδίως κατά τη διαμόρφωση της πρώτης μας επιστημονικής δημοσίευσης.

Στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Ελένη Δραγλιώτη, η οποία από την απαρχή των διδακτορικών μου σπουδών - τότε που ξεκίνησε και η συνεργασία μας - προσέφερε απλόχερα και με υποδειγματική μεθοδικότητα τη γνώση και την εμπειρία της. Η συστηματική ανασκόπηση, η ερμηνεία της στατιστικής σημαντικότητας, η κατανόηση σύνθετων συσχετίσεων μεταξύ ποικίλων παραγόντων αποτέλεσαν για μένα ουσιαστική μαθητεία υπό την καθοδήγησή της. Με εμπιστοσύνη αλλά και απαιτητική αυστηρότητα, στάθηκε σταθερά σε όλη τη διαδρομή, προσφέροντας καιριές υποδείξεις για τη μεθοδολογική αρτιότητα της έρευνας, για την επιλογή έγκριτων επιστημονικών περιοδικών και για τη συστηματική αποφυγή μεροληψιών.

Στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Ελπινίκη Λαΐτου του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, η οποία, ως υπεύθυνη του προγράμματος ERASMUS, διέυρνε ουσιαστικά τους ορίζοντες της έρευνάς μου. Μέσα από τις διεθνείς διασυνδέσεις του Τμήματος, μου προσέφερε τη δυνατότητα να μοιραστώ τη μελέτη με επιστημονικούς συνεργάτες και φοιτητές από Πανεπιστήμια της Ευρώπης, ενισχύοντας τον διαπολιτισμικό και ακαδημαϊκό της αντίκτυπο. Η διαθεσιμότητά της, η άμεση ανταπόκριση στα ερωτήματά μου και η ευγένεια της παρουσίας της, λειτούργησαν υποστηρικτικά σε όλη τη διαδρομή του διδακτορικού μου έργου.

Στον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Μιχαήλ Κουράκο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ο οποίος στάθηκε με διαρκείς ενδιαφέρον και ουσιαστική μέριμνα στην πορεία της διατριβής. Η συμβολή του στην εξεύρεση του δείγματος, η σταθερή του παρουσία και η υποστηρικτική του στάση στις δυσκολίες της ερευνητικής διαδρομής υπήρξαν καθοριστικές. Με τη φροντίδα και τη διακριτική του ενθάρρυνση, μου ενέπνευσε το θάρρος να συνεχίσω τις διδακτορικές μου σπουδές με υπομονή, επιμονή και πίστη στο βέλτιστο επιστημονικό αποτέλεσμα.

Στην Επίκουρο Καθηγήτρια κα Ζωίτσα Κωνσταντή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, η οποία υπήρξε η ζωντανή ψυχή της επιστημονικής μας κοινότητας. Η αφοσίωσή της στη φροντίδα των βαρέως πασχόντων, η ενεργός της παρουσία σε συνέδρια και επιστημονικές δράσεις και η σταθερή της πίστη στη σημασία της ανθρώπινης διάστασης της φροντίδας, ενέπνευσαν την αναζήτηση των βαθύτερων αξιών που συγκροτούν την ανθρώπινη υπόσταση. Οι συζητήσεις μας, οι κοινές επιστημονικές και προσωπικές στιγμές, ακόμη και οι απλές στιγμές γέλιου, προσέφεραν μια πολύτιμη ανάσα χαράς και συνοχής στην απαιτητική διαδρομή των διδακτορικών σπουδών.

Στην Καθηγήτρια κα Γιόλφω Μαγγίνη του Τμήματος Φιλοσοφίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, της οποίας η παρουσία υπήρξε καταλυτική. Η γνωριμία μας άνοιξε έναν απαιτητικό και γόνιμο διάλογο με τη Φιλοσοφία - όχι ως γνωστικό αντικείμενο, αλλά ως πράξη φιλοσοφείν. Το πολύτιμο αυτό «δώρο» έδωσε μορφή και πειθαρχία στην πολυεπίπεδη σκέψη μου, εμβαθύνοντας ουσιαστικά την

κατανόησή μου σε καιρία φιλοσοφικά διλήμματα και σε θεμελιώδεις έννοιες, όπως η αγάπη. Μέσα από τα μαθήματά της, μου δίδαξε ότι ακόμη και το πλέον σύνθετο πρόβλημα μπορεί να αναλυθεί, να φωτιστεί και τελικά να κατανοηθεί, όταν η σκέψη ασκείται με αυστηρότητα, διαύγεια και εσωτερική συνέπεια.

Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το διδακτικό, εργαστηριακό και διοικητικό προσωπικό του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, οι οποίοι/ες με τον μοναδικό τους τρόπο, τη ξεχωριστή τους γνώση και την ιδιότητά τους συνέβαλαν από την πρώτη έως την τελευταία ημέρα της διδακτορικής πορείας. Ευχαριστώ εγκάρδια:

Τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ευάγγελο Ρίζο και την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Καλλιρόη Καλαντζή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την ουσιαστική και εποικοδομητική συνεργασία μας, ιδίως κατά τις απαιτητικές περιόδους των εξεταστικών. Οι ειλικρινείς και ανοιχτές συζητήσεις μας σχετικά με την πορεία του διδακτορικού έργου συνέβαλαν στη διαύγηση στόχων, στην αποσαφήνιση προβληματισμών και στη σταθεροποίηση της ερευνητικής μου κατεύθυνσης. Η συγκεκριμένη ανταλλαγή υπήρξε υπενθύμιση ότι η επιστημονική σκέψη δεν ωριμάζει στην απομόνωση, αλλά στον διάλογο, εκεί όπου η κριτική γίνεται δημιουργική δύναμη.

Την Επίκουρο Καθηγήτρια κα Νεκταρία Ζαγοριανάκου του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την αδιαπραγμάτευτη εμπιστοσύνη, τη γενναιοδωρία πνεύματος και την αυθεντική της ενθάρρυνση που συνόδευσαν κάθε στάδιο του διδακτορικού μου ταξιδιού. Η παρουσία της δεν υπήρξε απλώς υποστηρικτική· υπήρξε εμπνευστική. Μέσα από το δημιουργικό της βλέμμα σε ημερίδες και συνέδρια, αλλά και μέσα από τις προσωπικές μας συζητήσεις - εκεί όπου το αυθόρμητο γέλιο συνυπήρχε με τον στοχασμό - μου υπενθύμισε ότι η επιστήμη ανθίζει όταν συνοδεύεται από σχέση, γενναιοδωρία και χαρά.

Την Επίκουρο Καθηγήτρια κα Βαρθάρα Κακαϊδή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη σταθερή και απλόχερη στήριξή της σε όλη τη διάρκεια της διδακτορικής μου πορείας. Η προσωπική της συμβολή στα εργαστηριακά μαθήματα, καθώς και οι ουσιαστικές και ειλικρινείς συζητήσεις μας γύρω από τα μεθοδολογικά και ακαδημαϊκά ζητήματα της διατριβής, συνέβαλαν καθοριστικά στη διαύγηση προβληματισμών και στην ενίσχυση της ερευνητικής μου αυτοπεποίθησης.

Τη Λέκτορα κα Θεοδώρα Μπακάρα-Νίκου και τη Λέκτορα κα Μαρία Δανέλλα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, οι οποίες με δίδαξαν, με δημιουργικότητα και μεθοδικότητα, τα εργαστηριακά μαθήματα κατά τα προπτυχιακά μου έτη, θέτοντας στέρεες βάσεις

επιστημονικής πειθαρχίας. Η ευχάριστη και γόνιμη συμπόρευσή μας από τις πρώτες ημέρες των διδακτορικών σπουδών καλλιέργησε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού, που ενίσχυσε την αποφασιστικότητά μου να προχωρώ με συνέπεια και πίστη στο ερευνητικό μου έργο.

Την Ευρυδίκη Παπαγιαννοπούλου, μέλος ΕΔΙΠ, και την Λευκοθέα Ματσούλη, μέλος ΕΤΕΠ, του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, οι οποίες από τα πρώτα χρόνια των προπτυχιακών μου σπουδών στάθηκαν δίπλα μου ως διδάσκουσες με θερμή υποστήριξη και ειλικρινές ενδιαφέρον, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και την ακαδημαϊκή μου πορεία. Η διακριτική αλλά ουσιαστική τους παρουσία συνεχίστηκε και κατά τη διάρκεια του διδακτορικού μου ταξιδιού· με το θάρρος που μου ενέπνευσαν, τη φροντίδα και τη γενναιοδωρία τους, στήριζαν στιγμές απαιτητικές και εύθραυστες. Τις ευχαριστώ για τις βαθιές και ουσιαστικές μας συζητήσεις, τα χαμόγελα που ελάφρυναν το βάρος των ημερών και τη γνώση που μοιράστηκαν απλόχερα, χαρίζοντάς μου πολύτιμες σπίθες χαράς και αισιοδοξίας.

Την Κωνσταντίνα Δήμου, μέλος ΕΔΙΠ του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με την οποία μοιραστήκαμε από την πρώτη ημέρα το διδακτορικό αυτό ταξίδι. Μαζί οικοδομήσαμε μια βαθιά, φιλική και δημιουργική σύμπλευση, πλούσια σε ιδέες, ουσιαστικές συζητήσεις, επιστημονικές αναζητήσεις, μεγάλα ταξίδια και απρόσμενες προκλήσεις. Συμπορευτήκαμε στη διδασκαλία μαθημάτων, στη συγγραφή επιστημονικών άρθρων και στη διαμόρφωση ενός κοινού ακαδημαϊκού χώρου, μέσα στον οποίο εξελιχθήκαμε τόσο ως επιστήμονες όσο και ως άνθρωποι. Η πορεία αυτή δεν υπήρξε απλώς παράλληλη· υπήρξε κοινή, απαιτητική και βαθιά μεταμορφωτική.

Τον Ιωάννη Ζαρίδη, μέλος ΕΤΕΠ του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για το διαρκές του χαμόγελο και την αθόρυβη αλλά ουσιαστική του παρουσία σε όλη τη διάρκεια της διδακτορικής μου πορείας. Η σταθερή του έγνοια και εκείνο το απλό, ανθρώπινο «όλα καλά;» υπήρξαν πολλές φορές περισσότερο από μια ερώτηση· ήταν μια πράξη ενθάρρυνσης και εμπιστοσύνης, που μου θύμιζε πως ακόμη και στις πιο απαιτητικές στιγμές, η υποστήριξη μπορεί να εκφράζεται με απλότητα και συνέπεια.

Την Εντεταλμένη Διδάσκουσα Ψυχολογίας κα Αθηνά Πάσχου του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη σταθερή και ουσιαστική της στήριξη, τόσο σε προσωπικό όσο και σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Οι διαρκείς μας συζητήσεις, η φροντίδα και η συνεργατική της διάθεση αποτυπώθηκαν στη συνδιδασκαλία μαθημάτων, στην επίβλεψη φοιτητών και φοιτητριών σε δομές και κλινικές, καθώς και στη συμμετοχή μας σε ποικίλες επιστημονικές δράσεις. Η παρουσία της υπήρξε στήριγμα συνέπειας και ανθρωπιάς μέσα σε μια απαιτητική διαδρομή.

Την Φανούλα Κροκίδη, Προϊσταμένη της Γραμματείας, και την Ελένη Τσιρώνη, Γραμματέα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη σταθερή και πρόθυμη διοικητική τους υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Με το πλατύ τους χαμόγελο και την άμεση ανταπόκρισή τους, στάθηκαν πάντοτε παρούσες, επιλύοντας με αποτελεσματικότητα και συνέπεια κάθε ζήτημα που προέκυπτε. Η διακριτική τους φροντίδα και η επαγγελματική τους επάρκεια συνέβαλαν ουσιαστικά στην ομαλή εξέλιξη της ακαδημαϊκής μου πορείας.

Την Φρόσω Γκουνταβά και την Μαριάννα Γούσια, βιβλιοθηκονόμους του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη διαρκή τους παρουσία και τη γενναιόδωρη προσφορά γνώσης. Με την επιστημονική τους κατάρτιση, την προθυμία και την αφοσίωσή τους, άνοιξαν μπροστά μου τον πλούτο επιστημονικών και λογοτεχνικών έργων, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην ερευνητική μου πορεία. Ο χώρος της βιβλιοθήκης, υπό τη φροντίδα τους, δεν υπήρξε απλώς τόπος αναζήτησης πηγών, αλλά εργαστήριο σκέψης και εσωτερικής καλλιέργειας, όπου ο ψυχισμός εμπλουτίστηκε με χρώμα, ελπίδα και βαθύτερη ωρίμανση. Γιατί κάθε βιβλιοθήκη είναι ένας σιωπηλός ναός γνώσης, και κάθε βιβλιοθηκονόμος ο αόρατος θεματοφύλακας που κρατά αναμμένη τη φλόγα της.

Ακόμη, ευχαριστώ θερμά όλους και όλες τους/τις συμφοιτητές/τριές μου, Υποψήφιους Διδάκτορες και Υποψήφιες Διδακτόρισες, για τις ουσιαστικές στιγμές σύμπραξης, τον γόνιμο επιστημονικό διάλογο, τις κοινές αγωνίες και τα χαμόγελα της επιτυχίας που μοιραστήσαμε στη διάρκεια των διδακτορικών μας σπουδών. Μέσα από αυτή τη διαδρομή διαμορφώθηκαν σχέσεις αλληλοεκτίμησης και σεβασμού, που υπερέβησαν τα όρια της ακαδημαϊκής συνεργασίας και έγιναν σταθερό στήριγμα. Ιδιαίτερη μνεία οφείλω στην Μαρία Ευσταθίου και στην Ελένη Νάκη, με τις οποίες συμπορευτήκαμε και εκτός συνόρων, παρουσιάζοντας το έργο μας σε πανελλαδικά και διεθνή συνέδρια. Μαζί μοιραστήκαμε την ευθύνη της βαθμολόγησης, τη συγγραφή επιστημονικών άρθρων και την επίβλεψη φοιτητών και φοιτητριών, προσφέροντας καθεμία τη δική της ξεχωριστή γνώση, εμπειρία και οπτική. Η κοινή μας πορεία υπήρξε δημιουργική, απαιτητική και βαθιά εμπλουτιστική, αποδεικνύοντας ότι το διδακτορικό δεν είναι μοναχική ανάβαση, αλλά συλλογική διαδρομή όπου η γνώση καλλιεργείται μέσα από τη συντροφικότητα, την εμπιστοσύνη και την κοινή προσπάθεια.

Τέλος, ευχαριστώ εγκάρδια τους σημαντικότερους ανθρώπους της ζωής μου - την οικογένειά μου και τους αγαπημένους μου φίλους και συναδέλφους - για τον χρόνο που μοιράστηκαν μαζί μου, για τη συμπαράσταση, τη δύναμη και την αγάπη που μου προσέφεραν, ώστε να ολοκληρώσω αυτή τη μακρά και απαιτητική διαδρομή των διδακτορικών σπουδών. Χωρίς τη σιωπηλή τους πίστη και την αταλάντευτη παρουσία τους, το ταξίδι αυτό δεν θα είχε το ίδιο νόημα. Ιδιαίτερα ευχαριστώ την αγαπημένη μου φίλη Λίνα Παπασιώζου, στην οποία οφείλω αμέτρητες ημέρες και νύχτες αυτού του ταξιδιού γνώσης. Με φρόντισε με μοναδική ευαισθησία και καθαρή ματιά, με τις λέξεις και τις πράξεις

της, στις χαρές και στις δυσκολίες, χωρίς δισταγμό και χωρίς όρους. Η παρουσία της υπήρξε σταθερό σημείο αναφοράς, συνοδοιπορία βαθιά και ουσιαστική, με διαρκή στόχο όχι μόνο την ακαδημαϊκή, αλλά και την προσωπική μου ολοκλήρωση. Γιατί στο τέλος, ό,τι αξίζει πραγματικά δεν είναι μόνο το έργο που παράγεται, αλλά οι άνθρωποι που στέκονται δίπλα σου όταν το οικοδομείς.

*«Δεν γνωρίζουμε ποτέ τι αντέχει ο άλλος·  
γνωρίζουμε μόνο τι αντέχουμε εμείς να δούμε.»  
Paul Ricoeur*

Στη διάρκεια πολλών αιώνων και μέχρι σήμερα, η προσέγγιση του ορισμού της αγάπης απαντάται στη λογοτεχνία, την ποίηση, την τέχνη, το θέατρο και την επιστήμη, αναδεικνύοντας έναν πλουραλισμό συναισθημάτων, μεταφορών, ιδεών και πολιτισμικών συμβόλων (Tasselli, 2019). Η αγάπη έχει επίσης αποτελέσει αντικείμενο αρκετών φιλοσοφικών και θεολογικών μελετών (Gallagher et al., 2018).

Ως μία κοινωνική αναπαράσταση, η έννοια της αγάπης συγκροτεί το υψηλότερο επίπεδο ωρίμανσης και επούλωσης, αποτελώντας μία από τις βαθύτερες ανάγκες της ανθρωπότητας (Holliman, 2019). Η αγάπη, ως εμπειρία κοινή στην ανθρώπινη συνθήκη, συνιστά ανθρώπινο κίνητρο και φυσικό χαρακτηριστικό που εκφράζεται μέσα από συναισθήματα και πράξεις. Επιπλέον, η αγάπη έχει συμπεριφορική, φυσιολογική και βιοχημική υπόσταση, καθώς οι ανθρώπινες κοινότητες την συνδέουν τόσο με το εξωτερικό περιβάλλον όσο και με τις ανθρώπινες αισθήσεις (Luksik & Guillaume, 2018).

Η έννοια της φροντίδας προέρχεται από τη λατινική λέξη «caritas», που σημαίνει να προσφέρουμε αλτρουιστική αγάπη στους συνανθρώπους μας (Singsuriya, 2018). Στο κλινικό περιβάλλον, η αγάπη σχετίζεται με τη φροντίδα και μπορεί να είναι παρούσα όταν οι επαγγελματίες υγείας ανταποκρίνονται ενεργά στις ανάγκες των ασθενών, χωρίς να προσδοκούν την αμοιβαιότητα, αλλά με πρόθεση την ολιστική φροντίδα (Doody & Noonan, 2016). Κατά αυτόν τον τρόπο, η αγάπη «καλλιεργείται» μέσα από συγκεκριμένα γνωρίσματα, διευκολύνοντας τις μεταβολές της συμπεριφοράς του ασθενούς και ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα κάθε θεραπευτικής παρέμβασης (Snook et al., 2020).

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε με σκοπό να διερευνήσει τα συναισθήματα της αγάπης στη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, να αναδείξει το ρόλο της αγάπης στο πλαίσιο της κλινικής και πρωτίστως ηθικής φροντίδας και να παρουσιάσει τη συσχέτιση της αγάπης με παράγοντες όπως η επαγγελματική εξουθένωση και η ψυχολογική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Η ερευνητική προσέγγιση διαρθρώνεται μέσα από τρεις αλληλοσυμπληρούμενες ενότητες, οι οποίες εξετάζουν διαφορετικές, αλλά αλληλένδετες πτυχές του ίδιου φαινομένου, το ρόλο της ανθρωπιστικής αγάπης και την ψυχοκοινωνική της επίδραση στους επαγγελματίες υγείας ώστε να καθιερωθεί ως θεμελιώδη αξία στην πρακτική βασισμένη σε αξίες μέσω συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης, την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η αγάπη, η συμπόνια και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συμβάλλουν από κοινού στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών/τριών που εργάζονται στην Ελλάδα μέσω ανάλυσης διαδρομών, και τη συμβολική αναπαράσταση της αγάπης από τους/τις Έλληνες/Ελληνίδες νοσηλευτές/τριες και πώς αυτές οι αναπαραστάσεις σχετίζονται με ψυχολογικά χαρακτηριστικά, αυθόρμητους λεκτικούς συνειρμούς και κοινωνικοδημογραφικούς/επαγγελματικούς παράγοντες μέσω διατομεακής μελέτης.

Παρά τη διαχρονική της παρουσία στην ανθρώπινη σκέψη και πράξη, η αγάπη παραμένει μια έννοια που αντιστέκεται στη μονοσήμαντη θεωρητική οριοθέτηση. Στον επιστημονικό λόγο, και ιδίως στον λόγο της υγείας, συχνά αντιμετωπίστηκε είτε ως αυτονόητο ηθικό δεδομένο είτε ως στοιχείο ξένο προς την αυστηρότητα της επιστημονικής τεκμηρίωσης. Η διττή αυτή στάση οδήγησε σε μια ιδιότυπη σιωπή: η αγάπη να βιώνεται ως θεμέλιο της φροντίδας, χωρίς όμως να αποκτά σαφή θεωρητική γλώσσα και επιστημονική υπόσταση.

Η σιωπή αυτή συνδέεται ιστορικά με την επικράτηση μιας επιστημολογικής παράδοσης που προέκρινε τον διαχωρισμό νου και σώματος, γνώσης και συναισθήματος, πράξης και σχέσης. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα συγκροτήθηκε κυρίως ως τεχνική παρέμβαση και λειτουργική αποτελεσματικότητα, ενώ η συναισθηματική διάσταση αντιμετωπίστηκε ως

δευτερεύουσα ή εν δυνάμει αποσταθεροποιητική. Ωστόσο, η εμπειρία της ασθένειας και του πόνου υπενθυμίζει με επιμονή ότι η φροντίδα δεν εξαντλείται στη θεραπευτική πράξη, αλλά θεμελιώνεται στη σχέση και στη συνάντηση με τον Άλλον.

Υπό αυτή την οπτική, η αγάπη δεν νοείται ως συναισθηματική έξαρση ή ως πράξη αυτοθυσίας, αλλά ως στάση σχέσης που αναγνωρίζει την ευαλωτότητα, το όριο και την ετερότητα. Πρόκειται για μια αγάπη που δεν αναιρεί την απόσταση, αλλά τη νοηματοδοτεί· που δεν υπόσχεται άρση του πόνου, αλλά παραμονή απέναντί του με ευθύνη και αντοχή. Η αγάπη, έτσι, καθίσταται τρόπος παρουσίας και όχι εργαλείο παρέμβασης, συνιστώντας θεμελιώδες στοιχείο της ηθικής συγκρότησης της φροντίδας.

Η ανάγκη επαναπροσέγγισης της αγάπης καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής στο σύγχρονο κλινικό περιβάλλον, όπου οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λειτουργήσουν υπό συνθήκες αυξημένης πίεσης, χρονικής στενότητας και διαρκούς έκθεσης στον ανθρώπινο πόνο. Η επαγγελματική εξουθένωση, η συναισθηματική αποξένωση και η απώλεια νοήματος δεν αποτελούν απλώς ατομικά φαινόμενα, αλλά ενδείξεις μιας βαθύτερης ρήξης στη σχέση φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό, η διερεύνηση της αγάπης δεν συνιστά συναισθηματική προσθήκη στον επιστημονικό λόγο, αλλά αναγκαία επιστροφή στα θεμέλια της ανθρώπινης φροντίδας.

Υπό το πρίσμα των παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η αγάπη στη φροντίδα δεν μπορεί να παραμείνει μια άρρητη παραδοχή ή μια αυτονόητη ηθική αναφορά. Απαιτεί εννοιολογική αποσαφήνιση, θεωρητική θεμελίωση και επιστημονική διερεύνηση, ώστε να κατανοηθεί όχι μόνο ως συναίσθημα ή αξία, αλλά ως δομικό στοιχείο της επαγγελματικής σχέσης φροντίδας. Η παρούσα διατριβή προσεγγίζει την ανθρωπιστική αγάπη ως φαινόμενο που εγγράφεται στο ενδιάμεσο πεδίο μεταξύ σχέσης, ορίου και ευθύνης, καθιστώντας αναγκαία την ανάπτυξη ενός θεωρητικού πλαισίου ικανού να συλλάβει αυτή τη σύνθετη δυναμική.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή οργανώνεται σε διακριτά αλλά αλληλένδετα μέρη, τα οποία συγκροτούν ένα ενιαίο θεωρητικό και ερευνητικό πλαίσιο για την κατανόηση της ανθρωπιστικής αγάπης στη σχέση φροντίδας και τον ρόλο της στην ψυχική ανθεκτικότητα και την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.

Το Γενικό Μέρος της διατριβής εστιάζει στη θεωρητική χαρτογράφηση της ανθρωπιστικής αγάπης και της φροντίδας ως σχέσης. Αντλώντας από τη φιλοσοφική, ηθική, θεολογική, ψυχοδυναμική και ανθρωπιστική ψυχολογική σκέψη, επιχειρείται η συγκρότηση ενός συνεκτικού εννοιολογικού υποβάθρου, ικανού να συλλάβει την αγάπη όχι ως ατομικό συναίσθημα ή ηθική αυτονόητη αξία, αλλά ως οντολογικό και σχεσιακό στοιχείο της φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα προσεγγίζεται ως πράξη σχέσης, παρουσίας και ευθύνης, ενώ αναδεικνύεται η σημασία του ορίου, της ετερότητας και της αντοχής απέναντι στον ανθρώπινο πόνο.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διάκριση της ανθρωπιστικής αγάπης από άλλες μορφές αγάπης, καθώς και στη θεωρητική της τοποθέτηση εντός των επιστημών φροντίδας (caring sciences) και της πρακτικής βασισμένης σε αξίες (Values-Based Practice). Το θεωρητικό αυτό πλαίσιο λειτουργεί ως θεμέλιο για την ερμηνεία των ερευνητικών ευρημάτων που ακολουθούν.

Το Ειδικό Μέρος της διατριβής περιλαμβάνει τρεις ερευνητικές ενότητες, οι οποίες εξετάζουν συμπληρωματικά τον ρόλο της ανθρωπιστικής αγάπης στην επαγγελματική εμπειρία των επαγγελματιών υγείας. Η πρώτη ερευνητική ενότητα αφορά συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση διεθνών μελετών και αποσκοπεί στην αποτίμηση της εννοιολόγησης της ανθρωπιστικής αγάπης και των ψυχοκοινωνικών της επιδράσεων στην κλινική φροντίδα. Η δεύτερη ερευνητική ενότητα διερευνά, μέσω ποσοτικής ανάλυσης, τη σχέση της αγάπης, της συμπόνιας και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών/τριών που εργάζονται στην Ελλάδα. Η τρίτη ερευνητική ενότητα εστιάζει στη συμβολική αναπαράσταση της αγάπης και της φροντίδας,

αναδεικνύοντας τις ψυχολογικές και επαγγελματικές της συσχετίσεις μέσα από λεκτικούς συνειρμούς και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.

Μέσα από τη σύνθεση θεωρητικής ανάλυσης και εμπειρικής διερεύνησης, η διατριβή επιδιώκει να συμβάλει στη διαμόρφωση ενός νέου θεωρητικού πλαισίου που εντάσσει την ανθρωπιστική αγάπη στις δεξιότητες φροντίδας, όχι ως συναισθηματική υπέρβαση ή αυτονόητη ηθική στάση, αλλά ως ώριμη σχεσιακή ικανότητα. Το πλαίσιο αυτό φιλοδοξεί να προσφέρει τόσο επιστημονική κατανόηση όσο και πρακτικά ερείσματα για τη διατήρηση της φροντίδας ως βιώσιμης σχέσης, ικανής να προστατεύει τον επαγγελματία από την εξουθένωση χωρίς να αναιρεί την ανθρώπινη παρουσία.

# Πίνακας περιεχομένων

## Γενικό μέρος

1	Η αγάπη ως οντολογικό στοιχείο της φροντίδας.....	1
2	Η ανθρωπιστική αγάπη ως φιλοσοφικό, ηθικό και ψυχολογικό πρόβλημα της φροντίδας..	6
2.1	Η έννοια της ανθρωπιστικής αγάπης στη φιλοσοφική και ηθική σκέψη.....	6
2.2	Η θεολογική ερμηνεία της αγάπης στον Χριστιανισμό.....	11
2.3	Η συγκριτική θεώρηση της αγάπης στις μεγάλες θρησκευτικές παραδόσεις.....	13
2.3.1	Η αγάπη στον Ιουδαϊσμό.....	13
2.3.2	Η αγάπη στο Ισλάμ.....	14
2.3.3	Η αγάπη στον Ινδουισμό.....	15
2.3.4	Η αγάπη στο Βουδισμό.....	16
2.4	Η ανθρωπιστική ψυχολογία και η αγάπη ως βίωμα.....	17
2.5	Η δυναμική της αγάπης στην ψυχαναλυτική σκέψη.....	19
2.6	Η διάκριση της ανθρωπιστικής αγάπης από άλλες μορφές αγάπης.....	21
3	Η φροντίδα ως ηθική σχέση και ενσώματη πράξη.....	24
3.1	Η φροντίδα στην ηθική φιλοσοφία: από την καθολική αρχή στη σχέση.....	24
3.1.1	Carol Gilligan: η ευθύνη, η αποφυγή βλάβης και η ηθική του δεσμού.....	25
3.1.2	Nel Noddings: η ηθική της σχέσης και η παιδαγωγική της φροντίδας.....	26
3.2	Η φροντίδα ως ανθρωπολογικό γεγονός και πολιτισμική συνθήκη επιβίωσης.....	27
3.3	Η φροντίδα στην ψυχολογία και την κοινωνιολογία: από την ενδοψυχική εμπειρία στη δημόσια σφαίρα.....	29
3.3.1	Ψυχολογική προσέγγιση: προσκόλληση, θεραπευτική στάση και «αρκετά καλή» φροντίδα.....	29
3.3.2	Κοινωνιολογική προσέγγιση: η φροντίδα ως εργασία, ανισότητα και πολιτική κατηγορία.....	32
3.4	Η συνάντηση της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας: η φροντίδα ως γέφυρα.....	33
3.5	Το βλέμμα του Άλλου: φροντίδα, διωποκειμενικότητα και ενσώματη αναγνώριση.....	35
3.5.1	Husserl: διωποκειμενικότητα και συν-ίδρυση του κοινού κόσμου.....	36
3.5.2	Merleau-Ponty: σώμα, σάρκα και «διπλή όραση».....	38
3.5.3	Το βλέμμα ως ηθική πρόσκληση: από την αντίληψη στην ευθύνη.....	39
3.6	Η φροντίδα στη Νοσηλευτική επιστήμη: θεωρίες και «πράξη φροντίδας».....	41
3.6.1	Η φροντίδα ως θεμέλιο της Νοσηλευτικής πράξης: ιστορικές και θεωρητικές ρίζες.....	41

3.6.2	Jean Watson: Human Caring και caritas processes.....	43
3.6.3	Η πράξη φροντίδας στο βιοηθικό και πολιτισμικό πλαίσιο.....	44
3.7	Η φροντίδα ως παρουσία και θεραπευτική σχέση: η κλινική πράξη ως τόπος νοήματος.....	46
4	Ανθρωπιστική αγάπη, όριο και ανθεκτικότητα στη σχέση φροντίδας.....	48
4.1	Η βιωματική σύνδεση του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς.....	49
4.2	Ο ρόλος της ενσυναίσθησης, της αποδοχής και της παρουσίας.....	51
4.3	Η ηθική της καθημερινής φροντίδας: από το καθήκον στο βίωμα.....	52
4.4	Η ανθρωπιστική αγάπη και η επαγγελματική εξουθένωση: σωτηρία ή παγίδα; ...	54
5	Εξουθένωση, αποπροσωποποίηση και απώλεια νοήματος στη φροντίδα.....	58
5.1	Εννοιολογική οριοθέτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	60
5.2	Η επαγγελματική εξουθένωση ως υπαρξιακή εμπειρία.....	62
5.3	Συναισθηματική εργασία, αποπροσωποποίηση και ηθική φθορά.....	64
5.4	Θεωρητικά μοντέλα αιτιότητας της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	66
5.4.1	Job Demands-Resources model (JD-R).....	66
5.4.2	Conservation of Resources theory (COR).....	67
5.4.3	Συνθετική προσέγγιση JD-R και COR.....	68
5.5	Παράγοντες κινδύνου: από το σύστημα στο πρόσωπο.....	68
5.5.1	Οργανωσιακοί/συστημικοί παράγοντες.....	69
5.5.2	Μικρο-κουλτούρα ομάδας: αγένεια, συγκρούσεις και «τοξική κανονικότητα».....	70
5.5.3	Ατομικοί/σχεσιακοί παράγοντες.....	70
5.6	Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: στον επαγγελματία, στον ασθενή και στο σύστημα.....	71
5.6.1	Επιπτώσεις στον επαγγελματία φροντίδας.....	71
5.6.2	Επιπτώσεις στην ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας.....	72
5.6.3	Επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.....	73
5.6.4	Ηθική φθορά και συστημική ευθύνη.....	73
5.7	Πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης: από την αυτοφροντίδα στην οργανωσιακή αλλαγή.....	74
5.7.1	Οργανωσιακές στρατηγικές: η φροντίδα ως θεσμική ευθύνη.....	74
5.7.2	Σχεσιακές και ομαδικές στρατηγικές: η ομάδα ως χώρος συγκράτησης.....	75
5.7.3	Ατομικές στρατηγικές αυτοφροντίδας.....	76

## Ειδικό μέρος

6	Η Διερεύνηση της σχέσης συναισθημάτων αγάπης με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών υγείας και ο ρόλος της στην κλινική φροντίδα.....	80
7	1 <sup>η</sup> Ερευνητική ενότητα: Η Ανθρωπιστική Αγάπη στην Πρακτική Βασισμένη σε Αξίες και τα Ψυχοκοινωνικά Αποτελέσματα των Επαγγελματιών Υγείας.....	83
	7.1 Θεωρητικό Πλαίσιο.....	84
	7.2 Σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	86
	7.3 Μεθοδολογία.....	87
	7.3.1 Μεθοδολογικός σχεδιασμός της συστηματικής ανασκόπησης μελέτης.....	87
	7.3.2 Στρατηγική αναζήτησης και βάσεις δεδομένων.....	87
	7.3.3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των μελετών.....	89
	7.3.4 Διαδικασία επιλογής των μελετών.....	92
	7.3.5 Αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών.....	93
	7.3.6 Σύνθεση και κατηγοριοποίηση των ευρημάτων.....	94
	7.4 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της συστηματικής ανασκόπησης .....	95
	7.4.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα.....	95
	7.4.2 Ανθρωπιστική αγάπη και η επαγγελματική εξουθένωση.....	97
	7.4.3 Ανθρωπιστική αγάπη και ψυχική ανθεκτικότητα.....	98
	7.4.4 Ο αντίκτυπος της ανθρωπιστικής αγάπης στους άλλους.....	99
	7.4.5 Ο αντίκτυπος της ανθρωπιστικής αγάπης προς τον εαυτό.....	101
	7.5 Συζήτηση.....	102
	7.6 Περιορισμοί της συστηματικής ανασκόπησης.....	104
	7.7 Κλινικές και ερευνητικές προεκτάσεις.....	105
	7.8 Συμπεράσματα και ανάγκη περαιτέρω πρωτογενούς έρευνας.....	106
8	Η Διερεύνηση της σχέσης συναισθημάτων αγάπης με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών υγείας και ο ρόλος της στην κλινική φροντίδα.....	108
	8.1 Κίνητρα, Σκοπός – Στόχοι και Ερευνητικές Υποθέσεις.....	108
	8.2 Υλικό και μέθοδος.....	111
	8.2.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία.....	111
	8.2.2 Διαδικασία δειγματοληψίας.....	111
	8.2.3 Κριτήρια ένταξης, δεοντολογικές διασφαλίσεις και έλεγχος συμμετοχής.....	112
	8.2.4 Τελικό δείγμα και διαχείριση δεδομένων.....	113

8.2.5	Μεθοδολογικοί περιορισμοί της δειγματοληψίας.....	113
8.2.6	Ηθικά ζητήματα της έρευνας.....	114
8.3	Εργαλεία μέτρησης.....	115
8.3.1	Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων...	115
8.3.2	Κλίμακα Συμπονετικής Αγάπης (Santa Clara Brief Compassion Scale).....	116
8.3.3	Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory MBI).....	117
8.3.4	Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor–Davidson (CD-RISC).....	118
8.3.5	Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας Eysenck (EPQ).....	119
8.3.6	Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας (SF-36).....	121
8.3.7	Love Experience Inventory (LEI).....	122
8.4	Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.....	123
8.4.1	Περιγραφική στατιστική.....	123
8.4.2	Μονομεταβλητές και διμεταβλητές αναλύσεις.....	124
8.4.3	Δομικά υποδείγματα και αναλύσεις διαμεσολάβησης.....	124
8.4.4	Αναλύσεις συμβολικών δεδομένων και ενοποίηση πεδίων.....	126
9	2 <sup>η</sup> Ερευνητική ενότητα: Η διερεύνηση της αγάπης, της συμπόνιας και της προσωπικότητας ως προβλεπτικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης στους/στις νοσηλευτές/τριες.....	127
9.1	Σκοπός.....	130
9.1.1	Ερευνητικό Ερώτημα 1.....	131
9.1.2	Ερευνητικό Ερώτημα 2.....	131
9.1.3	Ερευνητικό Ερώτημα 3.....	132
9.2	Αποτελέσματα.....	133
9.2.1	Περιγραφικά στατιστικά και συσχετίσεις μεταβλητών .....	133
9.2.2	Αποτελέσματα ανάλυσης διαδρομών.....	138
9.2.3	Άμεσες επιδράσεις.....	142
9.2.4	Αξιολόγηση του διαμεσολαβητικού ρόλου των μεταβλητών αγάπης και συμπόνιας.....	144
9.3	Συζήτηση.....	146
9.4	Κλινικές και πρακτικές επιπτώσεις.....	150
9.5	Περιορισμοί και μελλοντικές κατευθύνσεις.....	152
9.6	Συμπεράσματα.....	153

10	3 <sup>η</sup> Ερευνητική ενότητα: Σύμβολα και μεταφορές της φροντίδας και της αγάπης στη νοσηλευτική: διερεύνηση της ψυχολογικής και επαγγελματικής νοσηματοδότησης.....	157
10.1	Σκοπός.....	160
10.2	Μέθοδος.....	161
10.2.1	Σχεδιασμός μελέτης και συμμετέχοντες.....	162
10.2.2	Προετοιμασία δεδομένων.....	162
10.2.3	Ανάλυση δεδομένων.....	164
10.2.4	Ηθικά ζητήματα και αναστοχαστικότητα της έρευνας.....	165
10.3	Αποτελέσματα.....	166
10.3.1	Περιγραφικά στατιστικά.....	166
10.3.2	Αποτελέσματα γραφηματικής ανάλυσης.....	170
10.3.3	Αναλύσεις παλινδρόμησης.....	173
10.3.4	Αποτελέσματα της Πολλαπλής Παραγοντικής Ανάλυσης (Multiple Factor Analysis – MFA).....	174
10.4	Συζήτηση.....	181
10.5	Περιορισμοί.....	184
10.6	Μελλοντικές κατευθύνσεις.....	186
10.7	Συμπεράσματα.....	188
11	Η Ανθρωπιστική Αγάπη ως Μαθημένη Επαγγελματική Δεξιότητα Φροντίδας: Το Θεωρητικό Μοντέλο HALO (Humanitarian Amor as Learned Occupational Soft Skill).....	191
11.1	Εννοιολογικό Πλαίσιο: Αγάπη, Νόημα και Επαγγελματική Εξουθένωση στη Φροντίδα.....	197
11.2	Από το συναίσθημα στη σχεσιακή ικανότητα: Θεωρητικές Προσεγγίσεις.....	198
11.2.1	Η αγάπη ως στάση αντοχής στην πραγματικότητα.....	198
11.2.2	Η αγάπη πέρα από την ατομική αρετή: θεσμική και πολιτική διάσταση.....	199
11.2.3	Η ανθρωπιστική αγάπη ως μη-ρομαντική και μη-σωτηριολογική στάση στη φροντίδα.....	199
11.2.4	Ψυχοδυναμικοί άξονες της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα.....	200
11.3	Το Θεωρητικό Μοντέλο HALO.....	200
11.3.1	Το διαθεσιακό υπόστρωμα ως ψυχικό πλαίσιο.....	200
11.3.2	Οι σχεσιακές μικρο-δεξιότητες ως πυρήνας επαγγελματικής επάρκειας.....	201
11.3.3	Το Όριο ως Ψυχική Λειτουργία και Αθέατος Πυρήνας του HALO.....	201
11.4	Η ανθρωπιστική αγάπη και η επαγγελματική εξουθένωση.....	202

11.4.1	Ο υπαρξιακός κίνδυνος της αποπροσωποποίησης στη φροντίδα.....	202
11.5	Κλινικές και Εκπαιδευτικές Προεκτάσεις.....	203
11.5.1	Κλινικές προεκτάσεις και αναστοχασμός.....	203
11.5.2	Εκπαιδευτικές προεκτάσεις.....	204
11.6.	Μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις και ελέγξιμες υποθέσεις του μοντέλου HALO.....	205
11.7	Από την Ψυχοδυναμική Θεωρία της Φροντίδας στο Μοντέλο HALO: Επιστροφή και Θεωρητική Εξέλιξη.....	206
12	Γενικά και Θεωρητικά Συμπεράσματα: Η Ανθρωπιστική Αγάπη ως Όριο, Σχέση και Επαγγελματική Στάση.....	209
	Βιβλιογραφία.....	214
	Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	214
	Ελληνική βιβλιογραφία.....	250

**Γενικό μέρος**

### Η αγάπη ως οντολογικό στοιχείο της φροντίδας

*«Η αγάπη δεν είναι απάντηση σε ένα πρόβλημα·  
είναι ο τρόπος να παραμένεις όταν το πρόβλημα δεν λύνεται.»  
Emmanuel Levinas*

Η αγάπη έχει αναγνωριστεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως θεμελιώδης παράγοντας προαγωγής της ευημερίας και της ευζωίας, τόσο στο πλαίσιο των στενών διαπροσωπικών σχέσεων όσο και σε μη συγγενικά πλαίσια, όπως εκείνο της σχέσης επαγγελματία υγείας–ασθενούς (Arman & Rehnsfeldt, 2006; Emakpor & Nyback, 2010; Burunat, 2019; Adib-Hajbaghery & Bolandian Bafghi, 2020; Lekhak et al., 2023). Πλήθος ερευνητικών δεδομένων καταδεικνύει ότι η αγάπη συνδέεται με προστατευτική δράση έναντι καρδιαγγειακών, ανοσολογικών, νευρολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών, ενώ παράλληλα ενισχύει την προσωπική ανάπτυξη, ενεργοποιώντας νευρωνικά δίκτυα που σχετίζονται με το συναίσθημα, την προσοχή, το κίνητρο και τη μνήμη (Murray et al., 2019). Συνολικά, η αγάπη συσχετίζεται με μείωση της ψυχικής και σωματικής ταλαιπωρίας και με ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και του αισθήματος νοήματος (Oman et al., 2010; Kremer et al., 2013).

Ωστόσο, παρά τη σαφή τεκμηρίωση των ευεργετικών της επιδράσεων, η αγάπη παραμένει αξιοσημείωτα υποθεωρημένη στον επιστημονικό λόγο της υγειονομικής φροντίδας. Συχνά αντιμετωπίζεται είτε ως αυτονόητο ηθικό δεδομένο είτε ως έννοια ασύμβατη με την αυστηρότητα της επιστημονικής τεκμηρίωσης, λόγω της συναισθηματικής της φόρτισης και της δυσκολίας επιχειρησιακού ορισμού (Snook et al., 2020). Η αποσιώπηση αυτή δεν είναι τυχαία, αλλά συνδέεται ιστορικά με μια επιστημολογική παράδοση που διαχώρισε γνώση και

συναίσθημα, σώμα και νόημα, θεραπευτική πράξη και σχέση, προκρίνοντας τεχνοκρατικά μοντέλα φροντίδας έναντι σχεσιακών και αξιακών προσεγγίσεων.

Στο πλαίσιο των επιστημών φροντίδας (caring sciences), η φροντίδα δεν ορίζεται πρωτίστως ως σύνολο παρεμβάσεων, αλλά ως σχέση που συγκροτεί νόημα τόσο για εκείνον που φροντίζει όσο και για εκείνον που φροντίζεται. Οι caring sciences, αντλώντας από τη φαινομενολογία, την ηθική φιλοσοφία και την ψυχοδυναμική σκέψη, μετατοπίζουν το επιστημονικό ενδιαφέρον από το «τι γίνεται» στο «πώς υπάρχει κανείς μέσα στη σχέση φροντίδας». Υπό αυτή την οπτική, η αγάπη δεν αποτελεί συναισθηματικό περίσσειμα της φροντίδας, αλλά δομικό της στοιχείο, καθώς επιτρέπει τη συγκρότηση της σχέσης ως χώρου αναγνώρισης, ευθύνης και αντοχής.

Από φαινομενολογική σκοπιά, ο ανθρώπινος πόνος δεν βιώνεται αποκλειστικά ως βιολογικό σύμπτωμα, αλλά ως εμπειρία ενσώματη, υπαρξιακή και σχεσιακή. Το σώμα του πάσχοντος δεν είναι απλώς φορέας δυσλειτουργίας, αλλά τόπος νοήματος, έκθεσης και ευαλωτότητας, όπως αναδεικνύεται στη φαινομενολογία του σώματος του Maurice Merleau-Ponty. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα δεν μπορεί να περιοριστεί σε τεχνική παρέμβαση, αλλά συγκροτείται ως σχέση παρουσίας απέναντι σε ένα σώμα που υποφέρει και ζητά αναγνώριση. Η αγάπη, υπό αυτή την οπτική, δεν λειτουργεί ως συναισθηματική υπέρβαση του πόνου, αλλά ως τρόπος παραμονής εντός του, ως στάση που επιτρέπει στον Άλλον να υπάρξει μέσα στην ευαλωτότητά του χωρίς να αντικειμενοποιηθεί.

Η φαινομενολογική αυτή θεώρηση συναντά την ηθική φιλοσοφία του Emmanuel Levinas, όπου η ευθύνη προς τον Άλλον προηγείται κάθε τεχνικής ή γνωσιακής πράξης. Η αγάπη δεν νοείται ως συναίσθημα ιδιοποίησης ή παρηγορητικής αυταπάτης, αλλά ως ηθική εγρήγορση απέναντι στο πρόσωπο που υποφέρει. Πρόκειται για μια αγάπη που δεν υπόσχεται λύση, αλλά παρουσία: που δεν καταργεί το όριο, αλλά το αναγνωρίζει και το σέβεται.

Η ανάγκη αυτής της στάσης καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής στο σύγχρονο κλινικό περιβάλλον, όπου οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λειτουργήσουν υπό συνθήκες αυξημένης πίεσης, ηθικών διλημάτων και χρόνιου συναισθηματικού φόρτου. Η επαγγελματική εξουθένωση, όπως περιγράφηκε αρχικά από τον Freudenberger (1974) και συστηματοποιήθηκε από τις Maslach και Jackson (1981), εκδηλώνεται μέσω συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένου αισθήματος προσωπικής επίτευξης. Η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει την αυξημένη ευαλωτότητα των επαγγελματιών υγείας στην εμφάνιση του συνδρόμου αυτού, ιδίως σε επαγγέλματα που βασίζονται στη διαρκή σχέση με τον ανθρώπινο πόνο (Gómez-Urquiza et al., 2017; Mealer et al., 2019; Moukarzel et al., 2019).

Σε ψυχοδυναμικό επίπεδο, η αποπροσωποποίηση και ο κυνισμός μπορούν να ιδωθούν ως αμυντικές διεργασίες απέναντι στην αδυναμία επεξεργασίας της απώλειας, της ματαίωσης και του θανάτου. Η απουσία ενός πλαισίου που να επιτρέπει την ψυχική επεξεργασία της σχέσης φροντίδας οδηγεί συχνά είτε σε συναισθηματική αποσύνδεση είτε σε υπερεμπλοκή, δύο πόλους εξίσου επιβαρυντικούς. Η ψυχοδυναμική σκέψη, από τον Freud έως τον Winnicott, υπογραμμίζει τη σημασία της ικανότητας του επαγγελματία να «παραμένει» μέσα στη σχέση χωρίς να καταρρέει ή να αποσύρεται αμυντικά.

Στο σημείο αυτό αναδεικνύεται η ψυχική ανθεκτικότητα ως δυναμική ικανότητα προσαρμογής και ανάκαμψης (Connor & Davidson, 2003; Zhang et al., 2025). Η ανθεκτικότητα δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά καλλιεργείται μέσα σε σχέσεις που επιτρέπουν τη νοηματοδότηση του πόνου και την αναγνώριση των ορίων. Οι μηχανισμοί ανθεκτικότητας εκτείνονται από την αντιμετώπιση της καθημερινής επαγγελματικής κόπωσης έως τη διαχείριση τραυματικών εμπειριών, όπως το πένθος (Fletcher & Sarkar, 2013), και συνδέονται με βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Υπό αυτό το πρίσμα, η ανθρωπιστική αγάπη δεν ταυτίζεται ούτε με τη συναισθηματική υπερεμπλοκή ούτε με την επαγγελματική αποστασιοποίηση. Αντίθετα, συγκροτεί μια ώριμη σχεσιακή ικανότητα (relational capacity), η οποία επιτρέπει την εγγύτητα χωρίς απώλεια ορίων και την απόσταση χωρίς συναισθηματική αποκοπή. Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη, καθώς η υπερεμπλοκή έχει συσχετιστεί με σύγχυση ρόλων, ηθική δυσφορία και αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση (Mitala, 2016; Maida, 2018), ενώ η απουσία σχέσης οδηγεί σε αποπροσωποποίηση και απώλεια νοήματος (Lok et al., 2017; Hren, 2019).

Εδώ αναδύεται η αναγκαιότητα ενός θεωρητικού πλαισίου που να μπορεί να συγκρατήσει την αγάπη ως οντολογικό και ηθικό στοιχείο της φροντίδας, χωρίς να την εξιδανικεύει ή να την απονευρώνει. Η πρακτική βασισμένη σε αξίες (Values-Based Practice) προσφέρει το εννοιολογικό έδαφος εντός του οποίου η ανθρωπιστική αγάπη αποκτά επιστημονική και κλινική νομιμοποίηση, λειτουργώντας συμπληρωματικά προς την τεκμηριωμένη πρακτική και επιτρέποντας τη σύνδεση επιστημονικής γνώσης, ηθικής κρίσης και βιωμένης εμπειρίας (Fulford, 2008; Fulford et al., 2012; Loughlin, 2014).

Συμπερασματικά, στο σημείο αυτό καθίσταται εμφανής η απουσία ενός συνεκτικού θεωρητικού πλαισίου που να μπορεί να συγκρατήσει συστηματικά την ανθρωπιστική αγάπη ως δομική συνθήκη της σχέσης φροντίδας. Παρά τον πλούτο των εμπειρικών δεδομένων και των φιλοσοφικών και ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων που αναδεικνύουν τη σημασία της αγάπης, του πόνου και της σχέσης, η βιβλιογραφία στερείται ενός εννοιολογικού μοντέλου που να περιγράφει πώς μπορεί ο επαγγελματίας να παραμένει σε σχέση με τον Άλλον χωρίς να καταφεύγει είτε στην αποπροσωποποίηση είτε στην εξουθενωτική υπερεμπλοκή. Η έλλειψη αυτή δεν είναι απλώς θεωρητική, αλλά έχει άμεσες κλινικές και εκπαιδευτικές συνέπειες, καθώς αφήνει τους επαγγελματίες χωρίς ένα κοινό εννοιολογικό λεξιλόγιο για την κατανόηση της φροντίδας ως σχέσης ορίου, παρουσίας και ευθύνης. Η ανάγκη για ένα τέτοιο θεωρητικό υπόδειγμα αναδύεται ακριβώς εδώ: στο σημείο όπου η φροντίδα συναντά τον πόνο ως

αδιαπέραστο όριο, το σώμα ως τόπο νοήματος και την αγάπη όχι ως συναίσθημα υπέρβασης,  
αλλά ως ικανότητα παραμονής μέσα σε συνθήκες ευαλωτότητας και αβεβαιότητας.

### **Η ανθρωπιστική αγάπη ως φιλοσοφικό, ηθικό και ψυχολογικό πρόβλημα της φροντίδας**

*«Το μέτρο της αγάπης είναι να αγαπάς χωρίς μέτρο.»  
Augustine of Hippo*

Η έννοια της ανθρωπιστικής αγάπης αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της φιλοσοφικής, ηθικής και ψυχολογικής σκέψης. Δεν πρόκειται για μια συναισθηματική ή ρομαντική κατάσταση, αλλά για μία βαθιά υπαρξιακή στάση, που θεμελιώνεται στην αναγνώριση της αξιοπρέπειας του Άλλου και την άνευ όρων δέσμευση για τη φροντίδα και το καλό του. Η ανθρωπιστική αγάπη, ως έννοια βαθιά ριζωμένη στη φιλοσοφία, τη θεολογία και την ηθική ψυχολογία, αποτελεί θεμέλιο της ανθρώπινης συνύπαρξης και της πρακτικής της φροντίδας. Σε αντίθεση με τον έρωτα (eros), που συνδέεται με την επιθυμία και τη σωματική έλξη, ή τη φιλία (philia), που βασίζεται στην ανταπόδοση, η ανθρωπιστική αγάπη είναι άνευ όρων, ασύμμετρη και προσφέρεται χωρίς την προσδοκία ανταλλάγματος (Nygren, 1953).

#### **2.1 Η έννοια της ανθρωπιστικής αγάπης στη φιλοσοφική και ηθική σκέψη**

Αρχίζοντας από την πλατωνική σκέψη, ο έρωτας δεν αποτελεί μονάχα επιθυμία για σωματική απόλαυση, αλλά μια πολυδιάστατη δύναμη με φιλοσοφική προέκταση. Σύμφωνα με τον Motta (2016) η έννοια του «φιλοσοφικού πλατωνικού έρωτα» αναδεικνύεται ως αποτέλεσμα μιας βαθιάς εσωτερικής μεταμόρφωσης της ψυχής. Ο έρωτας προκύπτει όταν το λογικό μέρος της ψυχής αποκτά τη δύναμη να αναγνωρίσει την ύπαρξη και την αξία των Ιδεών. Επομένως, ο έρωτας δεν είναι επιφανειακή έλξη, αλλά επιθυμία που γεννιέται μέσα από τη συνειδητοποίηση της ανώτερης φύσης της γνώσης και της αλήθειας. Παράλληλα, η ιδιαιτερότητα του

πλατωνικού έρωτα παρουσιάζει διπλή διάσταση, στην οποία ο έρωσ αναγνωρίζεται ως εσωτερική ώθηση προς τη γνώση των Ιδεών, κυρίως του κάλλους και του αγαθού, και συγχρόνως εκφράζεται ως επιθυμία μετάδοσης αυτής της δυναμικής σε άλλους, που θεωρούνται «γόνιμο έδαφος» (Motta, 2016).

Επιπλέον, ο Πλάτωνας αναφέρει ότι ο φιλόσοφος δεν αγαπά μόνο την αλήθεια, αλλά και εκείνους που έχουν την προδιάθεση να την δεχτούν. Για το λόγο αυτό η σχέση του με τους νεαρούς μαθητές του δεν ήταν μονάχα σαρκική, αλλά εσωτερικά ερωτική, με την έννοια της πνευματικής καθοδήγησης και γονιμότητας. Αυτά τα χαρακτηριστικά διακρίνονται στη συχνή σεξουαλική ή μυητική γλώσσα που χρησιμοποιούσε, δίνοντας στον φιλοσοφικό έρωτα την ένταση μιας θρησκευτικής μεταστροφής. Ο Πλάτωνας τόνιζε ότι ο έρωτας δεν αναδύεται μόνο από την εμπειρία του ωραίου, προϋποθέτει την παιδεία και τη φύση, κατάλληλη για φιλοσοφική κατανόηση. Με άλλα λόγια, δεν αρκεί αποκλειστικά η παρουσία της ομορφιάς, αλλά η ικανότητα του φιλοσόφου να τη βλέπει ως φανέρωση της Ιδέας. Εκεί πραγματικά γεννάται ο πλατωνικός έρωσ, που γίνεται κινητήρια δύναμη προς το αγαθό και την αλήθεια, και διαμορφώνει τον φιλόσοφο τόσο ως ερευνητή όσο και ως δάσκαλο (Motta, 2016). Αντιλαμβανόμαστε ότι η ρητορική του Πλάτωνα δεν αποτελεί απλώς μια «φιλοσοφική ρητορική», αλλά ένα ολοκληρωμένο σύστημα πειθούς βασισμένο στην ψυχολογία και την κινητοποίηση της επιθυμίας της ψυχής. Ο Πλάτωνας επιδιώκει να παρουσιάσει μια τέχνη του λόγου που δεν περιορίζεται στη διδασκαλία ή την εντύπωση, αλλά κινεί βαθιά τη ψυχή, προκαλώντας εσωτερική μεταμόρφωση μέσω της εμπειρίας του έρωτα.

Όσον αφορά τον Αριστοτέλη, ο Walker (1979) εξετάζει τη θεωρία της φιλίας του Αριστοτέλη στα «Ηθικά Νικομάχεια», όπου επικεντρώνεται στη θεμελιώδη διάκριση μεταξύ των τριών ειδών φιλίας: α) τη φιλία της αρετής, β) τη φιλία της ηδονής και γ) τη φιλία της χρησιμότητας. Αναλυτικότερα, η φιλία της αρετής είναι η μορφή φιλίας που πληρεί τις προϋποθέσεις, όπως τις ορίζει ο Αριστοτέλης, και σχετίζεται με την αμοιβαία στοργή, την καλή

προαίρεση και την επίγνωση της αμοιβαιότητας. Από την άλλη πλευρά, οι δύο άλλες μορφές, πληρούν μερικώς τις προϋποθέσεις του Αριστοτέλη, και αποτελούν τις περιπτώσεις όπου οι φίλοι δεν αγαπούν το πρόσωπο καθαυτό, αλλά η φιλία τους προέρχεται από κάποια ευχαρίστηση ή από κάποιο όφελος που αποκομίζουν. Η κεντρική θέση του συγγραφέα είναι ότι τα τρία είδη φιλίας δε σχετίζονται με την αναλογία (analogical homonymy) ή την εστιακή ομωνυμία (focal homonymy). Αντιθέτως προέρχονται μέσω μιας πιο «χαλαρής» μορφής ομωνυμίας που βασίζεται στην ομοιότητα (καθ' όμοιότητα). Αυτό σημαίνει ότι οι λεγόμενες «κατώτερες» φιλίες είναι φιλίες κατ' όνομα ή κατά αναλογία προς την κυρίαρχη φιλία της αρετής. Επομένως, η προσέγγιση του Αριστοτέλη αποτελεί μία σύνθετη σκέψη και μια απλή τυπολογία, υπονοώντας πως η «τέλεια» φιλία είναι το κριτήριο μέτρησης και η πηγή νοηματοδότησης για τις υπόλοιπες μορφές φιλίας. Παρόλο που ο Αριστοτέλης δεν χρησιμοποιεί την έννοια της «αγάπης» με τη χριστιανική της έννοια, η φιλία της αρετής αγγίζει ένα είδος ανιδιοτελούς αγάπης, όπου οι φίλοι επιδιώκουν το καλό του άλλου για χάρη του και όχι για το όφελος ή την ευχαρίστησή τους. Κατά συνέπεια, η σχέση αυτή στηρίζεται στο σεβασμό της ηθικής αρετής και στην αμοιβαία αναγνώριση της αξίας του άλλου (Walker, 1979).

Ακόμη, ο Kierkegaard στο έργο του «Works of Love» (1847) παρουσιάζει την αγάπη όχι ως συναίσθημα ή φυσική έλξη, αλλά ως εντολή που προέρχεται από τον Θεό και αφορά όλους τους ανθρώπους. Η «αγάπη προς τον πλησίον» αποτελεί τη κεντρική χριστιανική αρετή και διαφοροποιείται από άλλες μορφές αγάπης, όπως ο έρωτας ή η φιλία. Ο Kierkegaard τονίζει ότι η «αγάπη προς τον πλησίον» δεν είναι θέμα επιλογής, προτίμησης ή συναισθηματικής σύνδεσης, αλλά θεωρείται καθήκον και εντολή που υποχρεώνει τον άνθρωπο να αγαπά κάθε άλλον, χωρίς διακρίσεις, προκαταλήψεις ή συναισθηματικά όρια. Η συγκεκριμένη μορφή αγάπης είναι ασφαλώς διαφορετική από τον έρωτα ή τη φιλία, που εξαρτώνται από αμοιβαιότητα και προσωπική έλξη. Όσο για τον όρο «πλησίον», δεν αναφέρεται σε κάποιο

συγκεκριμένο άνθρωπο ή κοντινό πρόσωπο με την κοινωνική, συναισθηματική ή φυσική έννοια, αντιθέτως, είναι ο κάθε άνθρωπος, ακόμη και ο εχθρός ή ο άγνωστος. Επομένως, ο πλησίον είναι ο ίσος προς τον εαυτό, μέσα από την κοινή μας αναφορά στον Θεό. Ο Kierkegaard επισημαίνει ότι ο άνθρωπος καλείται να αγαπά τους άλλους, όχι επειδή αισθάνεται, αλλά γιατί πιστεύει στο Θεό. Με τον τρόπο αυτό, η αγάπη γίνεται η έκφραση της σχέσης του ανθρώπου με τον Θεό, μία έκφραση εσωτερική, σιωπηλή, επίμονη και ανιδιοτελής. Εν συνόλω, η γνήσια αγάπη πρέπει να εκδηλώνεται χωρίς επιδεικτικότητα ή αναζήτηση ανταπόδοσης, ενώ πρέπει να καταργεί τις κοινωνικές ιεραρχίες, τις ταξικές διαφορές και τις εξωτερικές διακρίσεις, στηριζόμενη πάντα στη θεϊκή εντολή (Kierkegaard, 1847).

Επιπρόσθετα, ο Martin Buber στο έργο «I and Thou» (2008) αναπτύσσει τη θεμελιώδη διάκριση στις σχέσεις «Εγώ-Εσύ» και «Εγώ-Αυτό», περιγράφοντας και την προσωπική σχέση με τον Θεό, τον οποίο αποκαλεί «αιώνιο Εσύ». Σύμφωνα με τον Charmé (1977), η σχέση «Εγώ-Εσύ» περιγράφεται ως μια αυθεντική, άμεση, προσωπική και άχρονη σχέση, που δεν βασίζεται σε αισθητηριακή ή λογική γνώση, αλλά παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά μιας μυστικιστικής εμπειρίας, όπου το υποκείμενο συναντά τον άλλον ως μοναδική ολότητα πέρα από κάθε περιγραφή ή αντίληψη. Παράλληλα, ο συγγραφέας αναφέρει ότι η σχέση «Εγώ-Εσύ» στο πλαίσιο της ηθικής, δίνει έμφαση στο σεβασμό, την αποδοχή της μοναδικότητας του άλλου και την υπευθυνότητα μέσα στην ανθρώπινη συνάντηση. Η συγκεκριμένη ηθική σχέση προϋποθέτει την ύπαρξη γνώσης για τον άλλον, προβάλλοντας μια βαθιά ενσυναίσθηση με σεβασμό προς το πρόσωπο του άλλου, και όχι ως αντικείμενο προς εκμετάλλευση. Συλλογικά, αναπτύσσοντας τη θεμελιώδη διάκριση, ο Buber τονίζει ότι μόνο στη σχέση «Εγώ-Εσύ», μπορεί να αναδύεται η αυθεντική αγάπη, η οποία διακρίνει τον Άλλον ως πρόσωπο και όχι ως μέσο ή αντικείμενο, πάντοτε όμως στο πλαίσιο μιας αυθεντικής και διαλογικής σχέσης (Charmé, 1977).

Πηγαίνοντας στη σκέψη του Emmanuel Levinas, ο έρωσ δεν αποτελεί την επιστροφή στον εαυτό ή την πορεία προς το ιδεώδες, όπως υποστηρίζει ο Πλάτωνας, αλλά μια βαθιά προσωπική σχέση με την απόλυτη ετερότητα του Άλλου. Η εμπειρία της ερωτικής ένωσης δημιουργεί έναν κοινό χώρο ζεστασιάς και οικειότητας, έναν χώρο όπου το υποκείμενο μπορεί να ηρεμήσει από την υπαρξιακή του απομόνωση, τη μοναξιά του. Παρόλο που ο έρωσ προσδίδει την επιθυμία και την τρυφερότητα, φέρει και τη διάσταση της ευαλωτότητας του Άλλου και γεννά την επιθυμία φροντίδας και προστασίας. Ωστόσο, ο έρωτας παραμένει πάντοτε αμοιβαίος, δηλαδή ο ερωτευμένος/η επιθυμεί και εκείνος/η να αγαπηθεί. Έτσι, ο Levinas περιγράφει έναν «διπλό εγωισμό» στη σχέση των δύο προσώπων, οι οποίοι φαίνεται να απομονώνονται από την κοινωνική σφαίρα και να αποκλείουν τους υπόλοιπους (τους άλλους). Όμως, παρά την τάση προς την ένωση, ο έρωσ δεν οδηγεί σε συγχώνευση των δύο προσώπων, αλλά το Εγώ και ο Άλλος παραμένουν διακριτά όντα, διατηρώντας το μυστήριο και τη μοναδικότητά τους (Levinas, 1969; Levinas, 1998; Wang, 2017).

Σε αντίθεση με τον έρωτα, η agape (η αγάπη προς τον πλησίον) κατά τον Levinas, δεν βασίζεται στην αμοιβαιότητα ή την επιθυμία, αλλά αποτελεί μια ανιδιοτελή, ηθική ευθύνη προς τον Άλλον, που προέρχεται από την εμπειρία του. Με άλλα λόγια, το πρόσωπο του Άλλου μας καλεί μέσω της γυμνότητας και της αδυναμίας του, σε μια μη ανταποδοτική προσφορά και δέσμευση. Η συγκεκριμένη κατάσταση προκαλεί ντροπή και ενοχή στο υποκείμενο για την αυθαιρεσία της δικής του ελευθερίας, και συνέπεια αυτού είναι ο μετασχηματισμός του Εγώ ώστε να δικαιολογηθεί ηθικά. Έτσι, η agape δεν είναι συναίσθημα αλλά υπαρξιακή υποταγή στην ευθύνη για τον Άλλον, ανεξαρτήτως ανταπόδοσης. Στο σημείο αυτό, αναδύεται και ο Θεός, όχι μεταφυσικά αλλά ηθικά, ως ηθικό ίχνος προς στον Άλλον. Κατά τον Levinas, ενώ ο έρωσ και η αγάπη σχηματίζουν δύο διαφορετικές μορφές σχέσης, συναντώνται σε κοινό πεδίο, αφού κινητοποιούνται από τον Άλλον και διαρρηγνύουν την αυτάρκεια του Εγώ (Levinas, 1969; Levinas, 1998; Wang, 2017).

## 2.2 Η θεολογική ερμηνεία της αγάπης στον Χριστιανισμό

Η χριστιανική έννοια της αγάπης συνιστά τον πυρήνα της θεολογίας και της πνευματικότητας της θρησκείας του Χριστιανισμού. Η αγάπη δεν είναι ηθική επιταγή, αλλά φανέρωση του ίδιου του Θεού στον κόσμο, «ο Θεός δεν αγαπά απλώς, αλλά είναι αγάπη» (Α' Ιω. 4:8, *Η Καινή Διαθήκη*). Η χριστιανική αγάπη διαφέρει από κάθε φυσική ή κοινωνική αγάπη καθώς είναι ανιδιοτελής, εκούσια και καθολική, φτάνοντας μέχρι και στους εχθρούς. Η εντολή του Ιησού «να αγαπάτε αλλήλους καθώς εγώ σας αγάπησα» (Ιω. 13:34, *Η Καινή Διαθήκη*) καθιστά την αγάπη ως κριτήριο αυθεντικής μαθητείας και πράξης πίστεως, υπερβαίνοντας την ανταπόδοση ή το προσωπικό συμφέρον. Στην ηθική θεώρηση, η αγάπη αποτελεί κατευθυντήρια αρχή που μεταμορφώνει την ανθρώπινη βούληση και εντάσσεται ηθικά σε σχέση με τον Άλλον. Έτσι, η αγάπη δεν είναι απλώς συναίσθημα ή αρετή ανάμεσα σε άλλες, αλλά το καθολικό ηθικό πλαίσιο μέσα στο οποίο νοηματοδοτούνται όλες οι χριστιανικές πράξεις. Η *agape*, η θεϊκή, μη ανταποδοτική αγάπη, εισάγει την έννοια της ασυμμετρίας στις ηθικές σχέσεις, καλώντας τον πιστό να αγαπήσει τον πλησίον χωρίς να αναμένει ανταμοιβή ή ισότητα. Η συγκεκριμένη προσέγγιση προσδίδει στην αγάπη ριζοσπαστικό χαρακτήρα, αφού επιμένει στην ευθύνη και την αυτοθυσία ως στοιχεία του ηθικά ώριμου υποκειμένου. Ακόμη, η πνευματική διάσταση της αγάπης αναδεικνύεται ιδιαίτερα στο Κατά Ιωάννην Ευαγγέλιο, όπου δίνεται έμφαση στην ενότητά της με τη θεία παρουσία και την εμπειρική ζωή των πιστών. Η αγάπη του Θεού παρουσιάζεται ως θεμελιώδης υπαρξιακή εμπειρία, η οποία μεταμορφώνει την ταυτότητα του ανθρώπου μέσα από τη μετοχή στη ζωή του Χριστού. Η αγάπη δεν είναι μόνο αντικείμενο κατανόησης, αλλά πρωτίστως σχέση που βιώνεται, δηλαδή που μετέχει κάποιος στην ίδια τη ζωή του Θεού και αντανakλά την αγάπη αυτή στους άλλους (Lillie, 1959; Van der Merwe, 2020; O'Donovan, 2024). Επομένως, η χριστιανική έννοια της αγάπης εισάγει την έννοια αυτή ως θυσιαστική στάση ζωής - υπάρχουμε για να υπηρετούμε τον άλλον, ακόμη και εις βάρος του ίδιου του εαυτού. Εν συνόλω, η χριστιανική αγάπη, όπως εκφράζεται στην Καινή Διαθήκη

και στους Πατέρες της Εκκλησίας, είναι η κατεξοχήν έκφραση μιας θυσιαστικής και άνευ όρων αγάπης προς όλους (Ελληνική Βιβλική Εταιρία, 2003).

Επιπροσθέτως, ο Άγιος Μάξιμος ο Ομολογητής αντιλαμβάνεται την αγάπη ως την υπέρτατη πνευματική δύναμη που ενοποιεί όλα τα όντα, υπερβαίνοντας κάθε φυσική ή κοινωνική διαφορά. Στο έργο του «Κεφάλαια περί Αγάπης», τονίζει ότι η αγάπη «αναγνωρίζει την ίση αξία όλων των ανθρώπων» και ενώνει εκείνους που έχουν διασπαστεί, δημιουργώντας μια αποτελεσματική ένωση βούλησης και σκοπού. Η συγκεκριμένη αγάπη δεν είναι απλώς συναίσθημα, αλλά εσωτερική κατάσταση που μεταμορφώνει τον άνθρωπο, οδηγώντας στην ανιδιοτελή προσφορά και ενότητα με τον Θεό και τον πλησίον. Στην κοσμοθεωρία του Αγ. Μάξιμου, η αγάπη λειτουργεί ως θεμέλιο της θεολογικής και ηθικής του σύνθεσης (Μάξιμος ο Ομολογητής, 2019). Σύμφωνα με τον Harper (2019), η αγάπη κατά τον Άγιο Μάξιμο αποτελεί το κέντρο της ανθρώπινης ύπαρξης και της ηθικής, επιτρέποντας τη συγκέντρωση των διασκορπισμένων μερών της ανθρώπινης φύσης σε ένα ενιαίο, ομοούσιο σύνολο, το οποίο θα ενωθεί με την κοσμική Εκκλησία του Χριστού. Αυτή η προσέγγιση παρουσιάζει την αγάπη όχι μόνο ως ηθική εντολή, αλλά και ως οντολογική πραγματικότητα που ενοποιεί εν συνόλω την ανθρωπότητα με τον Θεό (Harper, 2019). Επιπλέον, ο Άγιος Μάξιμος διδάσκει ότι η αγάπη οδηγεί στην υπέρβαση των διαφορών, όπως το φύλο, η κοινωνική θέση κ.α. Στο έργο του ο Constas (2014), αναφέρει ότι η αγάπη είναι η δύναμη που ενώνει τα όντα, προωθώντας την ομοιότητα και την ενότητα μεταξύ τους. Αυτή η θεώρηση της αγάπης ως ενοποιητικής δύναμης αντικατοπτρίζει την πεποίθηση ότι μέσω αυτής, ο άνθρωπος μπορεί να υπερβεί τις φυσικές και κοινωνικές διαφορές, επιτυγχάνοντας την ένωση με τον Θεό και την πλήρη θεοποίηση (Costache, 2013).

Ακόμη, ο Απόστολος Παύλος, στην Α΄ Επιστολή προς Κορινθίους, αποδίδει στην αγάπη τον χαρακτήρα της υπέρτατης αρετής, τοποθετώντας την υψηλότερα ακόμη και από την πίστη και την ελπίδα: «νυνὶ δὲ μένει πίστις, ἐλπίς, ἀγάπη, τὰ τρία ταῦτα· μείζων δὲ τούτων ἡ ἀγάπη»

(Α΄ Κορ. 13:13, *Η Καινή Διαθήκη*). Η δήλωση αυτή εκφράζει την ηθική αξία της αγάπης, ενώ παράλληλα την αναδεικνύει σε θεμελιώδη αρχή της χριστιανικής ζωής και προϋπόθεση για κάθε αυθεντική πνευματική πράξη. Όπως σημειώνει ο Hays (1996), η αγάπη του Αποστόλου Παύλου δεν είναι απλώς συναισθηματική προσκόλληση, αλλά πράξη αυτοθυσιαστικής αφοσίωσης, ριζωμένη στο σταυρό του Χριστού και προσανατολισμένη στην οικοδομή της κοινότητας. Επομένως, η αγάπη για τον Απόστολο Παύλο, δεν είναι μονάχα ηθική αρετή, αλλά η ουσία της νέας ζωής εν Χριστώ, που ανατρέπει τους εγωιστικούς παράγοντες και θεμελιώνει την ενότητα της Εκκλησίας (Ελληνική Βιβλική Εταιρία, 2003).

### **2.3 Η συγκριτική θεώρηση της αγάπης στις μεγάλες θρησκευτικές παραδόσεις**

Η αγάπη, ως θεμελιώδης πνευματική και ηθική αξία, διαπερνά ακόμα και τις μεγάλες θρησκευτικές παραδόσεις του κόσμου. Αν και οι εκφάνσεις, οι όροι και τα φιλοσοφικά συμφραζόμενα διαφέρουν, η έννοια της αγάπης παραμένει στο επίκεντρο της ανθρώπινης σχέσης με το θείο, τον εαυτό και τον άλλον. Σε αυτό το κεφάλαιο, εξετάζονται επιλεκτικά οι διάφορες αντιλήψεις περί αγάπης σε τέσσερις βασικές θρησκευτικές παραδόσεις: τον Ιουδαϊσμό, το Ισλάμ, τον Ινδουισμό και το Βουδισμό.

#### **2.3.1 Η αγάπη στον Ιουδαϊσμό**

Στον Ιουδαϊσμό, η αγάπη δεν είναι απλά ένα ηθικό συναίσθημα, αλλά μια θεμελιώδης εντολή και πράξη υπακοής προς τον Θεό. Η Τορά ορίζει την αγάπη ως διττή εντολή: «ἀγαπήσεις Κύριον τὸν Θεόν σου ἐξ ὅλης σου τῆς καρδίας» (Δευτ. 6:5, *Η Παλαιά Διαθήκη*) και «ἀγαπήσεις τὸν πλησίον σου ὡς σεαυτόν» (Λευιτ. 19:18, *Η Παλαιά Διαθήκη*). Οι δύο αναφερόμενες εντολές βρίσκονται στον πυρήνα της ιουδαϊκής ηθικής και πνευματικότητας, καθώς η αγάπη προς τον Θεό και τον πλησίον ενσωματώνει όλη τη Θεία Διδασκαλία (Berman, 2008). Επίσης, η αγάπη συνδέεται άρρηκτα με έννοιες όπως η «tzedakah» (τη δικαιοσύνη με τη κοινωνική της διάσταση) και η «chesed» (τη φιλευσπλαχνία, την πιστότητα και τη χάρη), οι οποίες εκφράζουν

την πρακτική διάσταση της αγάπης μέσα στην κοινότητα και στη σχέση με τον Θεό (Sacks, 2005).

Η θεία αγάπη στον Ιουδαϊσμό εκφράζεται συχνά μέσα από την εικόνα της διαθήκης (covenant), μιας σχέσης πιστότητας ανάμεσα στον Θεό και τον λαό του Ισραήλ. Οι Προφήτες, όπως ο Ωσηέ και ο Ησαΐας, περιγράφουν την αγάπη του Θεού ως στοργική, σταθερή και συχνά θυσιαστική, παρά την απιστία του λαού (Heschel, 1955). Παρόμοια, οι Ψαλμοί επαναλαμβάνουν την εσχατολογική ελπίδα και τη βεβαιότητα ότι «το ἔλεος τοῦ Κυρίου εἰς τὸν αἰῶνα» (Ψαλμ. 102:17, *Η Παλαιά Διαθήκη*), υπογραμμίζοντας την «chesed» του Θεού ως αιώνια και αμετάβλητη. Η αγάπη, λοιπόν, δεν είναι αφηρημένη ή συναισθηματική σχέση, είναι πράξη πίστης, ευθύνης και κοινωνικής δικαιοσύνης, βασισμένη στην εμπιστοσύνη και την αμοιβαία αφοσίωση μεταξύ Θεού και ανθρώπων (Levenson, 1993). Η ιουδαϊκή κατανόηση της αγάπης αποτελεί ένα σύνολο πνευματικής προσήλωσης και ηθικής πράξης, που διαμορφώνει τόσο τη θεολογία όσο και τη ζωή της κοινότητας (Ελληνική Βιβλική Εταιρία, 1997).

### **2.3.2 Η αγάπη στο Ισλάμ**

Στο Ισλάμ, η αγάπη για τον Αλλάχ (maḥabba) θεωρείται η κορυφαία έκφραση πνευματικής πληρότητας και ανθρώπινης ολοκλήρωσης. Η έννοια της αγάπης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υπακοή, το σεβασμό και την ειλικρινή επιθυμία να ευαρεστήσει κανείς τον Δημιουργό. Το Κοράνι αναφέρει: «Ο Αλλάχ αγαπά εκείνους που μετανοούν και καθαρίζονται» (Κοράνι 2:222), υποδεικνύοντας ότι η θεία αγάπη είναι ανταποδοτική αλλά βασισμένη στη χάρη και την ηθική αναγέννηση (Nasr, 2002). Η «maḥabba» εκδηλώνεται μέσα από την εσωτερική μεταστροφή του ανθρώπου, ο οποίος προσεγγίζει τον Αλλάχ όχι μόνο ως Κύριο, αλλά και ως Αγαπημένο, προσφέροντας τον εαυτό του πλήρως στον θείο σκοπό (Murata & Chittick, 1994). Οι παραδοσιακές ισλαμικές θεολογίες, όπως του Αλ-Γκαζάλι, τονίζουν ότι η αγάπη προς τον Θεό προϋποθέτει γνώση, πειθαρχία και τελική ταύτιση της ανθρώπινης θέλησης με τη θεία βούληση.

Παράλληλα, στον Σουφισμό (εσωτερικό ρεύμα του Ισλάμ) η αγάπη αναδεικνύεται ως βασική οντολογική και μυστικιστική δύναμη. Ο Θεός προσεγγίζεται ως ο «Αγαπημένος» (Maḥbūb), και η ανθρώπινη ψυχή ως ο «Εραστής» (‘Āshiq), που αναζητά τη χαμένη ενότητα μαζί του. Η αγάπη περιγράφεται ως φλογερή, μεταμορφωτική εμπειρία, που οδηγεί σε απογύμνωση του Εγώ και ένωση με το θείο (Schimmel, 1975). Ο Jalāl al-Dīn Rūmī, ένας από τους σημαντικότερους Σούφι ποιητές, γράφει: «Η αγάπη είναι ο δάσκαλος. Εμείς δεν είμαστε παρά τα όργανά της», ενσαρκώνοντας την πεποίθηση ότι μόνο μέσω της αγάπης μπορεί η ψυχή να φτάσει στον Θεό. Ο Al-Ghazālī, επίσης, υποστηρίζει ότι η αληθινή αγάπη προς τον Θεό προκύπτει από βαθιά επίγνωση της θείας ομορφιάς και τελειότητας, και υπερβαίνει ακόμα και τον φόβο ή την ελπίδα (al-Ghazālī, 1873). Μέσα σε αυτό το πνευματικό πλαίσιο, η αγάπη δεν είναι απλώς συναίσθημα, αλλά μια υπαρξιακή πορεία εκμηδένισης του εαυτού και αφομοίωσης με τον Θεό, καθιστώντας τον, τον τελικό σκοπό της θρησκευτικής ζωής.

