



**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων**

Διπλωματική Εργασία

**Εργασιακό στρες και οι επιπτώσεις του στην επαγγελματική και
προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην
Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας)**

του

Στυλιανού Πολιούδη του Θεοδώρου

**Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος
στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

Σεπτέμβριος 2021

Αφιερώσεις

Η διπλωματική μου εργασία αφιερώνεται στη σύζυγό μου Χριστίνα και τα δύο μας παιδιά, Κωνσταντίνα και Θοδωρή, για την αμέριστη συμπαράσταση, στήριξη και υπομονή τους καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου από τα βάθη της καρδιάς μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κυρία Κάτου Αναστασία, για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω και σε όλους τους συναδέλφους - επαγγελματίες υγείας από τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Πέλλας, που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα μέσα από τη συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου. Η ανταπόκριση τους ήταν άμεση και συγκινητική και η συμβολή τους καθοριστική, χωρίς την οποία δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας στο κομμάτι της έρευνας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες, το εργασιακό στρες έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως ως ένα από τα κυριότερα προβλήματα που εντοπίζονται στον χώρο της υγείας, μιας και τα επαγγέλματα υγείας θεωρούνται από τα πιο στρεσογόνα επαγγέλματα. Αρκετή συζήτηση έχει αναπτυχθεί, ιδίως τα τελευταία χρόνια, στην επιστημονική κοινότητα, σχετικά με τους παράγοντες που το προκαλούν, καθώς και με τις αρνητικές επιπτώσεις του στους υγειονομικούς υπαλλήλους, τόσο σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο οργανισμού και παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, στην Ελλάδα γενικότερα δεν έχει πραγματοποιηθεί μεγάλος αριθμός μελετών διερεύνησης του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας και μάλιστα στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας και Τοπικές Ομάδες Υγείας) αυτές είναι ελάχιστες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) στην Ελλάδα βιώνουν εργασιακό στρες, ο καθορισμός των κυριότερων προσδιοριστικών παραγόντων του και ο τρόπος που επηρεάζει τόσο την επαγγελματική, όσο και την προσωπική τους ζωή.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν η ποσοτική μεθοδολογία, με τη χρήση ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου αποτελούμενο συνολικά από 56 ερωτήματα και υποερωτήματα κλειστού τύπου. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 171 επαγγελματίες υγείας, όλων των ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονταν σε δομές Π.Φ.Υ της 3^{ης} Υ.ΠΕ στο νομό Πέλλας, κατά το χρονικό διάστημα από 13 Ιουλίου 2021 έως 10 Αυγούστου 2021. Η κωδικοποίηση και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων διεξήχθη με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) και πιο συγκεκριμένα με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS STATISTICS 22.

Αποτελέσματα: Από την έρευνα διαπιστώθηκαν τα εξής: α) η μέση τιμή της κλίμακας των παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες βρέθηκε 2,57 και η τυπική απόκλιση 0,74, γεγονός που υποδηλώνει ότι γενικά οι συμμετέχοντες δηλώνουν μέτριο βαθμό επηρεασμού από τους παραπάνω παράγοντες, β) υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο πώς επηρεάζουν οι παραπάνω παράγοντες και προκαλούν εργασιακό στρες, με τους παράγοντες που σχετίζονται με την οικονομική κρίση να

επηρεάζουν περισσότερο ($p=0,000<0,05$), γ) δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους τομείς της επαγγελματικής ζωής που επηρεάζονται από το εργασιακό άγχος ($p=0,601>0,05$) και δ) υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο πως επηρεάζονται οι τομείς της προσωπικής ζωής των εργαζομένων, με τη διάσταση των σωματικών – φυσικών χαρακτηριστικών να επηρεάζονται περισσότερο ($p=0,000<0,05$).

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι εργαζόμενοι στις δομές Π.Φ.Υ. του Νομού Πέλλας εμφανίζουν μέτρια επίπεδα εργασιακού στρες, με κυριότερους παράγοντες πρόκλησης αυτού που σχετίζονται με την οικονομική κρίση, τις συνθήκες εργασίας και τη λειτουργικότητα – επίπεδο εργασίας. Τόσο η επαγγελματική, όσο και η προσωπική τους ζωή διαπιστώνεται ότι επηρεάζεται γενικά σε μικρό βαθμό από το εργασιακό άγχος, με την ανάγκη όμως για τόνωση και αποσυμφόρηση τους να είναι εμφανής. Τέλος, καθίσταται φανερό ότι τα ερευνητικά ευρήματα συμφωνούν και επιβεβαιώνουν πολλά από τα συμπεράσματα της σχετικής προϋπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Λέξεις – κλειδιά: εργασιακό στρες, εργασιακό περιβάλλον, επαγγελματίες υγείας, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στρεσογόνοι παράγοντες, επιπτώσεις στρες, επαγγελματική ζωή, προσωπική ζωή.

Abstract

Introduction: In recent decades, work stress has been identified worldwide as one of the major problems located in the field of health, as health professions are considered among the most stressful occupations. There has been considerable discussion, especially in recent years, in the scientific community, about the factors that cause it, as well as its negative effects on health care workers, both in personal and professional level, as well as at the level of the organization and the quality of health services provided. However, in Greece in general there has not been a large number of studies investigating work stress in health professionals and in fact in the field of Primary Health Care (Health Centers and Local Health Groups) these are minimal.

Aim: The aim of the present study is to investigate whether health professionals working in structures of Primary Health Care (PHC) in Greece experience work related stress, the definition of its main determinants and how it affects both their professional as well as their personal life.

Methodology: The methodology followed in the present research was the quantitative methodology, using an anonymous structured questionnaire consisting of a total of 56 closed-ended questions and sub-questions. The final sample of the research consisted of 171 health professionals, of all specialties, who worked in PHC structures of the 3rd Health District in the prefecture of Pella, during the period from July 13, 2021 to August 10, 2021. The codification and the statistical analysis of the data was carried out with the statistical program “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) and more specifically with the statistical package IBM SPSS STATISTICS 22.

Results: The research revealed the following: a) the average value of the scale of work related stress triggers was found to be 2.57 and the standard deviation was 0.74, which indicates that the participants generally state a moderate degree of influence from the above factors, b) there is a statistically significant difference between the way that the above factors affect and cause work stress, with the factors related to the economic crisis affecting more ($p = 0.000 < 0.05$), c) there is no statistically significant difference between working life’s sectors that are affected by work related stress ($p = 0.601 > 0.05$) and d) there is a statistically significant difference between the way that areas of personal life of employees are affected, with the dimension of physical characteristics to be more affected ($p = 0.000 < 0.05$).

Conclusions: According to the results of the present research, the employees in PHC structures of the Prefecture of Pella show moderate levels of work related stress, with the main stressors being those related to the economic crisis, working conditions and functionality - level of work. Both their professional and personal lives are found to be generally affected to a small extent by work stress, but the need for stimulation and decongestion is obvious. Finally, it becomes apparent that the research findings agree and confirm many of the conclusions of the relevant pre-existing literature.

Keywords: work stress, work environment, health professionals, primary health care, stressors, stress effects, professional life, personal life.

Πίνακας Περιεχομένων

Αφιερώσεις.....	ii
Ευχαριστίες.....	iii
Περίληψη	iv
Abstract.....	vi
Πίνακας Περιεχομένων	viii
Κατάλογος Πινάκων και Εικόνων.....	x
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xi
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 2. Το εργασιακό στρες και σχετικές έννοιες	4
2.1 Θεωρητικά μοντέλα του άγχους.....	4
2.1.1 Κατηγορίες άγχους.....	7
2.2 Εννοιολογική προσέγγιση του εργασιακού στρες	8
2.3 Παράγοντες εμφάνισης εργασιακού στρες.....	9
2.4 Εργασιακό περιβάλλον στον χώρο της υγείας.....	11
2.5 Εργασιακές σχέσεις στον χώρο της υγείας.....	13
Κεφάλαιο 3. Επισκόπηση βιβλιογραφίας	17
3.1 Το εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας	17
3.2 Παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας	17
3.2.1 Ατομικοί παράγοντες	19
3.2.2 Περιβαλλοντικοί – εργασιακοί παράγοντες	19
3.3 Επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας.....	20
3.3.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας	21
3.3.2 Φυσικές - σωματικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας.....	23
3.3.3 Συμπεριφορικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας	26
3.4 Επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας – οργανωσιακές συνέπειες	29
3.5 Συμπεράσματα.....	31
Κεφάλαιο 4. Το πλαίσιο	32
4.1 Χώρος της έρευνας – πληθυσμός υπό διερεύνηση	32

4.2	Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	32
4.3	Ερευνητικές υποθέσεις προς έλεγχο	33
Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογική προσέγγιση		35
5.1	Μεθοδολογία.....	35
5.2	Ερευνητικό εργαλείο.....	35
5.3	Συλλογή και ανάλυση δεδομένων της έρευνας.....	38
5.4	Αξιοπιστία και εγκυρότητα της έρευνας.....	39
Κεφάλαιο 6. Αποτελέσματα		41
6.1	Αποτελέσματα ανάλυσης δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων.....	41
6.2	Αποτελέσματα ανάλυσης παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες	50
6.3	Αποτελέσματα ανάλυσης επιπτώσεων εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή.....	55
6.4	Αποτελέσματα ανάλυσης επιπτώσεων εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή.....	57
Κεφάλαιο 7. Συζήτηση – Συμπεράσματα		61
7.1	Πρακτικές επιπτώσεις	61
7.2	Περιορισμοί της έρευνας	61
7.3	Βασικά ευρήματα.....	62
7.4	Συμβολή της έρευνας.....	67
7.5	Προτάσεις για παραπέρα έρευνα	68
Βιβλιογραφία.....		70
Ελληνόφωνη.....		70
Αγγλόφωνη.....		71
Παραρτήματα.....		88

Κατάλογος Πινάκων και Εικόνων

Πίνακας 1. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει φύλου	41
Πίνακας 2. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει ηλικίας.....	42
Πίνακας 3. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει επιπέδου σπουδών	42
Πίνακας 4. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει οικογενειακής κατάστασης.....	43
Πίνακας 5. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει τέκνων ή εξαρτώμενων μελών	44
Πίνακας 6. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει θέσης εργασίας	45
Πίνακας 7. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει δομής εργασίας.....	46
Πίνακας 8. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει προϋπηρεσίας	47
Πίνακας 9. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει σχέσης εργασίας	47
Πίνακας 10. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει ωραρίου εργασίας	48
Πίνακας 11. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει επιλογής δομής	49
Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....	50
Πίνακας 13. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach a για την κλίμακα παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες	50
Πίνακας 14. Κλίμακα παραγόντων.....	51
Πίνακας 15. Συνθήκες εργασίας.....	51
Πίνακας 16. Λειτουργικότητα και επίπεδο εργασίας.....	52
Πίνακας 17. Περιβάλλον εργασίας – σχέσεις με τη διοίκηση και τους συναδέλφους.....	52
Πίνακας 18. Οικονομική κρίση	53
Πίνακας 19. Προσωπικά χαρακτηριστικά.....	53
Πίνακας 20. Εξωτερικοί παράγοντες	54
Πίνακας 21. Μη παραμετρικός έλεγχος σύγκρισης Friedman' s.....	55
Πίνακας 22. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach a για την κλίμακα των επιπτώσεων του εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή	55
Πίνακας 23. Κλίμακα επιπτώσεων εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή.....	55
Πίνακας 24. Εργασιακή ικανοποίηση - δέσμευση.....	56
Πίνακας 25. Αποδοτικότητα – αποτελεσματικότητα στην εργασία	56
Πίνακας 26. Μη παραμετρικός έλεγχος σύγκρισης Wilcoxon.....	57
Πίνακας 27. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach a για την κλίμακα εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή.....	57
Πίνακας 28. Κλίμακα επιπτώσεων εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή	58
Πίνακας 29. Σωματικές – φυσικές επιπτώσεις	58
Πίνακας 30. Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	59
Πίνακας 31. Συμπεριφορικές επιπτώσεις.....	59
Πίνακας 32. Μη παραμετρικός έλεγχος σύγκρισης Friedman's.....	60

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει φύλου.....	41
Διάγραμμα 2. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει ηλικίας.....	42
Διάγραμμα 3. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει επιπέδου σπουδών.....	43
Διάγραμμα 4. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει οικογενειακής κατάστασης.....	44
Διάγραμμα 5. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει τέκνων ή εξαρτώμενων μελών.....	44
Διάγραμμα 6. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει θέσης εργασίας.....	45
Διάγραμμα 7. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει δομής εργασίας.....	46
Διάγραμμα 8. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει προϋπηρεσίας.....	47
Διάγραμμα 9. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει σχέσης εργασίας.....	48
Διάγραμμα 10. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει ωραρίου εργασίας.....	48
Διάγραμμα 11. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει επιλογής δομής.....	49

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Αναμφισβήτητα, τη σημερινή εποχή, το στρες στον εργασιακό χώρο αποτελεί πλέον μια καθημερινότητα για τον σύγχρονο εργαζόμενο, το οποίο όμως εμφανίζεται με διαφορετική ένταση και συχνότητα, ανάλογα με τον χώρο και το είδος της εργασίας. Από τη φύση τους λοιπόν, ορισμένα επαγγέλματα είναι περισσότερο στρεσογόνα από τα υπόλοιπα. Στην κατηγορία των ιδιαίτερος στρεσογονών επαγγελμάτων ανήκουν εκείνα που σχετίζονται με ανθρώπους, απαιτούν ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων ή λήψη σημαντικών αποφάσεων που δύνανται να επιφέρουν σοβαρές κοινωνικές, οικονομικές ή άλλου είδους συνέπειες. Τα επαγγέλματα υγείας, συγκαταλέγονται ανάμεσα στα έξι πιο στρεσογόνα επαγγέλματα, μαζί με αυτό του στρατιωτικού και γενικά των υπηρετούντων στα σώματα ασφαλείας, των στελεχών επιχειρήσεων, των εργαζομένων σε βαριές βιομηχανίες, όπως π.χ. οι ανθρακωρύχοι και των εκπαιδευτικών (Αντωνίου, 2002; Cranwell-Ward and Abbey, 2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες, το εργασιακό άγχος έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως ως ένα από τα κυριότερα προβλήματα στον χώρο της υγείας. Πλήθος σχετικών μελετών και επιστημονικών ερευνών έχουν ασχοληθεί με τους παράγοντες που το προκαλούν και έχουν αποδείξει ότι το εργασιακό στρες αποτελεί μια απειλή με αρνητικές επιπτώσεις για τους επαγγελματίες υγείας, τόσο σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο οργανισμού και παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση στην υγεία (ψυχική και σωματική) του υγειονομικού προσωπικού και των ασθενών (Godwin, Suuk and Selorm, 2016; Elsayed, Hasan and Musleh, 2018; Maharaj, Lees and Lal, 2019; Kakemam, et al., 2019).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η αντιμετώπιση του εργασιακού στρες αποτελεί γενικά μία πρόκληση και προτεραιότητα μείζονος σημασίας, ως προς την αποτελεσματική αντιμετώπιση του, για κάθε οργανισμό - μονάδα υγείας διεθνώς, γίνεται εύκολα αντιληπτή η αναγκαιότητα για συνεχή διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι στην περίπτωση της χώρας μας, αυτή η αναγκαιότητα διερεύνησης είναι ακόμα πιο μεγάλη, δεδομένου ότι την τελευταία κυρίως δεκαετία, λόγω της οικονομικής κρίσης και εφαρμογής της μνημονιακής πολιτικής, έχει συντελεστεί πλήθος διαρθρωτικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, ο οποίος γενικά και πριν την κρίση αντιμετώπιζε σημαντικά οργανωτικά και διαρθρωτικά προβλήματα. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός σχετικών μελετών

διερεύνησης του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας γενικότερα και ιδιαίτερα στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αυτές είναι ελάχιστες.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) στην Ελλάδα βιώνουν εργασιακό στρες, ο καθορισμός των κυριότερων προσδιοριστικών παραγόντων του και ο τρόπος που επηρεάζει τόσο την επαγγελματική, όσο και την προσωπική τους ζωή.

Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία καλείται να απαντήσει η εν λόγω έρευνα, είναι τα εξής :

α. Σε τί βαθμό οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. βιώνουν εργασιακό στρες;

β. Ποιοι παράγοντες τους προκαλούν εργασιακό άγχος;

γ. Ποιους τομείς της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων σε μονάδες Π.Φ.Υ. επηρεάζει το άγχος περισσότερο;

δ. Ποιους τομείς της προσωπικής ζωής των εργαζομένων σε μονάδες Π.Φ.Υ. επηρεάζει το άγχος περισσότερο;

Η συγκεκριμένη έρευνα διενεργήθηκε σύμφωνα με την ποσοτική μεθοδολογία. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν το ανώνυμο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο συνολικά από 56 ερωτήματα και υποερωτήματα. Οι ερωτήσεις είναι διχοτομικές, πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις της κλίμακας Likert. Η επιλογή του συγκεκριμένου τύπου ερωτήσεων έγινε με σκοπό τη συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων δεδομένων μέσα στο εύλογο χρονικό διάστημα συμπλήρωσης των 5 λεπτών, ώστε οι συμμετέχοντες να μην αποθαρρυνθούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Επίσης, μέσω του συγκεκριμένου τύπου ερωτήσεων, τα αποτελέσματα μπόρεσαν να κωδικοποιηθούν και να αναλυθούν καλύτερα με βάση το στατιστικό πακέτο SPSS. Τα ερωτηματολόγια, μαζί με το έντυπο συναίνεσης συμμετεχόντων στην έρευνα, μοιράστηκαν σε επαγγελματίες υγείας, όλων των ειδικοτήτων, που εργάζονται σε δομές Π.Φ.Υ της 3^{ης} Υ.ΠΕ στο νομό Πέλλας, είτε με φυσικό τρόπο, είτε ηλεκτρονικά μέσω Google Forms, κατά το χρονικό διάστημα από 13 Ιουλίου 2021 έως 10 Αυγούστου 2021. Το δείγμα της έρευνας ήταν 171 επαγγελματίες υγείας, ώστε τα αποτελέσματά της να είναι αξιόπιστα.

Η παρούσα εργασία, επιπρόσθετα της εισαγωγής, αποτελείται από έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται μια γενική εννοιολογική προσέγγιση του άγχους και του εργασιακού άγχους, προσδιορίζονται οι παράγοντες που το προκαλούν

και πραγματοποιείται μια ανάλυση του εργασιακού περιβάλλοντος και των εργασιακών σχέσεων στον χώρο της υγείας. Στο επόμενο κεφάλαιο, ακολουθεί η βιβλιογραφική επισκόπηση, η οποία στηρίζεται σε ευρήματα μελετών και επιστημονικών άρθρων που έχουν δημοσιευθεί και που είναι σχετικά με το θέμα της διπλωματικής εργασίας, δηλαδή με τους παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας και τις επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην προσωπική και επαγγελματική ζωή τους. Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στο πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας, δηλαδή προσδιορίζονται ο χώρος διεξαγωγής της και ο πληθυσμός υπό διερεύνηση, ο σκοπός της έρευνας με τα ερευνητικά ερωτήματα και λαμβάνοντας υπόψη τα ερευνητικά κενά που διαπιστώθηκαν, διατυπώνονται μία προς μία όλες οι ερευνητικές υποθέσεις της διπλωματικής. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τη μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας, ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται τα δεδομένα της έρευνας και παρατίθενται τα αποτελέσματα. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο σημειώνονται οι πρακτικές επιπτώσεις της παρούσας έρευνας, καθώς και οι περιορισμοί της, αντιπαραβάλλονται τα ευρήματα της με τα ευρήματα προηγούμενων σχετικών μελετών και παρουσιάζονται τα κυριότερα συμπεράσματα που προκύπτουν. Τέλος, γίνεται λόγος για τη συμβολή της στη σχετική επιστήμη και στα κενά της υπάρχουσας βιβλιογραφίας τα οποία καλύπτει και καταθέτονται προτάσεις για παραπέρα έρευνα, στη βάση των περιορισμών της και των αποτελεσμάτων της.

Κεφάλαιο 2. Το εργασιακό στρες και σχετικές έννοιες

2.1 Θεωρητικά μοντέλα του άγχους

Προκειμένου να ερμηνευθεί και να κατανοηθεί καλύτερα το στρες στον εργασιακό χώρο, θα ήταν χρήσιμο πρώτα να γίνει αναφορά στα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα για το άγχος, που διατυπώθηκαν τον περασμένο αιώνα από διακεκριμένους επιστήμονες – ερευνητές, για τους οποίους το άγχος αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης και έρευνας.

Το άγχος αρχικά μελετήθηκε το 1929 από τον Walter Cannon, ο οποίος έδωσε τον ορισμό της «μάχης – φυγής»¹, περιγράφοντας με αυτό τον τρόπο τα άτομα που βιώνουν έντονα το άγχος και τη συμπεριφορά που αυτά αναπτύσσουν. Σύμφωνα λοιπόν με τον Cannon, υπάρχει άμεση αντίδραση του οργανισμού, όταν διεγείρεται το ενδοκρινικό και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα του και όταν αισθάνεται ότι απειλείται από κάτι στο εξωτερικό του περιβάλλον. Όταν το άτομο βρεθεί σε αυτήν την κατάσταση επιλέγει είτε να πολεμήσει, είτε να φύγει. Αυτές οι αντιδράσεις είναι αποτέλεσμα μια σειράς άλλων εσωτερικών χημικών διεργασιών, όπου απελευθερώνονται ισχυρές ορμόνες (νορεπινεφρίνη και αδρεναλίνη), αυξάνεται ο ρυθμός της αναπνοής και οι καρδιακοί παλμοί, ανεβαίνουν τα επίπεδα της γλυκόζης και αυξάνεται η πίεση του αίματος (Cannon, 1939).

Αργότερα, ο Hans Selye από την πλευρά του, μέσω πειραμάτων, διαμόρφωσε τη δική του θεωρία της «ανταπόκρισης», καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι ο ανθρώπινος οργανισμός αντιδρά, ακολουθώντας πάντα την ίδια διαδικασία, στα ερεθίσματα του εξωτερικού του περιβάλλοντος. Κατέληξε δε στην διαπίστωση ότι το άγχος είναι φυσιολογική ανθρώπινη αντίδραση, ενώ η ένταση του είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ένταση του ερεθίσματος που δέχτηκε και που το εξέλαβε ως απειλή. Κατά τον Selye, το άγχος αποτελεί εξωτερική δύναμη, η οποία μπορεί να προκαλέσει πίεση, ενώ δεν έχει ιδιαίτερη σημασία η δυσαρέσκεια ή η ευχαρίστηση που προκαλεί, αλλά σημασία έχει μόνο η ένταση και η προσαρμογή του οργανισμού στην κατάσταση που δημιουργήθηκε, καθώς και η αιτία πρόκλησης. Σύμφωνα με τη θεωρία που ανέπτυξε ο Selye λοιπόν, δημιουργήθηκε το μοντέλο «Σύνδρομο της Γενικής Προσαρμογής»², το οποίο υπήρξε η αιτία να διερευνηθεί εάν το στρες μπορεί να ευθύνεται για την πρόκληση κάποιων ασθενειών στα άτομα που το βιώνουν. Το μοντέλο του βασίζεται

¹ fight – flight

² «General Adaptation Syndrome» (GAS)

στις αντιδράσεις του ανθρώπου όταν έρχεται σε επαφή με επαναλαμβανόμενους και παρατεταμένους στρεσογόνους παράγοντες και αναπτύσσεται σε τρία στάδια (Selye, 1956):

- Το στάδιο της **εγρήγορσης**, όπου η αντίσταση του ατόμου, σε ότι του προκαλεί στρες, είναι περιορισμένη, ενώ ενεργοποιεί για την αντιμετώπιση του, όλους τους αμυντικούς μηχανισμούς που διαθέτει.

- Το στάδιο της **αντίστασης**, όπου η επιδίωξη του ατόμου είναι να μπορέσει να προσαρμοστεί, με στόχο να ισορροπήσει την κατάσταση. Εφόσον καταφέρει να προσαρμοστεί, τότε σταδιακά εξαλείφονται και τα συμπτώματα του στρες, εάν όμως συνεχίσει να επηρεάζεται από τους παράγοντες που του προκαλούν το στρες, τότε το άτομο αδρανεί απέναντι στο άγχος και ακολουθεί το επόμενο στάδιο.

- Το στάδιο της **εξουθένωσης – εξάντλησης**, όπου ο οργανισμός του ατόμου δεν προσαρμόζεται και το αποτέλεσμα της μη προσαρμογής του είναι η κατάρρευση της άμυνας του. Δε μπορεί να αντιμετωπίσει το στρες, οπότε και παύει να αντιδρά και ο οργανισμός του σταδιακά εξαντλείται.

Σύμφωνα και με αυτό το μοντέλο, επιβεβαιώνεται ότι ο οργανισμός του ανθρώπου, προκειμένου να προσαρμοστεί στην κατάσταση που εκτίθεται, είτε φεύγει, είτε παλεύει. Οι λειτουργίες του οργανισμού μεταβάλλονται, ώστε αυτός να μπορέσει να αντιμετωπίσει την υπάρχουσα ανισορροπία και η ενέργεια του βελτιώνεται. Η ισορροπία επανέρχεται στον οργανισμό μόνο όταν το άτομο πολεμήσει ή φύγει, ενώ εάν δεν επιλέξει καμιά από τις δύο διαδικασίες, ο οργανισμός συνεχίζει τον αγώνα του να ανταπεξέλθει, μέχρι που τελικά, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, εξαντλείται (Αντωνίου, 2002).

Παρόμοια προσέγγιση του στρες πραγματοποιήθηκε και από τον Weick (1970), υποστηρίζοντας ότι στη ζωή του ανθρώπου υπάρχουν ούτως ή άλλως στρεσογόνοι παράγοντες που τον επηρεάζουν. Αυτοί μπορεί να προέρχονται από κάποιες τραυματικές εμπειρίες στην παιδική του ηλικία ή και αργότερα από κάποιες σημαντικές αλλαγές στη ζωή του, όπως καταστροφές, πόλεμοι ή απώλειες, ενώ η ηλικία, το φύλο ή το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο του ατόμου δεν παίζουν σημαντικό ρόλο. Η θεωρία του Weick θεωρήθηκε από κατοπινούς μελετητές μονοδιάστατη και απλοϊκή, μιας και δεν λάμβανε υπόψη της, αφ' ενός τους στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι διαμεσολαβούν στη ζωή του ατόμου και αφ' ετέρου χαρακτηριστικά του ατόμου σχετικά με το μορφωτικό, οικονομικό ή κοινωνικό του επίπεδο, την ηλικία, το φύλο κλπ. Δε λάμβανε επίσης υπόψη του, το πως επιδρά η μνήμη σε μελλοντικές

καταστάσεις, ούτε και τους παράγοντες που σχετίζονται με την εθνικότητα ή την οικονομικοκοινωνική διαστρωμάτωση (Pellegrini, 1990).

Το άγχος, σύμφωνα με μελετητές όπως οι Hoehn-Saric και McLeod (1988) και ο Freeman (Freeman, et al., 1990), αποτελεί ένα φαινόμενο παγκόσμιας κλίμακας, το οποίο ουσιαστικά προειδοποιεί τον οργανισμό του ατόμου. Είναι ο μηχανισμός εκείνος, ο οποίος μέσω των σημάτων που στέλνει στον οργανισμό, προειδοποιεί το άτομο ότι βρίσκεται σε κατάσταση κινδύνου. Αποτελεί όμως, γενικά, έναν επιβλαβή και δυσλειτουργικό μηχανισμό, μιας και σε πολλές των περιπτώσεων προκαλείται υπερβολικό άγχος εξαιτίας της απειλής, παρόλο που αντικειμενικά δεν υπάρχει συγκεκριμένος κίνδυνος για να υφίσταται αυτό.

Πολύ εύστοχα, οι Μητρούση, κα. (2013), σε σχετικό άρθρο τους παρουσιάζουν τις θεωρητικές προσεγγίσεις του άγχους, χωρίζοντας τες σε τέσσερις κατηγορίες θεωριών – μοντέλων:

Ψυχαναλυτική θεωρία: αυτή η θεωρία στηρίζεται στον Freud, ο οποίος συνέδεσε το άγχος με την εμφάνιση νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων. Για αυτόν, το άγχος αποτελεί «το θεμελιακό φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νεύρωσης» και λειτουργεί ως «σήμα» ότι το «Εγώ» απειλείται και συνεπώς οφείλει να αμυνθεί. Μεταξύ άλλων, διέκρινε το άγχος σε ηθικό (λόγω παραβίασης ηθικών αξιών), νευρωτικό (λόγω πραγματικών ή φανταστικών συγκρούσεων) και το άγχος πραγματικότητας (λόγω επιδίωξης αντιτιθέμενων στόχων).

