



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΕ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

**της**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ ΛΑΝΑΡΗ**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Αναστασία Κάτου**

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

Σεπτέμβριος, 2022

*Αφιερώνεται στους γονείς μου,  
Αφεντούλα και Γιώργο*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στη διερεύνηση του εργασιακού άγχους και των παραγόντων που προκαλούν στρες στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ελληνικούς δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς και ολοκληρώνεται με την παράθεση παρεμβάσεων σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων.

Βασικά θέματα της έρευνας αποτελούν εάν οι εργαζόμενοι της υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα μας προσβάλλονται από το εργασιακό στρες και στη συνέχεια να αξιολογηθούν οι καθοριστικοί παράγοντες που συντελούν στην πρόκληση του άγχους στα επαγγελματικά περιβάλλοντα της υγείας σήμερα.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε επί το πλείστον διαδικτυακά με διανομή ανώνυμων ερωτηματολογίων σε εργαζομένους στον κλάδο της υγείας, οι οποίοι απάντησαν συνολικά σε 44 ερωτήσεις κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις με πεντάβαθμη κλίμακα απαντήσεων Likert. Το δείγμα που μελετήθηκε αποτελούνταν από 49 γυναίκες και 26 άνδρες και για την αποσαφήνιση των δεδομένων στην συνέχεια χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική και η στατιστική ανάλυση.

Τα ευρήματα της έρευνας συνολικά υποδηλώνουν πως το άγχος των εργαζομένων στον τομέα τη υγείας στην συγκεκριμένη έρευνα, φάνηκε να κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, ενώ οι παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό στρες σχετίζονται άμεσα με τα δημογραφικά στοιχεία και κάθε στρεσογόνος παράγοντας επηρεάζει διαφορετικές ομάδες εργαζομένων.

**Λέξεις κλειδιά:** Εργασιακό στρες, άγχος, επαγγελματίες υγείας, υγειονομική περίθαλψη, επαγγελματική εξουθένωση

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγικό Τμήμα**

1. Εισαγωγή.....	9-10
1.1. Δικαιολόγηση θέματος.....	10-11
1.2. Σκοπός & Στόχοι.....	11
1.3. Μεθοδολογία.....	12
1.4. Διάρθρωση διπλωματικής εργασίας.....	12-13

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Εργασιακό Στρες**

2. Άγχος / Στρες.....	14-16
2.1. Ιστορική Αναδρομή.....	16
2.2. Μοντέλο Selye / Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής.....	17-18
2.3. Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burn out).....	18-19
2.4. Στάδια & Διαστάσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	19-20
2.5. Ιστορική Αναδρομή Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	20-21
2.6. Επιδημιολογία.....	21
2.7. Ενδείξεις & Συμπτώματα.....	22
2.8. Μοντέλα Ερμηνείας.....	23-24
2.9. Θεωρίες.....	25-29
Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία.....	25
Θεωρία Κοινωνικής Ανταλλαγής.....	26
Οργανωτική Θεωρία.....	26-27
Θεωρία Απαιτήσεις - Πόρων.....	27-28
Δομική Θεωρία.....	28-29
Θεωρία της Συναισθηματικής Μετάδοσης.....	29

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Εργασιακό Στρες & Επαγγελματίες Υγείας**

3. Εργασιακό Στρες & Επαγγελματίες Υγείας.....	30-32
3.1. Παράγοντες Εργασιακού Στρες.....	32-33
3.2. Συντελεστές Εξουθένωσης.....	33-44
3.3. Παράγοντες Εργασίας.....	33-42
3.4. Ατομικοί Παράγοντες.....	43-44
3.5. Οργανωτικοί Παράγοντες.....	44
3.6. Επιπτώσεις.....	45-48
3.7. Επίπεδα Συνεπειών.....	48

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πλαίσιο & Μεθοδολογία Έρευνας**

4. Πλαίσιο.....	50
4.1. Ερευνητική Μέθοδος.....	51
4.2. Συμμετέχοντες.....	52
4.3. Διαδικασία.....	52
4.4. Συλλογή Δεδομένων.....	52
4.5. Εργαλείο Έρευνας.....	53
4.6. Τύποι Ερωτήσεων.....	53-54
4.7. Τύποι Μεταβλητών.....	54
4.8. Ανάλυση του Δείγματος.....	55

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Περιγραφική Στατιστική & Στατιστική Ανάλυση**

5. Περιγραφική Στατιστική.....	56
5.1. Χαρακτηριστικά του Δείγματος.....	56-61
5.2. Εργασιακό Στρες & Επαγγελματίες Υγείας.....	62-63
5.3. Στατιστικές Αναλύσεις.....	64-67
5.4. Πίνακες Αναλύσεων.....	67-73

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Πρόληψη & Αντιμετώπιση**

6. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	74-75
----------------------------------	-------

6.1. Ατομικές Παρεμβάσεις.....	75-79
6.2. Οργανωτικές Παρεμβάσεις.....	80-84

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συμπεράσματα & Προτάσεις**

7. Συμπεράσματα / Βασικά Ευρήματα από την Περιγραφική Ανάλυση.....	85-88
7.1. Συμπεράσματα / Βασικά Ευρήματα από τους Πίνακες Αναλύσεων.....	88-90
7.2. Συμβολή της Έρευνας.....	91
7.3. Περιορισμοί της Έρευνας.....	91-92
7.4. Συστάσεις.....	92-94
7.5. Προτάσεις για Περεταίρω Έρευνα.....	94

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	95-108
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	109-110

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</b>	<b>111-116</b>
----------------------------	----------------