### **2.3.3 Η αγάπη στον Ινδουισμό**

Στον Ινδουισμό, ενώ η αγάπη αναδεικνύεται σε πολλές μορφές, την κεντρική θέση κατέχει η «bhakti»- η βαθιά αφοσιωμένη, συναισθηματική αγάπη του ατομικού όντος προς τον Θεό. Η «bhakti» δεν αποτελεί απλώς μορφή συναισθηματικής ευλάβειας, αλλά ολόκληρο πνευματικό μονοπάτι προς τη λύτρωση. Η «bhakti yoga», μία από τις τέσσερις κύριες οδούς απελευθέρωσης (μαζί με τις «karma», «jnana» και «raja yoga»), αναγνωρίζεται ως το μονοπάτι της αγάπης και της προσωπικής σχέσης με το θείο (Radhakrishnan, 1999). Στο πλαίσιο αυτό, η αγάπη είναι η κατάσταση μέσω της οποίας ο ατομικός εαυτός εξυψώνεται, καθαρίζεται και ενώνεται με το απόλυτο. Η πρακτική της «bhakti» εκδηλώνεται μέσα από ύμνους, προσευχές, ιερά τελετουργικά και την καθημερινή επαφή με την εικόνα του αγαπημένου Θεού. Ιδιαίτερα δημοφιλής είναι η λατρεία του Κρίσνα και της Ράντα, όπου η θεϊκή σχέση μεταμορφώνεται σε πρότυπο υπαρξιακής και ερωτικής ένωσης (Hawley & Juergensmeyer, 1988).

Η έννοια της αγάπης στον Ινδουισμό δεν περιορίζεται στην κάθετη σχέση του πιστού με το θείο αλλά επεκτείνεται και στην κοινωνική διάσταση. Η «bhakti» καλλιεργεί την ενότητα, τη συμπόνια και την αλληλεγγύη μεταξύ των ανθρώπων, υπερβαίνοντας κάστες, κοινωνικές διακρίσεις και δόγματα, ειδικά στα πλαίσια του «κινήματος Bhakti» από τον μεσαίωνα και ύστερα (Hawley, 2015). Στην ινδουιστική θεολογία, η αγάπη είναι θεογνωσία, που σημαίνει ότι δεν γνωρίζουμε τον Θεό διανοητικά, αλλά μέσω της καρδιάς μας. Πρόκειται λοιπόν για πνευματική συγκίνηση και προσωπική αφοσίωση που οδηγεί στην «moksha» (απελευθέρωση). Όπως επισημαίνει ο Radhakrishnan, «στη bhakti, ο Θεός δεν είναι απρόσιτος απόλυτος, αλλά ένα πρόσωπο που ανταποκρίνεται στην αγάπη και μεταμορφώνει τον άνθρωπο» (Radhakrishnan, 1999). Έτσι, στον Ινδουισμό η αγάπη λειτουργεί ως μέσο ένωσης με το θείο και ως αρχή κοινωνικής αρμονίας και υπαρξιακής πληρότητας.

#### **2.3.4 Η αγάπη στο Βουδισμό**

Στον Βουδισμό, η αγάπη δεν ορίζεται ως συναισθηματικός δεσμός ή ρομαντική προσκόλληση, αλλά ως αρετή που καλλιεργείται μέσω της πρακτικής και της πνευματικής πειθαρχίας. Η «metta» (στο Πάλι) ή «maitri» (στα Σανσκριτικά) νοείται ως ανιδιοτελής καλοσύνη και καλή θέληση προς όλα τα έμβια όντα, ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή, την ιδιότητα κ.λπ. (Harvey, 2000). Η «metta» δεν είναι μεροληπτική αγάπη που αναζητά ανταπόδοση, αλλά μια ανοιχτή καρδιά που ακτινοβολεί θετικότητα και επιθυμεί την ευημερία όλων των ανθρώπων. Αυτή η διάσταση της αγάπης προϋποθέτει ενσυνείδητη πρόθεση και πνευματική εγρήγορση, καθώς αναδύεται μέσα από τη διαλογιστική πρακτική και την καλλιέργεια της προσοχής. Σύμφωνα με το Metta Sutta (Mills, 2015), η καλοσύνη παρομοιάζεται με την αγάπη μιας μητέρας για το μοναδικό της παιδί, ωστόσο η συγκεκριμένη καλοσύνη είναι απρόσωπη και καθολική (Ñāṇamoli & Bodhi, 1995).

Η «metta» συνδυάζεται με άλλες τρεις βασικές «brahmaniharas» (θεϊκές κατοικίες), που συνιστούν τον πυρήνα της βουδιστικής ηθικής αγάπης, οι οποίες είναι: α) «karuna», η

συμπόνια, δηλαδή η επιθυμία να ανακουφιστεί ο πόνος του άλλου, β) «mudita», η συμπάθεια ή η χαρά για την ευτυχία του άλλου και γ) «urekkha» η ουδετερότητα ή η εσωτερική ισορροπία. Αυτές οι τρεις αρετές συγκροτούν μια διαλογιστική και ηθική πορεία προς την αφύπνιση, καθώς εκπαιδεύουν την καρδιά στην απουσία προσκόλλησης, εγωισμού και διάκρισης (Analaḅo, 2015). Η αγάπη, στον Βουδισμό, δεν είναι συναίσθημα που δεσμεύει ή φθείρει, αλλά πράξη ελευθερίας, ένα εργαλείο αποδέσμευσης από το Εγώ και ένα μέσο πνευματικού φωτισμού (Rahula, 1974). Η καλλιέργεια της «metta» δεν οδηγεί απλώς σε προσωπική γαλήνη, αλλά ενσωματώνεται σε μια συμπαντική ηθική, στην οποία κάθε έμβιο ον γίνεται αντικείμενο φροντίδας, ανεξάρτητα από ανταπόδοση.

Συμπερασματικά, παρά τις διαφορετικές δογματικές και πολιτισμικές παραδόσεις, οι παγκόσμιες θρησκείες που αναφέραμε, συναντώνται στην αντίληψη ότι η αγάπη είναι ο δρόμος προς το ιερό, το μέσο ηθικής ολοκλήρωσης και η πράξη μιας βαθιάς σχέσης με τον Άλλον. Η πολυφωνία των νοημάτων επιβεβαιώνει τη διαχρονικότητα και την καθολικότητα της αγάπης ως υπαρξιακής αξίας.

#### **2.4 Η ανθρωπιστική ψυχολογία και η αγάπη ως βίωμα**

Ο Carl Rogers, θεμελιωτής της προσωποκεντρικής προσέγγισης στην ψυχοθεραπεία, επηρέασε καθοριστικά την κατανόηση της θεραπευτικής σχέσης, εισάγοντας έννοιες που ανέτρεψαν παραδοσιακές ψυχαναλυτικές αντιλήψεις. Κεντρικό στοιχείο στο έργο του αποτέλεσε η έννοια της «άνευ όρων αποδοχής» (unconditional positive regard), την οποία θεωρούσε απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη ουσιαστικής αλλαγής και ψυχολογικής ανάπτυξης του θεραπευόμενου (Rogers, 1957). Ο Rogers υποστήριξε ότι όταν ο θεραπευτής αποδέχεται τον θεραπευόμενο χωρίς όρους, προσδοκίες ή κρίσεις, δημιουργείται ένα κλίμα ψυχολογικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης, μέσα στο οποίο το άτομο μπορεί να εκφραστεί με αυθεντικότητα, χωρίς φόβο απόρριψης ή αξιολόγησης. Στο πλαίσιο αυτό, η θεραπευτική σχέση καθίσταται μια δυναμική διαδικασία, όπου ο θεραπευτής δεν λειτουργεί ως αυθεντία, αλλά ως

διευκολυντικός παράγοντας που ενισχύει τη φυσική τάση του ατόμου προς την αυτοπραγμάτωση. Σύμφωνα με τον Rogers (1961), οι τρεις βασικές συνθήκες που καθιστούν την αλλαγή εφικτή είναι η άνευ όρων θετική αποδοχή, η ενσυναίσθηση και η γνησιότητα του θεραπευτή. Όταν οι συνθήκες αυτές πληρούνται, το άτομο ενδυναμώνεται ώστε να κατανοήσει τον εαυτό του σε βαθύτερο επίπεδο, να επεξεργαστεί εσωτερικές συγκρούσεις και να κινηθεί προς την κατεύθυνση της προσωπικής του ολοκλήρωσης.

Από την άλλη πλευρά, η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Abraham Maslow αποτελεί ένα από τα πλέον εμβληματικά μοντέλα στην ψυχολογία της ανθρώπινης παρακίνησης. Σύμφωνα με το μοντέλο, οι ανθρώπινες ανάγκες οργανώνονται σε μια ιεραρχική πυραμίδα, στην οποία τα κατώτερα επίπεδα περιλαμβάνουν βασικές φυσιολογικές ανάγκες - όπως η πείνα, η δίψα και η ανάπαυση - που είναι απαραίτητες για την επιβίωση. Όταν αυτές οι ανάγκες ικανοποιηθούν, το άτομο στρέφεται προς την ανάγκη για ασφάλεια, που περιλαμβάνει τη σωματική προστασία, τη σταθερότητα και την προβλεψιμότητα του περιβάλλοντος (Maslow, 1943). Ακολουθούν οι κοινωνικές ανάγκες, με βασικότερη την ανάγκη για αγάπη και αίσθημα του ανήκειν. Σε αυτό το επίπεδο, η αγάπη δεν νοείται μόνο ως ρομαντικό συναίσθημα, αλλά ως βαθύτερη ανάγκη για συναισθηματική σύνδεση, αποδοχή και συμμετοχή σε κοινωνικά σύνολα. Η αγάπη, επομένως, καταγράφεται από τον Maslow ως ανάγκη ανώτερου επιπέδου, η οποία, όταν ικανοποιείται, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και, τελικά, για την επίτευξη της αυτοπραγμάτωσης, δηλαδή της πλήρους αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού και το αίσθημα προσωπικής ολοκλήρωσης (Maslow, 1954). Η πυραμίδα των αναγκών δεν περιορίζεται μόνο στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αλλά βρίσκει εφαρμογή στον σχεδιασμό επαγγελματικών και εκπαιδευτικών πολιτικών που στοχεύουν στην ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ευημερίας και της ευτυχίας των ατόμων. Όπως αναφέρει και ο Burunat (2019), η αγάπη ως αναγνωρισμένη ανάγκη στη θεωρία του Maslow, διαδραματίζει θεμελιώδη ρόλο στην προαγωγή της

ανθρώπινης ευτυχίας, καθώς αποτελεί δομικό στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης και εξέλιξης, που προετοιμάζει το έδαφος για την προσωπική ανάπτυξη και την επίτευξη ανώτερων στόχων.

Επομένως, η αγάπη, τόσο στη θεωρία του Rogers όσο και σε αυτή του Maslow, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την προσωπική ανάπτυξη και την ψυχολογική ολοκλήρωση του ανθρώπου και αναγνωρίζεται ως θεμελιώδης ανάγκη που προσφέρει ασφάλεια, αποδοχή και νόημα στην ύπαρξη του ατόμου.

## **2.5 Η δυναμική της αγάπης στην ψυχαναλυτική σκέψη**

Η αγάπη στην ψυχαναλυτική σκέψη καταλαμβάνει κεντρική θέση ως πολύπλευρο ψυχικό φαινόμενο, ως φαντασιακή κατασκευή και ως αναπαράσταση της σχέσης με τον Άλλον. Από τις πρώτες θεωρήσεις του Sigmund Freud έως τις μεταγενέστερες αναλύσεις των μεταφροϋδικών σχολών, η αγάπη δεν αντιμετωπίζεται ως εξιδανικευμένο ή ηθικά ουδέτερο συναίσθημα, αλλά ως έκφραση της επιθυμίας, ως επανάληψη του τραύματος της πρώτης σχέσης και ως έλλειψη που οργανώνει τη δομή του ψυχικού δεσμού. Ο Freud (1914), στο έργο του «On Narcissism», υποστηρίζει ότι η αγάπη συνδέεται στενά με τον ναρκισσισμό, καθώς η λίμπιντο επενδύεται είτε στο Εγώ είτε στο αντικείμενο, σε μια διαρκή αλληλεναλλαγή μεταξύ αυτοαγάπης και αντικειμενοτρόπου αγάπης. Παράλληλα, στο «Three Essays on the Theory of Sexuality» (1905), διακρίνει ανάμεσα στην τρυφερή και στη σεξουαλική αγάπη, επισημαίνοντας τη διφυή φύση της αγάπης, που συνδυάζει στοργή και ερωτισμό, φροντίδα και επιθυμία.

Η μεταγενέστερη φροϋδική σκέψη εμπλουτίζεται με την κλινική προσέγγιση της Melanie Klein, η οποία ανέδειξε τη θεμελιώδη σημασία των πρώιμων αντικειμενοτρόπων σχέσεων για τη δυνατότητα του ατόμου να αγαπά. Σύμφωνα με την Klein (1946), η αγάπη διαμορφώνεται εντός της διχοτομημένης εμπειρίας του βρέφους με τα «μερικά αντικείμενα», και εξαρτάται από την ικανότητά του να διατηρεί εσωτερικά ένα «καλό αντικείμενο» – μια εσωτερικευμένη μορφή της μητέρας που αντέχει την επιθετικότητα και διευκολύνει τη

συμφιλίωση με τις ενορμητικές συγκρούσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, η αγάπη συνυπάρχει με το μίσος, και η ψυχική υγεία βασίζεται στη δυνατότητα ενσωμάτωσής τους.

Επιπλέον, ο Donald Winnicott (1960), προσέγγισε την αγάπη ως δυνατότητα σχέσης που γεννιέται μέσα από την εμπειρία της «μητέρας που επαρκώς αρκεί» (good enough mother), και αναπτύσσεται στο πλαίσιο του «μεταβατικού χώρου» - ενός ενδιάμεσου πεδίου φαντασίας και πραγματικότητας όπου το παιδί πειραματίζεται με την ανεξαρτησία του χωρίς να απωλέσει τη συναισθηματική σύνδεση.

Ακόμη, ο Jacques Lacan προσέδωσε μια δομική διάσταση στην έννοια της αγάπης, συνδέοντάς την με την έλλειψη, τη συμβολική τάξη και τον Λόγο του Άλλου. Η περίφημη ρήση του Lacan ότι «η αγάπη είναι να δίνεις κάτι που δεν έχεις σε κάποιον που δεν το θέλει» (Lacan, 1991) συνοψίζει την παράδοξη φύση της αγάπης ως πράξης που αποκαλύπτει το κενό του υποκειμένου και τη ματαιότητα της πλήρωσης. Η αγάπη γίνεται, έτσι, ο τρόπος με τον οποίο το υποκείμενο προσπαθεί να απαντήσει στο ερώτημα της επιθυμίας, να γεφυρώσει την απόσταση από τον Άλλον και να παράξει ένα είδος ψευδαίσθησης απαραίτητης για τη συγκρότηση του δεσμού. Στο Σεμινάριο «VIII: Η Μεταβίβαση» (1960–61), ο Lacan εξετάζει πώς η αγάπη εκδηλώνεται εντός της θεραπευτικής σχέσης μέσω της μεταβίβασης. Ο θεραπευόμενος «ερωτεύεται» τον αναλυτή, προβάλλοντας πάνω του τις επαναλήψεις των πρώτων του αντικειμενικών σχέσεων. Η μεταβίβαση αναδεικνύεται ως το προνομιακό πεδίο στο οποίο η αγάπη αποκτά θεμελιακή σημασία για την ψυχαναλυτική εργασία, ενώ η αντιμεταβίβαση δείχνει πως και ο αναλυτής εμπλέκεται συναισθηματικά, οφείλοντας όμως να διαχειριστεί την αγάπη εντός του πλαισίου της ερμηνείας και του συμβολικού Λόγου (Laplanche & Pontalis, 1967).

Εν κατακλείδι, η ψυχανάλυση δεν προσεγγίζει την αγάπη ως μια σταθερή ή ιδανική συναισθηματική κατάσταση, αλλά ως δυναμική, πολυεπίπεδη διαδικασία που εγγράφεται στη συνάντηση μεταξύ επιθυμίας και έλλειψης, μνήμης και φαντασίωσης, εγώ και Άλλου. Είναι

μια ένταση, μια κίνηση που φέρει εντός της το τραύμα της πρώτης σχέσης, την αναζήτηση του αντικειμένου, την απώλεια και την αναπαράστασή της. Σε αυτό το πλαίσιο, η ψυχαναλυτική προσέγγιση αποκαλύπτει τη δραματική αλλά και θεραπευτική φύση της αγάπης, αναγνωρίζοντάς την ως κρίσιμο στοιχείο της ανθρώπινης υποκειμενικότητας και της ψυχικής μεταμόρφωσης.

## **2.6 Η διάκριση της ανθρωπιστικής αγάπης από άλλες μορφές αγάπης**

Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται μια ποικιλία όρων που περιγράφουν και αποδίδουν την έννοια της αγάπης. Μια πιθανή τυπολογία της αγάπης μπορεί να συμπεριλάβει οποιαδήποτε λέξη περιέχει το στοιχείο «phil», το οποίο προέρχεται από το αρχαιοελληνικό ρήμα «φιλεῖν», που σημαίνει «αγαπώ». Με βάση την κλασική ελληνική διάκριση, αναγνωρίζονται διαφορετικοί τύποι αγάπης, όπως είναι ο έρωσ (eros), η αγάπη για τον πλησίον (agape), η φιλία (philia) και η στοργή (storge) (Gallagher et al., 2018; Burunat, 2019). Συγκεκριμένα, ο «eros» χαρακτηρίζεται από έντονη συναισθηματική και ρομαντική έλξη και συνδέεται με την επιθυμία ή την ανάγκη. Η «agape», όρος της Καινής Διαθήκης, αναφέρεται τόσο στην αγάπη του Θεού για τον κόσμο όσο και στην αγάπη που οφείλουν να έχουν οι άνθρωποι μεταξύ τους. Πρόκειται λοιπόν για την άνευ όρων αγάπη, προσανατολισμένη προς το κοινό καλό. Εν συνεχεία, η «philia» εκφράζει την τρυφερότητα, τη συντροφικότητα, την αφοσίωση και την οικειότητα, όπου βασικό χαρακτηριστικό είναι ο αμοιβαίος σεβασμός και η ειλικρινής χαρά για τη συνύπαρξη με τον άλλον. Τέλος, η «storge» συνδέεται κυρίως με την οικογενειακή αγάπη, ιδίως τη στοργική και προστατευτική αγάπη των γονέων προς τα παιδιά, η οποία επιδιώκει την παροχή ασφάλειας και σταθερότητας (Gallagher et al., 2018).

Η έννοια της αγάπης απαντάται και σε ποικίλα λεξικά. Στο σύγχρονο ελληνοαγγλικό λεξικό του Mandeson, η αγάπη καταγράφεται σε διάφορες μορφές, όπως «πλατωνική αγάπη», «χριστιανική αγάπη», «αγάπη για τον πλησίον», «αδελφική αγάπη» και «αγάπη για ένα αντικείμενο» (Mandeson, 1995). Ακόμη, στο ρωσικό λεξικό του Ozegeon (Ожегов), η αγάπη

ορίζεται ως «αίσθημα ανιδιοτελούς, εγκάρδιας προσκόλλησης, καθώς και ροπή ή εμμονή προς κάτι» (Ожегов, 2015). Παρόμοια, στο λεξικό της Merriam-Webster, η αγάπη περιγράφεται ως «έντονο ενδιαφέρον για κάποιον, το οποίο πηγάζει από συναίσθημα, συγγένεια ή μητρότητα», ενώ διατηρείται «για μεγάλο χρονικό διάστημα στην καρδιά του ατόμου». Επιπλέον, παρουσιάζεται ως «αίσθημα αφοσίωσης, πάθους, ενθουσιασμού, πίστης, οικειότητας και αγαθής πρόθεσης, χωρίς προσδοκία ανταλλάγματος» (Merriam-Webster, 1994). Στο λεξικό της Οξφόρδης, η αγάπη ορίζεται ως «πάθος και σεξουαλική έλξη, ενδιαφέρον και απόλαυση για κάτι, ή αγάπη και έρωτας για κάποιον ή κάτι» (Stavropoulos & Hornby, 2011). Στο περσικό λεξικό του Dehkhoda, η αγάπη λαμβάνει ευρύτερη διάσταση και περιλαμβάνει όρους όπως γοητεία, στοργή, αφοσίωση, υπερβολική φιλία, προσκόλληση, απολαύσεις και παραίτηση από κοινά ελαττώματα (Adib-Hajbaghery & BolandianBafghi, 2020). Παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις, η αγάπη παραμένει κοινή σε όλες τις μορφές ανθρωπίνων σχέσεων και παρουσιάζεται ως ρομαντική αγάπη, φιλική αγάπη, γονεϊκή αγάπη, αδελφική αγάπη, καθώς και ως αγάπη για ένα επάγγελμα ή δραστηριότητα.

Παρόλο που η αγάπη συχνά συγχέεται με άλλες έννοιες, η ίδια θεωρείται καθολική έννοια και βασικό ανθρώπινο χαρακτηριστικό. Αποτελεί δεσμό ενότητας, ενσυναίσθησης και αλληλεγγύης, αναδεικνύοντας τη σημασία του σεβασμού, της ευθύνης και της κατανόησης απέναντι στους άλλους (Adib-Hajbaghery & BolandianBafghi, 2020). Η αγάπη λειτουργεί ως βαθιά υπαρξιακή εμπειρία που συμβάλλει στην αναγνώριση της ταυτότητας του άλλου και στην εξέλιξη των ανθρωπίνων σχέσεων. Σύμφωνα με τον Burunat (2019), η αγάπη συνιστά βασικό κίνητρο που επηρεάζει την εξέλιξη της ανθρωπότητας παρόλο που στη σύγχρονη εποχή συγχέεται τις περισσότερες φορές με τη σεξουαλικότητα - δύο διακριτές έννοιες που αν κατανοηθούν ορθά, μπορούν να βελτιώσουν τις διαπροσωπικές και κοινωνικές μας σχέσεις.

Η ανάγκη για αγάπη είναι θεμελιώδης, όπως είναι η ανάγκη για τροφή, νερό ή ύπνο, συνοδεύοντας το άτομο από τη γέννηση έως τον θάνατο. Η αγάπη αναπτύσσεται μέσα από

πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης, κυρίως στη σχέση μητέρας-βρέφους, οι οποίες διαμορφώνουν τα πρότυπα για τις μελλοντικές ενήλικες σχέσεις. Επομένως, η ύπαρξη της αγάπης είναι κρίσιμη για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους (Burunat, 2019). Παράλληλα, η αγάπη εκφράζεται έμπρακτα μέσα από την ανθρωπιστική δράση. Σύμφωνα με τους Zahrin et al. (2020), στόχος της ανθρωπιστικής βοήθειας είναι η διάσωση των ζώων, η ανακούφιση από τον πόνο και η διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η αγάπη ως πράξη φροντίδας συμβάλλει στην οικοδόμηση ειρηνικών κοινωνιών και προωθεί τον πολιτισμό. Ενώ η ανθρωπιστική ή αλτρουιστική αγάπη δεν αποτελεί συχνό αντικείμενο έρευνας, οι Zahrin et al. (2020) παρουσίασαν την αξιοπιστία ενός εργαλείου της ανθρωπιστικής αγάπης, το Humanitarian Love Scale (HLS), το οποίο μετρά την αγάπη ως πράξη μέσα από εννέα παράγοντες: τον αλτρουισμό, τη φιλανθρωπία, τη φροντίδα, την καλοσύνη, τις κοινές αξίες, την υπακοή στους νόμους, την κοινωνική ευθύνη, την ανεκτικότητα και την ενσυναίσθηση. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι το συγκεκριμένο εργαλείο εξαρτάται από το πολιτισμικό πλαίσιο που εντάσσεται, το οποίο παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων, γεγονός που αντανακλά τη δυναμική και την πολυμορφία του ανθρώπινου είδους (Zahrin et al., 2020). Κατά συνέπεια, παρά τις ποικίλες έννοιες της ανθρωπιστικής αγάπης, η ίδια παραμένει σημαντική για τις ανθρώπινες σχέσεις και ερευνάται από διαφορετικές σκοπιές.

### Η φροντίδα ως ηθική σχέση και ενσώματη πράξη

*«Δεν υπάρχει ουδέτερη σχέση με τον άλλον·  
υπάρχει μόνο ανάληψη ή άρνηση ευθύνης.»  
Martin Buber*

Η φροντίδα δεν εξαντλείται σε μια σειρά ενεργειών που «γίνονται σωστά», αλλά συγκροτείται ως σχέση που φέρει ηθικό βάρος και ως πράξη που εγγράφεται στο σώμα - στο σώμα εκείνου που υποφέρει και στο σώμα εκείνου που παραμένει παρών. Το παρόν κεφάλαιο προσεγγίζει τη φροντίδα ως ηθική σχέση και ενσώματη πράξη, ακολουθώντας μια διαδρομή από τις κλασικές ηθικές θεωρίες προς την ηθική της φροντίδας, από τις ψυχολογικές θεμελιώσεις της σχέσης προς τις κοινωνιολογικές και πολιτικές της εγγραφές, και από τη φαινομενολογία του βλέμματος προς τη νοσηλευτική θεωρία και την κλινική σοφία της παρουσίας. Έτσι, η φροντίδα αναδεικνύεται ως πεδίο όπου η ευθύνη δεν δηλώνεται αφηρημένα, αλλά συμβαίνει μέσα στη συνάντηση.

#### 3.1 Η φροντίδα στην ηθική φιλοσοφία: από την καθολική αρχή στη σχέση

Στην ιστορία της ηθικής φιλοσοφίας, οι παραδοσιακές θεωρητικές προσεγγίσεις, όπως η καντιανή δεοντολογία και ο ωφελιμισμός, βασίστηκαν κυρίως σε αφηρημένες και οικουμενικές αρχές, σε καθολικούς κανόνες και απρόσωπες ηθικές υποχρεώσεις (Kant, 1993; Mill, 2001). Οι συγκεκριμένες σχολές σκέψης, επιχειρώντας να θεμελιώσουν μια αντικειμενική και λογικά συνεπής ηθική, αποξένωναν την ηθική πράξη από τα συγκεκριμένα κοινωνικά, συναισθηματικά και διαπροσωπικά συμφραζόμενά της (Held, 2006). Ωστόσο, στα τέλη του 20ού αιώνα, εμφανίστηκε μια νέα ηθική φωνή, η ηθική της φροντίδας (ethics of care). Πρωτοπόρες της προσέγγισης αυτής ήταν οι φεμινίστριες και στοχάστριες Carol Gilligan και Nel Noddings, οι οποίες ανέδειξαν ως θεμελιώδη στοιχεία της ηθικής πράξης την ανθρώπινη

σχέση, την ενσυναίσθηση, τη συναισθηματική σύνδεση και τη φροντίδα για τον άλλον (Gilligan, 1982; Noddings, 1984). Σε αντίθεση με τις απρόσωπες, ουδέτερες και συχνά ανδροκεντρικές θεωρήσεις της παραδοσιακής ηθικής, η ηθική της φροντίδας αντλεί την αξία της από την καθημερινή εμπειρία, τη βιωμένη πραγματικότητα και την προσωπική ευθύνη που ανακύπτει μέσα στις ανθρώπινες σχέσεις (Tronto, 1993). Πρόκειται λοιπόν για μια ριζικά διαφορετική αντίληψη περί ηθικής, η οποία δεν στηρίχθηκε στην απρόσωπη λογική των κανόνων, αλλά στο δυναμικό πλέγμα των ανθρώπινων δεσμών. Έτσι, η ηθική της φροντίδας αμφισβητεί την κυρίαρχη ηθική σκέψη που στηρίζεται στη δικαιοσύνη, την αυτονομία και την ουδετερότητα, και αντ' αυτών προτείνει μια ηθική που προέρχεται από τη φροντίδα, τη συναισθηματική κατανόηση και τη βαθιά αίσθηση ευθύνης προς τον άλλον (Held, 2006).

### **3.1.1 Carol Gilligan: η ευθύνη, η αποφυγή βλάβης και η ηθική του δεσμού**

Η Carol Gilligan είναι γνωστή για τη συμβολή της στη φεμινιστική θεωρία, την ηθική ανάπτυξη και την ψυχολογία του φύλου. Η Gilligan γράφοντας το έργο της «In a Different Voice» (1982), προκάλεσε έντονη ακαδημαϊκή συζήτηση, διότι αμφισβήτησε την καθολικότητα των σταδίων ηθικής ανάπτυξης του Lawrence Kohlberg. Ενώ, ο Kohlberg θεμελίωσε την ηθική εξέλιξη σε μια ιεραρχική πρόοδο προς την αφηρημένη ηθική αρχή της δικαιοσύνης, η Gilligan υποστήριξε ότι το αναφερόμενο μοντέλο προήλθε από έρευνες που αφορούσαν κυρίως τους άνδρες, αγνοώντας τις διαφορετικές ηθικές αντιλήψεις των γυναικών (Gilligan, 1982). Σύμφωνα με την Gilligan, οι γυναίκες συχνά προσεγγίζουν τα ηθικά διλήμματα μέσα από τη σκοπιά της ευθύνης και της σχέσης, επιδιώκοντας να αποφύγουν τη βλάβη και να διατηρήσουν τη φροντίδα μέσα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Κατά συνέπεια, η θεωρία της Gilligan έφερε στο προσκήνιο την έννοια της ηθικής μέσα από την οπτική των γυναικών και έδινε έμφαση στην ενσυναίσθηση, τη σύνδεση και την αλληλεξάρτηση (Held, 2006). Εν συνόλω, η φροντίδα για την Gilligan, δεν είναι απλώς ένα συναισθηματικό αντανακλαστικό, αλλά μια ηθική στάση που διαμορφώνεται μέσα από τη

δυναμική των σχέσεων. Χρησιμοποιώντας εμπειρικές μελέτες και αφηγήσεις της ζωής, η ίδια ανέδειξε ότι τα ηθικά διλήμματα βιώνονται και ερμηνεύονται διαφορετικά από τις γυναίκες, όταν εξετάζονται με γνώμονα την ευθύνη απέναντι στον άλλον και όχι μέσω της επιβολής κανόνων (Gilligan, 1982).

Η συνεισφορά της Gilligan υπήρξε καθοριστική για την ανάπτυξη της ηθικής της φροντίδας και τη φεμινιστική επανερμηνεία της ηθικής φιλοσοφίας. Στο έργο της, αμφισβητώντας τα ανδροκεντρικά πρότυπα της ηθικής θεωρίας, κατάφερε να παρουσιάσει μια άλλη προσέγγιση όπου λαμβάνεται υπόψη η συναισθηματική και κοινωνική συνθετότητα των ηθικών αποφάσεων (Tronto, 1993). Συμπερασματικά, η «διαφορετική φωνή» της Gilligan δεν αποτελεί απλώς μια παραλλαγή της παραδοσιακής ηθικής, αλλά προτείνει ένα εναλλακτικό ηθικό παράδειγμα που τοποθετεί στο επίκεντρο την αμοιβαιότητα, τη συναισθηματική κατανόηση και τη φροντίδα ως θεμελιώδη στοιχεία της ηθικής πράξης.

### **3.1.2 Nel Noddings: η ηθική της σχέσης και η παιδαγωγική της φροντίδας**

Εν συνεχεία, η Nel Noddings στο έργο της «Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education» (1984), εισήγαγε μια νέα και διαφορετική προσέγγιση στην ηθική φιλοσοφία, θέτοντας τη φροντίδα στο επίκεντρο της ηθικής εμπειρίας. Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές ηθικές θεωρίες που στηρίζονταν σε καθολικούς κανόνες και απρόσωπες αρχές, η Noddings υποστήριξε ότι η ηθική πράξη έχει τις ρίζες της στις πρώιμες ανθρώπινες εμπειρίες αγάπης, προστασίας και φροντίδας, οι οποίες βιώνονται κυρίως μέσα στις διαπροσωπικές σχέσεις (Noddings, 1984). Σύμφωνα με την Noddings, οι συγκεκριμένες εμπειρίες διαμορφώνουν μια φυσική επιθυμία για αλληλοφροντίδα και αποτελούν τη βάση για μια νέα ηθική θεωρία, που απορρέει από τη συναισθηματική σύνδεση και την ενσυναίσθηση (Adhikari, 2023).

Η θεωρία της Noddings διαφοροποιείται σημαντικά από αυτήν της Gilligan, διότι η πρώτη δεν περιορίζεται στην ψυχολογική περιγραφή της ηθικής ανάπτυξης, αλλά οικοδομεί μια πλήρη φιλοσοφική και παιδαγωγική θεωρία της ηθικής. Ακόμη, η θεωρία της Noddings

εστιάζει στη σχέση μεταξύ του «φροντίζοντος» και του «φροντιζόμενου», προτείνοντας ότι το ήθος προκύπτει από τη ζωντανή διάδραση των δύο υποκειμένων και όχι από τη συμμόρφωση σε αφηρημένες αρχές και νόμους (Noddings, 1984; Tronto, 1993). Επομένως, η φροντίδα δεν είναι απλώς μια συναισθηματική παρόρμηση, αλλά μια ηθική στάση ζωής που ενεργοποιείται από την αναγνώριση της ανάγκης του άλλου και την επιθυμία να ανταποκριθεί κανείς με υπευθυνότητα και συνέπεια (Tronto, 1993).

Παράλληλα, για την ίδια η φροντίδα αποτελεί μια πρωτογενής ηθική εμπειρία που προηγείται κάθε λογικής ανάλυσης, με άλλα λόγια, είναι το ηθικό κάλεσμα που γεννιέται μέσα από τη σχέση με τον «συγκεκριμένο άλλον» και όχι με κάποιο απρόσωπο ή αφηρημένο άτομο (Held, 2006; Sander-Staudt, 2006). Ο συγκεκριμένος άλλος που αναφέρουμε, μέσω της παρουσίας, του βλέμματος ή ακόμη και της σιωπής του, καλεί τον φροντίζοντα σε μια σχέση υπευθυνότητας και ηθικής ανταπόκρισης. Συνολικά, δίνοντας έμφαση στην αμοιβαία αλληλεξάρτηση και την ενσώματη εμπειρία στη φροντίδα, η θεωρία της έχει σημαντικές εφαρμογές στην εκπαιδευτική πράξη, στην κοινωνική φροντίδα και στη φεμινιστική θεωρία της ηθικής (Hoagland, 1990; Tronto, 1993).

### **3.2 Η φροντίδα ως ανθρωπολογικό γεγονός και πολιτισμική συνθήκη επιβίωσης**

Γενικότερα, οι άνθρωποι επιδεικνύουν μια εσωτερική συναισθηματική ανταπόκριση όταν έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρές και δύσκολες καταστάσεις που μπορεί να βιώνουν οι συνάνθρωποί τους. Σύμφωνα με ορισμένες ανθρωπολογικές και πολιτισμικές θεωρήσεις, αυτή η ανταπόκριση φροντίδας αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της ανθρώπινης επιβίωσης και πολιτισμικής συγκρότησης, και αναγνωρίζεται ως ένα από τα αρχαιότερα και καθολικά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης κοινωνίας (Leininger, 1978; Leininger, 1995; Tronto, 1993). Το ένστικτο της φροντίδας είναι απαραίτητο για την ίδια την επιβίωση και την εξέλιξη του ανθρώπινου είδους, λόγω της έμφυτης βιολογικής και κοινωνικής ευαλωτότητας που το χαρακτηρίζει. Αυτή η ευαλωτότητα συνδέεται εν μέρει με τις ανατομικές αλλαγές που επήλθαν

κατά την εξέλιξη του ανθρώπου, όταν η δίποδη βάδιση οδήγησε σε διαπλάτυνση της λεκάνης και συνακόλουθη στένωση του πυελικού σωλήνα (Trevathan, 2011).

Παράλληλα, η προοδευτική αύξηση του όγκου του εγκεφάλου δημιούργησε την ανάγκη να πραγματοποιείται η τελική φάση της εγκεφαλικής ανάπτυξης του ανθρώπου μετά τη γέννηση, σε συνθήκες εξωτερικής εξάρτησης και φροντίδας (DeSilva & Lesnik, 2006; Ornstein & Sobel, 1987). Το γεγονός αυτό καθιστά την ανθρώπινη βρεφική ηλικία μοναδικά εξαρτημένη από την παρουσία και φροντίδα των άλλων, σε αντίθεση με τα περισσότερα θηλαστικά. Ακόμη, καταδεικνύεται ότι η φροντίδα διαμορφώνει την κοινωνική μας δομή με σκοπό την επιβίωση και τη διαίωιση του ανθρώπινου είδους (Hrdy, 2009).

Η θεωρία της ηθικής της φροντίδας, όπως διατυπώθηκε από τις Gilligan και Noddings, αντιμετώπισε σημαντικές κριτικές από φιλελεύθερους και μεταμοντέρνους φιλοσόφους. Η κριτική ασκήθηκε ακόμη και στην πιθανότητα, η φροντίδα να ενισχύει τα έμφυλα στερεότυπα, παρουσιάζοντας τη γυναίκα ως κυρίαρχη φυσικά προσδιορισμένη φροντίστρια (Okin, 1989; Jaggar, 1991; Tong, 1993). Επιπρόσθετα, μερικοί θεωρητικοί υποστήριξαν ότι η απουσία καθολικών και αφηρημένων ηθικών κανόνων εντός της ηθικής της φροντίδας, καθιστά το μοντέλο ασαφές ως προς την ηθική καθοδήγηση (Kohlberg, 1981; Rachels & Rachels, 2019).

Ωστόσο, η συμβολή των δύο στοχαστριών παρέμεινε καθοριστική. Οι θεωρίες τους μετέφεραν την έμφαση της ηθικής από την ατομικότητα και την ουδετερότητα στην εγγύτητα, τη σχέση και την αλληλεξάρτηση, καθώς και από την αμεροληψία, στη συμπόνια και τη φροντίδα. Οι θεωρίες ανέδειξαν την ηθική ως ενσώματη και σχεσιακή πράξη, που θεμελιώνεται όχι στην εφαρμογή καθολικών κανόνων, αλλά στην ανταπόκριση της ανάγκης του άλλου (Tronto, 2016; Held, 2006).

Εν συνόλω, η ηθική της φροντίδας επαναπροσδιορίζει την ηθική πράξη ως πράξη σχέσης, ενσυναίσθησης και ανταπόκρισης. Η ηθική δεν μπορεί να υπάρξει ερήμην του άλλου και η φροντίδα δεν αποτελεί μονάχα καθήκον, αλλά πράξη ελεύθερης και υπεύθυνης αγάπης,

βασισμένη στην τρυφερότητα της ανθρώπινης συνάντησης (Kittay, 1999; Sevenhuijsen, 1998). Συμπερασματικά, η ηθική της φροντίδας δεν προσφέρει καθολικές λύσεις σε όλα τα ηθικά διλήμματα, αλλά προτείνει έναν εναλλακτικό τρόπο ηθικής ύπαρξης, έναν τρόπο όπου η ευαλωτότητα αποτελεί σημείο ηθικής εκκίνησης και όχι αδυναμίας.

### **3.3 Η φροντίδα στην ψυχολογία και την κοινωνιολογία: από την ενδοψυχική εμπειρία στη δημόσια σφαίρα**

Η πράξη της φροντίδας δεν αποτελεί μονάχα ένα σύνολο συμπεριφορών ή μια λειτουργική ανταπόκριση στις ανάγκες των άλλων, αλλά μια βαθιά ανθρώπινη εμπειρία, ριζωμένη στη σχέση, στο συναίσθημα, στην ενσυναίσθηση και στο ηθικό κάλεσμα του άλλου προσώπου (Gilligan, 1982; Noddings, 1984). Στην ψυχολογία και την κοινωνιολογία, η φροντίδα παύει να αποτελεί αφηρημένη έννοια και νοείται πλέον ως καθημερινή και ταυτόχρονα υπαρξιακά σημαντική πράξη (Tronto, 1993; Held, 2006). Από τη μητρική αγκαλιά έως τις επαγγελματικές παρεμβάσεις στην ψυχική υγεία και τη νοσηλευτική, από τις άτυπες σχέσεις βοήθειας στους ηλικιωμένους έως τις συστημικές δομές πρόνοιας, η φροντίδα είναι ένας κρίκος που ενώνει το ατομικό με το συλλογικό, το ιδιωτικό με το πολιτικό πλαίσιο (Engster, 2007). Σύμφωνα με τα λεγόμενα, στα επόμενα κεφάλαια διερευνάται το πώς νοείται και πλαισιώνεται η έννοια της “πράξης φροντίδας” τόσο στο πεδίο της ψυχολογίας όσο και της κοινωνιολογίας.

#### **3.3.1 Ψυχολογική προσέγγιση: προσκόλληση, θεραπευτική στάση και «αρκετά καλή» φροντίδα**

Στην ψυχολογία και ιδιαίτερα στις σχολές της αναπτυξιακής, της κλινικής και της υπαρξιακής προσέγγισης, η φροντίδα θεωρείται το βασικό θεμέλιο της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, ο John Bowlby, μέσα από τη θεωρία της προσκόλλησης (attachment theory), ανέδειξε τη σημαντικότητα της φροντίδας ως ζωτικό παράγοντα με στόχο την ανάπτυξη ασφαλούς προσκόλλησης και εμπιστοσύνης στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τον Bowlby, η απουσία σταθερής και συνεπούς φροντίδας μπορεί να οδηγήσει σε ανασφαλείς τύπους δεσμών, με

μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή, στις ανθρώπινες σχέσεις και στην ψυχοσυναισθηματική ανθεκτικότητα των ατόμων (Bowlby, 1969; Ainsworth et al., 1978). Συνεπώς, η πράξη φροντίδας του «σημαντικού άλλου» (π.χ. γονέας, θεραπευτής, παιδαγωγός) γίνεται συνθήκη για την εσωτερική συγκρότηση του εαυτού και τη δημιουργία ενός εσωτερικού μοντέλου εμπιστοσύνης προς τον κόσμο.

Επιπλέον, ο Carl Rogers όρισε την «άδολη αποδοχή» (unconditional positive regard) και την «ενσυναισθητική κατανόηση» ως πυρήνες της φροντιστικής πράξης στην ψυχοθεραπεία. Στην περίπτωση αυτή η φροντίδα δεν αποτελεί μία τεχνική, αλλά μία στάση ύπαρξης, ένα «είναι» προς τον άλλον, που βοηθά στην ανάδυση της αυτογνωσίας και της θεραπευτικής αλλαγής (Rogers, 1957; Rogers, 1961). Έτσι, η παρουσία του θεραπευτή ως αυθεντικού και συμπονετικού προσώπου δημιουργεί ένα «θεραπευτικό πεδίο» ασφάλειας και κατανόησης, όπου το άτομο μπορεί να εξερευνήσει τον εαυτό του χωρίς φόβο αξιολόγησης ή απόρριψης. Παράλληλα, η φροντίδα στην ψυχολογία δεν αφορά μόνο τη λήψη πρωτοβουλίας ή την επίλυση προβλημάτων, αλλά είναι μια πράξη βαθιάς παρουσίας. Το να φροντίζεις σημαίνει να είσαι με τον άλλον, να αντέχεις τη δυσκολία του χωρίς να προσπαθείς να την εξαλείψεις πρόωρα, και να εμπιστεύεσαι την εσωτερική του δυνατότητα για αλλαγή και μετασχηματισμό (Vanier, 1998; Yalom, 1980).

Ακόμη, στο βιβλίο «Ψυχολογικά Ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας» (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2012) και συγκεκριμένα στο κεφάλαιο «τα ψυχολογικά ζητήματα της φροντίδας» παρουσιάζεται το ψυχολογικό ζήτημα που ανακύπτει σε κάθε σχέση φροντίδας. Επισημαίνεται ότι κάθε σχέση φροντίδας δεν είναι απλώς μια λειτουργική ανταλλαγή υπηρεσιών, αλλά μια βαθιά ανθρώπινη και ψυχολογική εμπλοκή που επηρεάζει τόσο τον φροντιστή όσο και τον φροντιζόμενο. Παράλληλα, η διαφορά στις σχέσεις φροντίδας είναι η ποιότητα της φροντίδας, η οποία έγκειται στην αναγνώριση ότι η φροντίδα δεν είναι μόνο μια πράξη, αλλά μια διαδικασία που εμπλέκει την ενσυναίσθηση, την κατανόηση και τη δέσμευση προς τον άλλον.

Αυτή η προσέγγιση ενισχύει τη σημασία της ειλικρινούς αφήγησης και της ενσυναίσθησης, προτρέποντας τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της φροντίδας με αυτογνωσία και εσωτερική αναζήτηση. «Όταν μιλάμε για φροντίδα στην ουσία δεν εννοούμε κάτι παραπάνω από το μια πράξη με έγνοια, μια πράξη προς κάποιον με όλο μας το βλέμμα πάνω του» (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2012).

Επιπρόσθετα, η φροντίδα αποτελεί μια βαθιά ανθρώπινη εμπειρία που υπερβαίνει τη λειτουργικότητα ή τις τεχνικές προσεγγίσεις. Σε περιόδους όπου η χρόνια φύση πολλών ασθενειών και η ανεπάρκεια των παραδοσιακών μοντέλων θεραπείας γίνονται όλο και πιο εμφανείς, αναδεικνύεται η ανάγκη για μια εις βάθος ψυχολογική κατανόηση του φαινομένου της φροντίδας. Σύμφωνα με τις Dragioti & Gouva (2024), η φροντίδα που ασκείται στο πλαίσιο της οικογένειας είτε σε επαγγελματικά περιβάλλοντα υγείας, δεν περιορίζεται σε μια σειρά από συμπεριφορές, αλλά αγγίζει τη σφαίρα των σχέσεων, των συναισθημάτων και του ηθικού καλέσματος προς τον άλλον. Το ψυχολογικό υπόβαθρο της φροντίδας μπορεί να διερευνηθεί μέσα από το μοντέλο της «αρκετά καλής» φροντίδας του Donald Winnicott. Το μοντέλο του Winnicott, που αρχικά αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της μητρικής φροντίδας, προσφέρει πολύτιμες γνώσεις για την εύρεση ισορροπίας μεταξύ της υποστήριξης και της ενίσχυσης της αυτονομίας του φροντιζόμενου (Dragioti & Gouva, 2024).

Κατανοώντας τις ψυχολογικές διαστάσεις της φροντίδας, όπως η ανάγκη, η εγρήγορση, η ανάληψη ρίσκου και τα εσωτερικά κίνητρα του φροντιστή, υπάρχει η δυνατότητα βελτίωσης τόσο στις πρακτικές παροχής φροντίδας, αλλά και στα συστήματα υποστήριξης των φροντιστών. Η ενσωμάτωση αυτής της προσέγγισης στη νοσηλευτική και στις ευρύτερες επαγγελματικές πρακτικές φροντίδας συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα και στη συναισθηματική ευημερία όσων συμμετέχουν σε αυτή την επαγγελματική σχέση. Συνολικά μέσα από το μοντέλο του Winnicott, προσφέρεται ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μελέτη της φροντίδας με όρους ψυχολογικούς και αφετέρου δημιουργείται η βάση για την εξέλιξη νέων

πολιτικών υγείας και φροντίδας. Μέσα από μια τέτοια προοπτική, η φροντίδα δεν αντιμετωπίζεται ως καθήκον ή επαγγελματική υποχρέωση, αλλά ως υπαρξιακή πράξη σχέσης και συνάντησης με τον άλλον, στην οποία η συναισθηματική παρουσία είναι εξίσου σημαντική με την πρακτική υποστήριξη (Dragioti & Gouna, 2024).

### **3.3.2 Κοινωνιολογική προσέγγιση: η φροντίδα ως εργασία, ανισότητα και πολιτική κατηγορία**

Η κοινωνιολογία εξετάζει τη φροντίδα όχι μόνο ως προσωπική εμπειρία, αλλά ως κοινωνικά δομημένη πράξη, η οποία φέρει έντονα έμφυλους, ταξικούς και θεσμικούς προσδιορισμούς. Από τη δεκαετία του 1980 και στο εξής, η φροντίδα έχει αναδυθεί ως αντικείμενο σοβαρής θεωρητικής και εμπειρικής ανάλυσης, κυρίως μέσα από το πρίσμα της φεμινιστικής κοινωνιολογίας. Η πράξη της φροντίδας αναγνωρίζεται πλέον ως θεμελιώδης για την αναπαραγωγή της κοινωνικής ζωής, αλλά και ως πεδίο άνισης κατανομής πόρων, χρόνου και εξουσίας.

Η Joan Tronto και η Eva Feder Kittay υπήρξαν οι πρωτοπόρες σε αυτή την αναλυτική μεταστροφή. Συγκεκριμένα, η Tronto (1993) προσδιόρισε τη φροντίδα ως πολιτική και ηθική πράξη, προτείνοντας ένα τετραμερές μοντέλο της φροντίδας [a) caring about, b) taking care of, c) care-giving, d) care-receiving], το οποίο καταδεικνύει την πολυπλοκότητα αλλά και τις κοινωνικές εντάσεις που φέρει η φροντιστική πρακτική. Αντίστοιχα, η Kittay (1999) τόνισε τη δομική αλληλεξάρτηση ως θεμέλιο της ανθρώπινης ύπαρξης, θέτοντας τη φροντίδα στο επίκεντρο ενός ηθικού και πολιτικού προβληματισμού που αφορά την κοινωνική δικαιοσύνη και την αναγνώριση των αναγκών των πιο ευάλωτων ομάδων.

Ως αποτέλεσμα, η πράξη της φροντίδας δεν είναι ουδέτερη ούτε οικουμενικά κατανοητή, αλλά φέρει ιστορικές, οικονομικές και πολιτισμικές εγγραφές. Ποιοι είναι αυτοί που φροντίζουν, ποιοι είναι αυτοί που φροντίζονται και υπό ποιες συνθήκες, αποτελούν τα καίρια ερωτήματα που αποκαλύπτουν τις εγγενείς ανισότητες του φροντιστικού έργου.

Επιπλέον, ιδίως οι γυναίκες που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα ή είναι μετανάστριες, φέρουν δυσανάλογο βάρος στην παροχή φροντίδας, είτε μέσα στο ίδιο το σπίτι, είτε στο υποτιμημένο επαγγελματικό πεδίο της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας (Hochschild, 2000; Parreñas, 2001).

Παράλληλα, η «αόρατη εργασία» της φροντίδας, όπως αποκαλείται συχνά, δεν αναγνωρίζεται ούτε αμείβεται επαρκώς από τα κυρίαρχα οικονομικά και πολιτικά συστήματα. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη φροντίδα είναι που συγκρατεί τον κοινωνικό ιστό, εξασφαλίζοντας την αναπαραγωγή της ζωής και τη δυνατότητα ύπαρξης κοινωνικών σχέσεων. Κάτω από αυτή την προσέγγιση, η Nancy Fraser (2016) ανέφερε για την «κρίση της φροντίδας» (care crisis) που διατρέχει τις σύγχρονες κοινωνίες. Η Fraser υποστήριξε ότι η κρίση αυτή δεν αφορά μόνο την παροχή υπηρεσιών, αλλά και τις αξίες, το χρόνο και τους πόρους για τους οποίους είμαστε συλλογικά πρόθυμοι να επενδύσουμε ώστε να διατηρήσουμε τη ζωή και την ευημερία των ανθρώπων.

Η φροντίδα, λοιπόν, καθίσταται σήμερα ένα βαθύ πολιτικό αίτημα και η διεκδίκηση ενός κόσμου που να επιτρέπει στους ανθρώπους να φροντίζουν και να φροντίζονται χωρίς να υποτιμάται η αξιοπρέπειά τους ή να φθείρονται στην αφάνεια, και αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε μια εποχή αυξανόμενης ατομικοποίησης, επισφάλειας και υποτίμησης των κοινωνικών αγαθών. Έτσι, η κοινωνιολογική προσέγγιση συμβάλλει αποφασιστικά στο να νοηθεί η φροντίδα όχι ως ιδιωτικό ζήτημα, αλλά ως κοινωνικό δικαίωμα που πρέπει να διαρθρωθεί σε δίκαιες και ισότιμες βάσεις.

### **3.4 Η συνάντηση της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας: η φροντίδα ως γέφυρα**

Η ψυχολογία διαμορφώνει το υπαρξιακό και συναισθηματικό βάθος της πράξης της φροντίδας, αποκαλύπτοντάς την όχι μόνο ως λειτουργική ανταπόκριση, αλλά ως βαθιά ανθρώπινη εμπειρία που χτίζει και διατηρεί τον εσωτερικό κόσμο του ατόμου (Bowlby, 1969; Rogers, 1957). Παράλληλα, η κοινωνιολογία αναδεικνύει τη συστημική και πολιτική διάσταση της

φροντίδας, τονίζοντας πως αυτή εντάσσεται σε κοινωνικές δομές, που καθορίζονται από έμφυλα, ταξικά και θεσμικά πρότυπα (Tronto, 1993; Kittay, 1999). Μέσα από τη διττή οπτική, η φροντίδα αναδεικνύεται ως πράξη τρυφερότητας και ταυτόχρονα πράξη αντίστασης, μια εμπειρία σχέσης που υπερβαίνει το άτομο και συγχρόνως αποτελεί μορφή κοινωνικής δικαιοσύνης.

Για παράδειγμα, όταν ένας ψυχολόγος ή ένας θεραπευτής προσφέρουν τη φροντίδα με αυθεντική ενσυναίσθηση, η πράξη αυτή υπερβαίνει τα όρια της επαγγελματικής δεοντολογίας και μετατρέπεται σε μια πολιτική πράξη, μια αθόρυβη διεκδίκηση ενός κόσμου με λιγότερη μοναξιά, απομόνωση και ψυχική αποξένωση (Noddings, 1984). Ομοίως, όταν μια μητέρα φροντίζει το παιδί της ή ένας νοσηλευτής κρατάει το χέρι ενός ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αυτές οι περιπτώσεις δεν παρουσιάζουν απλώς ένα βιολογικό ή κοινωνικό καθήκον, αλλά επαναβεβαιώνουν την ανθρώπινη υπόσταση μέσα σε έναν συχνά ψυχρό και απάνθρωπο κόσμο (Gilligan, 1982; Tronto, 1993). Μέσω της φροντίδας, αναγεννιέται η κοινωνική συνοχή και ενισχύεται η αίσθηση κοινότητας, επιτρέποντας στους ανθρώπους να βιώσουν την έννοια της αλληλεγγύης και της αμοιβαιότητας. Για το λόγο αυτό, η πράξη φροντίδας δεν είναι ούτε ατομική υπόθεση ούτε απλώς επαγγελματική ευθύνη, αλλά αποτελεί κρίκο μιας ευρύτερης ανθρώπινης αλυσίδας, που ξεκινά από τη συναισθηματική σύνδεση και επεκτείνεται μέχρι τις κοινωνικές και πολιτικές δομές που οργανώνουν τη ζωή μας (Fraser, 2016). Η ψυχολογία μάς δείχνει πώς η φροντίδα οικοδομεί και θρέφει το ψυχισμό, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ενσυναίσθησης και της αμοιβαίας αποδοχής (Rogers, 1957), ενώ η κοινωνιολογία μάς υπενθυμίζει την ανάγκη για κοινωνικά συστήματα που υποστηρίζουν και αναγνωρίζουν αυτήν την πολύτιμη εργασία (Kittay, 1999; Hochschild, 2000). Κατά συνέπεια, όπως υπογράμμισε ο Emmanuel Levinas (1969), η ηθική ξεκινά με το πρόσωπο του Άλλου και την αναγνώριση της ευθύνης απέναντί του, τότε μόνο η πράξη φροντίδας αποτελεί την πρώτη λέξη αυτής της ηθικής γλώσσας - μια μικρή, αλλά δυνατή πράξη που, αν της

δώσουμε χώρο και σημασία, μπορεί να μεταμορφώσει τον κόσμο και να μας οδηγήσει σε μια κοινωνία περισσότερο ανθρώπινη, δίκαιη και συμπεριληπτική.

### **3.5 Το βλέμμα του Άλλου: φροντίδα, διυποκειμενικότητα και ενσώματη αναγνώριση**

Το βλέμμα του Άλλου δεν αποτελεί απλώς ένα οπτικό φαινόμενο ή μια στιγμιαία ανταλλαγή βλέμματος, αντιθέτως, έχει βαθύ φιλοσοφικό και οντολογικό χαρακτήρα, που εμπλέκεται στη διαμόρφωση της ύπαρξής μας μέσα στον κόσμο. Όπως αναδεικνύεται στη φαινομενολογική παράδοση, ιδιαίτερα στη σκέψη των Edmund Husserl και Maurice Merleau-Ponty, το βλέμμα του Άλλου είναι μια πράξη σχέσης και αλληλεπίδρασης, μια πρόσκληση για συν-ύπαρξη που υπερβαίνει την απλή αντίληψη (Merleau-Ponty, 1962; Husserl, 1970). Μέσω του βλέμματος, ο εαυτός δεν αυτονομείται ως απομονωμένο υποκείμενο, αλλά συναντιέται με τον Άλλον ως οντότητα ευάλωτη και αλληλεξαρτώμενη, και εν συνεχεία αναγνωρίζεται και φροντίζεται (Levinas, 1969; Zahavi, 2001).

Η φαινομενολογική προσέγγιση καταδεικνύει πως το βλέμμα είναι κάτι περισσότερο από οπτική αντίληψη. Το βλέμμα είναι ο καθρέφτης όπου ο εαυτός καθρεφτίζεται, επανεξετάζει την ύπαρξή του και βιώνει την αλληλεπίδραση ως πράξη φροντίδας. Παράλληλα, ο Merleau-Ponty (1962) τονίζει πως το βλέμμα του Άλλου γίνεται το μέσο, μέσα από το οποίο ο εαυτός μεταμορφώνεται σε σχέση με τον κόσμο και τους άλλους, ενώ το φαινόμενο της «διπλής όρασης» αναδεικνύει την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτο-αντίληψης και αντίληψης του Άλλου (Gallagher, 2005).

Επιπλέον, η φιλοσοφία του Levinas (1969) προσφέρει μια ηθική διάσταση στο βλέμμα του Άλλου, όπου η συνάντηση με το βλέμμα του Άλλου καλεί τον εαυτό σε μια ηθική ευθύνη και φροντίδα, καθιστώντας το βλέμμα μια πρωταρχική πράξη φροντίδας και αναγνώρισης της ανθρώπινης αξίας (Critchley, 2004). Η έννοια αυτή έχει σημαντικές ψυχολογικές και υπαρξιακές προεκτάσεις, καθώς το βλέμμα του Άλλου ενισχύει την αίσθηση της ταυτότητας και της κοινωνικής σύνδεσης, λειτουργώντας ως μέσο επιβεβαίωσης και ενσυναίσθησης

(Schutz, 1967; Zahavi, 2003). Από ψυχολογική σκοπιά, η αναγνώριση μέσω του βλέμματος είναι καθοριστική για την ανάπτυξη της αυτοαντίληψης και της ψυχικής υγείας. Οι θεωρίες της προσκόλλησης (Bowlby, 1969) και της ενσυναίσθησης (Rogers, 1957) αναδεικνύουν τη σημασία του βλέμματος ως μέσο συναισθηματικής σύνδεσης, φροντίδας και επιβεβαίωσης, ενώ η υπαρξιακή ψυχοθεραπεία υπογραμμίζει τη βαθιά ανάγκη του ανθρώπου να γίνει ορατός και να βιώσει την αποδοχή μέσα από την παρουσία του Άλλου (Yalom, 1980). Συνοψίζοντας, το βλέμμα του Άλλου αποτελεί μια πολυδιάστατη οντολογική πράξη που εμπεριέχει φροντίδα, αναγνώριση και ηθική δέσμευση. Μέσα από τη φαινομενολογική και ψυχολογική προσέγγιση, αναδεικνύεται ως θεμέλιο για τη συν-ύπαρξη, την ψυχική ευεξία και την ηθική πρακτική, επιβεβαιώνοντας ότι η ανθρώπινη ύπαρξη πραγματώνεται μέσα στη σχέση και την αλληλοφροντίδα.

### **3.5.1 Husserl: διυποκειμενικότητα και συν-ίδρυση του κοινού κόσμου**

Ο Edmund Husserl υπήρξε ο ιδρυτής της φαινομενολογίας και η σκέψη του επικεντρώνεται στη σχέση του υποκειμένου με τον κόσμο και την έννοια της αποβλεπτικότητας, δηλαδή της κατεύθυνσης της συνείδησης προς τα φαινόμενα. Για τον Husserl, ο κόσμος δεν υπάρχει ως δεδομένο υπόβαθρο, αλλά συγκροτείται μέσα από τις βιωμένες εμπειρίες του υποκειμένου. Ωστόσο, η ατομική εμπειρία από μόνη της δεν αρκεί για τη θεμελίωση μιας αντικειμενικής πραγματικότητας. Παρουσιάζοντας λοιπόν, μερικά αποσπάσματα του V Στοχασμού από το έργο «Καρτεσιανοί Στοχασμοί» (2002), διακρίνεται η προβληματική του Husserl, δηλαδή το πως ξέρουμε ότι υπάρχουν άλλες συνειδήσεις εκτός από τη δική μας συνείδηση.

Στην §49, ο Husserl περιγράφει πώς η αντικειμενικότητα του κόσμου προκύπτει μέσα από τη διυποκειμενικότητα, μια κοινότητα συνειδήσεων, στην οποία το πρωταρχικό εγώ αναγνωρίζει σταδιακά την ύπαρξη άλλων-εγώ, τα οποία αρχικά εμφανίζονται ως «ξένα». Μέσω της αλληλεπίδρασης και της ανταλλαγής εμπειριών, διαμορφώνεται μια εγωλογική κοινότητα, ένα πεδίο στο οποίο η εμπειρία παύει να είναι αυστηρά ιδιωτική και αποκτά κοινό

νόημα. Η πραγματικότητα, επομένως, δεν είναι απλώς προσωπική κατασκευή, αλλά συγκροτείται συλλογικά (Husserl, 2002).

Στη συνέχεια, στην §50, ο Husserl αντιμετωπίζει το φιλοσοφικό πρόβλημα της κατανόησης του άλλου, λέγοντας ότι ο άλλος δεν μας δίνεται άμεσα, δηλαδή η συνείδησή του δεν είναι προσβάσιμη με τον ίδιο τρόπο όπως η δική μας. Ωστόσο, τον προσλαμβάνουμε μέσω μιας συμπαρουσίασης, με άλλα λόγια, η κίνηση, η έκφραση, η χειρονομία του μας παραπέμπουν σε μια ψυχική ζωή, την οποία εξομοιωτικά προβάλλουμε πάνω του, βασιζόμενοι στην ομοιότητα με τη δική μας ενσώματη εμπειρία. Με τον τρόπο αυτό, του αποδίδουμε την υποκειμενικότητά του. Η διαδικασία αυτή εδραιώνεται περαιτέρω στην §51 με την έννοια της σύζευξης (Paarung), μιας παθητικής λειτουργίας της συνείδησης, μέσω της οποίας η εμπειρία του εαυτού και του άλλου-εγώ συνδέονται. Η σύζευξη δεν αποτελεί ένα λογικό επιχείρημα ή μια συνειδητή απόφαση, αλλά ένα φυσικό, βιωματικό φαινόμενο. Όταν το εγώ και ο άλλος-εγώ βρεθούν στο ίδιο βιωματικό πλαίσιο, συγκροτείται μια βασική ενότητα, μια θεμελιώδης αναγνώριση της ετερότητας, που επιτρέπει τη σύσταση ενός κοινού κόσμου. Έτσι, η διυποκειμενικότητα δεν είναι μόνο η βάση της αντικειμενικότητας, αλλά και του ίδιου του νοήματος της ανθρώπινης εμπειρίας (Husserl, 2002).

Εν συνόλω, η φαινομενολογία του Husserl προσφέρει μια ριζική κατανόηση της σχέσης μας με τον κόσμο και με τους άλλους, θεμελιώνοντας τη δυνατότητα επικοινωνίας και κοινής εμπειρίας. Στην καρδιά αυτής της σχέσης βρίσκεται η ενσυναίσθηση (Einfühlung), δηλαδή η ικανότητά μας να βιώνουμε τον άλλον όχι ως απλό εξωτερικό παρατηρήσιμο αντικείμενο, αλλά ως φορέα εσωτερικότητας, σαν έναν άλλον εαυτό. Η ενσυναίσθηση δεν είναι απλώς ψυχολογικό φαινόμενο, αλλά φιλοσοφική συνθήκη που καθιστά δυνατή την ύπαρξη του κοινού κόσμου. Μέσα από αυτήν, η ατομική συνείδηση διανοίγεται στην εμπειρία του άλλου, και η ετερότητα μετασχηματίζεται σε σχέση, κατανόηση και, τελικά, συμμετοχή στον ανθρώπινο κόσμο (Husserl, 2002).

### 3.5.2 Merleau-Ponty: σώμα, σάρκα και «διπλή όραση»

Ο Maurice Merleau-Ponty υπήρξε ένας από τους σημαντικότερους Γάλλους φιλοσόφους του 20ού αιώνα και βασική μορφή της φαινομενολογίας, με έντονο ενδιαφέρον για το σώμα, την αντίληψη και την αισθητική εμπειρία. Η σκέψη του διαμόρφωσε μια ριζικά διαφορετική κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας, ξεκινώντας όχι από τον νου ή τη γλώσσα, αλλά από το σώμα ως το θεμελιώδες μέσο πρόσληψης του κόσμου.

Ένα από τα βασικά φιλοσοφικά του ερωτήματα είναι το πώς ερχόμαστε σε επαφή με τον κόσμο, όχι ως αποστασιοποιημένοι παρατηρητές, αλλά ως ενσώματες υπάρξεις μέσα σε αυτόν. Στο έργο του «Φαινομενολογία της Αντίληψης» (1945), τονίζει ότι η αντίληψη δεν είναι απλώς μια παθητική λήψη ερεθισμάτων, αλλά ένας ενεργός, σωματικά ενσωματωμένος τρόπος αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Έτσι, ο Merleau-Ponty, μέσα από την ενσώματη φαινομενολογία του, επανερμηνεύει το βλέμμα ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ σωμάτων, ξεπερνώντας την παραδοσιακή αντίληψη της όρασης ως απλή οπτική εμπειρία. Παράλληλα, στο έργο «Το Ορατό και το Αόρατο» (1968), το βλέμμα περιγράφεται ως μια ζωντανή ανταλλαγή που λαμβάνει χώρα μέσα στη «σάρκα του κόσμου», δηλαδή στο αδιαίρετο πεδίο όπου σώματα και περιβάλλον συνυπάρχουν και αλληλοδιαμορφώνονται. Αυτή η θεώρηση συνδέεται στενά με τις ιδέες της φαινομενολογίας του σώματος που αναπτύχθηκε από τον Husserl (1970) και εμβάθυνε ο Gallagher (2005), όπου η αντίληψη του άλλου δεν είναι αδρανής παρατήρηση, αλλά ενεργή εμπλοκή με τον κόσμο και τους άλλους μέσα σε ένα κοινό βιωμένο πεδίο.

Η έννοια της «διπλής όρασης» που περιγράφει ο Merleau-Ponty, όπου το βλέμμα που απευθύνω στον Άλλον αντανακλάται καθώς ο Άλλος ήδη με βλέπει, αποτελεί θεμέλιο για τη δημιουργία αυθεντικών σχέσεων φροντίδας (Merleau-Ponty, 1968; Zahavi, 2001). Αυτή η αμοιβαιότητα στο βλέμμα δημιουργεί έναν χώρο συν-παρουσίας και συν-αίσθησης, όπου η φροντίδα μετατρέπεται σε ενσώματη μαρτυρία της ύπαρξης του άλλου εντός της δικής μας

εμπειρίας. Σύμφωνα με τους Levinas (1969) και Schutz (1967), αυτή η διαλεκτική σχέση μεταξύ του υποκειμένου και του Άλλου ανοίγει το δρόμο για μια ηθική ευθύνη που πηγάζει από την αναγνώριση της ανθρώπινης ευαλωτότητας και αλληλεξάρτησης.

Εν τέλει, η φροντίδα με βάση την προσέγγιση του Merleau-Ponty δεν μπορεί να ερμηνευτεί ως πράξη ελεημοσύνης ή ανωτερότητας, αλλά ως πράξη αποκάλυψης της κοινής μας ύπαρξης στο ίδιο σώμα του κόσμου. Το βλέμμα του Άλλου αποτελεί έναν τόπο αλήθειας όπου η υποκρισία και η προσποίηση καταλύονται, και όπου η ανθρώπινη σύνδεση και αλληλοστήριξη εκφράζονται ως αδιαμφισβήτητο γεγονός (Merleau-Ponty, 1968; Critchley, 2004). Αυτή η οντολογική προσέγγιση στη φροντίδα εμπλουτίζει τη σύγχρονη ψυχολογική και κοινωνιολογική κατανόηση της φροντίδας ως αμοιβαία και βαθιά ανθρώπινη εμπειρία (Gallagher, 2005; Kittay, 1999).

### **3.5.3 Το βλέμμα ως ηθική πρόσκληση: από την αντίληψη στην ευθύνη**

Η φροντίδα, στο πλαίσιο της φαινομενολογίας, δεν αποτελεί προϋπόθεση του βλέμματος αλλά αναδύεται μέσα από αυτό. Το βλέμμα δεν είναι απλώς μια αισθητηριακή πρόσληψη ή πράξη οπτικής αντίληψης, αλλά πρωτογενής τροπικότητα σχέσης, στην οποία ο Άλλος δεν είναι ένα αντικείμενο του κόσμου, αλλά υποκείμενο που με καλεί. Ο Άλλος, όταν με κοιτά, δεν με παρατηρεί απλώς, με καθιστά υπεύθυνο (Levinas, 1961). Το βλέμμα του Άλλου φέρει ηθική βαρύτητα και γίνεται το κάλεσμα αναγνώρισης, φροντίδας και ανταπόκρισης. Να αποστρέψω το πρόσωπο σημαίνει να αθετήσω αυτή την ηθική πρόσκληση, την πρόσκληση να συνδεθώ, να φέρω το βάρος της παρουσίας του Άλλου.

Όπως το θέτει ο Emmanuel Levinas, η εμπειρία του Άλλου δεν είναι θεωρητική, αλλά είναι δεσμευτική: «Το πρόσωπο του Άλλου με απευθύνει - και απαιτεί. Η αποκάλυψη του προσώπου είναι άμεση, και το μήνυμά του είναι μη σκοτώσεις» (Levinas, 1961). Το βλέμμα γίνεται λοιπόν το πρώτο άγγιγμα της φροντίδας, και όχι απλά επικοινωνία, αλλά σχέση που συγκινεί, δεσμεύει και νοηματοδοτεί. Στη φαινομενολογική οπτική, ο Merleau-Ponty αναλύει

το βλέμμα όχι ως μονοδιάστατη ακτίνα οπτικής, αλλά ως σώμα-που-βλέπει και σώμα-που-βλέπεται. Το βλέμμα εγγράφεται στο ενσώματο πεδίο της ύπαρξης, προϋποθέτοντας και συνθέτοντας τον Άλλο ως έμψυχο σώμα με παρουσία και όχι ως αντικείμενο (Merleau-Ponty, 1945).

Επομένως, η σχέση φροντίδας, όπως αυτή μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, γιατρού και ασθενούς, μητέρας και παιδιού, ή ακόμη και ανάμεσα σε αγνώστους, συχνά θεμελιώνεται σε ένα βλέμμα. Ένα βλέμμα που δεν κρίνει, δε ξεγυμνώνει, δε διορθώνει, αλλά περιβάλλει, αναγνωρίζει και συνοδεύει. Στο βλέμμα αυτό εκδηλώνεται η ενσυναίσθηση, με άλλα λόγια, η δυνατότητα να βιώσουμε τον άλλον όχι εξωτερικά, αλλά εκ των έndon, μέσω μιας αναλογικής-ενσωματωμένης κατανόησης της εσωτερικότητάς του (Zahavi, 2014). Η ενσυναίσθηση δεν είναι ταύτιση ούτε προβολή, αλλά μια βιωμένη εμπειρία αμοιβαιότητας, η οποία συνιστά τη βάση της ανθρώπινης σχέσης και της αυθεντικής φροντίδας.

Συμπερασματικά, τόσο στον Husserl όσο και στον Merleau-Ponty, το βλέμμα του Άλλου δεν αποτελεί εργαλειακή λειτουργία αλλά είναι ένας φιλόξενος καθρέφτης που μας επιτρέπει να αναγνωρίσουμε τον Άλλον ως πρόσωπο και όχι ως αντικείμενο. Είναι η είσοδος στη φροντίδα, η εναρκτήρια πράξη μιας σχέσης που σέβεται την ευαλωτότητα, την ιστορία, τις προσδοκίες και την ετερότητα του προσώπου. Μέσα από την ενσυναίσθηση, αυτή η σχέση αποκτά βάθος καθώς η φροντίδα δεν είναι απόφαση, αλλά είναι το άγγιγμα που ξεκινά από το βλέμμα και κορυφώνεται στη συμμετοχική κατανόηση της ανθρώπινης ύπαρξης. Εν συνόλω, το βλέμμα φροντίζει, γιατί μας υπενθυμίζει ότι υπάρχουμε μέσα στο πεδίο κάποιου άλλου, ότι η παρουσία μας δεν είναι αδιάφορη, αλλά έχει απήχηση, σημασία, βαρύτητα. Η πιο αυθεντική πράξη φροντίδας δεν εκφράζεται με λέξεις, αλλά αναδύεται σιωπηλά, όταν ένα βλέμμα μάς λέει: «Σε βλέπω. Είμαι εδώ. Δεν είσαι μόνος/η» (Γκούβα, 2025).

### **3.6 Η φροντίδα στη Νοσηλευτική επιστήμη: θεωρίες και «πράξη φροντίδας»**

Η Νοσηλευτική δεν αποτελεί απλώς ένα επάγγελμα, αλλά ένα λειτούργημα που στηρίζεται στον θεμελιώδη πυρήνα της φροντίδας ως διαρκούς και αυθεντικής ανθρώπινης πράξης. Η φροντίδα δεν περιορίζεται στη σωστή εφαρμογή τεχνικών παρεμβάσεων αλλά είναι μια πράξη βαθιάς σχέσης, ηθικής δέσμευσης και υπαρξιακής παρουσίας κοντά στον πάσχοντα (Watson, 2022). Ο νοσηλευτής καλείται να ανταποκριθεί όχι μόνο στις σωματικές ανάγκες του ασθενούς, αλλά και στη συναισθηματική του πραγματικότητα, αναγνωρίζοντας την ευαλωτότητά του και προσφέροντας ένα περιβάλλον ασφάλειας και αξιοπρέπειας (Papastavrou et al., 2019).

Η νοσηλευτική φροντίδα προϋποθέτει την ενεργή παρουσία, την ενσυναίσθηση και τη σωματοποιημένη επικοινωνία με τον άλλον, συχνά μέσα σε συνθήκες έντασης ή πόνου. Δεν πρόκειται για μια απρόσωπη εκτέλεση καθηκόντων, αλλά για μια ευαίσθητη και βιωματική ανταπόκριση στη μοναδικότητα κάθε ανθρώπου που νοσηλεύεται (Halldórsdóttir & Hamrin, 2020). Μέσα από την ενσυναίσθηση και την αγάπη, ο νοσηλευτής κατορθώνει να κατανοήσει τον ασθενή όχι μόνο ως φορέα συμπτωμάτων, αλλά ως πρόσωπο με εμπειρίες, φόβους και προσδοκίες. Έτσι, η φροντίδα καθίσταται μια ουσιαστική πράξη ανθρωπιάς, που αναδεικνύει τον ηθικό και κοινωνικό ρόλο της Νοσηλευτικής επιστήμης.

### **3.6.1 Η φροντίδα ως θεμέλιο της Νοσηλευτικής πράξης: ιστορικές και θεωρητικές ρίζες**

Η Νοσηλευτική επιστήμη και πράξη διαμορφώθηκε ιστορικά γύρω από την έννοια της φροντίδας ως κεντρικό άξονα της ανθρώπινης παρουσίας δίπλα στον πάσχοντα. Η Florence Nightingale, θεμελιώτρια της σύγχρονης Νοσηλευτικής, δεν διατύπωσε απλώς αρχές υγιεινής και περίθαλψης, αντιθέτως, εισήγαγε έναν τρόπο ύπαρξης του νοσηλευτή που προϋποθέτει φυσική παρουσία, ηθική υπευθυνότητα και εγρήγορση στο περιβάλλον, το σώμα και την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου (Dossey, 2005). Παρότι στα «Notes on Nursing» (1859/1992) δεν αναφέρεται ρητά ο όρος «φροντίδα», η πρακτική και φιλοσοφική βάση του έργου της Nightingale αντανακλά μια πρώιμη μορφή φαινομενολογικής αντίληψης της

φροντίδας, όπου η παρουσία του νοσηλευτή λειτουργεί ως «θεραπευτικός φορέας» που υποδέχεται τον άλλον με ολότητα και σεβασμό στην ευαλωτότητά του (Selanders & Crane, 2012).

Στη σύγχρονη θεωρητική εξέλιξη της Νοσηλευτικής, η Jean Watson προσέδωσε νέα διάσταση στη φροντίδα, αναπτύσσοντας τη θεωρία της ανθρώπινης φροντίδας (Theory of Human Caring). Η Watson υποστηρίζει ότι η φροντίδα είναι βαθιά υπαρξιακή και διαπροσωπική διαδικασία, η οποία καλλιεργείται μέσα από αυθεντική παρουσία, ενσυναίσθηση και θεραπευτική επικοινωνία (Watson, 2008). Η φροντίδα, σύμφωνα με τη θεωρία της, δεν είναι μόνο πρακτική δράση, αλλά και πράξη πνευματικής σχέσης, όπου ενεργοποιούνται στοιχεία όπως το βλέμμα, η σιωπή, η αφή και η ενεργητική ακρόαση. Στόχος της φροντίδας δεν είναι απλώς η βιολογική αποκατάσταση, αλλά η ενίσχυση της αξιοπρέπειας και της ελπίδας του ασθενούς, μέσα σε ένα ολιστικό πλαίσιο που ενσωματώνει το σωματικό, το ψυχικό και το πνευματικό στοιχείο.

Παράλληλα, θεωρητικοί όπως η Madeleine Leininger, μέσω της «Transcultural Nursing Theory», ανέδειξαν τη σημασία της πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας, τονίζοντας ότι η Νοσηλευτική δεν μπορεί να είναι ουδέτερη ή τυποποιημένη, αλλά πρέπει να ανταποκρίνεται στις αξίες, τα πιστεύω και τις ανάγκες κάθε ασθενούς (Leininger & McFarland, 2006). Από την άλλη πλευρά, η Virginia Henderson, όρισε τη Νοσηλευτική ως τη βοήθεια προς το άτομο ώστε να επιτύχει ανεξαρτησία στις βασικές ανάγκες του, καθιστώντας τη φροντίδα μια πράξη ενδυνάμωσης και αυτονομίας (Henderson, 1991).

Η πράξη φροντίδας, λοιπόν, συγκροτείται ως πολυδιάστατη σχέση που εμπεριέχει τη σωματικότητα, τη συναισθηματική σύνδεση, την ηθική ευθύνη και τη βαθιά κατανόηση του ασθενούς. Η φροντίδα δεν είναι μια πράξη τεχνικής εκτέλεσης, αλλά μια δυναμική διαδικασία αμοιβαίας παρουσίας, που λειτουργεί ως θεραπευτική ανταπόκριση στον ανθρώπινο πόνο και στη μοναξιά της ασθένειας (Eriksson, 2018).

### 3.6.2 Jean Watson: Human Caring και caritas processes

Η Jean Watson, θεμελιώνοντας τη θεωρία της ανθρώπινης φροντίδας όπως αναφέρθηκε, ανέδειξε τη φροντίδα όχι ως μια μηχανιστική αντίδραση στην παθολογία, αλλά ως υπαρξιακή ανταπόκριση στην ανθρώπινη παρουσία. Η φροντίδα, σύμφωνα με την Watson, είναι διαπροσωπική, πνευματική και ηθική πράξη που συμβαίνει όταν ο νοσηλευτής εισέρχεται με πρόθεση και σεβασμό στην υπαρξιακή σφαίρα του άλλου, αναγνωρίζοντας την ευαλωτότητα, τη μοναδικότητα και την αξιοπρέπειά του (Watson, 1985; Watson, 2008). Η φροντίδα δεν είναι απλώς μια τεχνική δεξιότητα ή ένα επαγγελματικό καθήκον, αλλά μια στάση ζωής που ενσωματώνει την ενσυναίσθηση, την αυθεντική παρουσία, τη σιωπηρή κατανόηση και το άγγιγμα ως φορείς θεραπευτικής σχέσης.

Η Νοσηλευτική, μέσα από το πρίσμα της θεωρίας της Watson, αναπτύσσεται ως φαινομενολογική και ολιστική πράξη, όπου η θεραπευτική φροντίδα πηγάζει από μια βαθιά συνειδητή και πνευματικά παρούσα σχέση. Η πράξη φροντίδας δεν είναι εργαλειακή, αλλά μεταμορφωτική - μια ηθική και υπαρξιακή επιλογή, που εδράζεται σε αυτό που η Watson αποκαλεί caritas processes, δηλαδή ουσιαστικά στοιχεία της αγάπης, της ελπίδας, της πίστης και της αυθεντικότητας (Watson, 2008; Sitzman & Watson, 2019).