Φαινομενολογικά μοντέλα: τα συγκεκριμένα μοντέλα απορρίπτουν την αιτιοκρατική θεώρηση της ανθρώπινης φύσης και το άτομο είναι υπεύθυνο να κάνει τις επιλογές του σχετικά με το πώς θα συμπεριφερθεί και θα βιώσει τον κόσμο. Η προσωποκεντρική θεωρία είναι ένα παράδειγμα αυτής της θεωρητικής προσέγγισης. Το θεωρητικό υπόβαθρο αυτών των μοντέλων είναι ότι τα άτομα έχουν την εγγενή ικανότητα να ενεργοποιούν το δυναμικό τους, με βάση τις εμπειρίες τους και τις προσωπικές τους αντιλήψεις για τη ζωή. Στη βάση της ανάπτυξης του εαυτού, σημαντική είναι η έννοια της θετικής αυτοεκτίμησης, της αναγνώρισης και εκτίμησης από τους άλλους, αλλά και η έννοια της αξιοπρέπειας. Στην περίπτωση που τα παραπάνω έρχονται σε ασυμφωνία με την έννοια του εαυτού, τότε η ισορροπία της έννοιας του εαυτού διαταράσσεται και είναι πιθανή η εκδήλωση άγχους.

Γνωσιακά μοντέλα: σύμφωνα με αυτά τα μοντέλα, το άγχος λειτουργεί ως μηχανισμός προειδοποίησης (ασφάλειας) σε καταστάσεις αβεβαιότητας και κινδύνου. Η έμφαση σε αυτό το μοντέλο δίνεται στο πώς ερμηνεύονται γεγονότα και

καταστάσεις από τους ανθρώπους, παρά στα ίδια τα γεγονότα. Υφίσταται λοιπόν μία σχέση μεταξύ των συναισθημάτων και των σκέψεων που έχουν τα άτομα κατά τις διαταραχές άγχους, οι οποίες αρχικά ορίζονται ως διαταραχές σκέψης. Συνεπώς, βάσει της γνωσιακής θεωρίας - μοντέλου, η θεραπεία του άγχους επικεντρώνεται στον εντοπισμό των αυτόματων αρνητικών σκέψεων, στην αναγνώριση των πιθανών επιπτώσεων και στην προσπάθεια αντικατάστασης αυτών των σκέψεων με άλλες, περισσότερο ρεαλιστικές και λογικές.

Βιολογικά μοντέλα: κατά τη βιολογική προσέγγιση, «το άγχος γίνεται αντιληπτό ως φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, η ένταση της οποίας εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ένταση των ερεθισμάτων (τόσο με την έννοια του υπερβολικού ερεθισμού όσο και με την έννοια της αισθητηριακής αποστέρησης). Εν προκειμένω, το άγχος γίνεται αντιληπτό ως δύναμη ή δυνάμεις που υπάρχουν έξω από το άτομο και που του ασκούν πίεση. Το άγχος εδώ βασίζεται στη μέτρηση της έντασης των εξωτερικών ερεθισμάτων και στην εκτίμηση του βαθμού πίεσης που ασκούν τα διάφορα γεγονότα της ζωής» (Μητρούση, κα., 2013).

2.1.1 Κατηγορίες άγχους

Γενικά, το άγχος διακρίνεται στις εξής δύο κύριες κατηγορίες (Reiss, 1997):

- Στο **άγχος της κατάστασης (state anxiety)**: σε αυτήν την κατηγορία, το άγχος εμφανίζεται στο άτομο ως μια συναισθηματικά δυσάρεστη κατάσταση. Το άτομο νιώθει ανησυχία, ένταση και αντιδρά σα να δέχεται κάποια απειλή.
- Στο **άγχος της προδιάθεσης (trait anxiety)**: στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα με επίκτητη προδιάθεση άγχους. Είναι τα άτομα τα οποία βλέπουν πολλές καταστάσεις ως απειλητικές και επικίνδυνες, παρόλο που δεν είναι, με αποτέλεσμα τα επίπεδα του άγχους τους να αυξάνονται δυσανάλογα σε σχέση με την κατάσταση. Είναι μια μορφή στρες η οποία εκδηλώνεται έμμεσα, διαμέσου της έντασης που προκαλείται.

Σε αυτό το σημείο, είναι απαραίτητο να τονιστεί το γεγονός ότι το άγχος διακρίνεται σε θετικό ή εποικοδομητικό και σε αρνητικό ή καταστρεπτικό. Το άγχος που νιώθει ένας άνθρωπος, όταν αυτό κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, είναι ως ένα βαθμό και επιθυμητό, αφού μπορεί να βελτιώνει τη γενική σωματική και ψυχική του υγεία, τη συνολική του προσαρμογή και απόδοση και να του προσδίδει ενέργεια,

κρατώντας τον σε ετοιμότητα και εγρήγορση. Από την άλλη μεριά, όταν το άγχος βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και προκαλεί έντονη πίεση, η θετική επίδρασή του αντικαθίσταται από την επιβλαβή και οδηγεί σε αρνητικά ή ακόμη και καταστροφικά αποτελέσματα σε βιολογικό - σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο (Πολυκανδριώτη και Κουτσοπούλου, 2014; Shahsavarani, Abadi and Kalkhoran, 2015).

2.2 Εννοιολογική προσέγγιση του εργασιακού στρες

Ένα από τα σοβαρότερα σύγχρονα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελεί το εργασιακό στρες. Είναι γεγονός ότι το επαγγελματικό περιβάλλον, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της αλματώδους τεχνολογικής ανάπτυξης και της οικονομικής παγκοσμιοποίησης, έχει γίνει περισσότερο απαιτητικό από ποτέ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ο χώρος εργασίας να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πρόκλησης άγχους (Lazarus, 1993).

Επιπρόσθετα, τη σημερινή εποχή, το σύγχρονο απαιτητικό και ανταγωνιστικό εργασιακό περιβάλλον, μέσα στο οποίο το άτομο περνάει πλέον το μεγαλύτερο μέρος της ζωής του, αποτελεί έναν χώρο όπου το εργασιακό στρες και η ψυχολογική πίεση είναι καταστάσεις τις οποίες ο εργαζόμενος καλείται να αντιμετωπίσει καθημερινά (Κοϊνης και Σαρίδη, 2015).

Το εργασιακό άγχος - στρες, στη διεθνή βιβλιογραφία, αποδίδεται συνήθως με τους όρους «occupational stress», «job stress» και «work – related stress». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), το εργασιακό στρες ορίζεται ως «η επιβλαβής σωματική και συναισθηματική αντίδραση που μπορεί να έχουν οι εργαζόμενοι σε εργασιακές απαιτήσεις και πιέσεις που παρουσιάζονται, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στο γνωστικό τους υπόβαθρο και τις ικανότητές – δεξιότητες τους και τους προκαλούν να τις αντιμετωπίσουν» (WHO, 2003).

Το εργασιακό στρες, λοιπόν, προκύπτει είτε λόγω της ανισορροπίας που προκαλείται από τις υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, οι οποίες δεν ταυτίζονται με τις προσωπικές γνώσεις και δεξιότητες, είτε επειδή ο εργαζόμενος δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει επαρκώς αυτές τις γνώσεις και δεξιότητες του. Η δυσλειτουργία αυτή είναι σημαντική, με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να αναπτύσσει σταδιακά άγχος, δυσφορία για την εργασία και το περιβάλλον του και να συσσωρεύει στρεσογόνα συναισθήματα (Κάντας, 1998).

Σύμφωνα με του μελετητές Milstein, Golazawski και Duquette (1984), το επαγγελματικό στρες αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση, μιας και η εργασία καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της ζωής ενός ανθρώπου. Συνεπώς, αποτελεί μια κατάσταση του οργανισμού και σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται και όχι ως ασθένεια. Είναι μια συνέπεια της ύπαρξης ανισορροπίας μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας και εφόσον διαπιστωθεί από τον εργαζόμενο, ο βαθμός που θα τον επηρεάσει είναι συνάρτηση και εξαρτώμενος από την προσωπικότητα και το χαρακτήρα του (Στεφανίδου κα., 2010).

Βέβαια, το άγχος και η ψυχολογική πίεση, όταν υφίστανται σε λογικά πλαίσια, είναι δυνατόν να έχουν και θετικές επιπτώσεις σε έναν εργαζόμενο, αφού είναι πιθανό να τον κινητοποιήσουν και να τον κρατάνε σε εγρήγορση, με αποτέλεσμα να είναι και πιο αποτελεσματικός στην εργασία του. Σε αντίθετη περίπτωση που το άγχος και η πίεση είναι συνεχείς και σε μεγάλο βαθμό, τότε είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα μειωθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του και θα επηρεαστεί αρνητικά τόσο η υγεία του, όσο και η επαγγελματική και προσωπική του ζωή (Κοϊνης και Σαρίδη, 2015).

Γενικότερα, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ εργασίας και άγχους, μια σχέση έντονης αλληλεπίδρασης. Από τη μία πλευρά, διάφοροι παράγοντες της εργασίας του κάθε ατόμου, του ασκούν έντονες πιέσεις και του προκαλούν άγχος (Yozgat et al., 2013) και από την άλλη πλευρά, η ύπαρξη άγχους στους εργαζομένους έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοση τους στην εργασία, με άμεση συνέπεια τη μείωση της συνολικής επίδοσης του οργανισμού (Ismail et al., 2015).

2.3 Παράγοντες εμφάνισης εργασιακού στρες

Πολλές είναι οι επιστημονικές απόψεις που έχουν κατατεθεί σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία του εργασιακού στρες. Σύμφωνα με τους Τούκας και Τούκα (2011), το εργασιακό στρες αποτελεί αποτέλεσμα παραγόντων που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, ως εξής:

- Εξωτερικοί παράγοντες: όπως οι απαιτήσεις που υφίσταται το άτομο στο περιβάλλον εργασίας του
- Εσωτερικοί παράγοντες: οι οποίοι είναι συνυφασμένοι με τις προσδοκίες του ίδιου του εργαζόμενου
- Η εξωτερική υποστήριξη την οποία λαμβάνει ο εργαζόμενος

- Ο εσωτερικός του κόσμος και πώς μπορεί το άτομο να αντιδρά στις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις, καθώς και η ικανότητα προσαρμογής του σε αυτές.

Κατά καιρούς, λοιπόν, έχουν ειπωθεί πολλές διαφορετικές απόψεις, αν και σχεδόν όλες ταυτίζονται στο ότι η ανασφάλεια, η πίεση στον εργασιακό χώρο, οι υψηλές επαγγελματικές απαιτήσεις, οι δυνατότητες, οι δεξιότητες και το γνωστικό επίπεδο, αλλά και η έλλειψη στήριξης του εργαζόμενου, αποτελούν το πλαίσιο από το οποίο ξεκινάει το εργασιακό στρες (WHO, 2003). Επιπρόσθετα, σημειώνεται ότι και οι ατομικοί αλλά και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες οδηγούν σε στρεσογόνες καταστάσεις (Στεφανίδου κα., 2010).

Στους ατομικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται οι προσδοκίες αλλά και τα κίνητρα των εργαζομένων, η ικανότητα του ατόμου να ερμηνεύει και να αντιμετωπίζει μια στρεσογόνα κατάσταση, αλλά και τα προσωπικά του χαρακτηριστικά (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999). Ανάλογα με την περίοδο της ζωής του, το κάθε άτομο έχει διαφορετική αντίδραση σε παρόμοιες καταστάσεις ή ακόμη και το ίδιο άτομο, σε παρόμοιες καταστάσεις, μπορεί να αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο. Οι ατομικοί παράγοντες, οι οποίοι παίζουν κύριο ρόλο στην δημιουργία του εργασιακού άγχους είναι συνήθως: η αυτοπεποίθηση και το επίπεδο της, οι φρούδες προσδοκίες, η προσήλωση στον στόχο, ο φόβος της αποτυχίας, το ηθικό και ιδεολογικό προσωπικό στοιχείο του χαρακτήρα, η αυστηρή αυτοκριτική, αλλά και ο λόγος που οδηγήθηκε στο συγκεκριμένο επάγγελμα (Γώγος, 2011).

Επιπλέον, αρκετοί μελετητές υποστηρίζουν ότι ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, έχουν θετική συσχέτιση με το εργασιακό άγχος. Έτσι, όσα άτομα είναι φιλόδοξα και ανταγωνιστικά ή όσοι εργαζόμενοι επιδιώκουν την επαγγελματική και κοινωνική αναγνώριση και ταυτόχρονα διαθέτουν έναν οξύθυμο χαρακτήρα, τότε η πιθανότητα να δημιουργηθεί εργασιακό άγχος είναι σε υψηλά επίπεδα (Κάντας, 1998). Αντίθετα, λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης εργασιακού στρες έχουν όσα άτομα έχουν τον έλεγχο των καταστάσεων και διαθέτουν τη λεγόμενη «έδρα ελέγχου». Τα άτομα δε εκείνα, τα οποία διαθέτουν την επονομαζόμενη «εξωτερική έδρα ελέγχου» είναι τα άτομα τα οποία δεν έχουν τον έλεγχο και είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη του εργασιακού άγχους (Rotter, 1990). Επίσης, όσα άτομα αντιμετωπίζουν με ψυχραιμία τις καταστάσεις άγχους και κάθε ιδιαίτερη κατάσταση την αντιμετωπίζουν ως πρόκληση, τότε και αυτά τα άτομα έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν εργασιακό στρες (Στεφανίδου κα., 2010).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στην εμφάνιση του εργασιακού στρες επιδρούν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στον χώρο της εργασίας. Έτσι, επιδρούν αρνητικά οι πιεστικές συμπεριφορές, η παρενόχληση, ο εκφοβισμός, η μονοτονία, η έλλειψη υποστήριξης του εργαζομένου από συναδέλφους και από προϊσταμένους, οι υπερμεγέθεις απαιτήσεις και τα συναισθήματα σύγχυσης και απογοήτευσης (Βάρβογλη, 2006). Επίσης, εργασιακό στρες δημιουργείται και από τις ακατάλληλες συνθήκες εργασίας, από τα μη ευέλικτα ή τα κυλιόμενα ωράρια ή τις βάρδιες, από τη διεκπεραίωση δυσάρεστων καθηκόντων, την πιθανότητα σωματικής βλάβης από διάφορους κινδύνους, την υποαπασχόληση (μερική απασχόληση) ή την υπεραπασχόληση (υπερωρίες, υπερεργασία) και τέλος από τη μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Επιπρόσθετα, εργασιακό άγχος προκαλείται όταν υπάρχει ασάφεια στα εργασιακά καθήκοντα, αμφισβήτηση του ρόλου, σύγκρουση των ρόλων μεταξύ εργαζομένων και αδυναμία άσκησης ελέγχου ή ακόμα και μεταβολές στοιχείων της προσωπικότητας του εργαζόμενου (Αντωνίου, 2002).

2.4 Εργασιακό περιβάλλον στον χώρο της υγείας

Αναμφισβήτητα, το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί έναν χώρο όπου ο κάθε εργαζόμενος περνάει πάρα πολύ χρόνο της καθημερινότητάς του, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται από αυτό, σε μεγάλο βαθμό, στοιχεία της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του. Σε κάποιες περιπτώσεις, το περιβάλλον εργασίας προσφέρει στον εργαζόμενο μεγάλη εργασιακή ικανοποίηση και τον κάνει αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο στην εργασία του, ενώ σε άλλες περιπτώσεις του προκαλεί τεράστια ψυχολογική πίεση και γενικότερα αρνητικά συναισθήματα (Badrianto and Ekhsan, 2020). Ιδιαίτερα τη σημερινή εποχή, το σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον είναι περισσότερο ανταγωνιστικό και απαιτητικό από ποτέ, με συνεχείς μεταβολές και απαιτήσεις, κυρίως σε επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων από πλευράς των εργαζομένων, γεγονός που, τις περισσότερες φορές, έχει ως αποτέλεσμα να τους προκαλεί έντονο εργασιακό στρες (Κοϊνης και Σαρίδη, 2015).

Επιχειρώντας να ορίσουμε γενικά το εργασιακό περιβάλλον, θα λέγαμε ότι αυτό περιλαμβάνει οτιδήποτε σχετίζεται με τον χώρο εργασίας του κάθε ανθρώπου, είτε υλικό είτε όχι. Τα συστατικά του στοιχεία, λοιπόν, που απαρτίζουν το φυσικό και υλικό περιβάλλον εργασίας είναι οι υπάρχουσες εγκαταστάσεις και εξοπλισμός, η διακόσμηση, ο φωτισμός, ο αερισμός, η καθαριότητα, τα επίπεδα θορύβου και η κατάλληλη θερμοκρασία (Ραφτόπουλος, 2007). Επιπλέον αυτών όμως και ίσως ο

σημαντικότερος παράγοντας που διαμορφώνει ένα εργασιακό περιβάλλον, είναι το ανθρώπινο δυναμικό και πιο συγκεκριμένα η διοικητική οργάνωση και δομή ενός οργανισμού, συμπεριλαμβανόμενου του έμφυχου δυναμικού του (WHO, 2003).

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA, 2021), ως υγιές εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται εκείνο που εξασφαλίζει την ασφάλεια και την υγεία στον χώρο εργασίας και από το οποίο απουσιάζουν οι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι λόγω προβληματικού σχεδιασμού, οργάνωσης και διαχείρισης της εργασίας. Αντίθετα, περιλαμβάνει ένα υγιές κοινωνικό πλαίσιο εργασίας, μειώνοντας τις πιθανότητες να οδηγήσει σε αρνητικά ψυχολογικά, σωματικά και κοινωνικά αποτελέσματα, όπως εργασιακό άγχος, εργασιακή εξουθένωση ή κατάθλιψη των εργαζομένων.

Όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον στους οργανισμούς υγείας, οι Harrison, Henriksen και Hughes (2007), θεωρώντας το ως ένα κοινωνικοτεχνικό σύστημα, υποστηρίζουν ότι αποτελείται από τα εξής κύρια μέρη:

- την οργανωσιακή δομή και κουλτούρα του οργανισμού
- το ανθρώπινο δυναμικό
- το φυσικό περιβάλλον
- τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και
- τις διαδικασίες παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Κυρίως τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές επιστημονικές έρευνες σχετικά με τον προσδιορισμό της έννοιας του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος στον χώρο της υγείας και πώς αυτό επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας τόσο σε προσωπικό, όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο και κατ' επέκταση το βαθμό επίδρασης του στους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Disch (2002), ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον ορίζεται ως «ένας χώρος εργασίας στον οποίο οι πολιτικές, οι διαδικασίες και τα συστήματα είναι σχεδιασμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε οι εργαζόμενοι να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στους οργανωσιακούς στόχους και να επιτύχουν προσωπική ικανοποίηση στο περιβάλλον εργασίας τους». Επίσης, χαρακτηρίζεται από την «πλήρη υποστήριξη της διοίκησης του οργανισμού προς το σύνολο των εργαζομένων, με κύριο γνώμονα την εξασφάλιση της ποιότητας, τόσο για τον ασθενή, όσο και για το προσωπικό» (Shirey, 2006). Είναι ένα εργασιακό περιβάλλον, όπου εφόσον ο επαγγελματίας υγείας αισθάνεται εργασιακή ικανοποίηση εργαζόμενος μέσα σε ένα φιλικό προς αυτόν κλίμα, αυτόματα τον καθιστά περισσότερο

παραγωγικό και αποτελεσματικό, με αποτέλεσμα την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας (Kramer and Schmalenberg, 2008).

Βέβαια, είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι το εργασιακό περιβάλλον σε μια μονάδα υγείας δεν είναι τόσο απλό ούτε μονοδιάστατο. Αυτό που το καθιστά υγιές, δεν εξαρτάται από μία μόνο μεταβλητή, αλλά είναι αποτέλεσμα συνδυασμού πολλών παραγόντων και διαστάσεων που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Οι κυριότεροι από αυτούς τους παράγοντες έχουν να κάνουν με τις οργανωσιακές δομές και πρακτικές του οργανισμού, τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε αυτόν και φυσικά με τις επικρατούσες συνθήκες εργασίας (Κάντας, 1998; Alspach, 2009).

Διεθνώς, πλήθος σχετικών ερευνών σε υγειονομικές δομές έχει καταδείξει τη θετική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος σε αυτές και της παροχής ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, της αύξησης της ικανοποίησης των ασθενών, της μείωσης των ιατρικών λαθών και συνεπώς της αύξησης της ασφάλειας των πολιτών. Κατ' επέκταση, τα παραπάνω οδηγούν με τη σειρά τους σε αισθητή μείωση του ποσοστού νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού (Manojlovich and DeCicco, 2007; Aiken et al., 2008; Kramer and Schmalenberg, 2008; Shirey and Fisher, 2008; Ulrich et al., 2009). Αντίθετα, ένα μη υποστηρικτικό και ανθυγιεινό περιβάλλον εργασίας, οδηγεί σε αύξηση των ιατρικών λαθών, υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, καθώς επίσης και στη δυσαρέσκεια όχι μόνο των ασθενών, αλλά και των επαγγελματιών υγείας, με εμφανή σημάδια εκδήλωσης εργασιακού άγχους και πίεσης, που πολλές φορές συνοδεύονται με επαγγελματική εξουθένωση (burnout), ακόμη και με την πρόθεσή τους να αποχωρήσουν από την εργασία τους (Aiken et al., 2002; Ulrich et al., 2007; Schmalenberg and Kramer, 2007; Stone et al., 2007; Cohen, Stuenkel and Nguyen, 2009).

2.5 Εργασιακές σχέσεις στον χώρο της υγείας

Όπως σε όλα τα περιβάλλοντα εργασίας, έτσι και στον χώρο της υγείας, ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον προϋποθέτει την ύπαρξη άριστων εργασιακών σχέσεων μεταξύ όλων των εργαζομένων που το απαρτίζουν. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία, η συνεργασία, η διοίκηση - ηγεσία και οι οργανωτικές δομές σε έναν οργανισμό υγείας, είναι εκείνοι οι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις εργασιακές σχέσεις (Sengin, 2003; Heath, Johanson and Blake, 2004; McCusker et al., 2004; Manojlovich, 2005; Gardner et al., 2007; Schmalenberg and Kramer, 2007; Stuenkel, Nguyen and Cohen, 2007; Hall, Doran and Pink, 2008;

Schmalenberg et al., 2008; Gunnarsdóttir et al., 2009; Manojlovich, Antonakos and Ronis, 2009).

Με τον όρο επικοινωνία, νοείται η διαδικασία εκείνη κατά την οποία ανταλλάσσονται ιδέες, απόψεις και πληροφορίες, είτε προφορικά είτε γραπτά, μεταξύ ενός αποστολέα και ενός δέκτη (Hall, 2005). Η AACN, με τη σειρά της, ορίζει την επικοινωνία ως «ο αμφίδρομος διάλογος στον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αποφασίζουν από κοινού» (AACN, 2005). Σε έναν οργανισμό υγείας, η επικοινωνία χαρακτηρίζεται ως αποτελεσματική, όταν οι σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας όλων των ειδικοτήτων διακατέχονται από ειλικρίνεια και διαφάνεια και κατά συνέπεια είναι σε θέση να συνεννοηθούν και να επικοινωνήσουν μεταξύ τους για διάφορα θέματα της εργασίας τους, με ευκολία, σαφήνεια και αποτελεσματικότητα. Η μη αποτελεσματική επικοινωνία, έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους κύριους συντελεστές για την παρουσίαση ανεπιθύμητων ενεργειών στον χώρο της υγείας και ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες πρόκλησης δυσαρέσκειας στο υγειονομικό προσωπικό σε τέτοιο βαθμό, ώστε να επιθυμούν ακόμη και την αποχώρησή τους από τη θέση εργασίας τους (Mark, Harless και Berman, 2007; Aiken et al., 2008).

Επιπρόσθετα, η προβληματική επικοινωνία στον τομέα της υγείας, είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε ιατρικά λάθη και σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Σχετική έρευνα των Leonard et al., (2004) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αποτυχημένη επικοινωνία ευθύνεται σε ποσοστό 70% για την πρόκληση ιατρικών σφαλμάτων, ενώ άλλη σχετική μελέτη αναφέρει ως κύριες αιτίες για την ύπαρξη αποτυχημένης επικοινωνίας στον χώρο της υγείας, τις κάθετες ιεραρχικές δομές, την ασάφεια και τη σύγκρουση των ρόλων των εργαζομένων, τις φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις και τις εργασιακές συγκρούσεις (Sutcliffe, Lewton and Rosenthal, 2004).

Σε αυτό το σημείο, είναι επιτακτική η ανάγκη να τονιστεί το γεγονός ότι αποτελεσματική επικοινωνία πρέπει να υφίσταται μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας, δηλαδή όχι μόνο μεταξύ των συναδέλφων της ίδιας ειδικότητας π.χ. νοσηλεύτη με νοσηλεύτη, αλλά και μεταξύ συναδέλφων διαφορετικών ειδικοτήτων π.χ. ιατρού και νοσηλεύτη ή ιατρού και διοικητικού υπαλλήλου. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει ένα χάσμα κυρίως στις αντιλήψεις και στην επικοινωνία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, με αποτέλεσμα το νοσηλευτικό προσωπικό, σε πολλές περιπτώσεις, να παραγκωνίζεται, να υποτιμάται και να στερείται του σεβασμού από το ιατρικό προσωπικό, το οποίο πολλές φορές βρίσκεται στην κορυφή της ιεραρχίας και κατέχει δύναμη και εξουσία, την οποία και εκμεταλλεύεται. Είναι αυτονόητο ότι τέτοιου είδους

αποτυχημένη επικοινωνία ευθύνεται σε μεγάλο ποσοστό για την κακή έκβαση των ασθενών (Thomas, Sexton and Helmreich, 2003; Manojlovich and DeCicco, 2007).

Για πολλούς ερευνητές, η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο πάνω στον οποίο στηρίζεται η εποικοδομητική και αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Μια επιτυχημένη και αποτελεσματική συνεργασία χαρακτηρίζεται από αλληλοσεβασμό, αμοιβαία εμπιστοσύνη, αποτελεσματική επικοινωνία, αίσθημα κοινής ευθύνης και ομαδικό πνεύμα. Κοινή επιδίωξη όλων των μελών μιας υγειονομικής ομάδας πρέπει να αποτελεί η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (Arcangelo et al., 1996).

Σύμφωνα με τους Kinnaman και Bleich (2004), μέσω της συνεργασίας εξασφαλίζονται καλές εργασιακές σχέσεις, ευνοείται η καινοτομία και η επίλυση προβλημάτων μεταξύ των εργαζομένων και προωθούνται οργανωσιακές αλλαγές με γνώμονα την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας και την επίτευξη των επιθυμητών οργανωσιακών αποτελεσμάτων. Συνεπώς, το υγιές εργασιακό περιβάλλον, η αποτελεσματική επικοινωνία και η εποικοδομητική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αποτελούν στοιχεία αλληλένδετα και απαραίτητα να υπάρχουν σε κάθε υγειονομική δομή, προκειμένου να εξασφαλίζεται τόσο η εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού, όσο και η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Erickson et al., 2003).

Έναν επιπλέον καθοριστικό παράγοντα για την προαγωγή των εργασιακών σχέσεων στον τομέα της υγείας, αποτελεί η διοίκηση – ηγεσία του υγειονομικού οργανισμού. Η σημασία της αποτελεσματικής και «αυθεντικής» ηγεσίας τόσο στην πρόθεση παραμονής του προσωπικού στη θέση εργασίας του, όσο και στην θετική έκβαση των περιστατικών υγείας, είναι αναμφισβήτητη (Tomey, 2009). Ένα σωστός και «αυθεντικός» ηγέτης θα πρέπει να «αγκαλιάσει» το έμψυχο δυναμικό που διαθέτει, να κάνει εποικοδομητικό διάλογο μαζί του, να αφουγκράζεται τα πάσης φύσεως προβλήματά του, να τους καθοδηγεί όταν αυτό είναι απαραίτητο και γενικά να έχει αντιληφθεί τη σημασία εξασφάλισης ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος και να προσπαθεί συνεχώς γι αυτό (Kramer et al., 2007; Cummings et al., 2018). Επίσης, οι Fontaine και Gerardi (2005), αναφέρουν χαρακτηριστικά και πολύ εύστοχα ότι «όταν οι ηγέτες δεν αγκαλιάζουν πλήρως την έννοια ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος, δεν το ζουν αυθεντικά και εμπλέκουν άλλους στην επίτευξή του, τότε δεν υπάρχει βάση για

αλλαγή», στην κατεύθυνση της διαμόρφωσης υγιών εργασιακών σχέσεων και συνθηκών.

Από την πλευρά τους, οι Kramer, Schmalenberg και Maguire (2004), σε σχετικές μελέτες τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η υποστηρικτική διοίκηση στους επαγγελματίες υγείας τους κάνει πιο παραγωγικούς και αποτελεσματικούς, αυξάνει τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία τους και διατηρούν την επιθυμία και πρόθεσή τους να παραμείνουν στη θέση τους. Τα χαρακτηριστικά εκείνα που κάνουν τους προϊσταμένους – ηγέτες να είναι υποστηρικτικοί στους εργαζομένους τους είναι: να είναι προσιτοί, να ενδιαφέρονται, να συζητάνε, να εμπνέουν ασφάλεια και αυτοπεποίθηση, να δίνουν εποικοδομητική ανατροφοδότηση, να εξασφαλίζουν τους απαραίτητους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, να προωθούν την ομαδική συνεργασία και να επιλύουν τις οποιεσδήποτε εργασιακές συγκρούσεις με εποικοδομητικό διάλογο (Kramer et al., 2007).