### **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 1: Τύποι Μεταβλητών.....	54
Πίνακας 2: Ο έλεγχος Cronbach's Alpha.....	64
Πίνακας 3: Ο έλεγχος Kolmogorov – Smirnov Z.....	65
Πίνακας 4: Τυπικές Αποκλίσεις.....	67-68
Πίνακας 5: Μέσοι Όροι φύλου & ηλικιακής ομάδας.....	69
Πίνακας 6: Μέσοι Όροι οικογενειακής κατάστασης, ύπαρξης τέκνων, είδος απασχόλησης.....	69-70
Πίνακας 7: Μέσοι Όροι σχέσης εργασίας, επαγγελματικής εμπειρίας.....	70
Πίνακας 8: Μέσοι Όροι επαγγελματικής θέσης ευθύνης, επίπεδο εκπαίδευσης.....	71
Πίνακας 9: Μέσοι Όροι βάρδιας εργασίας.....	71-72
Πίνακας 10: Ανάλυση T-Test / One way anova.....	72
Πίνακας 11: Συσχέτιση Pearson.....	73

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΕΩΝ**

Διάγραμμα 1: Πίτα ποσοστών ανδρών - γυναικών.....	56
Διάγραμμα 2: Πίτα ποσοστών ηλικιακών ομάδων.....	57
Διάγραμμα 3: Πίτα ποσοστών επιπέδων εκπαίδευσης.....	57
Διάγραμμα 4: Πίτα ποσοστών οικογενειακής κατάστασης.....	58
Διάγραμμα 5: Πίτα ποσοστών είδος απασχόλησης.....	58
Διάγραμμα 6: Πίτα ποσοστών ύπαρξης τέκνων.....	59
Διάγραμμα 7: Πίτα ποσοστών σχέσης εργασίας.....	59
Διάγραμμα 8: Πίτα ποσοστών επαγγελματικής εμπειρίας.....	60
Διάγραμμα 9: Πίτα ποσοστών επαγγελματικής θέσης ευθύνης.....	60
Διάγραμμα 10: Πίτα ποσοστών βάρδιας εργασίας.....	61
Διάγραμμα 11: Εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας.....	62
Διάγραμμα 12 & Διάγραμμα 13: Παράγοντες ανάπτυξης εργασιακού στρες.....	63

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγικό Τμήμα**

### **1. Εισαγωγή**



Ο Claude Bernard (1865/1961) σημείωσε ότι η διατήρηση της ζωής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διατήρηση του εσωτερικού περιβάλλοντος σταθερού, ενόψει ενός μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος. Ο Cannon (1929) το ονόμασε αυτό «ομοιόσταση». Στη συνέχεια, ο Selye (1956) χρησιμοποίησε τον όρο «στρες» για να αναπαραστήσει τα αποτελέσματα από οτιδήποτε απειλεί σοβαρά την ομοιόσταση. Η πραγματική ή η αντιληπτή απειλή για έναν οργανισμό αναφέρεται ως «στρεσογόνος παράγοντας» και η απάντηση στον στρεσογόνο παράγοντα ονομάζεται «απόκριση στρες». (Schneiderman *et al.* 2005)

Το άγχος ή στρες είναι συνήθως επακόλουθο πιέσεων (σωματικών, ψυχικών ή συναισθηματικών) ή εντάσεων και του τρόπου με τον οποίο το σώμα μας ανταποκρίνεται. (CDC)

Το στρες στο χώρο εργασίας αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «η ανταπόκριση που μπορεί να έχουν οι άνθρωποι όταν παρουσιάζονται εργασιακές απαιτήσεις και πιέσεις που δεν ταιριάζουν με τις γνώσεις και τις ικανότητές τους». (WHO, 2020)

Τα επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης είναι μεταξύ των πρώτων έξι πιο αγχωτικών επαγγελμάτων. (A. Koinis, *et al.*, 2014) Ενδεικτικά, η Firth-Cozens αναφέρει ότι το 1/3 των επαγγελματιών υγείας παγκοσμίως, εμφανίζουν σημεία επαγγελματικής εξουθένωσης από το ξεκίνημα της καριέρας τους, ενώ ακόμη η συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα παρουσιάζει υψηλή επικινδυνότητα για εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών. (Whatmore, 2000)

Σύμφωνα με τον Cooper, εκτός από τους κινδύνους ψυχικής και σωματικής υγείας, το άγχος στο χώρο εργασίας επιπλέον δημιουργεί οικονομική επιβάρυνση για τους οργανισμούς και την κοινωνία γενικότερα, που προκαλείται από απώλεια παραγωγικότητας λόγω απουσίας ή λόγω ασθένειας, επιδόματα αναπηρίας και κόστος υγειονομικής περίθαλψης. (Cooper, 2006)

Επομένως, σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε πως εάν το άγχος της εργασίας μπορούσε να προληφθεί ή να μειωθεί, θα μπορούσαν επίσης να περιοριστούν οι επιζήμιες συνέπειές του. (Havermans *et al.*, 2018)

## 1.1. Δικαιολόγηση θέματος

Το ζήτημα του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας, σύμφωνα και με όσα έχουν αναφερθεί, είναι αδιαμφισβήτητο πως αποτελεί μια παγκόσμια ανησυχία, καθώς επικρατεί στους σύγχρονους χώρους εργασίας, με κυριότερο αυτού του τομέα της υγείας. Περισσότερο από ποτέ το άγχος στην εργασία, αποτελεί απειλή για την υγεία του επηρεαζόμενου ατόμου και κατά επέκταση για τον οργανισμό στον οποίο εργάζεται.

Επομένως, η μελέτη του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας, των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία, καθώς και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του, γίνεται πιο επιτακτική σήμερα, ενόψει και της Πανδημίας Covid-19, που εξακολουθεί να απασχολεί όλο τον εργαζόμενο πληθυσμό στην υγειονομική περίθαλψη παγκοσμίως.