Στη μεταγενέστερη εργασία της, η Watson (1999) προχωρά πέρα από τους παραδοσιακούς επαγγελματικούς ρόλους, προτείνοντας μια ριζική αναδιαμόρφωση της οντολογικής θέσης του φροντιστή. Ο φροντιστής παύει να είναι ο ειδικός που κατέχει τη γνώση, και γίνεται συνοδοιπόρος στο θεραπευτικό ταξίδι του άλλου. Η φροντίδα, μέσα από αυτό το πρίσμα, δεν αποτελεί μόνο αντικείμενο επιστημονικής γνώσης, αλλά και έκφραση υπαρξιακής σοφίας. Η Watson υποστηρίζει ότι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να επαναπροσδιορίσουν την ταυτότητά τους εντός μιας θεραπευτικής κοινότητας, η οποία δεν ανήκει αποκλειστικά σε κάποιον επαγγελματικό κλάδο, αλλά συνδιαμορφώνεται διαλογικά και εμπειρικά με τον πάσχοντα (Watson, 2005).

Η έννοια της «φροντίδας του όλου» (whole caring) που αναπτύσσει η Watson αναφέρεται στη δυνατότητα ενσώματης και πνευματικής σύνδεσης που υπερβαίνει το ορατό και το μετρήσιμο. Η φροντίδα δεν περιορίζεται σε πρακτικές παρεμβάσεις, αλλά αγγίζει βαθύτερα υπαρξιακά επίπεδα όπως την παρουσία, τη σιωπή, το άγγιγμα της ψυχής. Πρόκειται για μια ιερή ανταλλαγή ενέργειας που επιτρέπει την πνευματική συν-αντίληψη και την αναγνώριση της ανθρώπινης κοινότητας στην ασθένεια, τον πόνο και τον θάνατο (Watson, 2008; Turkel et al., 2018).

Η Watson, μέσα από αυτή την ανθρωποκεντρική και φιλοσοφικά θεμελιωμένη θεωρία, προσφέρει μια «γυναικεία» προοπτική στη φροντίδα, όχι με την έννοια του βιολογικού φύλου, αλλά ως προσέγγιση ενσυναίσθησης, σύνδεσης και υπαρξιακής αφοσίωσης απέναντι στον άνθρωπο και τη ζωή. Σε μια εποχή όπου η υγειονομική φροντίδα απειλείται από τον τεχνοκρατισμό και την αποπροσωποποίηση, η θεωρία της Watson επαναφέρει τη φροντίδα στο επίκεντρο ως ηθική, φιλοσοφική και πολιτισμική αντίσταση στην αποανθρωποποίηση της ιατρικής πράξης (Watson, 2008; Smith & Parker, 2015).

### **3.6.3 Η πράξη φροντίδας στο βιοηθικό και πολιτισμικό πλαίσιο**

Η φροντίδα στη Νοσηλευτική εμπεριέχεται και διαμορφώνεται ακόμη και μέσα στο ευρύτερο πολιτισμικό, ηθικό και κοινωνικό πλαίσιο του κάθε ασθενούς. Η Leininger, μέσα από τη θεωρία της Transcultural Nursing, ανέδειξε πως η φροντίδα αποκτά ουσιαστικό νόημα μόνο όταν λαμβάνει υπόψη το πολιτισμικό υπόβαθρο και τις μοναδικές αξίες, πεποιθήσεις και πρακτικές του φροντιζόμενου (Leininger & McFarland, 2006). Κατά συνέπεια, η πράξη της φροντίδας δεν είναι μονοσήμαντη ή μονοδιάστατη, αλλά πολλαπλή, ευέλικτη και βαθιά σχεσιακή, βασισμένη στην πολιτισμική ανταπόκριση.

Η θεωρία της Leininger (1999) προτείνει ότι η πολιτισμική φροντίδα αποτελεί ένα ευρύ και πολυεπίπεδο εργαλείο, μέσω του οποίου ο φροντιστής μπορεί να προάγει την υγεία, την ευημερία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ίδια τονίζει ότι τα επαγγέλματα φροντίδας,

και ειδικότερα η Νοσηλευτική, είναι από τη φύση τους διαπολιτισμικά. Επομένως, η γνώση και η κατανόηση των πολιτισμικών διαφορών είναι απαραίτητη προϋπόθεση ώστε οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν φροντίδα που να ανταποκρίνεται επαρκώς και με σεβασμό στην πολυμορφία των ανθρώπων (Leininger & McFarland, 2006; Spector, 2017). Η φροντίδα, σύμφωνα με την Leininger, δεν μπορεί να αποσπαστεί από το πολιτισμικό πλαίσιο, καθώς η κουλτούρα διαπλέκεται με τις αντιλήψεις για την υγεία, την ασθένεια και την αποκατάσταση (Leininger, 1999).

Επιπλέον, η φροντίδα λειτουργεί ως το βασικό μέσο, από το οποίο ο ασθενής αναρρώνει ή ανταπεξέρχεται στις δυσμενείς συνθήκες της ζωής. Η φροντίδα δεν είναι απλά παροχή υπηρεσιών, αλλά μια δυναμική αλληλεπίδραση που σέβεται και ενσωματώνει τις πολιτισμικές αξίες και ανάγκες του κάθε ατόμου. Ανεξαρτήτως πολιτισμικού υπόβαθρου, η Leininger επισημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι μοιράζονται κοινές καθολικές ανάγκες για φροντίδα που σχετίζονται με την επιβίωση, την παρηγοριά και την ανάπτυξη (Leininger, 1999). Ο απώτερος σκοπός της διαπολιτισμικής φροντίδας είναι να ενισχύσει και να υποστηρίξει το άτομο ώστε να διατηρεί ή να βελτιώνει την ευημερία του, να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της ζωής και του θανάτου πρωτίστως με αξιοπρέπεια (Leininger & McFarland, 2006).

Παράλληλα, στο πεδίο της βιοηθικής, η φροντίδα ορίζεται ως ηθική υποχρέωση που προηγείται και υπερβαίνει οποιαδήποτε θεσμική ή τυπική διαδικασία (Tronto, 1993). Η Νοσηλευτική πράξη δεν περιορίζεται στην τυπική εκτέλεση πρωτοκόλλων, αλλά απαιτεί μια βαθιά ηθική δέσμευση. Ο νοσηλευτής καλείται να εμπλακεί αυθεντικά, με ευαισθησία και σεβασμό στη μοναδικότητα της κάθε ανθρώπινης εμπειρίας, αναγνωρίζοντας την ευαλωτότητα και τις ανάγκες του άλλου ως κεντρικές έννοιες στη φροντίδα (Curtis et al., 2000; Munhall, 2012). Συνολικά, η ηθική αυτή προσέγγιση προάγει τη σχέση εμπιστοσύνης και αναδεικνύει τη φροντίδα ως βασικό άξονα της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης και υποστήριξης στον τομέα της υγείας.

### **3.7 Η φροντίδα ως παρουσία και θεραπευτική σχέση: η κλινική πράξη ως τόπος νοήματος**

Η φροντίδα δεν είναι απλώς μια ενέργεια που εκτελούμε, είναι μια ουσιαστική κατάσταση ύπαρξης, υπογραμμίζει η Patricia Benner, σε συνεργασία με την Judith Wrubel, μέσα από το έργο τους για τη Νοσηλευτική ηθική και την κλινική σοφία (Benner & Wrubel, 1989). Η παρουσία του νοσηλευτή, ακόμη και όταν δε συνοδεύεται από λόγια, όταν απλώς στέκεται αθόρυβα δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς, η πράξη αυτή ασκεί μια ισχυρή θεραπευτική επίδραση. Αυτή η «σιωπηλή φροντίδα» αποτελεί μια μορφή κλινικής ενσυναίσθησης, μια διαδικασία όπου η φροντίδα λειτουργεί ως μέσο επικοινωνίας, ανακούφισης και νοσηματοδότησης του πόνου και της δυσφορίας που βιώνει ο κάθε ασθενής (Benner, 2000; Smith, 2017).

Η φροντίδα, λοιπόν, δεν είναι παθητική ή τυχαία πράξη, αλλά είναι ενεργητική, επαγρύπνουσα και βαθιά συντονισμένη με τον άλλον. Η Νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί συνεχή συνειδητοποίηση και ευαισθησία, καθώς αντανακλά μια αμφίδρομη σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού (Benner & Wrubel, 1989; Todres et al., 2009). Αυτή η σχέση, πέρα από τη βιοϊατρική διάσταση, προσφέρει μια ουσιαστική ανθρώπινη σύνδεση που βοηθά τον ασθενή να βρει νόημα μέσα στον πόνο, το φόβο ή την αγωνία του.

Η πράξη της φροντίδας στη Νοσηλευτική δεν μπορεί να θεωρηθεί ούτε μονοσήμαντη ούτε ουδέτερη. Αντιθέτως, αποτελεί μια οντολογική στάση και ηθική δέσμευση που συνδυάζει την επαγγελματική ικανότητα, τη συναισθηματική νοημοσύνη, την πνευματική διαθεσιμότητα και την πολιτισμική ευαισθησία (Benner, 2000; Watson, 2008; Leininger & McFarland, 2006). Σε κάθε ασθενή που υποφέρει, που φοβάται ή που αντιμετωπίζει το τέλος της ζωής του, η φροντίδα είναι εκείνη η πράξη που τον επαναφέρει μέσα στην ανθρώπινη κοινότητα, προσδίδοντας νόημα, αξία και παρηγοριά (Watson, 2008; Dossey, 2016).

Επιπρόσθετα, η Miriam Bender εμβαθύνει την έννοια της φροντίδας ως μια δυναμική και αμφίδρομη διαδικασία που υπερβαίνει την απλή παροχή υπηρεσιών, εστιάζοντας στην

ποιότητα της ανθρώπινης σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς (Bender, 2014). Σύμφωνα με την Bender, η φροντίδα δεν περιορίζεται μόνο στην κάλυψη φυσικών αναγκών αλλά αποτελεί μια ολιστική προσέγγιση που ενσωματώνει τη συναισθηματική ανταπόκριση, την πνευματικότητα και την ηθική ευθύνη, προάγοντας την αίσθηση της ασφάλειας και της αξιοπρέπειας στον ασθενή. Επιπλέον, η ίδια τονίζει τη σημασία της ενσυναίσθησης ως εργαλείο που ενδυναμώνει τον νοσηλευτή να κατανοήσει βαθύτερα την εμπειρία του πόνου και της δυσφορίας, δημιουργώντας έναν χώρο όπου η φροντίδα μετατρέπεται σε αυθεντική ανθρώπινη συνάντηση (Bender, 2014; Bender & Chur-Hansen, 2016). Εν κατακλείδι, η συγκεκριμένη προσέγγιση συμβάλλει στην ανάδειξη της Νοσηλευτικής ως ένα επάγγελμα που βασίζεται τόσο στην επιστημονική γνώση όσο και στην ηθική δέσμευση για τον Άλλον.

### **Ανθρωπιστική αγάπη, όριο και ανθεκτικότητα στη σχέση φροντίδας**

*«Η εξουθένωση δεν προέρχεται από την υπερβολική φροντίδα,  
αλλά από τη φροντίδα χωρίς νόημα.»  
Viktor Frankl*

Σε έναν κόσμο όπου η επαγγελματική φροντίδα διατρέχει τον κίνδυνο να περιοριστεί σε διαγνωστικούς αλγόριθμους, τεχνοκρατικά πρωτόκολλα και στατιστικά δεδομένα, η ανθρωπιστική αγάπη αποτελεί μια πράξη αντίστασης και πρωτίστως είναι η θεμελιώδης προϋπόθεση διατήρησης της ουσίας της φροντίδας. Η ανθρωπιστική αγάπη δεν είναι ρομαντική ιδεολογία ούτε συναισθηματική υπερβολή, αντιθέτως πρόκειται για μία υπαρξιακή στάση και μια ενσώματη ελπίδα, αποτελώντας τον κύριο άξονα ύπαρξης κάθε γνήσιας ανθρώπινης σχέσης φροντίδας (Frankl, 1992; Gilligan, 1982; Watson, 2008).

Η ανθρωπιστική αγάπη, όπως έχει διατυπωθεί στη φαινομενολογική και υπαρξιστική ανθρωπολογία της φροντίδας, είναι ηθική δέσμευση και υπαρξιακή προσφορά. Ο Viktor Frankl (1992), μέσα από το έργο του «Man's Search for Meaning», αναδεικνύει τη σημασία της σχέσης ως πηγή νοήματος, ακόμα και υπό τις πιο ακραίες συνθήκες. Παρομοίως, η Gilligan (1982), υπογραμμίζει τη σημασία της ενσυναίσθησης και της σχεσιακής ηθικής έναντι μιας απρόσωπης δεοντολογίας, ενώ η Watson, αναδεικνύει την αγάπη ως αναγκαία προϋπόθεση θεραπευτικής παρουσίας πέρα από τις τεχνικές και τις παρεμβάσεις (Watson, 2008).

Ο επαγγελματίας υγείας που ενσαρκώνει την ανθρωπιστική αγάπη στο πλαίσιο της φροντίδας, αντιμετωπίζει τον άλλον (τον ασθενή) ως πρόσωπο, ως φορέα αξίας, ιστορίας και νοήματος. Έτσι, η φροντίδα αποκτά διαλογική και αμοιβαία διάσταση (Buber, 2008), καθώς ο

επαγγελματίας υγείας σχετίζεται αυθεντικά, μέσω του σώματος, του βλέμματος, της φωνής και της καρδιάς του. Η ανθρωπιστική αγάπη δεν ακυρώνει την επιστημονική εγκυρότητα αλλά τη συμπληρώνει με ήθος, αφού προσανατολίζει την πράξη φροντίδας προς το πρόσωπο του ασθενούς και όχι προς το σύμπτωμά του.

Στο σύγχρονο περιβάλλον φροντίδας όπου παρατηρείται η υπερφόρτωση των υγειονομικών συστημάτων σε συνδυασμό με τη συναισθηματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας και την αποπροσωποποίηση των υπηρεσιών, η προβολή της ανθρωπιστικής αγάπης συνιστά έναν όρο επιβίωσης της ίδιας της φροντίδας (Tronto, 1993; Halifax, 2018). Επομένως, η επαγγελματική φροντίδα που ενσωματώνει την ανθρωπιστική αγάπη στις σχέσεις φροντίδας, μπορεί να παρουσιάζεται ως ολιστική, θεραπευτική και βιώσιμη.

#### **4.1 Η βιωματική σύνδεση του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς**

Η βιωματική σύνδεση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών συνιστά τον πυρήνα μιας σχέσης φροντίδας, στην οποία αναγνωρίζεται η οντολογική αξία της ανθρώπινης ύπαρξης. Όταν ο επαγγελματίας υγείας βρίσκεται απέναντι στον ασθενή με σεβασμό, τρυφερότητα και προσοχή, δε δρα ως κάτοχος εξειδικευμένης γνώσης, αλλά ως υπαρξιακός συνοδοιπόρος του ασθενούς (Watson, 2008). Στη συγκεκριμένη επαγγελματική συνάντηση, σύμφωνα με τον Rogers (1957), μπορεί να διαμορφώνεται ένα θεραπευτικό πεδίο, βασισμένο στην ενσυναίσθηση, την αυθεντικότητα και την άνευ όρων αποδοχή.

Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα μπορεί να φτάνει την υπέρβαση όσον αφορά το ρόλο του επαγγέλματος, όμως μετασχηματίζεται σε οντολογική στάση. Η παρουσία του φροντιστή δε δίνει την υπόσχεση της ίασης, αλλά την υπόσχεση της συνεύρεσης. Ο επαγγελματίας υγείας δεν προσφέρει μονάχα έτοιμες απαντήσεις στην αρρώστια και τον πόνο του ασθενούς, αλλά βιώνει την αβεβαιότητα και συνυπάρχει με το άγνωστο. Συγκεκριμένα, η φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl (1970), η οποία εμπλουτίστηκε και ενισχύθηκε από τον Merleau-

Ponty (1962), τονίζει τη σημασία της εμπρόθετης ενσώματης εμπειρίας, δηλαδή της δυνατότητας του ανθρώπου να σχετίζεται με τον άλλον μέσα από το σώμα και την αισθητηριακή παρουσία.

Στην περίπτωση που περιγράφουμε, η σωματικότητα της φροντίδας αποκτά φαινομενολογικό και ηθικό νόημα. Για παράδειγμα, το άγγιγμα μετατρέπεται σε φορέα ανθρώπινης σχέσης, το βλέμμα παρουσιάζεται ως πράξη ενσυναίσθησης και η σιωπή αντιμετωπίζεται ως δυνατότητα βαθύτερης επικοινωνίας (Toombs, 1993). Πρόκειται λοιπόν για μια σχέση συνύπαρξης, ή όπως την περιέγραψε ο Heidegger (1962), «Mitsein», δηλαδή μια συγκατοίκηση στη χωροχρονική πραγματικότητα του πόνου και της ελπίδας. Επιπλέον, η φροντίδα που διαποτίζεται από την ανθρωπιστική αγάπη (Watson, 2008) αναδύεται ως πράξη φιλοσοφική και υπαρξιακή, ριζωμένη στην αλληλεγγύη και την κοινή ευαλωτότητα. Η ανθρωπιστική αγάπη δεν περιορίζεται στο συναισθηματικό επίπεδο, αλλά μεταφράζεται σε συγκεκριμένες ηθικές πρακτικές, όπως η σιωπηλή παρουσία, το νοηματοδοτημένο βλέμμα και το εμπιστευτικό άγγιγμα (Watson, 2008; Noddings, 1984).

Ακόμη, η Patricia Benner (2000), μέσα από τη θεωρία της απόκτησης εμπειρογνωμοσύνης στην κλινική πρακτική, υποστήριξε ότι η εμπειρική σοφία προέρχεται τόσο από τη θεωρητική γνώση όσο και από τη βιοματική συνύπαρξη με τον ασθενή - μια διαδικασία όπου ο φροντιστής αντλεί κατανόηση μέσω της ενσώματης και επαναλαμβανόμενης εμπειρίας. Ο επαγγελματίας υγείας που σχετίζεται υπαρξιακά με τον ασθενή δημιουργεί έναν ενδιάμεσο χώρο, έναν χώρο συνάντησης μεταξύ προσωπικού και επαγγελματικού εαυτού, όπου συνυπάρχουν η ελπίδα, η εμπιστοσύνη και η αποδοχή (Benner, 2000; Gadow, 1995).

Εν συνόλω, σε έναν κόσμο όπου η τεχνολογία υπόσχεται τεχνητή αθανασία και προγνωστικά μοντέλα, η παρουσία βιοματικής σύνδεσης δίνει έμφαση στην αξία της ανθρώπινης ευαλωτότητας ως πεδίου νοήματος και αυθεντικής φροντίδας. Όπως επισημαίνει

η Joan Halifax (2018), στην ευθραυστότητα του πόνου και στην κοινή μοίρα του θανάτου, μπορούν να ριζώσουν η συμπονετική παρουσία και η ενσυναίσθητη δράση. Επομένως, η φροντίδα, είναι μια σχέση που προϋποθέτει την αναγνώριση της κοινής ανθρώπινης μοίρας και την αποδοχή της ευαλωτότητας ως κοινού εδάφους συνάντησης. Κατά συνέπεια, η ανθρωπιστική αγάπη δεν αποτελεί συναισθηματική πολυτέλεια, αλλά υπαρξιακή αναγκαιότητα για μια ουσιαστική και θεραπευτική φροντίδα.

#### **4.2 Ο ρόλος της ενσυναίσθησης, της αποδοχής και της παρουσίας**

Η ενσυναίσθηση, η άνευ όρων αποδοχή και η παρουσία αποτελούν δομικά στοιχεία μιας αυθεντικής φροντιστικής στάσης, ιδίως όταν αυτή βασίζεται σε ανθρωπιστικές και υπαρξιακές αρχές. Πρόκειται για ποιοτικά χαρακτηριστικά που ξεπερνούν τις τεχνικές γνώσεις και μετατρέπουν τον επαγγελματία υγείας σε φορέα σχέσης και παραγωγό νοήματος (Rogers, 1959; Watson, 2008).

Αρχικά, η ενσυναίσθηση, συνιστά την ικανότητα να κατανοεί κανείς τον εσωτερικό κόσμο του άλλου «σαν να ήταν δικός του», ωστόσο δίχως να χάνεται η διάκριση του εαυτού (Rogers, 1959). Η ενσυναίσθηση δεν είναι συναισθηματική ταύτιση, αλλά μία στοχαστική και ηθικά τοποθετημένη κατανόηση, που προϋποθέτει εσωτερική διαθεσιμότητα και αυθεντική προσοχή. Έτσι, η ενσυναίσθηση λειτουργεί ως καθρέφτης της εμπειρίας του ασθενούς, προσφέροντας έναν ασφαλή χώρο έκφρασης και λόγου (Germer & Siegel, 2012).

Εν συνεχεία, η αποδοχή, και δη η άνευ όρων, αποτελεί ένα ακόμη κεντρικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Η αποδοχή δεν είναι συνώνυμη της ανοχής ή συγκατάβασης, αλλά είναι βαθιά αναγνώριση της ανθρώπινης αξίας του άλλου, ανεξαρτήτως των συμπτωμάτων, των αδυναμιών ή των ιδιοτεροτήτων του (Rogers, 1995). Μέσα από την άνευ όρων αποδοχή, ο επαγγελματίας υγείας δημιουργεί ένα πλαίσιο ασφάλειας, το οποίο του επιτρέπει να εκτεθεί ψυχικά και να διευκολύνει την προσωπική του αλλαγή (Bohart & Tallman, 1999).

Εν τέλει, η παρουσία αν και συχνά παραφράζεται, αποτελεί μία από τις ισχυρότερες και μεταμορφωτικές πτυχές της φροντίδας. Για παράδειγμα, η Watson (2008) περιγράφει την θεραπευτική παρουσία ως μία κατάσταση ενεργής, εστιασμένης και αυθεντικής ύπαρξης κοντά στον άλλον - ουσιαστικά απαιτείται από τον φροντιστή μια πλήρης ψυχοσωματική διαθεσιμότητα. Η παρουσία εκδηλώνεται με τη φράση: «είμαι εδώ, σε βλέπω, σε ακούω, σε αναγνωρίζω» (Halifax, 2018). Επομένως, είμαστε παρόντες όχι μόνο με τις αισθήσεις μας, αλλά και με όλη την υπαρξιακή μας συμμετοχή (Halifax, 2018).

Όπως προαναφέραμε, η σκέψη του Buber (2008) προσφέρει ένα βαθύ υπαρξιακό πλαίσιο για τη φροντιστική σχέση, όπου η φροντίδα που ασκείται στη σχέση Εγώ–Εσύ, μετατρέπεται σε υπαρξιακή πράξη και σε ηθική επιλογή. Συνεπώς, η ανθρωπιστική αγάπη δεν εξαρτάται από ανταπόδοση αλλά εκδηλώνεται ως σχέση αυθεντικής παρουσίας, ικανή να μεταμορφώσει τόσο τον φροντιζόμενο όσο και τον ίδιο τον φροντιστή (Watson, 2008; Noddings, 1984). Συμπερασματικά, στο περιβάλλον της φροντίδας, όπου κυριαρχεί ο πόνος, η αβεβαιότητα και η υπαρξιακή μοναξιά, οι έννοιες της ενσυναίσθησης, της αποδοχής και της παρουσίας δεν αποτελούν απλώς δεοντολογικές αξίες, αλλά λειτουργούν ως θεραπευτικά εργαλεία και πράξεις αγάπης και εμπιστοσύνης.

### **4.3 Η ηθική της καθημερινής φροντίδας: από το καθήκον στο βίωμα**

Η πράξη της φροντίδας δεν είναι απλή τεχνική εκτέλεση καθηκόντων, αλλά όπως αναφέραμε μια βαθιά υπαρξιακή και σωματική εμπλοκή, μια διαρκής παρουσία που συσχετίζει τη συνύπαρξη, τη συμμετοχή και την ευαλωτότητα. Ο επαγγελματίας υγείας είναι ένας φορέας γνώσεων και δεξιοτήτων, και παράλληλα ένας άνθρωπος που βιώνει τις σχέσεις, προσφέροντας το σώμα του ως μαρτυρία σχέσης (Kontos, 2005). Παραδείγματος χάρη, ο Merleau-Ponty (1962), μέσα από τη φαινομενολογία του σώματος παρουσιάζει ένα κοσμοείδωλο, όπου το σώμα είναι μια συνθήκη του κόσμου και ένας φορέας εμπειρίας, νόησης και σχέσης. Στο πλαίσιο της φροντίδας, το σώμα του φροντιστή ουσιαστικά «κατοικεί» στη

σχέση, είναι παρόν φυσικά και οντολογικά (με κάθε ανάσα, παύση, βλέμμα και άγγιγμα) και είναι προτιθέμενος για φροντίδα και ηθική δέσμευση (Merleau-Ponty, 1962; Zeiler, 2010). Αυτή η ενσώματη προσφορά του φροντιστή φέρει κόστος, καθώς το σώμα του κουράζεται, αντέχει και μεταφέρει το άγχος, το φόβο, τη θλίψη, τον πόνο του άλλου. Παρόλα αυτά, η μοιρασμένη σωματικότητα, δηλαδή η «μετοχή στο βίωμα του άλλου», είναι που ενδίδει στη φροντίδα το αυθεντικό νόημα και την αναδύει ως υπαρξιακή σχέση (van Manen, 2016).

Ο Max van Manen (2016), θεμελιωτής της ερμηνευτικής φαινομενολογίας στην εκπαίδευση και τη φροντίδα, υπογραμμίζει την ανάγκη να μελετούμε την εμπειρία ως ένα βίωμα που «κουβαλάει» ένα νόημα. Η έννοια «pedagogical tact» - μια σιωπηλή, ενσώματη σοφία του πράττειν - περιγράφει με ακρίβεια το πώς ο επαγγελματίας υγείας πράττει με ηθικό τρόπο, όχι λόγω κάποιας εντολής, αλλά επειδή συναισθάνεται την αναγκαιότητα της φροντίδας. Η προσέγγιση του Manen εδράζεται στην καθημερινή πράξη, όπου το σώμα του φροντιστή λειτουργεί ως χώρος συνάντησης και φορέας νοήματος (van Manen, 1990, 2016).

Ακόμη, ο Levinas (1969) υποστηρίζει πως το πρόσωπο του άλλου αποτελεί την πρωταρχική ηθική πρόκληση. Ο φροντιστής καλείται να ανταποκριθεί στο βλέμμα του άλλου «με όλη τη σάρκα του» ή αλλιώς με την ανθεκτικότητα της παρουσίας του. Το σώμα λοιπόν είναι η «πρώτη απάντηση» προς τον άλλον, είναι η σιωπηλή διαβεβαίωση ότι «είμαι εδώ και σε βλέπω», ακόμα και όταν ο λόγος αδυνατεί να το εκφράσει (Levinas, 1985).

Σε αυτό το πλαίσιο, το έργο των Todres & Galvin (2010, 2018) προτείνει το υπαρξιακό μοντέλο του «dwelling-mobility», μια θεωρία που συνθέτει τη διάσταση της κατοίκησης (δηλ. του να νιώθεις ότι ανήκεις σε μια σχέση) με την κινητικότητα (δηλ. τη δυνατότητας αλλαγής, μετακίνησης, συνέχισης μέσα στον πόνο και την αβεβαιότητα). Σύμφωνα με τους Todres & Galvin (2010), η φροντίδα δεν είναι μία στατική κατάσταση και ούτε μπορεί να ασκηθεί από απόσταση, αλλά χρήζει την ικανότητα να «κατοικείς στο βίωμα του άλλου», και ταυτόχρονα να συνεχίζεις να πράττεις, να σχετίζεσαι, να μεταβολίζεις τον πόνο χωρίς να καταρρέεις ή να

συντρίβεσαι. Επομένως, η φροντίδα δε διδάσκεται αλλά καλλιεργείται, μέσα από τη βιωμένη εμπειρία, την πράξη, την πίστη και την ηθική επιλογή. Η φροντίδα, λοιπόν, είναι πράξη αυθεντικής παρουσίας και ενσώματης απάντησης στην εύθραυστη ύπαρξη του άλλου και θεμελιώνεται στη διάθεση να είναι κάποιος/α παρών/ούσα με όλο του το είναι.

#### **4.4 Η ανθρωπιστική αγάπη και η επαγγελματική εξουθένωση: σωτηρία ή παγίδα;**

Η ανθρωπιστική αγάπη στην πράξη της φροντίδας δεν αποτελεί απλώς συναισθηματική διάθεση ή αγαθή πρόθεση, αλλά είναι μια βαθιά υπαρξιακή και ανθρωπιστική στάση, η οποία έχει τη δυνατότητα να συγκρατεί, να εμπνέει και να λυτρώνει τόσο εκείνον που τη λαμβάνει όσο και αυτόν που την προσφέρει (Watson, 2008). Όταν η ανθρωπιστική αγάπη γίνεται το κέντρο της φροντιστικής πράξης, τότε μπορεί να λειτουργήσει ως φορέας νοήματος, αυθεντικής σχέσης και ψυχοσυναισθηματικής θεραπείας. Ωστόσο, η ανθρωπιστική αγάπη ενέχει κινδύνους όταν παρερμηνεύεται, όταν διοχετεύεται ανεξέλεγκτα ή όταν δεν συνοδεύεται από αυτογνωσία, οριοθέτηση και αυτοφροντίδα (Figley, 1995; Norcross & VandenBos, 2018). Η ανθρωπιστική αγάπη στη φροντίδα, είναι μια στοχαστική και ενσώματη παρουσία, που εμπεριέχει ενσυναίσθηση και αυτοσυγκράτηση. Όπως σημειώνει ο Maslach (1981), η επαγγελματική εξουθένωση, η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη αίσθηση προσωπικής επίτευξης, πλήττει ιδιαίτερω τους επαγγελματίες υγείας που δρουν μέσω της συναισθηματικής υπέρβασης, χωρίς επαρκείς μηχανισμούς αποφόρτισης και ορίων. Για το λόγο αυτό, η συναισθηματική επένδυση στη φροντίδα μπορεί να αποτελέσει παγίδα όταν λειτουργεί με απεριόριστη διαθεσιμότητα, υπερβολική υπευθυνότητα και συνεχιζόμενη έκθεση στο ψυχικό ή σωματικό τραύμα του άλλου. Οι φροντιστές συχνά αισθάνονται ότι φέρουν την ηθική υποχρέωση να ανακουφίσουν τον πόνο του άλλου πάση θυσία. Στην περίπτωση που αποτυγχάνει η προσπάθειά τους, τότε οι φροντιστές μπορεί να βιώσουν ενοχή, εσωτερική σύγκρουση και ψυχική φθορά (Maslach & Jackson, 1981; Figley, 2013).

Ακόμη, ο Charles Figley (1995) εισήγαγε την έννοια της «κόπωσης της συμπόνιας» (compassion fatigue) ώστε να περιγράψει την δευτερογενή τραυματοποίηση που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας μέσω της συνεχούς εμπλοκής με τον πόνο των άλλων. Πρόκειται για ένα είδος συναισθηματικής φθοράς που δεν ταυτίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, αλλά σχετίζεται άμεσα με την ενσυναισθητική υπερφόρτωση και συνδέεται με συμπτώματα όπως αποστασιοποίηση, ψυχοσωματικά προβλήματα, ενοχή και μειωμένη ικανότητα σύνδεσης. Όπως ο Figley τονίζει: «Είναι το τίμημα της φροντίδας. Δεν έχουμε τραυματιστεί από το δικό μας τραύμα, αλλά από τη δέσμευσή μας να βοηθήσουμε εκείνους που υποφέρουν από το δικό τους». Έτσι, η αυταπάρνηση που μετατρέπεται σε ηθική κανονικότητα εντός της φροντίδας, οδηγεί σε μια «κουλτούρα εξάντλησης», όπου η κόπωση θεωρείται απόδειξη επαγγελματικής αφοσίωσης (Pines & Aronson, 1988). Στο συγκεκριμένο πλαίσιο, η ανθρωπιστική αγάπη χάνει τη λυτρωτική της διάσταση και καθίσταται παράγοντας διακινδύνευσης της ψυχοσωματικής υγείας του επαγγελματία υγείας.

Από την άλλη πλευρά, όταν η ανθρωπιστική αγάπη βιώνεται ως μία σχέση με επίγνωση, αυθεντικότητα και συναισθηματική εστίαση, μπορεί να λειτουργήσει ως πηγή νοήματος και ανθεκτικότητας (Buber, 2008; Kramer, 2003). Στην ίδια κατεύθυνση, η Watson (2008) υπογραμμίζει τη σημασία της πρόθεσης στη φροντίδα, προτείνοντας μια «καρδιο-κεντρική» επιστήμη όπου η ανθρωπιστική αγάπη θα λειτουργεί θεραπευτικά, στηριζόμενη πάντοτε στην ενσυνείδητη παρουσία, την αυτογνωσία και το σεβασμό της οντότητας του άλλου. Παράλληλα, η έννοια της «στοχαστικής φροντίδας» (reflective caregiving) προτείνει μια πράξη αγάπης που καλλιεργείται μέσα από τη συνεχή αυτοπαρατήρηση και επανανοηματοδότηση του έργου της φροντίδας (Schon, 1983).

Ακόμη, οι Norcross & VandenBos (2018), με το έργο «Leaving It at the Office», παρουσιάζουν πρακτικά εργαλεία για τη διαχείριση του συναισθηματικού βάρους της φροντίδας, τονίζοντας ότι η αγάπη και η ενσυναίσθηση χρήζουν συγκεκριμένες ενέργειες

όπως: α) εποπτεία: τακτική και δομημένη υποστήριξη από έμπειρους επαγγελματίες, ώστε να εκφραστούν οι δυσκολίες, να γίνει αναστοχασμός και να υπάρξει εκτόνωση και καθοδήγηση, β) εσωτερικά και εξωτερικά όρια: η ικανότητα να γνωρίζει κάποιος πού τελειώνει ο ρόλος του, τι μπορεί και τι δεν μπορεί να προσφέρει, χωρίς να χάνει την ενσυναίσθηση ή να ταυτίζεται υπερβολικά με τον πόνο του άλλου, γ) ξεκούραση: φυσική και ψυχική ανάπαυση προκειμένου να αποφευχθεί η επαγγελματική εξουθένωση, δ) καλλιτεχνική έκφραση: οι δημιουργικές μορφές έκφρασης (γραφική, μουσική, ζωγραφική κ.λπ.) που λειτουργούν ως διέξοδα εκφόρτισης, νοηματοδότησης και επαφής με τον εαυτό, ε) ψυχοθεραπεία: εργαλείο επίγνωσης, επεξεργασίας δύσκολων εμπειριών και διατήρησης εσωτερικής ισορροπίας και στ) ενδυνάμωση του επαγγελματικού νοήματος: να μη χάνεται ο λόγος για τον οποίο κάποιος επέλεξε να φροντίζει με σκοπό να ενισχύεται η ανθεκτικότητά του (Norcross & VandenBos, 2018).

Συνοψίζοντας, η ψυχική ανθεκτικότητα του επαγγελματία υγείας δεν προκύπτει από την αποστασιοποίηση, αλλά από την ικανότητά του να συνδέεται μέσω της ανθρωπιστικής αγάπης. Έτσι, η συναισθηματική εγγύτητα, όταν λειτουργεί εντός του πλαισίου προσωπικής και επαγγελματικής ενσυναίσθησης, δεν είναι παράγοντας φθοράς αλλά πηγή ζωτικότητας (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Με αυτόν τον τρόπο, η ανθρωπιστική αγάπη στην πράξη της φροντίδας είναι μια δύναμη παράδοξη, αφού έχει τη δυνατότητα να θεραπεύσει, να εμπνεύσει, να δημιουργήσει μία σχέση, αλλά παράλληλα να εξαντλήσει, να παγιδεύσει ή να καταστρέψει τον επαγγελματία υγείας. Όμως, η φροντίδα μέσω της ανθρωπιστικής αγάπης είναι μια πράξη ενσυνείδητης παρουσίας, που επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να συμμετέχει στη θεραπευτική συνύπαρξη χωρίς να αλλοιώνεται. Η ανθρωπιστική αγάπη είναι «ο καρπός» μιας επαγγελματικής σχέσης που σέβεται τον άλλον αλλά και τον εαυτό.

Η ανθρωπιστική αγάπη, όπως αναπτύχθηκε μέχρι στιγμής, αποτελεί τον υπαρκτικό πυρήνα της φροντίδας και τη συνθήκη δυνατότητας κάθε αυθεντικής θεραπευτικής σχέσης. Η

παρουσία, η ενσυναίσθηση, η αποδοχή και η βιωματική σύνδεση δεν είναι απλώς επαγγελματικές δεξιότητες, αλλά μορφές ύπαρξης μέσα στη σχέση με τον ευάλωτο Άλλον. Ωστόσο, ακριβώς επειδή η ανθρωπιστική αγάπη προϋποθέτει ανοιχτότητα, συναισθηματική διαθεσιμότητα και ενσώματη συμμετοχή, εκθέτει τον επαγγελματία φροντίδας σε ένα διαρκές υπαρξιακό ρίσκο, το ρίσκο της φθοράς.

Η ίδια η δύναμη της φροντίδας εμπεριέχει τη δυνατότητα της εξουθένωσης. Όταν η αγάπη, η συμπόνια και η παρουσία ασκούνται σε πλαίσια υπερφόρτωσης, χρονικής πίεσης, θεσμικής αδυναμίας και ανεπαρκούς υποστήριξης, τότε η φροντίδα παύει να λειτουργεί ως πηγή νοήματος και μετατρέπεται σε συναισθηματικό βάρος. Η συνεχής έκθεση στον πόνο, στην απώλεια και στην αβεβαιότητα, χωρίς επαρκή όρια, αναγνώριση και δυνατότητα επεξεργασίας, μπορεί να οδηγήσει τον επαγγελματία υγείας σε συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αίσθηση ματαιότητας. Σε αυτό το σημείο, η ανθρωπιστική αγάπη δεν χάνει την αξία της· αντιθέτως, αποκαλύπτει την ανάγκη να προστατευθεί.

Επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση δεν συνιστά άρνηση ή αποτυχία της ανθρωπιστικής αγάπης, αλλά το όριό της όταν αυτή ασκείται χωρίς επαρκείς ατομικούς και οργανωσιακούς πόρους. Η μετάβαση από την αγάπη στην εξουθένωση δεν είναι ρήξη, αλλά συνέχεια. Η συνέχεια μιας φροντίδας που δίνεται απλόχερα, συχνά σιωπηλά, και πολλές φορές χωρίς δομές στήριξης. Το επόμενο κεφάλαιο εστιάζει στην επαγγελματική εξουθένωση ως υπαρξιακό, ψυχολογικό και ηθικό φαινόμενο στους επαγγελματίες φροντίδας, όχι για να αποδυναμώσει την έννοια της αγάπης, αλλά για να την κατανοήσει σε όλο της το βάθος και να αναδείξει τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες μπορεί να παραμείνει βιώσιμη.

### **Εξουθένωση, αποπροσωποποίηση και απώλεια νοήματος στη φροντίδα**

*«Η αγάπη είναι να δίνεις αυτό που δεν έχεις  
σε κάποιον που δεν μπορεί να το πάρει.»  
Jacques Lacan*

Η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο της φροντίδας δεν συνιστά απλώς ένα σύνδρομο κόπωσης ή υπερφόρτωσης, αλλά μια βαθύτερη ρήξη στη σχέση του επαγγελματία με το νόημα της ίδιας της φροντίδας. Από την πρώτη περιγραφή του φαινομένου από τον Herbert Freudenberger έως τη συστηματική εννοιολόγησή του από την Christina Maslach, η εξουθένωση αναγνωρίζεται ως μια πολυδιάστατη εμπειρία που περιλαμβάνει τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη σταδιακή απομείωση του αισθήματος επαγγελματικής αξίας. Στον πυρήνα της, ωστόσο, δεν βρίσκεται μόνο το άγχος ή η υπερβολική εργασία, αλλά η διάβρωση της σχέσης με τον Άλλον: εκεί όπου η φροντίδα παύει να βιώνεται ως ζωντανή συνάντηση και μετατρέπεται σε μηχανική πράξη επιβίωσης.

Η αποπροσωποποίηση, σε αυτό το πλαίσιο, δεν συνιστά ηθική αποτυχία ή έλλειμμα ενσυναίσθησης, αλλά αμυντική απάντηση σε μια φροντίδα που δεν βρίσκει πια χώρο να αναπνεύσει. Όταν ο επαγγελματίας καλείται να φροντίζει χωρίς χρόνο, χωρίς αναγνώριση και χωρίς εσωτερικό έρεισμα για να νοηματοδοτήσει τον πόνο που αντικρίζει, η εξουθένωση μετατρέπεται σε υπαρξιακό σύμπτωμα: σε ένδειξη ότι η φροντίδα έχει αποσπαστεί από τις αξίες που τη θεμελιώνουν. Δεν πρόκειται πλέον μόνο για κόπωση, αλλά για απώλεια νοήματος.

Σε ένα περιβάλλον όπου η φροντίδα απειλείται να μετατραπεί σε πράξη «παραγωγικότητας» - σε λίστες ελέγχου, τυποποιημένα πρωτόκολλα, δείκτες απόδοσης και ασφυκτικούς χρονικούς περιορισμούς - η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) αναδύεται ως

ηθικό, σχεσιακό και υπαρξιακό σήμα κινδύνου. Δεν αφορά αποκλειστικά την ατομική αντοχή ή την ικανότητα προσαρμογής του επαγγελματία υγείας, αλλά τον ίδιο τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται και νοηματοδοτείται η καθημερινή φροντίδα: πώς κατανέμεται το φορτίο, πώς αναγνωρίζεται η συναισθηματική εργασία και πώς προστατεύεται η ανθρώπινη παρουσία μέσα σε συστήματα που συχνά λειτουργούν απρόσωπα.

Σύμφωνα με τον ορισμό του World Health Organization στο ICD-11, η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως σύνδρομο που προκύπτει από χρόνια εργασιακό στρες το οποίο δεν έχει αντιμετωπιστεί επιτυχώς και αποτυπώνεται σε τρεις διακριτές διαστάσεις: (α) αίσθημα εξάντλησης και ενεργειακής απομείωσης, (β) αυξανόμενη ψυχική απόσταση ή κυνική στάση απέναντι στην εργασία και (γ) μειωμένη αίσθηση επαγγελματικής αποτελεσματικότητας. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το burnout τοποθετείται ρητά εντός του εργασιακού πλαισίου και δεν ταυτίζεται με ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπως η κλινική κατάθλιψη - μια διάκριση κρίσιμη τόσο επιστημονικά όσο και ηθικά.

Η κλασική θεωρητική προσέγγιση της Maslach ανέδειξε την επαγγελματική εξουθένωση ως μια σταδιακή διαδικασία φθοράς της σχέσης του επαγγελματία με το έργο του και όχι ως στιγμιαία αντίδραση σε αυξημένες απαιτήσεις. Ωστόσο, στον χώρο της φροντίδας, η εξουθένωση αποκτά ένα ιδιαίτερο «υλικό»: τη σχέση. Οι επαγγελματίες φροντίδας εργάζονται σε συνθήκες συναισθηματικής εγγύτητας και συνεχούς έκθεσης στον πόνο, την απώλεια και την ανθρώπινη ευαλωτότητα. Η εξουθένωση, σε αυτή την περίπτωση, δεν απορρέει μόνο από τον φόρτο εργασίας, αλλά από τη σταδιακή διάρρηξη της δυνατότητας να σχετίζεται κανείς ουσιαστικά, να παραμένει παρών χωρίς να καταρρέει.

Η φροντίδα, ως σχεσιακή και ηθική πράξη, προϋποθέτει συναισθηματική διαθεσιμότητα, ενσυναίσθηση και υπαρξιακή συμμετοχή. Όταν αυτές οι ποιότητες ασκούνται επί μακρόν σε συνθήκες θεσμικής πίεσης, χρονικής στέρησης και περιορισμένων πόρων, η ανθρωπιστική αγάπη κινδυνεύει να μετατραπεί από πηγή νοήματος σε υποχρέωση χωρίς επεξεργασία και

χωρίς όρια. Σε αυτό το σημείο, η φροντίδα παύει να βιώνεται ως σχέση και μετασχηματίζεται σε καθήκον, ενώ η συναισθηματική εμπλοκή, αντί να ενδυναμώνει, εξαντλεί.

Κατά συνέπεια, η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες φροντίδας δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς εάν περιοριστεί σε ατομικές μεταβλητές ή στρατηγικές αυτοδιαχείρισης. Απαιτεί μια πολυεπίπεδη προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τη δυναμική της σχέσης φροντίδας, το οργανωσιακό και κοινωνικό πλαίσιο, καθώς και το υπαρξιακό κόστος της συνεχούς φροντιστικής διαθεσιμότητας. Το παρόν κεφάλαιο προσεγγίζει την εξουθένωση ως φαινόμενο που αναδύεται στο σημείο τομής μεταξύ αγάπης, ευθύνης και ορίων - εκεί όπου κρίνεται αν η φροντίδα θα παραμείνει ζωντανή σχέση ή θα καταρρεύσει υπό το βάρος της ίδιας της απαίτησής της.

### **5.1 Εννοιολογική οριοθέτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Η επιστημονική ακρίβεια στη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης προϋποθέτει σαφή εννοιολογική οριοθέτηση και διάκριση από συγγενείς ψυχολογικές καταστάσεις. Η επαγγελματική εξουθένωση δεν ταυτίζεται αυτόματα με την κατάθλιψη, αν και οι δύο καταστάσεις μπορεί να συνυπάρχουν ή να αλληλοεπιδρούν. Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως φαινόμενο που αναδύεται αποκλειστικά στο εργασιακό πλαίσιο, ενώ η κατάθλιψη συνιστά κλινική οντότητα με διάχυτη επίδραση σε πολλαπλούς τομείς της ζωής του ατόμου, ανεξάρτητα από το επαγγελματικό περιβάλλον. Η World Health Organization υπογραμμίζει ρητά αυτή τη διάκριση στο ICD-11, αποτρέποντας τη γενικευμένη και αδόκιμη χρήση του όρου «επαγγελματική εξουθένωση» για κάθε μορφή ψυχικής δυσφορίας (WHO, 2019).

Ιδιαίτερα στο χώρο της επαγγελματικής φροντίδας, η επαγγελματική εξουθένωση συνυπάρχει συχνά με άλλες μορφές ψυχοσυναισθηματικής φθοράς, οι οποίες αν και σχετίζονται εννοιολογικά, δεν ταυτίζονται μεταξύ τους. Μία από τις πλέον μελετημένες είναι η κόπωση της συμπόνιας (compassion fatigue), όρος που εισήχθη από τον Charles Figley για να περιγράψει το «κόστος της ενσυναισθητικής εμπλοκής» με τον πόνο, το τραύμα και τη

δυστυχία των άλλων (Figley, 1995). Η κόπωση της συμπόνιας αφορά κυρίως τη συναισθηματική εξάντληση που προκύπτει από τη συνεχή ενσυναισθητική διαθεσιμότητα και δεν εξαρτάται απαραίτητα από οργανωσιακούς παράγοντες, όπως συμβαίνει συχνότερα στην επαγγελματική εξουθένωση.

Συναφής αλλά διακριτή έννοια αποτελεί το δευτερογενές τραυματικό στρες (secondary traumatic stress), το οποίο αναφέρεται σε συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μετατραυματικής διαταραχής, τα οποία εμφανίζονται ως αποτέλεσμα έμμεσης έκθεσης σε τραυματικές εμπειρίες μέσω αφηγήσεων, μαρτυριών ή επαγγελματικής επαφής με τραυματισμένους πληθυσμούς. Το δευτερογενές τραυματικό στρες (secondary traumatic stress) αφορά συμπτώματα που παραλληλίζουν εκείνα της PTSD (ιδίως intrusion, avoidance, arousal), τα οποία προκύπτουν από έμμεση επαγγελματική έκθεση σε τραυματικό υλικό μέσω αφηγήσεων και συνεχούς επαφής με τραυματισμένους πληθυσμούς (Figley, 1995; Bride et al., 2004). Μετα-αναλυτικά ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι οι παραπάνω διαστάσεις συνιστούν τον πυρήνα του STS σε επαγγελματίες βοήθειας (Cieslak et al., 2013), ενώ η συνάφεια με την επαγγελματική εξουθένωση είναι ισχυρή αλλά εννοιολογικά διακριτή, με κίνδυνο εννοιολογικής επικάλυψης όταν χρησιμοποιούνται ασαφή πλαίσια μέτρησης (Cieslak et al., 2014).

Παράλληλα με τις μορφές φθοράς, η βιβλιογραφία έχει αναδείξει και την έννοια της «ικανοποίησης από τη συμπόνια» (compassion satisfaction), δηλαδή τη θετική, προστατευτική διάσταση της φροντίδας. Η ικανοποίηση από τη συμπόνια αναφέρεται στην αίσθηση νοήματος, επάρκειας και προσωπικής πληρότητας που αντλεί ο επαγγελματίας φροντίδας από τη βοήθεια που προσφέρει και από την εμπειρία της σχέσης φροντίδας. Όπως επισημαίνει η Beth Hudnall Stamm, η ικανοποίηση από τη συμπόνια λειτουργεί ως αντισταθμιστικός μηχανισμός απέναντι στην κόπωση και την εξουθένωση, ενισχύοντας την ανθεκτικότητα και τη διατήρηση της επαγγελματικής ταυτότητας (Stamm, 2010).

Η Professional Quality of Life Scale (ProQOL) αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα και αξιόπιστα εργαλεία αποτύπωσης αυτής της διττής εμπειρίας της φροντίδας. Το πλεονέκτημά της έγκειται στο γεγονός ότι μετρά ταυτόχρονα τόσο τις αρνητικές πτυχές της φροντιστικής εμπλοκής (κόπωση της συμπόνιας και δευτερογενές τραυματικό στρες), όσο και τη θετική της διάσταση, δηλαδή την ικανοποίηση από τη συμπόνια (Stamm, 2010). Με τον τρόπο αυτό, η ProQOL αποφεύγει τη μονοδιάστατη παθολογικοποίηση της φροντίδας και επιτρέπει μια πιο σύνθετη και ρεαλιστική κατανόηση της επαγγελματικής εμπειρίας των φροντιστών.

Συνολικά, η εννοιολογική οριοθέτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι κρίσιμη όχι μόνο για λόγους θεωρητικής καθαρότητας, αλλά και για την ορθή ερμηνεία των ερευνητικών ευρημάτων και τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων. Η σύγχυση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, κατάθλιψης, κόπωσης της συμπόνιας και δευτερογενούς τραύματος μπορεί να οδηγήσει είτε σε υπεραπλούστευση του φαινομένου είτε σε ακατάλληλες θεραπευτικές και οργανωσιακές απαντήσεις. Για το λόγο αυτό, η παρούσα ενότητα θέτει το εννοιολογικό πλαίσιο εντός του οποίου η επαγγελματική εξουθένωση προσεγγίζεται ως ένα σύνθετο, πολυεπίπεδο και κατεξοχήν σχεσιακό φαινόμενο στο χώρο της φροντίδας.

## **5.2 Η επαγγελματική εξουθένωση ως υπαρξιακή εμπειρία**

Στην κλινική και φροντιστική πραγματικότητα, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εκδηλώνεται μόνο ως σωματική ή ψυχική κόπωση. Αναδύεται πρωτίστως ως αποσύνδεση από το νόημα της ίδιας της φροντίδας. Ο επαγγελματίας υγείας συνεχίζει να εκτελεί τα καθήκοντά του, να ανταποκρίνεται λειτουργικά στις απαιτήσεις του ρόλου, όμως η σχέση αποδυναμώνεται, με το βλέμμα να περιορίζεται στο απολύτως αναγκαίο, τη φωνή να γίνεται τυπική και τη σιωπή να παύει να λειτουργεί ως χώρος συνάντησης, και να μετατρέπεται σε κενό. Η φροντίδα εξακολουθεί να υφίσταται ως πράξη, όχι όμως πλέον ως σχέση.

Με φαινομενολογικούς όρους, η επαγγελματική εξουθένωση συνιστά αλλοίωση της βιωμένης εμπειρίας του επαγγελματία φροντίδας. Ο χρόνος δεν βιώνεται ως συνεχές που εμπεριέχει νόημα, αλλά ως βάρος και η βάρδια γίνεται «διάρκεια χωρίς προσανατολισμό», μια αλληλουχία στιγμών που απαιτούν αντοχή και όχι παρουσία. Το σώμα, αντί να λειτουργεί ως φορέας σχέσης και ενσώματης ανταπόκρισης, μετατρέπεται σε εργαλείο επιτέλεσης και ανθεκτικότητας. Παράλληλα, η ευαλωτότητα του άλλου παύει να καλεί σε διαλογική συνάντηση τύπου Εγώ - Εσύ και μετασχηματίζεται σε «περιστατικό» που πρέπει να διαχειριστεί αποτελεσματικά και γρήγορα.

Αυτή η μετάβαση από τη σχέση στην τεχνική μπορεί να ιδωθεί μέσα από τη διαλογική φιλοσοφία του Martin Buber, σύμφωνα με την οποία η αυθεντική ανθρώπινη συνάντηση πραγματώνεται στη σχέση Εγώ - Εσύ, ενώ η απομάκρυνση από αυτή οδηγεί στη σχέση Εγώ - Αυτό (Buber, 2008). Όταν η φροντίδα αποσυνδέεται από τη διαλογική της διάσταση και περιορίζεται στη λειτουργική εκτέλεση, χάνει τον υπαρξιακό της χαρακτήρα. Η τεχνική, όταν δεν στηρίζεται σε νόημα και σχέση, δεν προστατεύει τον επαγγελματία: αντιθέτως, τον φθείρει.

Η επαγγελματική εξουθένωση, υπό αυτό το πρίσμα, δεν αποτελεί απλώς αντίδραση σε υπερβολικές απαιτήσεις, αλλά βίωμα απώλειας νοήματος. Ο επαγγελματίας δεν εξαντλείται μόνο επειδή εργάζεται πολύ, αλλά επειδή εργάζεται σε συνθήκες όπου η παρουσία του δεν μπορεί πλέον να εγγραφεί ως ουσιαστική. Η φροντίδα παύει να λειτουργεί ως πεδίο συνάντησης και μετατρέπεται σε καθήκον που επαναλαμβάνεται χωρίς υπαρξιακή ανταπόκριση. Η αποξένωση αυτή δεν είναι επιλογή, αλλά αμυντική προσαρμογή απέναντι σε ένα πλαίσιο που δεν επιτρέπει τη διατήρηση της σχέσης.

Η φαινομενολογική προσέγγιση του σώματος, όπως αναπτύχθηκε από τον Maurice Merleau-Ponty, προσφέρει ένα κρίσιμο εννοιολογικό εργαλείο για την κατανόηση της εξουθένωσης. Το σώμα του επαγγελματία φροντίδας δεν είναι ουδέτερο μέσο εργασίας, αλλά το πρωταρχικό πεδίο μέσω του οποίου πραγματώνεται η σχέση. Όταν το σώμα καλείται

διαρκώς να αντέχει χωρίς να σχετίζεται, τότε η ενσώματη παρουσία αποδυναμώνεται και η εργασία βιώνεται ως απογυμνωμένη από αμοιβαιότητα. Η εξουθένωση, επομένως, εγγράφεται στο σώμα ως απώλεια προσανατολισμού και όχι μόνο ως κόπωση.

Σε αυτό το πλαίσιο, η αποπροσωποποίηση δεν πρέπει να ερμηνεύεται αποκλειστικά ως παθολογική στάση ή ηθική αποτυχία, αλλά ως μηχανισμός επιβίωσης. Η συναισθηματική απόσυρση λειτουργεί ως προσπάθεια προστασίας του εαυτού από την πλήρη κατάρρευση, όμως έχει υψηλό κόστος: διαρρηγνύει τη δυνατότητα αυθεντικής σχέσης και εντείνει την υπαρξιακή απομόνωση του επαγγελματία. Έτσι, η εξουθένωση παγιώνεται όχι μόνο ως εργασιακή δυσφορία, αλλά ως κατάσταση αποξένωσης από τον ίδιο τον λόγο ύπαρξης της φροντίδας.

Υπό αυτή την έννοια, η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες φροντίδας αποτελεί ένα φαινόμενο που δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς χωρίς αναφορά στη βιωμένη εμπειρία, στη σχέση και στο σώμα. Δεν πρόκειται απλώς για έλλειμμα ανθεκτικότητας, αλλά για ρήξη στη δυνατότητα συνάντησης με τον Άλλον και, τελικά, με τον ίδιο τον εαυτό. Η κατανόηση της εξουθένωσης ως υπαρξιακής εμπειρίας είναι κρίσιμη, καθώς ανοίγει τον δρόμο για παρεμβάσεις που δεν στοχεύουν μόνο στη μείωση του στρες, αλλά στην αποκατάσταση του νοήματος και της σχέσης στη φροντίδα.

### **5.3 Συναισθηματική εργασία, αποπροσωποποίηση και ηθική φθορά**

Η έννοια της συναισθηματικής εργασίας (emotional labour) προσφέρει ένα κρίσιμο εννοιολογικό πλαίσιο για την κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες φροντίδας. Όπως ανέδειξε η Arlie Hochschild, η συναισθηματική εργασία αφορά τη ρύθμιση, διαχείριση και έκφραση συναισθημάτων σύμφωνα με τους κανόνες ενός επαγγελματικού ρόλου, προκειμένου να παραχθεί ένα κοινωνικά και οργανωσιακά αποδεκτό αποτέλεσμα (Hochschild, 1983). Στο χώρο της φροντίδας, η συναισθηματική εργασία δεν αποτελεί δευτερεύον στοιχείο της επαγγελματικής πρακτικής, αλλά θεμελιώδη συνθήκη της:

οι επαγγελματίες καλούνται να είναι διαθέσιμοι, συμπονετικοί, ήρεμοι και σταθεροί, ακόμη και όταν το εσωτερικό τους τοπίο δοκιμάζεται από πόνο, απώλεια ή ηθικά διλήμματα. Η διαρκής απαίτηση για συναισθηματική ρύθμιση, ιδίως σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων και περιορισμένων πόρων, μπορεί να οδηγήσει σε αποπροσωποποίηση, μία από τις κεντρικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αποπροσωποποίηση δεν συνιστά έλλειμμα ενσυναίσθησης ή ηθική αδιαφορία, αλλά λειτουργεί συχνά ως αμυντικός μηχανισμός απέναντι στη συναισθηματική υπερφόρτωση. Ο επαγγελματίας υγείας αποσύρει τη συναισθηματική του εγγύτητα, υιοθετεί πιο τυπικές ή απρόσωπες στάσεις και μετατοπίζει την προσοχή του από το πρόσωπο στο καθήκον. Με αυτόν τον τρόπο, επιχειρεί να διατηρήσει τη λειτουργικότητά του, αν και το τίμημα είναι η περαιτέρω αποδυνάμωση της σχέσης φροντίδας (Maslach & Leiter, 1997).

Στο σημείο αυτό, η αποπροσωποποίηση συναντά την έννοια της ηθικής φθοράς (moral distress/moral injury), η οποία έχει αναδειχθεί ιδιαίτερα στη διεθνή βιβλιογραφία των επαγγελματιών υγείας. Η ηθική φθορά προκύπτει όταν ο επαγγελματίας γνωρίζει ποια πράξη θα ήταν ηθικά ορθή ή φροντιστική, αλλά αδυνατεί να την υλοποιήσει λόγω οργανωσιακών, θεσμικών ή χρονικών περιορισμών. Όπως περιγράφεται από τον Andrew Jameton, το moral distress αφορά τη συσσώρευση εσωτερικής σύγκρουσης, ενοχής και ματαιώσης που γεννάται από την επαναλαμβανόμενη παρεμπόδιση της ηθικής πράξης (Jameton, 1984). Στους επαγγελματίες φροντίδας, η εμπειρία αυτή συχνά εντείνεται, καθώς η φροντίδα συνδέεται άμεσα με αξίες, ευθύνη και προσωπική ταύτιση με το έργο.

Η διεθνής οργανωσιακή βιβλιογραφία έχει προτείνει ότι η συναισθηματική εργασία, η αποπροσωποποίηση και η ηθική φθορά δεν λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά συγκροτούν έναν φαύλο κύκλο φθοράς. Όταν οι επαγγελματίες καλούνται να προσφέρουν συναισθηματική παρουσία χωρίς επαρκή υποστήριξη, εποπτεία και αναγνώριση, η αποπροσωποποίηση γίνεται στρατηγική επιβίωσης. Ωστόσο, η απομάκρυνση από τη σχέση εντείνει το αίσθημα απώλειας

νοήματος και ηθικής ασυνέπειας, οδηγώντας σε περαιτέρω εξουθένωση. Μελέτες σε νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας έχουν καταδείξει ότι η ηθική φθορά συνδέεται στενά με αυξημένα επίπεδα burnout, πρόθεση αποχώρησης και μειωμένη ποιότητα φροντίδας (Erstein & Hamric, 2009).

Υπό αυτό το πρίσμα, η επαγγελματική εξουθένωση δεν μπορεί να ιδωθεί αποκλειστικά ως αποτέλεσμα ατομικής ευαλωτότητας ή ανεπαρκών στρατηγικών αυτοδιαχείρισης. Αντιθέτως, αναδύεται στο σημείο τομής μεταξύ συναισθηματικής εργασίας, οργανωσιακών περιορισμών και ηθικών απαιτήσεων. Η κατανόηση της αποπροσωποποίησης ως αμυντικής και όχι παθολογικής στάσης, καθώς και της ηθικής φθοράς ως δομικού φαινομένου, είναι κρίσιμη για τον επανασχεδιασμό παρεμβάσεων που στοχεύουν όχι μόνο στη μείωση της εξουθένωσης, αλλά και στην αποκατάσταση της ηθικής και σχεσιακής βιωσιμότητας της φροντίδας.

#### **5.4 Θεωρητικά μοντέλα αιτιότητας της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Για να προσεγγιστεί επιστημονικά η επαγγελματική εξουθένωση, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί όχι μόνο πώς εκδηλώνεται, αλλά κυρίως πώς παράγεται. Τα θεωρητικά μοντέλα αιτιότητας επιχειρούν να φωτίσουν τους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι συνθήκες εργασίας, οι συναισθηματικές απαιτήσεις και οι διαθέσιμοι πόροι αλληλοεπιδρούν, οδηγώντας είτε στη φθορά είτε στη διατήρηση της επαγγελματικής βιωσιμότητας. Στη διεθνή βιβλιογραφία, δύο από τα πλέον εδραιωμένα και εμπειρικά τεκμηριωμένα μοντέλα είναι το Job Demands–Resources model (JD-R) και η Conservation of Resources theory (COR).

##### **5.4.1 Job Demands–Resources model (JD-R)**

Το JD-R μοντέλο, όπως διατυπώθηκε από τους Evangelia Demerouti και συνεργάτες, προτείνει ότι κάθε εργασιακό περιβάλλον μπορεί να περιγραφεί μέσα από δύο βασικές κατηγορίες παραγόντων: τις απαιτήσεις (job demands) και τους πόρους (job resources) (Demerouti et al., 2001). Οι απαιτήσεις αναφέρονται σε εκείνα τα στοιχεία της εργασίας που προϋποθέτουν

συνεχή σωματική, γνωστική ή συναισθηματική προσπάθεια, όπως ο αυξημένος φόρτος, η χρονική πίεση, η συναισθηματική έκθεση στον πόνο και η σύγκρουση ρόλων. Οι πόροι, αντιθέτως, περιλαμβάνουν παράγοντες που υποστηρίζουν τη λειτουργικότητα και την ψυχική ανθεκτικότητα του επαγγελματία, όπως η αυτονομία, η κοινωνική και διοικητική υποστήριξη, η αναγνώριση, η δίκαιη οργάνωση, το νόημα του έργου και η εποπτεία.

Η κεντρική υπόθεση του μοντέλου είναι ότι οι υψηλές απαιτήσεις συνδέονται κυρίως με τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η έλλειψη πόρων σχετίζεται περισσότερο με την αποδέσμευση, τον κυνισμό και την αποπροσωποποίηση. Το JD-R προσφέρει έτσι ένα δυναμικό πλαίσιο κατανόησης της εξουθένωσης, αναγνωρίζοντας ότι το ίδιο επίπεδο απαιτήσεων μπορεί να βιώνεται διαφορετικά, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικών πόρων.

Στο πεδίο της φροντίδας, το JD-R αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι συναισθηματικές απαιτήσεις είναι εγγενείς στο επάγγελμα και δεν μπορούν να εξαλειφθούν. Η μείωση της εξουθένωσης, επομένως, δεν μπορεί να επιτευχθεί μέσω της απογύμνωσης της φροντίδας από το συναισθηματικό της περιεχόμενο, αλλά μέσω της ενίσχυσης των πόρων που επιτρέπουν στον επαγγελματία να αντέχει, να νοηματοδοτεί και να επεξεργάζεται την εμπειρία του.

#### **5.4.2 Conservation of Resources theory (COR)**

Συμπληρωματικά, η θεωρία της Διατήρησης των Πόρων (Conservation of Resources theory) του Stevan Hobfoll προσφέρει μια βαθύτερη κατανόηση της δυναμικής του στρες και της εξουθένωσης. Σύμφωνα με τη COR, το στρες προκύπτει όταν το άτομο βιώνει απώλεια πόρων, απειλή απώλειας πόρων ή αποτυχία επένδυσης πόρων που δεν αποδίδει προσδοκώμενη ενίσχυση (Hobfoll, 1989). Οι πόροι αυτοί μπορεί να είναι υλικοί, ενεργειακοί, κοινωνικοί ή ψυχολογικοί, όπως ο χρόνος, η ενέργεια, η αυτοεκτίμηση, η κοινωνική στήριξη και το αίσθημα νοήματος.

Στα πλαίσια της φροντίδας, η θεωρία COR αναδεικνύει τον κίνδυνο της σπειροειδούς απώλειας πόρων. Οι επαγγελματίες επενδύουν συνεχώς συναισθηματικούς και σωματικούς πόρους για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των άλλων, συχνά χωρίς επαρκή αναπλήρωση ή αναγνώριση. Όταν η επένδυση αυτή δεν συνοδεύεται από ανάκτηση, η απώλεια συσσωρεύεται, οδηγώντας σε προοδευτική εξάντληση και αυξημένη ευαλωτότητα στην εξουθένωση.

Η COR είναι ιδιαίτερα χρήσιμη διότι μετατοπίζει το ενδιαφέρον από την ατομική «ανθεκτικότητα» στην οικονομία των πόρων μέσα στο επαγγελματικό πλαίσιο. Η εξουθένωση δεν ερμηνεύεται ως αδυναμία χαρακτήρα, αλλά ως αποτέλεσμα χρόνιων συνθηκών που απομυζούν πόρους χωρίς να επιτρέπουν την αποκατάστασή τους.

#### **5.4.3 Συνθετική προσέγγιση JD-R και COR**

Συνδυαστικά, τα μοντέλα JD-R και COR προσφέρουν μια ολοκληρωμένη αιτιολογική κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το JD-R εστιάζει στη δομή της εργασίας και στην ισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πόρων, ενώ η COR φωτίζει τη διαδικασία απώλειας και ανάκτησης των πόρων στον χρόνο. Μαζί, αναδεικνύουν ότι η εξουθένωση δεν είναι αποτέλεσμα έλλειψης επαγγελματικής δέσμευσης ή αγάπης προς τη φροντίδα, αλλά συνέπεια συνθηκών που δεν επιτρέπουν στη δέσμευση αυτή να παραμείνει βιώσιμη.

Υπό αυτό το πρίσμα, η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες φροντίδας μπορεί να ιδωθεί ως δομική ασυμμετρία: υψηλές και μη διαπραγματεύσιμες απαιτήσεις συνυπάρχουν με ανεπαρκείς πόρους στήριξης και νοσηματοδότησης. Η αγάπη, η συμπόνια και η υπαρξιακή παρουσία δεν απουσιάζουν· αντιθέτως, εξαντλούνται. Επομένως, η εξουθένωση δεν είναι έλλειψη αγάπης, αλλά έλλειψη πόρων για να αντέξει η αγάπη στον χρόνο.

#### **5.5 Παράγοντες κινδύνου: από το σύστημα στο πρόσωπο**

Η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες φροντίδας δεν προκύπτει ως αποτέλεσμα ενός μεμονωμένου παράγοντα, αλλά ως συνισταμένη πολλαπλών επιπέδων επιρροής, που

εκτείνονται από το μακρο-οργανωσιακό και θεσμικό πλαίσιο έως τη μικρο-κουλτούρα των ομάδων και, τελικά, τις ατομικές και σχεσιακές ιδιαιτερότητες. Η σύγχρονη βιβλιογραφία συγκλίνει στο ότι η εστίαση αποκλειστικά στο άτομο αποτελεί θεωρητικό και ηθικό σφάλμα, καθώς μετατοπίζει την ευθύνη από τα συστήματα που παράγουν εξουθένωση προς τους ανθρώπους που καλούνται να αντέξουν μέσα σε αυτά.

### **5.5.1 Οργανωσιακοί/συστημικοί παράγοντες**

Σε μακρο-επίπεδο, η επαγγελματική εξουθένωση αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως οργανωσιακό αποτέλεσμα και όχι ως προσωπικό έλλειμμα. Μεγάλης κλίμακας ευρωπαϊκές μελέτες σε πληθυσμούς νοσηλευτών έχουν τεκμηριώσει ότι η ποιότητα της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, η επάρκεια στελέχωσης, το επίπεδο ασφάλειας και η εργασιακή ικανοποίηση συνδέονται άμεσα με τα επίπεδα burnout, παρουσιάζοντας μάλιστα σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ χωρών και συστημάτων υγείας (Aiken et al., 2012). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι η εξουθένωση δεν είναι αναπόφευκτη συνέπεια της φροντίδας, αλλά προϊόν συγκεκριμένων οργανωσιακών επιλογών.

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 2000, οι ίδιες ερευνητικές ομάδες είχαν αναδείξει ότι οι υψηλοί λόγοι ασθενών προς νοσηλευτή συνδέονται όχι μόνο με αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακή δυσαρέσκεια, αλλά και με αρνητικές εκβάσεις για τους ίδιους τους ασθενείς, όπως αυξημένη θνητότητα και περιστατικά «failure-to-rescue» (Aiken et al., 2002). Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν τη θέση ότι η εξουθένωση δεν αφορά μόνο την ευημερία των επαγγελματιών, αλλά συνιστά ζήτημα ποιότητας και ασφάλειας της φροντίδας.

Πέραν της στελέχωσης, παράγοντες όπως η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η διοικητική ασυνέπεια, οι αντικρουόμενες απαιτήσεις και η απουσία υποστηρικτικών δομών (όπως εποπτεία και αναστοχαστικοί χώροι) επιτείνουν την αίσθηση απώλειας ελέγχου και νοήματος. Σε τέτοια περιβάλλοντα, ακόμη και υψηλά κινητοποιημένοι επαγγελματίες

οδηγούνται σταδιακά σε εξουθένωση, καθώς η καθημερινή φροντίδα ασκείται υπό συνθήκες συνεχούς πίεσης και ηθικής τριβής.

### **5.5.2 Μικρο-κουλτούρα ομάδας: αγένεια, συγκρούσεις και «τοξική κανονικότητα»**

Σε μικρο-οργανωσιακό επίπεδο, η κουλτούρα της ομάδας εργασίας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της εμπειρίας των επαγγελματιών φροντίδας. Η εργασιακή αγένεια, η ασέβεια, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις και η έλλειψη ενδυνάμωσης έχουν συνδεθεί συστηματικά με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα, ιδιαίτερα στον χώρο της νοσηλευτικής (Spence Laschinger et al., 2009).

Η έννοια της «τοξικής κανονικότητας» περιγράφει περιβάλλοντα στα οποία δυσλειτουργικές πρακτικές - όπως η υποτίμηση, η σιωπηρή ανοχή της αγένειας ή η εξιδανίκευση της υπερκόπωσης - θεωρούνται φυσιολογικές ή ακόμη και αναμενόμενες. Σε τέτοια πλαίσια, η συναισθηματική εξάντληση δεν αναγνωρίζεται ως πρόβλημα, αλλά ως ένδειξη επαγγελματικής αφοσίωσης. Το αποτέλεσμα είναι η εσωτερίκευση της φθοράς και η περαιτέρω απομόνωση του επαγγελματία, ο οποίος δυσκολεύεται να ζητήσει βοήθεια χωρίς να στιγματιστεί.

Η μικρο-κουλτούρα της ομάδας λειτουργεί, έτσι, είτε ως προστατευτικός είτε ως επιβαρυντικός παράγοντας. Ομάδες που χαρακτηρίζονται από αμοιβαίο σεβασμό, ψυχολογική ασφάλεια και συλλογική επεξεργασία των δυσκολιών μπορούν να μετριάσουν τις επιδράσεις των συστημικών πιέσεων. Αντιθέτως, ομάδες με έντονη εσωτερική ένταση και χαμηλή υποστήριξη επιταχύνουν τη διαδικασία εξουθένωσης.

### **5.5.3 Ατομικοί/σχεσιακοί παράγοντες**

Σε ατομικό επίπεδο, ορισμένα χαρακτηριστικά και βιωματικά στοιχεία μπορούν να αυξήσουν την ευαλωτότητα στην επαγγελματική εξουθένωση. Παράγοντες όπως η τελειοθηρία, η υπερευθύνη, η δυσκολία οριοθέτησης, η χαμηλή αυτοσυμπόνια, καθώς και ιστορικό τραύματος ή σημαντικών απωλειών, έχουν συσχετιστεί με αυξημένη συναισθηματική επιβάρυνση στους

επαγγελματίες φροντίδας. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο επενδύει συναισθηματικά στη φροντίδα και διαχειρίζεται τις απαιτήσεις του ρόλου.

Ωστόσο, η ανάλυση των ατομικών παραγόντων απαιτεί ιδιαίτερη θεωρητική και ηθική προσοχή. Η αναγνώρισή τους δεν αποσκοπεί στην ενοχοποίηση του επαγγελματία, αλλά στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ προσωπικής ιστορίας και επαγγελματικής εμπλοκής. Κάθε επαγγελματίας φροντίδας προσέρχεται στο έργο του με διαφορετικές προσδοκίες, ανάγκες και τρόπους άντλησης νοήματος. Όταν το επαγγελματικό πλαίσιο δεν επιτρέπει την επεξεργασία αυτών των διαφορών, οι ατομικές ευαλωτότητες ενδέχεται να ενισχυθούν.

Συνεπώς, η επαγγελματική εξουθένωση δεν μπορεί να αποδοθεί ούτε αποκλειστικά στο σύστημα ούτε αποκλειστικά στο άτομο. Αναδύεται στο ενδιάμεσο πεδίο όπου οργανωσιακές πιέσεις, ομαδικές δυναμικές και προσωπικές ιστορίες διασταυρώνονται. Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου ως πολυεπίπεδων και αλληλοσυνδεόμενων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που δεν περιορίζονται στη διαχείριση συμπτωμάτων, αλλά στοχεύουν στη βιωσιμότητα της φροντίδας ως ανθρώπινης και ηθικής πρακτικής.

## **5.6 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: στον επαγγελματία, στον ασθενή και στο σύστημα**

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί ιδιωτική ή εσωτερική υπόθεση του επαγγελματία φροντίδας. Αντιθέτως, πρόκειται για φαινόμενο με πολυεπίπεδες και μετρήσιμες επιπτώσεις, οι οποίες εκτείνονται από την ψυχοσωματική κατάσταση του ίδιου του επαγγελματία έως την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας, επηρεάζοντας τελικά τη λειτουργικότητα και τη βιωσιμότητα ολόκληρου του συστήματος υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία αντιμετωπίζει πλέον την εξουθένωση ως δείκτη συστημικής δυσλειτουργίας και όχι ως ατομικό έλλειμμα αντοχής.

### **5.6.1 Επιπτώσεις στον επαγγελματία φροντίδας**

Σε ατομικό επίπεδο, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, συναισθηματικής εξάντλησης, διαταραχών ύπνου, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και μειωμένης επαγγελματικής ικανοποίησης. Ο επαγγελματίας βιώνει συχνά απώλεια νοήματος, αποξένωση από τον ρόλο του και αίσθηση ματαιότητας, γεγονός που εντείνει την αποπροσωποποίηση και περιορίζει τη δυνατότητα αυθεντικής παρουσίας στη σχέση φροντίδας. Μακροπρόθεσμα, η παρατεταμένη εξουθένωση έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, άγχους και πρόωρης επαγγελματικής αποχώρησης (Maslach & Leiter, 2016).

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι η εξουθένωση συχνά συνοδεύεται από ηθική φθορά, όταν ο επαγγελματίας αδυνατεί να ασκήσει τη φροντίδα με τρόπο που συνάδει με τις αξίες και την επαγγελματική του ταυτότητα. Το φαινόμενο αυτό αφήνει ένα «ηθικό κατάλοιπο» (moral residue), δηλαδή ένα συσσωρευμένο αίσθημα ενοχής, απογοήτευσης και εσωτερικής σύγκρουσης, το οποίο επιβαρύνει περαιτέρω την ψυχική ανθεκτικότητα και την αυτοεκτίμηση του επαγγελματία (Dean et al., 2019; Berlinger et al., 2020).

### **5.6.2 Επιπτώσεις στην ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας**

Σε επίπεδο ασθενούς, η επαγγελματική εξουθένωση έχει άμεσες και έμμεσες συνέπειες στην ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας. Μελέτες έχουν καταδείξει ότι αυξημένα επίπεδα burnout στους επαγγελματίες υγείας συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα σφαλμάτων, μειωμένη συμμόρφωση σε πρωτόκολλα ασφάλειας και χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα φροντίδας. Η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση περιορίζουν την ικανότητα προσοχής, ενσυναίσθησης και κλινικής κρίσης, στοιχεία κρίσιμα για την ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα (Shanafelt et al., 2002).

Επιπλέον, η σχέση επαγγελματία–ασθενούς επηρεάζεται ποιοτικά. Όταν η φροντίδα παρέχεται από επαγγελματίες που βιώνουν εξουθένωση, η επικοινωνία γίνεται πιο τυπική, λιγότερο διαλογική και φτωχότερη σε συναισθηματικό περιεχόμενο. Αυτό δεν επηρεάζει μόνο

την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά και την εμπιστοσύνη, τη συνεργασία και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Υπό αυτή την έννοια, η εξουθένωση αποτελεί κίνδυνο για την ασφάλεια των ασθενών, όχι λόγω έλλειψης γνώσεων, αλλά λόγω περιορισμού της ανθρώπινης παρουσίας (Aiken et al., 2002; Panagioti, et al., 2018).

### **5.6.3 Επιπτώσεις στο σύστημα υγείας**

Σε συστημικό επίπεδο, η επαγγελματική εξουθένωση υπονομεύει τη σταθερότητα και τη βιωσιμότητα των οργανισμών υγείας. Ένα από τα πλέον τεκμηριωμένα αποτελέσματα είναι η αυξημένη πρόθεση αποχώρησης και η πραγματική αποχώρηση έμπειρων επαγγελματιών από το επάγγελμα, ιδίως στη νοσηλευτική. Η απώλεια προσωπικού οδηγεί σε φαύλο κύκλο ελλείψεων, αυξημένου φόρτου για όσους παραμένουν και περαιτέρω επιδείνωσης της εξουθένωσης (Spence Laschinger et al., 2009).

Οι επιπτώσεις αυτές μεταφράζονται και σε αυξημένο οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας, μέσω της μειωμένης παραγωγικότητας, των απουσιών, της ανάγκης αντικατάστασης προσωπικού και της μειωμένης ποιότητας υπηρεσιών. Παράλληλα, η εξουθένωση διαβρώνει τη θεσμική κουλτούρα, καθώς η συνεχής φθορά κανονικοποιείται και η φροντίδα μετατρέπεται από ηθική πρακτική σε διαχειριστικό πρόβλημα.

### **5.6.4 Ηθική φθορά και συστημική ευθύνη**

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποκτά η έννοια της ηθικής φθοράς (moral distress και moral residue), η οποία γεφυρώνει το ατομικό και το συστημικό επίπεδο. Όταν οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ποια θα ήταν η φροντιστική ή ηθικά ορθή πράξη, αλλά αδυνατούν να την υλοποιήσουν λόγω περιορισμών χρόνου, πόρων ή θεσμικών πολιτικών, η ευθύνη δεν μπορεί να αποδοθεί στο άτομο. Αντιθέτως, η ηθική φθορά αναδεικνύει τη συστημική αποτυχία να υποστηρίξει την ηθική πράξη της φροντίδας (Jameton, 1984; Epstein & Delgado, 2010).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο κυνισμός και η αποπροσωποποίηση δεν αποτελούν εκφράσεις «κακίας» ή αδιαφορίας, αλλά στρατηγικές ψυχικής επιβίωσης απέναντι σε χρόνιες συνθήκες

αδυναμίας. Η κατανόηση αυτών των συνεπειών είναι κρίσιμη, καθώς μετατοπίζει τη συζήτηση από την ατομική ανθεκτικότητα στη συλλογική και θεσμική ευθύνη για τη δημιουργία συνθηκών βιώσιμης φροντίδας (Dean et al., 2019).