Τέλος, ένας ακόμη κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά τις εργασιακές σχέσεις σε έναν οργανισμό είναι οι οργανωτικές του δομές. Προκειμένου ένα εργασιακό περιβάλλον να χαρακτηρίζεται ως υγιές, μεταξύ άλλων, θα πρέπει να υφίστανται βέλτιστα συστήματα και δομές και να εφαρμόζονται βέλτιστες πρακτικές στα πλαίσια του οργανισμού, οι οποίες θα εξασφαλίζουν τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν σε όλες εκείνες τις διαδικασίες και σχέσεις που θα τους επιτρέψουν να καταστήσουν την εργασία τους πιο αποδοτική και αποτελεσματική απέναντι στους ασθενείς τους (Kramer, Schmalenberg and Maguire, 2010).

Κεφάλαιο 3. Επισκόπηση βιβλιογραφίας

3.1 Το εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας

Το εργασιακό στρες ασκεί επιρροή σε όλους τους εργαζόμενους, χωρίς να παίζει ιδιαίτερο ρόλο η φύση του επαγγέλματος ή η σχέση του εργαζόμενου με την εργασία, όπως επίσης δεν παίζει ρόλο και το μέγεθος της επιχείρησης – οργανισμού. Όμως υπάρχουν επαγγέλματα, στα οποία εξαιτίας των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους, οι εργαζόμενοι σε αυτά αναπτύσσουν μεγαλύτερη ευαισθησία έναντι του άγχους, σε σύγκριση με άλλους εργαζόμενους. Σύμφωνα με τους Κοϊνη και Σαρίδη (2015), όσοι εργάζονται έχοντας στενή επαφή με ανθρώπους και η εργασία τους συνδέεται άμεσα με την παροχή βοήθειας ή πρέπει να εκτιμήσουν μια κατάσταση και να λάβουν μια απόφαση, η οποία θα έχει κάποιες οικονομικοκοινωνικές ή άλλου είδους επιπτώσεις (θετικές ή αρνητικές), τότε οι εργαζόμενοι αυτοί μπορούν εύκολα να αναπτύξουν εργασιακό άγχος. Τα επαγγέλματα τα οποία ασχολούνται με την υγεία αποτελούν από τα πλέον στρεσογόνα επαγγέλματα, μιας και οι εργαζόμενοι σε αυτά βιώνουν καθημερινά ιδιαίτερα έντονες και πιεστικές καταστάσεις. Στον τομέα της υγείας, επειδή οι εργαζόμενοι διαχειρίζονται ανθρώπινες ζωές και όλες τους οι αποφάσεις μπορούν να προκαλέσουν μη αναστρέψιμες βλάβες, τα ποσοστά του εργασιακού άγχους βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα (Κάντας, 1998; Siu, 2002; McVicar, 2003).

3.2 Παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας

Κατά καιρούς, έχουν διεξαχθεί διεθνώς πληθώρα ερευνών και εκθέσεις από επιστημονικούς φορείς σχετικά με τους παράγοντες εκείνους που προκαλούν εργασιακό άγχος στους επαγγελματίες υγείας. Οι σημαντικότεροι από αυτούς τους παράγοντες, σύμφωνα με τον Menzies (1960), είναι κυρίως τέσσερις:

- Η αναγκαία γρήγορη λήψη απόφασης
- Η φροντίδα των ασθενών
- Η υπευθυνότητα έναντι των ασθενών
- Η συχνή αλλαγή τμημάτων

Αργότερα κι άλλοι ερευνητές έρχονται να επιβεβαιώσουν όσα υποστήριξε ο Menzies, αλλά προσθέτουν σε αυτούς και αρκετούς ακόμη παράγοντες, οι οποίοι αφορούν σε ψυχοκοινωνικές καταστάσεις (Μπελλάλη, 2007).

Οι Bailey, Steffen και Grout (1980), υποστηρίζουν ότι σημαντικό ρόλο στη δημιουργία εργασιακού στρες έχουν και οι κακές σχέσεις μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών, σχετικά με θέματα που άπτονται της θεραπευτικής αγωγής που θα ακολουθηθεί, τα χωρίς ελπίδα ζωής περιστατικά, η ανασφάλεια που έχουν οι εργαζόμενοι σε αυτόν τον κλάδο σχετικά με την επάρκεια των γνώσεων τους ή των δεξιοτήτων τους, ο φόρτος εργασίας, αλλά και η αβεβαιότητα για την επαγγελματική τους εξέλιξη.

Από την πλευρά τους, οι Gray – Toft και Anderson (1981), κατέληξαν ότι το εργασιακό άγχος των εργαζομένων σε τομείς υγείας οφείλεται στους κάτωθι παράγοντες:

- Στον θάνατο, με τον οποίο έρχονται διαρκώς σε επαφή οι εργαζόμενοι
- Στην αβεβαιότητα εάν είναι κατάλληλη ή ορθή η θεραπευτική αγωγή που χορηγείται στον ασθενή
- Στις συγκρούσεις που δημιουργούνται στον εργασιακό χώρο
- Στην έλλειψη ψυχολογικής προετοιμασίας των εργαζομένων, έτσι ώστε να μπορούν να διαχειριστούν το συναίσθημα του ασθενή και της οικογένειας του
- Στην έλλειψη ενός δικτύου υποστήριξης
- Στον φόρτο εργασίας

Σύμφωνα με τους Bourbonnais, Comeau και Vézina (1999), οι επαγγελματίες υγείας αναπτύσσουν εκτός από το εργασιακό στρες και διάφορα άλλα προβλήματα υγείας, είτε ψυχολογικής φύσεως, είτε σωματικής. Τα προβλήματα ψυχολογικής φύσης οφείλονται κυρίως στη ψυχολογική πίεση που δέχονται κατά την εκτέλεση της εργασίας τους, αλλά και στην έλλειψη αυτονομίας κατά τη λήψη των αποφάσεων. Επιπλέον, επισημάνθηκε ότι η έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης και υποστήριξης στο χώρο εργασίας, λειτουργεί αρνητικά στους εργαζόμενους σε τομείς υγείας και αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης επαγγελματικού στρες.

Εν κατακλείδι των όσων έχουν προαναφερθεί, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι οι παράγοντες που οδηγούν στο εργασιακό στρες είναι ποικίλοι και σχετίζονται τόσο με το ψυχοκοινωνικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας, όσο και με τις επικρατούσες συνθήκες στον εργασιακό τους χώρο. Οι παράγοντες αυτοί λοιπόν χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες, στους ατομικούς και στους περιβαλλοντικούς - εργασιακούς παράγοντες.

3.2.1 Ατομικοί παράγοντες

Οι ατομικοί παράγοντες, οι οποίοι αφορούν τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, είναι συνδεδεμένοι άμεσα με τα χαρακτηριστικά τους, όπως η εθνικότητα, το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και η προϋπηρεσία τους (Γώγος, 2011; Van der Colff and Rothmann, 2014). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Παππά, Αναγνωστόπουλο και Νιάκα (2008), οι ατομικοί παράγοντες συνδέονται με την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητα των εργαζομένων, αλλά και με τις προσδοκίες και τα κίνητρα τους, καθώς και με την ανθεκτικότητα που επιδεικνύουν έναντι του εργασιακού τους άγχους. Σημαντικό ρόλο παίζει και η δυνατότητα τους να αναπτύξουν αμυντικούς μηχανισμούς διαχείρισης του άγχους τους, όπως και το επίπεδο της αυτοεκτίμησης τους, της ενσυναίσθησης τους, των εμπειριών και της εκπαίδευσης τους. Ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ως προσδιοριστικοί παράγοντες εργασιακού άγχους, αναφέρονται μεταξύ άλλων και σε σχετική έρευνα των Kakemam, et al. (2019). Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι νοσηλευτές οι οποίοι ανήκουν στο γυναικείο φύλο, είναι έγγαμοι και το μορφωτικό τους επίπεδο είναι χαμηλό παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν υψηλό επίπεδο εργασιακού στρες, κυρίως λόγω της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν να ισορροπήσουν μεταξύ οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής.

3.2.2 Περιβαλλοντικοί – εργασιακοί παράγοντες

Στη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν αναφερθεί πολλοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με τις συνθήκες και το περιβάλλον εργασίας. Οι νεότερες σχετικές μελέτες και έρευνες συγκλίνουν στο γεγονός ότι οι εργασιακοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι προκαλούν στους επαγγελματίες υγείας έντονο στρες, είναι: οι ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, ο φόρτος εργασίας, τα ωράρια, οι ανεπαρκείς μισθολογικές απολαβές, η έλλειψη ελέγχου, το δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον, η πίεση του χρόνου, οι εργασιακές συγκρούσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους, η έλλειψη επικοινωνίας, η έλλειψη υποστηρικτικών δομών, η διαρκής επαφή με τον πόνο και τον θάνατο, η αβεβαιότητα για την ορθότητα της εφαρμοζόμενης θεραπείας, η συχνή εναλλαγή τμημάτων, η έλλειψη αναγνώρισης του έργου τους και ενός δίκαιου συστήματος ανταμοιβών, η απουσία στήριξης από τη διοίκηση, η ασάφεια στα καθήκοντα και στους ρόλους και τέλος οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι στους κλάδους υγείας με τους ασθενείς και το περιβάλλον τους (Μουστάκα, κα., 2010;

Van der Colff and Rothmann, 2014; Κοΐνης και Σαρίδη, 2015; Adzakpah, Laar and Fiadjoe, 2016; Kakemam, et al., 2019).

3.3 Επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας

Αναμφισβήτητα λοιπόν, τα επαγγέλματα υγείας αποτελούν ένα από τα πιο στρεσογόνα επαγγέλματα και σχετικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί τις τελευταίες δεκαετίες συγκλίνουν στο γεγονός ότι πλέον, οι επιπτώσεις του χρόνιου και οξέος εργασιακού στρες των επαγγελματιών υγείας, αποτελούν ένα από τα δύο κορυφαία θέματα υγείας και ασφάλειας που καλούνται να αντιμετωπιστούν στον τομέα της υγείας (Roberts and Grubb, 2014).

Το εργασιακό άγχος προκαλεί δυσμενείς και βλαβερές επιπτώσεις τόσο στους εργαζομένους όσο και στους ίδιους τους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται. Οι επαγγελματικοί στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν σοβαρές απειλές για την υγεία και την ευημερία των εργαζομένων στον χώρο της υγείας, με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της προσωπικής τους ζωής σε ψυχολογικό επίπεδο, φυσικό – σωματικό επίπεδο και επίπεδο συμπεριφοράς, αλλά και στην επαγγελματική τους ζωή με αρνητικές συνέπειες σε οργανωσιακό επίπεδο (French, et al., 2000; Mosadeghrad, 2014).

Σε αυτό το σημείο και πριν γίνει αναφορά των επιπτώσεων του εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας, θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι ο βαθμός που αυτό τους επηρεάζει δυσμενώς, εξαρτάται σε πολύ μεγάλο ποσοστό από την προσωπικότητα και τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου, δηλαδή με άλλα λόγια από τον τρόπο που αυτός αντιλαμβάνεται και αντιδρά στο εργασιακό άγχος (Michie, 2002; Panigrahi, 2016; ILO, 2016). Πολύ εύστοχα, οι Πολυκανδριώτη και Κουτσοπούλου (2015), σε σχετικό άρθρο τους, επισημαίνουν ότι η επίδραση του άγχους σχετίζεται με τις εξής παραμέτρους:

- Τη φύση, την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα του άγχους
- Τη σημασία του άγχους για το κάθε άτομο
- Τη δυνατότητα ή όχι της αποφυγής και υπέρβασης του άγχους
- Τις προηγούμενες προσωπικές εμπειρίες
- Την προσωπικότητα του κάθε ατόμου
- Τη γενική κατάσταση πριν και κατά τη διάρκεια της έκθεσης στο άγχος

- Την κοινωνική υποστήριξη

3.3.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί διεθνώς, έχει διαπιστωθεί ότι το εργασιακό άγχος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά σε μεγάλο βαθμό την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Με βάση τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, «η ψυχική υγεία αποτελεί μια κατάσταση ευημερίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να ανταπεξέλθει στις φυσιολογικές στρεσογόνες πιέσεις της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και εποικοδομητικά και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινωνία». Υπό αυτήν τη θετική έννοια, η ψυχική υγεία είναι το θεμέλιο για την ευημερία και την αποτελεσματική λειτουργία για ένα άτομο και μια κοινωνία. Είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ψυχικής ασθένειας, γιατί οι καταστάσεις και οι ικανότητες που αναφέρονται στον ορισμό της έχουν αξία από μόνες τους (WHO, 2004).

Επιπλέον, σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2001, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες πρόκλησης πρόωρης νοσηρότητας και πρόωρων θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο. Κάτι τέτοιο βέβαια δεν προκαλεί έκπληξη, αφού οι εργασιακές συνθήκες και γενικότερα το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ευεξία, την ευημερία και την ψυχική υγεία των εργαζομένων (Kopp, et al., 2008). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι στις ΗΠΑ και την ΕΕ, το 30-40% των εργαζομένων είναι πλέον εκτεθειμένοι στο εργασιακό άγχος και αυτά τα ποσοστά φαίνεται να έχουν αυξηθεί κατά πολύ από τη δεκαετία του 1990. Συνεπώς, οι αγχωτικές συνθήκες εργασίας οδηγούν σε κακή ψυχική υγεία και ψυχική νοσηρότητα του πληθυσμού (Melchior, et al., 2007).

Γενικότερα, η χρόνια έκθεση στο άγχος έχει διάφορες και ποικιλόμορφες επιδράσεις στην ψυχολογία και την ψυχική υγεία του ατόμου. Το άγχος, όταν υφίσταται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα άτομο, οδηγεί στην επίδειξη μειωμένης εμπιστοσύνης προς τους άλλους και ως εκ τούτου δημιουργεί νευρική κατάσταση. Προκαλεί αϋπνία ή ανήσυχο ύπνο που συνοδεύεται συχνά από εφιάλτες, μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη συγκέντρωση, αδυναμία λήψης αποφάσεων, αίσθημα ενοχής και αποτυχίας, φόβο, έντονη ανησυχία και στις δυσμενέστερες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει

κατάθλιψη. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι τα αγχωμένα άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή να εμφανίσουν άνοια και τη νόσο του Αλτσχάιμερ, από ότι αυτά που δεν διακατέχονται από στρες (Panigrahi, 2016).

Ένα σημαντικός αριθμός ερευνών που έχουν διενεργηθεί στον χώρο της υγείας αναδεικνύει, μεταξύ άλλων, ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού στρες και της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στο προσωπικό των υγειονομικών δομών. Μάλιστα, έχει αποδειχθεί ότι η συσχέτιση αυτή συναντάται σε ιδιαίτερα υψηλότερα ποσοστά σε απασχολούμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα, όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας, οι εκπαιδευτικοί και οι κοινωνικοί λειτουργοί, σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες εργαζομένων (Edwards, et al., 2000; Tennant, 2001; Kane, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, ενδεικτικά σε σχετική έρευνα που έλαβε χώρα στην Ταιβάν σε υγειονομικό προσωπικό Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας, επιβεβαιώθηκε ότι το εργασιακό άγχος συνδέεται με τη φτωχή ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας και την πρόωρη εμφάνιση συμπτωμάτων και ασθενειών που σχετίζονται με την κατάθλιψη (Yang, Pan and Yang, 2004). Επίσης, ακόμη δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική (Mealer, et al., 2007) και στην Ιαπωνία (Kawano, 2008) και αφορούσαν ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε ΜΕΘ, φανέρωσαν ότι το έντονο εργασιακό άγχος ευθυνόταν για τις ψυχικές διαταραχές σχετικά με την έντονη ανησυχία και την καταθλιπτική διάθεση που βίωνε το συγκεκριμένο προσωπικό, καθώς και με ήπια ψυχιατρικά νοσήματα που παρουσίαζε.

Συμπερασματικά λοιπόν, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι όλες οι σχετικές μελέτες που πραγματεύονται το εργασιακό στρες στον τομέα της υγείας και τις αρνητικές επιπτώσεις του στην ψυχολογία και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, συγκλίνουν στο γεγονός ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να οδηγήσει σε ήπια συμπτώματα ψυχολογικών διαταραχών, όπως αϋπνία, μεταβολές στη διάθεση, ανησυχία, νευρικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη συγκέντρωσης, αλλά και σε σοβαρότερες διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και η επαγγελματική εξουθένωση («burn out») (Mosadeghrad, 2014).

Τα τελευταία χρόνια, το φαινόμενο της «επαγγελματικής εξουθένωσης» («burn out») έχει αποτελέσει αντικείμενο σοβαρού προβληματισμού και έρευνας τόσο στον χώρο της ψυχολογίας, όσο και στο χώρο του μάνατζμεντ, αφού έχουν αναγνωριστεί οι σημαντικές επιπτώσεις της όχι μόνο στο άτομο που τη βιώνει, αλλά και στον οργανισμό στον οποίο εργάζεται και στην παραγωγή και την οικονομία

γενικότερα (Θεοφίλου, 2009). Ο όρος της «επαγγελματικής εξουθένωσης» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974, από τον Freudenberger, προκειμένου να ορίσει και να περιγράψει τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που παρουσίαζαν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και γενικότερα οι εργαζόμενοι σε τομείς όπου υπάρχει ισχυρή αλληλεξάρτηση μεταξύ αυτών και των ατόμων που έχουν την ανάγκη των υπηρεσιών τους (Freudenberger, 1974).

Ένας από τους πιο πλήρεις και αποδεκτούς ορισμούς για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός που διατυπώθηκε από την Christina Maslach (1982). Η Maslach περιέγραψε «ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε προς τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και την απόδοσή του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του». Σύμφωνα με τη Maslach λοιπόν, η χρόνια και παρατεταμένη έκθεση ενός ατόμου σε εργασιακό στρες η οποία ξεπερνάει τα όρια του να το αντιμετωπίσει, οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωσή του, ένα σύνδρομο του οποίου τα κυριότερα χαρακτηριστικά είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και ο κυνισμός προς τον οργανισμό και τους αποδέκτες των υπηρεσιών του και η αίσθηση αναποτελεσματικότητας (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Σχετικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί διεθνώς, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου του «burn out» στους επαγγελματίες υγείας είναι υψηλή και έχει ως κυριότερες επιπτώσεις οργανικά προβλήματα υγείας, μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, αδιαφορία και ψυχρότητα προς τους ασθενείς, συμπτώματα κατάθλιψης και ψυχικών διαταραχών, «παραίτηση» από την προσωπική και κοινωνική τους ζωή και είναι πολύ πιθανό να είναι ακόμα και «μεταδοτική» σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Παππά, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας, 2008).

3.3.2 Φυσικές - σωματικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας

Εξίσου σημαντικές με τις ψυχολογικές επιπτώσεις, είναι και οι φυσικές – σωματικές επιπτώσεις που προκαλεί το εργασιακό άγχος στους εργαζομένους και φυσικά στην προκειμένη περίπτωση στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, έχει αποδειχθεί ότι το εργασιακό στρες σχετίζεται με προβλήματα στο καρδιαγγειακό και ανοσοποιητικό σύστημα, με μυοσκελετικές παθήσεις, διαταραχές

του στομάχου, πονοκεφάλους και ημικρανίες, ασθένειες του δέρματος, ακόμη και με τον καρκίνο (Mosadeghrad, 2014; Roberts and Grubb, 2014). Όπως υποστηρίζει ο Αντωνίου (2002), όταν ο ανθρώπινος οργανισμός εκτίθεται σε αγχωτικές συνθήκες και καταστάσεις, παρουσιάζει την τάση να αντιδρά και να εκδηλώνει διάφορα οργανικά συμπτώματα με κυριότερα την ταχυπαλμία, υψηλή αρτηριακή πίεση, πονοκεφάλους, υπερένταση και πόνους στους μύες, δύσπνοια, πόνο στο στήθος, δυσπεψία, κνησμό, ακόμη και αλλεργίες. Επίσης, σχετική έρευνα κατέληξε στο γεγονός ότι το 16% των ανδρών και το 22% των γυναικών, στην ευρωπαϊκή ένωση, που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν βιώσει έντονο εργασιακό στρες.

Στην περίπτωση των εργαζομένων στον χώρο της υγείας, στην πρώτη θέση των νοσημάτων που σχετίζονται με το εργασιακό στρες ανήκουν τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Λόγω της φύσεως του έντονα αγχωτικού επαγγέλματός τους, οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι γυναίκες, εμφανίζουν αυξημένα συμπτώματα υψηλής αρτηριακής πίεσης, καρδιακών αρρυθμιών και γενικότερα καρδιαγγειακών παθήσεων. Πιο συγκεκριμένα, σε μια πρόσφατη και μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Δανία το 2010 και αφορούσε στη διερεύνηση της επίδρασης του πιεστικού εργασιακού περιβάλλοντος των επαγγελματιών υγείας στην εμφάνιση ισχαιμικών καρδιακών νοσημάτων σε αυτούς, αποκάλυψε ότι το εργασιακό άγχος και η πίεση αποτελούσαν τον σημαντικότερο παράγοντα πρόκλησης καρδιαγγειακών παθήσεων. Το δείγμα της έρευνας αφορούσε 12.116 γυναίκες επαγγελματίες υγείας, 45-64 ετών, οι οποίες μελετήθηκαν για χρονικό διάστημα 15 ετών και το κυριότερο εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν το γεγονός ότι αυτές που δήλωσαν ότι ένιωθαν υψηλό εργασιακό στρες και πίεση στον χώρο εργασίας τους, παρουσίασαν κατά 25% - 35% μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο και μάλιστα οι ηλικιακά μικρότερες διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο (Allesoe, et al., 2010).

Μια άλλη σημαντική κατηγορία σωματικών προβλημάτων που εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας λόγω του εργασιακού άγχους, είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις. Αυτές έχουν να κάνουν κυρίως με προβλήματα του μυϊκού συστήματος και πιο συγκεκριμένα με τα οστά, τις αρθρώσεις, τους τένοντες, τα νεύρα και τους μύες του ανθρώπινου σώματος. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, οι μυοσκελετικές παθήσεις ανήκουν στις κυριότερες ασθένειες από τις οποίες πάσχουν οι εργαζόμενοι στην Ευρώπη και ευθύνονται για την μείωση της παραγωγικότητάς τους, την αύξηση των απουσιών από

την εργασία τους, αλλά ακόμη και για την χρόνια ανικανότητα τους για εργασία (Eurofound, 2007).

Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε υγειονομικές δομές σχετικά με τη σχέση μεταξύ των πιεστικών και αγχωτικών συνθηκών εργασίας τους και της εμφάνισης μυοσκελετικών παθήσεων, κατέδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι υψηλό ποσοστό εργαζομένων παρουσίαζε έντονους πόνους στη μέση, την πλάτη, τον αυχένα και τα άνω άκρα, με κυριότερη μυοσκελετική πάθηση να αποτελεί η οσφυαλγία (Estryn-Behar, 1989; Engels, et al., 1996; Alexopoulos, Burdorf and Kalokerinou, 2006; Leijon, et al., 2007) . Βέβαια, εκτός από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες εργασίας οι οποίοι οδηγούν στις ανωτέρω παθήσεις, όπως είναι το στρες, επιπλέον ευθύνονται και παράγοντες που πηγάζουν από τη φύση της εργασίας τους, όπως είναι η ορθοστασία, η ακινησία και η μονότονη και επαναλαμβανόμενη εργασία (Lundberg, 1999; Kane, 2009).

Επιπρόσθετα, άλλες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι το εργασιακό άγχος συνδέεται και με την εμφάνιση σημαντικών δερματικών παθήσεων, όπως η ψωρίαση και η γυροειδής αλωπεκία. Πιο συγκεκριμένα, τα συμπεράσματα αυτών των σχετικών μελετών καταδεικνύουν το στρες, και δη το εργασιακό, ως τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης ή επιδείνωσης των εν λόγω ασθενειών, αφού τις συνδέουν ως αντίδραση στο άγχος (Gaston, et al., 1987; Fortune, et al., 1998; Bittinger, et al., 2020).

Αναμφισβήτητα, το στρες δεν αφήνει ανεπηρέαστο ούτε το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού και φαίνεται να ευθύνεται για την εμφάνιση μειωμένης ανοσοεπάρκειας, αλλεργικών αντιδράσεων και αυτοάνοσων νοσημάτων. Την τελευταία εικοσαετία, έχει αποδειχθεί, τόσο σε μελέτες σε ζώα, αλλά και σε ανθρώπους, ότι το στρες αυξάνει τα επίπεδα των νευροενδοκρινικών ορμονών, ιδιαίτερα τα γλυκοκορτικοειδή και τις κατεχολαμίνες, και μέσω της δράσης αυτών των ορμονών, έχει αρνητικές συνέπειες στη λειτουργία του ανοσοποιητικού (Marketon and Glaser, 2008). Επίσης, το εργασιακό άγχος ενοχοποιείται και για κάποιες αυτοάνοσες θυρεοειδοπάθειες, όπως η χρόνια θυρεοειδίτιδα «Hashimoto» (Ferracci, et al., 2003), ο υπερθυρεοειδισμός «Graves» (Brent, 2008) και η θυρεοειδίτιδα της λοχειάς, οι οποίες αποτελούν πλέον και τις πιο συχνά εμφανιζόμενες αυτοάνοσες παθήσεις.

Επίσης, άλλες έρευνες έχουν συσχετίσει το εργασιακό στρες με παθήσεις του στομάχου, όπως τη δυσπεψία και το γαστρικό έλκος (Huerta-Franco, et al., 2013), καθώς επίσης και με ημικρανίες και έντονους πονοκεφάλους (Spector, 2002; Jeon, et

al., 2014; Mustafa, et al., 2015). Τέλος, αν και δεν υπάρχουν ακόμη ατράνταχτες αποδείξεις ότι το στρες γενικότερα αποτελεί κύρια αιτία εμφάνισης καρκίνου, ωστόσο κάποιες έρευνες συσσωρεύουν αποδείξεις ότι το άγχος συνδέεται με κάποιες μορφές καρκίνου ή τουλάχιστον επιδρά αρνητικά στην εξέλιξη της νόσου, αφού οι στρεσογόνοι εργασιακοί παράγοντες συνδέονται στενά με τους επικίνδυνους παράγοντες πρόκλησης καρκίνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής των ατόμων, όπως το κάπνισμα, την παχυσαρκία, την καθιστική ζωή και τη συχνή κατανάλωση αλκοόλ (Belkic and Nedic, 2007).

3.3.3 Συμπεριφορικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το άγχος, πέρα από τις εξαιρετικά σημαντικές ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στο άτομο που το βιώνει, προκαλεί και αξιοσημείωτες αλλαγές στη συμπεριφορά του, οι οποίες είναι ιδιαίτερα εμφανείς. Πιο συγκεκριμένα, σχετικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι τα άτομα που κυριεύονται από το εργασιακό στρες, λόγω κυρίως της απογοήτευσης και της απομόνωσης που νιώθουν, γίνονται αντικοινωνικοί και πολλές φορές εχθρικοί, επικριτικοί και εριστικοί απέναντι στους συναδέλφους τους, αλλά και προς τον ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο, με αποτέλεσμα να εμπλέκονται συχνά σε συγκρούσεις. Επιπλέον, εμφανίζουν σημάδια αποδιοργάνωσης, αφηρημάδας, δυσκολεύονται στο να θυμούνται ή να μαθαίνουν καινούρια πράγματα, παραμελούν την εξωτερική τους εμφάνιση και χαρακτηρίζονται από υπερευαισθησία και έντονα κυκλοθυμική διάθεση. Τέλος, μεγάλη είναι και η πιθανότητα να παρουσιάζουν συμπτώματα εμμονής και καταναγκαστικής συμπεριφοράς (Panigrahi, 2016).

Επιπρόσθετα, πλήθος ερευνών έχουν συνδέσει το εργασιακό άγχος με αρνητικές ατομικές συμπεριφορικές επιπτώσεις, όπως είναι το υπερβολικό κάπνισμα, η κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών ή αλκοόλ, διαταραχές στην όρεξη, χαμηλό επίπεδο σωματικής άσκησης, βίαιες συμπεριφορές και διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, ενώ σε ακραίες καταστάσεις, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά ατυχήματα ή ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας (Crouter and Bumpus, 2001; Wemme and Rosvall, 2005; Takaki, et al., 2009; Azagba and Sharaf, 2011; Roberts and Grubb, 2014; ILO, 2016; Carpenter, et al., 2015; Kim, et al., 2017).

Όλα τα προαναφερόμενα για τη συσχέτιση του εργασιακού άγχους με αρνητικές συμπεριφορές, όπως είναι φυσικό, έχει αποδειχθεί και επιστημονικά ότι ισχύουν σε μεγάλο βαθμό και στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας. Οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας, οι οποίοι, λόγω κυρίως της φύσης και των αυξημένων απαιτήσεων του επαγγέλματός τους, έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις χρόνιου και παρατεταμένου στρες, συχνά φτάνουν στο σημείο να γίνονται ψυχροί και τυπικοί απέναντι στους ασθενείς τους, να αποφεύγουν το συναισθηματικό δέσιμο μαζί τους και να τους αντιμετωπίζουν απλά σαν ένα «περιστατικό». Επιπλέον, εμφανίζονται αδιάφοροι, απρόσωποι, δείχνουν ασέβεια και δεν είναι λίγες οι φορές που εκδηλώνουν απότομη και βίαιη συμπεριφορά, τόσο προς τους ασθενείς, όσο και προς τους συναδέλφους τους, δημιουργώντας συχνά συγκρούσεις εντός του εργασιακού περιβάλλοντος τους (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).