Ο λόγος εκπόνησης αυτής της εργασίας είναι να γνωστοποιηθούν οι παράγοντες που προκαλούν στρες στους επαγγελματίες υγείας και επιπρόσθετα, οι τρόποι πρόληψης ή διαχείρισης του στρες στην εργασία, ώστε ο εργαζόμενος να μπορέσει να ζήσει την επαγγελματική ευημερία, την εργασιακή ικανοποίηση και αυτά να έχουν θετικό αντίκτυπο και στην προσωπική του ζωή. Όμως για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, πρέπει πρώτα να γίνει ανασκόπηση στους ορισμούς του στρες, του άγχους που σχετίζεται με την εργασία, τα σημάδια ότι κάποιος έχει προσβληθεί από άγχος στην εργασία, καθώς και γιατί οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν τον πιο ευάλωτο κλάδο σήμερα.

Στη συνέχεια, τα ευρήματα της έρευνας θα μας δείξουν κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας σήμερα βιώνουν στρες στην εργασία τους, αλλά και ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για αυτό, με έρευνα που διεξάχθηκε από ανθρώπους που εργάζονται στον τομέα της υγείας της χώρας μας, τόσο στον ιδιωτικό τομέα, όσο και στον δημόσιο.

Θα αναφερθούν τέλος, οι τρόποι που μπορούν να βοηθήσουν το άτομο και τους οργανισμούς να διαχειριστούν το επαγγελματικό στρες και μέσα αυτού να ανακαλύψουν τα πολλά οφέλη που θα έχουν συνολικά. Οι εργαζόμενοι που καταφέρνουν να διαχειριστούν το στρες στην εργασία, θα είναι σε θέση να προστατέψουν την σωματική και ψυχική τους υγεία, να βελτιώσουν την ποιότητα της εργασίας τους και την αυτοεκτίμηση τους, να επιτύχουν τους επαγγελματικούς στόχους και τις προσδοκίες τους, που αφορούν την βέλτιστη φροντίδα και περίθαλψη των ασθενών.

## 1.2. Σκοπός & Στόχοι

Παρόλο που η εξουθένωση είναι ένα από τα πιο πολυσυζητημένα προβλήματα ψυχικής υγείας στη σημερινή κοινωνία, εξακολουθεί να αμφισβητείται και να μην αναγνωρίζεται επίσημα ως ψυχική διαταραχή στις περισσότερες χώρες.

Αντικειμενικός στόχος της εργασίας είναι να κατανοήσει και παράλληλα να αναδείξει το μέγεθος του προβλήματος που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι καθημερινά στην επαγγελματική τους ζωή, βιώνοντας τα συμπτώματα του εργασιακού άγχους και κατά επέκταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθιστώντας δύσκολο ή και ανέφικτο την επίτευξη ακόμη και των πιο απλών καθηκόντων της εκάστοτε εργασίας.

Όπως έχει προαναφερθεί, σκοπός της συγκεκριμένη εργασίας είναι να καταγράψει τους παράγοντες που δημιουργούν επαγγελματικό άγχος στους επαγγελματίες υγείας και τη συσχέτιση που έχουν με την επαγγελματική κόπωση σε αυτόν τον επαγγελματικό κλάδο.

Έπειτα, να γνωστοποιήσει τους τρόπους και στρατηγικές που στοχεύουν στην πρόληψη του εργασιακού στρες, με τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να είναι οι πρώτοι που οφείλουν να αναλάβουν δράσεις για την πρόληψη του.

Επιπρόσθετα, οι μέθοδοι ενίσχυσης των δεξιοτήτων αντιμετώπισης των εργαζομένων σε ατομικό επίπεδο είναι εξίσου σημαντικό να συζητηθούν, καθώς αυτές οι στρατηγικές είναι αφενός πιθανό να ελαττώσουν τους κινδύνους για την υγεία των ίδιων των ατόμων και αφετέρου το οργανωτικό και κοινωνικό κόστος.

## 1.3. Μεθοδολογία

Τα αρχικά κεφάλαια της εργασίας αφορούν την προ - υπάρχουσα βιβλιογραφία, ώστε αρχικά να κατανοήσουμε τι έχει ειπωθεί μέχρι τώρα για το θέμα μας.

Στη συνέχεια αναλύεται λεπτομερώς η έρευνα, η οποία απαντήθηκε από άτομα που εργάζονται στον κλάδο της υγείας, διακρίνοντας τις κατηγορίες: ιατρός, νοσηλεύτης και λοιπό προσωπικό υγείας. Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν, συγκεντρώθηκαν σε

ξεχωριστές θεματικές ενότητες και δομημένες σύμφωνα με τις διεθνείς κλίμακες Likert, σε πεντάβαθμη κατηγοριοποίηση «Καθόλου» έως «Εξαιρετικά» και «Διαφωνώ απόλυτα» έως «Συμφωνώ απόλυτα». Τέλος, τα δεδομένα θα ποσοτικοποιηθούν και θα αναλυθούν με την χρήση γραφημάτων, πινάκων και στατιστικών εργαλείων.

Χρειάζεται να επισημανθεί πως τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και για την διασφάλιση της ανωνυμίας οι συμμετέχοντες απάντησαν σε διαδικτυακό ερωτηματολόγιο μέσω Microsoft Forms, ενημερώθηκαν για την ανωνυμία, καθώς και για τον σκοπό της συγκεκριμένης εργασίας.

#### **1.4. Διάρθρωση διπλωματικής εργασίας**

Η διάρθρωση της παρούσας εργασίας ξεκινά από το δεύτερο κεφάλαιο, το οποίο περιλαμβάνει εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το θέμα μας, με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Αναλυθήκαν οι ορισμοί και οι έννοιες του στρες, καθώς και θεωρίες, ιστορική προσέγγιση και ότι κρίθηκε αναγκαίο να γνωρίζει ο κάθε αναγνώστης, για να διαβάσει τα επόμενα κεφάλαια.