### **5.7 Πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης: από την αυτοφροντίδα στην οργανωσιακή αλλαγή**

Η σύγχρονη εμπειρική και θεωρητική βιβλιογραφία συγκλίνει στο ότι η πρόληψη και η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αποτελεσματικότερες όταν δεν περιορίζονται σε παρεμβάσεις ατομικής προσαρμογής, αλλά εντάσσονται σε πολυεπίπεδες στρατηγικές που λαμβάνουν υπόψη το οργανωσιακό, σχεσιακό και προσωπικό πλαίσιο της φροντίδας. Η μετατόπιση της ευθύνης αποκλειστικά στον επαγγελματία, με αιτήματα για «αυξημένη ανθεκτικότητα» ή καλύτερη διαχείριση του στρες, ενέχει τον κίνδυνο της ενοχοποίησης και συχνά αποτυγχάνει να αντιμετωπίσει τις δομικές αιτίες της εξουθένωσης.

Συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις σε πληθυσμούς επαγγελματιών υγείας έχουν δείξει ότι οι παρεμβάσεις εμφανίζουν μεν μικρά έως μέτρια αποτελέσματα, ωστόσο τα οφέλη είναι σταθερά και κλινικά σημαντικά, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται πολλαπλά επίπεδα παρέμβασης. Ειδικότερα, η μετα-ανάλυση των Panagioti et al. (2017) σε ιατρούς κατέδειξε ότι οι οργανωσιακές παρεμβάσεις παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τις αμιγώς ατομικές, υπογραμμίζοντας ότι η εξουθένωση δεν είναι απλώς ζήτημα ατομικής αντοχής. Παράλληλα, οι West et al. (2018) ανέδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο στην υγεία των επαγγελματιών, αλλά και στην ασφάλεια των ασθενών και στο κόστος των συστημάτων υγείας, καθιστώντας την πρόληψή της στρατηγική προτεραιότητα δημόσιας υγείας.

#### **5.7.1 Οργανωσιακές στρατηγικές: η φροντίδα ως θεσμική ευθύνη**

Σε οργανωσιακό επίπεδο, τα θεωρητικά μοντέλα αιτιότητας, και ιδίως το Job Demands–Resources model, υποδεικνύουν ότι η μείωση της εξουθένωσης επιτυγχάνεται πρωτίστως

μέσω της αναδιάρθρωσης των συνθηκών εργασίας και της ενίσχυσης των διαθέσιμων πόρων (Demerouti et al., 2001). Κεντρικές οργανωσιακές στρατηγικές περιλαμβάνουν την επαρκή στελέχωση και τη δίκαιη κατανομή του φόρτου εργασίας, την ενίσχυση της αυτονομίας και της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, καθώς και τη θεσμοθέτηση υποστηρικτικών δομών όπως η τακτική εποπτεία και τα οργανωμένα debriefings μετά από δύσκολα ή τραυματικά περιστατικά.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η καλλιέργεια κουλτούρας σεβασμού και μηδενικής ανοχής σε φαινόμενα αγένειας, εκφοβισμού ή ηθικής απαξίωσης. Οργανισμοί που αναγνωρίζουν έμπρακτα τη συναισθηματική εργασία και επενδύουν στη δημιουργία ψυχολογικά ασφαλών περιβαλλόντων συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση της εξουθένωσης και στη διατήρηση του προσωπικού. Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αποτελεί «παροχή ευεξίας», αλλά δομική συνθήκη ποιοτικής φροντίδας.

### **5.7.2 Σχεσιακές και ομαδικές στρατηγικές: η ομάδα ως χώρος συγκράτησης**

Σε μεσο-επίπεδο, η ομάδα εργασίας λειτουργεί ως κρίσιμος χώρος συγκράτησης και επεξεργασίας της φροντιστικής εμπειρίας. Οι ομάδες αναστοχασμού (reflective practice groups) διευκολύνουν τη συλλογική νοηματοδότηση δύσκολων εμπειριών και ηθικών διλημμάτων, ενισχύοντας την επαγγελματική επίγνωση και λειτουργώντας προστατευτικά απέναντι στην αποπροσωποποίηση και την ηθική φθορά (Schön, 1983; Mantzoukas, 2007, 2008; Bion, 1961).

Η ύπαρξη «χώρων νοήματος» μέσα στην ομάδα, όπου αναστοχάζεται συλλογικά η εμπειρία της φροντίδας, έχει αναδειχθεί ως κρίσιμος παράγοντας επαγγελματικής βιωσιμότητας και ηθικής συνοχής στη νοσηλευτική πράξη (Mantzoukas, 2007; Epstein & Delgado, 2010).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι τελετουργικές πρακτικές κλεισίματος της βάρδιας, οι οποίες, αν και συχνά θεωρούνται «άτυπες» ή παρωχημένες, διαθέτουν σημαντική

ψυχολογική και πολιτισμική αξία. Τέτοιες πρακτικές επιτρέπουν τη συμβολική απόθεση του συναισθηματικού βάρους και τη μετάβαση από τον επαγγελματικό στον προσωπικό ρόλο, λειτουργώντας ως μηχανισμοί αποφόρτισης και ψυχικής συνέχειας (Erstein & Delgado, 2010).

### **5.7.3 Ατομικές στρατηγικές αυτοφροντίδας**

Σε ατομικό επίπεδο, οι στρατηγικές αυτοφροντίδας έχουν θέση μόνο όταν εντάσσονται σε ένα υποστηρικτικό οργανωσιακό πλαίσιο και δεν χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο συστημικών αλλαγών. Η βιβλιογραφία των βοηθητικών επαγγελμάτων υπογραμμίζει τη σημασία της οριοθέτησης και της ψυχικής αποσύνδεσης από το έργο μετά το πέρας της εργασίας, προκειμένου να προστατευθεί η συναισθηματική διαθεσιμότητα του επαγγελματία (Norcross & VandenBos, 2018).

Παράλληλα, οι Skovholt & Trotter-Mathison (2025) τονίζουν ότι η πρόληψη της εξουθένωσης και της κόπωσης της συμπόνιας απαιτεί συστηματικό σχέδιο αυτοφροντίδας, προσαρμοσμένο στην προσωπική ιστορία, τις αξίες και τα όρια του επαγγελματία. Η αναγνώριση της κόπωσης της συμπόνιας και η χρήση πρακτικών εργαλείων επεξεργασίας, όπως προτείνεται από τον Figley (1995), συμβάλλουν στη διατήρηση της ενσυναίσθησης χωρίς αυτοκαταστροφή.

Συνολικά, η πρόληψη και η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν μπορεί να περιοριστεί σε ατομικές τεχνικές αυτορρύθμισης, ούτε να ανατεθεί αποκλειστικά στην «ανθεκτικότητα» των επαγγελματιών. Απαιτεί μια συνθετική, πολυεπίπεδη προσέγγιση, όπου η αυτοφροντίδα υποστηρίζεται από σχέσεις και θεσμούς που αναγνωρίζουν το κόστος της φροντίδας. Μόνο μέσα από αυτή τη μετατόπιση από το «πρόσεξε τον εαυτό σου» στο «φρόντισε το πλαίσιο» μπορεί η φροντίδα να παραμείνει βιώσιμη, ανθρώπινη και ηθικά ακέραη.

Η παρούσα ενότητα ανέδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες φροντίδας δεν αποτελεί απλώς ψυχολογική δυσφορία ή «ατομική αδυναμία», αλλά ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που εγγράφεται ταυτόχρονα στο οργανωσιακό, σχεσιακό και υπαρξιακό πεδίο. Ο ορισμός του ICD-11 (WHO, 2019) και το κλασικό τριδιάστατο μοντέλο της Maslach (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 1981) αποτυπώνουν με σαφήνεια τις βασικές διαστάσεις του συνδρόμου, ωστόσο στο πλαίσιο της φροντίδας η εξουθένωση αποκτά ιδιαίτερο «υλικό»: δεν εξαντλείται σε κόπωση, αλλά συνιστά σταδιακή αποδυνάμωση της δυνατότητας σχέσης, παρουσίας και νοηματοδότησης. Με άλλα λόγια, όταν η φροντίδα πιέζεται να λειτουργήσει ως παραγωγικότητα, η εξουθένωση εμφανίζεται ως ηθικός δείκτης ότι η ανθρώπινη διάσταση της πράξης κινδυνεύει να χαθεί.

Παράλληλα, η ανάλυση τεκμηρίωσε ότι η εξουθένωση δεν μπορεί να κατανοηθεί χωρίς τη συναισθηματική εργασία και την ηθική φθορά που συνοδεύουν τη φροντίδα. Η διαρκής απαίτηση ρύθμισης συναισθημάτων (Hochschild, 1983) και η αποπροσωποποίηση ως αμυντική προσαρμογή (Maslach & Leiter, 1997) συνδέονται με την εμπειρία moral distress και τη συσσώρευση moral residue, όταν η ηθικά ορθή πράξη παρεμποδίζεται από θεσμικούς και οργανωσιακούς περιορισμούς (Jameton, 1984; Epstein & Delgado, 2010). Εδώ αναδεικνύεται η κρίσιμη μετατόπιση: ο κυνισμός και η απομάκρυνση δεν ερμηνεύονται ως «έλλειψη φροντίδας», αλλά ως τρόποι επιβίωσης σε ένα περιβάλλον χρόνιων αδιεξόδων—μια μορφή συστημικά παραγόμενης φθοράς, που απαιτεί συστημικές απαντήσεις (Dean et al., 2019).

Τέλος, τα θεωρητικά μοντέλα αιτιότητας (JD-R και COR) συνέθεσαν ένα συνεκτικό πλαίσιο κατανόησης: οι υψηλές απαιτήσεις και η ανεπάρκεια πόρων οδηγούν σε εξάντληση και αποδέσμευση (Demerouti et al., 2001), ενώ η σπειροειδής απώλεια πόρων εξηγεί την προοδευτική κατάρρευση της ανθεκτικότητας στο χρόνο (Hobfoll, 1989). Η εξουθένωση, έτσι, εμφανίζεται ως δομική ασυμμετρία ανάμεσα στο «πόσο ζητά» το σύστημα και στο «πόσο

στηρίζει» τους ανθρώπους του—με συνέπειες στον επαγγελματία, στον ασθενή και στο σύστημα (Aiken et al., 2002; Shanafelt et al., 2002; Panagioti et al., 2018). Η πρόληψη και αντιμετώπιση οφείλουν, συνεπώς, να είναι πολυεπίπεδες: οργανωσιακές αλλαγές, ομαδικοί χώροι αναστοχασμού και νοήματος (Schön, 1983; Mantzoukas, 2007, 2008; Bion, 1961) και ατομική αυτοφροντίδα χωρίς ενοχοποίηση (Norcross & VandenBos, 2018; Figley, 1995), ώστε η φροντίδα να παραμένει βιώσιμη—όχι ως καθήκον που εξαντλεί, αλλά ως σχέση που αντέχει. Η θεωρητική διερεύνηση που προηγήθηκε ανέδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες φροντίδας δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς χωρίς αναφορά στις αξιακές, σχεσιακές και υπαρξιακές διαστάσεις της φροντίδας. Η αγάπη, η συμπόνια και η συναισθηματική διαθεσιμότητα δεν εμφανίζονται ως «μαλακές» έννοιες αντιδιαμετρικές της επιστημονικής ακρίβειας, αλλά ως κρίσιμοι ψυχοκοινωνικοί και ηθικοί παράγοντες που δομούν την επαγγελματική εμπειρία, επηρεάζοντας τόσο τη βιωσιμότητα της φροντίδας όσο και την ευαλωτότητα στην εξουθένωση. Ωστόσο, η εννοιολογική και φιλοσοφική θεμελίωση, όσο αναγκαία και αν είναι, δεν επαρκεί από μόνη της για να αποτυπώσει την πολυπλοκότητα των σχέσεων αυτών στο πεδίο της εμπειρικής πραγματικότητας.

Για το λόγο αυτό, το παρόν έργο μεταβαίνει στο ερευνητικό του μέρος, επιδιώκοντας να εξετάσει συστηματικά και εμπειρικά τον ρόλο της ανθρωπιστικής αγάπης, της συμπόνιας και των χαρακτηριστικών προσωπικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας. Η ερευνητική ενότητα αναπτύσσεται σε τρία διακριτά αλλά αλληλοσυμπληρούμενα επίπεδα: αρχικά, μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης που διερευνά την έννοια της ανθρωπιστικής αγάπης στην πρακτική βασισμένη σε αξίες και τα ψυχοκοινωνικά της αποτελέσματα· στη συνέχεια, μέσω εμπειρικής διερεύνησης των σχέσεων αγάπης, συμπόνιας και προσωπικότητας με την επαγγελματική εξουθένωση· και, τέλος, μέσω μιας αναλυτικής προσέγγισης path analysis, η οποία επιχειρεί να αποτυπώσει τις δυναμικές διαδρομές μέσα από τις οποίες οι παραπάνω μεταβλητές συνδιαμορφώνουν την εμπειρία της εξουθένωσης στους

νοσηλευτές. Με τον τρόπο αυτό, η διατριβή επιχειρεί να γεφυρώσει τη θεωρία με τα δεδομένα και να μετατρέψει τις αξίες της φροντίδας σε ελέγξιμα ερευνητικά ερωτήματα.

**Ειδικό μέρος**

### **Η Διερεύνηση της σχέσης συναισθημάτων αγάπης με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών υγείας και ο ρόλος της στην κλινική φροντίδα**

*«Δεν είναι όλα όσα μετρούνται σημαντικά,  
ούτε όλα τα σημαντικά μετρήσιμα.»  
Albert Einstein*

Η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια ως μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, με σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική ευημερία των ίδιων όσο και στην ποιότητα και ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας. Παρά την εκτενή βιβλιογραφία που τεκμηριώνει την έκταση και τις συνέπειες του φαινομένου, η ερευνητική προσέγγιση παραμένει σε μεγάλο βαθμό προσανατολισμένη σε δείκτες κόπωσης, στρες και παθολογίας, αφήνοντας λιγότερο διερευνημένες τις θετικές, αξιακές και συναισθηματικές διαστάσεις που ενδέχεται να λειτουργούν προστατευτικά ή ρυθμιστικά. Ιδιαίτερα, τα συναισθήματα αγάπης και συμπόνιας, αν και εγγενή στη φροντιστική πράξη, συχνά παραμένουν θεωρητικά ασαφή ή εμπειρικά υποεκπροσωπούμενα, ενδεχομένως λόγω της εσφαλμένης αντίληψης ότι στερούνται επιστημονικής μετρησιμότητας.

Ωστόσο, σύγχρονες ψυχολογικές, οργανωσιακές και νευροεπιστημονικές προσεγγίσεις αναγνωρίζουν ότι τα θετικά και φιλοκοινωνικά συναισθήματα δεν αποτελούν απλώς υποκειμενικές εμπειρίες, αλλά ενεργούς ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς που επηρεάζουν την ανθεκτικότητα, τη ρύθμιση του στρες και τη διατήρηση του νοήματος στην εργασία. Η αγάπη, ως υπαρξιακή στάση και συναισθηματική διάθεση προς τον Άλλον, διαφοροποιείται από την απλή συναισθηματική ευχαρίστηση και συνδέεται με έννοιες όπως η συναισθηματική

σύνδεση, η φροντίδα, η αλληλεγγύη και η ηθική δέσμευση. Στο πλαίσιο της κλινικής φροντίδας, η αγάπη δεν εκδηλώνεται ως ιδιωτικό συναίσθημα, αλλά ως σχεσιακή πρακτική, η οποία μπορεί να ενισχύει τη βιωσιμότητα της επαγγελματικής εμπλοκής ή, αντιστρόφως, να εξαντλείται υπό συνθήκες χρόνιων πιέσεων και περιορισμένων πόρων, συμβάλλοντας στην εμφάνιση της εξουθένωσης, όπως αυτή ορίζεται και από την World Health Organization.

Παράλληλα, η ψυχική ανθεκτικότητα έχει αναδειχθεί ως κρίσιμη μεταβλητή στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της φροντίδας. Η ανθεκτικότητα δεν συνιστά σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας, αλλά δυναμική διαδικασία που διαμορφώνεται μέσα από τη σχέση μεταξύ ατομικών πόρων, οργανωσιακών συνθηκών και συναισθηματικών εμπειριών. Σε αυτό το πλαίσιο, τα συναισθήματα αγάπης και συμπόνιας ενδέχεται να λειτουργούν είτε ως προστατευτικοί παράγοντες, ενισχύοντας το νόημα και τη συναισθηματική σύνδεση με το έργο, είτε ως παράγοντες ευαλωτότητας, όταν η συναισθηματική επένδυση δεν συνοδεύεται από επαρκή όρια, αναγνώριση και υποστήριξη. Η διττή αυτή λειτουργία καθιστά αναγκαία τη συστηματική και εμπειρική διερεύνηση των εν λόγω συναισθημάτων σε συνάρτηση με την εξουθένωση και την ανθεκτικότητα.

Το παρόν ερευνητικό μέρος αποσκοπεί ακριβώς στη γεφύρωση αυτού του ερευνητικού κενού, προσεγγίζοντας την αγάπη όχι ως αφηρημένη ή ρομαντική έννοια, αλλά ως μετρήσιμη και θεωρητικά τεκμηριωμένη ψυχοκοινωνική μεταβλητή με ουσιαστική επίδραση στην επαγγελματική εμπειρία των επαγγελματιών υγείας. Για τον σκοπό αυτό, η έρευνα οργανώνεται σε τρεις αλληλοσυμπληρούμενες ενότητες: (α) μια συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ανθρωπιστική αγάπη στην πρακτική βασισμένη σε αξίες και τα ψυχοκοινωνικά της αποτελέσματα, (β) μια εμπειρική διερεύνηση της σχέσης αγάπης, συμπόνιας και χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχική ανθεκτικότητα και (γ) μια αναλυτική προσέγγιση μέσω path analysis, η οποία

επιδιώκει να αποτυπώσει τις σύνθετες διαδρομές μέσω των οποίων οι παραπάνω μεταβλητές αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν την εμπειρία της εξουθένωσης στους νοσηλευτές.

Με τον τρόπο αυτό, το ερευνητικό μέρος φιλοδοξεί να συμβάλει όχι μόνο στην εμπειρική κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και στην επανανοηματοδότηση της φροντίδας ως σχέσης που μπορεί να παραμένει ανθρώπινη και βιώσιμη. Η διερεύνηση της αγάπης και της συμπόνιας ως επιστημονικών εννοιών δεν απομακρύνει την έρευνα από την κλινική πραγματικότητα: αντιθέτως, την επανασυνδέει με τον πυρήνα της φροντιστικής πράξης και ανοίγει τον δρόμο για παρεμβάσεις που σέβονται ταυτόχρονα τον επαγγελματία, τον ασθενή και το σύστημα.

### 1η Ερευνητική ενότητα

#### Η Ανθρωπιστική Αγάπη στην Πρακτική Βασισμένη σε Αξίες και τα Ψυχοκοινωνικά Αποτελέσματα των Επαγγελματιών Υγείας

*«Η πιο σημαντική απόφαση είναι να αποφασίσεις τι θα πρέπει να λαμβάνεις υπόψη.»*  
*William James*

Η ανθρωπιστική αγάπη αποτελεί θεμελιώδη αλλά συχνά υποθεωρημένη διάσταση της επαγγελματικής φροντίδας στον χώρο της υγείας. Παρότι ενυπάρχει ιστορικά στον πυρήνα των νοσηλευτικών και θεραπευτικών επαγγελμάτων, σπάνια ορίζεται με εννοιολογική σαφήνεια ή εντάσσεται συστηματικά σε θεωρητικά και εμπειρικά μοντέλα πρακτικής βασισμένης σε αξίες. Το παρόν άρθρο εστιάζει στην ανθρωπιστική αγάπη όχι ως συναισθηματική παρόρμηση ή προσωπικό χαρακτηριστικό, αλλά ως επαγγελματική στάση και ηθική πρακτική που διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας σχετίζονται με τον ασθενή, τον εαυτό τους και το πλαίσιο φροντίδας.

Στο πλαίσιο της σύγχρονης κλινικής πραγματικότητας, όπου οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λειτουργήσουν υπό συνθήκες αυξημένης πίεσης, ηθικών διλημμάτων και συναισθηματικής επιβάρυνσης, η ανθρωπιστική αγάπη αναδεικνύεται ως προστατευτικός αλλά και μετασχηματιστικός παράγοντας. Δεν ταυτίζεται με την υπέρβαση των επαγγελματικών ορίων, ούτε με μια άκριτη συναισθηματική εμπλοκή· αντίθετα, συνδέεται με την ικανότητα αναγνώρισης της ανθρώπινης ευαλωτότητας, τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του άλλου και την καλλιέργεια μιας στάσης φροντίδας που εδράζεται σε αξίες.

Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι πρακτικές βασισμένες σε αξίες, όπως η συμπόνια, ο σεβασμός και η ενσυναίσθηση, σχετίζονται με θετικά ψυχοκοινωνικά

αποτελέσματα τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, η έννοια της αγάπης συχνά αποφεύγεται στον επιστημονικό λόγο, πιθανώς λόγω της συναισθηματικής της φόρτισης και της δυσκολίας επιχειρησιακής της αποτύπωσης. Το άρθρο αυτό επιχειρεί να καλύψει το εν λόγω κενό, προτείνοντας ένα εννοιολογικό πλαίσιο κατανόησης της ανθρωπιστικής αγάπης ως συστατικού στοιχείου της πρακτικής βασισμένης σε αξίες.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο η ανθρωπιστική αγάπη ενσωματώνεται στην κλινική πράξη και να αναδειξει τη σχέση της με την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Μέσα από την ανάλυση εμπειρικών δεδομένων, το άρθρο φιλοδοξεί να συμβάλει σε έναν πιο ώριμο και επιστημονικά τεκμηριωμένο διάλογο γύρω από τον ρόλο των αξιών και των σχέσεων φροντίδας στο σύγχρονο σύστημα υγείας.

## **7.1 Θεωρητικό Πλαίσιο**

Στο παρόν θεωρητικό πλαίσιο προσεγγίζουμε την ανθρωπιστική αγάπη ως εννοιολογική και ηθική κατασκευή που εδράζεται στη διαπροσωπική σχέση φροντίδας και υπερβαίνει τόσο τη συναισθηματική αυθόρμητη ανταπόκριση όσο και την τυπική επαγγελματική ευγένεια. Η αγάπη, ως ανθρώπινη αξία, έχει συνδεθεί στη διεθνή βιβλιογραφία με την προαγωγή της ευημερίας, τη μείωση του ανθρώπινου πόνου και τη διευκόλυνση της διαδικασίας της ίασης, τόσο σε προσωπικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο (Adib-Hajbaghery & Bolandian Bafghi, 2019; Hren, 2019).

Η θεωρητική θεμελίωση της ανθρωπιστικής αγάπης αντλεί από ανθρωπιστικές, φαινομενολογικές και ηθικές προσεγγίσεις της φροντίδας, όπου η σχέση επαγγελματία υγείας–ασθενούς νοείται ως πεδίο συνάντησης υποκειμένων και όχι ως μονομερής παροχή υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό, η αγάπη δεν εκλαμβάνεται ως ιδιωτικό συναίσθημα, αλλά ως ηθική στάση

και επαγγελματική αξία που εκφράζεται μέσα από τον σεβασμό, την υπευθυνότητα και την αναγνώριση της ευαλωτότητας του άλλου (Fulford & Wallcraft, 2011; Brown et al., 2012).

Η πρακτική βασισμένη σε αξίες (Values-Based Practice, VBP) συνιστά το εννοιολογικό πλαίσιο εντός του οποίου η ανθρωπιστική αγάπη αποκτά επιστημονική και κλινική νομιμοποίηση. Η VBP αναπτύχθηκε ως συμπληρωματικό πλαίσιο της τεκμηριωμένης πρακτικής, δίνοντας έμφαση στις αξίες, τις πεποιθήσεις και τα βιώματα τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών και των οικογενειών τους (Fulford, 2008; Fulford et al., 2012). Οι αξίες λειτουργούν ως εσωτερικευμένοι προσανατολισμοί που καθοδηγούν την κλινική κρίση και τη λήψη αποφάσεων σε σύνθετα και ηθικά αμφίσημα περιβάλλοντα φροντίδας (Loughlin, 2014).

Στο πλαίσιο της VBP, η ανθρωπιστική αγάπη συνδέεται άρρηκτα με αξίες όπως η αξιοπρέπεια, η ισότητα, η δικαιοσύνη και η αυθεντική φροντίδα, αποτελώντας θεμέλιο της προσωποκεντρικής και ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη φροντίδα (Hatzikiriakidis et al., 2011; Ward, 2017). Παράλληλα, η βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η έκφραση της αγάπης στον επαγγελματικό χώρο συχνά αντιμετωπίζεται με επιφυλακτικότητα ή θεωρείται οριακή ως προς τα επαγγελματικά όρια, γεγονός που έχει οδηγήσει στη σιωπηρή ή αποσπασματική της ενσωμάτωση στην κλινική πράξη (Lipscomb, 2011; Liaschenko & Peters, 2019).

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στη διάκριση μεταξύ ανθρωπιστικής αγάπης και συναισθηματικής υπερεμπλοκής. Η ανθρωπιστική αγάπη προϋποθέτει επίγνωση των επαγγελματικών ορίων και ενσυνείδητη διαχείριση της συναισθηματικής εγγύτητας, ενώ η υπερεμπλοκή ενδέχεται να οδηγήσει σε σύγχυση ρόλων, ηθική δυσφορία και επαγγελματική εξουθένωση (Maidan, 2018; Mitala, 2016). Υπό αυτή την έννοια, η ανθρωπιστική αγάπη δεν αντιστρατεύεται την επαγγελματική αποστασιοποίηση, αλλά την επανανοηματοδοτεί ως ενσυνείδητη παρουσία χωρίς συναισθηματική αποκοπή.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι η απουσία σαφούς αξιακού προσανατολισμού και η αποδυνάμωση των σχέσεων φροντίδας συνδέονται με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, συναισθηματικής κόπωσης και αποπροσωποποίησης στους επαγγελματίες υγείας (Lok et al., 2017; Hren, 2019). Αντιθέτως, η ενσωμάτωση πρακτικών που εμπεριέχουν στοιχεία ανθρωπιστικής αγάπης σχετίζεται με αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση, ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και μείωση της επαγγελματικής κόπωσης και της συμπόνιας-κόπωσης (compassion fatigue) (Adib-Hajbaghery & Bolandian Bafghi, 2019; Brown et al., 2012).

Συνοψίζοντας, στο παρόν θεωρητικό πλαίσιο αντιμετωπίζουμε την ανθρωπιστική αγάπη ως δομικό στοιχείο της πρακτικής βασισμένης σε αξίες και ως κρίσιμο μεσολαβητικό μηχανισμό που επηρεάζει τόσο την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όσο και την ψυχοκοινωνική ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Η κατανόηση και η εννοιολογική της αποσαφήνιση αποτελούν αναγκαία προϋπόθεση για την ερμηνεία των εμπειρικών ευρημάτων που ακολουθούν.

## **7.2 Σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης και Ερευνητικά Ερωτήματα**

Σκοπός είναι η συστηματική διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ανθρωπιστική αγάπη στο πλαίσιο της πρακτικής βασισμένης σε αξίες και η αποτύπωση της σχέσης της με τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα των επαγγελματιών υγείας. Η συστηματική ανασκόπηση αποσκοπεί στη σύνθεση και ερμηνεία των διαθέσιμων ερευνητικών δεδομένων, προκειμένου να αναδειχθούν οι τρόποι με τους οποίους η ανθρωπιστική αγάπη ενσωματώνεται στην κλινική πράξη και επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση, την ψυχική ανθεκτικότητα και συναφείς δείκτες επαγγελματικής ευημερίας.

Με βάση τον ανωτέρω σκοπό, η μελέτη διαρθρώνεται γύρω από τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Πώς ορίζεται και περιγράφεται η ανθρωπιστική αγάπη στη διεθνή βιβλιογραφία στο πλαίσιο της πρακτικής βασισμένης σε αξίες;
2. Ποια ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα στους επαγγελματίες υγείας συνδέονται με την παρουσία ή την απουσία ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα;
3. Ποια είναι η σχέση της ανθρωπιστικής αγάπης με την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχική ανθεκτικότητα;

### **7.3 Μεθοδολογία**

#### **7.3.1 Μεθοδολογικός σχεδιασμός της συστηματικής ανασκόπησης**

Η συστηματική ανασκόπηση διεξήχθη σύμφωνα με τις διεθνώς αναγνωρισμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διεξαγωγή και αναφορά συστηματικών ανασκοπήσεων. Ακολούθησε δομημένη και διαφανής διαδικασία αναζήτησης, επιλογής και αξιολόγησης των μελετών, με στόχο τη διασφάλιση της εγκυρότητας και της αναπαραγωγιμότητας των ευρημάτων.

Η βιβλιογραφική συστηματική ανασκόπηση καθοδηγήθηκε από το δίκτυο EQUATOR χρησιμοποιώντας τη λίστα ελέγχου PRSIMA και PRISMA-S (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Search). Η PRISMA και PRISMA-S προσφέρουν πλήρεις οδηγίες για ένα ευρύ φάσμα πηγών πληροφόρησης και μεθόδων αναζήτησης, πολλές από τις οποίες δεν καλύπτονται επαρκώς από άλλες οδηγίες αναφοράς. Παράλληλα, αυτές περιλαμβάνουν λεπτομερείς οδηγίες για αναζητήσεις σε μητρώα μελετών, διαδικτυακές αναζητήσεις, αναζητήσεις σε πολλαπλές βάσεις δεδομένων και ενημερώσεις, διευκολύνοντας τους συγγραφείς στην πλήρη αναφορά των διαδικασιών αναζήτησής τους και απλοποιώντας το έργο της αναφοράς (Rethlefsen et al., 2021). Η βιβλιογραφική συστηματική ανασκόπηση ακολούθησε ένα καθορισμένο πρωτόκολλο, το οποίο είναι αναρτημένο στην πλατφόρμα Open Science Framework (OSF, <https://osf.io/xr87n>).

#### **7.3.2 Στρατηγική αναζήτησης και βάσεις δεδομένων**

Η στρατηγική αναζήτησης σχεδιάστηκε με στόχο τον συστηματικό και ολοκληρωμένο εντοπισμό μελετών που εξετάζουν την ανθρωπιστική αγάπη στο πλαίσιο της πρακτικής βασισμένης σε αξίες και τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματά της στους επαγγελματίες υγείας. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, οι οποίες θεωρούνται κατάλληλες για την κάλυψη της διεπιστημονικής φύσης του υπό μελέτη αντικειμένου.

Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν περιλάμβαναν επιστημονικά αποθετήρια στους τομείς της υγείας, της νοσηλευτικής και των κοινωνικών επιστημών. Η επιλογή τους βασίστηκε στη δυνατότητα πρόσβασης σε μελέτες υψηλής ποιότητας και στη συνάφειά τους με το αντικείμενο της ανασκόπησης, όπως περιγράφεται αναλυτικά στο δημοσιευμένο άρθρο. Για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκε συνδυασμός λέξεων-κλειδιών και όρων ελεγχόμενου λεξιλογίου, προσαρμοσμένος στις απαιτήσεις κάθε βάσης δεδομένων. Οι όροι αφορούσαν την ανθρωπιστική αγάπη, την πρακτική βασισμένη σε αξίες, τους επαγγελματίες υγείας και τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα, με χρήση λογικών τελεστών, ώστε να διασφαλιστεί η ευαισθησία και η ειδικότητα της αναζήτησης.

Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση σε τρεις βάσεις δεδομένων, όπως στη Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), στη PubMed Central (PMC) και στη Elsevier/Scopus, ώστε να εντοπιστούν όλες οι ερευνητικές μελέτες μέχρι την 8η Σεπτεμβρίου 2024. Η διαμόρφωση της ερευνητικής ερώτησης βασίστηκε σε όρους που προέκυψαν από τα στοιχεία του μοντέλου PEO (Population - Exposure - Outcome) όπου «P» οι επαγγελματίες υγείας, «E» η ανθρωπιστική αγάπη και «O» η ψυχοκοινωνική επίδραση. Το ερευνητικό ερώτημα της συγκεκριμένης ανασκόπησης ήταν: «Ποια είναι η επίδραση της ανθρωπιστικής αγάπης στην ψυχοκοινωνική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας;». Η στρατηγική αναζήτησης βασίστηκε σε όρους που σχετίζονται με το PEO και την κύρια ερευνητική ερώτηση της ανασκόπησης. Στην στρατηγική αναζήτησης

χρησιμοποιήθηκαν όροι και συνώνυμα που αντιστοιχούσαν σε κάθε ένα από τα στοιχεία του PEO. Επιπλέον, συμπεριλήφθηκαν τελεστές Boolean όπως το «AND» για το συνδυασμό των όρων αναζήτησης. Στην αναζήτηση δεν εφαρμόστηκε κανένας περιορισμός (π.χ. χρονική περίοδος, γλώσσα, σχεδιασμός μελέτης). Πέρα από τους συγγραφείς, δε συμμετείχαν άλλοι ειδικοί στη διαδικασία της αξιολόγησης των μελετών.

Όλες οι μελέτες συλλέχθηκαν με τη χρήση της στρατηγικής αναζήτησης και εισήχθησαν στο εργαλείο διαχείρισης βιβλιογραφικών αναφορών EndNote (EndNote X20), ώστε να αφαιρεθούν οι διπλότυπες μελέτες. Εν συνεχεία, οι ανακτηθείσες μελέτες καταχωρήθηκαν σε ένα υπολογιστικό φύλλο Excel. Εξετάστηκαν οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των μελετών και αποκλείστηκαν εκείνες που δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Επακόλουθα, αξιολογήθηκε το πλήρες κείμενο των επιλεγμένων άρθρων προκειμένου να κριθεί η καταλληλότητά τους βάσει των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού. Επιπρόσθετα, οι βιβλιογραφικές αναφορές όλων των ανακτηθέντων άρθρων αναζητήθηκαν χειροκίνητα, με στόχο τον εντοπισμό δυνητικά σχετικών μελετών που ενδέχεται να είχαν παραλειφθεί από τις ηλεκτρονικές αναζητήσεις. Στις περιπτώσεις όπου υπήρχαν περισσότερες από μία δημοσιεύσεις για την ίδια μελέτη, συμπεριλήφθηκε η πιο πρόσφατη μελέτη ή εκείνη που περιείχε το μεγαλύτερο μέγεθος συμμετεχόντων. Ακόμη, υπολογίστηκε ο δείκτης Kappa του Cohen ( $\kappa$ ) (Orwin, 1994) με σκοπό την εξέταση του βαθμού συμφωνίας μεταξύ των αξιολογητών, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι τιμές μεταξύ  $-1$  και  $0.40$  θεωρούνται μη ικανοποιητικές, οι τιμές μεταξύ  $0.41$  και  $0.75$  είναι ικανοποιητικές και οι τιμές ίσες ή μεγαλύτερες του  $0.76$  θεωρούνται ως πολύ ικανοποιητικές (Hernandez-Nieto, 2002).

Ένας συγγραφέας πραγματοποίησε ολόκληρη τη διαδικασία, η οποία επαληθεύτηκε από έναν δεύτερο συγγραφέα. Σε περιπτώσεις αποκλίσεων σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας, ζητήθηκε η συνδρομή δύο συγγραφέων μέχρι την επίτευξη συναίνεσης.

### **7.3.3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των μελετών**

Τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των μελετών καθορίστηκαν εκ των προτέρων, σύμφωνα με τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της συστηματικής ανασκόπησης (Needleman, 2002). Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες που εξετάζουν την ανθρωπιστική αγάπη ή συναφείς έννοιες στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας και τη σχέση τους με ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα στους επαγγελματίες υγείας.

Αποκλείστηκαν μελέτες που δεν σχετίζονταν άμεσα με το αντικείμενο της ανασκόπησης, θεωρητικά άρθρα χωρίς εμπειρικά δεδομένα, μελέτες που αφορούσαν αποκλειστικά πληθυσμούς ασθενών χωρίς αναφορά στους επαγγελματίες υγείας, καθώς και δημοσιεύσεις σε γλώσσες εκτός των καθορισμένων κριτηρίων. Επιπλέον, αποκλείστηκαν διπλές δημοσιεύσεις και μελέτες με ανεπαρκή μεθοδολογική τεκμηρίωση. Η εφαρμογή των κριτηρίων πραγματοποιήθηκε σε διαδοχικά στάδια, αρχικά μέσω ελέγχου τίτλων και περιλήψεων και στη συνέχεια μέσω πλήρους ανάγνωσης των επιλέξιμων άρθρων.

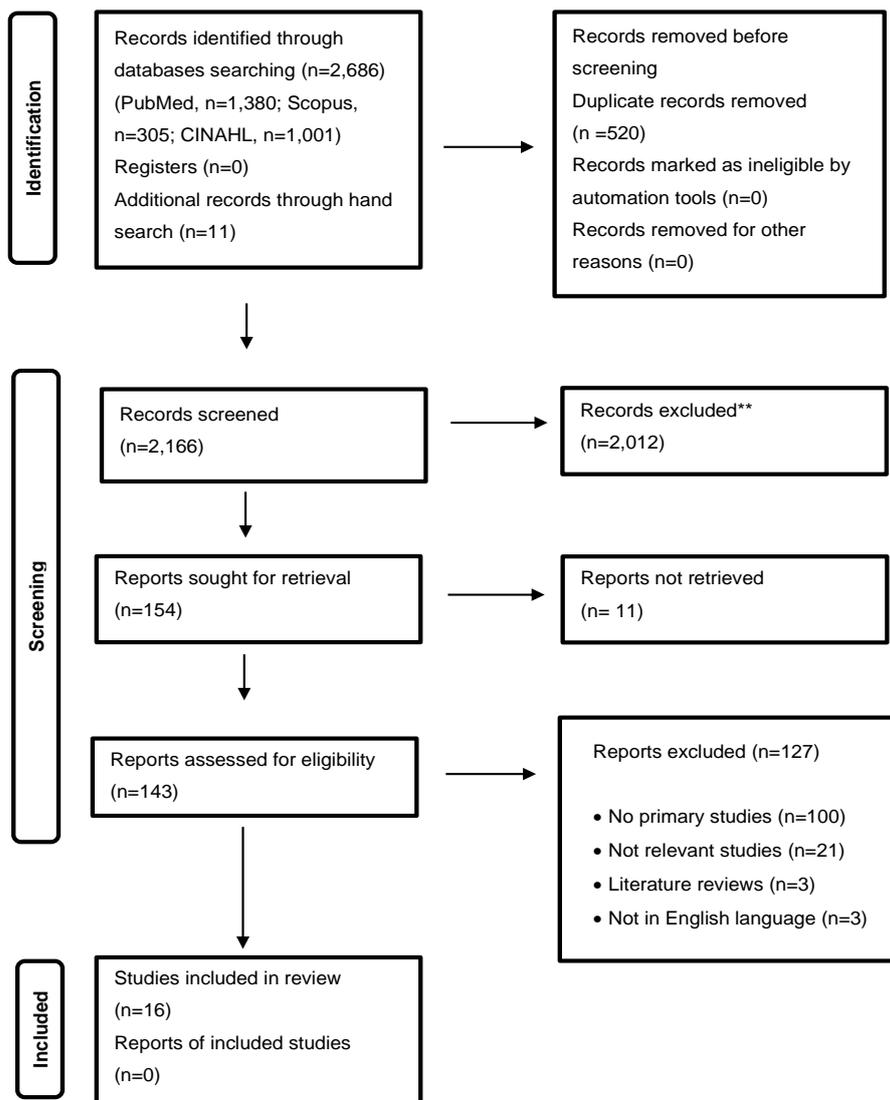
Από την μία πλευρά, συμπεριλήφθηκαν ερευνητικές μελέτες με ποσοτικά δεδομένα, χρησιμοποιώντας εγκάρσιες μελέτες, μελέτες ασθενών-μαρτύρων και μελέτες κοόρτης, καθώς και ποιοτικές μελέτες (π.χ. μελέτες φαινομενολογίας, μελέτες θεμελιωμένης θεωρίας) που εξέταζαν το ρόλο της ανθρωπιστικής αγάπης σε διάφορα πλαίσια κλινικής φροντίδας (π.χ. κλινικές, νοσοκομεία, κοινότητα). Οι μελέτες που επιλέχθηκαν ήταν άρθρα γραμμένα στην αγγλική γλώσσα με πλήρες κείμενο, που συμπεριλάμβαναν επαγγελματίες υγείας (π.χ. νοσηλευτές, ιατρούς, φυσικοθεραπευτές, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ψυχιάτρους κ.α.).

Από την άλλη πλευρά, αποκλείστηκαν μελέτες που δεν σχετίζονταν με την ανθρωπιστική αγάπη και την επίδρασή της στους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, δεν επιλέχθηκαν μελέτες περίπτωσης, συστηματικές ανασκοπήσεις, διεθνή συνέδρια, απαντήσεις συγγραφέων, άρθρα απόψεων, θεωρητικά άρθρα, μελέτες παρέμβασης και σχόλια μελετών. Ακόμη, αποκλείστηκαν άρθρα που δεν ήταν στην αγγλική γλώσσα, λόγω ανεπαρκών πηγών μετάφρασης. Παράλληλα, η γκρίζα βιβλιογραφία δε λήφθηκε υπόψη λόγω της χρονοβόρας διαδικασίας και της απουσίας

αξιολόγησης από ομότιμους και από τυποποιημένα μεθοδολογικά πλαίσια (Benzies et al., 2006). Επίσης, δεν υπήρξε επικοινωνία με άλλους συγγραφείς ή φορείς διότι αυτές οι στρατηγικές ήταν δύσκολο να υλοποιηθούν. Η διαδικασία επικοινωνίας με τέτοιους φορείς συχνά εξαρτάται από ατομικές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής διαθεσιμότητας, της ανταπόκρισης και συγκεκριμένων θεσμικών ή οργανωτικών πρωτοκόλλων (Mullan et al., 2009).

Παράλληλα, δε συμπεριλήφθηκαν συστηματικές ανασκοπήσεις, διότι ο πρωταρχικός τους στόχος είναι η σύνθεση πρωτότυπης έρευνας ή πρωτογενών μελετών. Η συμπερίληψη συστηματικών ανασκοπήσεων θα μπορούσε να οδηγήσει σε διπλασιασμό των αποδεικτικών στοιχείων, ενδεχομένως εισάγοντας μεροληψία και διαστρεβλώνοντας τα αποτελέσματα. Έτσι, εάν είχαν συμπεριληφθεί συστηματικές ανασκοπήσεις, θα μπορούσε να αποδυναμωθεί η ερμηνεία και η σαφήνεια των ευρημάτων.

Όσες μελέτες δεν ανακτήθηκαν κατά την αναζήτηση, αποκλείστηκαν από την ανασκόπηση για διάφορους λόγους. Συγκεκριμένα, δέκα μελέτες δε διέθεταν διεθνή απήχηση, καθώς είχαν δημοσιευθεί σε τοπικά περιοδικά που δεν συνέβαλαν ουσιαστικά στον ευρύτερο ακαδημαϊκό διάλογο. Επιπλέον, μία φαινομενολογική μελέτη επικεντρωνόταν αποκλειστικά στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Η συγκεκριμένη μελέτη δε σχετιζόταν με το κύριο ερευνητικό ζήτημα της ανασκόπησης και παρουσίαζε την έννοια της ανθρωπιστικής αγάπης ως δευτερεύον στοιχείο. Η διαδικασία επιλογής των μελετών παρουσιάζεται στην Εικόνα 1.



Εικόνα 1. PRISMA flowchart of selection process

### 7.3.4 Διαδικασία επιλογής των μελετών

Η διαδικασία επιλογής των μελετών ακολούθησε διαδοχικά και διαφανή βήματα, σύμφωνα με τις αρχές της συστηματικής ανασκόπησης. Ο αρχικός αριθμός των μελετών που εντοπίστηκαν μέσω της αναζήτησης μειώθηκε σταδιακά μέσω της εφαρμογής των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού.

Η τελική επιλογή των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε μετά από πλήρη αξιολόγηση των κειμένων. Η διαδικασία αυτή

αποτυπώνεται σχηματικά στο διάγραμμα ροής της ανασκόπησης, όπως παρουσιάζεται στο δημοσιευμένο άρθρο.

### **7.3.5 Αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών**

Η αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με στόχο την εκτίμηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των ευρημάτων. Η αξιολόγηση βασίστηκε σε προκαθορισμένα κριτήρια ποιότητας, τα οποία αφορούσαν τον ερευνητικό σχεδιασμό, την επάρκεια του δείγματος, τη σαφήνεια των μετρήσεων, καθώς και τη διαφάνεια της ανάλυσης και της αναφοράς των αποτελεσμάτων. Τα κριτήρια εφαρμόστηκαν με συνέπεια σε όλες τις μελέτες, ώστε να διασφαλιστεί η συγκρισιμότητα και η αντικειμενικότητα της διαδικασίας.

Πιο συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των ποσοτικών μελετών, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Newcastle-Ottawa Scale (NOS) για τις μελέτες κοόρτης, τις μελέτες ασθενών-μαρτύρων και τις εγκάρσιες μελέτες. Η κλίμακα NOS αποτελείται από δώδεκα ερωτήσεις και τρεις θεματικές ενότητες: (1) επιλογή της ομάδας μελέτης, (2) συγκρισιμότητα και (3) αξιολόγηση του αποτελέσματος. Παρουσιάζεται ένα σύστημα βαθμολόγησης 9 μονάδων για την εκτίμηση της ποιότητας, όπου 7–9 μονάδες δηλώνουν υψηλή ποιότητα, 5–6 μονάδες μέτρια ποιότητα και 0–4 μονάδες χαμηλή ποιότητα (Wells et al., 2000).

Για την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των ποιοτικών μελετών, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Το εργαλείο CASP περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις στηριζόμενες στις εξής θεματικές ενότητες: (1) σκοπός, (2) μέθοδος, (3) σχεδιασμός, (4) δειγματοληψία, (5) συλλογή δεδομένων, (6) σχέσεις, (7) ηθικά ζητήματα, (8) ανάλυση, (9) ευρήματα και (10) αξία της έρευνας. Παρουσιάζεται ένα σύστημα αξιολόγησης όπου οι απαντήσεις κατηγοριοποιούνται σε λέξεις όπως «Ναι», «Όχι» ή «Δεν μπορώ να πω» (Majid & Vanstone, 2018; Noyes et al., 2021).

Η εκτίμηση της ποιότητας των μελετών συνέβαλε στη διάκριση μεταξύ ευρημάτων υψηλής και χαμηλότερης μεθοδολογικής ισχύος, χωρίς να οδηγεί σε αποκλεισμό μελετών που πληρούσαν τα βασικά κριτήρια ένταξης. Αντιθέτως, η ποιότητα των μελετών λήφθηκε υπόψη κατά τη σύνθεση και ερμηνεία των ευρημάτων, όπως παρουσιάζεται στις επόμενες ενότητες.

### **7.3.6 Σύνθεση και κατηγοριοποίηση των ευρημάτων**

Η σύνθεση των ευρημάτων πραγματοποιήθηκε με αφηγηματικό τρόπο, δεδομένης της ετερογένειας των μελετών ως προς τον σχεδιασμό, τα εργαλεία μέτρησης και τα υπό μελέτη αποτελέσματα. Η αφηγηματική σύνθεση επέτρεψε την ομαδοποίηση των ευρημάτων σε εννοιολογικές κατηγορίες, οι οποίες αντανακλούν τους βασικούς άξονες της ανθρωπιστικής αγάπης στο πλαίσιο της πρακτικής βασισμένης σε αξίες.

Οι κατηγορίες που προέκυψαν αφορούσαν, μεταξύ άλλων, τον ρόλο της ανθρωπιστικής αγάπης στην επαγγελματική εξουθένωση, τη συναισθηματική ευημερία και την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Η κατηγοριοποίηση των ευρημάτων διευκόλυνε την κατανόηση των σύνθετων σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των αξιών της φροντίδας και των ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων, χωρίς να απομονώνει τα ευρήματα από το ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο.

Τα δεδομένα που καταγράφηκαν για τις επιλέξιμες μελέτες, συμπεριλάμβαναν τα εξής στοιχεία: συγγραφείς, έτος δημοσίευσης, χώρα, σχεδιασμός μελέτης, μέγεθος δείγματος, μέση ηλικία δείγματος, στοχευμένος πληθυσμός (π.χ. επαγγελματίες υγείας), ερευνητικά εργαλεία (π.χ. Compassionate Love Scale), ποιότητα μελέτης, έννοια της ανθρωπιστικής αγάπης, καθώς και τα κύρια ευρήματα ανά μελέτη. Ακόμη, λόγω της μεθοδολογικής και εννοιολογικής ετερογένειας, δεν ήταν εφικτή η ποσοτική σύνθεση των δεδομένων (π.χ. μετα-ανάλυση). Ως εκ τούτου, εφαρμόστηκε η αφηγηματική σύνθεση (narrative synthesis), η οποία προσδιόρισε βασικά χαρακτηριστικά των μελετών καθώς και την κατηγοριοποίηση των κύριων ευρημάτων (Popay et al., 2006).

Η διαδικασία σύνθεσης επέτρεψε την ανάδειξη κοινών μοτίβων και διαφοροποιήσεων μεταξύ των μελετών, καθώς και την αναγνώριση κενών στη βιβλιογραφία, τα οποία καθίστανται εμφανή μέσα από τη συγκριτική ανάγνωση των αποτελεσμάτων. Τα ευρήματα παρουσιάζονται αναλυτικά στην επόμενη ενότητα, με έμφαση στις βασικές θεματικές που προέκυψαν από τη συστηματική ανασκόπηση.

#### **7.4 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της συστηματικής ανασκόπησης**

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της συστηματικής ανασκόπησης οργανώνεται σε θεματικές ενότητες, οι οποίες προέκυψαν από τη διαδικασία σύνθεσης και κατηγοριοποίησης των ευρημάτων. Η επιλογή της θεματικής παρουσίασης αποσκοπεί στην ανάδειξη των βασικών αξόνων μέσω των οποίων η ανθρωπιστική αγάπη συνδέεται με τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα των επαγγελματιών υγείας, χωρίς την αναπαραγωγή της δομής ή της μορφοποίησης του δημοσιευμένου άρθρου.

##### **7.4.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα**

Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση καταδεικνύουν ότι η ανθρωπιστική αγάπη προσεγγίζεται ως πολυδιάστατη έννοια, η οποία ενσωματώνει ηθικές, σχεσιακές και αξιακές διαστάσεις της φροντίδας. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η ανθρωπιστική αγάπη περιγράφεται ως στάση που αναγνωρίζει τον άλλον ως πρόσωπο με εγγενή αξία και μοναδικότητα, υπερβαίνοντας την εργαλειακή αντίληψη της φροντίδας. Η προσέγγιση αυτή συνδέεται με την ενσυνείδητη παρουσία, τον σεβασμό και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς.

Όλες οι επιλεγμένες μελέτες αναγνωρίζουν την αξία της αγάπης ως θεμελιώδους στοιχείου της διαδικασίας φροντίδας. Ωστόσο, δεν προκύπτει ένας ενιαίος και σαφώς προσδιορισμένος ορισμός της ανθρωπιστικής αγάπης, καθώς η έννοια συχνά συγχέεται ή επικαλύπτεται με συναφείς όρους, όπως η ενσυναίσθηση, η συναισθηματική υποστήριξη και η συμπόνια. Πολλές μελέτες χρησιμοποιούν τους όρους «συμπόνια» και «ανθρωπιστική

αγάπη» εναλλακτικά, υποστηρίζοντας ότι η ανθρωπιστική αγάπη ταυτίζεται ή συμπίπτει σε μεγάλο βαθμό με τη συμπόνια προς τον άλλον. Και οι δύο έννοιες περιλαμβάνουν την ανταπόκριση στον ανθρώπινο πόνο μέσω ευαισθησίας, κατανόησης, καλοσύνης, ανιδιοτέλειας, συναισθηματικής ταύτισης, ενσυναισθητικής φροντίδας και ικανότητας ανοχής της ψυχικής δυσφορίας (Wahlin et al., 1995; Rivero & Erdmann, 2007; Paldanius & Määttä, 2011; Hermsen et al., 2014; Beaumont et al., 2016; Durkin et al., 2016; Mills et al., 2018).

Παράλληλα, η εξεταζόμενη βιβλιογραφία προσεγγίζει την ανθρωπιστική αγάπη τόσο ως θετικό συναίσθημα όσο και ως εσωτερικό κίνητρο που ωθεί τους επαγγελματίες υγείας, και ιδίως τους νοσηλευτές, να ενεργούν με σεβασμό προς τις ατομικές ανάγκες των ασθενών. Στο πλαίσιο αυτό, η ανθρωπιστική αγάπη συνδέεται με την αναγνώριση της μοναδικότητας του προσώπου που λαμβάνει φροντίδα και με την ανάδειξη του κεντρικού ρόλου των συναισθημάτων στην κλινική πράξη. Η παρουσία της ανθρωπιστικής αγάπης φαίνεται να συνδέει τη φροντίδα με αλτρουιστικές συμπεριφορές και θετικές επαγγελματικές στάσεις, ενισχύοντας την ηθική δέσμευση και την ποιότητα της επαγγελματικής σχέσης (Fitzgerald & Van Hooft, 2000; Rivero & Erdmann, 2007; Paldanius & Määttä, 2011; Thorkildsen et al., 2014; Mersin et al., 2019; Rindt-Hoffman et al., 2019; Snook et al., 2020; Gilbert et al., 2020; Ibrahimoglu et al., 2021; Lok et al., 2023).

Επιπλέον, η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η φροντίδα που καθοδηγείται από ανθρωπιστική αγάπη διευκολύνει τη δημιουργία ουσιαστικών και ποιοτικών διαπροσωπικών σχέσεων. Οι σχέσεις αυτές φαίνεται να συμβάλλουν σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, ενώ παράλληλα μπορούν να απαλύνουν τον ανθρώπινο πόνο, να προσφέρουν ουσιαστική συναισθηματική υποστήριξη και να ενισχύσουν την ενσυναίσθηση στο πλαίσιο των παρεμβάσεων φροντίδας (Wahlin et al., 1995; Thorkildsen et al., 2014; Hermsen et al., 2014; Mersin et al., 2019; Snook et al., 2020; Ortiz-Fune et al., 2020).

Συνοψίζοντας, η διεθνής βιβλιογραφία σχετικά με την ανθρωπιστική αγάπη χαρακτηρίζεται από έλλειψη εννοιολογικής συναίνεσης και από συχνή σύγχυση της έννοιας με όρους όπως η συμπόνια, η συναισθηματική υποστήριξη και η ενσυναίσθηση. Παρά την εννοιολογική αυτή ασάφεια, αναγνωρίζεται σταθερά ότι η ανθρωπιστική αγάπη δημιουργεί θετική προδιάθεση προς τη φροντίδα και λειτουργεί ως κινητήριο δύναμη που ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας να σέβονται την ατομικότητα και τη μοναδικότητα των ανθρώπων που φροντίζουν. Μέσα από την ενσωμάτωση των συναισθημάτων στην κλινική γνώση και πρακτική, η ανθρωπιστική αγάπη συνδέεται με αυξημένη ικανοποίηση, μείωση του ανθρώπινου πόνου και ενίσχυση της συναισθηματικής υποστήριξης και της ενσυναίσθησης στις παρεμβάσεις φροντίδας.

#### **7.4.2 Ανθρωπιστική αγάπη και επαγγελματική εξουθένωση**

Σημαντικό μέρος των ευρημάτων αφορά τη σχέση μεταξύ ανθρωπιστικής αγάπης και επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι μελέτες καταδεικνύουν ότι η απουσία ανθρωπιστικών αξιών στη φροντίδα συνδέεται με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Αντιθέτως, η δυνατότητα έκφρασης της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, μειώνοντας τον κίνδυνο εξουθένωσης και ενισχύοντας την αίσθηση νοήματος της επαγγελματικής εμπειρίας.

Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση καταδεικνύουν θετική συσχέτιση μεταξύ ανθρωπιστικής αγάπης και επαγγελματικής δέσμευσης, καθώς και αρνητική συσχέτιση με δείκτες επαγγελματικής εξουθένωσης. Ειδικότερα, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα ανθρωπιστικής αγάπης που εκδηλώνουν οι επαγγελματίες υγείας προς τα άτομα που φροντίζουν, αλλά και προς τον ίδιο τους τον εαυτό, τόσο χαμηλότερα εμφανίζονται τα επίπεδα κόπωσης, επαγγελματικής εξουθένωσης και συναισθηματικής εξάντλησης (Mersin et al., 2019; Ortiz-Fune et al., 2020).

Αντιστρόφως, επαγγελματίες υγείας, και ιδίως νοσηλευτές και μαίες, που παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κόπωσης, εξουθένωσης και συναισθηματικής εξάντλησης, φαίνεται να δυσκολεύονται να διατηρήσουν συγκέντρωση στις δραστηριότητες φροντίδας, να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τα άτομα που χρειάζονται υποστήριξη και να επιδείξουν σταθερή επαγγελματική αφοσίωση. Οι δυσκολίες αυτές συνδέονται με μειωμένη ποιότητα φροντίδας και αποδυνάμωση της θεραπευτικής σχέσης (Beaumont et al., 2016; Durkin et al., 2016; Mersin et al., 2019).

Στο πλαίσιο αυτό, οι μελέτες ερμηνεύουν την έλλειψη συγκέντρωσης, την ανεπαρκή επικοινωνία και τη μειωμένη επαγγελματική δέσμευση ως προγνωστικούς δείκτες απρόσωπης φροντίδας και χαμηλότερων επιπέδων ανθρωπιστικής αγάπης, τόσο προς τους ασθενείς όσο και προς τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας (Mersin et al., 2019; Ortiz-Fune et al., 2020). Η αποδυνάμωση της ανθρωπιστικής διάστασης της φροντίδας φαίνεται να λειτουργεί ως φαύλος κύκλος, ενισχύοντας περαιτέρω τα επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης.

Παράλληλα, η ανθρωπιστική αγάπη συνδέεται με αυξημένη προσωπική και επαγγελματική ικανοποίηση, ισχυρότερα αισθήματα πληρότητας και μια διαρκή κατάσταση ευεξίας και ψυχικής ανθεκτικότητας. Η σχέση αυτή φαίνεται να έχει αμφίδρομο χαρακτήρα, καθώς η ενίσχυση της ανθρωπιστικής αγάπης συμβάλλει στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κόπωσης, ενώ ταυτόχρονα η μειωμένη εξουθένωση ευνοεί την περαιτέρω καλλιέργεια ανθρωπιστικών στάσεων στη φροντίδα (Beaumont et al., 2016; Durkin et al., 2016; Mersin et al., 2019; Ortiz-Fune et al., 2020).

#### **7.4.3 Ανθρωπιστική αγάπη και ψυχική ανθεκτικότητα**

Τα ευρήματα αναδεικνύουν επίσης τη σχέση μεταξύ ανθρωπιστικής αγάπης και ψυχικής ανθεκτικότητας στους επαγγελματίες υγείας. Η ενσωμάτωση ανθρωπιστικών αξιών στη φροντίδα συνδέεται με αυξημένη ικανότητα προσαρμογής στις συναισθηματικές και οργανωσιακές προκλήσεις του επαγγελματικού ρόλου. Οι επαγγελματίες που αναφέρουν

υψηλότερα επίπεδα ανθρωπιστικής αγάπης φαίνεται να διαθέτουν ισχυρότερους μηχανισμούς αντιμετώπισης και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα απέναντι στο επαγγελματικό στρες. Η ανωτέρω σχέση μεταξύ ανθρωπιστικής αγάπης, επαγγελματικής δέσμευσης και μειωμένων επιπέδων εξουθένωσης φαίνεται να συνδέεται άρρηκτα με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η ανθρωπιστική αγάπη λειτουργεί όχι μόνο ως προστατευτικός παράγοντας έναντι της επαγγελματικής κόπωσης, αλλά και ως μηχανισμός ενίσχυσης της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας να προσαρμόζονται στις συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες της φροντίδας. Μέσω της καλλιέργειας νοήματος, επαγγελματικής πληρότητας και θετικής σχέσης τόσο με τον άλλον όσο και με τον εαυτό, η ανθρωπιστική αγάπη φαίνεται να υποστηρίζει τη διατήρηση ψυχικής ισορροπίας και λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης απέναντι στο χρόνια επαγγελματικό στρες (Beaumont et al., 2016; Durkin et al., 2016; Mersin et al., 2019; Ortiz-Fune et al., 2020).

Υπό αυτή την έννοια, η ψυχική ανθεκτικότητα δεν μπορεί να ιδωθεί ως αποκλειστικά ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά ως δυναμική διεργασία που διαμορφώνεται μέσα στη σχέση φροντίδας και στο αξιακό πλαίσιο εντός του οποίου αυτή ασκείται. Η ανθρωπιστική αγάπη φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στη μετατροπή της επαγγελματικής εμπειρίας από πηγή εξάντλησης σε πηγή νοήματος και ενδυνάμωσης, ενισχύοντας έναν θετικό κύκλο μεταξύ μειωμένης εξουθένωσης, αυξημένης ανθεκτικότητας και περαιτέρω καλλιέργειας ανθρωπιστικών στάσεων στη φροντίδα.

#### **7.4.4 Ο αντίκτυπος της ανθρωπιστικής αγάπης στους άλλους**

Οι μελέτες που εξετάστηκαν υποστηρίζουν πως ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ανθρωπιστικής αγάπης είναι η προσήλωση στον άλλον, μέσα από την αμοιβαία έκφραση αποδοχής και σεβασμού προς, ανάλογα με το πλαίσιο και τη φύση της σχέσης (Thorkildsen et al., 2014; Mersin et al., 2019; Rindt-Hoffman et al., 2019; Gilbert et al., 2020; Ibrahimoglu et al., 2021). Η ανθρωπιστική αγάπη, η οποία υποκινείται από την επιθυμία να εκτιμήσει, να

βοηθήσει και να ανακουφίσει τον πόνο των άλλων, αναγνωρίζεται ως μορφή θυσίας που θεμελιώνει την προσέγγιση φροντίδας με επίκεντρο το άτομο και ενισχύει τη συμπόνια σε ποικίλες κλινικές καταστάσεις (Thorkildsen et al., 2014; Mersin et al., 2019; Rindt-Hoffman et al., 2019; Gilbert et al., 2020). Η ανθρωπιστική αγάπη περιλαμβάνει συναισθήματα, γνωστικές διεργασίες και συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από σεβασμό και εκτίμηση των αποφάσεων, της μοναδικότητας, των συναισθημάτων και της εσωτερικής κατάστασης του άλλου, και συγχρόνως αναγνωρίζει τις ανάγκες, τις εμπειρίες των άλλων, προωθώντας την ευημερία, την ανάπτυξη και την αυτοπραγμάτωση (Ibrahimoglu et al., 2021; Rindt-Hoffman et al., 2019). Το αίσθημα προσφοράς προς τον άλλον φαίνεται να συνάδει πλήρως και να είναι κατάλληλο για την υγειονομική περίθαλψη—και ειδικότερα για τη νοσηλευτική—τόσο από επιστημολογική σκοπιά, όπου η νοσηλευτική ορίζεται ως επάγγελμα βοήθειας, όσο και από την ιστορική/στερεοτυπική θεώρηση, αφού η νοσηλευτική ανέκαθεν ταυτιζόταν με τον εθελοντισμό και την υποστήριξη όσων έχουν ανάγκη. Επίσης, από γνωστική άποψη, οι νοσηλευτές θεωρούνται φιγούρες προσκόλλησης και ασφάλειας για όσους ζητούν βοήθεια (Mersin et al., 2019; Rindt-Hoffman et al., 2019).

Επιπλέον, από τις μελέτες προκύπτει ότι ο ενσωματωμένος σεβασμός προς την ετερότητα, που χαρακτηρίζει την ανθρωπιστική αγάπη, είναι μία συμπεριφορά επίκτητη, κοινωνικά και πολιτισμικά διαμορφωμένη, η οποία επηρεάζεται όχι μόνο από την επιστημονική εκπαίδευση και κατάρτιση στον τομέα της νοσηλευτικής, αλλά και από τον ίδιο τον τρόπο ζωής και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία νοσηλευτή, όπως η θρησκευτικότητα ή η πνευματικότητα (Ibrahimoglu et al., 2021; Mersin et al., 2019; Rindt-Hoffman et al., 2019).

Επιπρόσθετα, η ανασκόπηση των μελετών έδειξε ότι η θεωρητική και βιωματική γνώση γύρω από την ετερότητα δεν μεταφράζεται πάντα σε πρακτική γνώση, ικανή να εφαρμοστεί ως ανθρωπιστική αγάπη στην πράξη. Παράγοντες όπως η έλλειψη χρόνου για την ουσιαστική

κατανόηση των αναγκών των άλλων, τα οικονομικά κίνητρα που συνδέονται με τα επαγγέλματα υγείας, ο φόβος να παρερμηνευτεί η ευγένεια ως αδυναμία, καθώς και η απρόβλεπτη φύση της πράξης της φροντίδας, μπορούν να εμποδίσουν την προσήλωση στον άλλον και να ωθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να προτάξουν τις δικές τους ανάγκες (Mersin et al., 2019; Mills et al., 2018; Rindt-Hoffman et al., 2019).

Συνοψίζοντας, η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι τα βασικά στοιχεία της ανθρωπιστικής αγάπης είναι η βοήθεια, η ανακούφιση του πόνου, ο σεβασμός των συναισθημάτων, της γνωστικής λειτουργίας και της ευημερίας, καθώς και η προώθηση της ανάπτυξης και της αυτοπραγμάτωσης των άλλων. Από επιστημολογική, ιστορική και γνωστική άποψη, η εφαρμογή της ανθρωπιστικής αγάπης στην παροχή φροντίδας είναι συνεπής, κατάλληλη και συμβατή με την κλινική πρακτική. Ωστόσο, ο περιορισμένος χρόνος, οι οικονομικές σκοπιμότητες, οι παρεξηγήσεις γύρω από την επαγγελματοποίηση ή τον ατομικισμό, και η εκτελεστική φύση της ανθρωπιστικής αγάπης, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα για ανάπτυξη και εφαρμογή αυτής της στάσης στην πράξη.

#### **7.4.5 Ο αντίκτυπος της ανθρωπιστικής αγάπης προς τον εαυτό**

Τα άρθρα που μελετήθηκαν υποστηρίζουν ότι όταν οι επαγγελματίες υγείας στρέφονται προς τον εαυτό τους με καλοσύνη ή όταν εκτίθενται στην αγάπη στο άμεσο περιβάλλον τους, όπως στην οικογένεια ή στο κοινωνικό τους πλαίσιο, μπορεί να προκληθούν θετικά συναισθήματα που συμβάλλουν ουσιαστικά στην ενίσχυση της συναισθηματικής τους ανθεκτικότητας, της υγείας και της ευημερίας τους (Wahlin et al., 1995; Rivero & Erdmann, 2007; Paldanius & Määttä, 2011; Mills et al., 2018; Rindt-Hoffman et al., 2019; Fitzgerald & Van Hooft, 2000; Snook et al., 2020; Hermsen et al., 2021; Lok et al., 2023). Οι μελέτες δείχνουν ότι η αυτοσυμπόνια, η καλοσύνη προς τον εαυτό και η αυτο-αγάπη αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία για την αυτοφροντίδα και τη συναισθηματική νοημοσύνη, λειτουργώντας ως αποτελεσματικά εργαλεία για την ενίσχυση της ατομικής ανθεκτικότητας και την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Αυτά τα χαρακτηριστικά επιτρέπουν στους νοσηλευτές να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών με ενσυναίσθηση, αυθεντικότητα, ανοιχτότητα και χιούμορ, ενώ παράλληλα φροντίζουν τη δική τους ευημερία, αναδεικνύοντας έτσι τη σημασία της ανθρωπιστικής αγάπης στη διαδικασία της ίασης (Wahlin et al., 1995; Fitzgerald & Van Hooff, 2000; Rivero & Erdmann, 2007; Paldanius & Määttä, 2011; Durkin et al., 2016; Mills et al., 2018; Rindt-Hoffman et al., 2019; Snook et al., 2020; Hermsen et al., 2021).

Παρά την αναγνώριση αυτής της αξίας, η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι υπάρχει περιορισμένη έρευνα σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να εφαρμόζουν και να διατηρούν αποτελεσματικές στρατηγικές αυτοφροντίδας. Συχνά, υπό την πίεση της καθημερινής εργασιακής ζωής, χάνουν την επαφή με τις ανάγκες φροντίδας του εαυτού τους (Beaumont et al., 2016; Mills et al., 2018). Αυτή η κατάσταση, εν μέρει οφείλεται στις κοινωνικές και επαγγελματικές προσδοκίες, οι οποίες ενδέχεται να εκλαμβάνουν την αναζήτηση μιας ανθρωπιστικής αγάπης προς τον εαυτό ως εγωκεντρική ή ως ένδειξη επαγγελματικής ανεπάρκειας. Επιπλέον, οι στρεσογόνες καταστάσεις στο νοσοκομειακό περιβάλλον και η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης ενισχύουν αυτή την επίπτωση (Beaumont et al., 2016; Durkin et al., 2016; Mills et al., 2018).

Συνοψίζοντας, η ανθρωπιστική αγάπη που στρέφεται από τον επαγγελματία υγείας προς τον εαυτό του μπορεί να ενεργοποιήσει θετικά συναισθήματα που συμβάλλουν σημαντικά στην παροχή επαρκούς και ποιοτικής φροντίδας, στην ανταπόκριση στις ανάγκες των άλλων και στην προσφορά ασφάλειας και παρηγοριάς σε όσους την χρειάζονται. Ωστόσο, η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης, το στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον και οι κοινωνικές και επαγγελματικές αντιλήψεις που θεωρούν την αυτοκατευθυνόμενη ανθρωπιστική αγάπη ως εγωιστική ή ανεπαρκή, αποτελούν εμπόδια/προκλήσεις στην εφαρμογή της στην πράξη.

## **7.5 Συζήτηση**

Σκοπός της παρούσας συζήτησης είναι η ερμηνεία των ευρημάτων της συστηματικής ανασκόπησης υπό το πρίσμα του θεωρητικού πλαισίου που αναπτύχθηκε, καθώς και η ένταξή τους στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την ανθρωπιστική αγάπη και την πρακτική βασισμένη σε αξίες. Η ανάλυση επικεντρώνεται στον ρόλο της ανθρωπιστικής αγάπης ως αξιακού και σχεσιακού παράγοντα στη φροντίδα υγείας και στη σύνδεσή της με κρίσιμα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα για τους επαγγελματίες υγείας.

Τα ευρήματα της ανασκόπησης επιβεβαιώνουν ότι η ανθρωπιστική αγάπη δεν αποτελεί απλώς αφηρημένη ηθική αρχή, αλλά αναδύεται ως λειτουργικός και εμπειρικά τεκμηριωμένος παράγοντας της επαγγελματικής εμπειρίας. Η παρουσία ανθρωπιστικών αξιών στη φροντίδα σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και με ενισχυμένη αίσθηση νοήματος στον επαγγελματικό ρόλο, εύρημα που συνάδει με προηγούμενες μελέτες που αναδεικνύουν τη σημασία των αξιών και της σχέσης φροντίδας στη διατήρηση της επαγγελματικής ευημερίας (Adib-Hajbaghery & Bolandian Bafghi, 2019; Brown et al., 2012; Hren, 2019).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαπίστωση ότι η ανθρωπιστική αγάπη λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας έναντι της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικής αποξένωσης, διαστάσεις που αποτελούν βασικά συστατικά της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η δυνατότητα έκφρασης της αγάπης στη φροντίδα επιτρέπει τη διατήρηση της ανθρώπινης διάστασης της σχέσης, χωρίς να αναιρεί την ανάγκη επαγγελματικών ορίων. Η διάκριση αυτή έχει υποστηριχθεί και από μελέτες που εξετάζουν τα όρια της επαγγελματικής σχέσης και τον ρόλο της αγάπης και της φροντίδας ως ηθικών πρακτικών (Lipscomb, 2011; Liaschenko & Peters, 2019).

Παράλληλα, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ανθρωπιστική αγάπη συνδέεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Η ανθεκτικότητα, ως δυναμική διεργασία προσαρμογής στις επαγγελματικές απαιτήσεις, ενισχύεται όταν οι επαγγελματίες

μπορούν να αντλήσουν νόημα και αξία από τη σχέση φροντίδας. Η σύνδεση αυτή συνάδει με ευρήματα που αναδεικνύουν τη σημασία της αξιακής συνοχής και της ηθικής νοηματοδότησης στη διαχείριση του επαγγελματικού στρες (Mitala, 2016; Maidan, 2018).

Η συζήτηση των ευρημάτων αναδεικνύει επίσης τις οργανωσιακές και πολιτισμικές διαστάσεις της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα. Σε περιβάλλοντα όπου κυριαρχούν τεχνοκρατικές λογικές, αυξημένοι ρυθμοί εργασίας και περιορισμένοι πόροι, η έκφραση ανθρωπιστικών αξιών ενδέχεται να δυσχεραίνεται. Ωστόσο, η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η ενίσχυση πρακτικών βασισμένων σε αξίες μπορεί να λειτουργήσει αντισταθμιστικά απέναντι στις επιβαρυντικές συνθήκες, ενισχύοντας τόσο την ποιότητα της φροντίδας όσο και την επαγγελματική ευημερία (Fulford, 2008; Fulford et al., 2012).

Συνολικά, η παρούσα συζήτηση καταδεικνύει ότι η ανθρωπιστική αγάπη αποτελεί κεντρικό στοιχείο της πρακτικής βασισμένης σε αξίες και συνδέεται ουσιαστικά με τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα των επαγγελματιών υγείας. Η ενσωμάτωση της ανθρωπιστικής αγάπης στη θεωρία και την πράξη της φροντίδας αναδεικνύεται ως αναγκαία προϋπόθεση για την ανάπτυξη βιώσιμων και ανθρωποκεντρικών συστημάτων υγείας, όπως τεκμηριώνεται από το σύνολο της βιβλιογραφίας που εξετάστηκε στη συστηματική ανασκόπηση.

## **7.6 Περιορισμοί της συστηματικής ανασκόπησης**

Παρά τη συστηματική και δομημένη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, η παρούσα ανασκόπηση παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Πρώτον, η ετερογένεια των μελετών ως προς τον ερευνητικό σχεδιασμό, τα εργαλεία μέτρησης και τα εξεταζόμενα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα περιόρισε τη δυνατότητα ποσοτικής σύνθεσης των δεδομένων. Ως εκ τούτου, η επιλογή της αφηγηματικής σύνθεσης, αν και ενισχύει το εννοιολογικό βάθος, ενδέχεται να επηρεάζεται από τον τρόπο κατηγοριοποίησης και ερμηνείας των ευρημάτων.

Δεύτερον, η έννοια της ανθρωπιστικής αγάπης δεν ορίζεται με ενιαίο και επιχειρησιακά σαφή τρόπο στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι διαφοροποιήσεις στους ορισμούς και στις θεωρητικές προσεγγίσεις αντανακλούν πολιτισμικές, επαγγελματικές και επιστημονικές παραδόσεις, γεγονός που περιορίζει τη συγκρισιμότητα των μελετών και δυσχεραίνει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Τρίτον, η ανασκόπηση περιορίστηκε σε μελέτες που πληρούσαν συγκεκριμένα γλωσσικά και μεθοδολογικά κριτήρια, γεγονός που ενδέχεται να οδήγησε στον αποκλεισμό δυνητικά συναφών ερευνών. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η συστηματική διαδικασία αναζήτησης, επιλογής και αξιολόγησης των μελετών ενισχύει τη συνολική αξιοπιστία των συμπερασμάτων.

### **7.7 Κλινικές και ερευνητικές προεκτάσεις**

Τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης αναδεικνύουν σημαντικές κλινικές και ερευνητικές προεκτάσεις για τον χώρο της υγείας. Σε κλινικό επίπεδο, η αναγνώριση της ανθρωπιστικής αγάπης ως αξιακού και λειτουργικού στοιχείου της φροντίδας υπογραμμίζει την ανάγκη ενσωμάτωσης πρακτικών βασισμένων σε αξίες στην καθημερινή κλινική πράξη. Η ενίσχυση της ανθρωπιστικής διάστασης της φροντίδας δύναται να συμβάλει στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην ενδυνάμωση της ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών υγείας.

Σε οργανωσιακό επίπεδο, τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάπτυξη πολιτικών και παρεμβάσεων που προάγουν την αξιακή συνοχή, τη στήριξη των επαγγελματιών και τη δημιουργία περιβαλλόντων φροντίδας που επιτρέπουν την έκφραση ανθρωπιστικών αξιών. Παράλληλα, αναδεικνύεται η σημασία της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα πρακτικής βασισμένης σε αξίες και ηθικής φροντίδας.

Σε ερευνητικό επίπεδο, τα ευρήματα υποδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω εμπειρικών μελετών που θα διερευνήσουν τη σχέση της ανθρωπιστικής αγάπης με ψυχοκοινωνικά και

οργανωσιακά αποτελέσματα, καθώς και την ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης της έννοιας. Επιπλέον, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν πολιτισμικές διαφοροποιήσεις και διαχρονικές μεταβολές στην έκφραση της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα.

### **7.8 Συμπεράσματα και ανάγκη περαιτέρω πρωτογενούς έρευνας**

Η παρούσα διατριβή ανέδειξε την ανθρωπιστική αγάπη ως κεντρικό στοιχείο της πρακτικής βασισμένης σε αξίες και ως ουσιαστικό παράγοντα που συνδέεται με κρίσιμα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα των επαγγελματιών υγείας. Μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, τεκμηριώθηκε ότι η ανθρωπιστική αγάπη σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενισχυμένη ψυχική ανθεκτικότητα και αυξημένη επαγγελματική ευημερία.

Ωστόσο, τα ευρήματα της ανασκόπησης καθιστούν εμφανή την ανάγκη περαιτέρω πρωτογενών ερευνητικών προσεγγίσεων. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα μελετών με σαφή επιχειρησιακό ορισμό της ανθρωπιστικής αγάπης, καθώς και η ετερογένεια των μεθοδολογικών προσεγγίσεων, υποδεικνύουν την ανάγκη σχεδιασμού πρωτογενών ποσοτικών και ποιοτικών μελετών που θα διερευνήσουν συστηματικά τη σχέση της ανθρωπιστικής αγάπης με την επαγγελματική εξουθένωση, την ψυχική ανθεκτικότητα και άλλα ψυχοκοινωνικά και οργανωσιακά αποτελέσματα.

Επιπλέον, αναδεικνύεται η ανάγκη ανάπτυξης και στάθμισης έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης της ανθρωπιστικής αγάπης στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας, καθώς και η διερεύνηση πολιτισμικών και πλαισιακών διαφοροποιήσεων. Η κατεύθυνση αυτή δύναται να λειτουργήσει συνδυαστικά με τις υπόλοιπες ερευνητικές ενότητες της διατριβής, συμβάλλοντας στη σφαιρική κατανόηση της ανθρωπιστικής αγάπης ως αξιακού, σχεσιακού και εμπειρικά μετρήσιμου φαινομένου στον χώρο της υγείας.

Συνολικά, η παρούσα διδακτορική διατριβή θέτει ένα ισχυρό θεωρητικό και ερευνητικό υπόβαθρο για την ανάπτυξη μελλοντικών πρωτογενών μελετών, οι οποίες μπορούν να ενισχύσουν την τεκμηρίωση της πρακτικής βασισμένης σε αξίες και να υποστηρίξουν τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που προάγουν βιώσιμα και ανθρωποκεντρικά συστήματα φροντίδας.

### **Διερεύνηση της σχέσης συναισθημάτων αγάπης με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών υγείας και ο ρόλος της στην κλινική φροντίδα**

*«Η εξουθένωση δεν είναι πρόβλημα των ανθρώπων·  
είναι πρόβλημα του πλαισίου μέσα στο οποίο εργάζονται.»  
Christina Maslach*

Τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης ανέδειξαν την ανθρωπιστική αγάπη ως κρίσιμο αξιακό και σχεσιακό παράγοντα που συνδέεται με την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, η ετερογένεια των εννοιολογικών προσεγγίσεων και η περιορισμένη διαθεσιμότητα πρωτογενών μελετών με σαφή επιχειρησιακό ορισμό των σχετικών εννοιών καθιστούν αναγκαία τη συμπληρωματική εμπειρική διερεύνηση των σχέσεων αυτών. Ιδιαίτερα, η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η αγάπη και η συμπόνια δεν λειτουργούν απομονωμένα, αλλά διαπλέκονται με σταθερότερα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζουν τόσο την έκφραση των ανθρωπιστικών αξιών στη φροντίδα όσο και την ευαλωτότητα ή την ανθεκτικότητα απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση. Στο πλαίσιο αυτό, η δεύτερη ερευνητική ενότητα της διατριβής επικεντρώνεται σε μια εμπειρική διερεύνηση της σχέσης της αγάπης, της συμπόνιας και των χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας, με στόχο την εμβάθυνση και την ποσοτική τεκμηρίωση των εννοιολογικών συσχετίσεων που αναδείχθηκαν στο θεωρητικό και ανασκοπικό μέρος.