Εκτός από τα χαρακτηριστικά της συναισθηματικής ανεπάρκειας και των αρνητικών συναισθημάτων που νιώθουν όχι μόνο για τους συναδέλφους τους και τους ασθενείς, αλλά και για τον ίδιο τους τον εαυτό, το έντονο εργασιακό στρες οδηγεί του επαγγελματίες υγείας να εμφανίζουν δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, κακή μνήμη και ελλιπή παρατηρητικότητα σημαντικών λεπτομερειών και τους κάνει επιρρεπείς σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη και ατυχήματα. Προοδευτικά, χάνουν το ενδιαφέρον τους για την εργασία τους και προσπαθούν με κάθε τρόπο να την αποφύγουν, είτε αργοπορώντας, είτε απουσιάζοντας εσκεμμένα (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος και Πιλάτης, 2010).

Όσον αφορά τις αρνητικές ατομικές συμπεριφορικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας (υπερβολικό κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, διαταραχές της όρεξης, ροπή για ατυχήματα, τάσεις αυτοκτονίας και οικογενειακές συγκρούσεις), έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, προκειμένου να προσδιοριστεί η συσχέτιση μεταξύ τους. Οι Ota, κα. (2004), σε σχετική έρευνα που διεξήγαγαν σε νοσηλευτικό προσωπικό ενός γενικού νοσοκομείου στην Ιαπωνία, διαπίστωσαν θετική συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού στρες και της εξάρτησης τους από τη νικοτίνη. Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα των Tagliacozzo και Vaughn (1982) σε παλαιότερη σχετική μελέτη τους, όπου φάνηκε ότι το υγειονομικό προσωπικό που παρουσίαζε εργασιακό άγχος, κάπνιζε περισσότερο.

Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας, υπάρχει μια σημαντική

θετική συσχέτιση μεταξύ της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνεται από αυτούς μετά από ένα αγχωτικό συμβάν στην εργασία τους και της συχνότητας με την οποία εμφανίζεται αυτή η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ στους εργαζομένους. Σε πολλές περιπτώσεις, το αλκοόλ αποτελεί μία βαλβίδα εκτόνωσης, προκειμένου να αποσυμπιεστούν και να χαλαρώσουν από ιδιαίτερα στρεσογόνα περιστατικά στην εργασία τους (Saridi, et al., 2016).

Σύμφωνα με τους King, Vidourek και Schwiebert (2009), σε έρευνά τους που πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα 435 νοσηλευτών/τριων της πολιτείας του Οχάιο των Η.Π.Α. σχετικά με το εργασιακό στρες και τις διαταραχές στην όρεξή τους, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές/τριες με υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης του σώματος τους, παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών, τρώγοντας περισσότερο και συνηθέστερα πρόχειρο φαγητό («junk food»).

Επίσης, εξαιτίας της απάθειας και της αδιαφορίας που επιδεικνύουν για τον ασθενή, αλλά και για τους συναδέλφους τους, ως συνέπεια του εργασιακού άγχους που βιώνουν, οι επαγγελματίες υγείας καθίστανται επιρρεπείς σε ιατρικά λάθη και ατυχήματα στον χώρο εργασίας τους. Τα ατυχήματα αυτά ή οι παραλείψεις μπορεί να είναι άλλοτε ασήμαντα, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις πιθανόν να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία του ασθενούς, ακόμα και στον θάνατο (Etim, et al., 2015).

Όπως συμβαίνει σε όλα τα επαγγέλματα, έτσι και οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας, στις περισσότερες περιπτώσεις, μεταφέρουν την πίεση και το άγχος της εργασίας τους στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η ένταση, τα αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές να περνούν στην οικογένεια, με αποτέλεσμα τη διαταραχή των ισορροπιών και τη δημιουργία συγκρούσεων μεταξύ των μελών της (Lu, et al., 2016).

Τέλος, ως προς την τάση για απόπειρα αυτοκτονίας, ως ακραία συνέπεια του εργασιακού στρες, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί εκτενείς έρευνες σχετικές με το θέμα και κυρίως για τους επαγγελματίες υγείας εκτός των γιατρών. Αναμφισβήτητο όμως, το ιατρικό επάγγελμα και ιδιαίτερα οι χειρουργοί όλων των ειδικοτήτων, αποτελεί ένα πολύ επίφοβο επάγγελμα για την εκδήλωση τάσεων αυτοκτονίας, λόγω της τεράστιας ευθύνης και πίεσης που υφίστανται απέναντι στους ασθενείς τους, αφού πολλές φορές η ζωή τους είναι στην κυριολεξία στα χέρια τους.

Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες γιατροί είναι πιο επιρρεπείς από τους άντρες να εμφανίσουν τέτοιες τάσεις (Dutheil, et al., 2019).

3.4 Επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας – οργανωσιακές συνέπειες

Το εργασιακό άγχος, εκτός από τις αρνητικές και βλαβερές συνέπειες του στην προσωπική ζωή των εργαζομένων που απειλούν την υγεία, την ευημερία και γενικότερα την ποιότητα ζωής τους, έχει και δυσμενείς επιπτώσεις στην επαγγελματική τους ζωή και πιο συγκεκριμένα στον οργανισμό στον οποίο εργάζονται. Συνεπώς, το εργασιακό στρες κοστίζει τόσο στα άτομα, όσο και στους οργανισμούς στους οποίους απασχολούνται (Mosadeghrad, 2014; Κοϊνης και Σαρίδη, 2015).

Η επίδραση του εργασιακού άγχους στην παραγωγικότητα στον χώρο εργασίας και στην ευρύτερη οικονομία είναι σημαντική. Το εργασιακό στρες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά σε υψηλό βαθμό τα γενικά επίπεδα επίτευξης των εργαζομένων, όσον αφορά τόσο την αποδοτικότητα τους, όσο και την ακρίβεια των ενεργειών και την αποτελεσματικότητά τους. Σχετικές μελέτες διερεύνησης του αντίκτυπου του εργασιακού άγχους στα οργανωσιακά αποτελέσματα ενός οργανισμού έχουν αποκαλύψει μια σειρά σχετιζόμενων μορφών συμπεριφοράς των εργαζομένων που επηρεάζουν την παραγωγικότητα, την ανταγωνιστικότητα και τη δημόσια εικόνα του οργανισμού. Ένα κακό ψυχοκοινωνικό εργασιακό περιβάλλον που ευνοεί την ανάπτυξη και διατήρηση αγχωτικών συνθηκών και καταστάσεων, εκτός από τον αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία των εργαζομένων, προκαλώντας τους σωματική και συναισθηματική εξουθένωση, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη απουσία τους από την εργασία, σε μειωμένη παρακίνηση, εργασιακή ικανοποίηση και οργανωσιακή δέσμευση, καθώς και σε υψηλά ποσοστά εναλλαγής προσωπικού και πρόθεσης να παραιτηθούν. Αναμφίβολα λοιπόν, σε οργανωσιακό επίπεδο, υψηλά ποσοστά εργασιακού στρες κοστίζουν στον οργανισμό σε ανθρώπινο, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο (ILO, 2016).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «οι μη υγιείς οργανισμοί δεν εκμαιεύουν από τους εργαζομένους τους το σύνολο των δυνατοτήτων και της παραγωγικότητάς τους, γεγονός που επιδρά αρνητικά, όχι μόνο στην επίδοσή τους μέσα σε ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπως το σημερινό, αλλά είναι κρίσιμο ακόμη και για την ίδια τους την επιβίωση». Σε συνέχεια των παραπάνω, υποστηρίζει ότι οι

κυριότερες επιπτώσεις του άγχους των εργαζομένων σε έναν οργανισμό, είναι η αύξηση των απουσιών τους από την εργασία, η μείωση της εργασιακής τους δέσμευσης, οι αυξημένες εναλλαγές και μετακινήσεις προσωπικού, η μείωση της επίδοσης και παραγωγικότητας του οργανισμού, η μη εφαρμογή ασφαλών εργασιακών πρακτικών και συνεπώς αύξηση των ατυχημάτων, η μη ικανοποίηση και αύξηση της δυσαρέσκειας και των παραπόνων των πελατών, η μείωση των προσλήψεων, η αύξηση των νομικών διεκδικήσεων από τους εργαζομένους και τέλος, η καταστροφή της εικόνας και του κύρους του οργανισμού (WHO, 2003).

Αναφορικά με τους εργαζομένους στον χώρο της υγείας και την επιρροή που τους ασκεί το εργασιακό άγχος ως προς την επαγγελματική τους συμπεριφορά, με άμεσο αντίκτυπο και στον οργανισμό στον οποίο εργάζονται, πληθώρα ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν καταδείξει ισχυρή αντίστροφη σχέση μεταξύ του εργασιακού στρες και της ποιότητας της παρεχόμενης εργασίας τους, του ηθικού τους, της παρακίνησης τους, της εργασιακής ικανοποίησης και της δέσμευσης τους με τον οργανισμό (De Jonge, et al., 2001; Flanagan and Flanagan, 2002; Mosadeghrad, Ferlie and Rosenberg, 2011; Al-Hawajreh, 2013; Cordioli, et al., 2019).

Σε οργανωσιακό επίπεδο λοιπόν, το εργασιακό άγχος συνδέεται με την μείωση της απόδοσης των εργαζομένων, αφού τους μειώνει την προσοχή, τη συγκέντρωση, την κρίση τους και την ικανότητα λήψης αποφάσεων (AbuAlRub, 2004; Shapiro, et al., 2005; Kazmi, Amjad and Khan, 2008). Επιπρόσθετα, το έντονο και παρατεταμένο άγχος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στο εργασιακό τους περιβάλλον, είναι πολύ πιθανό να τους οδηγήσει σε αυξημένη σωματική, διανοητική και συναισθηματική εξάντληση, απουσία από την εργασία και πρόθεση να εγκαταλείψουν τον χώρο εργασίας τους (Spickard, Gabbe and Christensen, 2002; Eriksen, Bruusgaard and Knardahl, 2003; Chiu, et al., 2005; Davey, et al., 2009; Chiang and Chang, 2012; Elshaer, et al., 2018). Το εργασιακό άγχος, επίσης, σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, λόγω κυρίως της αδιαφορίας και της απώλειας της ενσυναίσθησης («empathy») για τους ασθενείς και των αυξημένων περιστατικών ιατρικών λαθών που λαμβάνουν χώρα (Engström, et al., 2006; Teng, Hsiao and Chou, 2010; Κοΐνης και Σαρίδη, 2015).

Σε μια πολύ μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1998-1999 σε περισσότερα από 700 νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, την Αγγλία, τη Σκωτία και τη Γερμανία και αφορούσε σε δείγμα 43000 νοσηλευτών, διαπιστώθηκε ότι, αν και αναφερόταν σε διαφορετικά συστήματα υγείας που εφαρμόζονται, το

εργασιακό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση, όπου υπήρχε, είχε τα αναμενόμενα δυσάρεστα αποτελέσματα όχι μόνο στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, αλλά και στην υγειονομική δομή που εργάζονταν. Η μείωση της αποτελεσματικότητας, της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας του υγειονομικού προσωπικού, είχε υψηλό οικονομικό κόστος για τον οργανισμό, αφού οι δαπάνες του συνεχώς αυξάνονταν. Επιπλέον, η αύξηση των χαμένων εργατοωρών λόγω ασθένειας, η τάση για αποχώρηση από το περιβάλλον εργασίας, σε συνδυασμό με την αύξηση των παραλήψεων και των λαθών που διαπιστώθηκαν, οδηγούσε σε υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και μη ικανοποίηση των ασθενών (Aiken, et al., 2001).

3.5 Συμπεράσματα

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει γενικά ότι σχετικές με το θέμα έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί, κατά κύριο λόγο, στη διεθνή επιστημονική κοινότητα, μιας και το ζήτημα του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας, θα μπορούσε να ειπωθεί, δεν έχει διερευνηθεί ενδελεχώς από την επιστημονική κοινότητα στην Ελλάδα. Επιπλέον, τόσο σε διεθνές επίπεδο, όσο και στην Ελλάδα, η συντριπτική πλειοψηφία των σχετικών ερευνών έχουν διεξαχθεί σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές και ελάχιστες σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας (Κέντρα Υγείας και T.OM.Y).

Κεφάλαιο 4. Το πλαίσιο

4.1 Χώρος της έρευνας – πληθυσμός υπό διερεύνηση

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 13 Ιουλίου 2021 έως 10 Αυγούστου 2021. Τα ανώνυμα ερωτηματολόγια, κατόπιν σχετικής έγγραφης έγκρισης από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας (Υ.ΠΕ) η οποία επισυνάπτεται στο Παράρτημα 2 της παρούσας εργασίας, διανεμήθηκαν στις δομές Π.Φ.Υ. αρμοδιότητας 3^{ης} Υ.ΠΕ ήτοι στα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και στις Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ) του Νομού Πέλλας και πιο συγκεκριμένα στο Κ.Υ. Γιαννιτσών, στη 13^η Τ.ΟΜ.Υ Δήμου Πέλλας, στη 17^η Τ.ΟΜ.Υ Δήμου Πέλλας, στο Κ.Υ. Κρύας Βρύσης, στο Κ.Υ. Σκύδρας, στο Κ.Υ. Έδεσσας, στο Κ.Υ. Άρνισσας και στο Κ.Υ. Αριδαίας.

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο σύνολο του προσωπικού, όλων των ειδικοτήτων, που εργάζεται στις ανωτέρω υγειονομικές δομές Π.Φ.Υ., ήτοι ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό, ώστε το δείγμα της έρευνας, στο σύνολο του, να είναι όσο το δυνατόν πιο διευρυμένο και αντιπροσωπευτικό.

4.2 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) στην Ελλάδα βιώνουν εργασιακό στρες, ο καθορισμός των κυριότερων προσδιοριστικών παραγόντων του και ο τρόπος που επηρεάζει τόσο την επαγγελματική, όσο και την προσωπική τους ζωή.

Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία καλείται να απαντήσει η εν λόγω έρευνα, είναι τα εξής :

α. Σε τί βαθμό οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. βιώνουν εργασιακό στρες;

β. Ποιοι παράγοντες τους προκαλούν εργασιακό άγχος;

γ. Ποιους τομείς της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων σε μονάδες Π.Φ.Υ. επηρεάζει το άγχος περισσότερο;

δ. Ποιους τομείς της προσωπικής ζωής των εργαζομένων σε μονάδες Π.Φ.Υ. επηρεάζει το άγχος περισσότερο;

4.3 Ερευνητικές υποθέσεις προς έλεγχο

Η βασική υπόθεση της παρούσας έρευνας συμβαδίζει με τη γενικότερη άποψη που έχει διατυπωθεί στη σχετική βιβλιογραφία, ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές Π.Φ.Υ εμφανίζουν, σε γενικές γραμμές χαμηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες και θεωρούν τον εαυτό τους υγιή, σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε νοσοκομεία. Αυτή η διαπίστωση αποδίδεται, κυρίως, στο γεγονός ότι το προσωπικό των μονάδων Π.Φ.Υ δεν έρχεται σε επαφή με ασθενείς που αντιμετωπίζουν άμεσα το κίνδυνο του θανάτου.

Βέβαια, την τελευταία κυρίως δεκαετία, η ελληνική εργασιακή πραγματικότητα γενικότερα έχει αλλάξει σε πολλά επίπεδα, κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης και εφαρμογής της μνημονιακής πολιτικής. Κύρια χαρακτηριστικά αυτής της νέας πραγματικότητας αποτελούν η οικονομική ανέχεια σε όλα τα επίπεδα, οι περικοπές μισθών και γενικότερα πόρων, η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια. Φυσικά και ο τομέας της υγείας δεν έμεινε ανεπηρέαστος, καθώς έχουν συντελεστεί πλήθος διαρθρωτικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων, οι οποίες τον επιβάρυναν ακόμη περισσότερο σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο.

Στα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και η πανδημία του COVID-19, η οποία από τις αρχές του 2020 πίεσε και συνεχίζει να πιέζει ασφυκτικά τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και φυσικά και το Ε.Σ.Υ. της Ελλάδας. Αξίζει να σημειωθεί ότι, στα πλαίσια της αντιμετώπισης της πανδημίας και προκειμένου να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία της χώρας, οι δομές Π.Φ.Υ, επιπλέον των λοιπών αρμοδιοτήτων - καθηκόντων τους, ανέλαβαν μεγάλο μέρος του φορτίου και λειτουργούν ως Κέντρα – Ιατρεία COVID-19, καθώς και ως Εμβολιαστικά Κέντρα.

Λαμβάνοντας υπόψη, λοιπόν, όλα τα παραπάνω και φυσικά τις σοβαρές επιπτώσεις που προκαλεί το εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας και στις μονάδες υγείας όπου εργάζονται, οι βασικές υποθέσεις της παρούσας έρευνας διατυπώνονται ως εξής:

H1: Οι επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ παρουσιάζουν μεσαίο επίπεδο εργασιακού στρες.

H2: Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των απαιτητικών συνθηκών εργασίας και του εργασιακού στρες.

H3: Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της έλλειψης πόρων και του εργασιακού στρες.

H4: Το εργασιακό στρες επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας σε σωματικό (φυσικό), ψυχολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο.

H5: Υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ του εργασιακού στρες και της εργασιακής ικανοποίησης - δέσμευσης.

H6: Το εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά τους, καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογική προσέγγιση

5.1 Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν η ποσοτική μεθοδολογία. Σύμφωνα με τον ερευνητή, η συγκεκριμένη μεθοδολογία, συγκριτικά με άλλες μεθόδους, αποτελεί την καταλληλότερη μέθοδο για τη διερεύνηση και την ανάλυση του θέματος της έρευνας.

Κατ' αρχάς, η ποσοτική μεθοδολογία καθιστά την έρευνα αντικειμενική και αμερόληπτη. Επιτρέπει στον ερευνητή να μελετήσει και να διερευνήσει συστηματικά τα στοιχεία και τα δεδομένα της έρευνας του, με αναλύσεις και μετρήσεις εκείνων των ευρημάτων και χαρακτηριστικών, τα οποία παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον με βάση την έρευνα του (Robson, 2010).

Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη μεθοδολογία, μέσω της κωδικοποίησης και της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που ακολουθήθηκε, παρείχε στον ερευνητή τη δυνατότητα να διαχειριστεί αποτελεσματικά το δείγμα της έρευνάς του, να αξιοποιήσει τα δεδομένα που προέκυψαν και να καταλήξει σε συμπεράσματα που αφορούσαν το συγκεκριμένο δείγμα, το οποίο ήταν σημαντικό, αφού αποτελούνταν από 171 ερωτηματολόγια (Babbie, 2011).

Επιπλέον κριτήριο για την επιλογή της ποσοτικής μεθοδολογίας από τον ερευνητή αποτέλεσε το γεγονός ότι, γενικά, η ποσοτική έρευνα στηρίζεται στη συλλογή ποσοτικών στοιχείων από μεγάλα δείγματα του πληθυσμού – στόχου και στοχεύει στην εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων που αντικατοπτρίζουν τη συμπεριφορά του συνόλου του. Επίσης, η αυστηρότητα που χαρακτηρίζει την όλη διαδικασία της συγκεκριμένης μεθοδολογίας, είναι ικανή να προλαμβάνει και να αποτρέπει τον ερευνητή από πιθανά κωλύματα που ενδέχεται να παρουσιαστούν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας του. Αυτό βέβαια προϋποθέτει ότι ο ερευνητής θα ακολουθήσει πιστά τη διαδικασία της ποσοτικής μεθοδολογίας και θα προγραμματίσει με κάθε λεπτομέρεια τα στάδια της έρευνάς του (Bryman, 2016).

5.2 Ερευνητικό εργαλείο

Προκειμένου να συλλεχθούν οι απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να εκπληρωθούν οι επιμέρους στόχοι της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελεί το πλέον διαδεδομένο εργαλείο συλλογής στοιχείων, καθώς παρουσιάζει μεγάλη ευελιξία και

προσαρμοστικότητα. Ειδικότερα, τα σημαντικότερα κριτήρια που οδήγησαν τον ερευνητή στην επιλογή του ερωτηματολογίου ήταν τα εξής:

- μπορεί να μετρήσει τις απόψεις, τις στάσεις και τις πεποιθήσεις ενός σημαντικού δείγματος ερωτηθέντων
- μπορεί να διανεμηθεί είτε με φυσικό, είτε μέσω διαδικτύου
- μπορεί να συμπληρωθεί ανώνυμα και απευθείας από μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων στην έρευνα, χωρίς να είναι απαραίτητη η φυσική παρουσία του ερευνητή
- οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα, αφού δεν υπάρχει άμεση επικοινωνία και ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις τους
- περιορίζει στο ελάχιστο το κόστος και τη χρονική διάρκεια συλλογής των απαιτούμενων στοιχείων από ένα σημαντικό δείγμα (Harris and Brown, 2010; Bryman, 2016).

Το δομημένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αποτελείται συνολικά από 56 ερωτήματα και υποερωτήματα. Περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου και ειδικότερα διχοτομικές, πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις της κλίμακας Likert. Η επιλογή του συγκεκριμένου τύπου ερωτήσεων έγινε με σκοπό τη συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων δεδομένων μέσα στο εύλογο χρονικό διάστημα συμπλήρωσης των 5 λεπτών, ώστε οι συμμετέχοντες να μην αποθαρρυνθούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Επίσης, μέσω του συγκεκριμένου τύπου ερωτήσεων, τα αποτελέσματα μπόρεσαν να κωδικοποιηθούν και να αναλυθούν καλύτερα με βάση το στατιστικό πακέτο SPSS.

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε σύμφωνα με τα όσα μελετήθηκαν κατά τη συγγραφή του θεωρητικού μέρους της εργασίας και περιλαμβάνει τέσσερα διαφορετικά μέρη. Οι 14 πρώτες ερωτήσεις του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου αφορούν τα προσωπικά – δημογραφικά και τα επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων, με σκοπό τη σκιαγράφηση του συνολικού προφίλ τους. Στη συνέχεια, τα 23 συνολικά υποερωτήματα της 15^{ης} ερώτησης (δεύτερο μέρος), που αναφέρονται στους παράγοντες πρόκλησης του εργασιακού στρες, αποτελούν επιλογή ερωτήσεων, με κάποιες προσαρμογές και προσθήκες από τον ερευνητή για τις ανάγκες της έρευνας, από τα εξής ερωτηματολόγια: «Job Stress Measure» των Judge, Boudreau και Bretz (1994), το ερωτηματολόγιο των Cooper και Cartwright (1994) και το ερωτηματολόγιο «ASSET», επίσης των Cartwright και Cooper (2002).

Επιπλέον, οι συγκεκριμένες υποερωτήσεις χωρίζονται σε έξι διαστάσεις, οι οποίες διερευνούν συγκεκριμένους παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες. Η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει παράγοντες σχετικούς με τις συνθήκες εργασίας (5 υποερωτήσεις), η δεύτερη σχετικά με τη λειτουργικότητα και το επίπεδο εργασίας (5 υποερωτήσεις) και η τρίτη διάσταση περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με το περιβάλλον εργασίας και τις σχέσεις με τη διοίκηση και τους συναδέλφους (4 υποερωτήσεις). Στην τέταρτη διάσταση γίνεται λόγος για τους παράγοντες που σχετίζονται με την οικονομική κρίση (3 υποερωτήσεις), στην πέμπτη για αυτούς που αφορούν τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (3 υποερωτήσεις) και τέλος, η έκτη διάσταση περιλαμβάνει τους εξωτερικούς παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες (3 υποερωτήσεις).

Η 16^η ερώτηση του ερωτηματολογίου (τρίτο μέρος), που αναφέρεται στις επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας, αποτελείται από 3 υποερωτήματα που σχετίζονται με τις επιπτώσεις στην εργασιακή ικανοποίηση και δέσμευση τους και από 4 υποερωτήματα σχετικά με τις επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στην εργασία τους. Τα 2 πρώτα έχουν επιλεγεί από το ερωτηματολόγιο εργασιακής ικανοποίησης «Michigan Organizational Assessment Questionnaire» των Cammann, Fichman, Jenkins και Klesh, (1979) και το 3^ο από το ερωτηματολόγιο εργασιακής εμπλοκής του Kanungo (1982). Τα υπόλοιπα 4 υποερωτήματα προστέθηκαν από τον ερευνητή, προκειμένου να διερευνηθούν και οι επιπτώσεις στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των εργαζομένων.

Η 17^η και τελευταία κύρια ερώτηση του ερωτηματολογίου (τέταρτο μέρος) αποτελείται από 12 υποερωτήματα και αναφέρεται στις επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή των εργαζομένων σε υγειονομικές δομές και πιο αναλυτικά, στις σωματικές και φυσικές επιπτώσεις (3 υποερωτήσεις), στις ψυχολογικές επιπτώσεις (6 υποερωτήσεις) και τέλος στις συμπεριφορικές επιπτώσεις (3 υποερωτήσεις). Αποτελούν επιλογή ερωτήσεων, με κάποιες προσαρμογές και προσθήκες από τον ερευνητή για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας, από τα εξής ερωτηματολόγια: το «Hamilton Rating Scale for Anxiety» (HAM-A) του Hamilton (1959), το οποίο αναφέρεται στα συμπτώματα του άγχους, το ερωτηματολόγιο «Maslach Burnout Inventory» (MBI) της Maslach (1981) για την επαγγελματική εξουθένωση, το ερωτηματολόγιο του Spielberger (1982) «State-Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD)», το οποίο αναφέρεται σε συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνει γενικά το άτομο και το ερωτηματολόγιο «ASSET», των Cartwright και Cooper (2002).

Όλες οι απαντήσεις του Β, Γ και Δ μέρους του ερωτηματολογίου δίνονται βάση μιας 5βάθμιας κλίμακας τύπου Likert. Σε τέτοιου είδους ερωτήσεις, κάθε δήλωση διαβαθμίζεται σε κλίμακα από την απόλυτη διαφωνία ως την απόλυτη συμφωνία. Στη προκειμένη περίπτωση ξεκινάει από το 0 το οποίο αντιπροσωπεύει την απάντηση «καθόλου» και καταλήγει στο 5 για την απάντηση «στο μέγιστο βαθμό».

5.3 Συλλογή και ανάλυση δεδομένων της έρευνας

Τα ερωτηματολόγια, μαζί με το έντυπο συναίνεσης συμμετεχόντων στην έρευνα, κατόπιν σχετικής έγγραφης έγκρισης από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας (Υ.ΠΕ), μοιράστηκαν σε επαγγελματίες υγείας, όλων των ειδικοτήτων, που εργάζονται σε δομές Π.Φ.Υ της 3^{ης} Υ.ΠΕ στο νομό Πέλλας, είτε με φυσικό τρόπο, είτε ηλεκτρονικά μέσω Google Forms, κατά το χρονικό διάστημα από 13 Ιουλίου 2021 έως 10 Αυγούστου 2021. Η επιλογή των συγκεκριμένων δομών έγινε λόγω της ευκολίας πρόσβασης του ερευνητή σε αυτές. Το δείγμα της έρευνας ήταν 171 επαγγελματίες υγείας, ώστε τα αποτελέσματά της να είναι αξιόπιστα.

Τη συλλογή των ερωτηματολογίων ακολούθησε η κωδικοποίηση και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) και πιο συγκεκριμένα με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS STATISTICS 22. Το συγκεκριμένο στατιστικό πακέτο αποτελεί ένα εύχρηστο και ευρέως διαδεδομένο εργαλείο, το οποίο γενικά χρησιμοποιείται πολύ συχνά σε έρευνες που πραγματοποιούνται στον τομέα των κοινωνικών επιστημών. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα σχετικά εύκολο στη χρήση του, το οποίο διαθέτει αρκετά πλεονεκτήματα έναντι άλλων, τόσο στην επεξεργασία των δεδομένων, όσο και στη στατιστική ανάλυσή τους. Διαθέτει αξιόλογες δυνατότητες όσον αφορά την επεξεργασία των μεταβλητών που εξάγονται από την κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου, όπως επίσης και ως προς τη διενέργεια περιγραφικής ανάλυσης. Επιπλέον, προσφέρει τη δυνατότητα γραφικών απεικονίσεων αλλά και συμπερασματολογία στατιστικού περιεχομένου, ώστε να μπορεί να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος των δεδομένων της έρευνας (Σαχλάς και Μπερσίμης, 2016).

Συγκεκριμένα στην παρούσα έρευνα, αρχικά για να καταγραφούν και να αναλυθούν τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων χρησιμοποιήθηκαν η απόλυτη συχνότητα και η σχετική συχνότητα %. Ακολούθως, για την καταγραφή και ανάλυση των απαντήσεων πάνω στις τρεις επόμενες κλίμακες του ερωτηματολογίου, δημιουργήθηκαν για καθεμία από τις διαστάσεις των τριών κλιμάκων, όπως και για το

σύνολο της κάθε κλίμακας χωριστά, σκορ. Κάθε σκορ προέκυψε από το άθροισμα των απαντήσεων δια τον αριθμό των ερωτήσεων. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν τα μέτρα θέσης της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης, τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως στις ποσοτικές αναλύσεις.