Στο τρίτο κεφάλαιο, συνεχίζεται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, υπογραμμίζοντας τη σύνδεση ανάμεσα στο εργασιακό άγχος και στους επαγγελματίες υγείας, και ακόμη επισημαίνονται οι παράγοντες που κρίνονται υπεύθυνοι για την πρόκληση του στρες, στην συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για την μεθοδολογία που ακολούθησε αυτή η εργασία και αναφέρονται η ερευνητική μέθοδος, το εργαλείο της έρευνας, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, οι ενότητες που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο, καθώς και η μέθοδος που εφαρμόστηκε για την επεξεργασία, ανάλυση και παρουσίαση των δεδομένων - αποτελεσμάτων.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την περιγραφική και στατιστική ανάλυση των δεδομένων και τα αποτελέσματα που προέκυψαν παρουσιάζονται με την μορφή διαγραμμάτων και πινάκων.

Το έκτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στις παρεμβάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης του εργασιακού στρες που αφορά το προσωπικό στον κλάδο της υγείας και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: στις ατομικές και στις οργανωτικές προσεγγίσεις.

Στο τελευταίο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα, η συμβολή της έρευνας που πραγματοποιήθηκε και τέλος καταγράφονται προτάσεις - συστάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν για ένα πιο υγιές εργασιακό περιβάλλον.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση όλων των βιβλιογραφικών πηγών που χρησιμοποιήθηκαν για την υλοποίηση αυτής της εργασίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Εργασιακό Στρες**

### **Εισαγωγή**

Στο παρόν κεφάλαιο αναφέρονται και αναλύονται οι ορισμοί - έννοιες του άγχους / στρες που έχουν επικρατήσει μέχρι και σήμερα. Στη συνέχεια,

παρουσιάζεται το σύνδρομο γενικής προσαρμογής, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, επιδημιολογικά στοιχεία καθώς και μοντέλα - θεωρίες, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση του θέματος και των διαφόρων εννοιών.

## 2. Άγχος / Στρες

Το άγχος αποτελεί μια παγκόσμια ανθρώπινη εμπειρία προστατευτικού ή αμυντικού χαρακτήρα. Υποδεικνύει την παρουσία απροσδιόριστου κινδύνου ή απειλής και βιώνεται ως δυσάρεστη κατάσταση εσωτερικής έντασης. (Αγγελόπουλος, 2014)

Είναι το δεύτερο πιο συχνό πρόβλημα υγείας στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς το 28%, ένας στους τρεις, που εργάζονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση, έχουν βιώσει εργασιακό άγχος. (Αντωνίου, 2007)

Η λέξη στρες πηγάζει από τη λατινική γλώσσα και ειδικότερα προέρχεται από τη λέξη «stringere», που σημαίνει «τεντώνω». (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Ο όρος «στρες» αναφέρεται στην διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα, όσο και τις ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου. (Καραδήμας, 2005)

Ο όρος «άγχος» αναφέρεται στη σχετική ψυχική διάθεση και μόνο, στην αντίδραση δηλαδή του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες, παρόλο που αυτές οι δύο έννοιες συνήθως συγχέονται και χρησιμοποιούνται ως συνώνυμες. (Καραδήμας, 2005)

Συγκεκριμένα, οι επιστήμονες ορίζουν το στρες (stress) «ως την μορφή των συναισθηματικών καταστάσεων και των αντιδράσεων του σώματος, οι οποίες εμφανίζονται ως απάντηση στις απαιτήσεις που υπάρχουν εντός ή εκτός των οργανισμών, όπως διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες». (Greenberg & Baron, 2013)

Για να εμφανιστεί στρες οι άνθρωποι πρέπει να αντιλαμβάνονται ότι:

(1) η κατάσταση που αντιμετωπίζουν είναι κατά κάποιο τρόπο απειλητική για αυτούς,

(2) ότι δεν είναι σε θέση να αντικρούσουν τους κινδύνους

(3) ότι αυτή η κατάσταση είναι πέρα από τον έλεγχο τους. (Greenberg & Baron, 2013)

Σύμφωνα με τον Έλληνα φιλόσοφο Επίκτητο, περίπου 2.000 χρόνια πριν, «οι άνθρωποι δεν ενοχλούνται από τα πράγματα αλλά από την αντίληψη τους για τα πράγματα». (Greenberg & Baron, 2013)

Αν και το στρες έχει συνδεθεί με μία αρνητική σημασία, δεν είναι πάντα απαραίτητα κακό. Ενδέχεται να είναι και θετικό όταν μικρό έως μέτριου βαθμού στρες μας παρακινεί για αύξηση της απόδοσης. Εάν όμως ξεπεραστεί ο βαθμός του στρες τότε η κατάσταση αντιστρέφεται. (Μερκούρης, 2008)

«Το άγχος μπορεί να εδραιωθεί σε δύο βασικούς τύπους στρες: το eustress (καλό στρες) και το stress». Τα άτομα που βιώνουν eustress θα είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις εργασίας και αυτό μπορεί να τους βοηθήσει να αυξήσουν την επαγγελματική τους ικανοποίηση. (Birhanu *et al.* 2018)

Αντίθετα, «τα άτομα που βιώνουν δυσφορία δεν θα είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους και αυτό μπορεί να τους παρακινήσει να μειώσουν την ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής (π.χ. δυσαρέσκεια και αρνητικές ηθικές αξίες)» (Birhanu *et al.* 2018)

Σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο, οι άνθρωποι για να είναι σε θέση να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, είναι απαραίτητο να αντιληφθούν τις συνδέσεις των γεγονότων που συμβαίνουν στο περιβάλλον τους και να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για να αναζητήσουν και να βρουν σήματα ασφαλείας. Όταν οι άνθρωποι δεν λαμβάνουν ειδοποιήσεις ασφαλείας, αισθάνονται άγχος και αν αυτή η κατάσταση επιμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε γίνεται χρόνια. (Αγγελόπουλος, 2014)