#### **8.1 Κίνητρα, Σκοπός – Στόχοι και Ερευνητικές Υποθέσεις**

Η αγάπη είναι μια συμπεριφορική, φυσιολογική και βιοχημική υπόσταση, την οποία οι κοινότητες των ανθρώπων ταυτίζουν τόσο με το εξωτερικό περιβάλλον όσο και με τις ανθρώπινες αισθήσεις (Luksik & Guillaume, 2018). Στη διάρκεια πολλών αιώνων, η προσέγγιση του ορισμού της αγάπης, στηρίχθηκε στη λογοτεχνία, τη φιλοσοφία, την ποίηση, την τέχνη, το θέατρο, την επιστήμη, αποτελώντας έναν πλουραλισμό από συναισθήματα, μεταφορές, ιδέες και πολιτιστικά σύμβολα (Tasselli, 2019). Ως κοινωνική αναπαράσταση, η αγάπη συγκροτεί το υψηλότερο επίπεδο ωρίμανσης και επούλωσης, η βαθύτερη ανθρώπινη ανάγκη (Holliman, 2019).

Η έννοια της φροντίδας προέρχεται από τη λατινική λέξη «caritas», που σημαίνει να προσφέρουμε αλtruιστική αγάπη στους συνανθρώπους μας (Singsuriya, 2018). Μέσα στον κλινικό χώρο, η αγάπη σχετίζεται με τη φροντίδα και είναι παρούσα όταν οι επαγγελματίες υγείας ανταποκρίνονται ενεργά στις ανάγκες των ασθενών, χωρίς να προσδοκούν την αμοιβαιότητα, αλλά την πρόθεση για ολιστική θεραπεία (Doody & Noonan, 2016). Κατά αυτόν τον τρόπο, η αγάπη «καλλιεργείται» μέσα από συγκεκριμένα γνωρίσματα, διευκολύνοντας τις μεταβολές της συμπεριφοράς του ασθενούς και ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα κάθε θεραπευτικής παρέμβασης (Snook et al, 2020).

Όσον αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, ο όρος burnout εισήχθη για πρώτη φορά από τον Freudenberger το 1974, ενώ σύμφωνα με τον Maslach (1981), ορίζεται ως «η απόκριση σε παρατεταμένο και χρόνιο άγχος στο χώρο εργασίας, που χαρακτηρίζεται από τρεις κύριες διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη επιτευγμάτων» (Dall’Ora et al, 2020). Όταν οι φροντιστές υπερβαίνουν τα όρια του κλινικού κώδικα - ήτοι η συνειδητή προσπάθεια να φανταστεί και να συλλάβει κανείς τα αισθήματα και τα βιώματα του άλλου - τότε όσο οδηγούνται στην επαγγελματική εξουθένωση, τόσο αναδύουν το φαινόμενο της ανθρώπινης αγάπης. Το βίωμα της επαγγελματικής δέσμευσης – της αγάπης για τον συνάνθρωπο - που παρουσιάζεται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών,

μπορούν να μειώσουν το εργασιακό άγχος, τον κυνισμό και την αποδέσμευση (Brook et al, 2021).

Από την άλλη, η ψυχολογική ανθεκτικότητα διερευνά τους προστατευτικούς παράγοντες που προάγουν ψυχικές άμυνες κυρίως έναντι του στρες, καθώς συγκρίνονται τα άτομα που προσαρμόζονται στις επίπονες συνθήκες μεταξύ εκείνων που υποχωρούν σε αντίξοα περιβάλλοντα. Οι μηχανισμοί ανθεκτικότητας διαφέρουν ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης, η οποία κυμαίνεται από την ανθεκτικότητα έναντι καθημερινών ταλαιπωριών όπως η επαγγελματική εξουθένωση, έως την ανθεκτικότητα έντονων στρεσογόνων περιπτώσεων, όπως το πένθος (Fletcher & Sarkar, 2013). Η αγάπη αποτελεί την κύρια πηγή πρόληψης σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών όπως καρδιαγγειακών, ανοσολογικών, νευρολογικών ή ψυχιατρικών διαταραχών. Η αγάπη τονώνει την προσωπική ανάπτυξη, δηλαδή ενεργοποιεί περιοχές στον εγκέφαλο που είναι υπεύθυνες για το συναίσθημα, την προσοχή, το κίνητρο και τη μνήμη, και συγχρόνως βελτιώνει και διεγείρει τη ψυχική υγεία, την ευημερία και την παραγωγικότητα (Murray et al, 2019).

Σύμφωνα με τις παραπάνω αναφορές αναδεικνύεται πως η συσχέτιση της αγάπης, με τη φροντίδα, την υγεία, τη ψυχολογική ανθεκτικότητα και την επαγγελματική εξουθένωση στο πλαίσιο της κλινικής φροντίδας, δίδουν το έναυσμα για τη βαθύτερη διερεύνηση των συγκεκριμένων εννοιών και την εξέταση των συσχετίσεών τους με βαθύτερες αρετές όπως η συγχωρητικότητα, η συμπόνια, η ενσυναίσθηση κ.α., με στόχο την προαγωγή της ευημερίας τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών.

Προσπαθώντας στην κατανόηση της έννοιας της Ανθρωπιστικής Αγάπης στα κλινικά περιβάλλοντα, στόχος μας είναι να αναπτύξουμε ένα νέο θεωρητικό πλαίσιο που να εμπεριέχει την ανθρωπιστική αγάπη στις δεξιότητες φροντίδας.

Γενικός σκοπός, λοιπόν, της παρούσας διδακτορικής ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης των συναισθημάτων αγάπης με την επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας και ο ρόλος της στην κλινική φροντίδα.

## **8.2 Υλικό και μέθοδος**

### **8.2.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία**

Η παρούσα συγχρονική μελέτη διεξήχθη κατά την περίοδο της άνοιξης και του καλοκαιριού του 2024 και εντάσσεται στο πλαίσιο ποσοτικής διερεύνησης ψυχοκοινωνικών παραμέτρων του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής που εκπονείται στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, και ειδικότερα υπό την επιστημονική εποπτεία του Εργαστηρίου Ψυχολογίας και Προσωποκεντρικής Φροντίδας.

Πληθυσμός-στόχος της μελέτης ήταν οι ενεργά εργαζόμενοι επιστήμονες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες στην Ελλάδα, οι οποίοι/ες εργάζονται σε οποιοδήποτε περιβάλλον παροχής υγειονομικής φροντίδας και συμμετέχουν άμεσα στην παροχή κλινικής φροντίδας.

Σύμφωνα με διαθέσιμες εκτιμήσεις, ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών στην Ελλάδα κυμαίνεται μεταξύ 20.000 και 30.000, με διακυμάνσεις που σχετίζονται με οργανωτικές μεταβολές στο σύστημα υγείας και τη μετανάστευση επαγγελματιών στο εξωτερικό. Για τον υπολογισμό του απαιτούμενου μεγέθους δείγματος ελήφθη ως πληθυσμός αναφοράς το ανώτερο εκτιμώμενο όριο των 30.000 επιστημόνων νοσηλευτών. Με επίπεδο αξιοπιστίας 95% ( $Z = 1.96$ ), αποδεκτό σφάλμα 5% ( $E = 0.05$ ) και εκτιμώμενη αναλογία  $p = 0.50$ , το ελάχιστο απαιτούμενο αντιπροσωπευτικό δείγμα υπολογίστηκε σε περίπου 375 συμμετέχοντες. Το τελικό δείγμα της παρούσας μελέτης υπερέβη το όριο αυτό, ενισχύοντας τη στατιστική επάρκεια και την αξιοπιστία των ευρημάτων.

### **8.2.2 Διαδικασία δειγματοληψίας**

Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με μη πιθανοθεωρητική δειγματοληψία ευκολίας (non-probability convenience sampling), πρακτική που χρησιμοποιείται ευρέως σε μελέτες υγείας εντός κλινικών πλαισίων (Polit & Beck, 2008). Η επιλογή αυτή υπαγορεύτηκε από τους εγγενείς περιορισμούς του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, όπως οι εναλλασσόμενες βάρδιες, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η περιορισμένη διαθεσιμότητα του προσωπικού, επιτρέποντας παράλληλα τη συλλογή δεδομένων από ικανοποιητικό και ετερογενές δείγμα. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, καταβλήθηκε συστηματική προσπάθεια προσέγγισης νοσηλευτών από διαφορετικά τμήματα και με διαφορετικά επίπεδα επαγγελματικής εμπειρίας, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή ετερογένεια του δείγματος.

Η πρόσκληση συμμετοχής στη μελέτη διακινήθηκε μέσω εσωτερικών νοσοκομειακών καναλιών επικοινωνίας, όπως υπηρεσιακά ηλεκτρονικά μηνύματα, έντυπες ανακοινώσεις σε νοσηλευτικά τμήματα και ενημέρωση μέσω των προϊσταμένων των τμημάτων. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατόπιν άμεσης επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, είτε δια ζώσης είτε τηλεφωνικά. Σε περιπτώσεις όπου η φυσική παρουσία της ερευνήτριας δεν ήταν εφικτή, τα ερωτηματολόγια αποστάλθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ή ταχυδρομικού ταχυδρομείου.

Για τη διευκόλυνση της συμμετοχής, οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο είτε σε έντυπη μορφή είτε μέσω ασφαλούς ηλεκτρονικής πλατφόρμας, σε χρόνο και χώρο της επιλογής τους, εκτός ωραρίου ή κατά τη διάρκεια διαλειμμάτων, ώστε να μην παρεμποδίζεται η κλινική λειτουργία των μονάδων.

### **8.2.3 Κριτήρια ένταξης, δεοντολογικές διασφαλίσεις και έλεγχος συμμετοχής**

Ως κριτήρια ένταξης στη μελέτη ορίστηκαν:

(α) η ιδιότητα του επιστήμονα νοσηλευτή/τριας και η επαγγελματική απασχόληση στην Ελλάδα,

(β) η ελάχιστη επαγγελματική εμπειρία ενός έτους στη νοσηλευτική και

(γ) η εθελοντική επιθυμία συμμετοχής στη μελέτη.

Η αξιολόγηση της πλήρωσης των παραπάνω προϋποθέσεων πραγματοποιήθηκε από την υποψήφια διδάκτορα σε συνεργασία με την επιβλέπουσα καθηγήτρια. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και του απορρήτου. Για τη συμμετοχή τους χρησιμοποιήθηκε ατομικός, απόρρητος κωδικός αντί ονοματεπωνύμου, ενισχύοντας το αίσθημα εμπιστοσύνης και περιορίζοντας τον κίνδυνο διαρροής προσωπικών δεδομένων.

#### **8.2.4 Τελικό δείγμα και διαχείριση δεδομένων**

Στο αρχικό δείγμα συμμετείχαν 418 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες (342 γυναίκες και 76 άνδρες). Κατά τον έλεγχο πληρότητας των δεδομένων, οκτώ συμμετέχοντες δεν ανέφεραν την ηλικία τους και επτά δεν παρείχαν πληροφορίες σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση. Οι δεκαπέντε αυτές περιπτώσεις αποκλείστηκαν από τις περαιτέρω αναλύσεις.

Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 403 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες (331 γυναίκες και 72 άνδρες), με μέση ηλικία 43.2 έτη (SD = 10.4). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοί/ες (61.8%, n = 249), διέθεταν περισσότερα από πέντε έτη επαγγελματικής εμπειρίας (76.2%, n = 307) και εργάζονταν σε εναλλασσόμενες βάρδιες (53.3%, n = 215).

#### **8.2.5 Μεθοδολογικοί περιορισμοί της δειγματοληψίας**

Η χρήση μη πιθανοθεωρητικής δειγματοληψίας ευκολίας περιορίζει τη δυνατότητα πλήρους γενίκευσης των ευρημάτων στο σύνολο του πληθυσμού των Ελλήνων νοσηλευτών. Ωστόσο, το μέγεθος του δείγματος, το οποίο υπερβαίνει το θεωρητικά απαιτούμενο όριο, καθώς και η ετερογένεια των συμμετεχόντων ως προς την ηλικία, την επαγγελματική εμπειρία και το εργασιακό καθεστώς, ενισχύουν την εσωτερική εγκυρότητα και τη χρησιμότητα των αποτελεσμάτων για την κατανόηση των υπό μελέτη ψυχοκοινωνικών φαινομένων στο ελληνικό νοσοκομειακό πλαίσιο.

### 8.2.6 Ηθικά ζητήματα της έρευνας

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας και τις προβλέψεις για την προστασία των ανθρωπίνων υποκειμένων στην επιστημονική έρευνα. Η διεξαγωγή της εντάσσεται στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής που εκπονείται στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και πραγματοποιήθηκε υπό την επιστημονική εποπτεία του Εργαστηρίου Ψυχολογίας και Προσωποκεντρικής Φροντίδας. Η ερευνητική διαδικασία έλαβε την απαραίτητη έγκριση από την αρμόδια Επιτροπή Δεοντολογίας και Ηθικής της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, πριν από την έναρξη της συλλογής δεδομένων, διασφαλίζοντας τη συμμόρφωση της μελέτης με τα ισχύοντα ηθικά και κανονιστικά πρότυπα.

Πριν από την έναρξη της συλλογής δεδομένων, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό της μελέτης, τη φύση της συμμετοχής τους, τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, καθώς και για το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς καμία απολύτως συνέπεια. Η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική και βασίστηκε στην παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διασφάλιση της ανωνυμίας και του απορρήτου των δεδομένων. Για τον σκοπό αυτό, δεν συλλέχθηκαν προσωπικά αναγνωριστικά στοιχεία, ενώ κάθε συμμετέχων δημιούργησε ατομικό, απόρρητο κωδικό, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε αποκλειστικά για τις ανάγκες της έρευνας αντί ονοματεπωνύμου. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, χωρίς τη μεσολάβηση τρίτων, μειώνοντας περαιτέρω τον κίνδυνο διαρροής ευαίσθητων πληροφοριών. Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε ασφαλές, προστατευμένο ψηφιακό περιβάλλον και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η πρόσβαση στα δεδομένα ήταν περιορισμένη στην υποψήφια διδάκτορα και στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, ενώ τηρήθηκαν όλες οι προβλέψεις για την εμπιστευτικότητα και την ορθή διαχείριση ερευνητικού υλικού.

Η συνολική διαδικασία σχεδιάστηκε με τρόπο ώστε να ελαχιστοποιείται οποιαδήποτε πιθανή ψυχολογική ή επαγγελματική επιβάρυνση των συμμετεχόντων, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας στο νοσοκομειακό περιβάλλον και τον αυξημένο φόρτο του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

### **8.3 Εργαλεία μέτρησης**

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα παρακάτω:

#### **8.3.1 Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων**

Για τη συλλογή των κοινωνικοδημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε αυτοσχέδιο δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε ειδικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Η ανάπτυξή του βασίστηκε στη σχετική βιβλιογραφία και στις ανάγκες της ερευνητικής διερεύνησης, με στόχο την αποτύπωση βασικών μεταβλητών που συνδέονται με την επαγγελματική εμπειρία και το εργασιακό πλαίσιο των νοσηλευτών/τριών. Το ερωτηματολόγιο οργανώθηκε σε δύο διακριτά μέρη.

Το πρώτο μέρος αφορούσε τη συλλογή κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, περιλαμβάνοντας πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την καταγωγή των συμμετεχόντων.

Το δεύτερο μέρος αφορούσε τη συλλογή επαγγελματικών στοιχείων, όπως τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, το είδος και το ωράριο εργασίας (π.χ. σταθερό ή εναλλασσόμενο), καθώς και το εργασιακό περιβάλλον απασχόλησης.

Επιπλέον, στο ίδιο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν την αντιλαμβανόμενη ικανοποίηση από την εργασία και το επαγγελματικό περιβάλλον. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν κλειστού τύπου και απαντώνταν σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, η οποία αποτύπωνε τον βαθμό συμφωνίας ή την ένταση της εμπειρίας των συμμετεχόντων (1 = καθόλου, 2 = λίγο, 3 = μέτρια, 4 = πολύ, 5 = πάρα πολύ).

Η επιλογή κλειστών ερωτήσεων και τυποποιημένων κλιμάκων απάντησης αποσκοπούσε στη διευκόλυνση της συμπλήρωσης, στη μείωση της υποκειμενικής ερμηνείας των ερωτήσεων και στη διασφάλιση της συγκρισιμότητας των δεδομένων. Το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν ανώνυμα από τους ίδιους τους συμμετέχοντες και απαιτούσε περιορισμένο χρόνο ολοκλήρωσης, ώστε να είναι συμβατό με τις απαιτήσεις και τους περιορισμούς του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

### **8.3.2 Κλίμακα Συμπονετικής Αγάπης (Santa Clara Brief Compassion Scale)**

Για την αποτίμηση της συμπονετικής αγάπης χρησιμοποιήθηκε η Santa Clara Brief Compassion Scale, η οποία αποτελεί τη σύντομη έκδοχή της αρχικής Κλίμακας Συμπονετικής Αγάπης των Sprecher και Fehr. Η σύντομη μορφή της κλίμακας αναπτύχθηκε από τους Hwang, Plante και Lackey (2008), με σκοπό τη συνοπτική αλλά αξιόπιστη αποτύπωση της διάθεσης για συμπονετική στάση και φροντίδα προς τους άλλους.

Η κλίμακα αποτελείται από πέντε (5) προτάσεις, οι οποίες προέκυψαν από την επιλογή αντιπροσωπευτικών ερωτήσεων της αρχικής κλίμακας των 21 ερωτήσεων. Οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τον βαθμό στον οποίο συμφωνούν με κάθε πρόταση, χρησιμοποιώντας κλίμακα τύπου Likert. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους απαντήσεων, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα συμπονετικής αγάπης.

Ψυχομετρικά, η σύντομη έκδοση της κλίμακας παρουσιάζει πολύ υψηλή συσχέτιση με την αρχική μορφή ( $r = 0.96$ ), γεγονός που υποστηρίζει τη συγκλίνουσα εγκυρότητά της. Παράλληλα, η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική, με συντελεστή Cronbach's  $\alpha$  ίσο με 0.90, σύμφωνα με τα δεδομένα των δημιουργών της.

Η κλίμακα βρίσκεται υπό διαδικασία στάθμισης στην ελληνική γλώσσα από τους Gouna, Dragioti, Paschou, Batiridou και Mantzoukas και έχει ήδη χρησιμοποιηθεί πιλοτικά και ερευνητικά σε ελληνικά δείγματα επαγγελματιών υγείας, παρουσιάζοντας καλή εννοιολογική

κατάλληλότητα και λειτουργική προσαρμογή στο ελληνικό πολιτισμικό και επαγγελματικό πλαίσιο.

Η επιλογή της συγκεκριμένης κλίμακας στην παρούσα μελέτη κρίθηκε ιδιαίτερα κατάλληλη, καθώς αποτυπώνει με συνοπτικό αλλά αξιόπιστο τρόπο μια κεντρική ψυχοσυναισθηματική διάσταση της φροντίδας, η οποία συνδέεται άμεσα με τη νοσηλευτική πρακτική, τη σχέση με τον ασθενή και την επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών.

### **8.3.3 Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory MBI)**

Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε το Maslach Burnout Inventory (MBI), το οποίο αναπτύχθηκε από τις Christina Maslach και Susan E. Jackson (1986) και αποτελεί το πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο διεθνώς για την αποτίμηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 προτάσεις και αποτυπώνει την επαγγελματική εξουθένωση μέσα από τρεις διακριτές διαστάσεις, σύμφωνα με το τρισδιάστατο μοντέλο της Maslach:

- (α) Συναισθηματική Εξάντληση,
- (β) Αποπροσωποποίηση και
- (γ) Μειωμένα Προσωπικά Επιτεύγματα.

Οι διαστάσεις αυτές αποτυπώνουν αντίστοιχα το αίσθημα συναισθηματικής κόπωσης που απορρέει από την εργασία, την ανάπτυξη απρόσωπων ή κυνικών στάσεων απέναντι στους αποδέκτες της φροντίδας και τη μείωση του αισθήματος επαγγελματικής επάρκειας και αποτελεσματικότητας.

Οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τη συχνότητα με την οποία βιώνουν κάθε κατάσταση χρησιμοποιώντας επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, η οποία κυμαίνεται από 0 = ποτέ έως 6 = κάθε μέρα. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται ξεχωριστά για κάθε υποκλίμακα,

χωρίς τη δημιουργία συνολικού σκορ επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με τις οδηγίες των δημιουργών του εργαλείου.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική σταθμισμένη έκδοση του ερωτηματολογίου, η οποία έχει προσαρμοστεί και ελεγχθεί ψυχομετρικά από τους Δάφνη Παπαδάτου, Φωτεινή Αναγνωστοπούλου και Δημήτρης Μόνος (1994). Η ελληνική έκδοση έχει παρουσιάσει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε ερευνητικά δείγματα επαγγελματιών υγείας.

Βάσει των καθιερωμένων οδηγιών βαθμολόγησης, τα επίπεδα της Συναισθηματικής Εξάντλησης κατηγοριοποιήθηκαν σε χαμηλά ( $\leq 16$ ), μέτρια (17–26) και υψηλά ( $\geq 27$ ). Αντίστοιχα, τα επίπεδα της Αποπροσωποποίησης κατηγοριοποιήθηκαν σε χαμηλά ( $\leq 6$ ), μέτρια (7–12) και υψηλά ( $\geq 13$ ), ενώ τα Προσωπικά Επιτεύγματα κατηγοριοποιήθηκαν σε υψηλά ( $\geq 39$ ), μέτρια (32–38) και χαμηλά ( $\leq 31$ ), με τη χαμηλή βαθμολογία να υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στη συγκεκριμένη διάσταση.

Η επιλογή του Maslach Burnout Inventory στην παρούσα μελέτη κρίθηκε ιδιαίτερα κατάλληλη, καθώς πρόκειται για εργαλείο με ισχυρή θεωρητική θεμελίωση, υψηλή διεθνή αποδοχή και εκτεταμένη χρήση σε μελέτες που αφορούν επαγγελματίες υγείας, επιτρέποντας τη συγκρισιμότητα των ευρημάτων με την υφιστάμενη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία.

#### **8.3.4 Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor–Davidson (CD-RISC)**

Για την αποτίμηση της ψυχικής ανθεκτικότητας χρησιμοποιήθηκε η Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), η οποία αναπτύχθηκε από τους Kathryn M. Connor και Jonathan R. T. Davidson (2003). Η κλίμακα αποσκοπεί στη μέτρηση της ικανότητας του ατόμου να προσαρμόζεται και να ανακάμπτει από καταστάσεις στρες, αντιξοότητας και ψυχολογικής πίεσης.

Η CD-RISC αποτελείται από 25 αυτοαναφορικές δηλώσεις, οι οποίες απαντώνται σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (0 = καθόλου αληθές, 1 = σπάνια αληθές, 2 = κάποιες

φορές αληθές, 3 = συχνά αληθές, 4 = σχεδόν πάντα αληθές). Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν με βάση το πώς έχουν αισθανθεί κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.

Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους απαντήσεων και κυμαίνεται από 0 έως 100, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας. Σύμφωνα με το αρχικό θεωρητικό μοντέλο, οι 25 δηλώσεις οργανώνονται σε πέντε παραγοντικές διαστάσεις:

- (1) Προσωπική επάρκεια, υψηλά πρότυπα και επιμονή,
- (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, ανεκτικότητα στην αρνητική διάθεση και ενδυναμωτική επίδραση του στρες,
- (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις,
- (4) Έλεγχος, και
- (5) Πνευματικές επιρροές.

Ψυχομετρικές μελέτες της κλίμακας έχουν καταδείξει υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's  $\alpha \approx 0.89$ ), καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία ελέγχου–επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης  $\approx 0.87$ ), τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική προσαρμογή και στάθμιση της κλίμακας από τους Δημητριάδου και Σταλικά (2008), η οποία έχει παρουσιάσει ικανοποιητικά επίπεδα εγκυρότητας και αξιοπιστίας στον ελληνικό πληθυσμό.

Η επιλογή της CD-RISC κρίθηκε ιδιαίτερα κατάλληλη για την παρούσα έρευνα, καθώς επιτρέπει την αξιόπιστη αποτύπωση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε επαγγελματίες υγείας που εκτίθενται σε υψηλές απαιτήσεις και χρόνια εργασιακό στρες, λειτουργώντας ως κρίσιμη μεταβλητή στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ συναισθημάτων αγάπης και επαγγελματικής εξουθένωσης.

### **8.3.5 Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας Eysenck (EPQ)**

Για την αξιολόγηση βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας χρησιμοποιήθηκε το Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Hans J. Eysenck και Sybil B. G. Eysenck (1975). Το EPQ αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο στη διεθνή βιβλιογραφία για τη μέτρηση διαστάσεων της προσωπικότητας στον γενικό πληθυσμό και σε μη κλινικά δείγματα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 84 ερωτήσεις, οι οποίες κατανέμονται σε τέσσερις υποκλίμακες:

- (α) Εξωστρέφεια (Extraversion – E), αποτελούμενη από 19 ερωτήσεις,
- (β) Νευρωτισμός (Neuroticism – N), αποτελούμενη από 22 ερωτήσεις,
- (γ) Ψυχωτισμός (Psychoticism – P), αποτελούμενη από 24 ερωτήσεις, και
- (δ) Κλίμακα Ψεύδους (Lie scale – L), αποτελούμενη από 19 ερωτήσεις.

Οι όροι «νευρωτισμός» και «ψυχωτισμός», αν και προέρχονται από την ψυχοπαθολογική ορολογία, χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο του EPQ για να περιγράψουν διαστάσεις φυσιολογικής προσωπικότητας και όχι κλινικές ή διαγνωστικές οντότητες. Οι δημιουργοί του εργαλείου υπογράμμισαν ότι οι διαστάσεις αυτές αναφέρονται σε χαρακτηριστικά συμπεριφοράς και συναισθηματικής αντιδραστικότητας, τα οποία μόνο σε ακραίες εκφάνσεις μπορεί να σχετίζονται με παθολογικές καταστάσεις.

Η υποκλίμακα της Εξωστρέφειας–Εσωστρέφειας αποτυπώνει τον βαθμό κοινωνικότητας, δραστηριότητας και αναζήτησης διέγερσης του ατόμου. Ο Νευρωτισμός αναφέρεται στη συναισθηματική αστάθεια και στην τάση εμφάνισης έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων υπό συνθήκες στρες. Ο Ψυχωτισμός σχετίζεται με χαρακτηριστικά όπως η απρόσωπη στάση, η μειωμένη ενσυναίσθηση και η αντικοινωνική συμπεριφορά σε μη παθολογικό επίπεδο. Τέλος, η Κλίμακα Ψεύδους διερευνά την τάση κοινωνικά επιθυμητής απάντησης και λειτουργεί ως δείκτης ελέγχου της ειλικρίνειας των απαντήσεων.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική προσαρμογή του EPQ, η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Δημητρίου (1986). Το εργαλείο χαρακτηρίζεται από απλότητα διατύπωσης των ερωτήσεων και σύντομο χρόνο συμπλήρωσης, γεγονός που το καθιστά κατάλληλο για χρήση σε επαγγελματίες υγείας με αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις.

Η ένταξη του EPQ στο ερευνητικό πρωτόκολλο επέτρεψε τη διερεύνηση της σχέσης βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας με τη συμπονετική αγάπη, την ψυχική ανθεκτικότητα και την επαγγελματική εξουθένωση, προσφέροντας ένα σταθερό ψυχολογικό πλαίσιο ερμηνείας των ατομικών διαφορών στο νοσηλευτικό πληθυσμό.

### **8.3.6 Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας (SF-36)**

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία χρησιμοποιήθηκε το SF-36 Health Survey, το οποίο αναπτύχθηκε από τον John Ware και τους συνεργάτες του (1992). Το SF-36 αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα και τεκμηριωμένα εργαλεία διεθνώς για την αποτίμηση της αντιλαμβανόμενης σωματικής και ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό και σε κλινικά δείγματα.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, οι οποίες οργανώνονται σε οκτώ επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία:

- (α) Φυσική λειτουργικότητα (Physical Functioning – PF),
- (β) Σωματικός ρόλος (Role Physical – RP),
- (γ) Σωματικός πόνος (Bodily Pain – BP),
- (δ) Γενική υγεία (General Health – GH),
- (ε) Ζωτικότητα (Vitality – VT),
- (στ) Κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning – SF),
- (ζ) Συναισθηματικός ρόλος (Role Emotional – RE) και
- (η) Ψυχική υγεία (Mental Health – MH).

Οι οκτώ αυτές διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο συνολικούς δείκτες: τον δείκτη Σωματικής Υγείας (Physical Component Summary – PCS-36) και τον δείκτη Ψυχικής Υγείας (Mental Component Summary – MCS-36), οι οποίοι επιτρέπουν τη συνοπτική αποτίμηση της γενικής κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων.

Η βαθμολόγηση κάθε διάστασης πραγματοποιείται σε κλίμακα από 0 έως 100, όπου οι υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας και ποιότητα ζωής. Το SF-36 είναι κατάλληλο για αυτοσυμπλήρωση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω, με μέσο χρόνο συμπλήρωσης που κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά, γεγονός που το καθιστά ιδιαίτερα λειτουργικό σε πληθυσμούς με αυξημένες επαγγελματικές απαιτήσεις.

Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε μελέτες του γενικού πληθυσμού και σε ερευνητικά πρωτόκολλα εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρουσιάζοντας πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική προσαρμογή και στάθμιση του SF-36, η οποία έχει ελεγχθεί ψυχομετρικά στον ελληνικό πληθυσμό και έχει παρουσιάσει ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Pappa et al., 2005).

Η ένταξη του SF-36 στο ερευνητικό πρωτόκολλο επέτρεψε την αποτύπωση της συνολικής σωματικής και ψυχικής κατάστασης υγείας των νοσηλευτών, προσφέροντας ένα ευρύτερο πλαίσιο κατανόησης της σχέσης μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

### **8.3.7 Love Experience Inventory (LEI)**

Για τη διερεύνηση της εμπειρίας της αγάπης χρησιμοποιήθηκε το Love Experience Inventory (LEI), ένα πολυδιάστατο ερευνητικό εργαλείο που αποσκοπεί στην αποτύπωση τόσο των συναισθηματικών και βιωματικών διαστάσεων της αγάπης όσο και των συμβολικών νοηματοδοτήσεών της. Το εργαλείο αναπτύχθηκε, από τους Gouna, Mantzoukas, Paschou, Batiridou & Dragioti, (2025) με στόχο τη συνδυαστική προσέγγιση ποσοτικών ψυχομετρικών

μετρήσεων και συμβολικών–ερμηνευτικών στοιχείων, επιτρέποντας μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του φαινομένου. Η κλίμακα έχει ήδη χρησιμοποιηθεί πιλοτικά και ερευνητικά σε ελληνικά δείγματα επαγγελματιών υγείας, παρουσιάζοντας καλή εννοιολογική καταλληλότητα και λειτουργική προσαρμογή στο ελληνικό πολιτισμικό και επαγγελματικό πλαίσιο. Η κλίμακα αποτελείται από τις ακόλουθες δύο διαστάσεις: (α) Ρομαντικό Πάθος και Επιθυμία (Romantic Passion & Desire – RPD) και (β) Στοργική–Ενσυναισθητική Αγάπη (Affectionate–Empathic Love – AEL). Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους σκορ, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν εντονότερη και πιο πολυδιάστατη εμπειρία αγάπης.

Πέραν της ποσοτικής διάστασης, το LEI ενσωματώνει και συμβολικά–προβολικά στοιχεία, τα οποία επιτρέπουν τη διερεύνηση πολιτισμικά διαμεσολαβημένων νοημάτων της αγάπης. Οι συμβολικές αναλύσεις αναδεικνύουν επαναλαμβανόμενα μοτίβα (όπως κύκλος/καρδιά, θάλασσα/ήλιος, άνοιξη/καλοκαίρι, καθώς και χρωματικές προτιμήσεις με έμφαση στο κόκκινο έναντι του μπλε ή του πράσινου), τα οποία οργανώνονται γύρω από θεματικούς άξονες που παραπέμπουν σε δυναμικές Έρωτα–Θανάτου (Eros–Thanatos) και ευθυγραμμίζονται εννοιολογικά με τις δύο ποσοτικές διαστάσεις της κλίμακας.

Η επιλογή του Love Experience Inventory στην παρούσα μελέτη κρίθηκε ιδιαίτερα κατάλληλη, καθώς επιτρέπει την αποτύπωση της αγάπης όχι μόνο ως συναισθηματικής εμπειρίας, αλλά και ως ψυχοκοινωνικού και συμβολικού φαινομένου, το οποίο λειτουργεί ταυτόχρονα ως πόρος και ως εν δυνάμει επιβαρυντικός παράγοντας στο πλαίσιο της φροντίδας και της επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών.

## **8.4 Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων**

### **8.4.1 Περιγραφική στατιστική**

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση όλων των μεταβλητών της μελέτης, με σκοπό την αποτύπωση των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος και τη

διερεύνηση της κατανομής των δεδομένων. Για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν μέσοι όροι (M), τυπικές αποκλίσεις (SD), ελάχιστες και μέγιστες τιμές, καθώς και δείκτες ασυμμετρίας και κύρτωσης, προκειμένου να ελεγχθεί η κανονικότητα των κατανομών. Για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες (ποσοστά).

Η περιγραφική ανάλυση επέτρεψε τον αρχικό έλεγχο της ποιότητας των δεδομένων, τον εντοπισμό ακραίων τιμών και την επιβεβαίωση της καταλληλότητας των μεταβλητών για περαιτέρω παραμετρικές αναλύσεις. Παράλληλα, υπολογίστηκαν δείκτες εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's  $\alpha$ ) για τις πολυ-αντικειμενικές κλίμακες, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η αξιοπιστία τους στο παρόν δείγμα.

#### **8.4.2 Μονομεταβλητές και διμεταβλητές αναλύσεις**

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκαν τυπικοί μονομεταβλητοί και διμεταβλητοί έλεγχοι, με σκοπό τη διερεύνηση πιθανών διαφορών και συσχετίσεων μεταξύ βασικών δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών και των κύριων ψυχολογικών μεταβλητών της μελέτης. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν t-tests ανεξάρτητων δειγμάτων και έλεγχοι  $\chi^2$  ανεξαρτησίας για την εξέταση διαφορών ως προς το φύλο και τον τύπο βάρδιας σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας, επίπεδα συμπονετικής αγάπης και διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακολούθως, υπολογίστηκαν μερικές συσχετίσεις (partial correlations), προκειμένου να διερευνηθούν οι μοναδικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών πρόβλεψης (διαστάσεις προσωπικότητας του EPQ) και των μεταβλητών έκβασης (υποκλίμακες του MBI), ελέγχοντας ταυτόχρονα την επίδραση των μεσολαβητικών μεταβλητών που σχετίζονται με την αγάπη και τη συμπόνια (Love Experience Inventory και Santa Clara Brief Compassion Scale). Το στάδιο αυτό λειτούργησε ως προκαταρκτικός έλεγχος καταλληλότητας για τη διεξαγωγή αναλύσεων διαμεσολάβησης.

#### **8.4.3 Δομικά υποδείγματα και αναλύσεις διαμεσολάβησης**

Για την αξιολόγηση της συμβολής των κλιμάκων αγάπης ως προγνωστικών παραγόντων, εκτιμήθηκε σειρά ιεραρχικών (nested) υποδειγμάτων διαδρομών (path models) για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά. Συγκεκριμένα, συγκρίθηκαν περιορισμένα υποδείγματα, στα οποία αποκλειόταν κάθε φορά η υπό εξέταση μεταβλητή, με πλήρη υποδείγματα που την περιελάμβαναν. Η σύγκριση πραγματοποιήθηκε με ελέγχους διαφοράς  $\chi^2$  ( $\Delta\chi^2$ ), προκειμένου να εκτιμηθεί αν η προσθήκη της μεταβλητής βελτιώνει σημαντικά την προσαρμογή του υποδείγματος. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, και οι δύο κλίμακες αγάπης διατηρήθηκαν στο τελικό μοντέλο.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διαδρομών (path analysis) για τον έλεγχο της υπόθεσης ότι η αγάπη και η συμπόνια λειτουργούν ως μεσολαβητικοί μηχανισμοί στη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών προσωπικότητας και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο τελικό μοντέλο, οι διαστάσεις της προσωπικότητας προβλέπουν τις μεταβλητές της αγάπης και της συμπόνιας, ενώ οι τελευταίες, μαζί με τις διαστάσεις της προσωπικότητας, προβλέπουν ταυτόχρονα τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η ηλικία και ο τύπος βάρδιας συμπεριλήφθηκαν ως συγχυτικές μεταβλητές (covariates) στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς η επίδρασή τους έχει τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντιθέτως, οι μεταβλητές αυτές δεν συμπεριλήφθηκαν στα υποδείγματα πρόβλεψης της αγάπης και της συμπόνιας, δεδομένου ότι προηγούμενες μελέτες και τα παρόντα δεδομένα δεν κατέδειξαν ουσιαστικές διαφοροποιήσεις ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ η επιλογή αυτή διευκόλυνε και την αναγνωρισιμότητα των υποδειγμάτων.

Οι παράμετροι των υποδειγμάτων εκτιμήθηκαν με τη μέθοδο μέγιστης πιθανοφάνειας (maximum likelihood). Η προσαρμογή των υποδειγμάτων αξιολογήθηκε με τον έλεγχο  $\chi^2$  καλής προσαρμογής, καθώς και με τους δείκτες RMSEA, TLI και CFI, σύμφωνα με τις καθιερωμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

#### 8.4.4 Αναλύσεις συμβολικών δεδομένων και ενοποίηση πεδίων

Οι συσχετίσεις μεταξύ των συμβολικών αναπαραστάσεων της αγάπης και των κοινωνικοδημογραφικών ή ψυχολογικών μεταβλητών εξετάστηκαν με δυαδικά και πολυωνυμικά λογιστικά μοντέλα παλινδρόμησης, ανάλογα με τον αριθμό των κατηγοριών της εξαρτημένης μεταβλητής.

Για την ενοποίηση των συμβολικών και ψυχομετρικών δεδομένων εφαρμόστηκε Πολλαπλή Παραγοντική Ανάλυση (Multiple Factor Analysis – MFA), με τις μεταφορικές και συμβολικές αναπαραστάσεις να ομαδοποιούνται σε θεματικά σύνολα (άνθρωπος, χρόνος, αντικείμενο, φύση) και τα ψυχομετρικά μέτρα σε τέσσερις κατηγορίες (συμπόνια, επαγγελματική εξουθένωση, προσωπικότητα, ποιότητα ζωής). Διατηρήθηκαν οι πρώτες δέκα εξαγόμενες διαστάσεις για περαιτέρω διερεύνηση.

Οι απαντήσεις ελεύθερων συνειρμών αναλύθηκαν ως δίκτυα συν-εμφάνισης λέξεων, με την κατασκευή συμμετρικού πίνακα γειτνίασης. Υπολογίστηκαν δείκτες κεντρικότητας (εγγύτητας, μεσολάβησης, ιδιοδιανύσματος και PageRank), με την κεντρικότητα PageRank να χρησιμοποιείται ως κύριος δείκτης λεξικής προβολής, λόγω των ισχυρών συσχετίσεων μεταξύ των δεικτών και σε συμφωνία με τη σχετική βιβλιογραφία.

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν στο λογισμικό R (έκδοση 4.5.0), με τη χρήση του πακέτου lavaan για τις αναλύσεις λανθανουσών μεταβλητών και διαδρομών.

### 2η Ερευνητική ενότητα

#### **Η διερεύνηση της αγάπης, της συμπόνιας και της προσωπικότητας ως προβλεπτικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης στους/στις νοσηλευτές/τριες**

*«Η ανθεκτικότητα δεν είναι απουσία πληγής·  
είναι η απόφαση να μη ζεις μόνο γύρω από αυτήν.»*  
Donald Winnicott

Η έννοια της συμπόνιας προς τους άλλους ορίζεται ως η ικανότητα αναγνώρισης, συναισθηματικής σύνδεσης και ευαισθητοποίησης απέναντι στον πόνο ενός άλλου ανθρώπου, συνοδευόμενη από την εσωτερική παρόρμηση παροχής βοήθειας (Sprecher & Fehr, 2005). Στη σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζεται ευρέως ως θεμελιώδης συνιστώσα της νοσηλευτικής ταυτότητας και της ποιοτικής παροχής φροντίδας (Papadopoulos & Ali, 2016). Εννοιολογικά, η συμπόνια έχει προσεγγιστεί τόσο ως σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό ή προδιάθεση (Dobewall et al., 2023), όσο και ως συναισθηματική κατάσταση, δηλαδή ως δυναμική αντίδραση στη δυσφορία των άλλων (Goetz et al., 2010). Ανεξαρτήτως της εννοιολογικής της προσέγγισης, η συμπόνια αναδεικνύεται συστηματικά ως κρίσιμη ποιότητα της αποτελεσματικής νοσηλευτικής πρακτικής (Kaplan Serin et al., 2021; Khanjani et al., 2021; Ramos-Vidal & Ruíz, 2024). Ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι τα επίπεδα συμπόνιας προς τους άλλους δεν παρουσιάζουν ουσιαστικές διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία, ενώ παρατηρούνται συχνά διαφορές ως προς το φύλο, με τις γυναίκες να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα συμπόνιας σε σύγκριση με τους άνδρες (Novak et al., 2021). Επιπλέον, η συμπόνια έχει συσχετιστεί αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση σε ποικίλους πληθυσμούς επαγγελματιών υγείας (Bahari et al., 2022; Gerber & Anaki, 2021; Kaplan Serin et al., 2021;

Khanjani et al., 2021), γεγονός που ενισχύει την αντίληψή της ως προστατευτικού συναισθηματικού πόρου έναντι των επιβαρυντικών συνεπειών του χρόνιου εργασιακού στρες. Η διττή αυτή εννοιολόγηση της συμπόνιας επιτρέπει την κατανόησή της όχι μόνο ως σταθερού προσωπικού πόρου, αλλά και ως λειτουργικού μηχανισμού μέσω του οποίου οι διαθεσιακές προδιαθέσεις μεταφράζονται σε επαγγελματικές συμπεριφορές και εμπειρίες.

Παράλληλα με τη συμπόνια, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν μελετηθεί εκτενώς ως σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, η οποία αποτελεί μία από τις συχνότερες και πλέον επιζήμιες επαγγελματικές απειλές στον χώρο της υγείας (Batanda, 2024; Agata et al., 2023; Wu et al., 2024). Η παρατεταμένη έκθεση σε αυξημένο φόρτο εργασίας, οι έντονες συναισθηματικές απαιτήσεις και οι οργανωσιακές πιέσεις, ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό επάγγελμα, έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Chen et al., 2025; Christianson et al., 2023; Zhang et al., 2018).

Μελέτες που αξιοποίησαν το Maslach Burnout Inventory (MBI), όπως αυτό αναπτύχθηκε από την Christina Maslach (1986), έχουν καταδείξει με συνέπεια ότι η Συναισθηματική Εξάντληση και η Αποπροσωποποίηση συσχετίζονται θετικά με τον νευρωτισμό και αρνητικά με την εξωστρέφεια, ενώ η Προσωπική Επίτευξη εμφανίζει θετικές συσχετίσεις με προσαρμοστικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η εξωστρέφεια, η ανοιχτότητα, η δεκτικότητα και η ευσυνειδησία (Masoumi et al., 2024). Αντίστοιχα, οι Velando-Soriano et al. (2024) ανέδειξαν συστηματικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων και όλων των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, επιβεβαιώνοντας τον κεντρικό ρόλο της προσωπικότητας στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των επαγγελματιών υγείας. Περαιτέρω, οι Pérez-Fuentes et al. (2019) ανέφεραν αρνητική συσχέτιση της εξωστρέφειας και θετική συσχέτιση του νευρωτισμού με την επαγγελματική εξουθένωση σε νοσηλευτικούς πληθυσμούς, ενώ οι Pakou et al. (2024)

διαπίστωσαν ότι ο νευρωτισμός και η ψυχωτιστικότητα προβλέπουν αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης και μειωμένη προσωπική επίτευξη. Συνολικά, τα παραπάνω ευρήματα συγκλίνουν στο ότι τα δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, και ιδίως ο νευρωτισμός και η ψυχωτιστικότητα, ενισχύουν τις δυσμενείς όψεις της επαγγελματικής εμπειρίας, ενώ η εξωστρέφεια λειτουργεί προστατευτικά, κυρίως μέσω της ενίσχυσης της προσωπικής επίτευξης και της διατήρησης της επαγγελματικής λειτουργικότητας. Συνεπώς, η υπάρχουσα βιβλιογραφία υποστηρίζει μια σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ χαρακτηριστικών προσωπικότητας, συμπόνιας και επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας φαίνεται να επηρεάζουν τόσο τη συμπόνια όσο και τα επίπεδα εξουθένωσης, ενώ η συμπόνια δύναται να προβλέπει άμεσα τις εκβάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πολλές μελέτες εννοιολογούν την προσωπικότητα ως προγενέστερο παράγοντα της συμπόνιας (Di Fabio & Saklofske, 2021; Sharpe et al., 2024; Sinclair et al., 2020) και αμφότερες τις έννοιες ως προγνωστικούς παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης (Bahari et al., 2022; Figley, 2002; Kaplan Serin et al., 2021; Khanjani et al., 2021). Από θεωρητική σκοπιά, η συμπόνια μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός ρύθμισης του συναισθήματος, συνδέοντας τις διαθεσιακές προδιαθέσεις της προσωπικότητας με εκβάσεις που σχετίζονται με το στρες και την επαγγελματική φθορά.

Πέραν των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της συμπόνιας, τα συναισθήματα που σχετίζονται με την αγάπη συνιστούν μία πρόσθετη, αλλά έως σήμερα ανεπαρκώς διερευνημένη, διάσταση της συναισθηματικής λειτουργικότητας στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας. Παρότι η αγάπη συχνά προσεγγίζεται στη βιβλιογραφία ως ανθρωπιστική ή ηθική αξία που διέπει τη σχέση φροντίδας, η εμπειρική και ψυχολογική αποτύπωσή της παραμένει περιορισμένη. Εντούτοις, διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η αγάπη μπορεί να επηρεάζει κρίσιμες πτυχές της επαγγελματικής εμπειρίας, όπως τον τρόπο συναισθηματικής σύνδεσης με τους άλλους, την ενσυναίσθηση, τη βιωμένη

ζωτικότητα και τη ρύθμιση του επαγγελματικού στρες (Adib-Hajbaghery & BolandianBafghi, 2020· Donato et al., 2018; Gallistl et al., 2024; Pereira & Botelho, 2021; Thomas, 2016). Στο πλαίσιο αυτό, η αγάπη δεν αντιμετωπίζεται ως μονοδιάστατο ή κατ' ανάγκην προστατευτικό φαινόμενο, αλλά ως δυναμική ψυχολογική διεργασία, της οποίας η επίδραση δύναται να διαφοροποιείται ανάλογα με την ένταση, την κατεύθυνση και το συμφραζόμενο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται. Ανάλογα με τις συνθήκες, τα συναισθήματα που σχετίζονται με την αγάπη μπορεί να λειτουργήσουν είτε ως πηγή νοήματος, κινητοποίησης και επαγγελματικής δέσμευσης είτε ως παράγοντας αυξημένης συναισθηματικής επιβάρυνσης και κόπωσης. Η παρούσα προσέγγιση δεν αποσκοπεί στην ηθική εξιδανίκευση της αγάπης στη φροντίδα ούτε στη ρομαντικοποίηση της νοσηλευτικής σχέσης, αλλά στην εμπειρική διερεύνησή της ως ψυχολογικής διεργασίας με δυναμικά προσαρμοστικές και επιβαρυντικές όψεις. Μέσα από αυτή την οπτική, η αγάπη εντάσσεται στο ερευνητικό μοντέλο όχι ως αξιακό πρόταγμα, αλλά ως λειτουργική μεταβλητή που μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση της πολυπλοκότητας της συναισθηματικής εργασίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης στη νοσηλευτική.

## **9.1 Σκοπός**

Με βάση το παραπάνω θεωρητικό και ερευνητικό πλαίσιο, η παρούσα ερευνητική ενότητα αποσκοπεί στη συνολική διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η συμπόνια και η αγάπη συμβάλλουν από κοινού στην επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων/ίδων νοσηλευτών/τριών. Η συγκεκριμένη ενότητα βασίζεται σε ένα συνδυαστικό θεωρητικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας λειτουργούν ως προγενέστεροι παράγοντες, ενώ η συμπόνια και η αγάπη δρουν ως συναισθηματικοί και ρυθμιστικοί μηχανισμοί που επηρεάζουν τις εκβάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Δημιουργείται ένα μοντέλο ανάλυσης διαδρομών, στο οποίο εξετάζεται εμπειρικά κατά πόσο η συμπόνια και η αγάπη διαμεσολαβούν στις σχέσεις μεταξύ

τεσσάρων διαστάσεων της προσωπικότητας (εξωστρέφεια, νευρωτισμός, ψυχωτισμός και κλίμακα ψεύδους) και των τριών βασικών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Συναισθηματική Εξάντληση, Αποπροσωποποίηση και Προσωπική Επίτευξη; Σχήμα 1). Παράλληλα, στο μοντέλο ελέγχονται δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο και ο τύπος βάρδιας, οι οποίες έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικοί συσχετιστές της επαγγελματικής εξουθένωσης στη διεθνή βιβλιογραφία (Novak et al., 2021). Το ερευνητικό σχέδιο και οι στατιστικές αναλύσεις επιλέχθηκαν με τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται άμεσα και συστηματικά στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

### **9.1.1 Ερευνητικό Ερώτημα 1**

*Διαμεσολαβούν η συμπόνια και η αγάπη στις επιδράσεις των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης;*

Για την απάντηση στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα εφαρμόστηκε ανάλυση διαδρομών (path analysis) στο πλαίσιο δομικών υποδειγμάτων. Στο μοντέλο αυτό, οι τέσσερις διαστάσεις της προσωπικότητας (εξωστρέφεια, νευρωτισμός, ψυχωτισμός και κλίμακα ψεύδους) ορίστηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, οι διαστάσεις της συμπόνιας και της αγάπης ως μεσολαβητικές μεταβλητές, και οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Συναισθηματική Εξάντληση, Αποπροσωποποίηση και Προσωπική Επίτευξη) ως εξαρτημένες μεταβλητές.

Η ύπαρξη διαμεσολαβητικών επιδράσεων εξετάστηκε μέσω της ταυτόχρονης εκτίμησης άμεσων και έμμεσων διαδρομών, επιτρέποντας τον έλεγχο του κατά πόσο η επίδραση της προσωπικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση εξηγείται, εν μέρει ή πλήρως, μέσω της συμπόνιας και της αγάπης.

### **9.1.2 Ερευνητικό Ερώτημα 2**

*Πώς διαφοροποιούνται οι διαμεσολαβητικές αυτές διαδρομές στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης;*

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε μέσω της ταυτόχρονης μοντελοποίησης των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ίδιο δομικό υπόδειγμα. Η προσέγγιση αυτή επέτρεψε τη σύγκριση της ισχύος και της κατεύθυνσης των διαδρομών προς τη Συναισθηματική Εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση και την Προσωπική Επίτευξη, διατηρώντας σταθερό το υπόλοιπο μοντέλο.

Με τον τρόπο αυτό κατέστη δυνατή η ανάδειξη διαφοροποιήσεων στον ρόλο της συμπόνιας και της αγάπης ανάλογα με τη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αποφεύγοντας αποσπασματικές ή ανεξάρτητες αναλύσεις και διασφαλίζοντας τη συνοχή των ευρημάτων.

### **9.1.3 Ερευνητικό Ερώτημα 3**

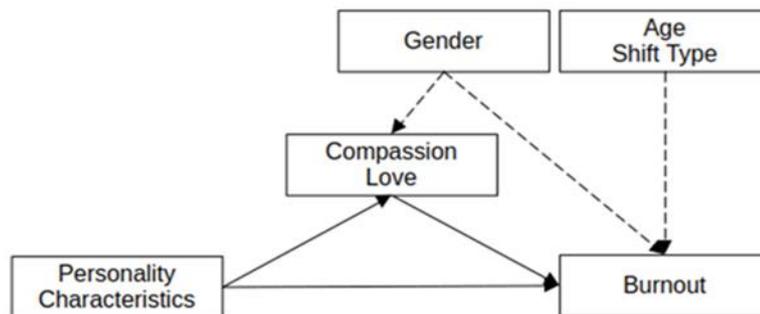
*Μετριάζουν δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία και το φύλο, τις συσχετίσεις μεταξύ προσωπικότητας, συμπόνιας, αγάπης και επαγγελματικής εξουθένωσης;*

Για το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο και ο τύπος βάρδιας εντάχθηκαν στο αναλυτικό μοντέλο ως συγχυτικοί παράγοντες (covariates) των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επιλογή αυτή βασίστηκε σε τεκμηριωμένα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας που υποδεικνύουν τη συσχέτισή τους με την επαγγελματική εξουθένωση.

Παράλληλα, διεξήχθησαν προκαταρκτικές μονομεταβλητές και διμεταβλητές αναλύσεις (t-tests και έλεγχοι  $\chi^2$ ), προκειμένου να εξεταστούν πιθανές διαφοροποιήσεις των βασικών μεταβλητών ως προς το φύλο και τον τύπο βάρδιας. Η προσέγγιση αυτή επέτρεψε την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των δομικών υποδειγμάτων εντός του ευρύτερου δημογραφικού πλαισίου των συμμετεχόντων.

Συνολικά, η μελέτη επιδιώκει να συμβάλει ουσιαστικά στην κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χώρο της υγείας, προσφέροντας μια πρωτότυπη εμπειρική συμβολή στον επιστημονικό διάλογο γύρω από την επαγγελματική ευημερία, την

προσωπικότητα και τον ρόλο των συναισθημάτων αγάπης και συμπόνιας υπό απαιτητικές συνθήκες εργασίας.



**Σχήμα 1.** Structural Path Model. Εννοιολογικό και στατιστικό διάγραμμα διαδρομών του τελικού μοντέλου που εξετάζει τις σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της επαγγελματικής εξουθένωσης, με τη συμπόνια και την αγάπη να λειτουργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας προβλέπουν άμεσα την επαγγελματική εξουθένωση, καθώς και έμμεσα μέσω της συμπόνιας και της αγάπης. Το φύλο και η ηλικία/τύπος βάρδιας περιλαμβάνονται στο μοντέλο ως συγχυτικές μεταβλητές, με διακεκομμένες γραμμές να υποδηλώνουν τις αντίστοιχες ελεγχόμενες επιδράσεις. Τα συνεχή βέλη αναπαριστούν τις κύριες διαδρομές του μοντέλου.

## 9.2 Αποτελέσματα

### 9.2.1 Περιγραφικά στατιστικά και συσχετίσεις μεταβλητών

Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις), καθώς και οι συντελεστές συσχέτισης για όλες τις μεταβλητές της μελέτης, παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 και οι συσχετίσεις παρουσιάζονται με προσοχή, καθώς δεν υποδηλώνουν αιτιώδεις σχέσεις.

Αναφορικά με τις υποκλίμακες του MBI, οι συμμετέχοντες νοσηλευτές/τριες εμφάνισαν μέσες τιμές Συναισθηματικής Εξάντλησης (Emotional Exhaustion – EE) ( $M = 25.1$ ,  $SD = 12.0$ ), Αποπροσωποποίησης (Depersonalization – DEP) ( $M = 8.39$ ,  $SD = 6.27$ ) και Προσωπικής Επίτευξης (Personal Accomplishment – PA) ( $M = 36.0$ ,  $SD = 6.61$ ), οι οποίες είναι συγκρίσιμες με αντίστοιχα ευρήματα προηγούμενων ερευνών σε ελληνικά δείγματα νοσηλευτών/τριών (Αναγνωστόπουλος, 1992; Pakou et al., 2024).

Όσον αφορά τις διαστάσεις της προσωπικότητας, όπως μετρήθηκαν με το Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέσες τιμές Εξωστρέφειας (Extraversion – EXT) ( $M = 13.5$ ,  $SD = 4.20$ ) και Νευρωτισμού (Neuroticism – NEU) ( $M = 10.9$ ,  $SD = 4.70$ ), καθώς και χαμηλότερες βαθμολογίες Ψυχωτισμού (Psychoticism – PSY) ( $M = 4.84$ ,  $SD = 2.05$ ) σε σύγκριση με προηγούμενες μελέτες σε ελληνικούς νοσηλευτικούς πληθυσμούς (Pakou et al., 2024).

Σε επίπεδο δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ φύλου, οικογενειακής κατάστασης και τύπου βάρδιας. Επιπλέον, το φύλο και ο τύπος βάρδιας βρέθηκαν ανεξάρτητοι μεταξύ τους,  $\chi^2(1) = 0.012$ ,  $p = .914$ .

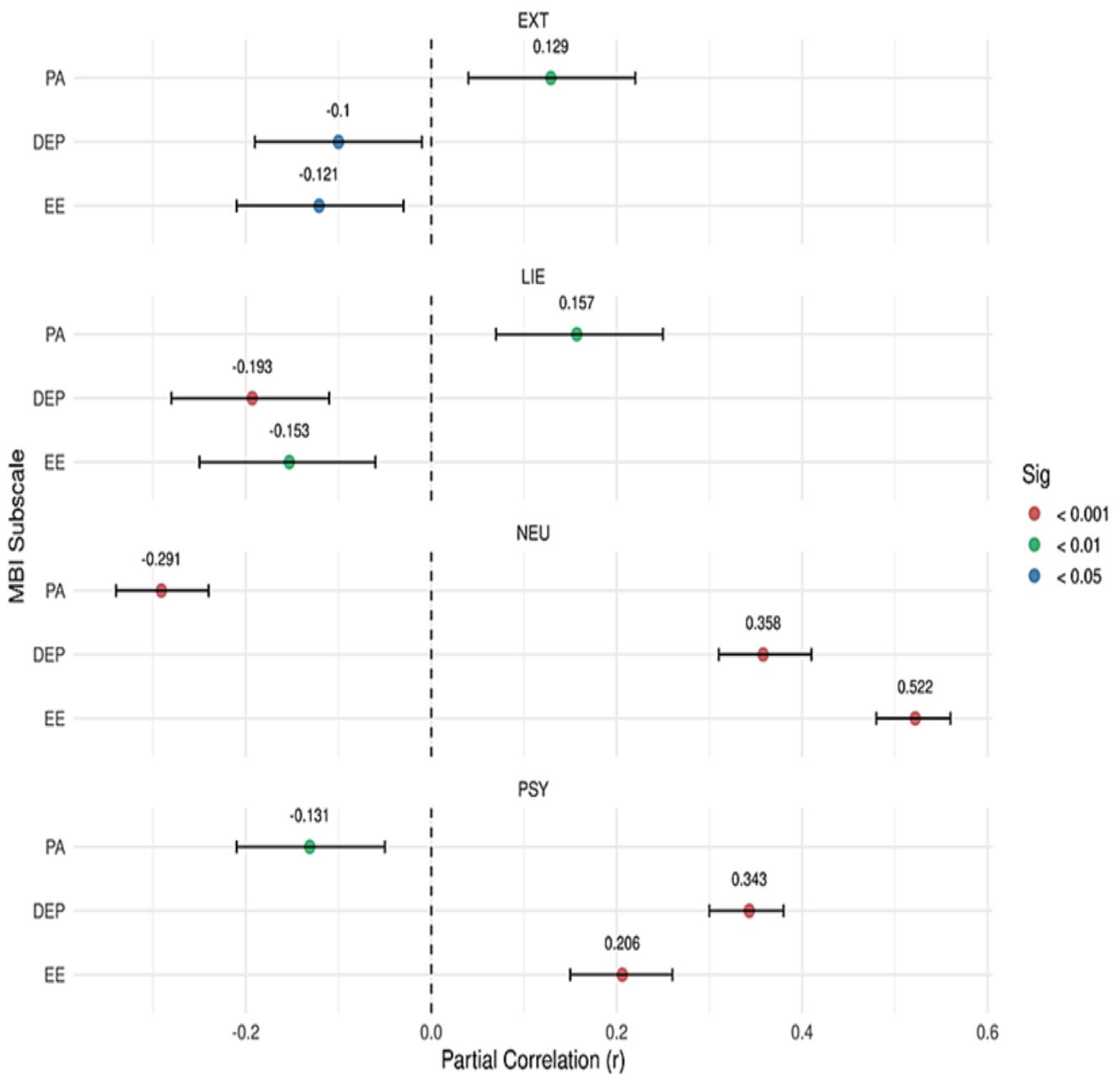
Αναφορικά με τις μεταβλητές αγάπης και προσωπικότητας, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές φύλου στις κλίμακες Love Experience Scale (LES), Love-Related Emotion Intensity Scale (LREIS), καθώς και στις διαστάσεις EXT, NEU, Κλίμακα Ψεύδους (Lie Scale – LIE), Συναισθηματική Εξάντληση και Προσωπική Επίτευξη. Ομοίως, οι βαθμολογίες στις κλίμακες LES και LREIS δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ νοσηλευτών/τριών που εργάζονταν σε εναλλασσόμενες έναντι σταθερών βαρδιών.

**Πίνακας 1.** Περιγραφικά στατιστικά και συσχετίσεις μεταβλητών

Μεταβλητή	M (SD)	Ηλικία	Συμπονευτική Αγάπη (SCBCS)	Εμπειρία Αγάπης (LES)	Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS)	Συναισθηματική Εξάντληση (EE)	Αποπροσωποποίηση (DEP)	Προσωπική Επίτευξη (PA)	Εξωστρέφεια (EXT)	Νευρωτισμός (NEU)
Συμπονευτική Αγάπη (SCBCS)	27.8 (4.95)	.098*								
Εμπειρία Αγάπης (LES)	72.1 (14.0)	.034	.246***							
Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS)	53.0 (9.88)	.030	.324***	.420***						
Συναισθηματική Εξάντληση (EE)	24.9 (11.9)	.034	-.044	-.103*	-.098					
Αποπροσωποποίηση (DEP)	8.38 (6.29)	-.095	-.176***	-.123*	-.013	.593***				
Προσωπική Επίτευξη (PA)	36.0 (6.61)	.253***	.339***	.223***	.294***	-.201***	-.255***			
Εξωστρέφεια (EXT)	13.6 (4.17)	.106*	.223***	.231***	.224***	-.147**	-.139**	.230***		
Νευρωτισμός (NEU)	10.9 (4.64)	-.101*	.008	-.061	-.084	.526***	.346***	-.283***	-.219***	
Ψυχατισμός (PSY)	4.83 (2.06)	-.110*	-.101*	-.060	-.046	.211***	.354***	-.159**	-.031	.258***
Κλίμακα Ψεύδους (LIE)	14.9 (3.51)	.232***	.192***	.012	.046	-.154**	-.216***	.200***	.070	-.277***

Σημείωση: \*.p<.05, \*\*.p<.01, \*\*\*.p<.001

Σημαντικές διαφορές φύλου παρατηρήθηκαν για τις μεταβλητές PSY, DEP και SCBCS. Συγκεκριμένα, οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες από τις γυναίκες στην PSY ( $M = 5.35$ ,  $SD = 2.43$  έναντι  $M = 4.72$ ,  $SD = 1.96$ ;  $t(92) = 2.051$ ,  $p = .043$ ) και στην DEP ( $M = 10.1$ ,  $SD = 5.95$  έναντι  $M = 8.01$ ,  $SD = 6.31$ ;  $t(401) = 2.537$ ,  $p = .012$ ), ενώ οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους άνδρες στη SCBCS ( $M = 28.2$ ,  $SD = 4.91$  έναντι  $M = 26.2$ ,  $SD = 4.83$ ;  $t(401) = 3.181$ ,  $p = .002$ ) (Σχήμα 2).



## Σχήμα 2. Partial Correlations μεταξύ EPQ και MBI controlling για LES, LREIS, SCBCS

Μερικές συσχετίσεις (partial correlations) μεταξύ των διαστάσεων της προσωπικότητας του EPQ και των υποκλίμακων της επαγγελματικής εξουθένωσης του MBI, με έλεγχο για τη Συμπονετική Αγάπη (SCBCS), την Εμπειρία Αγάπης (LES) και την Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS). Οι τιμές αντιστοιχούν σε συντελεστές μερικής συσχέτισης ( $r$ ), ενώ οι οριζόντιες γραμμές απεικονίζουν τα διαστήματα εμπιστοσύνης. Το χρώμα των σημείων υποδηλώνει το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Ο πίνακας συσχετίσεων Pearson (Πίνακας 1) έδειξε ότι οι SCBCS, LES και LREIS συσχετίζονταν σημαντικά με τις υποκλίμακες του MBI. Υψηλότερα επίπεδα SCBCS και δεικτών που σχετίζονται με την αγάπη συνδέονταν με χαμηλότερη EE και DEP και με υψηλότερη PA. Οι συσχετίσεις τους με τις περισσότερες υποκλίμακες του EPQ ήταν σχετικά μικρές ή μη στατιστικά σημαντικές, με εξαίρεση την EXT, η οποία παρουσίασε σταθερά θετικές και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Οι μερικές συσχετίσεις μεταξύ χαρακτηριστικών προσωπικότητας και διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Σχήμα 2) κατέδειξαν ισχυρές άμεσες σχέσεις ακόμη και μετά τον έλεγχο για τις SCBCS, LES και LREIS. Η NEU παρέμεινε ισχυρά και θετικά συσχετισμένη με την EE και τη DEP και αρνητικά με την PA, ενώ η PSY παρουσίασε παρόμοιο αλλά ασθενέστερο μοτίβο. Αντιθέτως, η EXT εμφάνισε προστατευτικό ρόλο, καθώς συσχετίστηκε αρνητικά με την EE και τη DEP και θετικά με την PA. Παρόμοιο προστατευτικό προφίλ παρουσίασε και η LIE, με αρνητικές συσχετίσεις με την EE και τη DEP και θετική συσχέτιση με την PA.

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφορών  $\chi^2$  που συνέκριναν ιεραρχικά μοντέλα διαδρομών για την αξιολόγηση της συμπερίληψης των LES και LREIS ως προβλεπτικών μεταβλητών. Οι συγκρίσεις των μοντέλων έδειξαν ότι το πλήρες μοντέλο διαμεσολάβησης, το οποίο περιλάμβανε και τις τρεις μεταβλητές που σχετίζονται με την αγάπη ως διαμεσολαβητές, παρουσίασε σημαντικά καλύτερη προσαρμογή σε σύγκριση με πιο περιορισμένα εναλλακτικά μοντέλα. Ως εκ τούτου, οι επόμενες αναλύσεις επικεντρώθηκαν

στο πλήρες μοντέλο, το οποίο παρείχε την πιο ολοκληρωμένη αναπαράσταση των σχέσεων μεταξύ των κατασκευών.

**Πίνακας 2.** Έλεγχος διαφορών  $\chi^2$  (Chi-Squared Difference Test) μεταξύ του πλήρους μοντέλου και εναλλακτικών μοντέλων διαμεσολάβησης

	df	AIC	BIC	$c^2$	$\Delta c^2$	RMSEA	$\Delta df$	p
Full Model	6	16485	16713	5.843				
Only LES or LREIS as mediator. Comparison with full model								
L1: LES as mediator	14	16514	16710	50.218	44.375	0.106	8	< 0.001
L2: LREIS as mediator	14	16501	16697	37.469	31.626	0.086	8	< 0.001
No love variable as mediator. Comparison with L1 and L2								
Comparison with L1					21.575	0.065	8	0.006
Comparison with L2	22	16519	16683	71.793	34.324	0.090	8	< 0.001

Σημείωση: LES = Εμπειρία Αγάπης (Love Experience, γνωστικο-συναισθηματική διάσταση του εργαλείου αγάπης), LREIS = Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (Love-Related Emotion Intensity, συναισθηματικο-ενεργειακή διάσταση του εργαλείου αγάπης). Οι τιμές  $\chi^2$  αναφέρονται σε συγκρίσεις μεταξύ εμφωλευμένων (nested) μοντέλων. Στατιστικά σημαντικές τιμές  $\Delta\chi^2$  υποδηλώνουν ότι το περιορισμένο μοντέλο παρουσιάζει σημαντικά χειρότερη προσαρμογή σε σύγκριση με το αντίστοιχο λιγότερο περιορισμένο μοντέλο.

### 9.2.2 Αποτελέσματα ανάλυσης διαδρομών

Η ανάλυση διαδρομών κατέδειξε ότι το τελικό προτεινόμενο μοντέλο παρουσίασε εξαιρετική προσαρμογή στα εμπειρικά δεδομένα. Ο έλεγχος καλής προσαρμογής  $\chi^2$  δεν ήταν στατιστικά σημαντικός,  $\chi^2(6) = 5.84$ ,  $p = .441$ , γεγονός που υποδηλώνει απουσία ουσιαστικής απόκλισης μεταξύ του θεωρητικού μοντέλου και του παρατηρούμενου πίνακα συνδιακυμάνσεων. Οι συγκριτικοί δείκτες προσαρμογής επιβεβαίωσαν την καταλληλότητα του μοντέλου, με τιμές Comparative Fit Index (CFI) = 1.00 και Tucker–Lewis Index (TLI) = 1.00, οι οποίες υπερβαίνουν κατά πολύ τα συνιστώμενα όρια αποδεκτής προσαρμογής. Παράλληλα, οι απόλυτοι δείκτες προσαρμογής κατέδειξαν άριστη εφαρμογή του μοντέλου, με Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.00 και Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) = 0.010.

Αναφορικά με την εξηγούμενη διακύμανση ( $R^2$ ) των ενδογενών μεταβλητών, τα ποσοστά εξηγούμενης διακύμανσης θεωρούνται μέτρια έως ικανοποιητικά για πολυπαραγοντικά ψυχοκοινωνικά μοντέλα, δεδομένης της πολυπλοκότητας των υπό μελέτη κατασκευών και της συνδυαστικής επίδρασης διαθεσιακών, συναισθηματικών και δημογραφικών παραγόντων. Συγκεκριμένα, το μοντέλο εξήγησε το 11,8% της διακύμανσης της Συμπνευτικής Αγάπης (Santa Clara Brief Compassion Scale – SCBCS), το 5,8% της διακύμανσης της Έντασης Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS) και το 6,3% της διακύμανσης της Εμπειρίας Αγάπης (LES).

Όσον αφορά τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI), το μοντέλο εξήγησε το 31,6% της διακύμανσης της Συναισθηματικής Εξάντλησης (EE), το 24,8% της διακύμανσης της Αποπροσωποποίησης (DEP) και το 24,3% της διακύμανσης της Προσωπικής Επίτευξης (PA).

Οι στατιστικά σημαντικές άμεσες επιδράσεις του μοντέλου παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 3, ενώ οι σημαντικές έμμεσες και συνολικές επιδράσεις των μεταβλητών παρατίθενται στον Πίνακα 4, επιτρέποντας την αναλυτική διερεύνηση των μηχανισμών διαμεσολάβησης που προτείνονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης (Πίνακας 3). Παράμετροι του μοντέλου ανάλυσης διαδρομών (στατιστικά σημαντικές επιδράσεις)

	b	SE	z-value	P	95% C.I.		Std. all'	R <sup>2</sup>
					Lower	Upper		
<b>LREIS</b>								
EXT	0.515	0.117	4.389	< 0.001	0.285	0.746	0.218	0.058
<b>LES</b>								
EXT	0.773	0.166	4.670	< 0.001	0.449	1.098	0.231	0.063
<b>SCBCS</b>								
EXT	0.279	0.057	4.891	< 0.001	0.167	0.391	0.235	0.118
NEU	0.131	0.054	2.408	0.016	0.024	0.238	0.123	
LIE	0.268	0.070	3.840	< 0.001	0.131	0.405	0.190	
Gender	-1.796	0.610	-2.943	0.003	-2.992	-0.600	-0.139	
<b>EE</b>								
NEU	1.292	0.116	11.147	< 0.001	1.065	1.519	0.504	0.319
Age	0.141	0.050	2.826	0.005	0.043	0.238	0.123	
Shift Type	3.339	0.999	3.343	0.001	1.381	5.297	0.140	
<b>DEP</b>								
LREIS	0.064	0.031	2.021	0.043	0.002	0.125	0.100	0.257
SCBCS	-0.165	0.061	-2.683	0.007	-0.285	-0.044	-0.130	
NEU	0.358	0.064	5.605	< 0.001	0.233	0.483	0.265	
PSY	0.729	0.140	5.215	< 0.001	0.455	1.003	0.239	
Shift Type	1.623	0.550	2.949	0.003	0.544	2.702	0.129	
<b>PA</b>								
LREIS	0.107	0.033	3.275	0.001	0.043	0.170	0.160	0.278
SCBCS	0.287	0.064	4.524	< 0.001	0.163	0.412	0.216	
NEU	-0.318	0.066	-4.803	< 0.001	-0.447	-0.188	-0.224	
Gender	-1.607	0.758	-2.120	0.034	-3.092	-0.122	-0.093	
Age	0.125	0.028	4.400	< 0.001	0.069	0.181	0.198	

Σημείωση: Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τις στατιστικά σημαντικές άμεσες επιδράσεις του τελικού μοντέλου ανάλυσης διαδρομών. Παρατίθενται οι μη τυποποιημένοι συντελεστές διαδρομών (b), τα τυπικά σφάλματα (SE), οι τιμές z, τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας (p), τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης, καθώς και οι τυποποιημένοι συντελεστές (Std. all'). Για κάθε ενδογενή μεταβλητή παρουσιάζεται επίσης το ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης (R<sup>2</sup>): LES = Εμπειρία Αγάπης (Love Experience, γνωστικο-συναισθηματική διάσταση του εργαλείου αγάπης), LREIS = Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (Love-Related Emotion Intensity, συναισθηματικο-ενεργειακή διάσταση του εργαλείου αγάπης), SCBCS = Κλίμακα Σύντομης Συμπνευτικής Αγάπης Santa Clara (Santa Clara Brief Compassion Scale), EE = Συναισθηματική Εξάντληση (Emotional Exhaustion), DEP = Αποπροσωποποίηση (Depersonalization), PA = Προσωπική Επίτευξη (Personal Accomplishment), EXT = Εξωστρέφεια (Extraversion), NEU = Νευρωτισμός (Neuroticism), PSY = Ψυχωτισμός (Psychoticism), LIE = Κλίμακα Ψεύδους (Lie Scale), b = μη τυποποιημένος συντελεστής διαδρομής, SE = τυπικό σφάλμα, Std. all' = τυποποιημένος συντελεστής διαδρομής, R<sup>2</sup> = ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης της αντίστοιχης ενδογενούς μεταβλητής.

**Πίνακας 4.** Στατιστικά σημαντικές έμμεσες και/ή συνολικές επιδράσεις μέσω της συμπόνιας και των μεταβλητών αγάπης

		b	SE	z-value	p	95% C.I.		Std. all <sup>a</sup>
						Lower	Upper	
<b>EE through SCBCS</b>								
NEU	<del>Indir.</del>	-0.005	0.015	-0.333	0.739	-0.034	0.024	-0.002
	<b>Total</b>	<b>1.287</b>	<b>0.115</b>	<b>11.197</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>1.062</b>	<b>1.513</b>	<b>0.502</b>
<b>DEP through SCBCS</b>								
EXT	<del>Indir.</del>	-0.046	0.02	-2.352	0.019	-0.084	-0.008	-0.03
	<b>Total</b>	<b>-0.112</b>	<b>0.07</b>	<b>-1.607</b>	<b>0.108</b>	<b>-0.249</b>	<b>0.025</b>	<b>-0.075</b>
NEU	<del>Indir.</del>	-0.022	0.012	-1.792	0.073	-0.045	0.002	-0.016
	<b>Total</b>	<b>0.383</b>	<b>0.069</b>	<b>5.584</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.249</b>	<b>0.518</b>	<b>0.273</b>
PSY	<del>Indir.</del>	0.025	0.022	1.156	0.248	-0.017	0.068	0.008
	<b>Total</b>	<b>0.754</b>	<b>0.141</b>	<b>5.348</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.478</b>	<b>1.031</b>	<b>0.248</b>
LIE	<del>Indir.</del>	-0.044	0.02	-2.199	0.028	-0.083	-0.005	-0.025
	<b>Total</b>	<b>-0.162</b>	<b>0.084</b>	<b>-1.928</b>	<b>0.054</b>	<b>-0.327</b>	<b>0.003</b>	<b>-0.091</b>
Gender	<del>Indir.</del>	0.296	0.149	1.982	0.047	0.003	0.588	0.018
	<b>Total</b>	<b>1.707</b>	<b>0.727</b>	<b>2.347</b>	<b>0.019</b>	<b>0.282</b>	<b>3.132</b>	<b>0.104</b>
<b>PA through SCBCS</b>								
EXT	<del>Indir.</del>	0.08	0.024	3.321	0.001	0.033	0.127	0.051
	<b>Total</b>	<b>0.169</b>	<b>0.074</b>	<b>2.298</b>	<b>0.022</b>	<b>0.025</b>	<b>0.313</b>	<b>0.107</b>
NEU	<del>Indir.</del>	0.038	0.018	2.126	0.034	0.003	0.072	0.027
	<b>Total</b>	<b>-0.28</b>	<b>0.067</b>	<b>-4.153</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>-0.412</b>	<b>-0.148</b>	<b>-0.197</b>
LIE	<del>Indir.</del>	0.077	0.026	2.927	0.003	0.025	0.129	0.041
	<b>Total</b>	<b>0.134</b>	<b>0.089</b>	<b>1.509</b>	<b>0.131</b>	<b>-0.04</b>	<b>0.307</b>	<b>0.071</b>
Gender	<del>Indir.</del>	-0.516	0.209	-2.467	0.014	-0.926	-0.106	-0.03
	<b>Total</b>	<b>-2.123</b>	<b>0.766</b>	<b>-2.772</b>	<b>0.006</b>	<b>-3.624</b>	<b>-0.622</b>	<b>-0.123</b>
<b>DEP through LREIS</b>								
EXT	<del>Indir.</del>	0.033	0.018	1.836	0.066	-0.002	0.068	0.022
	<b>Total</b>	<b>0.096</b>	<b>0.048</b>	<b>1.997</b>	<b>0.046</b>	<b>0.002</b>	<b>0.191</b>	<b>0.122</b>
<b>PA through LREIS</b>								
EXT	<del>Indir.</del>	0.055	0.021	2.625	0.009	0.014	0.096	0.035
	<b>Total</b>	<b>0.162</b>	<b>0.051</b>	<b>3.174</b>	<b>0.002</b>	<b>0.062</b>	<b>0.261</b>	<b>0.194</b>
NEU	<del>Indir.</del>	-0.004	0.012	-0.35	0.726	-0.028	0.019	-0.003
	<b>Total</b>	<b>0.102</b>	<b>0.033</b>	<b>3.059</b>	<b>0.002</b>	<b>0.037</b>	<b>0.168</b>	<b>0.157</b>
PSY	<del>Indir.</del>	-0.02	0.027	-0.736	0.461	-0.073	0.033	-0.006
	<b>Total</b>	<b>0.087</b>	<b>0.037</b>	<b>2.329</b>	<b>0.02</b>	<b>0.014</b>	<b>0.16</b>	<b>0.153</b>
LIE	<del>Indir.</del>	0.006	0.015	0.366	0.714	-0.025	0.036	0.003
	<b>Total</b>	<b>0.112</b>	<b>0.038</b>	<b>2.989</b>	<b>0.003</b>	<b>0.039</b>	<b>0.186</b>	<b>0.163</b>

Σημείωση: Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει τις στατιστικά σημαντικές έμμεσες και συνολικές επιδράσεις των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως αυτές εκτιμήθηκαν στο πλαίσιο του τελικού μοντέλου ανάλυσης διαδρομών. Οι έμμεσες επιδράσεις αναφέρονται στις διαμεσολαβητικές διαδρομές μέσω της Συμπνευτικής Αγάπης και των μεταβλητών αγάπης, ενώ οι συνολικές επιδράσεις περιλαμβάνουν το άθροισμα των άμεσων και έμμεσων διαδρομών. Παρατίθενται οι μη τυποποιημένοι συντελεστές (b), τα τυπικά σφάλματα (SE), οι τιμές z, τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας (p), τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης, καθώς και οι τυποποιημένοι

συντελεστές (Std. all). Συνολική τυποποιημένη λύση (Total Standardized Solution). SCBCS = Κλίμακα Σύντομης Συμπνευτικής Αγάπης Santa Clara (Santa Clara Brief Compassion Scale), LES = Εμπειρία Αγάπης (Love Experience, γνωστικο-συναισθηματική διάσταση του εργαλείου αγάπης), LREIS = Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (Love-Related Emotion Intensity, συναισθηματικο-ενεργειακή διάσταση του εργαλείου αγάπης), EE = Συναισθηματική Εξάντληση (Emotional Exhaustion), DEP = Αποπροσωποποίηση (Depersonalization), PA = Προσωπική Επίτευξη (Personal Accomplishment), EXT = Εξωστρέφεια (Extraversion), NEU = Νευρωτισμός (Neuroticism), PSY = Ψυχωτισμός (Psychoticism), LIE = Κλίμακα Ψεύδους (Lie Scale), b = μη τυποποιημένος συντελεστής διαδρομής, SE = τυπικό σφάλμα, C.I. = διάστημα εμπιστοσύνης, Std. all = τυποποιημένος συντελεστής διαδρομής. Οι έμμεσες επιδράσεις (Indirect effects) αντιπροσωπεύουν τις διαμεσολαβητικές διαδρομές μέσω της Συμπνευτικής Αγάπης και/ή των μεταβλητών αγάπης (LES, LREIS), ενώ οι συνολικές επιδράσεις (Total effects) περιλαμβάνουν το άθροισμα των άμεσων και έμμεσων επιδράσεων στο πλαίσιο του τελικού μοντέλου.