Για το έλεγχο υποθέσεων αρχικά χρησιμοποιήθηκε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Για τον έλεγχο κανονικότητας των μεταβλητών δημιουργήθηκαν οι εξής υποθέσεις:

H0: Υπάρχει κανονικότητα

H1: Δεν υπάρχει κανονικότητα

και χρησιμοποιήθηκε αρχικά το τεστ Kolmogorov – Smirnov, λόγω του μεγέθους του δείγματος.

Για τον έλεγχο ισότητας των μέσων τιμών στις διαστάσεις των κλιμάκων δημιουργήθηκαν οι εξής υποθέσεις:

H0: Δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους

H1: Υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους

και χρησιμοποιήθηκαν, λόγω μη κανονικότητας των δεδομένων, το μη παραμετρικό Friedman τεστ και ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon.

5.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα, επιδιώχθηκε με κάθε τρόπο, η εξασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των μετρήσεων και των αποτελεσμάτων. Τα ερωτηματολόγια από τα οποία ελήφθησαν οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της έρευνας, έχουν χρησιμοποιηθεί και έχουν σταθμιστεί πολύ συχνά σε έγκυρες έρευνες, με αποδεδειγμένα υψηλό δείκτη αξιοπιστίας, τόσο της διεθνούς όσο και της ελληνικής επιστημονικής κοινότητας. Η εγκυρότητά, λοιπόν, του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε, θεωρείται πιστοποιημένη.

Επιπλέον, κατά τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, ο έλεγχος αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach α για τον έλεγχο της εσωτερικής συνέπειας. Για την πρώτη κλίμακα των παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες βρέθηκε $\alpha=0,921$, στη δεύτερη κλίμακα των επιπτώσεων στην επαγγελματική ζωή βρέθηκε $\alpha=0,720$ και στη τρίτη κλίμακα των επιπτώσεων στην προσωπική ζωή βρέθηκε $\alpha=0,903$. Οπότε, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο χαρακτηρίζεται από μεγάλη αξιοπιστία.

Επιπρόσθετα, ο ερευνητής, προκειμένου να ενισχύσει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της έρευνας και να διαπιστώσει την αποτελεσματικότητα του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε, προχώρησε αρχικά στον πιλοτικό διαμοιρασμό του ερωτηματολογίου σε 15 συμμετέχοντες, ώστε να «μετρήσει» το βαθμό κατανόησης, ερμηνείας και «αποδοχής» του από αυτούς, καθώς και να εντοπιστούν τυχόν λάθη ή παραλείψεις. Οι συμμετέχοντες στην πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου κλήθηκαν από τον ερευνητή να το απαντήσουν δύο φορές εντός χρονικού διαστήματος 15 ημερών, ώστε να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό οι απαντήσεις τους συνέπιπταν.

Τέλος, το γεγονός ότι ο αριθμός του δείγματος των 171 ερωτηματολογίων θεωρείται σημαντικός, σε συνδυασμό με τη δομή και το είδος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, οι οποίες δεν επέτρεπαν καμία παρέμβαση στις απαντήσεις, τόσο από τον ερευνητή, όσο και από τους συμμετέχοντες, ενισχύει ακόμη περισσότερο την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της παρούσας έρευνας.

Κεφάλαιο 6. Αποτελέσματα

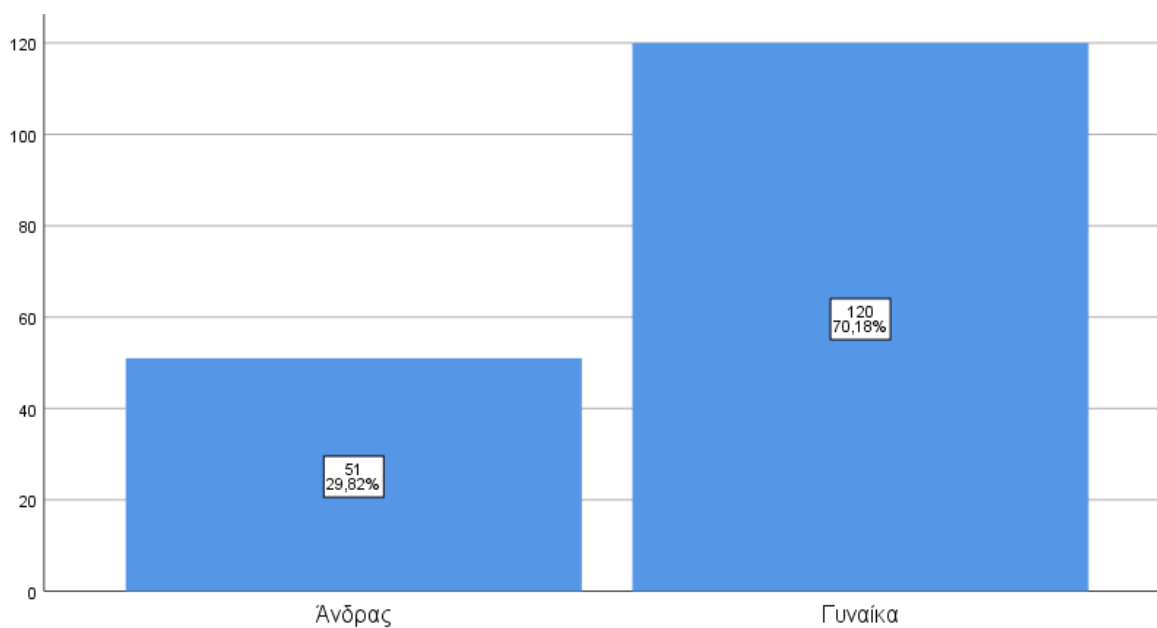
6.1 Αποτελέσματα ανάλυσης δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων

- **Φύλο**

Αναφορικά με το φύλο των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, 51 άτομα, σε ποσοστό 29,8% του δείγματος, είναι άνδρες, ενώ 120 συμμετέχοντες, ποσοστό 70,2%, είναι γυναίκες (Πίνακας 1 –Διάγραμμα 1).

Πίνακας 1. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει φύλου

Φύλο	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Άνδρας	51	29,8
Γυναίκα	120	70,2
Σύνολο	171	100,0



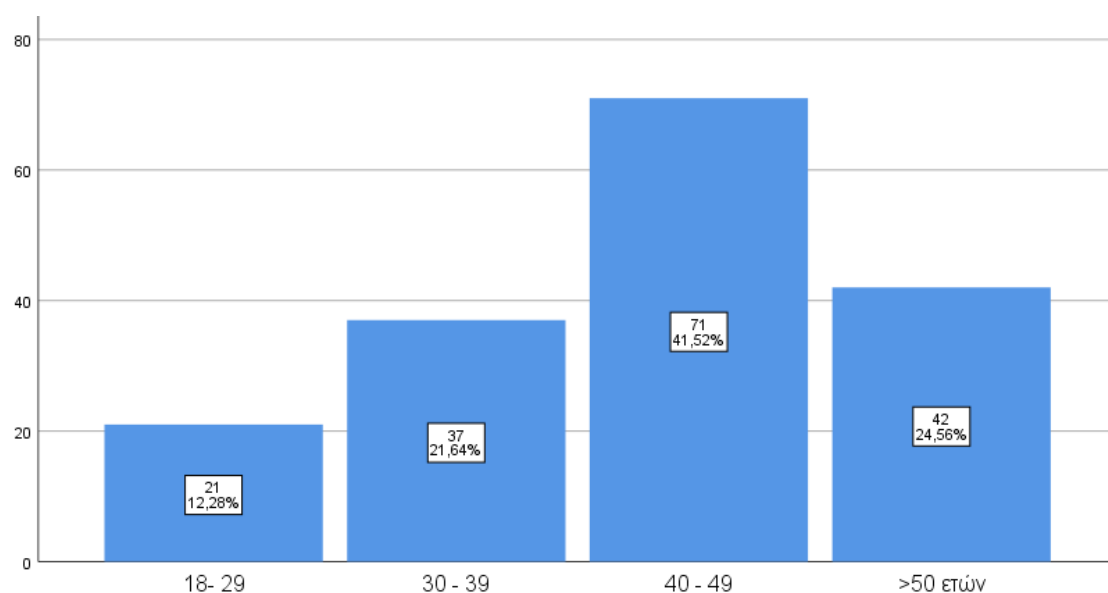
Διάγραμμα 1. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει φύλου

- **Ηλικία**

Η ανάλυση της ηλικίας των συμμετεχόντων έδειξε ότι 21 άτομα, ποσοστό 12,3% του δείγματος, είναι 18-29 ετών, 37 συμμετέχοντες, σε ποσοστό 21,6%, είναι ηλικίας 30-39 ετών, 71 συμμετέχοντες, σε ποσοστό 41,5%, είναι ηλικίας 40-49 ετών, ενώ τέλος 42 συμμετέχοντες, ποσοστό 24,6%, είναι άνω των 50 ετών (Πίνακας 2 – Διάγραμμα 2).

Πίνακας 2. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει ηλικίας

Ηλικία	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
18- 29	21	12,3
30 - 39	37	21,6
40 - 49	71	41,5
>50 ετών	42	24,6
Σύνολο	171	100,0



Διάγραμμα 2. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει ηλικίας

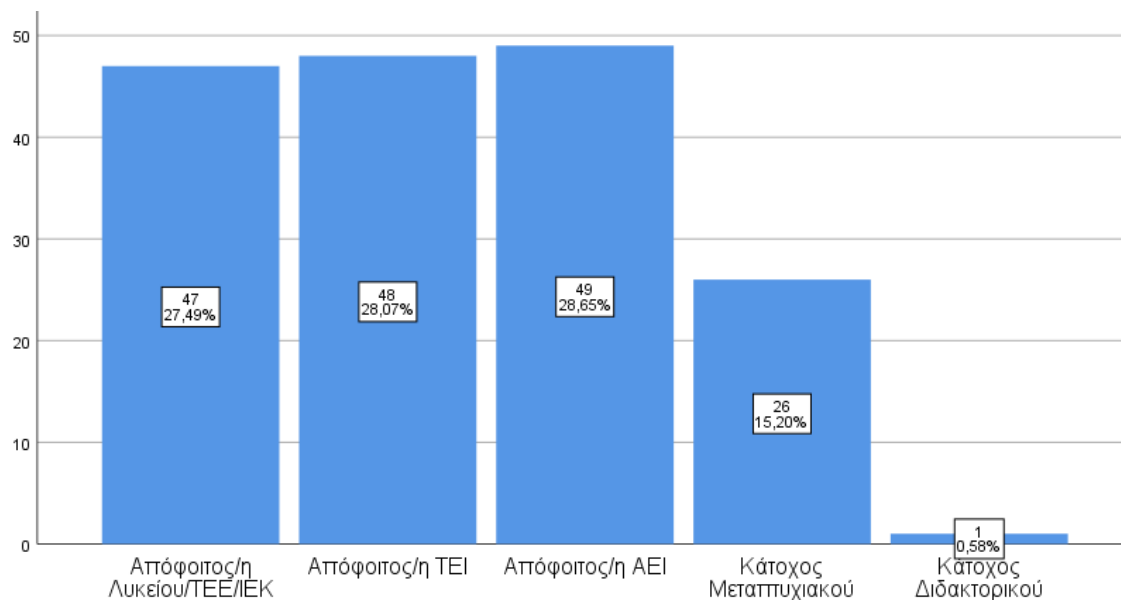
- **Μορφωτικό επίπεδο**

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους προφίλ, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που αντιπροσωπεύει το 28,7% του δείγματος, είναι απόφοιτοι ΑΕΙ (49 συμμετέχοντες), ακολούθως το 28,1% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ (48 συμμετέχοντες), το 27,5% δήλωσαν απόφοιτοι Λυκείου/ΤΕΕ/ΙΕΚ (47 συμμετέχοντες), 15,2% (26 συμμετέχοντες) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ενώ μόλις το 0,6% (1 συμμετέχοντας) είναι κάτοχος διδακτορικού (Πίνακας 3 – Διάγραμμα 3).

Πίνακας 3. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει επιπέδου σπουδών

Εκπαίδευση	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Απόφοιτος/η Λυκείου/ΤΕΕ/ΙΕΚ	47	27,5
Απόφοιτος/η ΤΕΙ	48	28,1
Απόφοιτος/η ΑΕΙ	49	28,7
Κάτοχος	26	15,2

Μεταπτυχιακού		
Κάτοχος	1	,6
Διδακτορικού		
Σύνολο	171	100,0



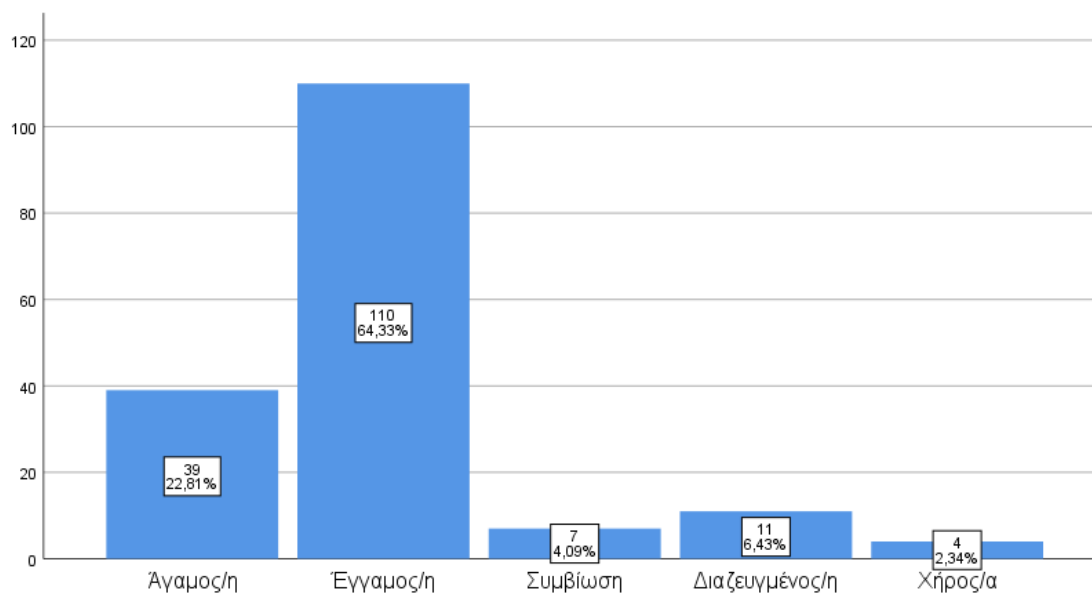
Διάγραμμα 3. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει επιπέδου σπουδών

- **Οικογενειακή Κατάσταση**

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 64,3% του δείγματος (110 συμμετέχοντες) είναι έγγαμοι, ενώ μόλις το 2,3% (4 συμμετέχοντες) δήλωσαν χήρος/α. Το 22,8% (39 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι είναι άγαμοι, το 4,1% (7 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι είναι σε συμβίωση και τέλος 6,4% (11 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι είναι διαζευγμένοι (Πίνακας 4 – Διάγραμμα 4).

Πίνακας 4. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει οικογενειακής κατάστασης

Οικογενειακή Κατάσταση	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Άγαμος/η	39	22,8
Έγγαμος/η	110	64,3
Συμβίωση	7	4,1
Διαζευγμένος/η	11	6,4
Χήρος/α	4	2,3
Σύνολο	171	100,0

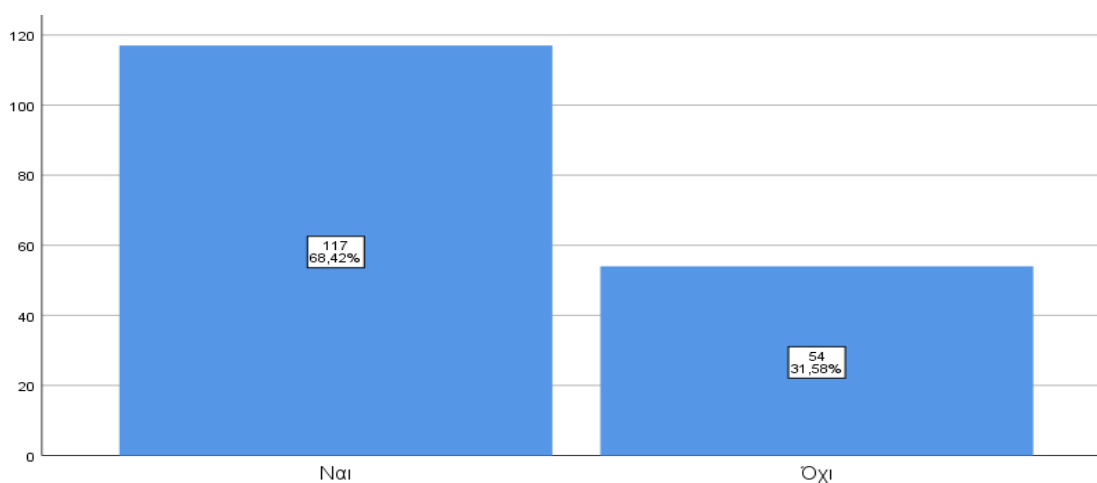


Διάγραμμα 4. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει οικογενειακής κατάστασης

Σε συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν υπάρχουν τέκνα ή εξαρτώμενα μέλη. Η πλειοψηφία αυτών, σε ποσοστό 68,4% του δείγματος (117 συμμετέχοντες) απάντησε θετικά (Πίνακας 5 – Διάγραμμα 5).

Πίνακας 5. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει τέκνων ή εξαρτώμενων μελών

Τέκνα/ Εξαρτώμενα μέλη	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι	117	68,4
Όχι	54	31,6
Σύνολο	171	100,0



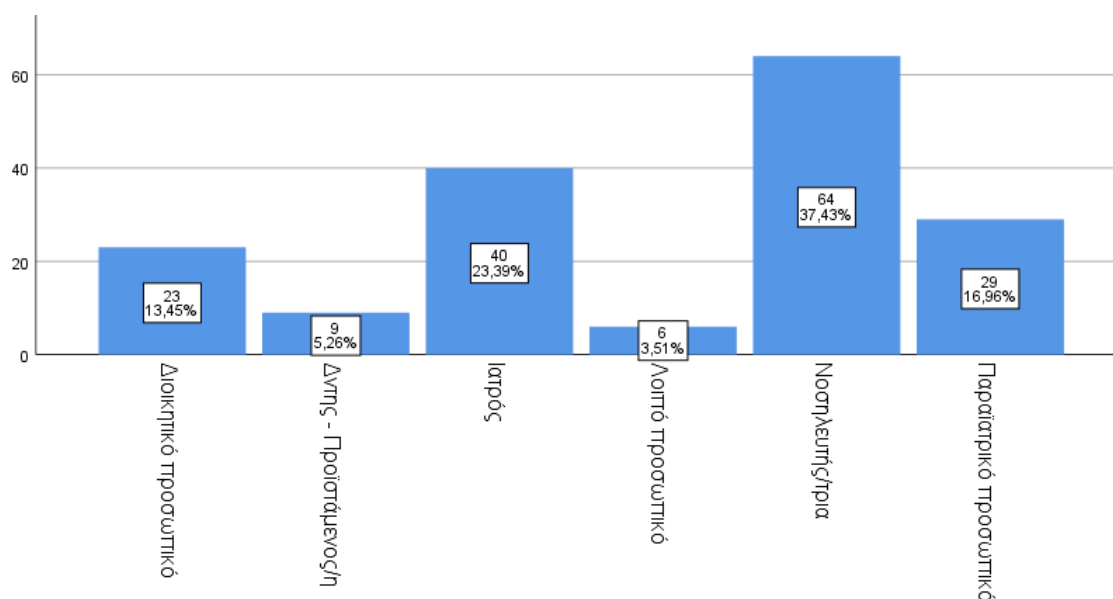
Διάγραμμα 5. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει τέκνων ή εξαρτώμενων μελών

- **Στοιχεία εργασίας**

Σχετικά με τη θέση εργασίας των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 37,4% του δείγματος (64 συμμετέχοντες) είναι νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ μόλις το 5,3% (9 συμμετέχοντες) δήλωσε ότι έχει θέση διευθυντή ή προϊστάμενου. Το 23,4% (40 συμμετέχοντες) είναι γιατροί, το 17% (29 συμμετέχοντες) δήλωσαν παραϊατρικό προσωπικό, το 13,5% (23 συμμετέχοντες) είναι διοικητικοί υπάλληλοι και τέλος το 3,5% (6 συμμετέχοντες) δήλωσαν λοιπό προσωπικό (Πίνακας 6 – Διάγραμμα 6).

Πίνακας 6. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει θέσης εργασίας

Θέση Εργασίας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διοικητικό προσωπικό	23	13,5
Δντης - Προϊστάμενος/η	9	5,3
Ιατρός	40	23,4
Λοιπό προσωπικό	6	3,5
Νοσηλεύτριά/τρια	64	37,4
Παραϊατρικό προσωπικό	29	17,0
Σύνολο	171	100,0

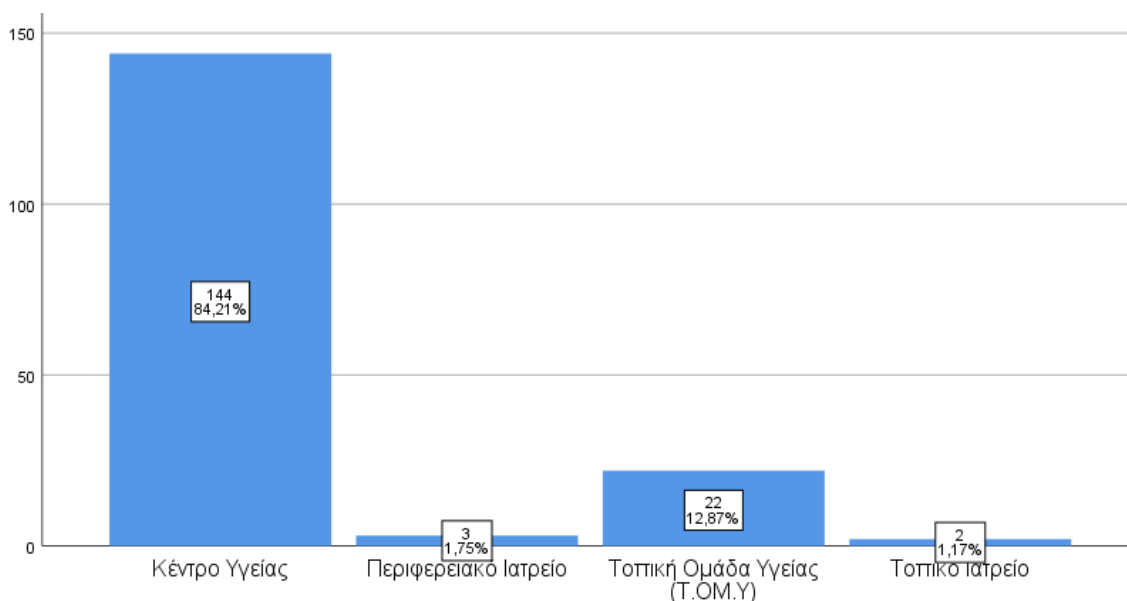


Διάγραμμα 6. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει θέσης εργασίας

Αναφορικά με τη δομή στην οποία εργάζονται, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 84,2% (144 συμμετέχοντες) δήλωσε ότι εργάζεται σε Κέντρο Υγείας, το 12,9% δήλωσε ότι εργάζεται σε Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ), ενώ μόλις το 3% (5 συμμετέχοντες) δήλωσε ως υγειονομική δομή εργασίας τοπικό ή περιφερειακό ιατρείο (Πίνακας 7 – Διάγραμμα 7).

Πίνακας 7. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει δομής εργασίας

Δομή Εργασίας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Κέντρο Υγείας	144	84,2
Περιφερειακό Ιατρείο	3	1,8
Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ)	22	12,9
Τοπικό Ιατρείο	2	1,2
Σύνολο	171	100,0

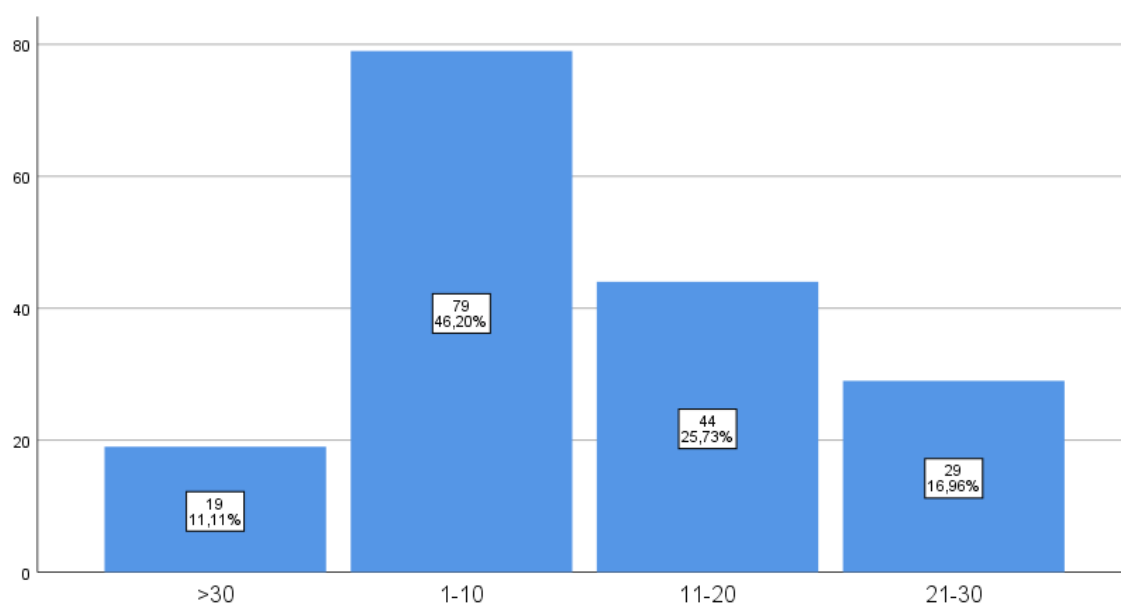


Διάγραμμα 7. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει δομής εργασίας

Η ανάλυση της προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων σε Μονάδες Π.Φ.Υ έδειξε ότι 79 άτομα, ποσοστό 46,2% του δείγματος, έχουν 1-10 έτη προϋπηρεσίας, 44 συμμετέχοντες, σε ποσοστό 25,7%, έχουν 11-20 έτη, 29 συμμετέχοντες, σε ποσοστό 17%, έχουν 21-30 έτη ενώ τέλος 19 συμμετέχοντες, ποσοστό 11,1% του δείγματος, διαθέτουν προϋπηρεσία άνω των 30 ετών (Πίνακας 8 – Διάγραμμα 8).

Πίνακας 8. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει προϋπηρεσίας

Προϋπηρεσία	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
1-10	79	46,2
11-20	44	25,7
21-30	29	17,0
>30	19	11,1
Σύνολο	171	100,0

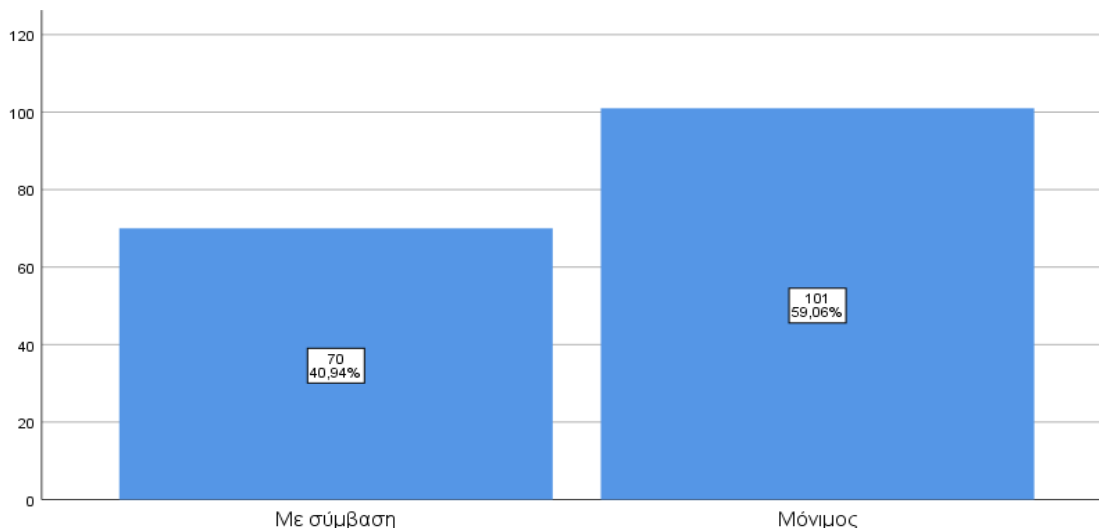


Διάγραμμα 8. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει προϋπηρεσίας

Σχετικά με τη σχέση εργασίας, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 59,1% (101 συμμετέχοντες) δήλωσε ότι εργάζεται με σύμβαση, ενώ το 40,9% (70 συμμετέχοντες) δήλωσε μόνιμο προσωπικό (Πίνακας 9 – Διάγραμμα 9).