Το άγχος είναι παρόμοιο με το συναίσθημα του φόβου, με την διαφορά ότι το αντικείμενο που προκαλεί το συναίσθημα του φόβου δεν υφίσταται και το άτομο κατέχεται από μία διάχυτη και αόριστη αίσθηση επικείμενου κακού. Ενώ ο φόβος παρακινεί σε συντονισμένες δραστηριότητες (φυγή, επίθεση), το άγχος είναι δυνατόν να παραλύσει και να αδρανοποιήσει πλήρως τον πάσχοντα. (Αγγελόπουλος, 2014)

Όσο αναφορά τον βαθμό του στρες, παράγεται ανάλογα με το πόσο σημαντικό κρίνει το άτομο αυτό που διακυβεύεται, τον βαθμό κινδύνου και την αντίληψη του για τις δικές του ικανότητες. (Καραδήμας, 2005)

## 2.1. Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος στρες στην ψυχιατρική εισήχθη από τον Freud το 1894, αλλά έγινε αποδεκτός πολύ αργότερα, μετά το 1930. (Αγγελόπουλος, 2014)

Μελετήθηκε από τον Hans Selye το 1936 από τον οποίο ορίστηκε ως «μία δυναμική κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο αντιμετωπίζει έναν περιορισμό ή εμπόδιο ή μια απώλεια σε σχέση με αυτό που επιθυμεί». (Selye, 1974).

Η σχέση μεταξύ άγχους και ασθένειας είναι πλέον καλά εδραιωμένη, αλλά δεν ήταν πάντα αναγνωρισμένη. Η λέξη «στρες» χρησιμοποιείται στη φυσική και αναφέρεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ μιας δύναμης και της αντίστασης για την αντιμετώπιση αυτής της δύναμης, και ήταν ο Hans Selye που ενσωμάτωσε πρώτος αυτόν τον όρο στο ιατρικό λεξικό. (S.Y. Tan & A. Yip, 2018)

Ο Selye, πλέον γνωστός ως ο «πατέρας της έρευνας για το άγχος», αποκάλυψε τη μελέτη συγκεκριμένων σημείων και συμπτωμάτων της νόσου (S.Y. Tan & A. Yip, 2018), παρατήρησε ότι οι σοβαρές, παρατεταμένες αντιδράσεις στο στρες μπορεί να οδηγήσουν σε βλάβη των ιστών και ασθένειες. (Schneiderman *et al.* 2005)

Επιπρόσθετα, διέκρινε το οξύ από τη συνολική ανταπόκριση σε χρόνια εφαρμοζόμενους στρεσογόνους παράγοντες, ονομάζοντας την τελευταία κατάσταση «σύνδρομο γενικής προσαρμογής», το οποίο είναι επίσης γνωστό στη βιβλιογραφία ως σύνδρομο Selye. (S.Y. Tan & A. Yip, 2018)

## 2.2. Μοντέλο Selye / Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής

Ο Selye δημιούργησε το μοντέλο «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής» (General Adaptation Syndrome-GAS), το οποίο περιλαμβάνει την αντίδραση του ατόμου σε στρεσογόνα ερεθίσματα και σε αυτό ορίζει το στρες ως φθορά του σώματος και αναγνωρίζει τις εξής τρεις φάσεις αντίδρασης:

- την αντίδραση ανησυχίας ή συναγερμού (alarm stage)
- το στάδιο αντίστασης (resistance stage)



- το στάδιο εξάντλησης. (exhaustion stage)

Αναλυτικότερα, στο πρώτο στάδιο, συμβαίνει μία αντίδραση εγρήγορσης που κινητοποιεί τις αμυντικές δυνάμεις του σώματος και δραστηριοποιεί το ένστικτο φυγής ή μάχης, θέτοντας το σώμα σε ασταθή κατάσταση. Στη φάση αντίστασης, επέρχεται άμβλυνση των συμπτωμάτων, όπου κινητοποιούνται οι φυσιολογικοί μηχανισμοί σε μία προσπάθεια ανάκτησης της ομοιόστασης. Όταν ο οργανισμός δεν καταφέρνει να αποκρούσει την απειλή, τότε προχωράει στο τρίτο στάδιο (το στάδιο της εξάντλησης), όπου το σώμα έχει εξαντλήσει τους πόρους του και ενδέχεται να προκύψει μία νοσηρή κατάσταση. (Selye, 1956)

Στο στάδιο της ανησυχίας όπου παρατηρείται αυξημένο επίπεδο εγρήγορσης και το άγχος κυμαίνεται μεταξύ των επιπέδων 1-ήπιο και 2-μέτριο. Το άτομο στρέφει την προσοχή του στο να περιορίσει τον στρεσογόνο παράγοντα. Αν η απειλή καταστραφεί, η προσαρμογή του ατόμου είναι επιτυχημένη, ενώ αν αποτύχει, το άτομο μεταβαίνει στο επόμενο στάδιο. (McEwen & M. Wills, 2004)

Στο στάδιο της αντίστασης, το άτομο βιώνει επίπεδο άγχους 2-μέτριο ή 3-έντονο. Στο στάδιο αυτό, εντείνονται οι μηχανισμοί αντιμετώπισης από το άτομο, προκειμένου να προσαρμοστεί στο ερέθισμα και είναι πιθανό να παρουσιαστούν ψυχοσωματικά συμπτώματα. Αν η αντιμετώπιση αποτύχει, το άτομο συντρίβεται και προχωρεί στο επόμενο στάδιο. (McEwen & M. Wills, 2004)

Το στάδιο της εξάντλησης εμφανίζεται όταν ο στρεσογόνος παράγοντας δεν μπορεί να εξουδετερωθεί, είτε λόγω μακροχρόνιας δράσης του είτε λόγω ανεπάρκειας των αμυντικών μηχανισμών του ατόμου. (McEwen & M. Wills, 2004)