### 9.2.3 Άμεσες επιδράσεις

Η Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS) εμφάνισε στατιστικά σημαντικές άμεσες επιδράσεις σε δύο διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, συσχετίστηκε θετικά τόσο με την Αποπροσωποποίηση (DEP,  $b = 0.10$ ,  $p = .043$ ) όσο και με την Προσωπική Επίτευξη (PA,  $b = 0.17$ ,  $p = .001$ ), υποδηλώνοντας έναν αμφίδρομο και συμφραζόμενο-εξαρτώμενο ρόλο της συναισθηματικής έντασης στην πρόβλεψη τόσο αρνητικών όσο και θετικών πτυχών της εργασιακής εμπειρίας. Αντιθέτως, δεν διαπιστώθηκε άμεση σχέση μεταξύ της LREIS και της Συναισθηματικής Εξάντλησης (EE,  $p = .443$ ).

Η Εμπειρία Αγάπης (LES), η οποία αποτυπώνει τη γνωστικο-συναισθηματική διάσταση της αγάπης, δεν παρουσίασε άμεσες επιδράσεις σε καμία από τις τρεις διαστάσεις του MBI, γεγονός που υποδηλώνει έναν κατά κύριο λόγο έμμεσο ρόλο της μεταβλητής αυτής στα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αναφορικά με τη EE, υψηλότερα επίπεδα NEU συνδέθηκαν ισχυρά με αυξημένη εξάντληση ( $b = 0.50$ ,  $p < .001$ ). Αντιθέτως, η Εμπειρία Αγάπης (LES) ( $p = .360$ ), η Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS) ( $p = .443$ ), η Συμπνευτική Αγάπη (SCBCS,  $p = .736$ ), η Εξωστρέφεια (EXT,  $p = .539$ ), ο Ψυχωτισμός (PSY,  $p = .103$ ) και η Κλίμακα Ψεύδους (LIE,  $p$

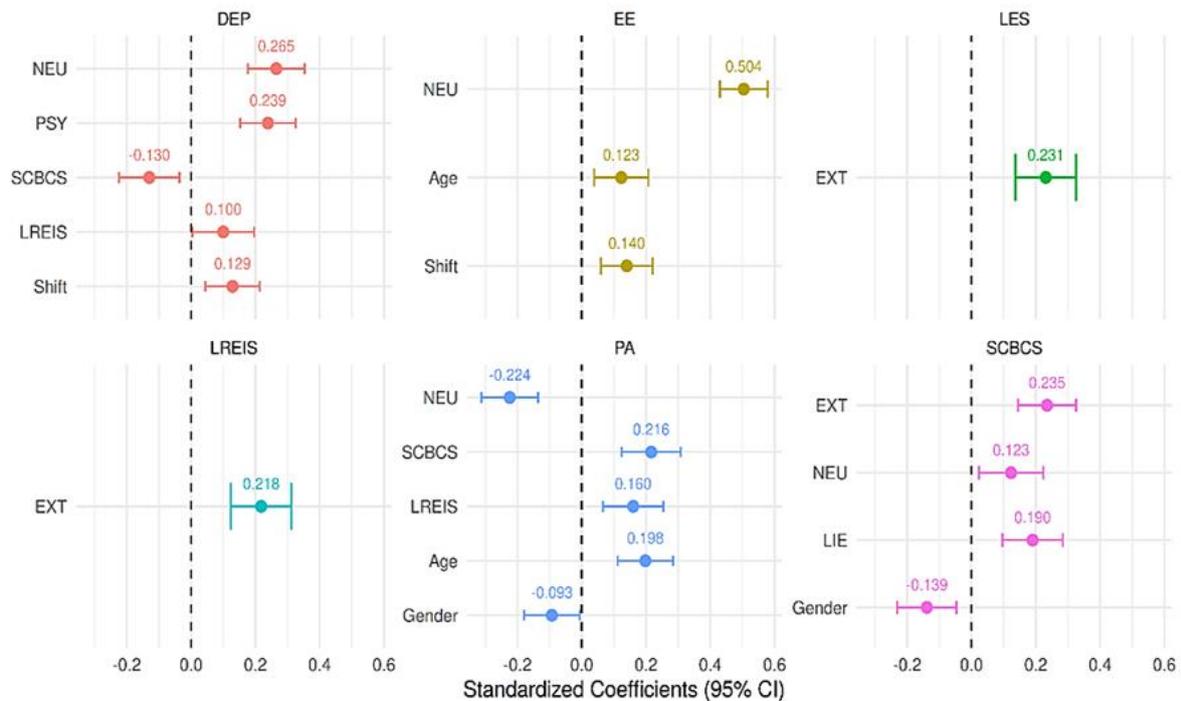
= .599) δεν εμφάνισαν άμεσες στατιστικά σημαντικές σχέσεις με τη Συναισθηματική Εξάντληση.

Σε επίπεδο δημογραφικών παραγόντων, οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης ( $b = 0.13, p = .004$ ), ενώ η εργασία σε εναλλασσόμενες βάρδιες συνδέθηκε επίσης με σημαντικά αυξημένη ΕΕ ( $b = 0.14, p = .001$ ).

Όσον αφορά την Αποπροσωποποίηση, υψηλότερες βαθμολογίες στη Συμπονετική Αγάπη (SCBCS) προέβλεπαν χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης ( $b = -0.13, p = .007$ ).

Παράλληλα, τόσο ο Νευρωτισμός ( $b = 0.27, p < .001$ ) όσο και ο Ψυχωτισμός ( $b = 0.24, p < .001$ ) αποτέλεσαν ισχυρούς θετικούς προβλεπτικούς παράγοντες της DEP. Επιπλέον, ο τύπος εναλλασσόμενης βάρδιας συνδέθηκε με υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης ( $b = 0.13, p = .003$ ). Αντιθέτως, το φύλο ( $p = .054$ ) και η ηλικία ( $p = .969$ ) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές άμεσες επιδράσεις στη DEP.

Σε σχέση με την Προσωπική Επίτευξη, παρατηρήθηκαν θετικές άμεσες επιδράσεις τόσο της Έντασης Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS) ( $b = 0.11, p = .001$ ) όσο και της Συμπονετικής Αγάπης (SCBCS) ( $b = 0.22, p < .001$ ). Αντιθέτως, ο Νευρωτισμός άσκησε ισχυρή αρνητική επίδραση στην Προσωπική Επίτευξη ( $b = -0.22, p < .001$ ). Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με την PA ( $b = 0.20, p < .001$ ), ενώ ο τύπος βάρδιας δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική επίδραση ( $p = .899$ ). Διαπιστώθηκε, τέλος, στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου, με τις γυναίκες να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα Προσωπικής Επίτευξης ( $b = -0.09, p = .034$ ). Οι στατιστικά σημαντικές άμεσες διαδρομές του μοντέλου απεικονίζονται συνοπτικά στο Σχήμα 3.



**Σχήμα 3.** Στατιστικά σημαντικές άμεσες διαδρομές του τελικού μοντέλου ανάλυσης διαδρομών.

Σημείωση: Παρουσιάζονται οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης, καθώς και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης, για τις άμεσες επιδράσεις των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, της συμπόνιας και των μεταβλητών αγάπης στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και στις ενδιάμεσες μεταβλητές του μοντέλου. Οι διακεκομμένες κάθετες γραμμές υποδηλώνουν τη μηδενική τιμή, ενώ απεικονίζονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές διαδρομές. EXT = Εξωστρέφεια (Extraversion), NEU = Νευρωτισμός (Neuroticism), PSY = Ψυχωτισμός (Psychoticism), LIE = Κλίμακα Ψεύδους (Lie Scale), EE = Συναισθηματική Εξάντληση (Emotional Exhaustion), DEP = Αποπροσωποποίηση (Depersonalization), PA = Προσωπική Επίτευξη (Personal Accomplishment), SCBCS = Κλίμακα Σύντομης Συμπονετικής Αγάπης Santa Clara (Santa Clara Brief Compassion Scale), LES = Εμπειρία Αγάπης (Love Experience, γνωστικο-συναισθηματική διάσταση του εργαλείου αγάπης), LREIS = Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (Love-Related Emotion Intensity, συναισθηματικο-ενεργειακή διάσταση του εργαλείου αγάπης).

### 9.2.4 Αξιολόγηση του διαμεσολαβητικού ρόλου των μεταβλητών αγάπης και συμπόνιας

Η ανάλυση των έμμεσων και συνολικών επιδράσεων του μοντέλου ανάλυσης διαδρομών ανέδειξε διακριτούς και διαφοροποιημένους διαμεσολαβητικούς ρόλους για τη Συμπονετική Αγάπη (SCBCS), την Εμπειρία Αγάπης (LES) και την Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS) στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η Συμπονετική Αγάπη (SCBCS) λειτούργησε ως ουσιαστικός διαμεσολαβητικός μηχανισμός στις σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και τόσο της Αποπροσωποποίησης όσο και της Προσωπικής Επίτευξης. Ειδικότερα, υψηλότερα επίπεδα Εξωστρέφειας και χαμηλότερα επίπεδα Νευρωτισμού συνδέθηκαν με αυξημένη Προσωπική Επίτευξη μέσω της SCBCS (EXT: έμμεσο  $b = 0.08$ ,  $p = .001$ ; NEU: έμμεσο  $b = 0.04$ ,  $p = .034$ ). Παράλληλα, η Εξωστρέφεια, η Κλίμακα Ψεύδους (Lie Scale) και το φύλο άσκησαν στατιστικά σημαντικές έμμεσες επιδράσεις στην Αποπροσωποποίηση μέσω της Συμπονετικής Αγάπης, υποδηλώνοντας ότι η SCBCS μεταφέρει μέρος της επίδρασης τόσο διαθεσιακών όσο και δημογραφικών παραγόντων στις διαπροσωπικές πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι συνολικές τυποποιημένες επιδράσεις επιβεβαίωσαν περαιτέρω τον κεντρικό ρόλο της SCBCS στο μοντέλο. Συγκεκριμένα, η συνολική επίδραση της SCBCS στην Προσωπική Επίτευξη ανήλθε έως  $Std. all = 0.11$ , ενώ η αντίστοιχη συνολική επίδραση στην Αποπροσωποποίηση έφτασε έως  $Std. all = 0.27$ , καταδεικνύοντας ότι η Συμπονετική Αγάπη εξηγεί σημαντικό μέρος της συνολικής επίδρασης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των δημογραφικών παραγόντων στα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντιθέτως, η Εμπειρία Αγάπης (LES) δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές έμμεσες ή συνολικές επιδράσεις στη Συναισθηματική Εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση ή την Προσωπική Επίτευξη. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η συμβολή της LES στο παρόν μοντέλο είναι περιορισμένη ή ενδεχομένως εκδηλώνεται μέσω εναλλακτικών διαδρομών που δεν εξετάστηκαν στην παρούσα ανάλυση.

Η Ένταση Συναισθημάτων Αγάπης (LREIS), αν και δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικές έμμεσες επιδράσεις στην ΕΕ ή την ΡΑ μέσω άλλων διαμεσολαβητών, παρουσίασε σημαντικές συνολικές επιδράσεις, κυρίως στην Προσωπική Επίτευξη. Ενδεικτικά, η Εξωστρέφεια προέβλεψε την Προσωπική Επίτευξη μέσω της LREIS (συνολικό  $b = 0.162$ ,  $p = .002$ ), ενώ παρόμοιες συνολικές επιδράσεις παρατηρήθηκαν για τον Νευρωτισμό, τον

Ψυχωτισμό και την Κλίμακα Ψεύδους στην PA. Επιπλέον, η Αποπροσωποποίηση επηρεάστηκε σε μικρό αλλά στατιστικά σημαντικό βαθμό από την Εξωστρέφεια μέσω της LREIS (συνολικό  $b = 0.096$ ,  $p = .046$ ). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η LREIS ασκεί κυρίως άμεσες συνολικές επιδράσεις, και όχι διαμεσολαβητικές, στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδίως στην Προσωπική Επίτευξη και σε μικρότερο βαθμό στην Αποπροσωποποίηση.

Συνολικά, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι ο Νευρωτισμός προέβλεπε σταθερά δυσμενέστερα αποτελέσματα και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντιθέτως, η Συμπονετική Αγάπη (SCBCS) αναδείχθηκε ως προστατευτικός παράγοντας, μετριάζοντας την Αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη Προσωπική Επίτευξη. Η προστατευτική αυτή επίδραση δεν επεκτάθηκε στη Συναισθηματική Εξάντληση, η οποία παρέμεινε στενότερα συνδεδεμένη με δομικούς και οργανωσιακούς παράγοντες, όπως η ηλικία και ο τύπος βάρδιας.

Κατά συνέπεια, η Συμπονετική Αγάπη φαίνεται να λειτουργεί κυρίως ως ψυχολογικός και κινητοποιητικός πόρος, ο οποίος αμβλύνει τις διαπροσωπικές και αυτο-αξιολογικές πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρά τη σωματική ή συναισθηματική κόπωση που είναι εγγενής στη νοσηλευτική εργασία. Συνοψίζοντας, η SCBCS αναδείχθηκε ως ο βασικός διαμεσολαβητής μέσω του οποίου μεταφέρονται οι επιδράσεις των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των δημογραφικών παραγόντων στα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ η LES παρουσίασε αμελητέο διαμεσολαβητικό ρόλο και η LREIS συνέβαλε κυρίως μέσω άμεσων συνολικών επιδράσεων, αναδεικνύοντας έναν διακριτό αλλά περιορισμένο ρόλο στο συνολικό μοντέλο.

### **9.3 Συζήτηση**

Η παρούσα ερευνητική ενότητα αξιοποίησε την ανάλυση διαδρομών προκειμένου να διερευνήσει με συστηματικό και ολοκληρωμένο τρόπο τον ρόλο των χαρακτηριστικών της

προσωπικότητας, της συμπόνιας και των συναισθημάτων που σχετίζονται με την αγάπη στην πρόβλεψη της επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα Ελλήνων/ίδων νοσηλευτών/τριών. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την πολυεπίπεδη και δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ διαθεσιακών, συναισθηματικών και δημογραφικών παραγόντων στη διαμόρφωση των διαφορετικών εκφάνσεων της εξουθένωσης, επιβεβαιώνοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί ενιαίο φαινόμενο αλλά σύνθετη ψυχοκοινωνική διεργασία.

Συνολικά, τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τον προστατευτικό ρόλο της συμπόνιας, τον κεντρικό και διαχρονικά σταθερό ρόλο του νευρωτισμού ως παράγοντα ευαλωτότητας, καθώς και τη συμβολή δημογραφικών παραμέτρων, όπως το φύλο, η ηλικία και ο τύπος βάρδιας, στη διαμόρφωση των εκβάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Pakou et al., 2024; Pereira et al., 2022). Επιπλέον, η διατήρηση στατιστικά σημαντικών μερικών συσχετίσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των διαστάσεων της εξουθένωσης, ακόμη και μετά τον έλεγχο για τη συμπόνια και τις μεταβλητές αγάπης, υποδηλώνει ότι οι συναισθηματικοί αυτοί πόροι λειτουργούν ως μερικοί ρυθμιστές και όχι ως πλήρεις διαμεσολαβητές των εν λόγω σχέσεων. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι, παρότι η συμπόνια και η αγάπη μπορούν να μετριάσουν τις δυσμενείς επιδράσεις δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών, όπως ο νευρωτισμός και η ψυχωτιστικότητα, η προσωπικότητα εξακολουθεί να ασκεί άμεση, σταθερή και διαρκή επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση.

Μεταξύ των διαστάσεων της προσωπικότητας, ο νευρωτισμός αναδείχθηκε ως ο πλέον συνεπής και ισχυρός προγνωστικός παράγοντας και των τριών διαστάσεων του MBI, δηλαδή της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και της προσωπικής επίτευξης. Το εύρημα αυτό εναρμονίζεται με εκτενή βιβλιογραφία που καταδεικνύει ότι τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό χαρακτηρίζονται από αυξημένη αρνητική συναισθηματικότητα, χαμηλότερη ανοχή στο στρες και εντονότερη αντιδραστικότητα απέναντι σε απαιτητικά εργασιακά ερεθίσματα, καθιστώντας τα ιδιαίτερα ευάλωτα σε συναισθηματικά φορτισμένα περιβάλλοντα

υγειονομικής φροντίδας (Kim et al., 2021; Pakou et al., 2024; Watson & Clark, 1984). Αντιθέτως, η εξωστρέφεια συσχετίστηκε θετικά με την προσωπική επίτευξη, τόσο άμεσα όσο και έμμεσα μέσω της συμπόνιας, αναδεικνύοντας τον ρόλο της κοινωνικότητας, της ενεργητικότητας και της θετικής συναισθηματικότητας στη διατήρηση της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας και του αισθήματος νοήματος στην εργασία (Schlotzhauer et al., 2025; Seibert & Kraimer, 2001). Συνολικά, τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται με σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα προσωπικότητας–επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με τα οποία τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά ενισχύουν την ανθεκτικότητα, ενώ τα δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά εντείνουν την ψυχοσυναισθηματική φθορά (Masoumi et al., 2024; Velando-Soriano et al., 2024).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά άσκησαν επίσης ουσιαστικές και διαφοροποιημένες επιδράσεις. Οι νοσηλεύτριες μεγαλύτερης ηλικίας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης αλλά και μεγαλύτερη προσωπική επίτευξη, αποτυπώνοντας μια διττή αναπτυξιακή διεργασία, κατά την οποία η συσσωρευμένη κόπωση συνυπάρχει με την αυξημένη επαγγελματική επάρκεια και το ενισχυμένο αίσθημα νοήματος (Beier et al., 2023; Getie et al., 2025; Lastari et al., 2025). Παράλληλα, η εργασία σε εναλλασσόμενες βάρδιες συσχετίστηκε με αυξημένη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, επιβεβαιώνοντας ευρήματα που δείχνουν ότι τα ακανόνιστα ωράρια διαταράσσουν τους κirkάδιους ρυθμούς, τις διαδικασίες ανάκαμψης και την ψυχοσωματική ισορροπία των επαγγελματιών υγείας (Chen et al., 2025; Peterson et al., 2019; Wisetborisut et al., 2014).

Οι επιδράσεις του φύλου αναδείχθηκαν πιο σύνθετες και πολυεπίπεδες. Παρότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας ή της συναισθηματικής εξάντλησης – σε συμφωνία με ορισμένες προηγούμενες μελέτες (Almulih et al., 2022) – οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ψυχωτιστικότητας και αποπροσωποποίησης, ενώ οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερη συμπόνια και προσωπική επίτευξη (Löffler & Greitemeyer,

2023). Το μοτίβο αυτό ενδέχεται να αντανακλά έμφυλες συναισθηματικές και κοινωνικές προσδοκίες εντός της νοσηλευτικής πρακτικής, με τις γυναίκες να εσωτερικεύουν περισσότερο ρόλους φροντίδας και ενσυναίσθησης και τους άνδρες να υιοθετούν πιο αποστασιοποιημένες στρατηγικές αντιμετώπισης του επαγγελματικού στρες (Bracke et al., 2008; Martínez-Morato et al., 2021).

Η συμπόνια, όπως αποτυπώθηκε μέσω της Santa Clara Brief Compassion Scale, παρουσίασε διακριτές και στοχευμένες προστατευτικές επιδράσεις. Αν και δεν συνδέθηκε με τη συναισθηματική εξάντληση, υψηλότερα επίπεδα συμπόνιας προέβλεπαν χαμηλότερη αποπροσωποποίηση και υψηλότερη προσωπική επίτευξη, επιβεβαιώνοντας ότι η συμπόνια λειτουργεί κυρίως ως αντίβαρο στον κυνισμό και ως ενισχυτικός παράγοντας του επαγγελματικού νοήματος (McDonald et al., 2021; Sinclair et al., 2020). Επιπλέον, οι έμμεσες επιδράσεις έδειξαν ότι η εξωστρέφεια και η κοινωνική επιθυμητότητα (LIE Scale) μείωναν την αποπροσωποποίηση μέσω της θετικής τους σχέσης με τη συμπόνια, εύρημα που συνάδει με τους San Román-Nieves et al. (2022), οι οποίοι ανέδειξαν τον διαμεσολαβητικό ρόλο της συμπόνιας μεταξύ προσωπικών και κοινωνικών πόρων και ευημερίας στον χώρο της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η συμπόνια αναδεικνύεται ως εσωτερικός ψυχολογικός και κινητοποιητικός πόρος, ο οποίος γεφυρώνει τη δομή της προσωπικότητας με τα επαγγελματικά αποτελέσματα. Η ενσωμάτωση κατασκευών που σχετίζονται με την αγάπη μέσω των δύο διαστάσεων του Love Instrument προσέφερε καινοτόμο γνώση σχετικά με τις συναισθηματικές διεργασίες που υποκρύπτουν την επαγγελματική εξουθένωση. Παρότι η εμπειρία της αγάπης δεν εμφάνισε άμεσες ή έμμεσες επιδράσεις, η ένταση των συναισθημάτων που σχετίζονται με την αγάπη παρουσίασε διττό ρόλο. Από τη μία πλευρά, η αυξημένη συναισθηματική ένταση συνδέθηκε με υψηλότερη αποπροσωποποίηση, υποδηλώνοντας ότι η έντονη συναισθηματική εμπλοκή μπορεί, υπό ορισμένες συνθήκες, να οδηγεί σε συναισθηματική αποστασιοποίηση ως μηχανισμό αυτοπροστασίας. Από την άλλη πλευρά, η ίδια συναισθηματική ένταση προέβλεψε

υψηλότερη προσωπική επίτευξη, αναδεικνύοντας ότι μπορεί να λειτουργεί και ως πηγή νοήματος, δέσμευσης και επαγγελματικής ικανοποίησης. Τα διττά αυτά ευρήματα συνάδουν με θεωρητικές προσεγγίσεις που αντιμετωπίζουν την αγάπη ως δυναμικό συναισθηματικό φαινόμενο, το οποίο μπορεί να λειτουργεί τόσο ως πόρος όσο και ως στρεσογόνος παράγοντας, ανάλογα με το πλαίσιο και τις απαιτήσεις (Donato et al., 2018; Thomas, 2016).

Συνολικά, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η συμπόνια αποτελεί τον κύριο διαμεσολαβητή που συνδέει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας με τις εκβάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ότι η συναισθηματική ένταση της αγάπης συμβάλλει κυρίως μέσω άμεσων και αμφίδρομων επιδράσεων, ενώ η εμπειρία της αγάπης διαδραματίζει περιορισμένο ρόλο στο παρόν μοντέλο. Η διάκριση αυτή υποδηλώνει ότι η συναισθηματική εξάντληση ενδέχεται να έχει ισχυρότερες φυσιολογικές και οργανωσιακές ρίζες και να είναι λιγότερο δεκτική σε αμιγώς ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Figley, 2002; Kaplan Serin et al., 2021; Khanjani et al., 2021). Κατά συνέπεια, παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση της συμπόνιας θα πρέπει να πλαισιώνονται από οργανωτικές στρατηγικές διαχείρισης του φόρτου εργασίας, της στελέχωσης και του προγραμματισμού βαρδιών, ώστε να επιτευχθεί ουσιαστική και βιώσιμη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους/στις νοσηλευτές/τριες.

Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ένα πολυπαραγοντικό και μη γραμμικό μοντέλο επαγγελματικής εξουθένωσης, στο οποίο η προσωπικότητα, οι συναισθηματικοί πόροι και οι οργανωσιακές συνθήκες αλληλεπιδρούν δυναμικά

#### **9.4 Κλινικές και πρακτικές επιπτώσεις**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση στους/στις νοσηλευτές/τριες δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί επαρκώς μέσω μίας και μόνο κατηγορίας παρεμβάσεων, αλλά απαιτεί συνδυαστική, πολυεπίπεδη προσέγγιση που να ενσωματώνει ατομικούς, διαπροσωπικούς και οργανωσιακούς μηχανισμούς. Με δεδομένο ότι η συμπόνια σχετίστηκε με χαμηλότερη αποπροσωποποίηση και υψηλότερη προσωπική

επίτευξη, παρεμβάσεις που ενισχύουν τη συμπονετική στάση δύνανται να λειτουργήσουν ως ψυχολογικός «ανασχετικός» μηχανισμός απέναντι στις πιο διαπροσωπικές και αυτο-αξιολογικές πτυχές της εξουθένωσης.

Σε ατομικό και κλινικό επίπεδο, προγράμματα καλλιέργειας συμπόνιας, όπως παρεμβάσεις βασισμένες στην ενσυνειδητότητα, δομημένες συνεδρίες αναστοχαστικής πρακτικής και θεραπευτικές προσεγγίσεις εστιασμένες στη συμπόνια, μπορούν να ενισχύσουν την ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης και να περιορίσουν την ανάπτυξη κυνισμού και αποστασιοποίησης. Παράλληλα, η πρώιμη ψυχολογική ανίχνευση (screening) και η στοχευμένη εκπαίδευση σε δεξιότητες ανθεκτικότητας θα μπορούσαν να υποστηρίξουν ιδιαίτερα τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, τα οποία εμφανίζουν αυξημένη ευαλωτότητα σε δυσμενείς εκβάσεις, μέσω προγραμμάτων πρόληψης, εξατομικευμένης συμβουλευτικής και ενδυνάμωσης στρατηγικών αντιμετώπισης.

Σε οργανωτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την ανάγκη για δομικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στους συστημικούς στρεσογόνους παράγοντες. Η βελτίωση του προγραμματισμού βαρδιών, η επαρκής στελέχωση, η μείωση της χρόνιας υπερεργασίας και η δημιουργία σταθερών διαδικασιών αποφόρτισης και υποστήριξης του προσωπικού αποτελούν κρίσιμα σημεία παρέμβασης, ιδίως όταν η συναισθηματική εξάντληση φαίνεται να συνδέεται στενότερα με εργασιακές συνθήκες και απαιτήσεις. Επιπλέον, η ανάπτυξη πολιτικών ευαισθητοποιημένων ως προς το φύλο (gender-sensitive policies)—όπως η ισότιμη πρόσβαση σε υποστήριξη, η αναγνώριση διαφορετικών μορφών συναισθηματικής επιβάρυνσης και η αποφυγή στερεοτυπικών προσδοκιών στους ρόλους φροντίδας—ενδέχεται να συμβάλει στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής ασφάλειας του εργασιακού περιβάλλοντος.

Συνολικά, η προαγωγή της ευημερίας των νοσηλευτών/τριών και η διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας προς τους ασθενείς προϋποθέτουν ένα ενοποιημένο πλαίσιο δράσης, στο οποίο οι παρεμβάσεις ενδυνάμωσης της συμπόνιας και της ανθεκτικότητας συνδυάζονται με

οργανωτικές αλλαγές που μειώνουν την αθροιστική επιβάρυνση της εργασίας και ενισχύουν τη βιώσιμη επαγγελματική λειτουργικότητα.

### **9.5 Περιορισμοί και μελλοντικές κατευθύνσεις**

Παρά την ερευνητική και κλινική συνεισφορά της παρούσας μελέτης, ορισμένοι περιορισμοί οφείλουν να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Πρώτον, ο συγχρονικός (cross-sectional) σχεδιασμός δεν επιτρέπει ισχυρές αιτιώδεις συναγωγές σχετικά με την κατεύθυνση των σχέσεων μεταξύ προσωπικότητας, συμπόνιας, μεταβλητών αγάπης και επαγγελματικής εξουθένωσης. Επομένως, τα ευρήματα πρέπει να ερμηνεύονται ως ενδείξεις συσχετίσεων και πιθανολογούμενων διαδρομών, χωρίς να αποκλείεται η ύπαρξη αμφίδρομων ή ανατροφοδοτούμενων σχέσεων.

Δεύτερον, η χρήση αυτοαναφερόμενων μέτρων ενδέχεται να εισάγει κίνδυνο κοινού σφάλματος μεθόδου (common method bias) και πιθανές επιδράσεις κοινωνικής επιθυμητότητας, ιδίως σε μεταβλητές που άπτονται της αυτοεικόνας, της συμπόνιας και του επαγγελματικού ήθους. Παρότι η ανωνυμία και η εθελοντική συμμετοχή μπορούν να περιορίσουν εν μέρει αυτές τις επιδράσεις, μελλοντικές μελέτες θα ωφελούνταν από τη χρήση πολυμεθοδολογικών προσεγγίσεων, όπως αξιολογήσεις από τρίτους, οργανωσιακούς δείκτες ή/και συμπεριφορικά μέτρα.

Τρίτον, οι σχέσεις μεταξύ προσωπικότητας, συμπόνιας και επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανό να διαφοροποιούνται ανάλογα με το πλαίσιο υγειονομικής φροντίδας, τον επαγγελματικό ρόλο και το πολιτισμικό περιβάλλον (Frey et al., 2025). Επομένως, η γενικευσιμότητα των ευρημάτων θα πρέπει να εξεταστεί περαιτέρω μέσω διαχρονικών (longitudinal) και διαπολιτισμικών (cross-cultural) ερευνών, οι οποίες θα επιτρέψουν τον έλεγχο της σταθερότητας των διαδρομών και την εξέταση πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ συστημάτων υγείας και πολιτισμικών προτύπων φροντίδας.

Τέταρτον, σημαντικός μεθοδολογικός περιορισμός αφορά τη χρήση του μη σταθμισμένου Love Instrument. Παρά το γεγονός ότι το εργαλείο διαθέτει θεωρητική συνοχή και επέτρεψε την επιχειρησιακή αποτύπωση διακριτών διαστάσεων της αγάπης, απαιτείται επίσημη ψυχομετρική επικύρωση (αξιοπιστία, εγκυρότητα, διασταυρούμενη επικύρωση) προκειμένου να τεκμηριωθεί πλήρως η κατασκευαστική του επάρκεια και να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη στη χρήση του σε μελλοντικές εφαρμογές.

Πέμπτον, η επιλογή του Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) αντί του συχνότερα χρησιμοποιούμενου NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) ενδέχεται να περιορίζει τη συγκρισιμότητα με τμήμα της διεθνούς βιβλιογραφίας, η οποία βασίζεται κυρίως στο μοντέλο των Πέντε Παραγόντων. Ωστόσο, προγενέστερα δεδομένα υποδεικνύουν σημαντική εννοιολογική και εμπειρική επικάλυψη μεταξύ αντίστοιχων διαστάσεων των δύο θεωρητικών πλαισίων, γεγονός που υποστηρίζει ότι η συγκεκριμένη επιλογή δεν υπονομεύει ουσιωδώς την ερμηνευτική αξία των αποτελεσμάτων (Alansari & Alali, 2021; Draycott & Kline, 1995; McCrae & Costa, 1985; Weiss et al., 2024).

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν: (α) στη διερεύνηση αιτιωδών μηχανισμών μέσω διαχρονικών σχεδιασμών, (β) στη δοκιμή παρεμβατικών πρωτοκόλλων που ενισχύουν τη συμπόνια και την ανθεκτικότητα, (γ) στην περαιτέρω ψυχομετρική τεκμηρίωση των μεταβλητών αγάπης και (δ) στη συγκριτική αξιολόγηση διαφορετικών μοντέλων προσωπικότητας, ώστε να ενισχυθεί η διασταύρωση ευρημάτων και η ενσωμάτωσή τους σε ευρύτερα θεωρητικά πλαίσια.

## **9.6 Συμπεράσματα**

Η παρούσα ερευνητική ενότητα της διατριβής επιδίωξε να διερευνήσει σε βάθος την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών/τριών, ενσωματώνοντας σε ένα ενιαίο ερμηνευτικό πλαίσιο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη συμπόνια και διακριτές διαστάσεις των συναισθημάτων που σχετίζονται με την αγάπη. Μέσω της ανάλυσης

διαδρομών, κατέστη δυνατή η ταυτόχρονη εξέταση άμεσων, έμμεσων και συνολικών επιδράσεων, προσφέροντας μια πολυεπίπεδη κατανόηση των μηχανισμών που συνδέουν ατομικούς, συναισθηματικούς και οργανωσιακούς παράγοντες με τις εκβάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Κεντρικό συμπέρασμα της μελέτης αποτελεί η ανάδειξη του νευρωτισμού ως σταθερού και διαχρονικά ισχυρού παράγοντα κινδύνου για όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο νευρωτισμός συνδέθηκε συστηματικά με αυξημένη συναισθηματική εξάντληση, ενισχυμένη αποπροσωποποίηση και μειωμένη προσωπική επίτευξη, επιβεβαιώνοντας ότι η αυξημένη αρνητική συναισθηματικότητα και η μειωμένη ανοχή στο στρες αποτελούν βασικούς μηχανισμούς ευαλωτότητας σε συναισθηματικά απαιτητικά επαγγελματικά περιβάλλοντα, όπως η νοσηλευτική. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι, ακόμη και σε συνθήκες παρόμοιων οργανωσιακών απαιτήσεων, η προσωπικότητα διαμορφώνει ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει, επεξεργάζεται και αντέχει το επαγγελματικό φορτίο.

Παράλληλα, η συμπόνια αναδείχθηκε ως ο βασικός προστατευτικός και διαμεσολαβητικός παράγοντας του μοντέλου. Η Συμπονετική Αγάπη δεν λειτούργησε απλώς ως ευνοϊκό χαρακτηριστικό, αλλά ως ενεργός ψυχολογικός πόρος που μετρίασε την αποπροσωποποίηση και ενίσχυσε την προσωπική επίτευξη, μεταφέροντας μέρος της επίδρασης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των δημογραφικών παραγόντων στις εκβάσεις της εξουθένωσης. Το γεγονός ότι η συμπόνια δεν συσχετίστηκε άμεσα με τη συναισθηματική εξάντληση υποδηλώνει ότι η τελευταία συνδέεται στενότερα με φυσιολογικούς και οργανωσιακούς μηχανισμούς κόπωσης, ενώ οι διαπροσωπικές και αυτο-αξιολογικές πτυχές της εξουθένωσης είναι περισσότερο δεκτικές σε ψυχολογική ενδυνάμωση. Η εξωστρέφεια συνέβαλε σε θετικές επαγγελματικές εκβάσεις, κυρίως μέσω της σχέσης της με τη συμπόνια, ενισχύοντας την προσωπική επίτευξη και μειώνοντας έμμεσα την

αποπροσωποποίηση. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν λειτουργούν απομονωμένα, αλλά ενεργοποιούν συναισθηματικούς πόρους που προάγουν τη δέσμευση, το νόημα και την επαγγελματική ολοκλήρωση. Αντιθέτως, χαρακτηριστικά όπως η ψυχωτιστικότητα συνδέθηκαν με δυσμενέστερες εκβάσεις, κυρίως σε επίπεδο αποπροσωποποίησης, επιβεβαιώνοντας τον ρόλο της συναισθηματικής αποστασιοποίησης ως δυσπροσαρμοστικής στρατηγικής αντιμετώπισης.

Ιδιαίτερη καινοτομία της παρούσας ερευνητικής ενότητας της διατριβής αποτελεί η ενσωμάτωση κατασκευών που σχετίζονται με την αγάπη στο ερμηνευτικό μοντέλο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι η εμπειρία της αγάπης (γνωστικο-συναισθηματική διάσταση) δεν διαδραμάτισε ουσιαστικό ρόλο στις εκβάσεις της εξουθένωσης, ενώ η ένταση των συναισθημάτων που σχετίζονται με την αγάπη παρουσίασε έναν διττό και αμφίδρομο ρόλο. Η αυξημένη συναισθηματική ένταση συνδέθηκε αφενός με υψηλότερη αποπροσωποποίηση, αφετέρου με ενισχυμένη προσωπική επίτευξη, αναδεικνύοντας ότι η ίδια συναισθηματική εμπλοκή μπορεί να λειτουργήσει τόσο ως πηγή νοήματος όσο και ως στρεσογόνος παράγοντας. Το συμπέρασμα αυτό φωτίζει την πολυπλοκότητα του συναισθηματικού τοπίου της υγειονομικής φροντίδας και υποδεικνύει ότι δεν είναι η παρουσία των συναισθημάτων καθεαυτή που καθορίζει την ευημερία, αλλά ο τρόπος ρύθμισης και ενσωμάτωσής τους στην επαγγελματική ταυτότητα.

Οι δημογραφικοί και εργασιακοί παράγοντες συμπλήρωσαν το ερμηνευτικό πλαίσιο. Η ηλικία συνδέθηκε ταυτόχρονα με αυξημένη συναισθηματική εξάντληση και υψηλότερη προσωπική επίτευξη, αποτυπώνοντας μια αναπτυξιακή δυναμική κατά την οποία η συσσωρευμένη κόπωση συνυπάρχει με την επαγγελματική ωριμότητα και το αίσθημα επάρκειας. Ο τύπος βάρδιας, ιδίως η εργασία σε εναλλασσόμενα ωράρια, αναδείχθηκε ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, επιβεβαιώνοντας τον κρίσιμο ρόλο των οργανωσιακών συνθηκών στη

διαμόρφωση της επαγγελματικής φθοράς. Οι έμφυλες διαφοροποιήσεις ανέδειξαν επιπλέον ότι οι εμπειρίες εξουθένωσης και οι συναισθηματικοί πόροι δεν κατανέμονται ομοιόμορφα, αλλά διαμορφώνονται και από κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες.

Συνολικά, η παρούσα ερευνητική ενότητα της διατριβής καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική εξουθένωση στους/στις νοσηλευτές/τριες δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς μέσω μονοπαραγοντικών προσεγγίσεων. Αντιθέτως, προκύπτει ως αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ διαθεσιακής ευαλωτότητας, συναισθηματικών πόρων και οργανωσιακών απαιτήσεων. Η συμπίνα αναδεικνύεται ως ο κατεξοχήν μηχανισμός μέσω του οποίου η προσωπικότητα μεταφράζεται σε επαγγελματική εμπειρία, ενώ η συναισθηματική ένταση της αγάπης λειτουργεί ως πιο άμεσος, αλλά λιγότερο σταθερός παράγοντας επιρροής. Η διάκριση αυτή έχει ουσιαστικές θεωρητικές και πρακτικές συνέπειες, υποδεικνύοντας ότι η ενίσχυση της συμπίνας, σε συνδυασμό με οργανωτικές παρεμβάσεις που μειώνουν τη χρόνια κόπωση, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βιώσιμη επαγγελματική λειτουργία, την ψυχολογική ευημερία και την ποιοτική φροντίδα των ασθενών.

Με τον τρόπο αυτό, η παρούσα ερευνητική ενότητα της διατριβής συμβάλλει τόσο στη θεωρητική εμπάθυνση της επαγγελματικής εξουθένωσης όσο και στη διαμόρφωση ενός πιο ανθρωποκεντρικού, συναισθηματικά ενήμερου πλαισίου φροντίδας, το οποίο αναγνωρίζει ότι η φροντίδα των άλλων προϋποθέτει τη φροντίδα των ίδιων των επαγγελματιών υγείας.

### 3η Ερευνητική ενότητα

#### Σύμβολα και μεταφορές της φροντίδας και της αγάπης στη νοσηλευτική: διερεύνηση της ψυχολογικής και επαγγελματικής νοηματοδότησης

*«Ο άνθρωπος είναι το μόνο ον που αφηγείται για να αντέξει.»  
Hannah Arendt*

Η φροντίδα συνιστά πρωτίστως πράξη σχέσης, η οποία συγκροτείται και διαμεσολαβείται τόσο μέσω της πράξης όσο και μέσω της γλώσσας που τη συνοδεύει. Οι λέξεις, οι εικόνες και οι μεταφορές δεν λειτουργούν απλώς περιγραφικά, αλλά οργανώνουν τη βιωμένη και ηθική εμπειρία της προσφοράς και της λήψης φροντίδας, καθορίζοντας τι θεωρείται ουσιώδες, ανεκτό ή οριακό μέσα στη θεραπευτική σχέση. Παρότι οι αφηγήσεις των ασθενών έχουν αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, η συμβολική γλώσσα των νοσηλευτών/τριών—δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο ονομάζουν, απεικονίζουν και νοηματοδοτούν την «αγάπη» στην εργασιακή καθημερινότητα—παραμένει συγκριτικά υποδιερευνημένη (Adib-Hajbaghery & BolandianBafghi, 2020). Η συστηματική παρατήρηση της γλώσσας αυτής δύναται να αποκαλύψει σχεσιακές στάσεις, αξιακές τοποθετήσεις και μορφές ευαλωτότητας που δύσκολα ανιχνεύονται μέσω τυπικών ψυχομετρικών μετρήσεων. Σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης και πολυπλοκότητας, η προσοχή στον τρόπο με τον οποίο η αγάπη φαντάζεται και εκφράζεται από τους/τις επαγγελματίες υγείας μπορεί να φωτίσει τις «υφές» της πρακτικής που διατηρούν την ανθρώπινη διάσταση της φροντίδας (Jean Watson, 2008).

Διαχρονικά και διεπιστημονικά, η αγάπη αναγνωρίζεται ως μία από τις πιο σύνθετες ανθρώπινες εμπειρίες. Έχει περιγραφεί ως κοινωνικά κατασκευασμένη μέσα σε πολιτισμικούς κανόνες και προσδοκίες (Beall & Sternberg, 1995), ως ψυχολογικός ρυθμιστής που συμβάλλει στη διαχείριση της ευαλωτότητας και της απειλής (Bouchard & Thériault, 2003), αλλά και ως

καθολικός μηχανισμός δέσμευσης, ενσωματωμένος σε παραδόσεις που υποστηρίζουν τη συνεργασία και τη συνοχή στον χρόνο (Kowal et al., 2024). Τα σύμβολα της αγάπης—όπως καρδιές, τριαντάφυλλα, φυσικές και εποχικές εικόνες—διασχίζουν πολιτισμούς και ιστορικές περιόδους· ωστόσο, τα νοήματά τους δεν είναι ποτέ σταθερά, καθώς παράγονται, αμφισβητούνται και επαναερμηνεύονται εντός συγκεκριμένων κοινωνικών και πολιτισμικών πλαισίων (Fragasso & Carlino, 2023; Yeh, 2021). Επιπλέον, οι σημασίες της αγάπης διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τη σχεσιακή κατάσταση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Tehrani & Yamini, 2020; Heintz & Ruch, 2022; Reis et al., 2000), υποδηλώνοντας ότι τόσο η κοινωνική θέση όσο και η ατομική διάθεση διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο η αγάπη φαντάζεται και βιώνεται.

Στα επαγγέλματα φροντίδας, η αγάπη συχνά αναφέρεται ως ουσιώδης πυρήνας της νοσηλευτικής πρακτικής, καθώς στηρίζει τη θεραπευτική παρουσία, την επικοινωνία και τις σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών/τριών, ασθενών και οικογενειών. Η πλαισίωση αυτή δεν συνεπάγεται ρομαντικοποίηση του επαγγέλματος· αντιθέτως, αναγνωρίζει ότι η πειθαρχημένη προσοχή, η συμπόνια και η πιστότητα στη σχέση μπορούν να εμβαθύνουν τις κλινικές αλληλεπιδράσεις και να προστατεύσουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Adib-Hajbaghery & BolandianBafghi, 2020). Παρά την εννοιολογική της κεντρικότητα, ωστόσο, η εμπειρική έρευνα στη νοσηλευτική τείνει να εστιάζει κυρίως στις δομικές και οργανωσιακές πιέσεις—όπως ο φόρτος εργασίας, τα διεπαγγελματικά δυναμικά και η βαρύτητα των περιστατικών—που περιορίζουν τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, παραμελώντας συγκριτικά τις συμβολικές και φαντασιακές αναπαραστάσεις της αγάπης από τους/τις ίδιους/ες τους/τις νοσηλευτές/τριες (Ghorbani & Sadat Hoseini, 2024). Παρ' όλα αυτά, η ανθρωπιστική αγάπη φαίνεται να διαθέτει τη δυναμική να ενισχύσει την ψυχοκοινωνική ευεξία των επαγγελματιών υγείας, αναδεικνύοντάς την ως θεμελιώδη αξία στην πρακτική βασισμένη σε αξίες (Batiridou et al., 2025). Ο ισχυρισμός αυτός καθιστά αναγκαία μια προσεκτική διερεύνηση της καθημερινής

γλώσσας μέσω της οποίας οι νοσηλευτές/τριες απεικονίζουν την αγάπη στην πράξη και, μέσω αυτών των απεικονίσεων, των συνθηκών που ενισχύουν ή αποδυναμώνουν τη φροντίδα.

Η γλώσσα και ο συμβολισμός προσφέρουν ένα πρόσφορο μεθοδολογικό πεδίο για την κάλυψη αυτού του κενού. Η γλώσσα παρέχει πρόσβαση σε εσωτερικές αναπαραστάσεις αφηρημένων εννοιών (Jackson et al., 2022), ενώ οι μεταφορές συμπυκνώνουν διάχυτα συναισθήματα και ηθικούς προσανατολισμούς σε πολιτισμικά αναγνωρίσιμες μορφές (Schweitzer & Waytz, 2021). Η καθημερινή ομιλία, τα οπτικά μοτίβα και οι ταχείες συνειρμικές ανταποκρίσεις μπορούν να αποκαλύψουν πώς αποτιμάται η φροντίδα, πού δοκιμάζεται και πώς οι νοσηλευτές/τριες τοποθετούν τον εαυτό τους σε σχέση με τους ασθενείς, τις ομάδες και τους θεσμούς. Σημαντικό είναι ότι οι συμβολικές εκφράσεις δύνανται να ενταχθούν σε αναστοχαστικές πρακτικές—όπως η εποπτεία, οι σύντομες συναντήσεις παράδοσης (huddles) και οι γύροι Schwartz—χωρίς να μετατρέπουν το υγειονομικό προσωπικό σε αντικείμενο επιτήρησης ή να προσθέτουν επιβαρυντικές διαδικασίες μέτρησης. Στόχος, επομένως, δεν είναι η απλή «διάγνωση» των ατόμων, αλλά η προσεκτική ακρόαση του τρόπου με τον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό μιλά για την αγάπη και η κατανόηση του τι αυτή η ομιλία αποκαλύπτει για τη σχεσιακή ζωή των θαλάμων και των οργανισμών φροντίδας.

Με βάση το παραπάνω θεωρητικό πλαίσιο, καθίσταται σαφές ότι η διερεύνηση της φροντίδας και της αγάπης στη νοσηλευτική δεν μπορεί να περιοριστεί αποκλειστικά σε τυποποιημένες κλίμακες ή ποσοτικούς δείκτες, καθώς τέτοιες προσεγγίσεις αδυνατούν να αποτυπώσουν τη συμβολική, μεταφορική και βιωματική διάσταση της επαγγελματικής εμπειρίας. Δεδομένου ότι τα νοήματα της αγάπης συγκροτούνται και εκφράζονται μέσα από τη γλώσσα, τις εικόνες και τους συνειρμούς της καθημερινής πρακτικής, κρίθηκε αναγκαία η υιοθέτηση μιας μεθοδολογικής προσέγγισης που να επιτρέπει την ανάδυση των εσωτερικών αναπαραστάσεων των νοσηλευτών/τριών χωρίς να τις προϋποθέτει ή να τις περιορίζει

εννοιολογικά εκ των προτέρων. Η παρούσα ερευνητική ενότητα, συνεπώς, εστιάζει στη συστηματική ανάλυση συμβόλων και μεταφορών ως φορέων ψυχολογικής και επαγγελματικής νοσηματοδότησης, επιδιώκοντας να φωτίσει τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές/τριες κατανοούν, βιώνουν και οριοθετούν τη φροντίδα και την αγάπη μέσα σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου δεν αποσκοπεί στην αξιολόγηση ή κατηγοριοποίηση των ατόμων, αλλά στην κατανόηση των σχεσιακών και συναισθηματικών διεργασιών που υποστηρίζουν ή διαβρώνουν την ανθρώπινη διάσταση της φροντίδας στο καθημερινό κλινικό περιβάλλον.

### **10.1 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής ενότητας είναι η συστηματική διερεύνηση των συμβόλων και μεταφορών μέσω των οποίων οι νοσηλευτές/τριες νοσηματοδοτούν τη φροντίδα και την αγάπη στην επαγγελματική τους καθημερινότητα, καθώς και η κατανόηση της ψυχολογικής και επαγγελματικής σημασίας που αποδίδεται σε αυτές τις αναπαραστάσεις. Η συμβολή της μελέτης διαρθρώνεται σε τρία αλληλοσυμπληρούμενα επίπεδα: εννοιολογικό, πρακτικό και εμπειρικό.

Σε εννοιολογικό επίπεδο, η μελέτη αναδεικνύει τη γλώσσα όχι απλώς ως μέσο περιγραφής της φροντίδας, αλλά ως ενεργό πεδίο μέσα στο οποίο η φροντίδα μαθαίνεται, διαπραγματεύεται και συντηρείται. Μέσω της ανάλυσης των μεταφορών, φωτίζεται ο τρόπος με τον οποίο τίθενται έμμεσα ρόλοι, ευθύνες, όρια αντοχής και ορίζοντες ελπίδας, αποκαλύπτοντας τις αξιακές και σχεσιακές παραδοχές που υποστηρίζουν τη νοσηλευτική πράξη.

Σε πρακτικό επίπεδο, η έρευνα προτείνει μια μεθοδολογικά ήπια και εφαρμόσιμη προσέγγιση για την άντληση και ερμηνεία συμβολικού υλικού, το οποίο είναι διαφωτιστικό και κατάλληλο για αναστοχαστικές πρακτικές στην κλινική και εκπαιδευτική πραγματικότητα (Briseniou et al., 2021). Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη μεταφορά των ευρημάτων στην

εκπαίδευση, στις συζητήσεις στελέχωσης και στις δομές αλληλοϋποστήριξης του προσωπικού, χωρίς την ανάγκη εκτεταμένων πόρων ή επιβαρυντικών διαδικασιών αξιολόγησης.

Σε εμπειρικό επίπεδο, η μελέτη εξετάζει κατά πόσο επαναλαμβανόμενα προφίλ μεταφορών και συμβολικών αναπαραστάσεων ευθυγραμμίζονται με αναγνωρίσιμες διαβαθμίσεις επαγγελματικής πίεσης, συναισθηματικής επιβάρυνσης και βιωμένης ζωτικότητας. Μέσα από αυτή τη διερεύνηση, επιδιώκεται ο εντοπισμός πρώιμων, σχεσιακών και μη στιγματιστικών σημάτων, τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν ως αφετηρία για αναλογικές, υποστηρικτικές και προληπτικές παρεμβάσεις στο εργασιακό περιβάλλον.

Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, η ερευνητική στάση είναι ερμηνευτική και όχι διαγνωστική. Το συμβολικό υλικό προσεγγίζεται ως εύλογη ένδειξη βιωμένων εμπειριών και όχι ως εργαλείο κρίσης ή κατηγοριοποίησης των ατόμων. Υπό αυτή την οπτική, η μελέτη αποσκοπεί πρωτίστως στο να καθοδηγήσει τον διάλογο, την κατανόηση και τη φροντίδα του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού, συμβάλλοντας στη διατήρηση της ανθρώπινης διάστασης της φροντίδας σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων.

## **10.2 Μέθοδος**

Η τρίτη ερευνητική ενότητα υιοθετεί μεικτό ερευνητικό σχεδιασμό (mixed-methods) με ποιοτική εστίαση και ποσοτική συμπληρωματική επεξεργασία, με στόχο την εις βάθος κατανόηση και τη συστηματική διερεύνηση των συμβολικών και μεταφορικών τρόπων μέσω των οποίων οι νοσηλευτές/τριες νοσηματοδοτούν τη φροντίδα και την αγάπη στο πλαίσιο της επαγγελματικής τους εμπειρίας. Η ποιοτική συνιστώσα αποτέλεσε το εννοιολογικό και ερμηνευτικό θεμέλιο της μελέτης, ενώ η ποσοτική προσέγγιση αξιοποιήθηκε επικουρικά, προκειμένου να εξεταστούν μοτίβα συχνότητας, συνύπαρξης και συσχέτισης των συμβολικών κατηγοριών.

Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι ερμηνευτικός και διερευνητικός, καθώς εστιάζει στην ανάδυση νοημάτων και εσωτερικών αναπαραστάσεων μέσω της γλώσσας, των συμβόλων και

των μεταφορών της καθημερινής επαγγελματικής πρακτικής. Παράλληλα, μέσω της στατιστικής επεξεργασίας κωδικοποιημένων ποιοτικών δεδομένων, η μελέτη επιδιώκει να εντοπίσει επαναλαμβανόμενα προφίλ και δομικές σχέσεις που δεν είναι άμεσα ορατές σε αμιγώς αφηγηματικό επίπεδο. Με τον τρόπο αυτό, η ποσοτική ανάλυση δεν λειτουργεί διαγνωστικά ή επαληθευτικά, αλλά υποστηρικτικά της ερμηνείας, ενισχύοντας τη διαφάνεια και τη συστηματικότητα των ευρημάτων.

### **10.2.1 Σχεδιασμός μελέτης και συμμετέχοντες**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπούμενη, μη πιθανοθεωρητική δειγματοληψία, κατάλληλη για μεικτές ερευνητικές προσεγγίσεις που στοχεύουν στην κατανόηση νοημάτων και όχι στη στατιστική γενίκευση. Επιλέχθηκαν νοσηλευτές και νοσηλεύτριες με ενεργό επαγγελματική απασχόληση σε κλινικά περιβάλλοντα, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι συμμετέχοντες/ουσες διαθέτουν βιωμένη εμπειρία φροντίδας και επαρκές πλαίσιο αναστοχασμού επί της επαγγελματικής τους καθημερινότητας, όπως παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο 8.

Το δείγμα συγκροτήθηκε με γνώμονα την ποικιλία εμπειριών και συμβολικών οπτικών (φύλο, ηλικία, έτη εμπειρίας, τύπος βάρδιας), επιτρέποντας την ανάδυση διαφοροποιημένων αλλά και επαναλαμβανόμενων μοτίβων νοηματοδότησης. Η σύνθεση του δείγματος εξυπηρετεί τον ερμηνευτικό σκοπό της μελέτης, ενώ παράλληλα καθιστά εφικτή τη συγκριτική και στατιστική διερεύνηση των κωδικοποιημένων συμβολικών κατηγοριών.

Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και βασίστηκε σε πλήρη ενημέρωση σχετικά με τον σκοπό, τη διαδικασία και τη φύση της μελέτης. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας και της ψυχολογικής ασφάλειας, καθώς το συμβολικό υλικό δεν αντιμετωπίστηκε ως ένδειξη ατομικής κατάστασης, αλλά ως έκφραση επαγγελματικής εμπειρίας εντός συγκεκριμένων εργασιακών συμφραζομένων.

### **10.2.2 Προετοιμασία δεδομένων**

Πριν από τη στατιστική επεξεργασία, εφαρμόστηκε συστηματική προετοιμασία και αναδιοργάνωση των δεδομένων, με στόχο τη βελτίωση της στατιστικής ερμηνευσιμότητας, τη μείωση της αποσπασματικότητας των κατηγοριών και τη διατήρηση της εννοιολογικής συνοχής του συμβολικού υλικού. Η διαδικασία αυτή κρίθηκε απαραίτητη, δεδομένου ότι τα δεδομένα προέρχονταν από ελεύθερες, μη προδομημένες απαντήσεις, οι οποίες τείνουν να παράγουν μεγάλο αριθμό κατηγοριών χαμηλής συχνότητας.

Στο πλαίσιο αυτό, κατηγορίες με πολύ χαμηλές συχνότητες συγχωνεύθηκαν συστηματικά σε ευρύτερες, αναλυτικά εύλογες ομάδες, βάσει εννοιολογικής συγγένειας και θεωρητικής συνάφειας. Ενδεικτικά, στη διάσταση της ηλικίας, οι κατηγορίες «παιδί» και «έφηβος» ενοποιήθηκαν σε μία κατηγορία «παιδί/έφηβος», ενώ οι κατηγορίες «20–30» και «30–50» συγχωνεύθηκαν σε μία ευρύτερη κατηγορία « $\geq 20$ ». Αντίστοιχα, η μεταβλητή της ημέρας της εβδομάδας αναδιοργανώθηκε σε δύο επίπεδα (καθημερινές έναντι Σαββατοκύριακου), ενώ οι μήνες ομαδοποιήθηκαν στις τέσσερις συμβατικές εποχές του έτους. Στη διάσταση του σχήματος, οι κυκλικές μορφές (κύκλος, έλλειψη, σφαίρα) ομαδοποιήθηκαν στην κατηγορία «κύκλος», ενώ σπάνιες μη κυκλικές μορφές (π.χ. τρίγωνο, τετράγωνο) συγχωνεύθηκαν στην κατηγορία «άλλο». Αντίστοιχα, στη μεταβλητή του χρώματος, το κόκκινο και το ροζ συνενώθηκαν σε μία κατηγορία «κόκκινο», το κίτρινο, το πράσινο, το πορτοκαλί και το χρυσό ομαδοποιήθηκαν στην κατηγορία «κίτρινο/πράσινο», ενώ το μωβ, το μαύρο, το γαλάζιο και το μπλε εντάχθηκαν στην κατηγορία «μπλε». Οι αναπαραστάσεις του καιρού συμπύχθηκαν σε δύο κατηγορίες («ήλιος» έναντι «βροχή/χιόνι»), προκειμένου να διασφαλιστεί επαρκής συχνότητα παρατηρήσεων ανά κατηγορία.

Στην άσκηση των ελεύθερων συνειρμών, εννοιολογικά συγγενείς λέξεις (π.χ. «στοργή» και «τρυφερότητα») ομαδοποιήθηκαν πριν από τη στατιστική ανάλυση, με σκοπό την αποφυγή του τεχνητού πληθωρισμού κατηγοριών χαμηλής συχνότητας και τη διατήρηση της σημασιολογικής συνοχής των δεδομένων. Η διαδικασία ομαδοποίησης πραγματοποιήθηκε από

ανεξάρτητο ερευνητή, ο οποίος δεν συμμετείχε στα επόμενα στάδια της στατιστικής ανάλυσης, ενισχύοντας τη διαφάνεια και τη μεθοδολογική εγκυρότητα της διαδικασίας.

Τέλος, οι ελλείπουσες απαντήσεις δεν αποκλείστηκαν από την ανάλυση, αλλά αντιμετωπίστηκαν ως ξεχωριστές κατηγορίες, όπου αυτό ήταν εννοιολογικά εύλογο (π.χ. «σχήμα: άλλο/ελλείπον»). Η επιλογή αυτή επέτρεψε την αποτύπωση πιθανής ψυχολογικής ή συμβολικής σημασίας της μη ανταπόκρισης, αποφεύγοντας την *argiori* υπόθεση ότι η απουσία απάντησης συνιστά τυχαίο σφάλμα.

### **10.2.3 Ανάλυση δεδομένων**

Η ανάλυση των δεδομένων ακολούθησε διαδοχική μεικτή αναλυτική στρατηγική, στην οποία η ποιοτική κωδικοποίηση αποτέλεσε το ερμηνευτικό θεμέλιο και η ποσοτική (στατιστική) επεξεργασία λειτούργησε συμπληρωματικά, με σκοπό τη συστηματοποίηση και τη διερεύνηση προτύπων. Αρχικά, το συμβολικό υλικό (λέξεις, εικόνες, σχήματα, χρώματα και μεταφορικές αναπαραστάσεις) υποβλήθηκε σε επαγωγική ποιοτική κωδικοποίηση, με στόχο την αναγνώριση επαναλαμβανόμενων νοηματικών μοτίβων και θεματικών κατηγοριών. Η διαδικασία αυτή δεν βασίστηκε σε προκαθορισμένο κωδικοποιητικό πλαίσιο, αλλά επέτρεψε την ανάδυση των κατηγοριών από τα ίδια τα δεδομένα, σε συμφωνία με τον ερμηνευτικό χαρακτήρα της μελέτης.

Στη συνέχεια, οι ποιοτικές κατηγορίες μετατράπηκαν σε ονομαστικές μεταβλητές (quantitization), προκειμένου να καταστεί εφικτή η στατιστική τους διερεύνηση. Η ποσοτικοποίηση των ποιοτικών δεδομένων δεν αποσκοπούσε στη μείωση της πολυπλοκότητας των νοημάτων, αλλά στη δυνατότητα εντοπισμού επαναλαμβανόμενων προτύπων, συχνοτήτων και συσχετίσεων μεταξύ συμβολικών αναπαραστάσεων και δεικτών επαγγελματικής πίεσης και ζωικότητας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με περιγραφικές και διερευνητικές τεχνικές, οι οποίες κρίθηκαν κατάλληλες για τον μη πιθανοθεωρητικό χαρακτήρα του δείγματος και τον διερευνητικό σκοπό της μελέτης.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη συνδυαστική ερμηνεία των ευρημάτων, κατά την οποία τα στατιστικά αποτελέσματα δεν αντιμετωπίστηκαν ως αυτοτελείς αποδείξεις, αλλά επανεπεντάχθηκαν στο αρχικό ποιοτικό και θεωρητικό πλαίσιο. Με τον τρόπο αυτό, η ανάλυση διατήρησε τον ερμηνευτικό της χαρακτήρα, επιτρέποντας τη σύνδεση των αριθμητικών προτύπων με τις βιωματικές και σχεσιακές διαστάσεις της νοσηλευτικής εμπειρίας.

#### **10.2.4 Ηθικά ζητήματα και αναστοχαστικότητα της έρευνας**

Η παρούσα ερευνητική ενότητα σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε με αυξημένη ευαισθησία ως προς τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά τη διερεύνηση συμβολικών και συναισθηματικά φορτισμένων πτυχών της επαγγελματικής εμπειρίας. Πριν από την έναρξη της συλλογής δεδομένων, η μελέτη έλαβε επίσημη έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (Αρ. Πρωτ. 27950), διασφαλίζοντας τη συμμόρφωση με τις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας και την προστασία των δικαιωμάτων των συμμετεχόντων/ουσών. Όλοι/ες οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό της μελέτης, τη φύση της συμμετοχής τους και τον μη διαγνωστικό χαρακτήρα της διαδικασίας, και παρείχαν ενημερωμένη συγκατάθεση πριν από τη συλλογή των δεδομένων. Τονίστηκε ρητά ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ότι μπορούσαν να αποχωρήσουν οποτεδήποτε, χωρίς καμία απολύτως συνέπεια.

Ιδιαίτερη μέριμνα δόθηκε στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας, καθώς το συμβολικό υλικό θα μπορούσε δυνητικά να εκληφθεί ως προσωπική ή συναισθηματική έκφραση. Για τον λόγο αυτό, τα δεδομένα αποσυνδέθηκαν από κάθε αναγνωρίσιμο στοιχείο και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η ανάλυση δεν αποσκοπούσε στην αξιολόγηση, κατηγοριοποίηση ή ψυχολογική αποτίμηση των συμμετεχόντων/ουσών, αλλά στην κατανόηση των νοημάτων που παράγονται εντός συγκεκριμένων εργασιακών συμφραζομένων.

Η ερευνητική διαδικασία διέπεται από αναστοχαστική στάση, αναγνωρίζοντας ότι η ερμηνεία των συμβόλων και μεταφορών δεν είναι ουδέτερη, αλλά διαμεσολαβείται από το θεωρητικό πλαίσιο, την επιστημονική εκπαίδευση και την επαγγελματική εμπειρία της ερευνητικής ομάδας. Η αναστοχαστικότητα λειτούργησε ως μηχανισμός ελέγχου των ερμηνευτικών παραδοχών, περιορίζοντας την αυθαίρετη προβολή νοημάτων και ενισχύοντας τη διαφάνεια της αναλυτικής διαδικασίας. Υπό αυτή την οπτική, τα ευρήματα προσεγγίζονται ως συνερμηνευτικά προϊόντα της αλληλεπίδρασης μεταξύ δεδομένων, θεωρίας και ερευνητή/τριας, και όχι ως αντικειμενικές ή καθολικά δεσμευτικές αλήθειες.

### **10.3 Αποτελέσματα**

#### **10.3.1 Περιγραφικά στατιστικά**

Η κατανομή των συμβολικών αναπαραστάσεων της αγάπης παρουσιάζεται συνοπτικά στον Πίνακα 1. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων/ουσών απέδωσε την αγάπη σε θηλυκή μορφή (79,7%), ενώ ως προς τη συμβολική ηλικία κυριάρχησαν οι αναπαραστάσεις της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας (34,7%). Σε χρονικό επίπεδο, η αγάπη τοποθετήθηκε συχνότερα στις εποχές της άνοιξης (34,7%) και του καλοκαιριού (35,7%), συνδέθηκε κυρίως με ημέρες Σαββατοκύριακου (91,3%) και χρονικά με το πρωί ή το μεσημέρι (53,6%), υποδηλώνοντας συσχετίσεις με περιόδους αυξημένης ζωτικότητας και συναισθηματικής διαθεσιμότητας.

Ως προς τις μορφολογικές και αισθητηριακές αναπαραστάσεις, τα συχνότερα σχήματα ήταν ο κύκλος (40,2%) και η καρδιά (38,0%), ενώ το κόκκινο αναδείχθηκε ως το κυρίαρχο χρώμα (63,5%). Επιπλέον, η αγάπη συμβολίστηκε σε υψηλό ποσοστό με φυσικά στοιχεία, και ειδικότερα με τη θάλασσα (73,9%) και τον ήλιο (72,2%), υποδεικνύοντας συνδέσεις με έννοιες ροής, σταθερότητας και αναζωογόνησης.

Τα περιγραφικά στατιστικά των ψυχομετρικών δεικτών παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Οι συμμετέχοντες/ουσες εμφάνισαν μέτρια επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ( $M = 25.1$ ,  $SD = 12.0$ ) και αποπροσωποποίησης ( $M = 8.39$ ,  $SD = 6.27$ ), καθώς και υψηλότερα επίπεδα

προσωπικής επίτευξης ( $M = 36.0$ ,  $SD = 6.61$ ). Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, καταγράφηκαν μέσες τιμές εξωστρέφειας ( $M = 13.5$ ,  $SD = 4.20$ ), μέτρια επίπεδα νευρωτισμού ( $M = 10.9$ ,  $SD = 4.70$ ) και χαμηλά επίπεδα ψυχωτισμού ( $M = 4.84$ ,  $SD = 2.05$ ).

Τέλος, οι δείκτες ποιότητας ζωής κατέδειξαν υψηλότερες μέσες τιμές για τη σωματική υγεία ( $M = 264$ ,  $SD = 86.7$ ) σε σύγκριση με την ψυχική υγεία ( $M = 250$ ,  $SD = 66.6$ ), υποδηλώνοντας ότι, παρά την επαγγελματική επιβάρυνση, οι συμμετέχοντες/ουσες διατηρούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη σωματική τους λειτουργικότητα έναντι της ψυχικής ευεξίας.

**Πίνακας 1.** Συμβολικές Αναπαραστάσεις της Αγάπης

<b>Κατηγορία</b>	<b>Απαντήσεις (n, %)</b>
<b>Ανθρώπινες αναπαραστάσεις</b>	
Αν η αγάπη ήταν άνθρωπος, ποια ηλικία θα είχε για εσάς;	Παιδί/Εφηβος (140, 34,7%), Βρέφος (110, 27,3%), $\geq 20$ ετών (108, 26,8%), Ελλείπον (45, 11,2%)
Αν η αγάπη είχε φύλο, ποιο θα ήταν για εσάς;	Γυναίκα (321, 79,7%), Άνδρας (82, 20,3%)
<b>Χρονικές αναπαραστάσεις</b>	
Αν η αγάπη ήταν εποχή, ποια εποχή θα ήταν για εσάς;	Καλοκαίρι (144, 35,7%), Άνοιξη (140, 34,7%), Χειμώνας (91, 22,6%), Φθινόπωρο (28, 6,9%)
Αν η αγάπη ήταν ημέρα της εβδομάδας, ποια θα ήταν για εσάς;	Σαββατοκύριακο (368, 91,3%), Καθημερινή (35, 8,7%)
Αν η αγάπη διαρκούσε 12 ώρες, πότε θα ήταν για εσάς;	Πρωί/Μεσημέρι (216, 53,6%), Νύχτα (110, 27,3%), Απόγευμα/Βράδυ (77, 19,1%)
<b>Αντικειμενικές αναπαραστάσεις</b>	
Αν η αγάπη ήταν σχήμα, ποιο σχήμα θα ήταν για εσάς;	Κύκλος (162, 40,2%), Καρδιά (153, 38,0%), Άλλο/Ελλείπον (88, 21,8%)

Αν η αγάπη ήταν χρώμα, ποιο χρώμα θα φανταζόσασταν για εσάς; Κόκκινο (256, 63,5%), Λευκό (50, 12,4%), Κίτρινο/Πράσινο (34, 8,4%), Μπλε (29, 7,2%), Ελλείπον (34, 8,4%)

### **Αναπαραστάσεις της φύσης**

Αν η αγάπη ήταν φύση (βουνό ή θάλασσα), τι θα ήταν για εσάς; Θάλασσα (298, 73,9%), Βουνό (105, 26,1%)

Αν η αγάπη ήταν καιρικό φαινόμενο, ποιο από τα παρακάτω θα ήταν για εσάς; Ήλιος (291, 72,2%), Βροχή/Χιόνι (87, 21,6%), Ελλείπον (25, 6,2%)

Σημείωση: Οι τιμές παρουσιάζονται ως απόλυτες συχνότητες (n) και ποσοστά (%). Οι κατηγορίες προέκυψαν μετά από εννοιολογικά τεκμηριωμένη ομαδοποίηση σπάνιων απαντήσεων, με στόχο τη βελτίωση της στατιστικής ερμηνευσιμότητας και τη διατήρηση της σημασιολογικής συνοχής του συμβολικού υλικού. Οι ελλείπουσες απαντήσεις διατηρήθηκαν ως διακριτές κατηγορίες όπου αυτό κρίθηκε εννοιολογικά εύλογο.

**Πίνακας 2.** Περιγραφικά Στατιστικά και Πίνακας Συσχετίσεων των Μεταβλητών της Μελέτης

Μεταβλητή	M (SD)	Ηλικία	SCBCS	EE	DEP	PA	EXT	NEU	PSY	LIE	PCS/MCS
Συμπονετική Αγάπη (SCBCS)	27.8 (4.95)	.098*									
Συναισθηματική Εξάντληση (EE)	24.9 (11.9)	.034	-.044								
Αποπροσωποποίηση (DEP)	8.38 (6.29)	-.095	-.176***	.593***							
Προσωπική Επίτευξη (PA)	36.0 (6.61)	.253***	.339***	-.201***	-.255***						
Εξωστρέφεια (EXT)	13.6 (4.17)	.106*	.223***	-.147**	-.139**	.230***					
Νευρωτισμός (NEU)	10.9 (4.64)	-.101*	.008	.526***	.346***	-.283***	-.219***				
Ψυχωτισμός (PSY)	4.83 (2.06)	-.110*	-.101*	.211***	.354***	-.159**	-.031	.258***			
Κλίμακα Ψεύδους (LIE)	14.9 (3.51)	.232***	.192***	-.154**	-.216***	.200***	.070	-.277***	-.237***		
Σωματική Υγεία (PCS)	266 (84.9)	-.111*	-.092	-.520***	-.317***	.134**	.103*	-.441***	-.188***	.048	
Ψυχική Υγεία (MCS)	252 (66.1)	.026	-.006	-.529***	-.317***	.248***	.198***	-.559***	-.154**	.179**	.635***
Κεντρικότητα PageRank	0.021 (0.008)	-.053	-.006	-.026	.026	.011	-.086	.007	.053	-.066	.051

Σημείωση: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . SCBCS = Santa Clara Brief Compassion Scale; EE = Συναισθηματική Εξάντληση; DEP = Αποπροσωποποίηση; PA = Προσωπική Επίτευξη; EXT = Εξωστρέφεια; NEU = Νευρωτισμός; PSY = Ψυχωτισμός; LIE = Κλίμακα Ψεύδους; PCS = Σωματική Υγεία (SF-36); MCS = Ψυχική Υγεία (SF-36).

### 10.3.2 Αποτελέσματα γραφηματικής ανάλυσης

Στο πλαίσιο της άσκησης ελεύθερων συνειρμών, οι συμμετέχοντες/ουσες παρήγαγαν συνολικά 144 μοναδικές λέξεις και 720 ζεύγη λέξεων, συγκροτώντας ένα πυκνό δίκτυο λεξικών συσχετίσεων γύρω από την έννοια της αγάπης. Οι συχνότερα εμφανιζόμενοι συνειρμοί ήταν οι λέξεις οικογένεια ( $n = 104$ ), φροντίδα ( $n = 92$ ), παιδιά ( $n = 64$ ), στοργή ( $n = 50$ ) και σεβασμός ( $n = 50$ ), γεγονός που υποδηλώνει την επικράτηση εννοιών με έντονο σχεσιακό, φροντιστικό και ηθικό φορτίο.

Οι δείκτες κεντρικότητας που υπολογίστηκαν στο δίκτυο λέξεων παρουσίασαν ισχυρές μεταξύ τους συσχετίσεις, γεγονός που καταδεικνύει υψηλό βαθμό σύγκλισης μεταξύ διαφορετικών μετρικών δομικής σημασίας. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 3, οι δείκτες εγγύτητας (closeness), μεσολάβησης (betweenness), ιδιοδιανύσματος (eigenvector centrality) και PageRank συσχετίστηκαν σε υψηλά και στατιστικά σημαντικά επίπεδα. Μεταξύ αυτών, ο δείκτης PageRank εμφάνισε τις πλέον ισχυρές και σταθερές συσχετίσεις με τους υπόλοιπους δείκτες και, ως εκ τούτου, επιλέχθηκε ως ο κύριος δείκτης λεξικής προβολής και δομικής κεντρικότητας για την περαιτέρω ανάλυση.

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει τις λέξεις που κατέλαβαν τις υψηλότερες και τις χαμηλότερες θέσεις κεντρικότητας στο δίκτυο. Λέξεις όπως φροντίδα, οικογένεια, αγκαλιά, παιδιά και στοργή εμφάνισαν υψηλή κεντρικότητα, υποδηλώνοντας ότι λειτουργούν ως δομικοί κόμβοι γύρω από τους οποίους οργανώνεται το μεγαλύτερο μέρος των λεξικών συνδέσεων. Αντιθέτως, λέξεις όπως δώρο, άνοιξη και γυναίκα εντοπίστηκαν στην περιφέρεια του δικτύου, υποδηλώνοντας χαμηλότερη διασυνδεσιμότητα με τις κεντρικές έννοιες.

Επιπλέον, παρατηρήθηκε μια χωρική και χρονική τάση στη συγκρότηση του δικτύου: οι λέξεις που παρήχθησαν ως πρώτες αποκρίσεις τείνουν να καταλαμβάνουν πιο κεντρικές θέσεις και να αντανakλούν πολιτισμικά κυρίαρχες και κοινωνικά μοιραζόμενες αναπαραστάσεις της αγάπης. Αντίθετα, οι μεταγενέστερες αποκρίσεις εμφάνισαν μεγαλύτερη πρωτοτυπία και

εννοιολογική εξειδίκευση, αλλά χαμηλότερη κεντρικότητα, γεγονός που υποδηλώνει ότι, παρότι εμπλουτίζουν το σημασιολογικό πεδίο, δεν λειτουργούν ως οργανωτικοί άξονες του δικτύου.

**Πίνακας 3.** Pearson Correlation Coefficients Among Centrality Indexes

	PageRank	Betweenness	Closeness
Betweenness	.891***		
Closeness	.415***	.262***	
Eigen vector	.940***	.754***	.289***

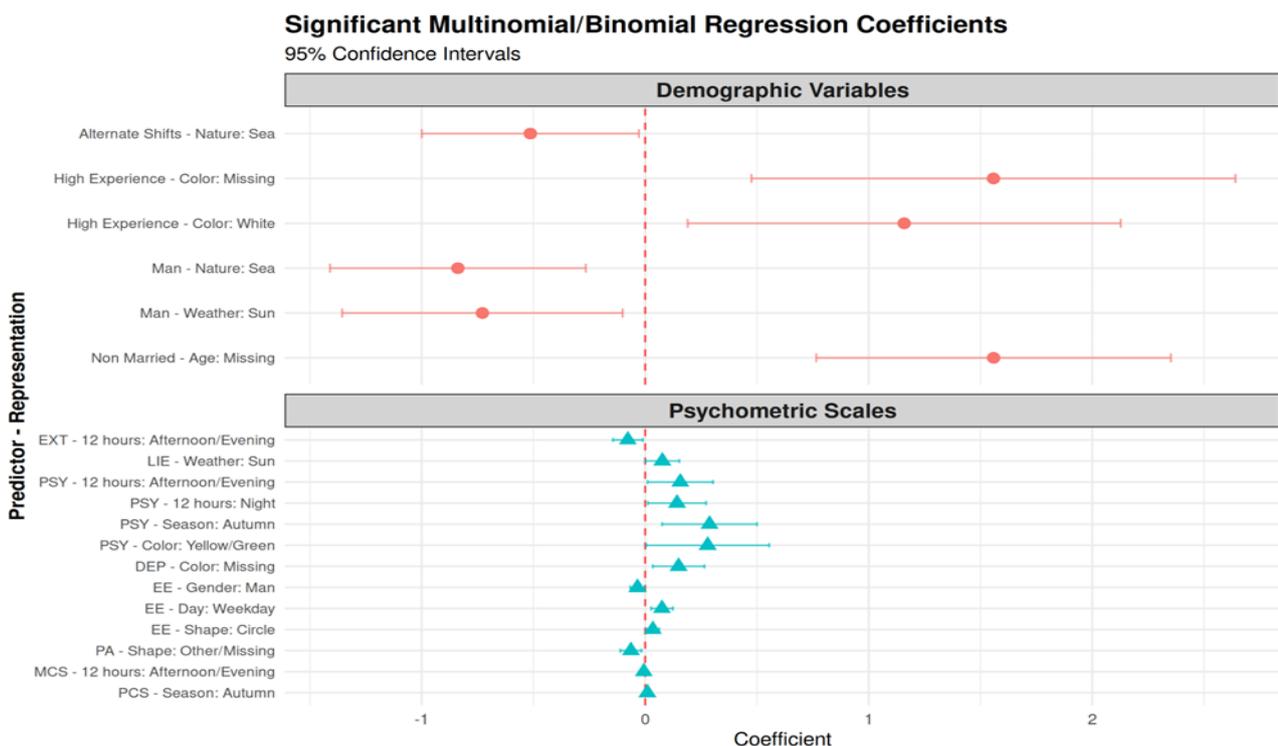
Note: \*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

**Πίνακας 4.** Description of the free-associated words

	1 <sup>st</sup> word	2 <sup>nd</sup> word	3 <sup>rd</sup> word
Mean Centrality (Unique Words)	.0254 (74)	.0197 (89)	.0174 (102)
Top 5 central words (Occurrences)	Family (Οικογένεια) (68), Care (Φροντίδα) (39), Children (Παιδιά) (37), Affection (Στοργή) (24), Hug (Αγκαλιά) (17)	Care (Φροντίδα) (32), Family (Οικογένεια) (19), Affection (Στοργή) (18), Children (Παιδιά) (17), Hug (Αγκαλιά) (14)	Care (Φροντίδα) (21), Family (Οικογένεια) (17), Hug (Αγκαλιά) (11), Children (Παιδιά) (10), Affection (Στοργή) (8)
Least 5 central words (Occurrences)	Gift (Δώρο) (1), Feeling (Αίσθημα) (1), Spring (Άνοιξη) (1), Responsibility (Υπευθυνότητα) (1), Woman (Γυναίκα) (1)	Softness (Απαλότητα) (1), Sharing (Μοιρασιά) (1), Food (Φαγητό) (1), Confidentiality (Εχεμύθεια) (1), Familiarity (Οικειότητα) (1)	Sentiments (Συναισθήματα) (1), Admiration (Θαυμασμός) (1), Heaven (Παράδεισος) (1), Anguish (Αγωνιά) (1), Lust (Πόθος) (1)

Επιπλέον, η κεντρικότητα PageRank παρουσίασε ασθενή αλλά στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ψυχική υγεία ( $r = .121, p < .05$ ). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές/τριες με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευεξίας τείνουν να παράγουν συνειρμούς που αντιστοιχούν σε λέξεις υψηλής δομικής κεντρικότητας, οι οποίες είναι ευρέως μοιραζόμενες και πολιτισμικά κυρίαρχες στο δίκτυο των νοημάτων. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες/ουσες με χαμηλότερους δείκτες ψυχικής υγείας φαίνεται να στρέφονται συχνότερα σε ιδιοσυγκρασιακές και λιγότερο διασυνδεδεμένες λεξικές επιλογές, οι οποίες καταλαμβάνουν περιφερειακές θέσεις στο δίκτυο.