Πίνακας 9. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει σχέσης εργασίας

Σχέση Εργασίας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Με σύμβαση	70	40,9
Μόνιμος	101	59,1
Σύνολο	171	100,0

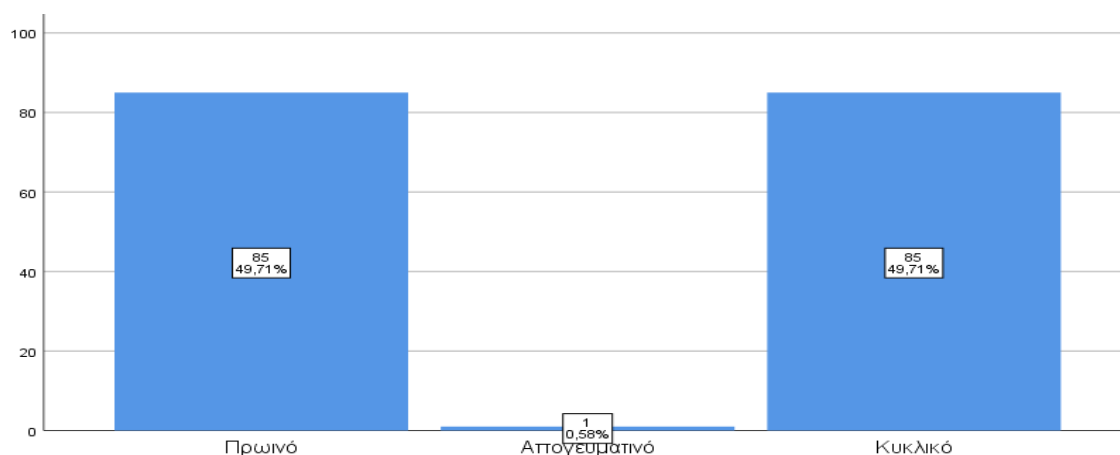


Διάγραμμα 9. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει σχέσης εργασίας

Αναφορικά με το ωράριο εργασίας, οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 49,7% (85 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι εργάζονται με πρωινό ωράριο, ακριβώς ίδιο ποσοστό του δείγματος δήλωσε κυκλικό ωράριο, ενώ μόλις το 0,6% (1 συμμετέχοντας) δήλωσε απογευματινό (Πίνακας 10 – Διάγραμμα 10).

Πίνακας 10. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει ωραρίου εργασίας

Ωράριο	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Πρωινό	85	49,7
Απογευματινό	1	,6
Κυκλικό	85	49,7
Σύνολο	171	100,0

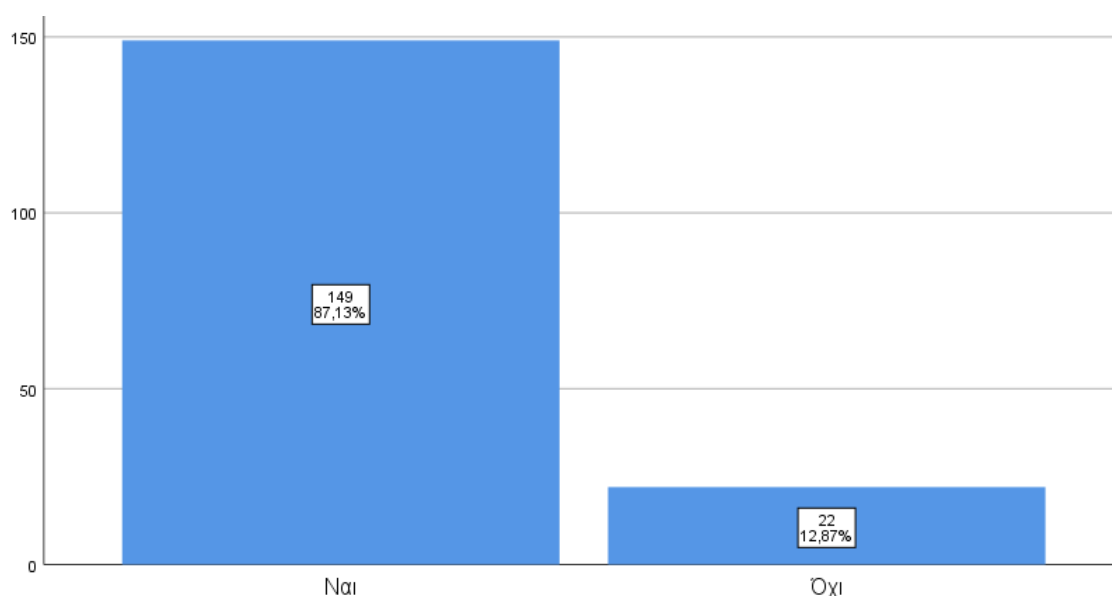


Διάγραμμα 10. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει ωραρίου εργασίας

Το αν το τμήμα υγειονομικής δομής στην οποία εργάζονται ήταν επιλογής τους, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 87,1% του δείγματος (149 συμμετέχοντες) απάντησε θετικά (Πίνακας 11 – Διάγραμμα 11).

Πίνακας 11. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει επιλογής δομής

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι	149	87,1
Όχι	22	12,9
Σύνολο	171	100,0



Διάγραμμα 11. Ραβδόγραμμα συμμετεχόντων βάσει επιλογής δομής

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ποιος είναι ο μέσος όρος νυχτερινών βαρδιών και αργιών (Σάββατο ή Κυριακή) που εργάζονται το μήνα καθώς και ποιος ο μέσος όρος των ατόμων που εργάζονται στη βάρδια τους. Οι νυχτερινές βάρδιες παρουσίασαν μέση τιμή 1,73 με τυπική απόκλιση 2,59 και εύρος 9. Η ελάχιστη τιμή είναι 0 βάρδιες και η μέγιστη τιμή 9. Ο αριθμός των ατόμων βάρδιας έχει μέση τιμή 4,7 με τυπική απόκλιση 5,03 και εύρος 40. Η ελάχιστη τιμή είναι τα 0 άτομα και η μέγιστη τιμή 40. Τα Σάββατα-Κυριακές εργασίας εμφάνισαν μέση τιμή 1,84 με τυπική απόκλιση 1,38 και εύρος 8. Η ελάχιστη τιμή είναι τα 0 Σάββατα-Κυριακές και η μέγιστη τιμή 8 (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

	Ο μέσος όρος των νυχτερινών βαρδιών που κάνετε σε διάστημα ενός μήνα είναι:	Πόσα άτομα εργάζονται, κατά μέσο όρο, κατά τη διάρκεια μίας βάρδιας στο τμήμα σας;	Κατά μέσο όρο, πόσα Σάββατα ή Κυριακές το μήνα εργάζεστε;
Μέση Τιμή	1,73	4,70	1,84
Τυπική Απόκλιση	2,598	5,037	1,385
Εύρος	9	40	8
Ελάχιστη Τιμή	0	0	0
Μέγιστη Τιμή	9	40	8

6.2 Αποτελέσματα ανάλυσης παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες

Αρχικά, για την κλίμακα παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha βρέθηκε 0,921 και είναι μεγαλύτερος του 0,9, γεγονός που εξασφαλίζει την ισχυρή αξιοπιστία της κλίμακας (Πίνακας 13)

Πίνακας 13. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach a για την κλίμακα παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες

Κλίμακα	Cronbach a
Παράγοντες εργασιακού στρες	0,921

- **Σε τί βαθμό οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. βιώνουν εργασιακό στρες; (πρώτο ερευνητικό ερώτημα)**

Αναφορικά με το βαθμό που οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. βιώνουν εργασιακό στρες, η μέση τιμή της κλίμακας των παραγόντων βρέθηκε 2,57 και η τυπική απόκλιση 0,74, γεγονός που υποδηλώνει ότι γενικά οι συμμετέχοντες δηλώνουν μέτριο βαθμό επηρεασμού από τους διάφορους παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Κλίμακα παραγόντων

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Σκορ κλίμακας παραγόντων	2,57	0,74

- Ποιοι παράγοντες τους προκαλούν εργασιακό άγχος; (δεύτερο ερευνητικό ερώτημα)**

Σχετικά με τους παράγοντες των συνθηκών εργασίας, η μέση τιμή στις απαντήσεις των ερωτηθέντων κυμαίνεται από 2,53 έως 3,36, που υποδηλώνει γενικά ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται μέτρια από τις συνθήκες εργασίας, ώστε να τους προκαλείται άγχος. Επιπλέον, για τους παράγοντες των συνθηκών εργασίας η μέση τιμή υπολογίστηκε 2,81 με τυπική απόκλιση 0,94, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται μέτρια (Πίνακας 15). Παρατηρώντας τον πίνακα 15, φαίνεται ότι ο φόρτος εργασίας αποτελεί τον κυριότερο στρεσογόνο παράγοντα αυτής της κατηγορίας, με μέση τιμή 3,36.

Πίνακας 15. Συνθήκες εργασίας

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Φόρτος εργασίας	3,36	1,083
Ασταθές πρόγραμμα – ωράριο εργασίας	2,59	1,326
Άσχημο – δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον εργασίας	2,53	1,324
Υπερβολική γραφειοκρατία	2,92	1,330
Δυσκολία λήψης αδειών από την εργασία όταν το επιθυμείτε	2,87	1,380
Σκορ συνθήκες Εργασίας	2,8129	0,94561

Αναφορικά με τους παράγοντες της λειτουργικότητας και επιπέδου εργασίας, η μέση τιμή στις απαντήσεις σχετικά με την ασάφεια των εργασιακών καθηκόντων – ρόλου είναι 2,47 και σχετικά με τη συχνή εναλλαγή τμημάτων ή/και

καθηκόντων είναι 2,40, που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται λίγο από αυτούς τους παράγοντες, ώστε να τους προκαλείται εργασιακό στρες. Για τους υπόλοιπους παράγοντες, η μέση τιμή κυμαίνεται από 2,70 έως 3,12, με ανώτερη αυτή της ανάληψης πολλαπλών καθηκόντων, ακόμα και εκτός της ειδικότητας τους, που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες γενικά επηρεάζονται μέτρια από αυτή την ομάδα παραγόντων. Η μέση τιμή υπολογίστηκε 2,68 με τυπική απόκλιση 1,04 (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Λειτουργικότητα και επιπέδο εργασίας

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ασάφεια εργασιακών καθηκόντων – ρόλου	2,47	1,294
Ανάληψη πολλαπλών καθηκόντων, ακόμα και εκτός της ειδικότητας σας	3,12	1,316
Πίεση - ανεπάρκεια χρόνου για την εκτέλεση των καθηκόντων σας	2,73	1,172
Συχνή εναλλαγή τμημάτων ή/και καθηκόντων	2,40	1,349
Λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες πίεσης	2,70	1,270
Σκορ λειτουργικότητας – επίπεδο εργασίας	2,6854	1,04102

Ακόμα, για τους παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας – σχέσεις με τη διοίκηση και τους συναδέλφους, η μέση τιμή κυμαίνεται από 2,33 έως 2,48, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται γενικά σε μικρό βαθμό από το περιβάλλον εργασίας και τις σχέσεις με τη διοίκηση και τους συναδέλφους τους. Τη μεγαλύτερη μέση τιμή παρουσιάζει η ελλιπής - κακή ηγεσία στον οργανισμό (2,48). Επιπλέον, η μέση τιμή υπολογίστηκε 2,40 με τυπική απόκλιση 1,02, γεγονός που επιβεβαιώνει τα ανωτέρω (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Περιβάλλον εργασίας – σχέσεις με τη διοίκηση και τους συναδέλφους

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ελλιπής - κακή ηγεσία στον οργανισμό	2,48	1,280

Εποπτεία - κριτική από προϊστάμενο	2,47	1,170
Ελλιπής στήριξη από συναδέλφους ή/και προϊσταμένους	2,33	1,207
Συγκρούσεις με τους συναδέλφους - δυσκολία συνεργασίας	2,35	1,219
Σκορ περιβάλλον εργασίας – σχέσεις με τη διοίκηση και τους συναδέλφους	2,4064	1,02685

Σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την οικονομική κρίση η μέση τιμή κυμαίνεται από 2,87 έως 3,33. Η μέση τιμή υπολογίστηκε 3,13 με τυπική απόκλιση 1,07, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται μέτρια από την οικονομική κρίση, ώστε να τους προκαλείται εργασιακό άγχος. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 18, οι πιο στρεσογόνοι παράγοντες αυτής της κατηγορίας είναι τα περιορισμένα διαθέσιμα μέσα και υλικά και η ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού.

Πίνακας 18. Οικονομική κρίση

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού	3,20	1,274
Περιορισμένα διαθέσιμα μέσα και υλικά	3,33	1,168
Ανεπαρκής εκπαίδευση και περαιτέρω επιμόρφωση – κατάρτιση	2,87	1,283
Σκορ οικονομική κρίση	3,1345	1,07532

Σχετικά με τους παράγοντες που ανήκουν στην κατηγορία με τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, η μέση τιμή υπολογίστηκε 2,01 με τυπική απόκλιση 0,82 γεγονός, που επιβεβαιώνει ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται λίγο ως προς την πρόκληση εργασιακού στρες (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Προσωπικά χαρακτηριστικά

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Φόβος για την διενέργεια λαθών κατά την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής -	1,85	1,085

θεραπείας		
Αντιμετώπιση ανικανοποίητων ή βίαιων ασθενών	2,41	1,219
Έλλειψη εμπειρίας	1,67	0,969
Σκορ προσωπικά χαρακτηριστικά	2,0117	0,82120

Τέλος, για τους εξωτερικούς παράγοντες, η μέση τιμή κυμαίνεται από 2,09 έως 2,49, με μεγαλύτερη αυτή που αναφέρεται στην εργασιακή ανασφάλεια. Η μέση τιμή υπολογίστηκε 2,41 με τυπική απόκλιση 1,00, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτή η κατηγορία παραγόντων, γενικά, συμβάλλει σε μικρό βαθμό στην πρόκληση εργασιακού στρες (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Εξωτερικοί παράγοντες

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Εργασιακή ανασφάλεια – αβεβαιότητα	2,49	1,343
Οικογενειακά – προσωπικά προβλήματα	2,09	1,197
Έλλειψη επαρκούς χρόνου για την κάλυψη των προσωπικών - οικογενειακών απαιτήσεων	2,47	1,283
Σκορ εξωτερικών παραγόντων	2,4172	1,00917

Σε επιπλέον ανάλυση, διερευνήθηκε αν κάποια από τις προαναφερόμενες διαστάσεις παραγόντων προκαλούν μεγαλύτερο στρες. Αρχικά, έγινε έλεγχος κανονικότητας των σκορ για τις έξι διαφορετικές διαστάσεις παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες. Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν ακολουθείται κανονική κατανομή από καμία από τις έξι διαστάσεις ($p=0,000<0,05$) και έτσι χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Friedman. Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο πώς επηρεάζουν οι παράγοντες και προκαλούν εργασιακό στρες, με τους παράγοντες που σχετίζονται με την οικονομική κρίση να επηρεάζουν περισσότερο ($p=0,000<0,05$) (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Μη παραμετρικός έλεγχος σύγκρισης Friedman' s

P value Friedman Test	,000
-----------------------	------

6.3 Αποτελέσματα ανάλυσης επιπτώσεων εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή

Αρχικά, για την κλίμακα των επιπτώσεων του εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή των εργαζομένων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha βρέθηκε 0,720 γεγονός που εξασφαλίζει μεγάλη αξιοπιστία (Πίνακας 22)

Πίνακας 22. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach a για την κλίμακα των επιπτώσεων του εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή

Κλίμακα	Cronbach a
Εργασιακό στρες στην επαγγελματική ζωή	0,720

Αναφορικά με το βαθμό στον οποίο η επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας επηρεάζεται από το εργασιακό στρες, η μέση τιμή της κλίμακας των απαντήσεων βρέθηκε 3,52 και η τυπική απόκλιση 0,64, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι δεν επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η επαγγελματική τους ζωή από το άγχος στην εργασία τους (Πίνακας 23).

Πίνακας 23. Κλίμακα επιπτώσεων εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Σκορ επιπτώσεων εργασιακού στρες στην επαγγελματική ζωή	3,52	0,64

- **Ποιους τομείς της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων σε μονάδες Π.Φ.Υ. επηρεάζει το άγχος περισσότερο; (τρίτο ερευνητικό ερώτημα)**

Σχετικά με τις επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην εργασιακή ικανοποίηση – δέσμευση των εργαζομένων, η μέση τιμή των απαντήσεων υπολογίστηκε 3,51 με τυπική απόκλιση 0,91, γεγονός που υποδηλώνει ότι τους συμμετέχοντες τους επηρεάζει σε μικρό βαθμό ως προς αυτή τη διάσταση (Πίνακας

24), αφού γενικά δηλώνουν μέτρια έως αρκετά ικανοποιημένοι από την παρούσα θέση εργασίας τους και τις συνθήκες εργασίας που επικρατούν.

Πίνακας 24. Εργασιακή ικανοποίηση - δέσμευση

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Επιθυμείτε την παραμονή σας στην παρούσα θέση εργασίας	3,88	1,231
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε γενικά από τις συνθήκες εργασίας	3,46	1,030
Αισθάνεστε οργανωσιακή δέσμευση με τη δομή στην οποία εργάζεστε	3,22	1,171
Σκορ εργασιακή ικανοποίηση - δέσμευση	3,5185	0,90972

Αναφορικά με τις επιπτώσεις στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα στην εργασία, η μέση τιμή στην ερώτηση πόσο συχνά απουσιάζουν από την εργασία τους είναι 1,75, που υποδηλώνει ότι τους συμμετέχοντες τους επηρεάζει σε μικρό βαθμό το άγχος, ώστε να απουσιάζουν από την εργασία τους εξαιτίας αυτού. Για τις υπόλοιπες ερωτήσεις αυτής της διάστασης, η μέση τιμή κυμαίνεται από 4,09 έως 4,20, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες πιστεύουν σε μεγάλο βαθμό ότι είναι παραγωγικοί και αποδοτικοί στην εργασία τους, επιδεικνύουν το αναγκαίο ενδιαφέρον στους πολίτες και τους παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, επηρεαζόμενοι ελάχιστα από το εργασιακό στρες (Πίνακας 25).

Πίνακας 25. Αποδοτικότητα – αποτελεσματικότητα στην εργασία

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Αισθάνεστε παραγωγικός και αποδοτικός – αποτελεσματικός στην εργασία σας;	4,09	0,883
Πόσο συχνά απουσιάζετε από την εργασία σας	1,75	0,926
Πιστεύετε ότι επιδεικνύετε το απαραίτητο ενδιαφέρον στους λήπτες υπηρεσιών υγείας	4,20	0,962

Πιστεύετε ότι παρέχετε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους λήπτες υπηρεσιών υγείας	4,10	0,943
Σκορ αποδοτικότητα – αποτελεσματικότητα στην εργασία	3,5365	0,62407

Σε επιπλέον ανάλυση, διερευνήθηκε αν κάποιος από τους τομείς της επαγγελματικής ζωής επηρεάζεται περισσότερο από το εργασιακό άγχος. Αρχικά έγινε έλεγχος κανονικότητας των σκορ για τους δυο διαφορετικούς τομείς. Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν ακολουθείται κανονική κατανομή από κανένα από τους δυο τομείς ($p=0,000<0,05$) και έτσι χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon. Η ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο τομείς της επαγγελματικής ζωής ($p=0,601>0,05$) (Πίνακας 26).

Πίνακας 26. Μη παραμετρικός έλεγχος σύγκρισης Wilcoxon

P value Wicoxon	,601
------------------------	-------------

6.4 Αποτελέσματα ανάλυσης επιπτώσεων εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή

Αρχικά, και σε αυτή την περίπτωση, για την κλίμακα των επιπτώσεων του εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή των εργαζομένων, έγινε έλεγχος αξιοπιστίας. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach Alpha βρέθηκε 0,903, γεγονός που εξασφαλίζει ισχυρή αξιοπιστία (Πίνακας 27).

Πίνακας 27. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach a για την κλίμακα εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή.

Κλίμακα	Cronbach a
Εργασιακό στρες στην προσωπική ζωή	0,903

Αναφορικά με το βαθμό που η προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας γενικά επηρεάζεται από το εργασιακό άγχος, η μέση τιμή της κλίμακας των απαντήσεων βρέθηκε 2,42 και η τυπική απόκλιση 0,81, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι δεν επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό ούτε η προσωπική τους ζωή από το άγχος στην εργασία τους (Πίνακας 28).

Πίνακας 28. Κλίμακα επιπτώσεων εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Σκορ επιπτώσεων εργασιακού στρες στην προσωπική ζωή	2,42	0,81

- **Ποιους τομείς της προσωπικής ζωής των εργαζομένων σε μονάδες Π.Φ.Υ επηρεάζει το άγχος περισσότερο; (τέταρτο ερευνητικό ερώτημα)**

Σχετικά με τα σωματικά – φυσικά χαρακτηριστικά, η μέση τιμή των απαντήσεων στην ερώτηση αν αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας (μυοσκελετικά, καρδιαγγειακά, γαστρεντερικά ή κάτι άλλο) είναι 2,09, γεγονός που υποδηλώνει ότι τους συμμετέχοντες τους επηρεάζει λίγο το εργασιακό άγχος. Ομοίως, το ίδιο διαφαίνεται και από τις απαντήσεις στην ερώτηση αν αισθάνονται απόλυτα υγιείς, όπου η μέση τιμή είναι 3,70, ενώ για την ερώτηση αν αισθάνονται την ανάγκη για τόνωση, η μέση τιμή που υπολογίστηκε και είναι 3,53, καταδεικνύει ότι σε μεγάλο βαθμό, άνω του μετρίου, υπάρχει ανάγκη για τόνωση του προσωπικού (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Σωματικές – φυσικές επιπτώσεις

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Αισθάνεστε απόλυτα υγιής	3,70	1,161
Αντιμετωπίζετε σοβαρά προβλήματα υγείας (μυοσκελετικά, καρδιαγγειακά, γαστρεντερικά ή κάτι άλλο)	2,09	1,350
Αισθάνεστε την ανάγκη για τόνωση	3,53	1,347
Σκορ σωματικές – φυσικές επιπτώσεις	3,0975	0,74596

Αναφορικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις, η μέση τιμή κυμαίνεται από 1,94 έως 2,44, γεγονός που υποδηλώνει ότι γενικά το εργασιακό άγχος επηρεάζει σε μικρό βαθμό την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Η μέση τιμή των απαντήσεων υπολογίστηκε 2,22 με τυπική απόκλιση 1,08, με μεγαλύτερη τιμή (2,44 με τυπική

απόκλιση 1,27) να παρουσιάζει η δήλωση των ερωτώμενων ότι αισθάνονται εξουθενωμένοι ή κακοδιάθετοι συνεχώς (Πίνακας 30).

Πίνακας 30. Ψυχολογικές επιπτώσεις

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Αισθάνεστε εξουθενωμένος ή κακοδιάθετος συνεχώς	2,44	1,270
Είστε ευερέθιστος ή οξύθυμος	2,25	1,247
Βρίσκεστε διαρκώς σε υπερδιέγερση – ανησυχία	2,30	1,265
Πανικοβάλλεστε ή φοβάστε χωρίς σοβαρή αιτία	1,94	1,189
Παρουσιάζετε πρόβλημα συγκέντρωσης	2,07	1,166
Έχετε αϋπνίες λόγω σκέψεων για την εργασία σας	2,34	1,351
Σκορ ψυχολογικές επιπτώσεις	2,2232	1,08889

Τέλος, σχετικά με τις συμπεριφορικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες, η μέση τιμή των απαντήσεων στην ερώτηση αν καταναλώνουν συστηματικά αλκοόλ ή άλλες ουσίες, προκειμένου να διαχειριστούν καλύτερα το στρες και την πίεση στην εργασία είναι 1,42, το οποίο υποδηλώνει ότι τους συμμετέχοντες δεν τους επηρεάζει το άγχος σε αυτόν τον τομέα, ενώ για τις υπόλοιπες η μέση τιμή κυμαίνεται από 2,20 έως 2,29, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται σε μικρό βαθμό και μεταφέρουν στην οικογένειά τους τα προβλήματα της εργασίας, καθώς επίσης αισθάνονται ότι είναι και επιρρεπείς σε ατυχήματα. Η μέση τιμή των απαντήσεων για αυτή τη διάσταση των επιπτώσεων υπολογίστηκε 1,96 με τυπική απόκλιση 1,02, γεγονός που δείχνει ότι οι συμμετέχοντες επηρεάζονται σε μικρό βαθμό (Πίνακας 31).

Πίνακας 31. Συμπεριφορικές επιπτώσεις

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Μεταφέρετε στην οικογένεια τα		

προβλήματα του εργασιακού χώρου σας	2,20	1,285
Αισθάνεστε ότι ευρισκόμενος συνεχώς υπό πίεση είστε επιρρεπείς σε λάθη ή ατυχήματα	2,29	1,267
Καταναλώνετε συστηματικά αλκοόλ ή άλλες ουσίες, προκειμένου να διαχειριστείτε καλύτερα το στρες και την πίεση στην εργασία σας	1,42	0,993
Σκορ συμπεριφορικές επιπτώσεις	1,9610	1,02507

Σε επιπλέον ανάλυση, διερευνήθηκε αν κάποιος από τους τομείς της προσωπικής ζωής επηρεάζεται περισσότερο από το εργασιακό άγχος. Αρχικά, έγινε έλεγχος κανονικότητας των σκορ για τους τρεις διαφορετικούς τομείς. Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν ακολουθείται κανονική κατανομή από κανέναν από τους τρεις τομείς ($p=0,000<0,05$) και έτσι χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Friedman. Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο πως επηρεάζονται οι τομείς της προσωπικής ζωής των εργαζομένων με τη διάσταση των σωματικών – φυσικών χαρακτηριστικών να επηρεάζονται περισσότερο ($p=0,000<0,05$) (Πίνακας 32).

Πίνακας 32. Μη παραμετρικός έλεγχος σύγκρισης Friedman's

P value Friedman Test	,000
------------------------------	-------------

Κεφάλαιο 7. Συζήτηση – Συμπεράσματα

7.1 Πρακτικές επιπτώσεις

Τα σημαντικότερα ευρήματα της παρούσας έρευνας αποτελούν το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στις δομές Π.Φ.Υ. εμφανίζουν μέτριο επίπεδο εργασιακού στρες και υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των προσδιοριστικών παραγόντων του. Επίσης, ο βαθμός επηρεασμού τόσο της επαγγελματικής, όσο και της προσωπικής τους ζωής βρέθηκε να είναι μικρός, ωστόσο, ενώ δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαστάσεων των επιπτώσεων του εργασιακού στρες στην επαγγελματική τους ζωή, μεταξύ των διαστάσεων των επιπτώσεων στην προσωπική τους ζωή υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Τα παραπάνω ευρήματα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η πολιτεία και πιο συγκεκριμένα οι εκάστοτε διοικήσεις οφείλουν να προχωρήσουν σε παρεμβάσεις και δράσεις, με στόχο τον περιορισμό και αν είναι δυνατόν την εξάλειψη των στρεσογόνων εργασιακών παραγόντων, καθώς και των επιπτώσεων του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας στην Π.Φ.Υ.

7.2 Περιορισμοί της έρευνας

Ως περιορισμός της παρούσας έρευνας που πιθανόν να αλλοιώνει και τα αποτελέσματά της, μπορεί να θεωρηθεί ο αριθμός του δείγματος που συμμετείχε. Συγκεκριμένα, οι 171 επαγγελματίες υγείας του δείγματος, στο σύνολό τους, εργάζονται σε δομές Π.Φ.Υ. του νομού Πέλλας. Η επιλογή των συγκεκριμένων μονάδων υγείας έγινε κυρίως για λόγους ευκολίας πρόσβασης, καθώς βρίσκονται σε κοντινή απόσταση από τον τόπο κατοικίας και εργασίας του ερευνητή. Συνεπώς, το δείγμα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και επομένως, τα αποτελέσματα είναι πολύ δύσκολο να γενικευθούν για τον ευρύτερο πληθυσμό.

Επιπλέον, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι έναν ακόμα περιορισμό της έρευνας αποτελεί η ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε. Η ποσοτική μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε αποκλειστικά στην παρούσα έρευνα, με τη χρήση του δομημένου ανώνυμου ερωτηματολογίου, δεν παρέχει τη δυνατότητα ερμηνείας και διερεύνησης των απόψεων και αντιλήψεων των ερωτώμενων επαγγελματιών υγείας, κάτι το οποίο θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει στην παραγωγή νέας γνώσης, αφού οι συμμετέχοντες δεν θα ήταν αναγκασμένοι να επιλέξουν μεταξύ προκαθορισμένων απαντήσεων, αλλά θα απαντούσαν ελεύθερα αναπτύσσοντας τις απόψεις και τους

προβληματισμούς τους. Επίσης, οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ήταν συγκεκριμένες, ενώ η χρήση διαφορετικής κλίμακας, θα μπορούσε πιθανότατα να οδηγήσει σε διαφορετικά αποτελέσματα.