Η κατάσταση του άγχους φθάνει σε επίπεδο 3-έντονο ή 4-πανικός, το άτομο γίνεται δυσλειτουργικό και μπορεί να κάνουν την εμφάνιση τους πολλαπλά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα: αποδιοργάνωση της σκέψης και της προσωπικότητας, παραισθήσεις, αυταπάτες ή βία. (McEwen & M. Wills, 2004)

### **2.3. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Burn – out)**

Το χρόνιο και παρατεταμένο στρες στον επαγγελματικό χώρο σε συνδυασμό με την μη ικανοποίηση από την εργασία, μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn – out), μια κατάσταση ψυχοσωματικής

εξάντλησης, συνδυασμός φυσικής, συναισθηματικής και πνευματικής κόπωσης. (Μερκούρης, 2008)

Όσοι υποφέρουν από συναισθηματική κούραση, νιώθουν ότι δεν είναι πλέον σε θέση να δώσουν τον εαυτό τους σε ψυχολογικό επίπεδο. Ο εργαζόμενος αισθάνεται αποστραγγισμένος ή και σωματικά καταπονημένος. Για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας που υποφέρουν από εξάντληση, συχνά ξεκόβουν και κρατούν αποστάσεις, μετατρέποντας τους εαυτούς τους σε γραφειοκράτες, που απλώς διεκπεραιώνουν τις υποθέσεις τους. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Σύμφωνα με τον Μερκούρη, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, οφείλεται «σε μία ανισορροπία ανάμεσα σε αυτό που δίνει και ζητά το άτομο και σε αυτά που δίνει και ζητά το περιβάλλον» και είναι το αποτέλεσμα του χρόνιου άγχους, το οποίο δεν έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. (Μερκούρης, 2008)

Σύμφωνα με τον Cooper, 1984, το εργασιακό άγχος δεν είναι ασθένεια, αλλά μία κατάσταση, που μπορεί να μετατραπεί σε ασθένεια με σοβαρότατες σωματικές & ψυχολογικές συνέπειες όταν είναι παρατεταμένο και υπερβολικό. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Ο τεράστιος αρνητικός αντίκτυπος που έχει η επαγγελματική εξουθένωση στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των εργαζομένων, επηρεάζοντας επίσης την οικονομία και τη δημόσια υγεία των χωρών που έχουν πληγεί περισσότερο, έχει οδηγήσει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να συμπεριλάβει αυτό το σύνδρομο στην 11η Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (ICD-11) ως φαινόμενο αποκλειστικό στο επαγγελματικό πλαίσιο. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

#### **2.4. Στάδια & διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης**

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναπτύσσεται σταδιακά και περνά μέσα από 4 στάδια. Στο στάδιο του ενθουσιασμού (honeymoon stage), ο εργαζόμενος υπέρ- επενδύει στην εργασία του, ταυτίζεται με τους ασθενείς και χαρακτηρίζεται από αυτοθυσία. Σε αυτό το στάδιο πρωταγωνιστούν μη ρεαλιστικοί στόχοι και προσδοκίες.

Στο στάδιο της αφύπνισης (awakening), γίνεται ορατή η απόσταση που υπάρχει ανάμεσα στις αυξημένες προσδοκίες του ατόμου και στην πραγματικότητα. Ο επαγγελματίας υγείας καταβάλει προσπάθειες για να βρει τι φταίει, αμφιβάλλει για τις επιλογές του και δίνει μεγαλύτερη αξία στις προσωπικές του ανάγκες (μισθός, εξέλιξη).

Στο στάδιο της απόγνωσης - ματαιότητας (desperation stage), ο εργαζόμενος αναρωτιέται ποιο είναι το όφελος. Το στάδιο αυτό είναι μεταβατικό και παρουσιάζονται οι πρώτες ενδείξεις αποθάρρυνσης ή και κατάθλιψης.

Έπειτα, ο εργαζόμενος μπορεί να θέσει νέους στόχους, μπορεί να απομακρυνθεί ή να περάσει στο τελευταίο στάδιο της κρίσης (crisis stage), μία κατάσταση απάθειας, αδιαφορίας και αποξένωσης, κατά την οποία η επιβίωση αποτελεί τον μοναδικό λόγο για τον οποίο το άτομο συνεχίζει να εργάζεται. (Μερκούρης, 2008)

Οι τρεις βασικές διαστάσεις είναι: η εξάντληση, τα συναισθήματα κυνισμού και απομάκρυνσης από τη δουλειά και μια αίσθηση αναποτελεσματικότητας και έλλειψης ολοκλήρωσης. (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016)

Η διάσταση της εξάντλησης περιεγράφηκε επίσης ως φθορά, απώλεια ενέργειας, εξάντληση και κόπωση. Η διάσταση του κυνισμού αρχικά ονομάστηκε αποπροσωποποίηση, αλλά περιεγράφηκε επίσης ως αρνητική ή ακατάλληλη στάση απέναντι στους πελάτες, ευερεθιστότητα, απώλεια ιδεαλισμού και απόσυρση. Η διάσταση της αναποτελεσματικότητας ονομαζόταν αρχικά μειωμένη προσωπική επίτευξη και περιεγράφηκε επίσης ως μειωμένη παραγωγικότητα ή ικανότητα, χαμηλό ηθικό και αδυναμία αντιμετώπισης. (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016)

## **2.5. Ιστορική Αναδρομή Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Ιστορικά, ο Graham Greene ήταν ο πρώτος συγγραφέας που χρησιμοποίησε τον όρο burn out στο μυθιστόρημά του «A Burnt-Out Case» όταν περιέγραψε την ιστορία ενός αρχιτέκτονα που δεν βρήκε ούτε νόημα στο επάγγελμά του ούτε απόλαυση στη ζωή. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022) Αργότερα, ο όρος επιλέχθηκε και εισήχθη στην ψυχολογική σφαίρα από τον κλινικό ψυχολόγο Freudenberger, ο οποίος ονόμασε το φαινόμενο «burn out», δανειζόμενος τον όρο από την αργκό των τοξικομανών. (T. P. Reith, 2018)