Η συνολική δομή του λεξικού δικτύου απεικονίζεται στο Σχήμα 1, όπου οι κεντρικές έννοιες οργανώνονται σε πυκνές και ισχυρά διασυνδεδεμένες συστάδες, ενώ οι λιγότερο κοινόχρηστες και περισσότερο εξατομικευμένες αποκρίσεις διασπείρονται στα περιθώρια του γράφου, υποδηλώνοντας διαφοροποιήσεις στη γνωστική και συναισθηματική οργάνωση των συνειρμών.



Σχήμα 1. Διάγραμμα συντελεστών παλινδρόμησης (forest plot)

### 10.3.3 Αναλύσεις παλινδρόμησης

Οι δυαδικές και πολυωνυμικές λογιστικές παλινδρομήσεις ανέδειξαν ένα πλέγμα κοινωνικοδημογραφικών και ψυχολογικών προγνωστικών παραγόντων που σχετίζονται με τις συμβολικές αναπαραστάσεις της αγάπης. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι επιλογές συμβόλων δεν είναι τυχαίες, αλλά συνδέονται συστηματικά με χαρακτηριστικά της επαγγελματικής θέσης και της ψυχολογικής λειτουργικότητας των συμμετεχόντων/ουσών.

#### **Κοινωνικοδημογραφικοί προγνωστικοί παράγοντες**

Οι νοσηλεύτριες/τριες που εργάζονταν σε εναλλασσόμενες βάρδιες εμφάνισαν σημαντικά μειωμένη πιθανότητα να συμβολίσουν την αγάπη με τη θάλασσα ( $B = -0.514$ ,  $OR = 0.60$ ,  $p = .038$ ) και, αντίστοιχα, αυξημένη πιθανότητα να την αποδώσουν με το βουνό, υποδηλώνοντας διαφοροποιήσεις στις φυσικές μεταφορές που σχετίζονται με το εργασιακό πλαίσιο. Επιπλέον, επαγγελματική εμπειρία άνω των πέντε ετών προέβλεψε σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα επιλογής του λευκού χρώματος ( $B = 1.16$ ,  $OR = 3.20$ ,  $p = .019$ ), καθώς και παράλειψη απάντησης στη διάσταση του χρώματος ( $B = 1.56$ ,  $OR = 4.75$ ,  $p = .005$ ).

Ως προς το φύλο, οι άνδρες ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό σε σύγκριση με τις γυναίκες να συμβολίσουν την αγάπη ως θάλασσα ( $B = -0.838$ ,  $OR = 0.43$ ,  $p = .004$ ) ή ως ήλιο ( $B = -0.728$ ,  $OR = 0.48$ ,  $p = .023$ ). Τέλος, οι μη έγγαμοι συμμετέχοντες εμφάνισαν αυξημένη πιθανότητα παράλειψης απάντησης στη διάσταση της ηλικίας της αγάπης ( $B = 1.560$ ,  $OR = 4.76$ ,  $p < .001$ ), γεγονός που υποδηλώνει διαφοροποιήσεις στη συμβολική χρονική τοποθέτηση της έννοιας.

#### **Ψυχολογικοί προγνωστικοί παράγοντες**

Σε ψυχολογικό επίπεδο, υψηλότερα επίπεδα ψυχωτισμού σε συνδυασμό με χαμηλότερη εξωστρέφεια προέβλεψαν την επιλογή συμβόλων που συνδέονται με χαμηλότερη φωτεινότητα ή μεταβατικότητα, όπως η νύχτα ( $B = 0.95$ ,  $OR = 2.59$ ,  $p = .021$ ), το φθινόπωρο ( $B = 1.20$ ,  $OR = 3.31$ ,  $p = .008$ ) και το κίτρινο/πράσινο χρώμα ( $B = 0.88$ ,  $OR = 2.41$ ,  $p = .029$ ).

Επιπλέον, υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα σύνδεσης της αγάπης με καθημερινές ημέρες ( $B = 0.79$ ,  $OR = 2.20$ ,  $p = .041$ ) και με το σχήμα του κύκλου ( $B = 0.64$ ,  $OR = 1.90$ ,  $p = .048$ ). Η αποπροσωποποίηση προέβλεψε σημαντικά παράλειψη απάντησης στη διάσταση του χρώματος ( $B = 1.05$ ,  $OR = 2.86$ ,  $p = .017$ ), ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα ψεύδους αύξησαν την πιθανότητα επιλογής συμβατικών και κοινωνικά αποδεκτών συμβόλων, όπως ο ήλιος ( $B = 0.70$ ,  $OR = 2.01$ ,  $p = .033$ ).

#### **10.3.4 Αποτελέσματα της Πολλαπλής Παραγοντικής Ανάλυσης (Multiple Factor Analysis – MFA)**

Η Πολλαπλή Παραγοντική Ανάλυση (MFA) εξήγαγε δέκα λανθάνουσες διαστάσεις, οι οποίες συνολικά εξηγούν το 55,2% της συνολικής αδράνειας (διακύμανσης) του συνόλου των μεταβλητών. Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει αναλυτικά τη σχετική συμβολή κάθε θεματικής ομάδας μεταβλητών στις πρώτες δέκα διαστάσεις, επιτρέποντας την πολυεπίπεδη κατανόηση της δομής των δεδομένων.

Η Πρώτη Διάσταση (17,3% της αδράνειας) αντανakλούσε ένα ευδιάκριτο συνεχές δυσφορίας–ευεξίας, με κυρίαρχες φορτίσεις από τον νευρωτισμό, τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και χαμηλότερους δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας. Η διάσταση αυτή συγκέντρωνε τους βασικούς δείκτες ψυχολογικής επιβάρυνσης και λειτουργούσε ως ο κύριος άξονας διαφοροποίησης των συμμετεχόντων/ουσών.

Η Δεύτερη Διάσταση (8,1%) ανέδειξε μια αντιπαράθεση μεταξύ δυσμενών χρονικών και καιρικών μεταφορών (όπως βροχή/χιόνι, χειμώνας και καθημερινές ημέρες) και της συμπόνιας, καθώς και θετικότερων εποχικών αναπαραστάσεων, όπως το καλοκαίρι. Η διάσταση αυτή υποδηλώνει διαφοροποιήσεις στον συναισθηματικό τόνο με τον οποίο νοηματοδοτείται η αγάπη σε σχέση με την εμπειρία φροντίδας.

Η Τρίτη Διάσταση (6,4%) συνέδεε τις αναπαραστάσεις παιδι/έφηβος, άνοιξη και πρωί/μεσημέρι με υψηλότερα επίπεδα συμπόνιας και χαμηλότερη χρονολογική ηλικία των συμμετεχόντων/ουσών, αναδεικνύοντας έναν άξονα που σχετίζεται με τη ζωτικότητα, την ανανέωση και την πρόωμη χρονική τοποθέτηση της αγάπης.

Οι Διαστάσεις 4 έως 6 αποκάλυψαν πιο εξειδικευμένα μοτίβα, στα οποία περιλαμβάνονταν έμφυλες αντιθέσεις (π.χ. άνδρες – φθινόπωρο – λευκό έναντι γυναίκες – κύκλος – βρέφος), καθώς και χρονικές αντιπαραθέσεις, όπως απόγευμα/βράδυ έναντι πρωινού. Οι διαστάσεις αυτές υποδηλώνουν διαφοροποιήσεις στη συμβολική οργάνωση της αγάπης που σχετίζονται με κοινωνικές και βιογραφικές παραμέτρους.

Τέλος, οι μεταγενέστερες διαστάσεις αποτύπωσαν πιο λεπτές και λιγότερο κυρίαρχες συμβολικές διαφοροποιήσεις, όπως επιδράσεις της οικογενειακής κατάστασης σε αμφίσημες, μη συμβατικές ή ελλείπουσες απαντήσεις, υποδηλώνοντας ότι ορισμένες πτυχές της νοηματοδότησης της αγάπης εκφράζονται έμμεσα ή αποφεύγονται στο επίπεδο της ρητής συμβολικής αναπαράστασης.

**Πίνακας 5.** Συμβολή (%) κάθε θεματικής ομάδας στις πρώτες 10 διαστάσεις της Πολλαπλής Παραγοντικής Ανάλυσης (MFA)

Θεματική ομάδα	Δ1 (9,9%)	Δ2 (6,8%)	Δ3 (5,9%)	Δ4 (5,4%)	Δ5 (5,0%)	Δ6 (4,8%)	Δ7 (4,7%)	Δ8 (4,5%)	Δ9 (4,3%)	Δ10 (3,9%)
Ανθρώπινες αναπαραστάσεις	0,8	7,1	23,0	23,0	24,8	44,0	57,1	24,2	59,8	14,2
Χρονικές αναπαραστάσεις	2,9	18,4	30,6	41,6	20,9	7,6	18,8	38,1	19,4	30,2
Αντικειμενικές αναπαραστάσεις	3,6	15,0	19,6	11,5	10,0	28,3	20,2	13,0	13,8	45,2
Αναπαραστάσεις φύσης	2,2	30,0	1,6	10,1	9,5	12,7	1,5	15,4	4,0	3,8

Συμπονετική Αγάπη (SCBCS)	4,0	11,6	13,9	10,0	21,6	0,8	0,7	1,2	0,1	0,3
Επαγγελματική Εξουθένωση (MBI)	32,8	3,5	2,3	1,2	2,2	4,4	0,2	0,3	0,2	0,1
Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας (EPQ)	29,0	4,1	5,6	1,5	10,1	1,9	1,4	6,8	2,7	5,3
Ποιότητα Ζωής (SF-36)	24,7	10,4	3,5	1,2	1,0	0,4	0,2	1,1	0,1	0,8

Σημείωση: Οι τιμές αντιστοιχούν στο ποσοστό (%) συμβολής κάθε θεματικής ομάδας στη διαμόρφωση της αντίστοιχης διάστασης της MFA. Τιμές άνω του 20% υποδηλώνουν αυξημένη συμβολή.

**Πίνακας 6.** Κύριες Συμβολές Μεταβλητών και Συσχέτιση της Κεντρικότητας Λέξεων με τις Πρώτες Δέκα Διαστάσεις της Πολλαπλής Παραγοντικής Ανάλυσης (MFA)

Διάσταση MFA (Διακύμανση)	Θετικές Συμβολές	Αρνητικές Συμβολές	Συσχέτιση Διάστασης με Κεντρικότητα Λέξεων (PageRank)	Σημαντικότητα
<b>Διάσταση 1 (9,9%)</b>	Νευρωτισμός (NEU, 14,5%), Συναισθηματική Εξάντληση (EE, 14,2%), Αποπροσωποποίηση (DEP, 12,2%)	Ψυχική Υγεία (MCS, 14,1%), Σωματική Υγεία (PCS, 10,6%)	-0,029	
<b>Διάσταση 2 (6,7%)</b>	Βροχή/Χιόνι (11,5%), Βουνό (10,2%), Καθημερινή (5,5%), Χρώμα: Ελλείπον (5,4%), Χειμώνας (5,2%)	Συμπονετική Αγάπη (SCBCS, 11,6%), Καλοκαίρι (6,0%)	0,037	
<b>Διάσταση 3 (5,9%)</b>	Συμπονετική Αγάπη (SCBCS, 13,9%), Άνοιξη (8,6%), Πρωί/Μεσημέρι (6,2%),	Ηλικία $\geq 20$ (14,6%), Νύχτα (8,1%), Καρδιά (6,4%),	-0,129	**

	Παιδί/Εφηβος (5,7%)	Καλοκαίρι (5,0%)		
<b>Διάσταση 4 (5,4%)</b>	Χειμώνας (23,8%), Βρέφος (8,3%), Νύχτα (6,1%), Ηλικία: Ελλείπον (5,0%)	Ηλικία $\geq 20$ (7,6%), Άνοιξη (6,8%)	0,168	***
<b>Διάσταση 5 (5,1%)</b>	Συμπονετική Αγάπη (SCBCS, 21,6%), Φθινόπωρο (9,1%)	Βρέφος (12,8%)	-0,018	
<b>Διάσταση 6 (4,8%)</b>	Κύκλος (12,5%), Καιρός: Ελλείπον (10,5%), Βρέφος (6,7%), Γυναίκα (5,0%)	Άνδρας (19,6%), Παιδί/Εφηβος (11,2%), Σχήμα: Άλλο/Ελλείπον (9,6%)	-0,059	
<b>Διάσταση 7 (4,7%)</b>	Άνδρας (27,7%), Φθινόπωρο (12,0%), Λευκό (9,9%), Ηλικία: Ελλείπον (7,7%)	Παιδί/Εφηβος (11,4%), Γυναίκα (7,1%)	-0,093	
<b>Διάσταση 8 (4,5%)</b>	Καθημερινή (20,3%), Απόγευμα/Βράδυ (6,2%), Κίτρινο/Πράσινο (5,7%)	Καιρός: Ελλείπον (11,4%), Ηλικία: Ελλείπον (6,7%), Λευκό (5,1%)	-0,027	
<b>Διάσταση 9 (4,3%)</b>	Βρέφος (18,7%), Φθινόπωρο (11,1%)	Ηλικία: Ελλείπον (38,9%), Μπλε (9,0%)	0,021	
<b>Διάσταση 10 (3,9%)</b>	Κίτρινο/Πράσινο (17,8%), Απόγευμα/Βράδυ (6,1%), Λευκό (5,9%), Φθινόπωρο (5,2%)	Μπλε (13,3%), Άνοιξη (12,4%), Ηλικία $\geq 20$ (9,2%)	-0,022	

Σημείωση: Στον πίνακα περιλαμβάνονται μόνο οι μεταβλητές με ουσιαστική συμβολή (>10% για ψυχομετρικές μεταβλητές και >5% για συμβολικές αναπαραστάσεις). \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . NEU = Νευρωτισμός, EE = Συναισθηματική Εξάντληση, DEP = Αποπροσωποποίηση, SCBCS = Santa Clara Brief Compassion Scale, PCS = Σωματική Υγεία (SF-36), MCS = Ψυχική Υγεία (SF-36).

Η χωρική οργάνωση των συμβολικών και ψυχομετρικών μεταβλητών κατά μήκος των δύο πρώτων διαστάσεων της Πολλαπλής Παραγοντικής Ανάλυσης (MFA) απεικονίζεται στο Σχήμα 2. Η απεικόνιση αυτή αναδεικνύει έναν σαφή διπολικό άξονα, ο οποίος αντιπαραθέτει δείκτες ψυχολογικής δυσφορίας και επαγγελματικής επιβάρυνσης — όπως ο νευρωτισμός, η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση, καθώς και συμβολικές αναπαραστάσεις που συνδέονται με τον χειμώνα και τις καθημερινές ημέρες — σε δείκτες ψυχολογικής ευεξίας και ζωτικότητας, όπως η συμπόνια, οι εποχές της άνοιξης και του καλοκαιριού και οι χρονικές αναφορές στο πρωί ή το μεσημέρι. Η διάταξη αυτή υποδηλώνει ότι οι συμβολικές μεταφορές της αγάπης και του χρόνου δεν λειτουργούν αποσπασματικά, αλλά εντάσσονται σε ευρύτερα νοηματικά πεδία που ευθυγραμμίζονται με διακριτές ψυχολογικές καταστάσεις και επαγγελματικές εμπειρίες.

Η παραπάνω χωρική διάταξη λειτουργεί ως ερμηνευτικός άξονας που συνδέει τα ποσοτικά ευρήματα της παλινδρομικής ανάλυσης με τα πρότυπα που αναδύθηκαν από τη γραφηματική διερεύνηση των ελεύθερων συνειρμών. Ειδικότερα, η συνύπαρξη δεικτών ψυχολογικής δυσφορίας και «βαριών» χρονικών ή φυσικών συμβόλων στις ίδιες περιοχές του παραγοντικού χώρου ευθυγραμμίζεται με τα αποτελέσματα των λογιστικών παλινδρομήσεων, σύμφωνα με τα οποία η αυξημένη συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση προέβλεπαν λιγότερο ανακουφιστικές ή περισσότερο ουδέτερες συμβολικές επιλογές. Αντιστρόφως, η συγκέντρωση της συμπόνιας και των συμβόλων ζωτικότητας (άνοιξη, καλοκαίρι, πρωινές ώρες) σε αντίθετους παραγοντικούς πόλους συνάδει με τα ευρήματα που ανέδειξαν τη συμπόνια ως προστατευτικό πόρο και με τη γραφηματική ανάλυση, όπου οι συμμετέχοντες με καλύτερη ψυχολογική ευεξία τείνουν να χρησιμοποιούν λέξεις υψηλής κεντρικότητας και πολιτισμικής κοινοτοπίας. Έτσι, η MFA δεν αποτυπώνει απλώς στατιστικές συνδιακυμάνσεις, αλλά προσφέρει ένα συνεκτικό νοηματικό τοπίο μέσα στο οποίο οι συμβολικές μεταφορές, οι ψυχολογικές καταστάσεις και οι επαγγελματικές εμπειρίες των

νοσηλευτών/τριών συνδιαμορφώνονται, επιτρέποντας μια πολυεπίπεδη κατανόηση της αγάπης και της φροντίδας ως βιωμένων και νοηματοδοτημένων πρακτικών.



**Σχήμα 2.** Προβολή των συμβολικών αναπαραστάσεων και των ψυχομετρικών μεταβλητών στις δύο πρώτες διαστάσεις της Πολλαπλής Παραγοντικής Ανάλυσης (MFA). Η Διάσταση 1 αποτυπώνει ένα συνεχές από την ψυχολογική δυσφορία και την επαγγελματική επιβάρυνση προς την ευεξία και τη ζωτικότητα, ενώ η Διάσταση 2 διαφοροποιεί δυσμενείς και περιοριστικές μεταφορές από θετικές και θεραπευτικές συμβολικές πλαισιώσεις. Η χωρική διάταξη αναδεικνύει τη συστηματική ευθυγράμμιση μεταξύ συμβολικών επιλογών, ψυχολογικών καταστάσεων και επαγγελματικών εμπειριών. Το σχήμα δημιουργήθηκε με τη χρήση του Google Gemini (Flash 2.5), βάσει των αποτελεσμάτων της Πολλαπλής Παραγοντικής Ανάλυσης του παρόντος δείγματος.

Συνολικά, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι οι Έλληνες/ίδες νοσηλευτές/τριες τείνουν να εννοιολογούν την αγάπη μέσα από ευρέως διαμοιραζόμενες πολιτισμικές μεταφορές, οι οποίες συνδέονται κατεξοχήν με τη θηλυκότητα, τη νεότητα, τις εποχές της άνοιξης και του καλοκαιριού, τον χρόνο του Σαββατοκύριακου και φυσικά στοιχεία όπως η θάλασσα και ο ήλιος, καθώς και με συμβολικά μοτίβα όπως το κόκκινο χρώμα, ο κύκλος και η καρδιά. Οι κυρίαρχες αυτές αναπαραστάσεις, όπως καταγράφηκαν τόσο μέσω των δομημένων επιλογών

όσο και μέσω των ελεύθερων συνειρμών, συγκροτούν μια εικόνα της αγάπης ως θεραπευτικής, ζωοποιού και επιβεβαιωτικής της σχέσης δύναμης, στενά εδραιωμένης στη φροντίδα, την οικογένεια και τα παιδιά.

Η γραφηματική ανάλυση των συνειρμικών δικτύων ενίσχυσε την παραπάνω εικόνα, καταδεικνύοντας ότι έννοιες όπως «οικογένεια» και «φροντίδα» κατέλαβαν τις πλέον κεντρικές και πυκνά διασυνδεδεμένες θέσεις στο δίκτυο, ενώ περισσότερο ιδιοσυγκρασιακές λέξεις εντοπίστηκαν στην περιφέρεια, με χαμηλότερη συχνότητα και μικρότερη πολιτισμική διαμοιρασιμότητα. Ιδιαίτερη σημασία έχει το εύρημα ότι η κεντρικότητα PageRank συσχετίστηκε θετικά με την ψυχική υγεία, υποδηλώνοντας ότι η ψυχολογική ευεξία συνοδεύεται από την προσφυγή σε συλλογικά αναγνωρίσιμα και κοινά σύμβολα, ενώ η αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση συνδέεται με περιφερειακές, αμφίσημες ή ακόμη και παραλειπόμενες συμβολικές αποκρίσεις.

Οι αναλύσεις παλινδρόμησης κατέδειξαν περαιτέρω ότι οι συμβολικές επιλογές της αγάπης επηρεάζονται ουσιαστικά τόσο από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες - όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία σε εναλλασσόμενες βάρδιες και η επαγγελματική εμπειρία - όσο και από ψυχολογικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων της εξωστρέφειας, του ψυχωτισμού, των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κοινωνικής επιθυμητότητας. Ενδεικτικά, οι άνδρες και οι νοσηλευτές/τριες που εργάζονταν σε βάρδιες εμφανίστηκαν λιγότερο πιθανό να επιλέξουν μεταφορές που σχετίζονται με τη θάλασσα και τον ήλιο, ενώ υψηλότερα επίπεδα ψυχωτισμού και συναισθηματικής εξάντλησης προέβλεπαν την προσφυγή σε «βαρύτερες» ή λιγότερο ανακουφιστικές εικόνες, όπως η νύχτα, το φθινόπωρο, οι καθημερινές ημέρες και ο κύκλος.

Η Πολλαπλή Παραγοντική Ανάλυση ενοποίησε τα παραπάνω ευρήματα σε συνεκτικές λανθάνουσες διαστάσεις, οι οποίες ανέδειξαν διακριτούς άξονες ψυχολογικής δυσφορίας έναντι ευεξίας, συμμόρφωσης έναντι πρωτοτυπίας, καθώς και έμφυλων και χρονικών

συμβολικών πλαισιώσεων. Παράλληλα, κατέστησαν ορατές πιο λεπτές διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση. Οι συσχετίσεις των διαστάσεων MFA με την κεντρικότητα των λέξεων έδειξαν ότι η συμπόνια και οι νεανικές μεταφορές συνδέονταν με μεγαλύτερη πρωτοτυπία και περιφερειακή τοποθέτηση στο λεξικό δίκτυο, ενώ οι περισσότερο συμβατικές και κεντρικές λέξεις ευθυγραμμίζονταν με καθιερωμένα πολιτισμικά πρότυπα αγάπης.

Συνολικά, τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι συμβολικές πλαισιώσεις της αγάπης από τους/τις νοσηλευτές/τριες δεν είναι τυχαίες ή αισθητικές επιλογές, αλλά αντανακλούν βαθύτερες συνδέσεις με την ψυχολογική τους κατάσταση, την προσωπική και επαγγελματική ταυτότητα, καθώς και το συγκεκριμένο εργασιακό πλαίσιο. Η προσέγγιση αυτή προσφέρει έναν νέο, ερμηνευτικά πλούσιο φακό κατανόησης του συναισθηματικού κόσμου της φροντίδας, αναδεικνύοντας τη γλώσσα και τον συμβολισμό ως κρίσιμα μέσα μέσω των οποίων οι επαγγελματίες υγείας νοσηματοδοτούν, ρυθμίζουν και αντέχουν την εμπειρία της φροντίδας.

#### **10.4 Συζήτηση**

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές/τριες νοσηματοδοτούν συμβολικά την αγάπη και πώς αυτές οι συμβολικές αναπαραστάσεις διασταυρώνονται με ψυχολογικά χαρακτηριστικά, κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και συνθήκες εργασίας. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι απεικονίσεις της αγάπης δεν αποτελούν τυχαίες ή αμιγώς αισθητικές επιλογές, αλλά αντλούν από κυρίαρχα πολιτισμικά και αρχετυπικά σύμβολα, όπως η θηλυκότητα, η νεότητα, οι εποχές της άνοιξης και του καλοκαιριού, η θάλασσα, ο ήλιος, το κόκκινο χρώμα και τα κυκλικά ή καρδιοειδή σχήματα. Τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με διαπολιτισμικές μελέτες που αναδεικνύουν την καθολικότητα των συμβόλων της αγάπης (Fragasso & Carlino, 2023; Yeh, 2021) και υποδηλώνουν ότι ακόμη και σε επαγγελματικές ομάδες με υψηλή έκθεση σε στρες και ανθρώπινο πόνο, διατηρούνται κοινές πολιτισμικές εικόνες φροντίδας, ανανέωσης και ζωτικότητας.

Από ψυχοδυναμική και συμβολική σκοπιά, οι εικόνες αυτές μπορούν να ιδωθούν ως εκφράσεις πρώιμων αρχετυπικών προτύπων φροντίδας και ασφάλειας. Η ανάδυση της αγάπης ως θεραπευτικής και προστατευτικής δύναμης συνάδει με την έννοια του «περιβάλλοντος συγκράτησης» του Donald Winnicott (1960), σύμφωνα με την οποία η φροντίδα λειτουργεί ως ψυχικός χώρος που επιτρέπει την αντοχή και την ανάπτυξη υπό συνθήκες ευαλωτότητας. Παράλληλα, οι συμβολισμοί του ήλιου, της θάλασσας και της κυκλικότητας μπορούν να ερμηνευθούν υπό το πρίσμα της αναλυτικής ψυχολογίας του Carl Jung (1969), ως συλλογικά αρχέτυπα ζωής, γονιμότητας και αναγέννησης. Υπό αυτό το πρίσμα, οι αναπαραστάσεις της αγάπης από τους/τις νοσηλευτές/τριες φαίνεται να λειτουργούν αντισταθμιστικά απέναντι στη διαρκή επαφή με την ασθένεια, τη φθορά και την απώλεια.

Ωστόσο, η παρουσία εναλλακτικών ή επιβαρυνμένων συμβολικών επιλογών — όπως το φθινόπωρο, η νύχτα, οι καθημερινές ημέρες ή οι παραλείψεις απαντήσεων — συσχετίστηκε συστηματικά με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ψυχωτισμού και χαμηλότερης εξωστρέφειας. Ειδικότερα, η συναισθηματική εξάντληση προέβλεψε την επιλογή καθημερινών ημερών και του κύκλου, ενώ η αποπροσωποποίηση συνδέθηκε με μη ανταποκρίσεις, εύρημα που συνάδει με τη βιβλιογραφία για τη σταδιακή διάβρωση της συναισθηματικής διαθεσιμότητας σε συνθήκες παρατεταμένης πίεσης (Maslach & Leiter, 2016). Ο κύκλος, αν και πολιτισμικά συνδεδεμένος με την ολότητα και τη συνέχεια, ενδέχεται στο παρόν πλαίσιο να συμβολίζει τη ρουτινοποίηση, το κλείσιμο ή την αίσθηση επανάληψης χωρίς ανανέωση, σε αντίθεση με το περισσότερο «ανοιχτό» και διαπροσωπικό σύμβολο της καρδιάς. Αντίστοιχα, εικόνες φθινοπώρου και νύχτας μπορούν να ερμηνευθούν ως μεταφορές απόσυρσης, κόπωσης ή συμβολικού «τέλους», αποτυπώνοντας το συναισθηματικό κόστος της φροντίδας.

Η γραφηματική ανάλυση των ελεύθερων συνειρμών ενίσχυσε περαιτέρω αυτή τη διάκριση, αναδεικνύοντας έναν σαφή διαχωρισμό μεταξύ κεντρικών, πολιτισμικά κυρίαρχων

εννοιών (όπως «οικογένεια», «φροντίδα» και «παιδιά») και περιφερειακών, ιδιοσυγκρασιακών εκφράσεων. Το εύρημα ότι η κεντρικότητα PageRank συσχετίστηκε θετικά με την ψυχική υγεία υποδηλώνει ότι η ψυχολογική ευεξία συνδέεται με την πρόσβαση σε συλλογικά και κοινά διαμοιραζόμενα νοηματικά αποθέματα, ενώ η ψυχολογική επιβάρυνση φαίνεται να συνοδεύεται από μεγαλύτερη σημασιολογική αποσύνδεση ή κατακερματισμό. Η παρατήρηση αυτή συνάδει με έρευνες στη γνωστική και κλινική ψυχολογία που δείχνουν ότι η ψυχοπαθολογία διαταράσσει τη σημασιολογική συνοχή και οδηγεί σε πιο άτυπες ή απομονωμένες συνδέσεις εννοιών (Kenett et al., 2014). Στο πλαίσιο αυτό, οι περιφερειακές λέξεις δεν υποδηλώνουν απλώς δημιουργικότητα ή πρωτοτυπία, αλλά ενδέχεται να λειτουργούν και ως πρώιμα σήματα ευαλωτότητας, αντανακλώντας μειωμένη πρόσβαση σε κοινές δεξαμενές νοήματος.

Η Πολλαπλή Παραγοντική Ανάλυση (MFA) προσέφερε μια ενοποιημένη ερμηνευτική οπτική, αποκαλύπτοντας λανθάνουσες διαστάσεις που διαφοροποιούν μεταξύ δυσφορίας και ευεξίας, συμμόρφωσης και πρωτοτυπίας, καθώς και έμφυλων ή χρονικών συμβολικών πλαισιώσεων. Ιδιαίτερη σημασία έχει η συσσωμάτωση της συμπόνιας με νεανικά σύμβολα, την άνοιξη/το καλοκαίρι και τις πρωινές ώρες, γεγονός που ενισχύει την αντίληψη της συμπόνιας ως ψυχολογικού πόρου ανθεκτικότητας και αναζωογόνησης (Briseniou et al., 2021; Hwang et al., 2008). Αντιθέτως, δυσμενείς χρονικές και φυσικές εικόνες ευθυγραμμίστηκαν με τον νευρωτισμό και τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπογραμμίζοντας το συσσωρευτικό ψυχικό κόστος της φροντίδας. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι οι συμβολικές πλαισιώσεις της αγάπης μπορούν να λειτουργούν τόσο ως προστατευτικοί παράγοντες όσο και ως ενδείξεις επιβάρυνσης, ανάλογα με τη θέση τους εντός των πολιτισμικών και ψυχολογικών πλαισίων.

Συνολικά, η μελέτη επεκτείνει τη σύγχρονη βιβλιογραφία για τον ρόλο της αγάπης στη νοσηλευτική (Adib-Hajbaghery & BolandianBafghi, 2020; Ghorbani & Sadat Hoseini, 2024;

Batiridou et al., 2025), αναδεικνύοντας ότι η αγάπη στην επαγγελματική φροντίδα δεν αποτελεί απλώς ένα συναίσθημα ή ηθική αξία, αλλά έναν σύνθετο συμβολικό και ψυχολογικό πόρο που στηρίζει τη θεραπευτική παρουσία, τη νοηματοδότηση της εργασίας και την επαγγελματική ανθεκτικότητα. Παρεμβάσεις που ενθαρρύνουν τον αναστοχασμό γύρω από τα κοινά σύμβολα της αγάπης - όπως αφηγηματικές ομάδες, μέθοδοι βασισμένες στην τέχνη ή αναστοχαστική εποπτεία - θα μπορούσαν να ενισχύσουν την ανθεκτικότητα των νοσηλευτών/τριών, ενώ η συστηματική παρακολούθηση αποκλίσεων ή παραλείψεων στη συμβολική γλώσσα ενδέχεται να λειτουργήσει ως πρώιμος δείκτης επαγγελματικής επιβάρυνσης.

Τέλος, η μελέτη αναδεικνύει τη μεθοδολογική αξία του συνδυασμού συμβολικών ερεθισμάτων, ψυχομετρικών κλιμάκων και ανάλυσης δικτύων. Τέτοιες μικτές προσεγγίσεις επιτρέπουν την αποτύπωση της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ πολιτισμικού νοήματος, ψυχολογικής κατάστασης και επαγγελματικής ταυτότητας. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν κατά πόσο παρεμβάσεις βασισμένες στον συμβολικό αναστοχασμό μπορούν να μετριάσουν την επαγγελματική εξουθένωση και να ενισχύσουν τη συμπόνια σε περιβάλλοντα φροντίδας, καθώς και να επεκτείνουν τα ευρήματα διαπολιτισμικά, εξετάζοντας πώς οι τοπικές παραδόσεις διαμορφώνουν και μετασχηματίζουν καθολικά αρχέτυπα της αγάπης.

### **10.5 Περιορισμοί**

Παρά τη θεωρητική και μεθοδολογική συμβολή της, η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Πρώτον, ο διατομεακός σχεδιασμός δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων, καθώς οι σχέσεις μεταξύ συμβολικών αναπαραστάσεων της αγάπης και ψυχολογικών καταστάσεων αποτυπώνουν συγχρονικές συσχετίσεις. Μελλοντικές διαχρονικές μελέτες θα μπορούσαν να διευκρινίσουν εάν οι μεταβολές στη συμβολική πλαισίωση προηγούνται,

ακολουθούν ή συνδιαμορφώνονται με τις αλλαγές στην ψυχολογική ευεξία και την επαγγελματική εξουθένωση.

Δεύτερον, το δείγμα προήλθε αποκλειστικά από ελληνικά νοσοκομειακά πλαίσια και χαρακτηριζόταν από σαφή υπεροχή γυναικών συμμετεχουσών, στοιχείο που αντανακλά τη δημογραφική πραγματικότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος αλλά ταυτόχρονα περιορίζει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων σε ανδρικούς πληθυσμούς και σε άλλα πολιτισμικά ή οργανωσιακά περιβάλλοντα. Δεδομένου ότι οι πολιτισμικές παραδόσεις διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του συμβολισμού της αγάπης (Yeh, 2021), διαπολιτισμικές και συγκριτικές μελέτες κρίνονται απαραίτητες για τη διερεύνηση της σταθερότητας και της πολιτισμικής ειδικότητας των παρόντων ευρημάτων.

Τρίτον, η χρήση αυτοαναφερόμενων εργαλείων ενδέχεται να εισήγαγε μεροληψία από κοινού σφάλματος μεθόδου ή κοινωνικής επιθυμητότητας, ιδίως δεδομένου του κανονιστικού και ηθικά φορτισμένου χαρακτήρα της έννοιας της αγάπης στον χώρο της φροντίδας. Αν και η συμπερίληψη έμμεσων δεικτών (όπως η κεντρικότητα λέξεων) μετριάζει εν μέρει τον κίνδυνο αυτό, η ενσωμάτωση παρατηρησιακών ή πειραματικών προσεγγίσεων θα μπορούσε να ενισχύσει τη μεθοδολογική ισχύ μελλοντικών ερευνών.

Επιπλέον, τα συμβολικά ερωτήματα βασίστηκαν σε προκαθορισμένες κατηγορίες (π.χ. εποχές, σχήματα, χρώματα), επιλογή που διευκόλυνε τη στατιστική επεξεργασία και την παραγοντική ενοποίηση, αλλά ενδέχεται να περιόρισε το εκφραστικό εύρος και την πολυσημία των ατομικών αναπαραστάσεων. Παρότι οι ελεύθεροι συνειρμοί λειτούργησαν αντισταθμιστικά, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν πλήρως ανοικτές, αφηγηματικές ή οπτικο-συμβολικές μεθόδους, προκειμένου να αποτυπωθεί πλουσιότερα το φάσμα των νοηματοδοτήσεων.

Τέλος, οι αναλύσεις γραφημάτων και η Πολλαπλή Παραγοντική Ανάλυση παρείχαν ενοποιητικές και ερμηνευτικά γόνιμες προσεγγίσεις, ωστόσο παραμένουν εν μέρει

διερευνητικές. Οι προτεινόμενες ερμηνείες των συμβόλων — όπως η ανάγνωση του κύκλου ως ένδειξης ρουτινοποίησης ή συναισθηματικού κλεισίματος — θα πρέπει να θεωρηθούν εύλογες ερμηνευτικές υποθέσεις και όχι τεκμηριωμένοι αιτιώδεις μηχανισμοί. Η αναπαραγωγή των ευρημάτων σε μεγαλύτερα, πιο ετερογενή δείγματα, σε συνδυασμό με ποιοτικές μεθόδους σε βάθος, κρίνεται αναγκαία για την επιβεβαίωση, τη διαφοροποίηση και τη θεωρητική εμπάθυνση των παρόντων αποτελεσμάτων.

### **10.6 Μελλοντικές κατευθύνσεις**

Με βάση τα παρόντα ευρήματα, αναδύονται πολλαπλές και γόνιμες κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε μεθοδολογικό και εφαρμοσμένο επίπεδο. Καταρχάς, η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, προκειμένου να εξεταστεί η δυναμική σχέση μεταξύ συμβολικών αναπαραστάσεων της αγάπης και μεταβολών στην ψυχολογική ευεξία, τη συμπόνια και την επαγγελματική εξουθένωση. Μια τέτοια προσέγγιση θα μπορούσε να αποσαφηνίσει εάν οι αλλαγές στη συμβολική γλώσσα προηγούνται ως πρόωμοι δείκτες επιβάρυνσης ή εάν αντανακλούν μεταγενέστερες προσαρμογές σε συνθήκες χρόνιου εργασιακού στρες.

Παράλληλα, η επέκταση της έρευνας σε διαπολιτισμικά και συγκριτικά πλαίσια θα επέτρεπε τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι συμβολικές πλαισιώσεις της αγάπης είναι πολιτισμικά ειδικές ή καθολικές. Συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών χωρών, υγειονομικών συστημάτων ή πολιτισμικών παραδόσεων θα μπορούσαν να αναδείξουν τόσο κοινά αρχετυπικά μοτίβα όσο και τοπικές ιδιαιτερότητες, συμβάλλοντας σε μια πιο σύνθετη κατανόηση της σχέσης μεταξύ πολιτισμικού νοήματος και επαγγελματικής φροντίδας.

Επιπλέον, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν σε συγκεκριμένα υποπλάσια της νοσηλευτικής πρακτικής, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, η ογκολογική φροντίδα, η παρηγορητική φροντίδα ή οι δομές ψυχικής υγείας, όπου οι συναισθηματικές απαιτήσεις και οι μορφές σχέσης διαφοροποιούνται ουσιαστικά. Η σύγκριση

συμβολικών προτύπων μεταξύ διαφορετικών κλινικών πλαισίων ενδέχεται να φωτίσει πώς οι ιδιαίτερες εμπειρίες φροντίδας διαμορφώνουν διακριτές μορφές νοηματοδότησης της αγάπης. Σε μεθοδολογικό επίπεδο, η περαιτέρω ενσωμάτωση ποιοτικών και πολυτροπικών μεθόδων — όπως εις βάθος συνεντεύξεις, ανάλυση αφηγήσεων, εικαστικές αναπαραστάσεις ή ημερολόγια αναστοχασμού — θα μπορούσε να εμπλουτίσει την κατανόηση της συμβολικής εμπειρίας πέραν των προκαθορισμένων κατηγοριών. Ιδιαίτερα, η συνδυαστική χρήση ανοικτών συμβολικών ερεθισμάτων με ποσοτικές τεχνικές (π.χ. ανάλυση δικτύων ή παραγοντικά μοντέλα) προσφέρει ένα υποσχόμενο πεδίο ανάπτυξης μικτών ερευνητικών σχεδιασμών υψηλής οικολογικής εγκυρότητας.

Μια ακόμη κρίσιμη κατεύθυνση αφορά τη μετατροπή των ερευνητικών ευρημάτων σε παρεμβατικά πρωτόκολλα. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν εάν παρεμβάσεις βασισμένες στον συμβολικό και αφηγηματικό αναστοχασμό — όπως ομάδες εποπτείας, εκπαιδευτικά εργαστήρια με χρήση μεταφορών ή καλλιτεχνικών μέσων, και δομημένες συζητήσεις γύρω από τη γλώσσα της φροντίδας — μπορούν να ενισχύσουν τη συμπόνια, να βελτιώσουν τη συναισθηματική ρύθμιση και να μειώσουν δείκτες επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αξιολόγηση τέτοιων παρεμβάσεων με πειραματικά ή ημιπειραματικά σχέδια θα συνέβαλλε ουσιαστικά στη γεφύρωση έρευνας και πράξης.

Τέλος, η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης μεταξύ συμβολικής γλώσσας και επαγγελματικής ταυτότητας θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας νοηματοδοτούν τον ρόλο τους στον χρόνο. Η μελέτη της μεταβολής των συμβόλων της αγάπης κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής πορείας — από τα πρώτα έτη εκπαίδευσης έως την πολυετή κλινική εμπειρία — θα μπορούσε να αποκαλύψει κρίσιμες διεργασίες ωρίμανσης, φθοράς ή ανανοηματοδότησης της φροντίδας.

Συνολικά, οι μελλοντικές κατευθύνσεις που προτείνονται αναδεικνύουν τη συμβολική διερεύνηση της αγάπης όχι ως περιφερειακό ερευνητικό ενδιαφέρον, αλλά ως κεντρικό πεδίο

για την κατανόηση της ψυχολογικής εμπειρίας, της ανθεκτικότητας και της βιωσιμότητας της φροντίδας στα σύγχρονα συστήματα υγείας.

### **10.7 Συμπεράσματα**

Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει με σαφήνεια ότι οι συμβολικές αναπαραστάσεις της αγάπης από τους/τις νοσηλευτές/τριες παρουσιάζουν δομή, επαναληπτικότητα και εσωτερική συνοχή, και δεν συνιστούν τυχαίες ή αυθαίρετες επιλογές. Αντιθέτως, συγκροτούν ένα οργανωμένο συμβολικό σύστημα, βαθιά ριζωμένο σε κοινά πολιτισμικά αποθέματα νοήματος και σε θεμελιώδεις ψυχολογικές διεργασίες που σχετίζονται με τη φροντίδα, τη σχέση και την ανθεκτικότητα. Οι κυρίαρχες εικόνες — όπως η θηλυκότητα, η νεότητα, οι εποχές της άνοιξης και του καλοκαιριού, η θάλασσα, ο ήλιος, το κόκκινο χρώμα και τα κυκλικά ή καρδιοειδή σχήματα — πλαισιώνουν την αγάπη ως μια θεραπευτική, ζωοσυντηρητική και προστατευτική δύναμη. Η σταθερότητα αυτών των συμβολικών μοτίβων, όπως αναδείχθηκε τόσο μέσω των δομημένων επιλογών όσο και μέσω των ελεύθερων συνειρμών, υποδηλώνει ότι η αγάπη νοηματοδοτείται ως κεντρικός ψυχικός πόρος που υποστηρίζει τη νοσηλευτική πράξη απέναντι στην καθημερινή έκθεση στην ασθένεια, τον πόνο και την απώλεια.

Σε θεωρητικό επίπεδο, τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με ψυχαναλυτικές και αναλυτικο-συμβολικές προσεγγίσεις της φροντίδας. Η ανάδυση της αγάπης ως θεραπευτικού και συγκρατητικού πλαισίου συνάδει με την έννοια του «περιβάλλοντος συγκράτησης» του Winnicott (1960), σύμφωνα με την οποία η φροντίδα λειτουργεί ως ψυχικός χώρος ασφάλειας και συνέχειας που καθιστά δυνατή την αντοχή υπό συνθήκες ευαλωτότητας. Παράλληλα, οι συμβολισμοί του ήλιου, της θάλασσας και της κυκλικότητας μπορούν να ιδωθούν υπό το πρίσμα της αναλυτικής ψυχολογίας του Jung (1969) ως συλλογικά αρχέτυπα ζωής, γονιμότητας και αναγέννησης. Υπό αυτή την οπτική, οι συμβολικές αναπαραστάσεις της αγάπης δεν αποτελούν απλώς αισθητικές επιλογές, αλλά εκφράσεις βαθύτερων ψυχικών οργανώσεων που στηρίζουν τη νοηματοδότηση της φροντίδας.

Αντιστρόφως, η παρουσία πιο «σκοτεινών» ή επιβαρυνμένων εικόνων — όπως το φθινόπωρο, η νύχτα, οι καθημερινές ημέρες, καθώς και οι παραλείψεις απαντήσεων — συνυπάρχει συστηματικά με δείκτες επαγγελματικής εξουθένωσης και δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι, υπό συνθήκες αυξημένης συναισθηματικής εξάντλησης, ο κύκλος ενδέχεται να μετατοπίζεται από σύμβολο ολότητας και συνέχειας σε ένδειξη κλεισίματος, ρουτινοποίησης ή εγκλωβισμού στην επανάληψη. Παράλληλα, οι περιφερειακοί και ιδιοσυγκρασιακοί ελεύθεροι συνειρμοί, καθώς και οι μη ανταποκρίσεις, φαίνεται να λειτουργούν ως πρώιμοι δείκτες ψυχολογικής επιβάρυνσης, αντανακλώντας μειωμένη πρόσβαση σε κοινά πολιτισμικά νοήματα και συλλογικές δεξαμενές συμβολισμού. Με την έννοια αυτή, η συμβολική γλώσσα της αγάπης καθίσταται όχι μόνο φορέας νοήματος, αλλά και ευαίσθητος δείκτης μεταβολών στην ψυχική διαθεσιμότητα των επαγγελματιών φροντίδας.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το εύρημα ότι, σε όλες τις ενοποιημένες αναλύσεις, οι κεντρικές λέξεις των συνειρμικών δικτύων — όπως «οικογένεια», «φροντίδα» και «παιδιά» — συσχετίστηκαν με καλύτερη ψυχική υγεία. Η θετική συσχέτιση της κεντρικότητας PageRank με δείκτες ψυχολογικής ευεξίας υποδηλώνει ότι η ψυχική ανθεκτικότητα συνοδεύεται από την ικανότητα πρόσβασης και συμμετοχής σε κοινά, πολιτισμικά αναγνωρίσιμα συμβολικά σχήματα. Αντιθέτως, η ψυχολογική επιβάρυνση φαίνεται να συνδέεται με μεγαλύτερη σημασιολογική αποσύνδεση, απομόνωση ή αμφισημία στη συμβολική έκφραση. Οι συμπονετικές και νεανικές μεταφορές αναδείχθηκαν ως προστατευτικά χαρακτηριστικά, ενώ οι δυσμενείς χρονικές και φυσικές εικόνες ευθυγραμμίστηκαν με τον νευρωτισμό και την επαγγελματική εξουθένωση, ενισχύοντας την άποψη ότι οι συμβολικές πλαισιώσεις της αγάπης μπορούν να λειτουργούν τόσο ως πόροι όσο και ως ενδείξεις επιβάρυνσης.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα συμπεράσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι η συμβολική γλώσσα μπορεί να αποτελέσει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο στην εκπαίδευση, την εποπτεία και την υποστήριξη των νοσηλευτών/τριών. Η καλλιέργεια αναστοχασμού γύρω από κοινά, θετικά σύμβολα της αγάπης — μέσω αφηγηματικών, εικαστικών ή άλλων δημιουργικών μεθόδων — θα μπορούσε να ενισχύσει την επαγγελματική ανθεκτικότητα και τη νοηματοδότηση της φροντίδας. Ταυτόχρονα, η προσεκτική παρατήρηση αποκλίσεων, παραλείψεων ή «βαρύτερων» συμβολικών επιλογών μπορεί να λειτουργήσει ως πρώιμο προειδοποιητικό σήμα επιβάρυνσης, όχι με διαγνωστικό ή στιγματιστικό χαρακτήρα, αλλά ως αφορμή για διάλογο, υποστήριξη και αναστοχαστική παρέμβαση.

Μεθοδολογικά, η μελέτη αναδεικνύει την αξία του συνδυασμού συμβολικών ερεθισμάτων, ψυχομετρικών εργαλείων και ανάλυσης δικτύων ως ενός συνεκτικού και καινοτόμου «φακού» για την κατανόηση της αλληλεπίδρασης πολιτισμού, ψυχισμού και επαγγελματικής ταυτότητας. Η ενσωμάτωση ποσοτικών και συμβολικών δεδομένων επέτρεψε την ανάδυση λανθανουσών δομών που δύσκολα θα ήταν ανιχνεύσιμες μέσω μονοδιάστατων προσεγγίσεων. Οι μελλοντικές έρευνες καλούνται να επεκτείνουν αυτή την προσέγγιση διαπολιτισμικά, διαχρονικά και παρεμβατικά, διερευνώντας εάν ο συμβολικός αναστοχασμός μπορεί να μετριάσει την επαγγελματική εξουθένωση και να ενισχύσει τη συμπόνια και τη βιωσιμότητα της φροντίδας.

Συνοψίζοντας, η αγάπη στη νοσηλευτική αναδεικνύεται ταυτόχρονα ως αρχέτυπο και ως δείκτης: μια καθολική συμβολική γλώσσα που συντηρεί την ανθρώπινη φροντίδα, ενώ παράλληλα σηματοδοτεί με ευαισθησία τις ρωγμές, τις μετατοπίσεις και τα όρια της ψυχικής αντοχής. Η αναγνώριση και η προσεκτική ανάγνωση αυτής της γλώσσας προσφέρει έναν ουσιαστικό δρόμο για την κατανόηση, την υποστήριξη και τη φροντίδα εκείνων που φροντίζουν.

### **Η Ανθρωπιστική Αγάπη ως Μαθημένη Επαγγελματική Δεξιότητα Φροντίδας**

#### **Το Θεωρητικό Μοντέλο HALO (Humanitarian Amor as Learned Occupational Soft Skill)**

*«Δεν σώζουμε· στεκόμαστε.»  
Rainer Maria Rilke*

Το παρόν κεφάλαιο αποτελεί το επιστημονικό απόσταγμα μιας πενταετούς, συστηματικής και πολυεπίπεδης ερευνητικής προσπάθειας που αναπτύχθηκε στο πεδίο της ψυχολογίας της υγείας και της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ερευνητική αυτή διαδρομή περιέλαβε ποσοτικές, ποιοτικές και συμβολικές προσεγγίσεις, με κοινό άξονα τη διερεύνηση της εμπειρίας της αγάπης, της συμπόνιας και του νοήματος στον επαγγελματικό χώρο της φροντίδας. Η σύνθεση των ευρημάτων των επιμέρους ερευνητικών ενοτήτων ανέδειξε την ανάγκη πλαισίου κατανόησης των αποσπασματικών ερμηνειών και οδήγησε στη διαμόρφωση μιας ενιαίας θεωρητικής πρότασης, η οποία επιχειρεί να ερμηνεύσει το ρόλο της ανθρωπιστικής αγάπης όχι ως μεμονωμένο συναίσθημα ή ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά ως μαθημένη, ρυθμιζόμενη και θεσμικά ενσωματωμένη επαγγελματική δεξιότητα.

Ο πόνος, ως βιωμένο σωματικό γεγονός, δεν συνιστά απλώς σύμπτωμα ή παθολογική ένδειξη, αλλά έναν από τους πιο πρωτογενείς τρόπους με τους οποίους συγκροτείται η εμπειρία του εαυτού και η αναγνώριση του Άλλου. Η σύγχρονη φιλοσοφική σκέψη (Μαγγίνη, 2011), σε διαφορετικά της ρεύματα, έχει επιχειρήσει να επαναδιατυπώσει την έννοια του πόνου πέρα από τα δυϊστικά και σολιψιστικά σχήματα της νεωτερικότητας, τα οποία τον αντιμετώπισαν ως αμιγώς ιδιωτικό, εσωτερικό και μη μεταβιβάσιμο βίωμα. Ο πόνος, υπό αυτή την

αναθεωρημένη οπτική, δεν ανήκει αποκλειστικά στο εσωτερικό του υποκειμένου, αλλά λειτουργεί ως οριακός τόπος συνάντησης σώματος, νοήματος και σχέσης. Είναι το σημείο όπου το υποκείμενο έρχεται αντιμέτωπο με την ευαλωτότητά του, αλλά ταυτόχρονα το σημείο όπου καθίσταται δυνατή η αναγνώριση της ευαλωτότητας του Άλλου. Η εμπειρία του πόνου δεν εξαντλείται στην αίσθηση· εγγράφεται στη γλώσσα, στη σιωπή, στο βλέμμα και στη στάση του σώματος, ζητώντας είτε ανταπόκριση είτε απόσυρση. Υπό αυτή την έννοια, ο πόνος του Άλλου δεν είναι πλήρως προσπελάσιμος, αλλά ούτε και ριζικά αδιαπέραστος· βρίσκεται σε μια ενδιάμεση ζώνη, όπου η κατανόηση δεν ταυτίζεται με την ταύτιση και η εγγύτητα δεν αναιρεί το όριο. Η φροντίδα αναδύεται ακριβώς μέσα σε αυτό το ενδιάμεσο πεδίο: ως στάση παραμονής απέναντι σε κάτι που δεν μπορεί να αρθεί, να ιδιοποιηθεί ή να αποκατασταθεί πλήρως. Ο επαγγελματίας της φροντίδας καλείται να σχετιστεί με τον πόνο όχι ως πρόβλημα προς επίλυση, αλλά ως θεμελιώδη συνθήκη της ανθρώπινης συνύπαρξης. Η δυσκολία αυτής της σχέσης εξηγεί γιατί, ιστορικά, ο πόνος είτε εξιδανικεύτηκε είτε αποσιωπήθηκε, και γιατί η επαγγελματική φροντίδα συχνά καταφεύγει σε αμυντικές μορφές αποστασιοποίησης ή αποπροσωποποίησης. Η αναγνώριση του πόνου ως βασικού σωματικού συναισθήματος και ως σχέσιμου γεγονότος επιτρέπει μια διαφορετική θεμελίωση της φροντίδας: όχι ως τεχνικής διαχείρισης, αλλά ως ρυθμισμένης παρουσίας απέναντι στην ανθρώπινη ευαλωτότητα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η παραμονή στη σχέση με τον Άλλον δεν προϋποθέτει την εξάλειψη του πόνου, αλλά την ικανότητα να αντέχεται χωρίς άρνηση, χωρίς συγχώνευση και χωρίς κυνική απόσυρση. Ο πόνος, έτσι, δεν αποτελεί εμπόδιο στη φροντίδα, αλλά το σημείο από το οποίο αυτή καθίσταται αναγκαία, νοηματοδοτημένη και ηθικά φορτισμένη.

Στο σημείο αυτό, όπου ο πόνος αναγνωρίζεται ως αδιαπέραστο αλλά σχεσιακό όριο της ανθρώπινης συνθήκης, αναδύεται η ανάγκη ενός θεωρητικού μοντέλου που να περιγράφει την παραμονή στη σχέση φροντίδας χωρίς εξιδανίκευση ή κυνισμό. Αυτή την ανάγκη επιχειρεί να καλύψει το μοντέλο HALO συγκροτώντας μια εννοιολογική γέφυρα ανάμεσα στα εμπειρικά

δεδομένα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας, τη σύγχρονη ψυχολογική θεωρία, τη φιλοσοφία και την ηθική της φροντίδας. Το μοντέλο HALO δεν αποσκοπεί απλώς στην περιγραφική κατανόηση της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα, αλλά συνιστά μια ρητή θεωρητική πρόταση, ανοιχτή σε μελλοντικό έλεγχο, εμπειρική επαλήθευση και εκπαιδευτική ή κλινική εφαρμογή.

Η ανάπτυξη του μοντέλου εντάσσεται στη διεθνή συζήτηση για την επαγγελματική εξουθένωση, την ψυχική ανθεκτικότητα, την κόπωση της συμπόνιας και τη διατήρηση του νοήματος στην κλινική πράξη, προτείνοντας ότι η ανθρωπιστική αγάπη μπορεί να λειτουργήσει ως δεξιότητα χαμηλής έντασης αλλά υψηλής επίδρασης, ιδιαίτερα στις διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και της προσωπικής επίτευξης. Με τον τρόπο αυτό, το παρόν κεφάλαιο φιλοδοξεί να συμβάλει όχι μόνο στη θεωρητική εμβάθυνση του πεδίου, αλλά και στη διαμόρφωση ενός πλαισίου που μπορεί να αξιοποιηθεί σε ερευνητικό, εκπαιδευτικό και θεσμικό επίπεδο.

Η παρούσα θεωρητική πρόταση δεν διεκδικεί ουδετερότητα. Αντιθέτως, τοποθετείται ρητά σε ένα σημείο ορίου μεταξύ επιστημονικής απόστασης και βιωμένης εγγύτητας. Το HALO δεν γεννήθηκε από την ανάγκη να «προστεθεί» μια ακόμη μεταβλητή στα υπάρχοντα μοντέλα, αλλά από τη διαρκή επιστροφή ενός ερωτήματος που τα δεδομένα, οι αφηγήσεις και οι συμβολικές αναπαραστάσεις επανέφεραν με επιμονή: πώς διατηρείται ο «άνθρωπος» μέσα στη φροντίδα, όταν οι συνθήκες τείνουν να τον μετατρέψουν σε λειτουργία; Η θεωρητική αυτή θέση αναγνωρίζει ότι κάθε μοντέλο φροντίδας φέρει μια σιωπηρή ανθρωπολογία της υγείας και το HALO συνδέεται συνειδητά με μια ανθρωπολογία της σχέσης, της ευθύνης και του ορίου.

Υπό αυτή την έννοια, το παρόν κεφάλαιο δεν οργανώνεται γύρω από την ερώτηση «*τι είναι η ανθρωπιστική αγάπη*», αλλά γύρω από το ερώτημα «*πώς καθίσταται δυνατή η παραμονή*

στη σχέση φροντίδας χωρίς αμυντική απόσυρση ή κννισμό μέσα σε συνθήκες που τείνουν να την αποδιαρθρώσουν».

Υπό αυτή την οπτική, το παρόν κεφάλαιο τοποθετείται ρητά στο πλαίσιο της σύγχρονης ψυχοδυναμικής σκέψης, προσεγγίζοντας τη φροντίδα ως σχέση, ως ψυχική λειτουργία και ως πεδίο ασυνείδητων διεργασιών. Η ανθρωπιστική αγάπη εξετάζεται ως ρυθμιστικός μηχανισμός του Εγώ, που καθιστά δυνατή την παραμονή στη σχέση φροντίδας χωρίς ενεργοποίηση αμυντικών μορφών αποπροσωποποίησης, στη σχέση με τον Άλλον.

### **Από την Ψυχοδυναμική Θεώρηση της Φροντίδας στο Μοντέλο HALO: Θεωρητική Συνέχεια και Ωρίμανση**

Η παρούσα θεωρητική πρόταση δεν αναδύεται εν κενώ. Αντιθέτως, εγγράφεται σε μια προϋπάρχουσα ψυχοδυναμική προβληματική γύρω από τη φροντίδα, όπως αυτή αναπτύχθηκε στο κεφάλαιο «Προς μια Ψυχοδυναμική Θεωρία της Φροντίδας» του βιβλίου «Πέραν του Εκ των Υστέρων: Ψυχολογικά Ζητήματα και Αμυντικοί Μηχανισμοί σε Ιστορίες Φροντίδας» (Γκούβα, 2026). Στο έργο αυτό, η φροντίδα προσεγγίζεται όχι ως τεχνική πράξη ή επαγγελματικό καθήκον, αλλά ως ψυχικό γεγονός, το οποίο εκτυλίσσεται στον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ ενός «Εγώ» και ενός «Άλλου», μιας εσωτερικής και μιας εξωτερικής πραγματικότητας, μιας ζωής που απειλείται και μιας ζωής που δεν απειλείται. Η ψυχοδυναμική αυτή θεώρηση ανέδειξε ότι κάθε πράξη φροντίδας φέρει ίχνη πρώιμων εμπειριών και ταυτίσεων, εσωτερικών αντικειμένων και μηχανισμών άμυνας. Ο επαγγελματίας υγείας δεν προσέρχεται στη σχέση με ένα άνθρωπο που ασθενεί ως ουδέτερος φορέας γνώσης, αλλά ως «Πρόσωπο» με προσωπική ιστορία, ψυχική οργάνωση και συγκεκριμένη ικανότητα σχετίζεσθαι. Η φροντίδα, υπό αυτή την οπτική, μπορεί να λειτουργήσει είτε ως πεδίο νοσηματοδότησης και ωρίμανσης είτε ως χώρος ενεργοποίησης άγχους, άμυνας και αποπροσωποποίησης (Γκούβα, 2026).

Το θεωρητικό μοντέλο HALO έρχεται να συστηματοποιήσει και να μεταφράσει αυτή την ψυχοδυναμική κατανόηση της φροντίδας σε ένα πολυεπίπεδο μοντέλο επαγγελματικής λειτουργίας. Εκεί όπου η ψυχοδυναμική θεωρία της φροντίδας εστιάζει στο *πώς* συγκροτείται η υποκειμενική εμπειρία της σχέσης, το HALO επιχειρεί να απαντήσει στο *πώς αυτή η εμπειρία μπορεί να καλλιεργηθεί, να ρυθμιστεί και να υποστηριχθεί* εντός του επαγγελματικού και θεσμικού πλαισίου της υγείας.

Η έννοια της ανθρωπιστικής αγάπης, όπως ορίζεται στο HALO, συνομιλεί άμεσα με την ψυχοδυναμική έννοια της έγνοιας (concern), όπως αυτή περιγράφηκε από τον Winnicott (2003). Η έγνοια δεν ταυτίζεται με τη συναισθηματική υπερεμπλοκή, αλλά προϋποθέτει μια ώριμη οργάνωση του Εγώ, ικανή να αντέχει την αμφιθυμία, την ευθύνη και το όριο. Η ανθρωπιστική αγάπη, υπό αυτή την έννοια, αποτελεί μια μορφή ώριμης έγνοιας, μετασχηματισμένης σε επαγγελματική δεξιότητα.

Παράλληλα, το HALO ενσωματώνει τη φιλοσοφική διάσταση του *amor mundi*, όπως διατυπώθηκε από τη Hannah Arendt, μεταφέροντας τη συζήτηση από το επίπεδο της ατομικής ηθικής στο επίπεδο της *ευθύνης απέναντι στον κόσμο της φροντίδας* (O'Meara, 1979; Arendt, 2011; Arendt, 2022). Η ανθρωπιστική αγάπη δεν λειτουργεί εδώ ως καταφύγιο από την πραγματικότητα της ασθένειας, αλλά ως στάση παραμονής στη σχέση φροντίδας χωρίς αμυντική απόσυρση ή κυνισμό εντός, χωρίς φυγή στον κυνισμό ή στην εξιδανίκευση.

Επιπλέον, η ψυχοδυναμική ανάγνωση της φροντίδας ως σχέσης «μέσα-έξω», «εντός-εκτός», που αναπτύχθηκε από τη Γκούβα (2026), βρίσκει στο HALO μια δομική αντιστοιχιστική μέσω των τριών επιπέδων του μοντέλου. Το διαθέσιμα υπόστρωμα αντιστοιχεί στην εσωτερική ψυχική οργάνωση του επαγγελματία, οι σχεσιακές μικρο-δεξιότητες στον τρόπο με τον οποίο αυτή η οργάνωση εκφράζεται στη σχέση, και το συμβολικό - αφηγηματικό επίπεδο στον τρόπο με τον οποίο η εμπειρία της φροντίδας εγγράφεται σε νόημα.

Με τον τρόπο αυτό, το HALO δεν αντικαθιστά την ψυχοδυναμική θεωρία της φροντίδας, αλλά την επεκτείνει και την καθιστά λειτουργική σε επίπεδο επαγγελματικής πρακτικής, εκπαίδευσης και εμπειρικής έρευνας. Η συγκεκριμένη πρόταση, επομένως, μπορεί να ιδωθεί ως το σημείο όπου η ψυχοδυναμική κατανόηση της φροντίδας συναντά τη συστηματική επιστημονική μοντελοποίηση, προσφέροντας ένα πλαίσιο στο οποίο η αγάπη αναγνωρίζεται όχι ως ρομαντικό υπόλειμμα, αλλά ως δομικό στοιχείο της επαγγελματικής φροντίδας.

Υπό αυτή την οπτική, το παρόν κεφάλαιο υιοθετεί ρητά μια ψυχοδυναμική προσέγγιση της φροντίδας, εστιάζοντας στις ασυνείδητες διεργασίες, στους μηχανισμούς άμυνας, στη σχέση Εγώ - Άλλου και στη συμβολική εργασία που επιτελείται σε κάθε πράξη φροντίδας. Η ανθρωπιστική αγάπη εξετάζεται όχι μόνο ως σχεσιακή ικανότητα, αλλά ως ψυχική λειτουργία που ρυθμίζει την εγγύτητα, το όριο και την αντοχή του υποκειμένου μέσα στη φροντίδα.

### **Τι δεν είναι το HALO**

Το θεωρητικό μοντέλο HALO δεν συνιστά μοντέλο ηθικής αρετής ούτε κανονιστικό πλαίσιο «ορθής» συναισθηματικής στάσης. Δεν προϋποθέτει αυξημένη συναισθηματική διαθεσιμότητα, αυτοθυσία ή προσωπική αυταπάρνηση εκ μέρους του επαγγελματία υγείας. Παράλληλα, δεν αποτελεί θεραπευτική τεχνική ούτε οδηγό κλινικής παρέμβασης και δεν αποσκοπεί στην υποκατάσταση οργανωσιακών ή θεσμικών παρεμβάσεων για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η αποσαφήνιση αυτή καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική στο πλαίσιο της σύγχρονης συζήτησης γύρω από την τεκμηριωμένη πρακτική (evidence-based practice), η οποία συχνά ταυτίζεται με ιεραρχικά μοντέλα γνώσης και προνομιακή έμφαση στις τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Ωστόσο, όπως έχει επισημανθεί στη νοσηλευτική θεωρία, η μονοδιάστατη προσκόλληση στην ιεραρχία της «ισχυρότερης» απόδειξης ενδέχεται να παραγνωρίζει κρίσιμες μορφές γνώσης που αναδύονται μέσα από την αναστοχαστική πρακτική και τη βιωμένη εμπειρία του επαγγελματία. Η αναστοχαστική επεξεργασία της

πράξης δεν αντιτίθεται στην τεκμηρίωση, αλλά συνιστά βασικό μηχανισμό ερμηνείας και ενσωμάτωσης της γνώσης στην εξατομικευμένη φροντίδα. Υπό αυτή την έννοια, η τεκμηριωμένη πρακτική και η αναστοχαστική πρακτική δεν αποτελούν ανταγωνιστικές διαδικασίες, αλλά συγκλίνουσες μορφές επαγγελματικής κρίσης, οι οποίες μοιράζονται κοινούς στόχους, διαδικασίες και ηθικές δεσμεύσεις (Mantzoukas, 2008 & Mantzoukas, 2009). Το HALO εγγράφεται συνειδητά σε αυτή τη μη-ιεραρχική κατανόηση της γνώσης, προτείνοντας ένα θεωρητικό πλαίσιο που δεν υποκαθιστά την εμπειρική τεκμηρίωση, αλλά την καθιστά βιώσιμη, ερμηνεύσιμη και εφαρμόσιμη στο πλαίσιο της σχέσης φροντίδας.

Το HALO προτείνεται αποκλειστικά ως εννοιολογικό και θεωρητικό μοντέλο κατανόησης της ανθρωπιστικής αγάπης ως ρυθμιζόμενης επαγγελματικής δεξιότητας, με στόχο την ερμηνεία - και όχι την ηθικολογική αξιολόγηση - της εμπειρίας της φροντίδας.

### **11.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο: Αγάπη, Νόημα και Επαγγελματική Εξουθένωση στη Φροντίδα**

Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ένα από τα πλέον σύνθετα φαινόμενα της σύγχρονης κλινικής πραγματικότητας. Παρότι οι οργανωσιακοί παράγοντες εξηγούν σημαντικό μέρος της συναισθηματικής εξάντλησης, οι διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και της μειωμένης προσωπικής επίτευξης συνδέονται στενά με τη ρήξη του νοήματος και τη διατάραξη της σχέσης με τον Άλλον. Στο σημείο αυτό, η έννοια της αγάπης, αν και συχνά αποσιωπάται, αναδύεται ως κρίσιμος αλλά ανεπεξέργαστος θεωρητικός άξονας.

Η απουσία της αγάπης από τα κυρίαρχα θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής φροντίδας δεν είναι τυχαία. Αντανακλά μια ιστορική και επιστημολογική επιφύλαξη απέναντι σε έννοιες που θεωρούνται είτε υπερβολικά υποκειμενικές είτε δύσκολα μετρήσιμες. Στο πλαίσιο της βιοϊατρικής λογικής και της τεχνοκρατικής οργάνωσης των συστημάτων υγείας, η αγάπη

συχνά αντιμετωπίζεται ως απειλή για την επαγγελματική ουδετερότητα ή ως παράγοντας συναισθηματικής υπερεμπλοκής.

Ωστόσο, τα βιώματα των ίδιων των επαγγελματιών υγείας, όπως και τα εμπειρικά δεδομένα της παρούσας διατριβής, υποδεικνύουν ότι η απουσία θεωρητικής επεξεργασίας της αγάπης δεν οδηγεί σε ουδετερότητα, αλλά σε κενό νοήματος. Το κενό αυτό συχνά καταλαμβάνεται από την αποπροσωποποίηση, τον κυνισμό και την αμυντική συναισθηματική απόσυρση. Υπό αυτή την έννοια, η ανθρωπιστική αγάπη δεν αποτελεί το αντίθετο της επαγγελματικότητας, αλλά ενδεχομένως έναν από τους βασικούς όρους διατήρησής της.

## **11.2 Από το συναίσθημα στη σχεσιακή ικανότητα: Θεωρητικές Προσεγγίσεις**

Η επανατοποθέτηση της ανθρωπιστικής αγάπης στο χώρο της επαγγελματικής φροντίδας προϋποθέτει την αποδέσμευσή της από ρομαντικές ή ηθικολογικές αναγνώσεις. Η έννοια του amor mundi, όπως διατυπώθηκε από τη Hannah Arendt (O'Meara, 1979; Arendt, 2011; Arendt, 2022), προσφέρει ένα κρίσιμο φιλοσοφικό πλαίσιο, όπου η αγάπη νοείται ως στάση ευθύνης απέναντι στον κόσμο όπως είναι. Παράλληλα, η ηθική της φροντίδας της Joan Tronto αναδεικνύει ότι η αγάπη δεν αποτελεί ατομική αρετή αλλά θεσμικά ενσωματωμένη πρακτική (Tronto, 2013; Tronto, 2020). Η θεωρία της φροντίδας της Jean Watson (1997) και η ψυχαναλυτική έννοια του «holding» του Donald Winnicott (1965), συμπληρώνουν το πλαίσιο, προτείνοντας την αγάπη ως ρυθμιζόμενη σχεσιακή ικανότητα.

### **11.2.1 Η αγάπη ως στάση αντοχής στην πραγματικότητα**

Η έννοια του amor mundi της Hannah Arendt προσφέρει ένα κρίσιμο φιλοσοφικό πλαίσιο για την κατανόηση της αγάπης όχι ως συναισθηματικής προσκόλλησης, αλλά ως στάσης παραμονής στον κόσμο. Η αγάπη, υπό αυτή την οπτική, δεν εξιδανικεύει τον πόνο ούτε υπόσχεται αποκατάσταση αλλά αντιθέτως, συνιστά την άρνηση της φυγής, είτε μέσω κυνισμού είτε μέσω εξιδανίκευσης.

Στο επαγγελματικό πλαίσιο της φροντίδας, η στάση αυτή μεταφράζεται σε μια μορφή ψυχικής αντοχής στη ματαιώση, στην αβεβαιότητα και στο όριο της φροντίδας. Ο επαγγελματίας παραμένει παρών απέναντι στον Άλλον, ακόμη και όταν η θεραπευτική αποτελεσματικότητα είναι περιορισμένη, όταν ο θάνατος είναι εγγύς ή όταν οι οργανωσιακές συνθήκες είναι δυσμενείς. Η ανθρωπιστική αγάπη, εδώ, δεν λειτουργεί ως υπόσχεση ρύθμισης, αλλά ως μορφή ευθύνης απέναντι στην ανθρώπινη συνθήκη.

### **11.2.2 Η αγάπη πέρα από την ατομική αρετή: θεσμική και πολιτική διάσταση**

Η ηθική της φροντίδας, όπως αναπτύχθηκε από τη Joan Tronto, επιτρέπει τη μετατόπιση της αγάπης από το ατομικό στο θεσμικό επίπεδο. Η φροντίδα δεν είναι απλώς πράξη καλής πρόθεσης, αλλά οργανωμένη κοινωνική πρακτική που ενσωματώνει σχέσεις εξουσίας, ανισότητες και περιορισμούς.

Από αυτή την οπτική, η απαίτηση για «αγάπη» χωρίς αντίστοιχη θεσμική υποστήριξη δεν είναι μόνο ανεπαρκής, αλλά ενδέχεται να είναι και επιβαρυντική. Το μοντέλο HALO ενσωματώνει αυτή τη διάσταση, προτείνοντας ότι η ανθρωπιστική αγάπη ως επαγγελματική δεξιότητα προϋποθέτει όρια, ρύθμιση και συλλογική ευθύνη.

### **11.2.3 Η ανθρωπιστική αγάπη ως μη-ρομαντική και μη-σωτηριολογική στάση στη φροντίδα**

Η ανθρωπιστική αγάπη, όπως εννοιολογείται στο παρόν μοντέλο, δεν ταυτίζεται με τη συναισθηματική θέρμη, την αυτοθυσία ή την ψευδαίσθηση αποκατάστασης. Δεν προϋποθέτει την κατάργηση των ορίων ούτε την άρνηση της ασυμμετρίας που εγγενώς χαρακτηρίζει τη σχέση φροντίδας. Αντιθέτως, συγκροτείται ακριβώς εκεί όπου ο επαγγελματίας υγείας και φροντίδας αναγνωρίζει ότι δεν μπορεί να σώσει, να ελέγξει ή να αποκαταστήσει πλήρως τον Άλλον.

Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη, διότι ιστορικά η αγάπη στη φροντίδα είτε εξιδανικεύτηκε ως ηρωική αυταπάρηση είτε απορρίφθηκε ως απειλή για την επαγγελματική λειτουργικότητα.

Το HALO απορρίπτει και τις δύο θέσεις. Η ανθρωπιστική αγάπη δεν είναι απλώς πλαίσιο κατανόησης του ανθρώπινου ορίου και ούτε άρνησή του, αλλά είναι η συνειδητή παραμονή στη σχέση φροντίδας εντός του ορίου, με ευθύνη και ψυχική αντοχή στη ματαίωση, στην αβεβαιότητα και στο όριο της φροντίδας.

Η διάκριση αυτή καθίσταται κρίσιμη όχι μόνο θεωρητικά αλλά και δεοντολογικά, καθώς αποτρέπει τη σύγχυση της ανθρωπιστικής αγάπης με απαιτήσεις συναισθηματικής διαθεσιμότητας που υπερβαίνουν τα όρια του επαγγελματικού ρόλου.

#### **11.2.4 Ψυχοδυναμικοί άξονες της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα**

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση της φροντίδας επιτρέπει την κατανόηση της ανθρωπιστικής αγάπης ως λειτουργίας που εδράζεται σε τρεις βασικούς άξονες:

- (α) τη ρύθμιση της εγγύτητας και της απόστασης στη σχέση με τον Άλλον,
- (β) την επεξεργασία της αμφιθυμίας, της ματαίωσης και της απώλειας,
- (γ) τη συμβολική νοηματοδότηση της εμπειρίας της φροντίδας.

Οι άξονες αυτοί δεν λειτουργούν αποκλειστικά σε συνειδητό επίπεδο, αλλά εμπλέκουν και ασυνείδητες διεργασίες, μέσω των οποίων ο επαγγελματίας ρυθμίζει τη συναισθηματική του εμπλοκή, την άμυνα και τη νοηματοδότηση της φροντίδας.

Υπό αυτή την οπτική, η ανθρωπιστική αγάπη δεν λειτουργεί ως άρνηση του ψυχικού πόνου, αλλά ως μηχανισμός που επιτρέπει στο Εγώ να παραμένει σε σχέση χωρίς να καταφεύγει σε αμυντικές μορφές αποπροσωποποίησης ή συναισθηματικής απόσυρσης.

### **11.3 Το Θεωρητικό Μοντέλο HALO**

Το μοντέλο HALO οργανώνεται σε τρία αλληλοσυνδεδεμένα επίπεδα: (α) το διαθεσιακό υπόστρωμα, (β) τις σχεσιακές μικρο-δεξιότητες και (γ) το συμβολικό–αφηγηματικό οικοσύστημα. Η δομή αυτή επιτρέπει την κατανόηση της ανθρωπιστικής αγάπης ως δεξιότητας που αναπτύσσεται εντός προσωπικών, σχεσιακών και πολιτισμικών πλαισίων.

#### **11.3.1 Το διαθεσιακό υπόστρωμα ως ψυχικό πλαίσιο**

Στο πρώτο επίπεδο του HALO, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας δεν αντιμετωπίζονται ως αιτιοκρατικοί παράγοντες, αλλά ως ψυχικά «τοπία» εντός των οποίων αναπτύσσονται ή δυσχεραίνονται οι σχεσιακές δεξιότητες. Ο νευρωτισμός, για παράδειγμα, δεν οδηγεί αναγκαστικά σε εξουθένωση, αλλά αυξάνει την ευαλωτότητα όταν απουσιάζουν μηχανισμοί ρύθμισης και νοηματοδότησης. Η θεωρητική αυτή διάκριση είναι κρίσιμη, διότι αποτρέπει την παθολογιοποίηση του επαγγελματία υγείας και μεταφέρει το βάρος από το «ποιος είναι» στο «πώς λειτουργεί μέσα σε συγκεκριμένες συνθήκες».

### **11.3.2 Οι σχεσιακές μικρο-δεξιότητες ως πυρήνας επαγγελματικής επάρκειας**

Οι σχεσιακές μικρο-δεξιότητες που περιγράφονται στο HALO δεν αποτελούν αφηρημένες έννοιες, αλλά καθημερινές πρακτικές: η ικανότητα να ακούς χωρίς να αποσύρεσαι, να αντέχεις τη σιωπή, να θέτεις όρια χωρίς να ακυρώνεις τον Άλλον. Η θεωρία της caring science της Jean Watson και η ψυχαναλυτική έννοια του holding του Donald Winnicott συγκλίνουν στην κατανόηση της αγάπης ως ρυθμιζόμενης παρουσίας.

### **11.3.3 Το Όριο ως Ψυχική Λειτουργία και Αθέατος Πυρήνας του HALO**

Η έννοια του ορίου διατρέχει υπόγεια όλα τα επίπεδα του μοντέλου HALO. Στο διαθεσιακό επίπεδο, το όριο αφορά την ικανότητα του Εγώ να αντέχει την αμφιθυμία χωρίς κατάρρευση ή άκαμπτη άμυνα. Στο σχεσιακό επίπεδο, το όριο εκφράζεται ως δυνατότητα εγγύτητας χωρίς συγχώνευση και απόστασης χωρίς απόσυρση. Στο συμβολικό επίπεδο, το όριο εγγράφεται στη γλώσσα και στις μεταφορές που επιτρέπουν νόημα χωρίς εξιδανίκευση.

Υπό αυτή την οπτική, η ανθρωπιστική αγάπη δεν είναι απεριόριστη διαθεσιμότητα, αλλά ρυθμισμένη παρουσία. Η απουσία ορίων δεν οδηγεί σε βαθύτερη φροντίδα, αλλά σε εξάντληση, κυνισμό ή αμυντική αποπροσωποποίηση. Το HALO, συνεπώς, μπορεί να ιδωθεί ως μοντέλο φροντίδας με όρια — όχι ως περιορισμό της αγάπης, αλλά ως προϋπόθεση διατήρησής της.

Υπό αυτή την έννοια, το HALO μπορεί να ιδωθεί ως ψυχοδυναμικό μοντέλο επαγγελματικής φροντίδας, στο μέτρο που εστιάζει όχι μόνο σε συμπεριφορές ή δεξιότητες, αλλά στις ψυχικές λειτουργίες που καθιστούν δυνατή τη διατήρηση της σχέσης με τον Άλλον χωρίς κατάρρευση, άμυνα ή κυνισμό.

#### **11.4 Η ανθρωπιστική αγάπη και η επαγγελματική εξουθένωση**

Σε συμφωνία με το μοντέλο της Christina Maslach, το HALO διαφοροποιεί τις διαστάσεις της εξουθένωσης. Η συναισθηματική εξάντληση συνδέεται κυρίως με οργανωσιακούς παράγοντες, ενώ η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη σχετίζονται με απώλεια νοήματος. Η ανθρωπιστική αγάπη λειτουργεί προστατευτικά κυρίως απέναντι στον κυνισμό και τη διάρρηξη της σχέσης με τον Άλλον.

Ωστόσο, η αποπροσωποποίηση και η απώλεια προσωπικής επίτευξης υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική εξάντληση δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποκλειστικά μέσω ατομικών παρεμβάσεων. Επίσης, η αποπροσωποποίηση και η απώλεια προσωπικής επίτευξης αποτελούν πεδία όπου η ανθρωπιστική αγάπη μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά. Η ανθρωπιστική αγάπη δεν μειώνει το φόρτο εργασίας, μειώνει όμως την πιθανότητα ο φόρτος να οδηγηθεί σε κυνισμό.