Τέλος, στους περιορισμούς της έρευνας θα μπορούσε να προστεθεί και το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους εμφάνισης της πανδημίας του COVID-19, όπου, στα πλαίσια της αντιμετώπισης της και προκειμένου να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία της χώρας, οι δομές Π.Φ.Υ, επιπλέον των λοιπών αρμοδιοτήτων τους, έχουν αναλάβει μεγάλο μέρος του φορτίου και λειτουργούν ως Κέντρα – Ιατρεία COVID-19, καθώς και ως Εμβολιαστικά Κέντρα. Επιπλέον αυτού, χρονικά, οι συμμετέχοντες στην έρευνα προέρχονται από μια επτάμηνη αναστολή των κανονικών αδειών τους, δηλαδή μετά από μια ιδιαίτερος πιεστική, ψυχικά και σωματικά, περίοδο για αυτούς και με μια νέα απόφαση αναστολής των αδειών τους το διάστημα που ακολουθεί να θεωρείται σχεδόν βέβαιη. Συνεπώς, από τα παραπάνω, είναι πολύ πιθανόν να επηρεάστηκαν και οι απαντήσεις τους στο ερευνητικό ερωτηματολόγιο.

7.3 Βασικά ευρήματα

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 171 εργαζόμενοι σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Πέλλας. Καταλήγοντας σε κάποιες συμπερασματικές παρατηρήσεις επί του δείγματος, διαπιστώνεται ότι στους συμμετέχοντες κυριαρχεί το γυναικείο φύλο, η πλειοψηφία είναι από 40 ετών και άνω, έγγαμοι με τέκνα ή άλλα εξαρτώμενα μέλη. Επίσης, οι περισσότεροι από αυτούς είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, ΑΕΙ και κάτοχοι μεταπτυχιακού και κατέχουν κυρίως θέση νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε Κέντρα Υγείας. Παραπάνω από τους μισούς, σε ποσοστό 59,1%, είναι συμβασιούχοι με 1-10 έτη προϋπηρεσίας και οι υπόλοιποι αποτελούν μόνιμο προσωπικό, με εμπειρία άνω των 11 ετών. Βέβαια, στη συντριπτική τους πλειοψηφία εργάζονται σε υγειονομικές δομές της επιλογής τους. Επιπλέον, σε ποσοστό περίπου 50%-50% εργάζονται με πρωινό και κυκλικό ωράριο. Συνεπώς, εκτελούν νυχτερινές βάρδιες και εργάζονται και τα Σαββατοκύριακα.

Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή σε τί βαθμό οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. βιώνουν εργασιακό στρες, αφού ολοκληρώθηκε ο έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας, από την ανάλυση των δεδομένων διαφαίνεται ότι γενικά παρουσιάζουν μεσαίο επίπεδο εργασιακού άγχους, με τους παράγοντες πρόκλησης αυτού να τους επηρεάζουν σε μέτριο βαθμό. Η διαπίστωση

αυτή έρχεται να επιβεβαιώσει την ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας H1: Οι επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ παρουσιάζουν μεσαίο επίπεδο εργασιακού στρες.

Το παραπάνω συμπέρασμα συμφωνεί με ευρήματα της υπάρχουσας σχετικής βιβλιογραφίας. Σε παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε δομές Π.Φ.Υ. του Χονγκ Κονγκ, διαπιστώθηκε ότι το συγκεκριμένο δείγμα παρουσίαζε χαμηλό έως μεσαίο επίπεδο εργασιακού στρες και θεωρούσε τον εαυτό του υγιή, σε αντίθεση με τους συναδέλφους τους που εργάζονταν σε νοσοκομεία και παρουσίαζαν υψηλό επίπεδο άγχους. Σύμφωνα με τον ερευνητή, αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές της Π.Φ.Υ δεν έρχονται σε άμεση επαφή με το άγχος του θανάτου στην εργασία τους, μέσω των ασθενών τους και επιπλέον χρησιμοποιούσαν στρατηγικές ελέγχου του στρες, με κυριότερες αυτές του να «είναι όσο το δυνατόν περισσότερο οργανωμένοι» και να «ασχολούνται μόνο με τα σημαντικά ζητήματα» (Lee, 2003).

Επιπρόσθετα, σε συγκριτική μελέτη των Sveinsdottir, Biering και Ramel (2006) σε νοσηλευτές στην Ισλανδία διαπιστώθηκε ότι αυτοί που εργάζονταν στα νοσοκομεία της χώρας, εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες από τους συναδέλφους τους που απασχολούνταν σε λοιπές υγειονομικές δομές εκτός νοσοκομείων. Ως κύριες αιτίες αναφέρθηκαν η έλλειψη προσωπικού στα νοσοκομεία καθώς και ότι οι νοσοκομειακοί νοσηλευτές παρείχαν πιο άμεση φροντίδα στους ασθενείς, εργάζονταν περισσότερες ώρες και πολύ συχνά με απρόβλεπτες αλλαγές στο ωράριο εργασίας τους.

Όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες, η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του βαθμού επηρεασμού των παραγόντων και διαπιστώνεται ότι, από τις έξι διαστάσεις των παραγόντων πρόκλησης που μελετήθηκαν, αυτοί που επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό και προκαλούν άγχος στους εργαζομένους είναι οι σχετιζόμενοι με τη διάσταση της οικονομικής κρίσης. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η ανεπάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού και τα περιορισμένα διαθέσιμα μέσα και υλικά στις δομές Π.Φ.Υ. αποτελούν τους κυριότερους στρεσογόνους παράγοντες της συγκεκριμένης διάστασης, γεγονός που επιβεβαιώνει την ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας H3: Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της έλλειψης πόρων και του εργασιακού στρες.

Σύμφωνα τόσο με διεθνείς μελέτες, όσο και με ελληνικές έρευνες, οι ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού και η υποστελέχωση των δομών υγείας, σε συνδυασμό με τις περικοπές και τον περιορισμό των προμηθειών σε υγειονομικά υλικά και εξοπλισμό, ως

απόρροια της οικονομικής κρίσης, αναγνωρίζονται ως κύριες πηγές εκδήλωσης εργασιακού στρες (Notara, et al., 2010; Rachiotis, et al., 2014; Van der Colff and Rothmann, 2014; Σαρίδη, Καρρά και Σουλιώτης, 2016; Adzakpah, Laar and Fiadjoe, 2016). Συνεπώς, από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας τεκμηριώνεται το παραπάνω συμπέρασμα, ότι η οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί έχει άμεσο αντίκτυπο και στον χώρο της υγείας.

Από την ανάλυση των δεδομένων σχετικά με τον βαθμό επηρεασμού των συνθηκών εργασίας στην πρόκληση εργασιακού άγχους, παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα επηρεάζονται σε μέτριο επίπεδο, με τον φόρτο εργασίας να αποτελεί τον κυριότερο στρεσογόνο παράγοντα αυτής της κατηγορίας και να ακολουθούν η υπερβολική γραφειοκρατία και η δυσκολία λήψης αδειών όταν το επιθυμούν. Η ανωτέρω παρατήρηση επιβεβαιώνει την ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας H2: Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των απαιτητικών συνθηκών εργασίας και του εργασιακού στρες. Αυτή η ισχυρή θετική σχέση μεταξύ φόρτου εργασίας και εργασιακού στρες, επιβεβαιώνεται από πολλές μελέτες και έρευνες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η πίεση που δημιουργεί, αποτελεί έναν εξαιρετικά στρεσογόνο παράγοντα με αρνητικά αποτελέσματα στην φυσική και ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων σε υγειονομικές δομές τόσο πρωτοβάθμιας φροντίδας, όσο και δευτεροβάθμιας (Lambert and Ito, 2004; Σαρίδη, Καρρά και Σουλιώτης, 2016; Alenezi et al, 2018).

Επίσης, οι παράγοντες που εντάσσονται στη διάσταση της λειτουργικότητας και του επιπέδου εργασίας βρέθηκε ότι αποτελούν και αυτοί προσδιοριστικούς παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες, γενικά σε μεσαίο επίπεδο. Παρατηρείται ότι η ανάληψη πολλαπλών καθηκόντων, ακόμα και εκτός της ειδικότητας τους, σε συνδυασμό με την πίεση που αισθάνονται προκειμένου να ανταπεξέλθουν σε αυτά, αποτελούν τους παράγοντες της συγκεκριμένης κατηγορίας που τους αγχώνουν περισσότερο, χωρίς βέβαια να θεωρούνται αμελητέες και οι επιδράσεις της ασάφειας του εργασιακού ρόλου. Σε παρόμοιες έρευνες που έχουν διεξαχθεί διεθνώς, η έλλειψη ενός σαφούς εργασιακού ρόλου, η ανάληψη πολλαπλών καθηκόντων και η μη ύπαρξη ενός ξεκάθਾਰου καθηκοντολογίου για τους επαγγελματίες υγείας, αποτελούν κύριες πηγές επαγγελματικής δυσαρέσκειας και πρόκλησης εργασιακού στρες (Lim, Bogossian and Ahern, 2010; Mishra, et al., 2011).

Προχωρώντας στις υπόλοιπες τρεις διαστάσεις των παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας και τις σχέσεις με τη

διοίκηση και τους συναδέλφους τους, τα προσωπικά χαρακτηριστικά τους και με εξωτερικούς παράγοντες, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν ότι γενικά επηρεάζουν σε μικρό βαθμό τους συμμετέχοντες. Τα συγκεκριμένα ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με αυτά προγενέστερων μελετών σε δομές υγείας, στις οποίες η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, η δυσκολία συνεργασίας και οι συγκρούσεις στο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν κύριους εκφραστές εργασιακού στρες (Xianyu and Lambert, 2006; Chen, et al., 2009; Lim, Bogossian and Ahern, 2010; Gholamzadeh Sharif and Rad, 2011).

Παρόμοια ευρήματα με αυτά της παρούσας έρευνας παρουσιάζονται και σε σχετικές νεότερες μελέτες, όσον αφορά το βαθμό πρόκλησης στρες που πηγάζει από την αντιμετώπιση ανικανοποίητων ή βίαιων ασθενών και τον φόβο για τη διενέργεια λαθών, αφού δεν έχουν αναγνωρίσει τους παραπάνω παράγοντες ως υψηλής στρεσογόνου δράσης στους επαγγελματίες υγείας.

Επιπλέον, σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με το εξωτερικό περιβάλλον και πιο συγκεκριμένα με τα προσωπικά – οικογενειακά προβλήματα και απαιτήσεις που πρέπει να καλυφθούν, καθώς και την εργασιακή ανασφάλεια, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν συνάδουν με αυτά παρόμοιων ερευνών, λαμβάνοντας υπόψη ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες, έγγαμες με τέκνα και εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας στη Φιλανδία, διαπιστώθηκε ότι οι συμβασιούχοι εργαζόμενοι παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες και μη ικανοποίησης από την εργασία τους σε σύγκριση με τους μόνιμους υπαλλήλους (Mauno, et al., 2005). Τέλος, ευρήματα ερευνών έχουν καταδείξει ότι εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας και κυρίως γυναίκες με παιδιά, που βιώνουν τη σύγκρουση ρόλων και την ανισορροπία μεταξύ οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, συγκριτικά με τους άντρες συναδέλφους τους (Αντωνίου, 2002).

Στα πλαίσια του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος σχετικά με τους τομείς της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων σε μονάδες Π.Φ.Υ που επηρεάζει το άγχος περισσότερο, διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην εργασιακή ικανοποίηση – δέσμευση τους και στην αποδοτικότητα – αποτελεσματικότητα στην εργασία τους. Και σε αυτήν την περίπτωση, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας και διαπιστώθηκε μεγάλη αξιοπιστία. Η ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες διαστάσεις και τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα, επηρεάζονται σε

μικρό βαθμό από τα επίπεδα του εργασιακού στρες που βιώνουν, ως προς τις δύο προαναφερόμενες διαστάσεις.

Πιο συγκεκριμένα, στην πλειοψηφία τους, επιθυμούν την παραμονή τους στην παρούσα θέση εργασίας, δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις εργασιακές συνθήκες και αισθάνονται οργανωσιακή δέσμευση με τη δομή στην οποία εργάζονται. Επιπλέον, δηλώνουν ότι απουσιάζουν σπάνια από την εργασία τους, αισθάνονται αρκετά παραγωγικοί, αποδοτικοί και αποτελεσματικοί, πιστεύουν ότι επιδεικνύουν το απαραίτητο ενδιαφέρον και παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συνάδουν με εκείνα πληθώρας προγενέστερων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί και έχουν καταδείξει ισχυρή αντίστροφη σχέση μεταξύ του εργασιακού στρες και της ποιότητας της παρεχόμενης εργασίας τους, του ηθικού τους, της παρακίνησης τους, της εργασιακής ικανοποίησης και της δέσμευσης τους με τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται (De Jonge, et al., 2001; Flanagan and Flanagan, 2002; Mosadeghrad, Ferlie and Rosenberg, 2011; Al-Hawajreh, 2013; Cordioli, et al., 2019). Τα παραπάνω συμπεράσματα έρχονται να επιβεβαιώσουν τις ερευνητικές υποθέσεις H5: Υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ του εργασιακού στρες και της εργασιακής ικανοποίησης – δέσμευσης και H6: Το εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα τους, καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, σχετικά με το τέταρτο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα που αφορά τους τομείς της προσωπικής ζωής των εργαζομένων σε μονάδες Π.Φ.Υ που επηρεάζει το άγχος περισσότερο, διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες σε σωματικό – φυσικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο και διαπιστώθηκε ότι γενικά και η προσωπική τους ζωή επηρεάζεται σε μικρό βαθμό. Αρχικά, ο έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας εξασφάλισε την ισχυρή αξιοπιστία της. Περαιτέρω ανάλυση των τριών διαστάσεων των επιπτώσεων κατέδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους και διαπιστώνεται ότι, οι συμμετέχοντες επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε σωματικό επίπεδο και πιο συγκεκριμένα η πλειοψηφία τους δήλωσε ότι ναι μεν δεν αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας και αισθάνονται απόλυτα υγιείς, αλλά αισθάνονται εξουθενωμένοι και την ανάγκη για τόνωση. Επίσης, διαφαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν σε αξιόλογο βαθμό προβλήματα φόβου, πανικού, συγκέντρωσης και αϋπνίας, ούτε μεταφέρουν τα προβλήματα της εργασίας τους στην οικογένεια τους, δεν αισθάνονται επιρρεπείς σε ατυχήματα και δεν καταναλώνουν

συστηματικά αλκοόλ ή άλλες ουσίες, προκειμένου να διαχειριστούν καλύτερα το εργασιακό τους στρες. Τα συγκεκριμένα ευρήματα, σε συνδυασμό με το συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος διακατέχονται από μέτρια επίπεδα εργασιακού στρες, θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν αναμενόμενα, αφού πλήθος σχετικών ερευνών διεθνώς έχουν συνδέσει θετικά το χρόνιο και έντονο εργασιακό άγχος με την εμφάνιση δυσάρεστων επιπτώσεων τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική τους υγεία, αλλά και στην εν γένει συμπεριφορά τους (French, et al., 2000; Mosadeghrad, 2014; Roberts and Grubb, 2014). Επιπλέον, το γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνουν ότι συχνά αισθάνονται εξουθενωμένοι και νιώθουν έντονη ανάγκη για τόνωση, συμπλέει με τα ευρήματα πρόσφατων σχετικών μελετών, οι οποίες διεξήχθησαν παγκοσμίως κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας, ανεξαρτήτως ειδικότητας και δομής εργασίας, από την αρχή της πανδημίας έως και σήμερα έχουν πιεστεί σωματικά και ψυχολογικά σε μεγάλο βαθμό και η ανάγκη για αποσυμπίεση και τόνωση τους είναι περισσότερο αναγκαία από ποτέ. Βέβαια, όπως είναι αυτονόητο, το μεγαλύτερο βάρος το έχουν επωμιστεί οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία, χωρίς αυτό όμως να υποβαθμίζει την τεράστια συνεισφορά και των δομών Π.Φ.Υ. (Sheraton, et. al, 2020; Soon and Sim, 2020; Sriharan et. al, 2020; Said and El-Shafei, 2021).

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι εργαζόμενοι στις δομές Π.Φ.Υ. του Νομού Πέλλας εμφανίζουν μέτρια επίπεδα εργασιακού στρες, με κυριότερους παράγοντες πρόκλησης αυτούς που σχετίζονται με την οικονομική κρίση, τις συνθήκες εργασίας και τη λειτουργικότητα – επίπεδο εργασίας. Τόσο η επαγγελματική, όσο και η προσωπική τους ζωή διαπιστώνεται ότι επηρεάζεται γενικά σε μικρό βαθμό από το εργασιακό άγχος, με την ανάγκη όμως για τόνωση και αποσυμφόρηση τους να είναι εμφανής. Τέλος, καθίσταται φανερό ότι τα ερευνητικά ευρήματα συμφωνούν και επιβεβαιώνουν πολλά από τα συμπεράσματα της σχετικής προϋπάρχουσας βιβλιογραφίας.

7.4 Συμβολή της έρευνας

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει γενικά ότι σχετικές με το θέμα έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί, κατά κύριο λόγο, στη διεθνή επιστημονική κοινότητα, μιας και το ζήτημα του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας, θα μπορούσε να ειπωθεί, δεν έχει διερευνηθεί ενδελεχώς από την επιστημονική κοινότητα στην Ελλάδα. Επιπλέον, τόσο σε διεθνές επίπεδο, όσο και στην Ελλάδα, η συντριπτική

πλειοψηφία των σχετικών ερευνών έχουν διεξαχθεί σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές και ελάχιστες σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας (Κέντρα Υγείας και Τ.ΟΜ.Υ). Συνεπώς, η παρούσα έρευνα μπορεί να αποτελέσει τη βάση για περαιτέρω μελέτη και έρευνα επί του θέματος, μιας και η διερεύνηση του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα ιδιαίτερο και ενδιαφέρον πεδίο έρευνας.

7.5 Προτάσεις για παραπέρα έρευνα

Όπως αναφέρθηκε και στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, το δείγμα των 171 συμμετεχόντων από δομές Π.Φ.Υ. του νομού Πέλλας δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και επομένως, τα αποτελέσματα είναι πολύ δύσκολο να γενικευθούν για τον ευρύτερο ελληνικό πληθυσμό. Συνεπώς, μία μελλοντική ευρύτερη έρευνα θα μπορούσε να επικεντρωθεί στη διερεύνηση των σχετικών απόψεων των επαγγελματιών υγείας σε πανελλήνιο επίπεδο, για πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα. Επιπλέον, κάτι τέτοιο θα επέτρεπε και τη σύγκριση μεταξύ των διαφόρων περιφερειών και ενδεχομένως, θα οδηγούσε και στον προσδιορισμό παραγόντων πρόκλησης εργασιακού στρες, οι οποίοι σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε περιφερειακής ενότητας, όπως για παράδειγμα ορεινές περιοχές, παραμεθόριες περιοχές, αστικές περιοχές, νησιώτικες περιοχές κα.

Επίσης, άλλη μια ενδιαφέρουσα πρόταση πιθανώς αποτελεί η πραγματοποίηση μελλοντικής έρευνας επί του θέματος με χρήση της μικτής μεθόδου, δηλαδή με ταυτόχρονη χρήση της ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογίας, κατά την έννοια της τριγωνοποίησης. Μια τέτοιου είδους έρευνα θα εξασφάλιζε τη δυνατότητα ερμηνείας και διερεύνησης των απόψεων και αντιλήψεων των ερωτώμενων επαγγελματιών υγείας, κάτι το οποίο θα μπορούσε, ενδεχομένως, να οδηγήσει στην παραγωγή νέας γνώσης και στην εξαγωγή πιο αξιόπιστων και έγκυρων αποτελεσμάτων.

Τέλος, θα παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η πραγματοποίηση παρόμοιας έρευνας όταν η πανδημία του COVID-19 θα έχει ολοκληρώσει τον κύκλο της και μάλιστα, όχι μόνο με επίκεντρο το εργασιακό στρες στους εργαζομένους σε μονάδες Π.Φ.Υ, αλλά και σε δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης π.χ. νοσοκομεία. Η σύγκριση των εξαγόμενων αποτελεσμάτων θα οδηγούσε σε χρήσιμα συμπεράσματα, ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα και να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες παρεμβάσεις από την πολιτεία και τις διοικήσεις, ώστε να εξαλειφθούν οι στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες και να μειωθούν τα επίπεδα εργασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας,

προς όφελος πρώτα των ιδίων των εργαζομένων και συνεπώς και των μονάδων υγείας, των ασθενών και γενικότερα του εθνικού συστήματος υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνόφωνη

Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ. και Πιλάτης, Ι., 2010. Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131(Α'), σσ. 109-136.

Αντωνίου, Α. Σ., 2002. *Ζώντας με στρες*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ.

Βάρβογλη, Λ., 2006. *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Γώγος, Χ., 2011. Εργασιακό στρες του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου και στρατηγικές διαχείρισης. *Υγιεινή και Ασφάλεια της εργασίας*, τ. 46, σσ. 12-16.

Δημητρόπουλος, Χ. και Φιλίππου Ν., 2008. Η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), σσ. 642-647.

Θεοφίλου, Π.Α., 2009. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χώρο της υγείας. *E-Journal of Science & Technology*. Διαθέσιμο στο: <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/5001> [Ανακτήθηκε, 22/07/2021].

Κάντας, Α., 1998. *Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κοϊνης, Α. και Σαρίδη, Μ., 2015. Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Βήμα του Ασκληπιού*, 13(4), σσ. 300-315.

Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., και Ζυγά, Σ., 2013. Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), σσ. 21-27.

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι. και Κωνσταντινίδης, Θ. Κ., 2010. Εκφάνσεις του εργασιακού άγχους στην ψυχική και τη σωματική υγεία (έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό). *Αλεξανδρούπολη: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης–Τμήμα Ιατρικής*.

Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ. και Νιάκας, Δ., 2007. Διερευνώντας της επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), σσ. 75-84.

Παπαδάτου, Δ. και Αναγνωστόπουλος, Φ., 1999. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παππά, Ε. Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. και Νιάκας, Δ., 2008. Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), σσ. 94-101.

Πολυκανδριώτη, Μ. και Κουτσοπούλου, Β., 2014. Άγχος σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12(1), σσ. 54-65.

Ραφτόπουλος, Β., 2007. Ωφελείν ή μη Βλάπτειν: Ασφαλή Περιβάλλοντα Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας. *Νοσηλευτική*, 46(2), σσ. 167-168.

Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α. και Σουλιώτης, Κ., 2016. Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(1), σσ. 73-83.

Σαχλάς, Α. και Μπερσίμης, Σ., 2016. *Εφαρμοσμένη στατιστική με χρήση του IBM SPSS Statistics 23: με έμφαση στις επιστήμες υγείας*. Αθήνα: Τζιόλα.

Στεφανίδου, Α., Βάρβογλη, Λ., Λειβαδίτης, Μ. και Αργυροπούλου-Πατάκα, Π., 2010. Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας, *Νοσηλευτική*, 49(4), σσ. 364-376.

Τούκας, Δ. και Τούκα, Α., 2011. Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1), σσ. 20-26.

Αγγλόφωνη

AbuAlRub, R. F., 2004. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36(1), pp. 73-78.

- Adib-Hajbaghery, M., Khamechian, M. and Alavi, N. M., 2012. Nurses' perception of occupational stress and its influencing factors: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(5), pp. 352-359.
- Adzakpah, G., Laar, A. and Fiadjoe, H., 2016. Occupational stress among nurses in a hospital setting in Ghana. *Clin Case Rep Rev*, 2(2), pp. 333-338.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty A.M. and Shamian, J., 2001. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), pp. 43-53.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. and Silber, J. H., 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288(16), pp. 1987-1993.
- Aiken, L. H., Buchan, J., Ball, J. and Rafferty, A. M., 2008. Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of clinical nursing*, 17(24), pp. 3330-3337.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. and Cheney, T., 2008. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, 38(5), pp. 223-229.
- Alenezi, A.M., Aboshaiqah, A. and Baker, O., 2018. Work-related stress among nursing staff working in government hospitals and primary health care centres. *International journal of nursing practice*, 24(5), e12676.
- Alexopoulos, E. C., Burdorf, A. and Kalokerinou, A., 2006. A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *International archives of occupational and environmental health*, 79(1), pp. 82-88.
- Al-Hawajreh, K. M., 2013. Exploring the relationship between occupational stress and organizational commitment among nurses in selected jordanian hospitals. *Dirasat: Administrative Sciences*, 40(1), pp. 127-43.

Allesoe, K., Hundrup, Y. A., Thomsen, J. F. and Osler, M., 2010. Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: the Danish Nurse Cohort Study. *Occupational and environmental medicine*, 67(5), pp. 318-322.

Alspach, G., 2009. Craft your own healthy work environment: Got your BFF?. *Critical Care Nurse*, 29(2), pp. 12-21.

American Association of Critical-Care Nurses, 2005. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *American Journal of Critical Care*, 14(3), pp. 187-197.

Arcangelo, V., Fitzgerald, M., Carroll, D. and Plumb, J. D., 1996. Collaborative care between nurse practitioners and primary care physicians. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 23(1), pp. 103-113.

Azagba, S. and Sharaf, M. F., 2011. The effect of job stress on smoking and alcohol consumption. *Health economics review*, 1(1), pp. 1-14.

Babbie, E., 2011. *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.

Badrianto, Y. and Ekhsan, M., 2020. Effect of work environment and job satisfaction on employee performance in pt. Nesinak industries. *Journal of Business, Management, & Accounting*, 2(1), pp. 85-91.

Bailey, J. T., Steffen, S. M. and Grout, J. W., 1980. The stress audit: Identifying the stressors of ICU nursing. *The Journal of nursing education*, 19(6), pp.15-25.

Belkić, K. and Nedic, O., 2007. Workplace stressors and lifestyle-related cancer risk factors among female physicians: Assessment using the Occupational Stress Index. *Journal of occupational health*, 49(1), pp. 61-71.

Bittinger, A. C., Dunn, K., Anne Hranchook, D. N. P. and Codier, E., 2020. Relationship Between Emotional Intelligence and Occupational Stress Levels Among Certified Registered Nurse Anesthetists. *AANA journal*, 88(5), pp. 398-404.

Brent, G. A., 2008. Graves' disease. *New England Journal of Medicine*, 358(24), pp. 2594-2605.

- Bryman, A., 2016. *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, D. and Klesh, J., 1979. *The Michigan Organizational Assessment Questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Michigan, Ann Arbor.
- Cannon, W., 1939. *The wisdom of the body*. New York: Eds. Norton.
- Carpenter, G. S. J., Carpenter, T. P., Kimbrel, N. A., Flynn, E. J., Pennington, M. L., Cammarata, C., Zimering, R.T, Kamholz, B.W. and Gulliver, S. B., 2015. Social support, stress, and suicidal ideation in professional firefighters. *American journal of health behavior*, 39(2), pp. 191-196.
- Cartwright, S. and Cooper, C. L., 2002. *ASSET: An organizational stress screening tool*. London: Robertson Cooper Limited and Cubiks.
- Chen, C. K., Lin, C., Wang, S. H. and Hou, T. H., 2009. A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research*, 17(3), pp. 199-211.
- Chiang, Y. M. and Chang, Y., 2012. Stress, depression, and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. *Health Policy*, 108(2-3), pp. 149-157.
- Chiu, C. K., Chien, C. S., Lin, C. P. and Hsiao, C. Y., 2005. Understanding hospital employee job stress and turnover intentions in a practical setting: The moderating role of locus of control. *Journal of management development*, 24(10), pp. 837-855.
- Cohen, J., Stuenkel, D. and Nguyen, Q., 2009. Providing a healthy work environment for nurses: the influence on retention. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), pp. 308-315.
- Cooper, C. L. and Cartwright, S., 1994. Healthy mind; healthy organization - A proactive approach to occupational stress. *Human relations*, 47(4), pp. 455-471.
- Cooper, C.L., Cooper, R.D. and Eaker, L.H., 2002. *Living with stress*. Μετάφραση-Επιμέλεια από Α-Σ Αντωνίου. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Cordioli, D. F. C., Cordioli, J. R., Gazetta, C. E., Silva, A. G. D. and Lourenção, L. G., 2019. Occupational stress and engagement in primary health care workers. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, pp. 1580-1587.

Cranwell-Ward, J. and Abbey, A., 2005. *Organizational Stress*. London: Palgrave Macmillan.

Crouter, A. C. and Bumpus, M. F., 2001. Linking parents' work stress to children's and adolescents' psychological adjustment. *Current directions in psychological science*, 10(5), pp. 156-159.

Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. and Chatterjee, G. E., 2018. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 85, pp. 19-60.

Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V. and Lo, E. A., 2009. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of nursing management*, 17(3), pp. 312-330.

De Jonge, J., Dormann, C., Janssen, P. P., Dollard, M. F., Landeweerd, J. A. and Nijhuis, F. J., 2001. Testing reciprocal relationships between job characteristics and psychological well-being: A cross-lagged structural equation model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74(1), pp. 29-46.

Disch, J., 2002. From the Guest Editor: Creating Healthy Work Environments. *Creative Nursing*, 8(2), pp. 3-4.

Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J., Trousselard, M., Lesage, F. X. and Navel, V., 2019. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(12), e0226361.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A. and Hannigan, B., 2000. Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(1), pp. 7-14.