Στο αρχικό του άρθρο του 1974, ο Freudenberger όρισε την εξουθένωση ως εξάντληση που προκύπτει από «υπερβολικές απαιτήσεις σε ενέργεια, δύναμη ή πόρους» στον χώρο εργασίας, ειδικά σε άτομα που ασκούν δραστηριότητες φροντίδας χαρακτηρίζοντάς την από ένα σύνολο συμπτωμάτων όπως αδιαθεσία, κόπωση, απογοήτευση, κυνισμός και αναποτελεσματικότητα. (T. P. Reith, 2018)

Η αρχική εργασία του Freudenberger ακολουθήθηκε από σημαντικό αριθμό ψυχολογικών και ιατρικών μελετών, ξεκινώντας με την έρευνα της Christina Maslach και των συναδέλφων της στα τέλη του 1970 και στις αρχές του 1980 (Maslach & Jackson, 1981). Η Maslach ήταν μία από τους πρωτοπόρους στην έρευνα εξουθένωσης και εξακολουθεί να είναι ένας από τους πιο εξέχοντες μελετητές σε αυτόν τον τομέα. Σε αντίθεση με την ποιοτική έρευνα του Freudenberger, η ψυχολόγος Maslach εστίασε στη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Heinemann & Heinemann, 2017)

Με βάση τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή την εξάντληση, τον κυνισμό και την αναποτελεσματικότητα, ανέπτυξε το Maslach Burnout Inventory (MBI), το οποίο εξακολουθεί να είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σήμερα (Maslach & Jackson, 1981). Το έργο της Maslach και των συναδέλφων της και, ιδιαίτερα το MBI, σηματοδότησε ένα σημείο καμπής στην έρευνα της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς ήταν πλέον δυνατό να μετρηθεί εύκολα η ψυχική κατάσταση σε διαφορετικούς πληθυσμούς και επαγγέλματα. (Heinemann & Heinemann, 2017)

## **2.6. Επιδημιολογία**

Ο επιπολασμός της ψυχολογικής νοσηρότητας στο γενικό και εργαζόμενο πληθυσμό, όπως αξιολογείται από το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ), ένα γενικά αποδεκτό μέτρο συναισθηματικής δυσφορίας και ψυχικής υγείας στις επαγγελματικές μελέτες, κυμαίνεται μεταξύ 9% και 28% στους άνδρες και μεταξύ 21% και 33% στις γυναίκες. (Tzeng *et al.*, 2012)

Εθνικές μελέτες έχουν δείξει ότι το 50% των φροντιστών υγείας έχουν βιώσει επαγγελματική εξάντληση. Ενώ ορισμένες μελέτες έχουν δείξει μια ελαφρά υπεροχή

του γυναικείου φύλου σε υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, μια μεγάλη συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι η διαφορά δεν είναι ξεκάθαρη. Το ποσοστό εξουθένωσης φαίνεται να είναι υψηλότερο μεταξύ των ειδικοτήτων επείγουσας ιατρικής, ουρολογίας, αναισθησιολογίας, γενικής χειρουργικής, ακτινολογίας. (R. Singh *et al.*, 2020)

Μια μελέτη 886 φοιτητών ιατρικής πραγματοποίησε πολλαπλές έρευνες σε όλη την εκπαίδευση της ιατρικής σχολής και σημείωσε αυξημένο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης από 17% στην εγγραφή, σε 38% μετά την ειδικότητα. Όλα αυτά τα δεδομένα φαίνεται να υπονοούν ότι αυτό το σύνδρομο ξεκινά πολύ νωρίς στην ιατρική εκπαίδευση και επιμένει σε όλη τη διαδικασία της παροχής της υγειονομικής φροντίδας. (R. Singh *et al.*, 2020)

Το μέγεθος του προβλήματος τονίστηκε περαιτέρω στην έκθεση του Αμερικανικού Ιδρύματος για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, το οποίο ισχυρίστηκε ότι, κατά μέσο όρο, η αυτοκτονία από άγχος και κατάθλιψη, είναι περίπου 70% πιο πιθανός μεταξύ των γιατρών από ό,τι μεταξύ άλλων επαγγελματιών και 250-400% υψηλότερος, μεταξύ των γυναικών γιατρών. (Birhanu *et al.*, 2018)

## **2.7. Ενδείξεις & συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης**

Η κλινική εικόνα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολύ-παραγοντική και μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο ψυχοσωματικών και σωματικών διαταραχών, συμπτώματα κοινωνικής δυσλειτουργίας. (V. Onchinnikov *et al.*, 2015)

Στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να παρουσιαστούν:

A) Οργανικές εκδηλώσεις: πόνοι στην πλάτη, στον αυχένα, στη μέση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές ή και σοβαρότερα όπως ημικρανίες, αυξημένη πίεση, καρδιαγγειακά κ.α.

B) Ψυχολογικά συμπτώματα: μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, θυμός και ενοχές.