##### **11.4.1 Ο υπαρξιακός κίνδυνος της αποπροσωποποίησης στη φροντίδα**

Όταν η ανθρωπιστική αγάπη απουσιάζει από τη φροντίδα, το κενό που δημιουργείται δεν παραμένει ουδέτερο. Συχνά καταλαμβάνεται από μηχανιστικό λόγο, γραφειοκρατική απόσταση και κυνική αποπροσωποποίηση. Η επαγγελματική εξουθένωση, ιδίως στη διάσταση της αποπροσωποποίησης, μπορεί να ιδωθεί όχι μόνο ως αποτέλεσμα υπερφόρτωσης, αλλά και ως άμυνα απέναντι σε μια φροντίδα που έχει απογυμνωθεί από νόημα. Υπό αυτή την έννοια, το θεωρητικό μοντέλο HALO δεν προτείνει την ανθρωπιστική αγάπη ως «πρόσθετο» στοιχείο ευεξίας, αλλά ως ψυχική συνθήκη διατήρησης της επαγγελματικής σχέσης υπό απαιτητικές συνθήκες εντός της φροντίδας. Από ψυχοδυναμική σκοπιά, η αποπροσωποποίηση μπορεί να

ιδωθεί όχι μόνο ως διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και ως αμυντικός μηχανισμός απέναντι σε μια φροντίδα που έχει καταστεί ψυχικά αβάσταχτη. Η απουσία ανθρωπιστικής αγάπης δεν οδηγεί απλώς σε κόπωση, αλλά σε ενεργοποίηση άμυνας, μέσω της οποίας το υποκείμενο αποσύρει την ψυχική του επένδυση από τη σχέση.

### **11.5 Κλινικές και Εκπαιδευτικές Προεκτάσεις**

Το HALO μπορεί να αξιοποιηθεί σε παρεμβάσεις υποστήριξης επαγγελματιών υγείας, όπως ομάδες αναστοχασμού και εκπαιδεύσεις στη συμπονετική παρουσία. Στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, προτείνεται η διδασκαλία της αγάπης ως επαγγελματικής δεξιότητας, με έμφαση στη ρύθμιση, τα όρια και τη θεσμική υποστήριξη.

#### **11.5.1 Κλινικές προεκτάσεις και αναστοχασμός**

Στο κλινικό πεδίο, το HALO μπορεί να λειτουργήσει ως πλαίσιο αναστοχαστικής επεξεργασίας της εμπειρίας της φροντίδας, ιδίως σε περιβάλλοντα υψηλής συναισθηματικής επιβάρυνσης, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, η ογκολογική φροντίδα και η παρηγορητική μέριμνα. Η εφαρμογή του δεν προϋποθέτει την εισαγωγή νέων τεχνικών ή πρωτοκόλλων, αλλά τη δημιουργία δομημένων χώρων όπου ο επαγγελματίας μπορεί να επεξεργαστεί τη σχέση του με τον πόνο, το όριο και τη ματαίωση χωρίς την ανάγκη αμυντικής αποστασιοποίησης. Υπό αυτή την έννοια, το HALO συνομιλεί άμεσα με τη σύγχρονη κριτική της τεκμηριωμένης πρακτικής, η οποία έχει επισημάνει ότι η αποκλειστική προσήλωση σε ιεραρχικά μοντέλα απόδειξης ενδέχεται να παραγνωρίζει μορφές γνώσης που είναι κρίσιμες για την εξατομικευμένη και ηθικά συνεκτική φροντίδα. Η αναστοχαστική πρακτική δεν λειτουργεί ανταγωνιστικά προς την evidence-based practice, αλλά ως μηχανισμός ενσωμάτωσης της επιστημονικής γνώσης στο βιωμένο κλινικό πλαίσιο, επιτρέποντας στον επαγγελματία να μεταφράζει την απόδειξη σε κρίση και τη γνώση σε υπεύθυνη παρουσία. Το HALO, ως θεωρητικό μοντέλο, δεν υποδεικνύει «τι να κάνει» ο επαγγελματίας, αλλά πώς να παραμένει σε σχέση με τον Άλλον χωρίς να ακυρώνει ούτε το επιστημονικό δεδομένο ούτε

την ανθρώπινη ιδιαιτερότητα. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να αξιοποιηθεί σε ομάδες αναστοχασμού, εποπτείας και κλινικής συζήτησης περιστατικών, λειτουργώντας ως κοινό εννοιολογικό λεξιλόγιο για την κατανόηση της αποπροσωποποίησης, του κυνισμού και της απώλειας νοήματος ως ψυχικών και όχι ατομικά «αποτυχημένων» διεργασιών.

### **11.5.2 Εκπαιδευτικές προεκτάσεις**

Σε εκπαιδευτικό επίπεδο, το HALO προσφέρει ένα σπάνιο αλλά αναγκαίο πλαίσιο για τη διδασκαλία της ανθρωπιστικής αγάπης ως επαγγελματικής δεξιότητας και όχι ως ατομικής ηθικής αρετής ή έμφυτου χαρακτηριστικού. Η ένταξή του σε προγράμματα προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας μπορεί να συμβάλει στη συστηματική επεξεργασία εννοιών που παραδοσιακά παραμένουν άρρητες ή μεταδίδονται άτυπα, όπως το όριο, η εγγύτητα, η αμφιθυμία και η αντοχή στη ματαίωση. Η εκπαιδευτική αξιοποίηση του μοντέλου δεν αποσκοπεί στην καλλιέργεια συναισθηματικής υπερεμπλοκής, αλλά στη διάκριση μεταξύ ώριμης φροντίδας και αμυντικής αυταπάρνης. Μέσα από αφηγηματικές μεθόδους, ανάλυση κλινικών ιστοριών, βιωματικές ασκήσεις και εποπτευόμενο αναστοχασμό, οι εκπαιδευόμενοι μπορούν να έρθουν σε επαφή με τη φροντίδα ως σχέση που εμπεριέχει όριο και ευθύνη, και όχι ως χώρο σωτηριολογικών προσδοκιών. Υπό αυτή την οπτική, το HALO λειτουργεί ως παιδαγωγικό αντίβαρο τόσο στον τεχνοκρατικό φορμαλισμό όσο και στον ρομαντικό ηρωισμό, προσφέροντας ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο η αγάπη μπορεί να διδαχθεί χωρίς να εξιδανικευθεί και να θεσμοθετηθεί χωρίς να απονευρωθεί. Η εκπαιδευτική του αξία έγκειται ακριβώς στο ότι επιτρέπει στους μελλοντικούς επαγγελματίες να αναγνωρίσουν εγκαίρως τους κινδύνους της αποπροσωποποίησης και να αναπτύξουν μια επαγγελματική ταυτότητα που αντέχει την εγγύτητα χωρίς να καταρρέει και το όριο χωρίς να σκληραίνει.

Υπό αυτή την έννοια, οι κλινικές και εκπαιδευτικές προεκτάσεις του μοντέλου HALO δεν εξαντλούν τη δυναμική του, αλλά αναδεικνύουν την ανάγκη μετάβασης από τη θεωρητική κατανόηση στη συστηματική εμπειρική διερεύνηση των μηχανισμών μέσω των οποίων η ανθρωπιστική αγάπη λειτουργεί προστατευτικά μέσα στη φροντίδα.

#### **11.6. Μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις και ελέγξιμες υποθέσεις του μοντέλου HALO**

Το μοντέλο HALO επιτρέπει τη διατύπωση ελέγξιμων υποθέσεων σχετικά με τη σχέση της ανθρωπιστικής αγάπης με την αποπροσωποποίηση, την προσωπική επίτευξη και τη συμβολική συνοχή. Μελλοντικές μελέτες μπορούν να εξετάσουν την εμπειρική επαλήθευση του μοντέλου σε διαφορετικά κλινικά και πολιτισμικά πλαίσια. Η εννοιολόγηση της ανθρωπιστικής αγάπης ως μαθημένης επαγγελματικής δεξιότητας επιτρέπει τη διατύπωση συγκεκριμένων ερευνητικών υποθέσεων, οι οποίες μπορούν να εξεταστούν εμπειρικά σε διαφορετικά κλινικά, επαγγελματικά και πολιτισμικά πλαίσια. Ενδεικτικά, το μοντέλο HALO επιτρέπει τη διερεύνηση των ακόλουθων υποθέσεων:

Υπόθεση 1:

Υψηλότερα επίπεδα ανθρωπιστικής αγάπης, όπως εννοιολογούνται στο πλαίσιο του HALO, θα συσχετίζονται αρνητικά με την αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας, ανεξάρτητα από το συνολικό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης.

Υπόθεση 2:

Η ανθρωπιστική αγάπη θα λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός μηχανισμός (mediator) στη σχέση μεταξύ συναισθηματικής εξάντλησης και προσωπικής επίτευξης, συμβάλλοντας στη διατήρηση του νοήματος της επαγγελματικής φροντίδας ακόμη και σε συνθήκες υψηλού φόρτου.

Υπόθεση 3:

Το συμβολικό–αφηγηματικό επίπεδο του μοντέλου HALO θα προβλέπει υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας και νοηματοδότησης της φροντίδας πέραν των χαρακτηριστικών προσωπικότητας και των διαθεσιακών παραμέτρων.

Οι υποθέσεις αυτές δεν αποσκοπούν στην εξάντληση των ερευνητικών δυνατοτήτων του μοντέλου, αλλά στη χαρτογράφηση ενός πεδίου μελλοντικής εμπειρικής διερεύνησης. Υπό αυτή την έννοια, το HALO προτείνεται ως δυναμικό θεωρητικό πλαίσιο, ικανό να παραχθεί, να δοκιμαστεί και να αναθεωρηθεί μέσα από τη συστηματική επιστημονική έρευνα.

### **11.7 Από την Ψυχοδυναμική Θεωρία της Φροντίδας στο Μοντέλο HALO: Επιστροφή και Θεωρητική Εξέλιξη**

Η ψυχοδυναμική θεωρία της φροντίδας, όπως αναπτύχθηκε στο παρόν μοντέλο, εστίασε εξαρχής στη φροντίδα ως ψυχική διεργασία και ως σχέση που συγκροτείται στον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ των υποκειμένων. Η φροντίδα νοήθηκε ως πεδίο μεταβίβασης, ταύτισης, άμυνας και νοηματοδότησης, όπου το Εγώ του επαγγελματία υγείας συναντά την ευαλωτότητα του Άλλου και δοκιμάζει τα όριά του. Η προσέγγιση αυτή ανέδειξε την αθέατη, αλλά καθοριστική, ψυχική εργασία που επιτελείται σε κάθε πράξη φροντίδας. Η μεταγενέστερη ανάπτυξη του θεωρητικού μοντέλου HALO (Humanitarian Amor as Learned Occupational Soft Skill) μπορεί να ιδωθεί ως επιστροφή σε αυτή τη θεμελιώδη προβληματική, όχι όμως με όρους επανάληψης, αλλά με όρους θεωρητικής μεταμόρφωσης. Εκεί όπου η ψυχοδυναμική θεωρία της φροντίδας ανέλυε το εσωτερικό βίωμα και τη δυναμική της σχέσης, το HALO επιχειρεί να καταστήσει αυτή τη γνώση *δομήσιμη, διδακτή και θεσμικά αναγνώσιμη*.

Η ανθρωπιστική αγάπη, όπως εννοιολογείται στο HALO, συνιστά έναν μετασχηματισμό της ψυχοδυναμικής έγνοιας σε επαγγελματική δεξιότητα. Η έγνοια, κατά τον Donald Winnicott, προϋποθέτει ένα Εγώ ικανό να αναγνωρίζει την εξάρτηση του Άλλου χωρίς να καταρρέει ή να αποσύρεται. Στο HALO, αυτή η ώριμη έγνοια επανεμφανίζεται όχι μόνο ως

εσωτερική στάση, αλλά ως ρυθμιζόμενη πρακτική, ενσωματωμένη σε επαγγελματικούς ρόλους, όρια και οργανωσιακές δομές.

Παράλληλα, το HALO επαναφέρει στο προσκήνιο τη φιλοσοφική διάσταση της φροντίδας ως ευθύνης απέναντι στον κόσμο. Το *amor mundi* της Hannah Arendt βρίσκει εδώ μια νέα εφαρμογή: η αγάπη δεν αφορά μόνο τη διαπροσωπική σχέση, αλλά τη στάση του επαγγελματία απέναντι στο σύνολο του κόσμου της φροντίδας — τον θεσμό, την καθημερινότητα, τη φθορά, την επανάληψη. Το HALO, υπό αυτή την έννοια, μετατοπίζει την ψυχοδυναμική σκέψη από το επίπεδο της ερμηνείας στο επίπεδο της αντοχής στο πραγματικό. Η επιστροφή του HALO στο ψυχοδυναμικό πλαίσιο της φροντίδας επιτρέπει επίσης μια νέα ανάγνωση της έννοιας του νόηματος. Εκεί όπου η ψυχοδυναμική θεωρία ανέδειξε το νόημα ως προϊόν εσωτερικής επεξεργασίας και συμβολικής εργασίας, το HALO προσθέτει τη διάσταση της συλλογικής και επαγγελματικής νοηματοδότησης. Το νόημα δεν παράγεται μόνο εντός του υποκειμένου, αλλά συν-παράγεται μέσα σε ομάδες, γλώσσες, θεσμούς και κοινές αφηγήσεις φροντίδας.

Με τον τρόπο αυτό, το HALO δεν απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεωρία της φροντίδας, αλλά λειτουργεί ως δεύτερος κύκλος θεωρητικής ωρίμανσης. Αν η ψυχοδυναμική προσέγγιση αποτέλεσε τη φάση της κατανόησης και της εμβάθυνσης στο ασυνείδητο της φροντίδας, το HALO συνιστά τη φάση της μεταφοράς αυτής της γνώσης στον χώρο της επαγγελματικής πράξης, της εκπαίδευσης και της έρευνας.

Η θεωρητική αυτή επιστροφή δεν κλείνει τον κύκλο· τον ανοίγει. Το HALO επανεγγράφει την ψυχοδυναμική φροντίδα σε ένα ευρύτερο πεδίο διαλόγου με την οργανωσιακή ψυχολογία, την ηθική της φροντίδας και τη σύγχρονη επιστήμη της υγείας, προσφέροντας ένα πλαίσιο όπου η αγάπη δεν παραμένει σιωπηλή ψυχική εργασία, αλλά αναγνωρίζεται ως δομικό στοιχείο της ανθρώπινης και επαγγελματικής φροντίδας.

Το μοντέλο HALO, έτσι όπως αναπτύχθηκε στο παρόν κεφάλαιο, δεν συνιστά απάντηση στην κρίση της φροντίδας, αλλά πλαίσιο κατανόησής της. Και κάθε πλαίσιο κατανόησης οφείλει, τελικά, να αντέχει περισσότερα ερωτήματα απ' όσα επιλύει.

Ίσως το πιο δύσκολο ερώτημα που αναδύεται μέσα από την παρούσα θεωρητική σύνθεση δεν αφορά το αν η ανθρωπιστική αγάπη μπορεί να μετρηθεί, να διδαχθεί ή να οργανωθεί, αλλά αν ο σύγχρονος χώρος της φροντίδας μπορεί ακόμη να αντέξει την παρουσία της. Διότι η ανθρωπιστική αγάπη, όταν απογυμνώνεται από ρομαντισμό και ηρωισμό, δεν προσφέρει παρηγορητικές βεβαιότητες, προσφέρει ευθύνη και συνδέεται με την ικανότητα του υποκειμένου να παραμένει παρόν απέναντι στην ανθρώπινη ευαλωτότητα, χωρίς την ψευδαίσθηση ελέγχου και χωρίς τη φυγή της αποστασιοποίησης. Υπό αυτή την έννοια, το μοντέλο HALO δεν διεκδικεί την τελειότητα της φροντίδας, αλλά την αντοχή της στη ματαίωση, στην αβεβαιότητα και στο όριο της φροντίδας. Δεν προτείνει μια ηθική της κατανόησης του ανθρώπινου μέτρου, αλλά μια ώριμη παραμονή στη σχέση φροντίδας χωρίς ενεργοποίηση αμυντικών μορφών αποπροσωποποίησης. Και ίσως ακριβώς εκεί, στο σημείο όπου η φροντίδα παύει να υπόσχεται αποκατάσταση και επιλέγει τη σχέση, η ανθρωπιστική αγάπη αναδεικνύεται ως ρυθμιστικός παράγοντας της σχέσης φροντίδας, ο οποίος συμβάλλει στη διατήρηση του νοήματος και του ορίου στην επαγγελματική πράξη.

### Γενικά και Θεωρητικά Συμπεράσματα

#### Η Ανθρωπιστική Αγάπη ως Όριο, Σχέση και Επαγγελματική Στάση

*«Η φροντίδα αρχίζει εκεί όπου παραιτούμαστε από τη σωτηρία.»  
Simone Weil*

Σε βαθύτερο επιστημολογικό επίπεδο, η παρούσα διδακτορική διατριβή εγγράφεται σε μια κριτική απέναντι στη νεωτερική παράδοση που αντιμετώπισε τον άνθρωπο ως αυτάρκες, διακριτό και κυρίαρχο υποκείμενο, αποσπασμένο τόσο από το σώμα όσο και από τον Άλλον. Η καρτεσιανή κληρονομιά, με τον διαχωρισμό νου και σώματος, συνέβαλε καθοριστικά στη συγκρότηση ενός επιστημονικού λόγου που δυσκολεύεται να ενσωματώσει την εμπειρία του πόνου, της εξάρτησης και της ευαλωτότητας χωρίς να τις μετατρέψει σε τεχνικά προβλήματα προς επίλυση. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα συχνά νοείται ως λειτουργία παρέμβασης και διόρθωσης, ενώ η αγάπη είτε αποσιωπάται ως μη επιστημονική είτε εξιδανικεύεται ως ατομική αρετή.

Η διατριβή αυτή προτείνει μια διαφορετική οντολογική αφετηρία. Ο άνθρωπος δεν συγκροτείται πρωτίστως ως αυτόνομο υποκείμενο, αλλά ως σχέση. Η εμπειρία της ασθένειας και του πόνου δεν αποκαλύπτει απλώς μια παθολογική παρέκκλιση από την κανονικότητα, αλλά φέρνει στο φως τη θεμελιώδη εξάρτηση που χαρακτηρίζει την ανθρώπινη ύπαρξη. Υπό αυτή την έννοια, η φροντίδα δεν αποτελεί δευτερογενή κοινωνική πρακτική, αλλά πρωταρχικό τρόπο συνύπαρξης, μέσα στον οποίο το Εγώ αναγνωρίζει τα όριά του και τη μη διαθεσιμότητα του Άλλου.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή ξεκίνησε από ένα ερώτημα που, αν και διαρκώς παρόν στον χώρο της φροντίδας, παραμένει θεωρητικά ασταθές και επιστημονικά υπο-αρθρωμένο:

ποια είναι η θέση της αγάπης στην επαγγελματική φροντίδα και πότε αυτή λειτουργεί ως πηγή νοήματος και ανθεκτικότητας και πότε ως παράγοντας φθοράς και εξουθένωσης. Η διερεύνηση αυτού του ερωτήματος ανέδειξε ότι η αγάπη δεν μπορεί να νοηθεί ούτε ως αυτονόητη αρετή ούτε ως επικίνδυνη συναισθηματική υπερεμπλοκή, αλλά ως φαινόμενο που αποκτά νόημα μόνο εντός συγκεκριμένων ψυχοδυναμικών, σχεσιακών και θεσμικών πλαισίων.

Η σύνθεση των τριών ερευνητικών ενοτήτων κατέδειξε ότι η ανθρωπιστική αγάπη δεν αποτελεί ένα ενιαίο, ομοιογενές συναίσθημα, αλλά ένα σύνθετο πλέγμα στάσεων, νοηματοδοτήσεων και εσωτερικών ρυθμίσεων. Η συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας ανέδειξε ότι, παρότι η αγάπη, η συμπόνια και η φροντίδα συνδέονται με θετικά επαγγελματικά και ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα, η εννοιολογική τους ασάφεια συχνά οδηγεί είτε σε εξιδανίκευση είτε σε σιωπηρή αποφυγή τους στο πλαίσιο της επιστημονικής συζήτησης. Η εμπειρική διερεύνηση, αντιθέτως, ανέδειξε ότι συγκεκριμένες μορφές αγάπης - ιδίως εκείνες που στερούνται ορίων και αυτορρύθμισης - μπορεί να συνδέονται με αυξημένη συναισθηματική εξάντληση, ενώ άλλες, περισσότερο ώριμες και ρυθμισμένες, λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση. Η ανάλυση των συμβολικών αναπαραστάσεων συμπλήρωσε αυτή την εικόνα, δείχνοντας ότι η αγάπη βιώνεται και επεξεργάζεται όχι μόνο στο επίπεδο της συμπεριφοράς, αλλά και στο επίπεδο της αφήγησης, της φαντασίωσης και του νοήματος.

Ένα από τα κεντρικά συμπεράσματα της διατριβής είναι ότι η αγάπη στη φροντίδα δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από την εμπειρία του πόνου. Ο πόνος δεν εμφανίζεται εδώ ως απλό αντικείμενο παρέμβασης, αλλά ως οριακό γεγονός που συγκροτεί τη σχέση Εγώ-Άλλου. Η αναγνώρισή του ως αδιαπέραστου αλλά σχεσιακού ορίου καθιστά προβληματικές τόσο τις σωτηριολογικές όσο και τις τεχνοκρατικές προσεγγίσεις της φροντίδας. Η αγάπη, υπό αυτή

την οπτική, δεν έρχεται να άρει τον πόνο, αλλά να ορίσει έναν τρόπο παραμονής απέναντί του χωρίς άρνηση, συγχώνευση ή κυνισμό.

Σε αυτό το θεωρητικό και υπαρξιακό πλαίσιο εγγράφεται η συμβολή του μοντέλου HALO. Το HALO προτείνεται ως ένα πλαίσιο κατανόησης της ανθρωπιστικής αγάπης όχι ως συναισθηματικής έντασης ή ηθικής επιταγής, αλλά ως μαθημένης επαγγελματικής στάσης που επιτρέπει τη διατήρηση της σχέσης φροντίδας υπό συνθήκες υψηλής ψυχικής φόρτισης. Η αγάπη, όπως νοηματοδοτείται στο μοντέλο, δεν ταυτίζεται με τη διαθεσιμότητα χωρίς όρια, αλλά με την ικανότητα ρύθμισης της εγγύτητας, αντοχής της ματαίωσης και αναγνώρισης της ετερότητας του Άλλου.

Η θεωρητική τόλμη του HALO έγκειται στο ότι μετατοπίζει το επίκεντρο της φροντίδας από το «τι προσφέρεται» στο «πώς παραμένει κανείς». Με τον τρόπο αυτό, η φροντίδα αποδεσμεύεται από την ψευδαίσθηση της παντοδυναμίας και επανατοποθετείται ως σχέση με όριο, ευθύνη και ηθικό βάρος. Η αγάπη δεν λειτουργεί εδώ ως αντίδοτο στην εξουθένωση, αλλά ως τρόπος συγκρότησης μιας επαγγελματικής ταυτότητας που αντέχει την ευαλωτότητα χωρίς να καταρρέει και την απόσταση χωρίς να αποξενώνεται.

Σε θεωρητικό επίπεδο, η διατριβή συμβάλλει στη γεφύρωση πεδίων που συχνά παραμένουν αποσπασματικά: της φιλοσοφίας του σώματος και του πόνου, της ψυχοδυναμικής κατανόησης της σχέσης και της εμπειρικής έρευνας στην επαγγελματική φροντίδα. Η ανθρωπιστική αγάπη αναδεικνύεται ως έννοια που δεν ανήκει αποκλειστικά ούτε στη σφαίρα της νοσηλευτικής ηθικής ούτε στη σφαίρα της ψυχολογίας, αλλά στο ενδιάμεσο πεδίο όπου συγκροτείται η ανθρώπινη συνύπαρξη υπό συνθήκες ασυμμετρίας και ευθύνης.

Η παρούσα διατριβή υποστηρίζει, περαιτέρω, ότι η ουσιαστική ενσωμάτωση της αγάπης στη φροντίδα δεν μπορεί να αφεθεί στην ατομική αντοχή ή στην προσωπική καλή πρόθεση των επαγγελματιών. Απαιτεί θεωρητικά εργαλεία, αναστοχαστικές δομές και θεσμική

αναγνώριση. Το HALO προτείνεται ως ένα τέτοιο εργαλείο, ανοιχτό σε εμπειρική δοκιμή, κριτική και περαιτέρω ανάπτυξη, όχι ως τελική απάντηση, αλλά ως πρόσκληση σε έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης για τη φροντίδα, την αγάπη και τα όριά τους.

Σε αυτό το σημείο καθίσταται αναγκαίο να διατυπωθεί ρητά μια θέση που συχνά παραμένει υπαινικτική στη σχετική βιβλιογραφία: η φροντίδα δεν είναι και δεν μπορεί να είναι ουδέτερη. Η αξίωση της ουδετερότητας, παρότι ιστορικά συνδέθηκε με την επιστημονική εγκυρότητα και την επαγγελματική δεοντολογία, λειτουργεί συχνά ως μηχανισμός άρνησης της σχέσης και ως άμυνα απέναντι στην ηθική έκθεση που συνεπάγεται η εγγύτητα με τον πόνο του Άλλου. Στο πλαίσιο αυτό, η αποστασιοποίηση παρουσιάζεται ως επαγγελματική ωριμότητα, ενώ η συναισθηματική εμπλοκή στιγματίζεται ως αδυναμία ή έλλειμμα αυτοελέγχου.

Η διατριβή αυτή υποστηρίζει ότι μια τέτοια διάκριση είναι θεωρητικά προβληματική και κλινικά επικίνδυνη. Η φροντίδα συγκροτείται πάντοτε εντός σχέσης και κάθε σχέση εμπεριέχει ασυμμετρία, ευθύνη και ηθικό βάρος. Η αποκαλούμενη «ουδέτερη» στάση δεν αναιρεί αυτή την πραγματικότητα· απλώς τη συγκαλύπτει. Όταν η φροντίδα απογυμνώνεται από τη συναισθηματική και ηθική της διάσταση, κινδυνεύει να μετατραπεί σε τεχνική διαχείρισης σωμάτων, πρωτοκόλλων και δεικτών, αφήνοντας τον πόνο χωρίς αναγνωρίσιμο αποδέκτη.

Υπό αυτή την οπτική, η ανθρωπιστική αγάπη δεν συνιστά απόκλιση από την επαγγελματική στάση, αλλά προϋπόθεση της. Όχι ως συναίσθημα που υπερχειλίζει, αλλά ως αναγνώριση ότι η σχέση φροντίδας εκθέτει τον επαγγελματία σε μια μορφή ηθικής εγγύτητας που δεν μπορεί να εξαλειφθεί χωρίς κόστος. Το HALO δεν επιχειρεί να εξανθρωπίσει εκ των υστέρων μια κατά τα άλλα ουδέτερη πρακτική· επιχειρεί να δείξει ότι η φροντίδα ήταν εξ αρχής ανθρώπινη και ότι η αποπροσωποποίησή της αποτελεί ιστορική και θεσμική κατασκευή.

Η ριζοσπαστικότητα του μοντέλου έγκειται στο ότι αποδέχεται αυτή την έκθεση χωρίς να την εξιδανικεύει. Η αγάπη, όπως προτείνεται εδώ, δεν είναι αντίθετη στο όριο, αλλά συνυφασμένη με αυτό. Δεν καταργεί την απόσταση, αλλά τη νοηματοδοτεί. Με τον τρόπο αυτό, το HALO τοποθετείται κριτικά απέναντι τόσο στις αφηγήσεις ηρωισμού της φροντίδας όσο και στις αφηγήσεις συναισθηματικής αποστείρωσης, προτείνοντας μια τρίτη οδό: τη φροντίδα ως συνειδητή παραμονή σε μια σχέση που δεν υπόσχεται λύτρωση.

Η παρούσα διατριβή δεν καταλήγει σε μια τελική απάντηση για τη θέση της ανθρωπιστικής αγάπης στη φροντίδα, αλλά σε μια μετατόπιση του ερωτήματος. Το κρίσιμο δεν είναι αν επιτρέπεται ή αν «χωρά» η ανθρωπιστική αγάπη στον επαγγελματικό χώρο, αλλά αν η φροντίδα μπορεί να υπάρξει χωρίς αυτήν, χωρίς να χάσει τον ανθρώπινο χαρακτήρα της. Το HALO προτείνεται ως ένας τρόπος να σκεφτούμε τη φροντίδα όχι ως πράξη ελέγχου ή αποκατάστασης, αλλά ως σχέση που αντέχει το όριο, τον πόνο και την αβεβαιότητα χωρίς να μετατρέπει σε τεχνικά προβλήματα προς επίλυση. Αν η φροντίδα έχει μέλλον ως ανθρώπινη πρακτική μέσα σε πολιτικά συστήματα υγείας που την πιέζουν προς την αποπροσωποποίηση, αυτό το μέλλον δεν θα κριθεί από την αποτελεσματικότητά της, αλλά από την ικανότητά της να παραμένει σχέση.

## Βιβλιογραφία

### Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

1. Adhikari, A. (2023). Nel Noddings' Theory of Care and its Ethical Components. *International Research Journal of Education and Technology*, 5(8), 198-206.
2. Adib-Hajbaghery, M., & BolandianBafghi, S. (2020). Love in Nursing: A Concept Analysis. *J Caring Sci*, 9(2), 113-119. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.017>.
3. Agata, S., Grzegorz, W., Ilona, B., Violetta, K., & Katarzyna, S. (2023). Prevalence of burnout among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic and associated factors—a scoping review. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 36(1), 21. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.02007>.
4. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>.
5. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>.
6. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York, London: Routledge.
7. Alansari, B., & Alali, T. (2021). Psychometric properties of Eysenck personality questionnaire-revised (EPQ-R) short scale in Arabic among undergraduates in Kuwait. *European Psychiatry*, 64(S1), S751-S751. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1990>.
8. Al-Ghazālī, M. (1873). *The Alchemy of Happiness*. USA: Liberty Fund.

9. Almulihi, Q. A. A., Almulihi, F. A. A., Alsultan, S. K. A., Alsultan, D. A. H., & Alsultan, Y. M. H. (2022). gender-based differences in burnout during the COVID-19 pandemic: are female nurses more prone to burnout than males? A meta-analysis. *International Journal of Health Sciences*, (IV), 2061-2073. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS4.6557>.
10. Anagnostopoulos, F., & Papadatou, D. (1992). Factorial composition and internal consistency of the Greek version of the Maslach Burnout Inventory. *Psychol. Them*, 5, 183-202.
11. Analayo, B. (2015). *Compassion and Emptiness in Early Buddhist Meditation*. UK: Windhorse Publications.
12. Araujo A. B., (2022). *Reciprocity, love and market in Brazilian care work for the elderly*. In: S. Dikova, W. McMahon & J. Savage (eds), *Love and the Politics of Care: Methods, Pedagogies, Institutions*. New York: Bloomsbury Academic, 169-184.
13. Arendt, H. (2011). *Essays in understanding, 1930-1954: Formation, exile, and totalitarianism*. Schocken.
14. Arendt, H. (2022). *The human condition*. University of Chicago press.
15. Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). The Presence of Love in Ethical Caring, *Nursing Forum*, 41(1), 4–12, <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2006.00031.x>.
16. Badash, I., Kleinman, N. P., Barr, S., Jang, J., Rahman, S., & Wu, B. W. (2017). Redefining health: the evolution of health ideas from antiquity to the era of value-based care. *Cureus*, 9(2), 1-7. <https://doi.org/10.7759/cureus.1018>.
17. Bahari, G., Asiri, K., Nouh, N., & Alqahtani, N. (2022). Professional quality of life among nurses: compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress: a multisite study. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221112329. <https://doi.org/10.1177/23779608221112329>.

18. Batanda, I. (2024). Prevalence of burnout among healthcare professionals: a survey at fort portal regional referral hospital. *Npj mental health research*, 3(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00061-2>.
19. Batiridou, A. L., Dragioti, E., Mantzoukas, S., & Gouva, M. (2025). Humanitarian Love in Values-Based Practice and Health Professionals' Psychosocial Outcomes: Systematic Literature Review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(3), e70059. <https://doi.org/10.1111/scs.70059>.
20. Batt, A. M., Tavares, W., & Williams, B. (2020). The development of competency frameworks in healthcare professions: a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 25, 913-987. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09946-w>.
21. Beall, A. E., & Sternberg, R. J. (1995). The social construction of love. *Journal of social and Personal Relationships*, 12(3), 417-438.
22. Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239-244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>.
23. Beier, M. E., Cockerham, M., Branson, S., & Boss, L. (2023). Aging and burnout for nurses in an Acute Care setting: the First Wave of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5565. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085565>.
24. Bender, M. (2014). Nursing as a Relational Practice: An Ethic of Care Perspective. *Journal of Nursing Ethics*, 21(5), 587–595. <https://doi.org/10.1177/0969733014534530>.
25. Bender, M., & Chur-Hansen, A. (2016). The Role of Empathy in Nursing Practice. *Nursing Philosophy*, 17(4), 298–306. <https://doi.org/10.1111/nup.12119>.

26. Benner, P. (2000). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice (2nd ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
27. Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Reading, MA: Addison-Wesley.
28. Benzies, K.M., Premji, S., Hayden, K.A., & Serrett, K. (2021). State-of-the-evidence reviews: Advantages and challenges of including grey literature. *Worldviews Evid Based Nurs*, 3, 55-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17040510/>.
29. Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., Fabi, R., ... & Jenks, N. P. (2020). Ethical challenges in responding to the COVID-19 pandemic. *The Hastings Center*. 1-12.
30. Berman, J. A. (2008). *Created Equal: How the Bible Broke with Ancient Political Thought*. UK: Oxford University Press.
31. Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups and other papers*. London:Tavistock Publications. ISBN: 978-0-415-04762-1.
32. Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How Clients Make Therapy Work: The Process of Active Self-Healing*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10323-000>.
33. Boswell, C., & Cannon, S. (2023). *Connection Between Research and Evidence-Based Practice*. In: *Boswell C. and Cannon S. (eds), Introduction to nursing research: Incorporating evidence-based practice*. Jones & Bartlett Learning. Burlington, MA, 1-32.
34. Bouchard, G., & Theriault, V. J. (2003). Defense mechanisms and coping strategies in conjugal relationships: An integration. *International journal of Psychology*, 38(2), 79-90. <https://doi.org/10.1080/00207590244000214>.
35. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss (2nd edition)*. New York: Basic Books.

36. Bracke, P., Christiaens, W., & Wauterickx, N. (2008). The pivotal role of women in informal care. *Journal of Family Issues*, 29(10), 1348-1378. <https://doi.org/10.1177/0192513X08316115>.
37. Brede, M. (2012). *Networks—An Introduction*. Mark E. J. Newman. (Oxford University Press.). Artificial life, 18, 241-2.
38. Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>.
39. Briseniou, E., Skenteris, N., Hatzoglou, C., Tsitsas, G., Diamantopoulos, E., Dragioti, E., & Gouva, M. (2021). The effects of psychopathology and shame on social representations of health and lifestyle behaviours via free association: a graph analysis approach. *BMC psychology*, 9(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00671-x>.
40. Brown, B., Crawford, P., Gilbert, P., Gilbert, J., & Gale, C., (2013). Practical compassions: repertoires of practice and compassion talk in acute mental healthcare. *Sociology of Health & Illness*, 36(3), 383–399.
41. Buber, M. (2008). *I and Thou*. Edinburg: T. & T. Clark.
42. Burunat, E. (2019). Love is a physiological motivation (like hunger, thirst, sleep or sex). *Medical hypotheses*, 129, 1-14, <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.05.011>.
43. Charmé, S. (1977). The Two I-Thou Relations in Martin Buber's Philosophy. *The Harvard Theological Review*, 70(1/2), 161-173. <https://www.jstor.org/stable/1508987>.
44. Chen, X., Li, J., Arber, A., Qiao, C., Wu, J., Sun, C., ... & Zhou, H. (2025). The impact of the nursing work environment on compassion fatigue: The mediating role of general self-efficacy. *International nursing review*, 72(2), e13044. <https://doi.org/10.1111/inr.13044>.

45. Christianson, J., Johnson, N., Nelson, A., & Singh, M. (2023). Work-related burnout, compassion fatigue, and nurse intention to leave the profession during COVID-19. *Nurse Leader*, 21(2), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.06.007>.
46. Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A. L., & Benight, C. C. (2013). Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military: Prevalence and its work-and exposure-related correlates. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(11), 917-925. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000034>.
47. Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological services*, 11(1), 75. <https://doi.org/10.1037/a0033798>.
48. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>.
49. Conostas, N. (2014). *Maximos the Confessor: on difficulties in the church fathers: the Ambigua*. England: Harvard University Press.
50. Costache, D. (2013). Living above Gender: Insights from Saint Maximus the Confessor, *Journal of Early Christian Studies*, 21(2), 261-290.
51. Critchley, S. (2004). *Ethics—Politics—Subjectivity: Essays on Derrida, Levinas and Contemporary French Thought*. Londo, New York: Verso.
52. Curtis, S., Gesler, W., & Wood, V. (2000). *Critical Geographies of Care*. UK: Routledge.
53. Dean, W., Talbot, S. G., & Dean, A. (2019). Reframing clinician distress: Moral injury not burnout. *Federal Practitioner*, 36(9), 400–402.

54. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037//0021-9010863499>.
55. DeSilva, J. M., & Lesnik, J. J. (2006). Brain size at birth throughout human evolution: A new method for estimating neonatal brain size in hominins. *Journal of Human Evolution*, 51(3), 207–215. <https://doi.org/10.1016/j.jhevol.2006.03.005>.
56. Di Fabio, A., & Saklofske, D. H. (2021). The relationship of compassion and self-compassion with personality and emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 169, 110109. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110109>.
57. Dobewall, H., Keltikangas-Järvinen, L., Marttila, S., Mishra, P. P., Saarinen, A., Cloninger, C. R., ... & Hintsanen, M. (2023). The relationship of trait-like compassion with epigenetic aging: The population-based prospective Young Finns Study. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1018797. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1018797>.
58. Donato, S., Parise, M., Pagani, A. F., Sciara, S., Lafrate, R., & Pantaleo, G. (2018). The paradoxical influence of stress on the intensity of romantic feelings towards the partner. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 12(2), 215-231. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v12i2.310>.
59. Doody, O., & Noonan, M. (2016). Nursing research ethics, guidance and application in practice. *British Journal of Nursing*, 25(14), 803-807.
60. Dossey, B. M. (2005). *Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
61. Dossey, B. M. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice (7th edition)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

62. Dragioti, E., & Gouva, M. (2024, September 12). *Developing a Psychology of Care* [Conference session]. Wondering about nursing: The bedrock of Nursing Philosophy, Ioannina, Greece.
63. Draycott, S. G., & Kline, P. (1995). The Big Three or the Big Five—the EPQ-R vs the NEO-PI: a research note, replication and elaboration. *Personality and Individual Differences*, 18(6), 801-804. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00010-4](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00010-4).
64. Dudas, R. B. (2022). Values-based practice: how can history taking help psychiatrists explore the values involved in clinical decision-making?. *BJPsych Advances*, 28(3), 153-162. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.45>.
65. Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and well-being among UK community nurses. *Nurse Educ Today*, 46, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>.
66. Emakpor, C., & Nyback, M. H. (2010). Love; A relevant concept in nursing and caring science. *Novia Publications and Productions*, 1-18.
67. Engster, D. (2007). *The heart of justice: Care ethics and political theory*. Oxford: Oxford University Press.
68. Epstein, E. G., & Delgado, S. (2010). Understanding and addressing moral distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3), 1-12. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No03Man01>.
69. Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342. <https://doi.org/10.1086/JCE200920406>.
70. Eriksson, K. (2018). *Caring science theory in practice: Caring and clinical caring science*. Stockholm, Sweden: Scandinavian University Press.

71. Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior and Adult)*. London: Hodder and Stoughton Educational, [https://books.google.gr/books?id=\\_uXrNAAACAAJ](https://books.google.gr/books?id=_uXrNAAACAAJ).
72. Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. UK: Brunner-Routledge.
73. Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>.
74. Figley, C. R. (2013). *The Compassion Fatigue Workbook: Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*. UK: Routledge.
75. Fitzgerald, L., & van Hooft, S. (2000). A Socratic Dialogue on the Question 'What is Love in Nursing?' *Nursing Ethics*, 7(6), 481–491. <https://doi.org/10.1177/096973300000700604>.
76. Fletcher, D., & Sarkar, M., (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European psychologist*, 18 (1), p. 12- 23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>.
77. Fragasso, G., & Carlino, M. (2023). The origin of the popular iconic heart symbol: fiction or facts?. *Journal of Visual Communication in Medicine*, 46(4), 192-196. <https://doi.org/10.1080/17453054.2024.2330357>.
78. Frankl, V. E. (1992). *Man's Search for Meaning*. USA: Beacon Press.
79. Fraser, N. (2016). Contradictions of Capital and Care. *New Left Review*, 100, 99–117.
80. Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works, 123-246.

81. Freud, S. (1914). *On Narcissism*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 67-102.
82. Frey, E., Chong, Y. Y., Chien, W. T., & Gloster, A. T. (2025). Cross-Cultural Comparison of Burnout, Insomnia and Turnover Intention Among Nurses in Eastern and Western Cultures During the COVID-19 Pandemic: Protective and Risk Factors. *Nursing Reports*, 15(2), 52. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020052>.
83. Fulford, B. (2008). Values-based practice: a new partner to evidence-based practice and a first for psychiatry?. *Mens Sana Monogr*, 6(1), 10-21. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.40565>.
84. Fulford, B. (2014). *Values-based practice: the facts. Arguments For and Against*. England: Cambridge University Press.
85. Fulford, B., & Wallcraft, J. (2009). Values-based practice and service user involvement in mental health research. *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*. West Sussex: John Wiley & Sons, 37-60.
86. Gadow, S. (1995). Narrative and Exploration: Toward a Poetics of Knowledge in Nursing. *Nursing Inquiry*, 2(4), 211–214. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.1995.tb00148.x>.
87. Gallagher, A. (2005). How the Body Shapes the Mind. *Philosophical Psychology*, 20(1), 127–142. <https://doi.org/10.1080/09515080601108096>.
88. Gallagher, A., Watson, F., & Fitzpatrick, N. (2018). Love as a core value in veterinary and medical practice: towards a humanimal clinical ethics?. *Clinical ethics*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1177/1477750917738110>.
89. Gallistl, M., Hamann, J., Croy, I., Vrticka, P., & Engert, V. (2024). Relationship as resource or burden? Associations of attachment style, relationship quality and dyadic coping with

- acute psychosocial stress in the presence of the romantic partner. *bioRxiv*, 2024-10. <https://doi.org/10.1101/2024.10.21.618832>.
90. Gerber, Z., & Anaki, D. (2021). The role of self-compassion, concern for others, and basic psychological needs in the reduction of caregiving burnout. *Mindfulness*, 12(3), 741-750. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01540-1>.
91. Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2012). *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
92. Getie, A., Ayenew, T., Amlak, B. T., Gedfew, M., Edmealem, A., & Kebede, W. M. (2025). Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. *BMC nursing*, 24(1), 596. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03266-8>.
93. Ghorbani, A., & Sadat Hoseini, A. S. (2024). Concept of Love in Nursing Based on the Iranian View: Love, True Meaning, or Virtual?. *International Journal for Human Caring*, 28(1). <https://doi.org/10.20467/IJHC-2022-0022>.
94. Gilbert, J., Ward, L., & Walter, R. (2021). A labour of love: Reward and satisfaction for nurses: Findings from a grounded theory study in dementia care. *Dementia*, 20(5), 1697-1710.
95. Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. USA: Harvard University Press.
96. Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin*, 136(3), 351. <https://doi.org/10.1037/a0018807>.
97. Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Cabañero, M., & Ortega-Campos, E. (2017). Predictive factors of burnout syndrome in nurses: A

- systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 2983–2999.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13364>.
98. Gray, M. (2011). Back to basics: A critique of the strengths perspective in social work. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 92(1), 5-11.  
<https://doi.org/10.1606/1044-3894.4054>.
99. Halifax, J. (2018). *Standing at the Edge: Finding Freedom Where Fear and Courage Meet*. New York: Flatiron Books.
100. Halldórsdóttir, S., & Hamrin, E. (2020). Caring and uncaring encounters in nursing and health care – developing a theory of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 32–44. <https://doi.org/10.1111/scs.12725>.
101. Harper, D. (2019). *The Analogy of Love: St Maximus the Confessor and the Foundations of Ethics*. New York: St Vladimirs Seminary Press.
102. Harvey, P. (2000). *An Introduction to Buddhist Ethics: Foundations, Values and Issues*. U.K.: Cambridge University Press.
103. Hatzikiriakidis, K., Ayton, D., Skouteris, H., Patitsas, L., Smith, K., Dhulia, A., & Poon, P. (2023). A rapid umbrella review of the literature surrounding the provision of patient-centred end-of-life care. *Palliative Medicine*, 37(8), 1079-1099.
104. Hawley, J. S. (2015). *A Storm of Songs: India and the Idea of the Bhakti Movement*. England: Harvard University Press.
105. Hawley, J. S., & Juergensmeyer, M. (1988). *Songs of the Saints of India*. UK: Oxford University Press.
106. Hays, R. B. (1996). *The Moral Vision of the New Testament: Community, Cross, New Creation*. California: HarperOne.
107. Heidegger, M. (1962). *Being and Time (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.)*. New York: Harper & Row.

108. Heintz, S., & Ruch, W. (2022). Cross-sectional age differences in 24 character strengths: Five meta-analyses from early adolescence to late adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 17(3), 356-374. <https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1871938>.
109. Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. UK: Oxford University Press.
110. Henderson, V. (1991). *The nature of nursing: Reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press.
111. Hermsen, M. A., Embregts, P. J. C. M., Hendriks, A. H. C., & Frielink, N. (2014). The human degree of care. Professional loving care for people with a mild intellectual disability: An explorative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(3), 221-232.
112. Hernandez- Nieto, H. (2002). *Contribuciones al analisis estadistico: sensibilidad, estabilidad y consistencia de varios coeficientes de variabilidad relativa y el coeficiente de variacion proporcional (CVP)* (CreateSpace Independent Publication), 1–180.
113. Heschel, A. J. (1955). *The Prophets*. New York: Harper & Row.
114. Hoagland, S. L. (1990). Some concerns about Nel Noddings' Caring. *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*, 5(1), 109–114. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1990.tb00394>.
115. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-24. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.3.513>.
116. Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press. ISBN: 978-0-520-26907-2.
117. Hochschild, A. R. (2000). *Global Care Chains and Emotional Surplus Value*. In W. Hutton & A. Giddens (Eds.), *On the Edge: Living with Global Capitalism*. London: Jonathan Cape.
118. Holliman, J. (2019). *Love: A Contextual, Ontological Form in the Classroom*. [Master dissertation, College of Education and Human Development], 1-68.

- 119.Hrdy, S. B. (2009). *Mothers and Others: The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*. USA: Harvard University Press.
- 120.Hren, J. (2014). The Genealogy of Ressentiment and the Achilles' Heel of Humanitarianism: Thinking with Dostoevsky, Scheler, and Manent on "Love of Mankind". *Logos: A Journal of Catholic Thought and Culture*, 17(4), 17-43. <https://doi.org/10.1353/log.2014.0033>.
- 121.Hughes, J., & Williamson, T. (2019). *The Dementia Manifesto: Putting Value-Based Practice to Work*. Cambridge University Press, Cambridge, 1-52.
- 122.Husserl, E. (1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology. An Introduction*. Cambridge Introductions to Key Philosophical Texts Series, Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139025935>.
- 123.Hwang, J. Y., Plante, T., & Lackey, K. (2008). The development of the Santa Clara brief Compassion Scale: An abbreviation of Sprecher and Fehr's compassionate love scale. *Pastoral Psychology*, 56(4), 421-428. <https://doi.org/10.1007/s11089-008-0117-2>.
- 124.İbrahimoglu, Ö. İ., Mersin, S., & Çaglar, M. (2021). Patience, Acceptance of Diversity, and Compassionate Love in Nursing Care. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 99-107.
- 125.Jackson, J. C., Watts, J., List, J. M., Puryear, C., Drabble, R., & Lindquist, K. A. (2022). From text to thought: How analyzing language can advance psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 17(3), 805-826. <https://doi.org/10.1177/17456916211004899>.
- 126.Jaggar, A. M. (1991). Feminist ethics. In P. Singer (Ed.), *A Companion to Ethics* (pp. 286–297). UK, USA: Blackwell.
- 127.Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. New Jersey: Prentice-Hall. ISBN: 9780136272325

128. Jung, C. G. (1969). *The Archetypes and the Collective Unconscious*, Hull RFC: Princeton University Press.
129. Kant, I. (1993). *Grounding for the Metaphysics of Morals* (J. W. Ellington, Trans.). USA: Hackett Publishing Company.
130. Kaplan Serin, E., Özdemir, A., & Işık, K. (2021). The effect of nurses' compassion on burnout: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 371-379. <https://doi.org/10.1111/ppc.12607>.
131. Kenett, Y. N., Anaki, D., & Faust, M. (2014). Investigating the structure of semantic networks in low and high creative persons. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 407. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00407>.
132. Kerlin, M. P., McPeake, J., & Mikkelsen, M. E. (2020). *Burnout and Joy in the Profession of Critical Care Medicine*. In: Vincent, J.L. (eds) *Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2020*. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine. Springer, Cham.
133. Khanjani, S., Asmari Bardezard, Y., Foroughi, A., & Yousefi, F. (2021). Burnout, compassion for others and fear of compassion: a quantitative study in Iranian nurses. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 43, 193-199. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0082>.
134. Kierkegaard, S. (1847). *Works of Love: some christian reflections in the form of discourses*. U.S.A.: Princeton University Press.
135. Kim, D., Kim, J., & Kim, H. (2021). Increased conformity to social hierarchy under public eyes. *Frontiers in psychology*, 12, 636801. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.636801>.
136. Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency*. New York: Routledge.
137. Klein, M. (1946). *Notes on Some Schizoid Mechanisms*. 1-24.

138. Kohlberg, L. (1981). *The Philosophy of Moral Development: Moral Stages and the Idea of Justice*. New York: Harper & Row.
139. Kontos, P. (2005). Embodied selfhood in Alzheimer's disease: Rethinking person-centred care. *Dementia*, 4(4), 553–570. <https://doi.org/10.1177/1471301205058311>.
140. Kowal, M., Bode, A., Koszałkowska, K., Roberts, S. C., GJoneska, B., Frederick, D., ... & Sorokowski, P. (2024). Love as a commitment device: Evidence from a cross-cultural study across 90 countries. *Human Nature*, 35(4), 430-450. <https://doi.org/10.1007/s12110-024-09482-6>.
141. Kramer, K. (2003). *Martin Buber's I and Thou: Practicing Living Dialogue*. NJ: Paulist Press.
142. Kremer, H., Ironson, G., Kaplan, L., Stuetzle, R., & Fletcher, M. A. (2013). Compassionate Love as a Predictor of Reduced HIV Disease Progression and Transmission Risk. *Evidence Based Complement Alternat Med*, 2013, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2013/819021>.
143. Lacan, J. (1991). *Écrits*. New York, UK: W. W. Norton & Company, Inc.
144. Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *The Language of Psycho-Analysis*. London, New York: Routledge
145. Lastari, R. F., Saifulaman, M., Hariandi, R., Fadilla, N. P., & Aisyah, A. N. (2025). Factors correlated with burnout syndrome among nursing staff. *Healthcare in Low Resource Settings*, 13. <https://doi.org/10.4081/hls.2025.13464>.
146. Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. USA: Wiley.
147. Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice (2nd ed.)*. USA: McGraw-Hill.
148. Leininger, M. M. (1999). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Washington: National League for Nursing Press.

149. Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (2nd ed.). USA: Jones & Bartlett Learning.
150. Lekhak, N., Bhatta, T. R., Kahana, E., & Snyder, J. S. (2023). The Primacy of Compassionate Love: Loneliness and Psychological Well-Being in Later Life. *J Gerontol Nurs*, 49(4), 12-20. <https://doi.org/10.3928/00989134-20230309-03>.
151. Levenson, J. D. (1993). *The Love of God: Divine Gift, Human Gratitude, and Mutual Faithfulness in Judaism*. New York: Jewish Theological Seminary.
152. Levinas, E. (1961). *Totalité et Infini*. La Haye: Martinus Nijhoff
153. Levinas, E. (1969). *Totality and Infinity: an essay on exteriority*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
154. Levinas, E. (1985). *Ethics and Infinity: Conversations with Philippe Nemo*. Trans. R. Cohen. Pittsburgh: Duquesne University Press.
155. Levinas, E. (1998). *Entre nous: On Thinking-of-the-Other*. New York: Columbia University Press.
156. Liaschenko J., & Peters E., (2022). *The limits of professionalisation in the history and contemporary context of nursing work*. In: Martin Lipscomb (eds.), *Complexity and Values in Nurse Education: Dialogues on Professional Education*. Routledge, Oxford, 88-92.
157. Lillie, W. (1959). The Christian Conception of Love. *Scottish Journal of Theology*, 12(3), 225-242. <https://doi.org/10.1017/S0036930600052832>.
158. Lipscomb, M. (2024). Nursing's professional character: A chimera?. *Nursing Philosophy*, 25(2), 1-5. <https://doi.org/10.1111/nup.12477>.
159. Löffler, C. S., & Greitemeyer, T. (2023). Are women the more empathetic gender? The effects of gender role expectations. *Current Psychology*, 42(1), 220-231. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01260-8>.

160. Lok, N., Uzun, G., & Tosun, A. S. (2023). Determinants of nursing students' inclination to ethical values: Compassionate love and perceived social support from the family. *Nurse Educ Pract*, 67, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103556>.
161. Loughlin, M., (2020). Person centered care: Advanced philosophical perspectives. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 8(1), 20-33.
162. Lukšik, I., & Guillaume, M., (2018). Representations of love in the early stages of love. *Human Affairs*, 28(3), p. 271-284. <https://doi.org/10.1515/humaff-2018-0022>.
163. Machul, M., Dziurka, M., Gniadek, A., Gotlib, J., Gutysz-Wojnicka, A., Kotowski, M., ... & Dobrowolska, B. (2022). Caring Ability and Professional Values of Polish Nursing Students—A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 19(18), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811308>.
164. Madden, A., Baily, C., Fletcher, L., & Alfes, K. (2019). *Evaluating new techniques of evidence-based management using narrative evidence synthesis*. In: Wheatley D. (ed.) *Handbook of Research Methods on the Quality of Working Lives*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham. 282-300
165. Maida, M. (1989). Max Scheler's Criticism of Schopenhauer's Account of Morality and Compassion. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 20(3), 225–235. <https://doi.org/10.1080/00071773.1989.11006858>.
166. Majid, U., & Vanstone, M. (2018). Appraising qualitative research for evidence syntheses: a compendium of quality appraisal tools. *Qual Health Res*, 28(13), 2115– 31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30047306/>.
167. Manley, K., Watts, C., Cunningham, G., & Davies, J. (2011). Principles of Nursing Practice: development and implementation. *Nurs Stand*, 25(27), 35-37. <https://doi.org/10.7748/ns.25.27.35.s47>.

168. Mantzoukas, S. (2007). A review of evidence for reflective practice in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 375–384. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04242.x>.
169. Mantzoukas, S. (2008). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *J Clin Nurs*, 17(2), 214-223. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01912.x>.
170. Mantzoukas, S. (2009). Evidence-based Practice. *Nosileftiki*, 48(1).
171. Martínez-Morato, S., Feijoo-Cid, M., Galbany-Estragués, P., Fernández-Cano, M. I., & Arceado Marañón, A. (2021). Emotion management and stereotypes about emotions among male nurses: a qualitative study. *BMC nursing*, 20(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00641-z>.
172. Maslach, C. (1981). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
173. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual*, 2nd ed., Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press.
174. Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J. Organ. Behav.*, 2, 99–113.
175. Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. ISBN-13: 978-0-7879-0087-7
176. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout*. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. UK: Academic Press / Elsevier.
177. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111.
178. Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50, 370-396.
179. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row Publishers.

180. Masoumi, B., Heydari, F., Boroumand, A. B., Isfahani, M. N., Dastgerdi, E. I., & Golsefidi, A. F. (2024). Personality factors associated with burnout in the nursing profession during the COVID-19 pandemic. *Advanced Biomedical Research*, 13(1), 53. [https://doi.org/10.4103/abr.abr\\_156\\_23](https://doi.org/10.4103/abr.abr_156_23).
181. McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 6(5), 587-597. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(85\)90008-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90008-X).
182. McDonald, M. A., Meckes, S. J., & Lancaster, C. L. (2021). Compassion for oneself and others protects the mental health of first responders. *Mindfulness*, 12(3), 659-671. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01527-y>.
183. Mealer, M., Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R., Sessler, C. N., Azoulay, É., & Azoulay, E. (2019). Professional burnout among physicians and nurses in Asian intensive care units: A multinational survey. *Intensive Care Medicine*, 45(12), 1907–1917. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05896-7>.
184. Mendes, L., & Fradique, M. D. J. J. G. (2014). Influence of leadership on quality nursing care. *Int J Health Care Qual Assur*, 27(5), 439-450. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2013-0069>.
185. Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
186. Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. London, New York: Routledge & Kegan Paul.
187. Merleau-Ponty, M. (1968). *The Visible and the Invisible* (Trans. A. Lingis). Evanston: Northwestern University Press.
188. Merriam-Webster (1994). *Intermediate Dictionary*. USA: Merriam-Webster, Inc.

189. Mersin, S., İbrahimoglu, Ö., Çağlar, M., & Akyol, E. (2019). Compassionate love, burnout and professional commitment in nurses. *J Nurs Manag*, 28(1), 72-81. <https://doi.org/10.1111/jonm.12892>.
190. Mill, J. S. (2001). *Utilitarianism*. New Zealand: The Floating Press.
191. Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2018). Examining self-care, self-compassion and compassion for others: a cross-sectional survey of palliative care nurses and doctors. *Int J Palliat Nurs*, 24(1), 4-11. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.1.4>.
192. Mills, L. K. (2015). *The Sutta Nipāta*. Australia: SuttaCentral
193. Mitala, J. (2021). Coalescent love: A philosophical and psychological exploration of the phenomenon of love. *Veritas: Villanova Research Journal*, 3, 13-23.
194. Motta, G. D. (2016). Philosophical eros: a twofold desire in Plato's dialogues. *Educação e Filosofia a.*, 30(60), 905-916. <https://doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v30n60a2016-p905a916>.
195. Moukarzel, A., Michelet, P., Durand, A. C., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C., & Gentile, S. (2019). Burnout among emergency department professionals: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Emergency Medicine*, 26(4), 249–255. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000589>.
196. Mullan, R. J., Flynn, D. N., Carlberg, B., Tleyjeh, I. M., Kamath, C. C., LaBella, M. L., ... & Montori, V. M. (2009). Systematic reviewers commonly contact study authors but do so with limited rigor. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(2), 138–142. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.08.002>.
197. Munhall, P. (2012). *Nursing Research: A Qualitative Perspective (5th ed.)*. USA: Jones & Bartlett Learning.
198. Murata, S., & Chittick, W. C. (1994). *The Vision of Islam*. Minnesota: Paragon House.

199. Murray, D. R., Haselton, M. G., Fales, M., & Cole, S. W., (2019). Falling in love is associated with immune system gene regulation. *Psychoneuroendocrinology*, 100, 120-126. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.09.043>.
200. Nairn, S. (2012). A critical realist approach to knowledge: implications for evidence-based practice in and beyond nursing. *Nur Inq*, 19(1), 6-17. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00566.x>.
201. Ñāṇamoli, B., & Bodhi, B. (1995). *The Middle Length Discourses of the Buddha: A Translation of the Majjhima Nikāya*. USA: Wisdom Publications.
202. Nasr, S. H. (2002). *The Heart of Islam: Enduring Values for Humanity*. California: HarperOne.
203. Needleman, I. G. (2002). A guide to systematic reviews, *Journal of Clinical Periodontology*, 29, 6–9. Available from: <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.29.s3.15.x>.
204. Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott. (Original work published 1859)
205. Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. USA: University of California Press.
206. Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving It at the Office: A Guide to Psychotherapist Self-Care*. New York: Guilford Press.
207. Novak, L., Malinakova, K., Mikoska, P., Furstova, J., Cann, R., & Tavel, P. (2021). Psychometric evaluation of the Santa Clara brief compassion scale in the Czech environment (SCBCS). *Mental health, religion & culture*, 24(3), 294-305. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1850666>.
208. Noyes, J., Booth, A., Flemming, K., Garside, R., Harden, A.,....., & Lewin S. (2018). Cochrane qualitative and implementation methods group guidance series—paper 3: methods for assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and

- confidence in synthesized qualitative findings. *J Clin Epidemiol*, 97, 49–58.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29247700/>.
209. Nygren, A. (1953). *Agape and Eros*. U.S.A.: The Westminster Press.
210. O'Donovan, O. (2024). Love in Christian Ethics. *St Andrews Encyclopaedia of Theology*, 1-32. <https://www.saet.ac.uk/Christianity/LoveinChristianEthics>.
211. Okin, S. M. (1989). *Justice, Gender, and the Family*. New York: Basic Books.
212. Oman, D., Thoresen, C. E., & Hedberg, J. (2010). Does passage meditation foster compassionate love among health professionals?: A randomised trial. *Mental Health, Religion & Culture*, 13(2), 129-154. <https://doi.org/10.1080/13674670903261954>.
213. O'Meara, T. F. (1979). *The Life of the Mind: By Hannah Arendt Vol. I, Thinking*, 258 pp. 12.50. Vol.II, *Willing*, 276pp. 12.50. New York, Harcourt, Brace, and Jovanovich, 1978.
214. Ornstein, R., & Sobel, D. (1987). *The Healing Brain: Breakthrough Discoveries about How the Brain Keeps Us Healthy*. New York: Simon & Schuster.
215. Ortiz-Fune, C., Kanter, J. W., & Arias, M. F. (2020). Burnout in mental health professionals: The roles of psychological flexibility, awareness, courage, and love. *Clinical & Health*, 31(2), 85-90. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a8>.
216. Orwin, R. G. (1994). Evaluating coding decisions. In H. Cooper & L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 139–162). Russell Sage Foundation.
217. Pagès, J. (2002). Analyse factorielle multiple appliquée aux variables qualitatives et aux données mixtes. *Revue de statistique appliquée*, 50(4), 5-37.
218. Pakou, V., Tsartsalis, D., Papathanakos, G., Dragioti, E., Gouva, M., & Koulouras, V. (2024, March). Personality Traits, Burnout, and Psychopathology in Healthcare Professionals in Intensive Care Units—A Moderated Analysis. *In Healthcare*, 12(5), 587. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050587>.

219. Paldanius, A., & Määttä, K. (2011). What are students' views of (loving) caring in nursing education in Finland. *International Journal of Caring Sciences*, 4(2), 81-89.
220. Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317-1331. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>.
221. Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 177(2), 195-205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>.
222. Papadopoulos, I., & Ali, S. (2016). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review. *Nurse education in practice*, 16(1), 133-139. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.001>.
223. Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., & Merkouris, A. (2019). Linking patient satisfaction with nursing care: The case of care rationing – A correlational study. *BMC Nursing*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0359-2>.
224. Parreñas, R. S. (2001). *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*. USA: Stanford University Press.
225. Patel, M. S., Davis, M. M. & Lypson, M. L. (2012). The VALUE Framework: Training Residents to Provide Value-Based Care for their Patients. *J Gen Intern Med*, 27, 1210–1214. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2076-7>.
226. Pereira, P. S., & Botelho, M. A. R. (2020). Love at the core—the phenomena of love in the therapeutic relationship in nursing. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 87-113. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i2.175>.

227. Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Martos Martínez, Á., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Burnout and engagement: Personality profiles in nursing professionals. *Journal of clinical medicine*, 8(3), 286. <https://doi.org/10.3390/jcm8030286>.
228. Peterson, S. A., Wolkow, A. P., Lockley, S. W., O'Brien, C. S., Qadri, S., Sullivan, J. P., ... & Barger, L. K. (2019). Associations between shift work characteristics, shift work schedules, sleep and burnout in North American police officers: a cross-sectional study. *BMJ open*, 9(11), e030302. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030302>.
229. Petrova, M., Dale, J. & Fulford, B. K. (2006). Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract*, 56(530), 703-709.
230. Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. NY: Free Press.
231. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
232. Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., ... & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *A Product from the ESRC Methods Programme Version*, 1, 1–92.
233. Price, B. (2013). Promoting compassionate care through learning journeys. *Nursing Standard*, 27(48), 51-57. <https://doi.org/10.7748/ns2013.07.27.48>.
234. R Core Team. (2025). *R: A Language and Environment for Statistical Computing* [Computer software]; R Foundation, <https://www.R-project.org/>.
235. Rachels, J., & Rachels, S. (2019). *The Elements of Moral Philosophy (9th ed.)*. USA: McGraw-Hill Education.

- 236.Rad, M., Mirhaghi, A., & Shomoossi, N. (2016). Loving and humane care: a missing link in nursing. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2). <https://doi.org/10.17795/nmsjournal134297>.
- 237.Radhakrishnan, S. (1999). *The Principal Upanishads*. India: HarperCollins India.
- 238.Rahula, W. (1974). *What the Buddha Taught*. New York City: Grove Press.
- 239.Ramos-Vidal, I., & Ruíz, É. (2024). The role of self-compassion and compassion toward others in burnout syndrome in a sample of medical students. *PsyCh Journal*, 13(1), 113-123. <https://doi.org/10.1002/pchj.692>.
- 240.Reis, H. T., Collins, W. A., & Berscheid, E. (2000). The relationship context of human behavior and development. *Interpersonal Development*, 3-31. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.126.6.844>.
- 241.Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., ... Koffel, J. B. (2021). *PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews*. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>.
- 242.Rindt-Hoffman, S., Kernes, J. L. & Bui, N. H. (2019). Attachment style, spirituality, and compassionate love among mental health professionals. *Journal of Mental Health Counseling*, 41(2), 112-126. <https://doi.org/10.17744/mehc.41.2.02>.
- 243.Rivero, D. E., & Erdmann, A. L. (2007). The power of loving humane care in nursing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 618–625. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000400015>.
- 244.Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- 245.Rogers, C. R. (1959). *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study*

- of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* (Vol. 3, pp. 184-256).  
New York: McGraw Hill.
246. Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. USA:  
Houghton Mifflin.
247. Rogers, C. R. (1995). *A Way of Being*. USA: Houghton Mifflin.
248. Rolfe, G. (2019). *Evidence-based practice: myth or reality*. In: G. Rolfe (ed.), *New Ways  
of Thinking About Nursing*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne, 1-8.
249. Rosseel, Y., Jorgensen, T. D., & De Wilde, L. (2012). *lavaan: Latent Variable Analysis* (p.  
0.6-20) [Dataset], <https://doi.org/10.32614/CRAN.package.lavaan>.
250. Sacks, J. (2005). *To Heal a Fractured World: The Ethics of Responsibility*. New York:  
Schocken Books.
251. San Román-Niaves, M., Coó, C., Llorens, S., & Salanova, M. (2022). The mediating role  
of compassion between social job resources, and healthy healthcare professionals: A cross-  
sectional study with gender perspective. *International Journal of Environmental Research  
and Public Health*, 19(12), 7500. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127500>.
252. Sander-Staudt, H. (2006). *Care Ethics*. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of  
Philosophy*. <https://iep.utm.edu/care-ethics/>.
253. Schimmel, A. (1975). *Mystical Dimensions of Islam*. U.S.A.: University of North Carolina  
Press.
254. Schlotzhauer, A. E., Ehrhart, M. G., & Jex, S. M. (2025). Extraversion, workplace support,  
and burnout: The moderating role of neuroticism. *Personality and Individual Differences*,  
232, 112845. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112845>.
255. Schon, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. NY:  
Basic Books.

256. Schutz, A. (1967). *The Phenomenology of the Social World*. USA: Northwestern University Press.
257. Schweitzer, S., & Waytz, A. (2021). Language as a window into mind perception: How mental state language differentiates body and mind, human and nonhuman, and the self from others. *Journal of Experimental Psychology: General*, 150(8), 1642. <https://doi.org/10.1037/xge0001013>.
258. Seibert, S. E., & Kraimer, M. L. (2001). The five-factor model of personality and career success. *Journal of vocational behavior*, 58(1), 1-21. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2000.1757>.
259. Selanders, L. C., & Crane, P. C. (2012). *Florence Nightingale: The evolution of nursing*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
260. Sevenhuijsen, S. (1998). *Citizenship and the Ethics of Care: Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*. London, New York: Routledge.
261. Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358–367. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>.
262. Sharpe, E. E., Schofield, M. B., Roberts, B. L., Kamal, A., & Maratos, F. A. (2024). Exploring the role of compassion, self-criticism and the dark triad on obesity and emotion regulation. *Current Psychology*, 43(13), 11972-11982. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05319-0>.
263. Shernoff, E. S., Bearman, S. K., & Kratochwill, T. R. (2017). Training the next generation of school psychologists to deliver evidence-based mental health practices: Current challenges and future directions. *School Psychology Review*, 46(2), 219-232. <https://doi.org/10.17105/SPR-2015-0118.V46.2>

264. Sinclair, V. M., Topa, G., & Saklofske, D. (2020). Personality correlates of compassion: a cross-cultural analysis. *Mindfulness*, 11(10), 2423-2432. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01459-7>.
265. Singsuriya, P. (2018). Ethics of Caring Conversation and Dialectic of Love and Justice. *Nurs Ethics*, 25(4), 436-443. <https://doi.org/10.1177/0969733016654313>.
266. Sitzman, K., & Watson, J. (2019). *Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson's Human Caring Theory*. USA: Springer Publishing.
267. Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The Resilient Practitioner: Burnout and Compassion Fatigue Prevention and Self-Care Strategies for the Helping Professions*. UK: Routledge.
268. Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2025). *The Resilient Practitioner: Burnout and Compassion Fatigue Prevention and Self-Care Strategies for the Helping Professions* (3th ed.). New York: Routledge. ISBN: 9781315737447.
269. Smith, M. (2017). *Silent conversation: The art of nonverbal communication in nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company.
270. Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th ed.). USA: F.A. Davis Company.
271. Snook, S. E., Kurtz, D. L. M., Cash, P. A., & Vinek, J. (2020). Love in Healthcare: A Gadamerian Inquiry into Nurses' Experience. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*, 10(1), 13-32. <https://doi.org/10.18848/2156-8960/CGP/v10i01/13-32>.
272. Spector, R. E. (2017). *Cultural Diversity in Health and Illness* (9th ed.). UK, USA: Pearson.
273. Spence Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A., & Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention

- outcomes. *Journal of nursing management*, 17(3), 302-311.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00999.x>.
274. Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of social and personal relationships*, 22(5), 629-651.  
<https://doi.org/10.1177/0265407505056439>.
275. Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the Professional Quality of Life Scale* (2nd ed.). USA: Eastwoods, LLC.
276. Stavropoulos, D. N., & Hornby, A. S. (2011). *Oxford English-Greek Learner's Dictionary*. UK: Oxford University Press.
277. Stegenga, J. (2011). Is meta-analysis the platinum standard of evidence?. *Studies in history and philosophy of science part C: Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*, 42(4), 497-507.  
<https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2011.07.003>.
278. Stickley, T. & Freshwater, D. (2002). The art of loving and the therapeutic relationship. *Nurs Inq*, 9(4), 25-56. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2002.00155.x>.
279. Sullivan, C. (2009). *Value-based practice*. In: L. Childs, L. Coles, and B. Marjoram (eds.), *Essential Skills Clusters for Nurses: Theory for Practice*, Chichester: Blackwell Publishing Ltd., 65-84
280. Tasselli, S. (2019). Love and Organization Studies: Moving beyond the perspective of Avoidance. *Organization Studies*, 40(7), 1073-1088.  
<https://doi.org/10.1177/0170840617747924>.
281. Tehrani, H. D., & Yamini, S. (2020). Gender differences concerning love: A meta-analysis. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 27(4).  
<https://doi.org/10.4473/TPM27.4.7>.

282. Thomas, P. A. (2016). The impact of relationship-specific support and strain on depressive symptoms across the life course. *Journal of aging and health*, 28(2), 363-382. <https://doi.org/10.1177/0898264315591004>.
283. Thorkildsen, K. M., Eriksson, K., & Råholm, M.-B. (2014). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 353–360. <https://doi.org/10.1111/scs.12171>.
284. Todres, L., & Galvin, K. (2010). “Dwelling–mobility”: An existential theory of well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(3), 5444. <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i3.5444>.
285. Todres, L., & Galvin, K. (2018). *Caring and Well-being: A Lifeworld Approach*. UK: Routledge.
286. Todres, L., Galvin, K. T., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 68–77. <https://doi.org/10.1080/17482620802646204>.
287. Tong, R. (1993). *Feminine and Feminist Ethics*. USA: Wadsworth.
288. Toombs, S. K. (1993). *The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Netherlands: Kluwer Academic.
289. Trevathan, W. (2011). *Human Birth: An Evolutionary Perspective (2nd ed.)*. New Jersey: AldineTransaction
290. Tronto, J. (2020). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
291. Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London, New York: Routledge.
292. Tronto, J. C. (2013). Caring democracy: Markets, equality, and justice. In *Caring Democracy*. New York University Press.

293. Tronto, J. C. (2016). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. *Contemporary Political Theory* 15, e22–e25. <https://doi.org/10.1057/cpt.2015.32>.
294. Tucker, S., McNett, M., Mazurek Melnyk, B., Hanrahan, K., Hunter, S. C., Kim, B., ... & Kitson, A. (2021). Implementation science: Application of evidence-based practice models to improve healthcare quality. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(2), 76-84. <https://doi.org/10.1111/wvn.12495>.
295. Turkel, M. C., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). *Caring Science, Consciousness, and Moral Action in Healthcare: A New Era of Caring Science*. USA: Springer Publishing.
296. Van der Merwe, D. G. (2020). The Christian spirituality of the love of God: Conceptual and experiential perspectives emanating from the Gospel of John, *Verbum et Ecclesia*, 41(1), 2074-7705. <https://doi.org/10.4102/ve.v41i1.2130>.
297. Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Albany, NY: State University of New York Press.
298. van Manen, M. (2016). *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. UK: Routledge.
299. Vanier, J. (1998). *Becoming human*. New York: Paulist Press
300. Velando-Soriano, A., Pradas-Hernández, L., Membrive-Jiménez, M. J., Suleiman-Martos, N., Romero-Béjar, J. L., De La Fuente-Solana, E. I., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2024). Burnout and personality factors among surgical area nurses: a cross sectional multicentre study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1383735. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1383735>.
301. Wahlin, U., Wieslander, I., & Fridlund, B. (1995). Loving care in the ambulance service. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(6), 306–313. [https://doi.org/10.1016/s0964-3397\(95\)80308-4](https://doi.org/10.1016/s0964-3397(95)80308-4).

302. Walker, A. D. M. (1979). Aristotle's Account of Friendship in the “Nicomachean *Ethics*”. *Phronesis*, 24(2), 180-196. <https://www.jstor.org/stable/4182066>.
303. Wang, G. (2017). On Levinas’ Eros and Agape. [https://www.academia.edu/30008469/On\\_Levinas\\_eros\\_and\\_agape](https://www.academia.edu/30008469/On_Levinas_eros_and_agape).
304. Ward, C. D. (2012). Is patient-centred care a good thing? *Clinical Rehabilitation*, 26(1), 3–9. <https://doi.org/10.1177/0269215511423850>.
305. Ware, J. E. Jr., Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-83. <http://www.jstor.org/stable/3765916>.
306. Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological bulletin*, 96(3), 465. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>.
307. Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: Appleton-Century-Crofts.
308. Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing science quarterly*, 10(1), 49-52.
309. Watson, J. (2002). Holistic nursing and caring: A value-based approach. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 22(1), 69-74.
310. Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. USA: F. A. Davis Company.
311. Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Rev. ed.). Colorado: University Press of Colorado.
312. Watson, J. (2022). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Revised Edition). Colorado: University Press of Colorado.
313. Weiss, A., Luciano, M., & Aluja, A. (2024). Associations Between a General Factor and Group Factor from the Spanish-Language Eysenck Personality Questionnaire–Revised

- Short Form's Neuroticism Scale and the Revised NEO Personality Inventory Domains and Facets. *Journal of Personality assessment*, 106(5), 584-594. <https://doi.org/10.1080/00223891.2024.2307885>.
314. Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., Robertson, J., Peterson, J., Losos, M., & Tugwell, P. (2000). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non-randomised studies in meta-analysis. 1-12.
315. West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>.
316. Winnicott D.W. (2003). *Διαδικασίες ωρίμανσης και διευκολυντικό περιβάλλον*. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
317. Winnicott, D. W. (1960). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Int. PsychoAnal. Lib., 64, 1-276. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
318. Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment. *International Press*.
319. Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64(4), 279-286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu009>.
320. World Health Organization. (2019, May 28). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases (ICD-11)*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
321. Wu, Y., Wu, M., Wang, C., Lin, J., Liu, J., & Liu, S. (2024). Evaluating the prevalence of burnout among health care professionals related to electronic health record use: systematic

- review and meta-analysis. *JMIR Medical Informatics*, 12, e54811.  
<https://doi.org/10.2196/54811>.
322. Yakusheva, O., & Buerhaus, P. I. (2022). Part 5: Value-informed nursing practice: Why must we think about the practice of nursing differently?. *Nurs Outlook*, 70(5), 733-736.  
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.06.008>.
323. Yakusheva, O., Munro-Kramer, M. L., Love, R., & Buerhaus, P. I. (2022). Part 4: Value-informed nursing practice depends on nursing innovation. *Nurs Outlook*, 70(4), 566-569.  
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.05.002>.
324. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books/Hachette Book Group.
325. Yeh, H. Y. (2021). Loves Me or Loves Me Not? Passing through the Forest of Love Symbols and Unveiling Its Social Nature. *International Journal of Psychological Studies*, 13(2), 1-73. <https://doi.org/10.5539/ijps.v13n2p73>.
326. Yilmaz, M. C., Uysal, N., & Pirhan, H. (2022). Does attitude towards evidence-based nursing affect holistic nursing competence?. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 371-380.
327. Zahavi, D. (2001). *Subjectivity and Selfhood: Investigating the First-Person Perspective*. London, USA: MIT Press.
328. Zahavi, D. (2003). *Husserl's phenomenology*. USA: Stanford University Press.
329. Zahavi, D. (2014). *Self and Other: Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*. Oxford: Oxford University Press.
330. Zahrin, S. N. A., Nazilah, A., Hasbani, R. A. A. R., Yunos, N., Siran, F. H., Jodi, K. H. M., & Aziz, A. A. (2020). Validation of Humanitarian Love Scale (HLS) through Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(09), 2016-2030.

331. Zeiler, K. (2010). A phenomenological analysis of bodily self-awareness in the experience of pain and pleasure: On dys-appearance and eu-appearance. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13, 333–342. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9237-4>.
332. Zhang, R., Shan, M., Yin, Y., Wu, Y., Gao, P., Xin, Y., & Shen, K. (2025). Psychological capital appreciation as a mediator between resilience and burnout among ICU nurses. *Frontiers in Public Health*, 13, 1551725. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1551725>.
333. Zhang, Y. Y., Han, W. L., Qin, W., Yin, H. X., Zhang, C. F., Kong, C., & Wang, Y. L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of nursing management*, 26(7), 810-819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>.
334. Zhang, Y., Zhang, C., Han, X.-R., Li, W., & Wang, Y., (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing. *Medicine*, 97(26), e11086.
335. Ожегов, С. И. (2015). *Толковый Словарь Русского Языка*. Москва: АСТ.

## Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Γκούβα, Μ. (2025, 24 Μαΐου). *Ενσυναίσθηση και παρέμβαση. Ο ρόλος της ψυχολογίας στις Πρώτες Βοήθειες*. [Εισήγηση σε ημερίδα]. Πρώτες Βοήθειες στην Κοινότητα, Πράμαντα.
2. Γκούβα, Μ. (2026). *Πέραν του Εκ των Υστέρων: Ψυχολογικά Ζητήματα και Αμυντικοί Μηχανισμοί σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός.
3. Γκούβα, Μ., & Κοτρώτσιου., Ε. (2012). *Ψυχολογικά Ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός.
4. Ελληνική Βιβλική Εταιρία (1997). *Η Παλαιά Διαθήκη: μετάφραση στη δημοτική*. Αθήνα: Ελληνική Βιβλική Εταιρία.

5. Ελληνική Βιβλική Εταιρία (2003). *Η Καινή Διαθήκη: μετάφραση στη δημοτική*. Αθήνα: Ελληνική Βιβλική Εταιρία.
6. Ιωσηφίδης, Θ. (2008). *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: ΚΡΙΤΙΚΗ.
7. Μαγγίνη, Γ. (2011). *Ο ίδιος πόνος και ο πόνος του άλλου*. Δωδώνη Μέρος Τρίτο Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων; Τομ. 36 (2011-2013). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
8. ΟμαΚοράνι. (2009). *Το Κοράνι: Μετάφραση στα ελληνικά* (Μτφρ. Ν. Σουρής). Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
9. Λακάν, Ζ. (1960–61). Το σεμινάριο: 8ο βιβλίο Η μεταβίβαση. Αθήνα: Εκκρεμές
10. Μάξιμος ο Ομολογητής. (2019). *Κεφάλαια περί αγάπης* (Β. Μπετσάκος, Μετάφρ.; Α. Γιαννουλάτος, Πρόλ.; Αρχιμ. Αιμιλιανός Σιμωνοπετρίτης, Επίμετρο). Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτρος.
11. Husserl, E. (2002). *Καρτεσιανοί Στοχασμοί (Δεύτερη έκδοση)*. Αθήνα: Εκδόσεις ΡΟΕΣ.
12. Mandeson, A. (1995). *Σύγχρονο Ελληνοαγγλικό Λεξικό. Το Μεγάλο Λεξικό*. Αθήνα: Εκδόσεις ΔΙΑΓΟΡΑΣ.