Elsayed, S., Hasan, A. A. and Musleh, M., 2018. Work stress, coping strategies and levels of depression among nurses working in mental health hospital in Port-Said city. *International journal of culture and mental health*, 11(2), pp. 157-170.

Elshaer, N. S. M., Moustafa, M. S. A., Aiad, M. W. and Ramadan, M. I. E., 2018. Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), pp. 273-277.

Engels, J. A., Van Der Gulden, J. W., Senden, T. F. and Van't Hof, B., 1996. Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational and environmental medicine*, 53(9), pp. 636-641.

Engström, M., Ljunggren, B., Lindqvist, R. and Carlsson, M., 2006. Staff satisfaction with work, perceived quality of care and stress in elderly care: psychometric assessments and associations. *Journal of Nursing Management*, 14(4), pp. 318-328.

Erickson, J. I., Hamilton, G. A., Jones, D. E. and Ditomassi, M., 2003. The value of collaborative governance/staff empowerment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(2), pp. 96-104.

Eriksen, W., Bruusgaard, D. and Knardahl, S., 2003. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational and environmental medicine*, 60(4), pp. 271-278.

Estry-Behar, M., Kaminski, M., Peigne, E., Fouillot, J. P. and Debray, Q., 1989. Improving hospital work conditions: an integrated approach. *Revue de l'infirmiere*, 39(9), pp. 35-39.

Etim, J. J., Bassey, P. E., Ndep, A. O., Iyam, M. A. and Nwikekii, C. N., 2015. Work-related stress among healthcare workers in Ugep, Yakurr Local Government Area, Cross River State, Nigeria: a study of sources, effects, and coping strategies. *International Journal of Public Health, Pharmacy and Pharmacology*, 1(1), pp. 23-34.

EU-OSHA, 2021. European Agency for Safety and Health at Work. *Psychosocial risks and stress at work*. Available at: <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress> [Accessed, 06/07/2021].

- Eurofound, 2007. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Managing musculoskeletal disorders*. Available at: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn0611018s/tn0611018s.pdf [Accessed, 24/07/2021].
- Ferracci, F., Moretto, G., Candeago, R. M., Cimini, N., Conte, F., Gentile, M., Papa, N. and Carnevale, A., 2003. Antithyroid antibodies in the CSF: their role in the pathogenesis of Hashimoto's encephalopathy. *Neurology*, 60(4), pp. 712-714.
- Flanagan, N. A. and Flanagan, T. J., 2002. An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. *Research in nursing & health*, 25(4), pp. 282-294.
- Fontaine, D. K. and Gerardi, D., 2005. Healthier hospitals? *Nursing Management*, 36(10), pp. 34-44.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J. and Griffiths, C. E., 1998. What patients with psoriasis believe about their condition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 39(2), pp. 196-201.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. and Simon, K. M., 1990. *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum.
- French, S. E., Lenton, R., Walters, V. and Eyles, J., 2000. An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of nursing measurement*, 8(2), pp. 161-178.
- Freudenberger, H. J., 1974. Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), pp. 159-165.
- Gardner, J. K., Thomas-Hawkins, C., Fogg, L. and Latham, C. E., 2007. The relationship between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrology Nursing Journal*, 34(3), pp. 271-281.
- Gaston, L., Lassonde, M., Bernier-Buzzanga, J., Hodgins, S. and Crombez, J. C., 1987. Psoriasis and stress: a prospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 17(1), pp. 82-86.

Gholamzadeh, S., Sharif, F. and Rad, F. D., 2011. Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(1), pp. 41-46.

Godwin, A., Suuk, L. A. and Selorm, F. H., 2016. Occupational stress and its management among nurses at St. Dominic Hospital, Akwatia, Ghana. *Health Science Journal*, 10(6), pp. 1.

Gray-Toft, P. and Anderson, J. G., 1981. The nursing stress scale: development of an instrument. *Journal of behavioral assessment*, 3(1), pp. 11-23.

Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M. and Nutbeam, D., 2009. Front-line management, staffing and nurse–doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International journal of nursing studies*, 46(7), pp. 920-927.

Hadizadeh Talasaz, Z., Nourani Saadoldin, S. and Shakeri, M. T., 2017. Job satisfaction and occupational stress in organizational commitment among midwives working in the maternity wards; Mashhad, Iran, 2014. *Health Scope*, 6(1), e35507.

Hall, L. M. (Ed.), 2005. *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbery: Jones & Bartlett Publishers.

Hall, L. M., Doran, D. and Pink, L., 2008. Outcomes of interventions to improve hospital nursing work environments. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 38(1), pp. 40-46.

Hamilton, M., 1959. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32, pp. 50-55.

Harris, L. R. and Brown, G. T., 2010. Mixing interview and questionnaire methods: Practical problems in aligning data. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 15(1), pp. 1.

Harrison, M. I., Henriksen, K. and Hughes, R. G., 2007. Improving the health care work environment: a sociotechnical systems approach. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 33(11), pp. 3-6.

Heath, J., Johanson, W. and Blake, N., 2004. Healthy work environments: a validation of the literature. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 34(11), pp. 524-530.

Hoehn-Saric, R. & McLeod, D., 1988. Panic and Generalized Anxiety Disorders. In C.G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*. Oxford: Pergamon Press.

Huerta-Franco, M. R., Vargas-Luna, M., Tienda, P., Delgadillo-Holtfort, I., Balleza-Ordaz, M. and Flores-Hernandez, C., 2013. Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World journal of gastrointestinal pathophysiology*, 4(4), pp. 108-118.

ILO, 2016. Workplace Stress. *A collective challenge*. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf [Accessed, 19/07/2021].

Ismail, A., Saudin, N., Ismail, Y., Samah, A. J. A., Bakar, R. A. and Aminudin, N. N., 2015. Effect of workplace stress on job performance. *Economic Review: Journal of Economics and Business*, 13(1), pp. 45-57.

Jeon, S. H., Leem, J. H., Park, S. G., Heo, Y. S., Lee, B. J., Moon, S. H. and Kim, H. C., 2014. Association among working hours, occupational stress, and presenteeism among wage workers: results from the second korean working conditions survey. *Annals of occupational and environmental medicine*, 26(1), pp. 1-8.

Judge, T. A., Boudreau, J. W. and Bretz, R. D., 1994. Job and life attitudes of male executives. *Journal of applied psychology*, 79(5), pp 767-782.

Kakemam, E., Raeissi, P., Raoofi, S., Soltani, A., Sokhanvar, M., Visentin, D. C. and Cleary, M., 2019. Occupational stress and associated risk factors among nurses: a cross-sectional study. *Contemporary nurse*, 55(2-3), pp. 237-249.

Kane, P. P., 2009. Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of occupational and environmental medicine*, 13(1), pp. 28-32.

Kanungo, R. N., 1982. *Work alienation: An integrative approach*. New York: Praeger Publishers.

Kawano Y., 2008. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: Effect of departmental environment in acute care hospitals. *Journal of Occupational Health*, 50(1), pp. 79–85.

Kazmi, R., Amjad, S. and Khan, D., 2008. Occupational stress and its effect on job performance. A case study of medical house officers of district Abbottabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 20(3), pp. 135-139.

Kim, K. W., Park, S. J., Lim, H. S. and Cho, H. H., 2017. Safety climate and occupational stress according to occupational accidents experience and employment type in shipbuilding industry of Korea. *Safety and health at work*, 8(3), pp. 290-295.

King, K. A., Vidourek, R. and Schwiebert, M., 2009. Disordered eating and job stress among nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), pp. 861-869.

Kopp, M. S., Stauder, A., Purebl, G., Janszky, I. and Skrabski, A., 2008. Work stress and mental health in a changing society. *European Journal of Public Health*, 18(3), pp. 238-244.

Kramer, M., Schmalenberg, C. and Maguire, P., 2004. Essentials of a magnetic work environment part 4. *Nursing2020*, 34(9), pp. 44-48.

Kramer, M., Maguire, P., Brewer, B., Chmielewski, L., Kishner, J., Krugman, M., Meeks-Sjostrom, D. and Waldo, M., 2007. Nurse manager support: what is it? Structures and practices that promote it. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), pp. 325-340.

Kramer, M. and Schmalenberg, C., 2008. Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28(2), pp. 56-63.

Kramer, M., Schmalenberg, C. and Maguire, P., 2010. Nine structures and leadership practices essential for a magnetic (healthy) work environment. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), pp. 4-17.

- Lambert, V. A., Lambert, C. E. and Ito, M., 2004. Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International journal of nursing studies*, 41(1), pp. 85-97.
- Lazarus, R. S., 1993. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), pp. 1-22.
- Lee, J. K., 2003. Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9(2), pp. 86-91.
- Leijon, O., Lindberg, P., Josephson, M. and Wiktorin, C., 2007. Different working and living conditions and their associations with persistent neck/shoulder and/or low back disorders. *Occupational and environmental medicine*, 64(2), pp. 115-121.
- Leka, S., Griffiths, A., Cox, T. and World Health Organization, 2003. *Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. World Health Organization.
- Lim, J., Bogossian, F. and Ahern, K., 2010. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International nursing review*, 57(1), pp. 22-31.
- Lu, Y., Hu, X. M., Huang, X. L., Zhuang, X. D., Guo, P., Feng, L. F., Hu, W., Chen, L. and Hao, Y. T., 2016. Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMJ open*, 6(7), e011388.
- Lundberg, U., 1999. Stress responses in low-status jobs and their relationship to health risks: Musculoskeletal disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), pp. 162-172.
- Maharaj, S., Lees, T. and Lal, S., 2019. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), pp. 1-10.
- Manojlovich, M., 2005. Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), pp. 367-373.

Manojlovich, M., Antonakos, C. L. and Ronis, D. L., 2009. Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 18(1), pp. 21-30.

Manojlovich, M. and DeCicco, B., 2007. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *American journal of critical care*, 16(6), pp. 536-543.

Mark, B. A., Harless, D. W. and Berman, W. F., 2007. Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8(2), pp. 83-92.

Marketon, J. I. W. and Glaser, R., 2008. Stress hormones and immune function. *Cellular immunology*, 252(1-2), pp. 16-26.

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

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

Mauno, Kinnunen, Mäkikangas and Nätti, J., 2005. Psychological consequences of fixed-term employment and perceived job insecurity among health care staff. *European Journal of work and organizational psychology*, 14(3), pp. 209-237.

McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J. and Bambonye, L., 2004. Nursing work environment and quality of care: differences between units at the same hospital. *International journal of health care quality assurance*, 17(6), pp. 313-322.

McVicar, A., 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 44(6), pp. 633-642.

Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. and Moss, M., 2007. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), pp. 693-697.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R. and Moffitt, T. E., 2007. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, 37(8), pp. 1119-1129.

- Menzies, I.E.P., 1960. Nurses under Stress. *International Nursing Review*, 7, pp. 9-16.
- Michie, S., 2002. Causes and management of stress at work. *Occupational and environmental medicine*, 59(1), pp. 67-72.
- Milstein, M. M., Golaszewski, T. J. and Duquette, R. D., 1984. Organizationally based stress: What bothers teachers, *The Journal of Educational Research*, 77(5), pp. 293-297.
- Mishra, B., Mehta, S. C., Sinha, N. D., Shukla, S. K., Ahmed, N. and Kawatra, A., 2011. Evaluation of work place stress in health university workers: a study from rural India. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36(1), pp. 39-44.
- Mosadeghrad, A. M., Ferlie, E. and Rosenberg, D., 2011. A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research*, 24(4), pp. 170-181.
- Mosadeghrad, A. M., 2014. Occupational stress and its consequences: Implications for health policy and management. *Leadership in Health Services*, 27(3), pp. 224-239.
- Mustafa, M., Illzam, E. M., Muniandy, R. K., Hashmi, M. I., Sharifa, A. M. and Nang, M. K., 2015. Causes and prevention of occupational stress. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 14(11), pp. 98-104.
- Notara, V., Koupidis, S. A., Vaga, E. and Grammatikopoulos, I. A., 2010. Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. *Journal of nursing management*, 18(5), pp. 501-504.
- Ota, A., Yasuda, N., Okamoto, Y., Kobayashi, Y., Sugihara, Y., Koda, S., Kawakami, N. and Ohara, H., 2004. Relationship of job stress with nicotine dependence of smokers - a cross-sectional study of female nurses in a general hospital. *Journal of occupational health*, 46(3), pp. 220-224.
- Panigrahi, C. M. A., 2016. Managing stress at workplace. *Journal of Management Research and Analysis*, 3(4), pp. 154-160.
- Pellegrini, D. S., 1990. Psychological Risk and Protective Factors in Child-hood, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11(4), pp. 201-209.

- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E. K., Dounias, G. and Hadjichristodoulou, C., 2014. Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: a pilot study. *International journal of medical sciences*, 11(5), pp. 442-447.
- Reiss, D., 1997. Mechanisms linking genetic and social influences in adolescent development: Beginning a collaborative search. *Current Directions in Psychological Science*, 6(4), pp. 100-105.
- Reiss, S., 1997. Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of anxiety disorders*, 11(2), pp. 201-214.
- Roberts, R. K. and Grubb, P. L., 2014. The consequences of nursing stress and need for integrated solutions. *Rehabilitation Nursing*, 39(2), pp. 62-69.
- Robson, C., 2010. *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Αθήνα: Gutenberg.
- Rotter, J. B., 1990. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist*, 45(4), pp. 489-493.
- Said, R. M. and El-Shafei, D. A., 2021. Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(7), pp. 8791-8801.
- Saridi, M., Karra, A., Kourakos, M. and Souliotis, K., 2016. Assessment of alcohol use in health professionals during the economic crisis. *British Journal of Nursing*, 25(7), pp. 396-405.
- Schmalenberg, C. and Kramer, M., 2007. Types of intensive care units with the healthiest, most productive work environments. *American Journal of Critical Care*, 16(5), pp. 458-468.
- Schmalenberg, C., Kramer, M., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L., Cox, K., Kishner, J., Krugman, M., Meeks-Sjostrom, D. and Waldo, M., 2008. Clinically competent peers and support for education: structures and practices that work. *Critical Care Nurse*, 28, pp. 54-65.
- Selye, H., 1956. *The stress of life*. New York: Ed. McGraw Hill.

- Sengin, K. K., 2003. Work-related attributes of RN job satisfaction in acute care hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(6), pp. 317-320.
- Shahsavarani, A. M., Azad Marz Abadi, E. and Hakimi Kalkhoran, M., 2015. Stress: Facts and theories through literature review. *International Journal of Medical Reviews*, 2(2), pp. 230-241.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. and Cordova, M., 2005. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*, 12(2), pp. 164-176.
- Sheraton, M., Deo, N., Dutt, T., Surani, S., Hall-Flavin, D. and Kashyap, R., 2020. Psychological effects of the COVID 19 pandemic on healthcare workers globally: A systematic review. *Psychiatry research*, 292, 113360.
- Shirey, M. R., 2006. Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American journal of critical care*, 15(3), pp. 256-267.
- Shirey, M. R. and Fisher, M. L., 2008. Leadership agenda for change toward healthy work environments in acute and critical care. *Critical Care Nurse*, 28(5), pp. 66-78.
- Siu, O. L., 2002. Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of advanced nursing*, 40(2), pp. 218-229.
- Soon, S. W. W. and Sim, K., 2020. Perceived stress and associated factors among healthcare workers in a primary healthcare setting: the Psychological Readiness and Occupational Training Enhancement during COVID-19 Time (PROTECT) study. *Singapore Medical Journal*, pp. 1-25.
- Spector, P. E., 2002. Employee control and occupational stress. *Current directions in psychological science*, 11(4), pp. 133-136.
- Spickard Jr, A., Gabbe, S. G. and Christensen, J. F., 2002. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *Jama*, 288(12), pp. 1447-1450.
- Spielberger, C. D., 1982. *Άγχος-Στρες*. Μετάφραση: Κωστόπουλος Ιωάννης. Αθήνα: Ψυχογιός.

Sriharan, A., Ratnapalan, S., Tricco, A., Lupea, D., Ayala, A. P., Pang, H. and Lee, D. D., 2020. Occupational Stress, Burnout and Depression in Women in Healthcare during COVID-19 Pandemic: a rapid scoping review. *Frontiers in Global Women's Health*, 1, pp. 1-8.

Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Pastor, D. K., Zwanziger, J. and Dick, A. W., 2007. Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health services research*, 42(3p1), pp. 1085-1104.

Stuenkel, D. L., Nguyen, S. and Cohen, J., 2007. Nurses' perceptions of their work environment. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(4), pp. 337-342.

Sutcliffe, K. M., Lewton, E. and Rosenthal, M. M., 2004. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Academic medicine*, 79(2), pp. 186-194.

Sveinsdottir, H., Biering, P. and Ramel, A., 2006. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 43(7), pp. 875-889.

Tagliacozzo, R. and Vaughn, S., 1982. Stress and smoking in hospital nurses. *American Journal of Public Health*, 72(5), pp. 441-448.

Takaki, J., Minoura, A., Irimajiri, H., Hayama, A., Hibino, Y., Kanbara, Sakano, N. and Ogino, K., 2009. Interactive effects of job stress and body mass index on over-eating. *Journal of occupational health*, 52(1), pp. 66-73.

Teng, C. I., Hsiao, F. J. and Chou, T. A., 2010. Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *Journal of nursing management*, 18(3), pp. 275-284.

Tennant, C., 2001. Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5), pp. 697-704.

Thomas, E. J., Sexton, J. B. and Helmreich, R. L., 2003. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 31(3), pp. 956-959.

Tomey, A. M., 2009. Nursing leadership and management effects work environments. *Journal of nursing management*, 17(1), pp. 15-25.

Ulrich, B. T., Buerhaus, P. I., Donelan, K., Norman, L. and Dittus, R., 2007. Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(5), pp. 212-220.

Ulrich, B. T., Lavandero, R., Hart, K. A., Woods, D., Leggett, J., Friedman, D. and Edwards, S. J., 2009. Critical care nurses' work environments 2008: a follow-up report. *Critical Care Nurse*, 29(2), pp. 93-102.

Van der Colff, J. J. and Rothmann, S., 2014. Occupational stress of professional nurses in South Africa. *Journal of Psychology in Africa*, 24(4), pp. 375-384.

Wemme, K. M. and Rosvall, M., 2005. Work related and non-work related stress in relation to low leisure time physical activity in a Swedish population. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), pp. 377-379.

World Health Organization, 2003. *Work organization and stress: Protecting workers' health series No 3*. Nottingham: World Health Organization.

World Health Organization, 2004. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva: World Health Organization.

Xianyu, Y. and Lambert, V. A., 2006. Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nursing & health sciences*, 8(3), pp. 147-155.

Yang, M. S., Pan, S. M. and Yang, M. J., 2004. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58(6), pp. 636-641.

Yozgat, U., Yurtkoru, S., and Bilginoğlu, E., 2013. Job stress and job performance among employees in public sector in Istanbul: examining the moderating role of emotional intelligence. *Procedia-Social and behavioral sciences*, 75, pp. 518-524.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Προσωπικά Στοιχεία

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία

- 18 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49
- >50 ετών

3. Οικογενειακή Κατάσταση

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Συμβίωση
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

4. Τέκνα ή εξαρτώμενα από εσάς άτομα

- Ναι
- Όχι

5. Επίπεδο Σπουδών

- Απόφοιτος/η Δημοτικού/Γυμνασίου
- Απόφοιτος/η Λυκείου/ΤΕΕ/ΙΕΚ
- Απόφοιτος/η ΤΕΙ
- Απόφοιτος/η ΑΕΙ
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού
- Κάτοχος Διδακτορικού

Στοιχεία Εργασίας

6. Θέση Εργασίας

- Δντης - Προϊστάμενος/η
- Ιατρός
- Νοσηλεύτης/τρια
- Παραϊατρικό προσωπικό
- Διοικητικό προσωπικό
- Λοιπό προσωπικό

7. Δομή Εργασίας

- Κέντρο Υγείας
- Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ)
- Περιφερειακό Ιατρείο
- Τοπικό Ιατρείο

8. Χρόνος Προϋπηρεσίας (σε έτη)

- 1-10
- 11-20
- 21-30
- >30

9. Σχέση Εργασίας

- Μόνιμος
- Με σύμβαση

10. Ωράριο Εργασίας

- Πρωινό
- Απογευματινό
- Βραδινό
- Κυκλικό

11. Το τμήμα της υγειονομικής δομής που εργάζεστε ήταν επιλογή σας;

- Ναι
- Όχι

12. Ο μέσος όρος των νυχτερινών βαρδιών που κάνετε σε διάστημα ενός μήνα είναι: ...

13. Πόσα άτομα εργάζονται, κατά μέσο όρο, κατά τη διάρκεια μίας βάρδιας στο τμήμα σας;

14. Κατά μέσο όρο, πόσα Σάββατα ή Κυριακές το μήνα εργάζεστε;.....

Β. ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

15. Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό στον οποίο οι παρακάτω προτάσεις αποτελούν παράγοντες πρόκλησης στρες στο χώρο εργασίας σας, με βάση την ακόλουθη κλίμακα: 1 = καθόλου, 2 = λίγο, 3 = μέτρια, 4 = αρκετά, 5 = στο μέγιστο βαθμό

A/A	ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ				
1) Συνθήκες εργασίας						
1	Φόρτος εργασίας	1	2	3	4	5
2	Ασταθές πρόγραμμα – ωράριο εργασίας	1	2	3	4	5
3	Άσχημο – δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον εργασίας	1	2	3	4	5
4	Υπερβολική γραφειοκρατία	1	2	3	4	5
5	Δυσκολία λήψης αδειών από την εργασία όταν το επιθυμείτε	1	2	3	4	5
2) Λειτουργικότητα – επίπεδο εργασίας						
1	Ασάφεια εργασιακών καθηκόντων – ρόλου	1	2	3	4	5
2	Ανάληψη πολλαπλών καθηκόντων, ακόμα και εκτός της ειδικότητας σας	1	2	3	4	5
3	Πίεση - ανεπάρκεια χρόνου για την εκτέλεση των καθηκόντων σας	1	2	3	4	5
4	Συχνή εναλλαγή τμημάτων ή/και καθηκόντων	1	2	3	4	5
5	Λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες πίεσης	1	2	3	4	5
3) Περιβάλλον εργασίας – σχέσεις με τη διοίκηση και τους συναδέλφους						
1	Ελλιπής - κακή ηγεσία στον οργανισμό	1	2	3	4	5
2	Εποπτεία - κριτική από προϊστάμενο	1	2	3	4	5
3	Ελλιπής στήριξη από συναδέλφους ή/και προϊσταμένους	1	2	3	4	5
4	Συγκρούσεις με τους συναδέλφους - δυσκολία συνεργασίας	1	2	3	4	5
4) Οικονομική κρίση						
1	Ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού	1	2	3	4	5
2	Περιορισμένα διαθέσιμα μέσα και υλικά	1	2	3	4	5
3	Ανεπαρκής εκπαίδευση και περαιτέρω επιμόρφωση - κατάρτιση	1	2	3	4	5
5) Προσωπικά χαρακτηριστικά						
1	Φόβος για την διενέργεια λαθών κατά την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής - θεραπείας	1	2	3	4	5
2	Αντιμετώπιση ανικανοποίητων ή βίαιων ασθενών	1	2	3	4	5
3	Έλλειψη εμπειρίας	1	2	3	4	5
6) Εξωτερικοί παράγοντες						
1	Εργασιακή ανασφάλεια - αβεβαιότητα	1	2	3	4	5
2	Οικογενειακά – προσωπικά προβλήματα	1	2	3	4	5
3	Έλλειψη επαρκούς χρόνου για την κάλυψη των προσωπικών - οικογενειακών απαιτήσεων	1	2	3	4	5

Γ. ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΖΩΗ

16. Παρακαλώ σημειώστε, κυκλώνοντας έναν αριθμό από το 1 έως το 5, το βαθμό στον οποίο ισχύει για εσάς το περιεχόμενο κάθε δήλωσης που ακολουθεί, με βάση την ακόλουθη κλίμακα: 1 = καθόλου, 2 = λίγο, 3 = μέτρια, 4 = αρκετά, 5 = στο μέγιστο βαθμό

A/A	ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΖΩΗ	ΚΛΙΜΑΚΑ				
1) Εργασιακή ικανοποίηση - δέσμευση						
1	Επιθυμείτε την παραμονή σας στην παρούσα θέση εργασίας;	1	2	3	4	5
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε γενικά από τις συνθήκες εργασίας;	1	2	3	4	5
3	Αισθάνεστε οργανωσιακή δέσμευση με τη δομή στην οποία εργάζεστε;	1	2	3	4	5
2) Αποδοτικότητα – αποτελεσματικότητα στην εργασία						
1	Αισθάνεστε παραγωγικός και αποδοτικός – αποτελεσματικός στην εργασία σας;	1	2	3	4	5
2	Πόσο συχνά απουσιάζετε από την εργασία σας;	1	2	3	4	5
3	Πιστεύετε ότι επιδεικνύετε το απαραίτητο ενδιαφέρον στους λήπτες υπηρεσιών υγείας;	1	2	3	4	5
4	Πιστεύετε ότι παρέχετε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους λήπτες υπηρεσιών υγείας;	1	2	3	4	5

Δ. ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ

17. Παρακαλώ σημειώστε, κυκλώνοντας ένα αριθμό από το 1 έως το 5, το βαθμό στον οποίο ισχύει για εσάς το περιεχόμενο κάθε δήλωσης που ακολουθεί, με βάση την ακόλουθη κλίμακα: 1 = καθόλου, 2 = λίγο, 3 = μέτρια, 4 = αρκετά, 5 = στο μέγιστο βαθμό

A/A	ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ	ΚΛΙΜΑΚΑ				
1) Σωματικές - φυσικές						
1	Αισθάνεστε απόλυτα υγιής;	1	2	3	4	5
2	Αντιμετωπίζετε σοβαρά προβλήματα υγείας (μυοσκελετικά, καρδιαγγειακά, γαστρεντερικά ή κάτι άλλο);	1	2	3	4	5
3	Αισθάνεστε την ανάγκη για τόνωση;	1	2	3	4	5
2) Ψυχολογικές						
1	Αισθάνεστε εξουθενωμένος ή κακοδιάθετος συνεχώς;	1	2	3	4	5
2	Είστε ευερέθιστος ή οξύθυμος;	1	2	3	4	5
3	Βρίσκεστε διαρκώς σε υπερδιέγερση - ανησυχία;	1	2	3	4	5
4	Πανικοβάλλεστε ή φοβάστε χωρίς σοβαρή αιτία;	1	2	3	4	5
5	Παρουσιάζετε πρόβλημα συγκέντρωσης;	1	2	3	4	5
6	Έχετε αϋπνίες λόγω σκέψεων για την εργασία σας;	1	2	3	4	5
3) Συμπεριφορικές						
1	Μεταφέρετε στην οικογένεια τα προβλήματα του εργασιακού	1	2	3	4	5

	χώρου σας;					
2	Αισθάνεστε ότι ευρισκόμενος συνεχώς υπό πίεση είστε επιρρεπείς σε λάθη ή ατυχήματα;	1	2	3	4	5
3	Καταναλώνετε συστηματικά αλκοόλ ή άλλες ουσίες, προκειμένου να διαχειριστείτε καλύτερα το στρες και την πίεση στην εργασία σας;	1	2	3	4	5

Παράρτημα 2. Έγκριση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας και διανομής ερωτηματολογίων – 3^η Υ.ΠΕ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Πληροφορίες: Τριανταφυλλιά Πολίτου
Τηλέφωνο : 2313305246
E-mail : tpollitou@3ype.gr

Θεσσαλονίκη, 13/07/2021
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/ 35347

Προς:
κ. Πολιούδη Στυλιανό

Κοινοποίηση:
Όπως πίνακα αποδεκτών

ΘΕΜΑ: Εκπόνηση ερευνητικής εργασίας σας.
ΣΧΕΤ.: α) Το αρ. πρωτ. 27868/09-06-2020 έγγραφό μας.
β) Η από 31-05-2021 αίτησή σας.

Με την ανωτέρω σχετική αίτησή σας μας διαβιβάσατε τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την έγκριση εκπόνησης της ερευνητικής εργασίας σας, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας, με θέμα «Εργασιακό στρες και οι επιπτώσεις του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας)», του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Σας ενημερώνουμε ότι, έπειτα από:

- α) την παραλαβή της γνωμοδότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου (Ε.Σ.) της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε.) Μακεδονίας [Συνεδρίαση 5^{ης}/30-06-2021 (θέμα 5^ο)],
- β) την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που αποστέλλετε,
- γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας των Μονάδων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αρμοδιότητας της 3ης Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας.

και υπό τις προϋποθέσεις ότι :

1. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας σύμφωνα με το (α) σχετικό έγγραφό μας και σύμφωνα με τα οριζόμενα κάθε φορά στις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις περί προφύλαξης από τον Covid-19
2. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου των στοιχείων που θα συλλεχθούν

η Υπηρεσία μας εγκρίνει την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας, εφιστώντας την προσοχή τόσο εκ μέρους των δομών όσο και εκ μέρους σας, στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή ερευνητή.

Παρακαλούμε όπως καταθέσετε την εργασία σας μετά την εκπόνησή της στο Επιστημονικό Συμβούλιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας.

Ο Διοικητής της 3^{ης} ΥΠΕ (Μακεδονίας)

Δρ. Παναγιώτης Μπογιατζίδης