Γ) Εκδηλώσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς: τάση απομόνωσης, αποστασιοποίησης από τους ασθενείς, που εκδηλώνεται με κυνισμό ή υπεραπασχόληση με άλλα πράγματα, συχνές απουσίες, συγκρούσεις με συναδέλφους, μείωση απόδοσης, αυξημένα λάθη κ.α. (Μερκούρης, 2008)

Εάν δεν αντιμετωπιστεί η επαγγελματική εξουθένωση, οδηγεί σε κατάθλιψη, εθισμό και αυτοκτονία. (R. Singh et al., 2020) Μπορεί να αποβεί θανατηφόρο κυρίως σε επαγγελματίες υγείας καθώς τα ποσοστά αυτοκτονιών τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες είναι υψηλότερα στους γιατρούς από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. (D. Drummond, 2016)

## **2.8. Μοντέλα ερμηνείας επαγγελματικής εξουθένωσης**

Η Maslach θεώρησε ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση, η οποία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μιας συνεχόμενης σύνδεσης μεταξύ ενός επαγγελματία και τουλάχιστον μίας από τις ακόλουθες έξι διαστάσεις της εργασίας:

1. Φόρτος εργασίας: υπερβολικός φόρτος εργασίας ή και απαιτήσεις, χωρίς να μπορεί να επιτευχθεί ανάκαμψη.
2. Έλεγχος: οι εργαζόμενοι δεν καταφέρνουν να ολοκληρώσουν τις εργασίες τους, καθώς δεν έχουν τον επαρκή έλεγχο των πόρων που απαιτούνται.
3. Επιβράβευση: έλλειψη επαρκούς αναγνώρισης για την εργασία που έγινε. Η αναγνώριση αφορά οικονομικές, κοινωνικές ή και εγγενείς ανταμοιβές (όπως η υπερηφάνεια που μπορεί να βιώσει κάποιος όταν εργάζεται).
4. Κοινότητα: οι εργαζόμενοι δεν αντιλαμβάνονται μια αίσθηση θετικών διασυνδέσεων με τους συναδέλφους και τους διευθυντές τους, που οδηγεί σε απογοήτευση και μειώνει την πιθανότητα κοινωνικής υποστήριξης.
5. Δικαιοσύνη: εξαιτίας της ανισότητας ανάμεσα στον φόρτο εργασίας και στην αμοιβή, το άτομο πολύ συχνά βιώνει αισθήματα αδικίας στην εργασία του

6. Αξίες: οι εργαζόμενοι αισθάνονται περιορισμένοι από τη δουλειά τους, όταν υποχρεώνονται να πράξουν εναντίον στις δικές τους αξίες και φιλοδοξίες ή όταν χρειάζεται να αντιμετωπίσουν συγκρούσεις μεταξύ των αξιών του οργανισμού. (Dall’Ora *et al.*, 2020)

Η Maslach θεώρησε αυτά τα έξι εργασιακά χαρακτηριστικά ως παράγοντες που προκαλούν εξάντληση και τοποθέτησε την επιδείνωση της υγείας και της εργασιακής απόδοσης των εργαζομένων ως αποτελέσματα που προκύπτουν από την επαγγελματική εξουθένωση. (Dall’Ora *et al.*, 2020)

Τα επόμενα μοντέλα εξουθένωσης διαφέρουν από αυτά του Maslach με έναν από τους δύο τρόπους: δεν θεωρούν την εξουθένωση ως ένα σύνδρομο αποκλειστικά που σχετίζεται με την εργασία ή βλέπουν την εξουθένωση ως διαδικασία και όχι ως κατάσταση. (Dall’Ora *et al.* 2020)

Μεταξύ εκείνων που θεωρούν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία, ο Cherniss χρησιμοποίησε μια διαχρονική προσέγγιση για να διερευνήσει την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στις ανθρώπινες υπηρεσίες πρώιμης σταδιοδρομίας. Η εξουθένωση παρουσιάζεται ως μια διαδικασία που χαρακτηρίζεται από αρνητικές αλλαγές στις στάσεις και στις συμπεριφορές των εργαζομένων, οι οποίες έχουν συσχετιστεί με την απογοήτευση τους για τα ιδανικά που τους έφεραν στη δουλειά. (Dall’Ora *et al.* 2020)

Ο Gustavsson και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν αυτό το μοντέλο στην εξέταση των διαχρονικών δεδομένων για νοσηλευτές πρώιμης σταδιοδρομίας και διαπίστωσαν ότι η εξάντληση ήταν μια πρώτη φάση στη διαδικασία εξουθένωσης, προχωρώντας περαιτέρω μόνο εάν οι νοσηλευτές παρουσιάζουν δυσλειτουργική αντιμετώπιση (δηλαδή κυνισμό και αποδέσμευση). (Dall’Ora *et al.* 2020)

Ο Shirom και οι συνεργάτες του πρότειναν ότι η επαγγελματική εξουθένωση συμβαίνει όταν τα άτομα εξαντλούν τους πόρους τους λόγω μακροχρόνιας έκθεσης σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες τόσο στην εργασία όσο και στη ζωή, υποδηλώνοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι αποκλειστικά επαγγελματικό σύνδρομο. (Dall’Ora *et al.* 2020)

Τέλος, οι Salanova *et al.* προτείνουν ένα εκτεταμένο μοντέλο εξουθένωσης που αποτελείται από:

- (1) εξάντληση (που σχετίζεται με κρίσεις στη σχέση μεταξύ ατόμου και εργασίας γενικά),
- (2) διανοητική απόσταση που περιλαμβάνει και τον κυνισμό (απόμακρη στάση απέναντι στην εργασία γενικά) και αποπροσωποποίηση (απόμακρη στάση απέναντι στους άλλους ανθρώπους, συνεργάτες ή και συναδέλφους) και
- (3) εργασιακή αναποτελεσματικότητα (αίσθημα ότι τα καθήκοντα δεν εκτελούνται επαρκώς και είναι ανίκανος στην εργασία). (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

## **2.9. Θεωρίες επαγγελματικής εξουθένωσης**

### **Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία**

Η θεωρία αναγνωρίζει ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι προϊόν αλληλεπιδράσεων μεταξύ προσωπικών, γνωστικών, συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και έχει αποκλειστική προσέγγιση το να αναγνωρίσει την κοινωνική προέλευση των ανθρώπινων σκέψεων και συμπεριφορών (Bandura, 1986, Glanz *et. al.*, 2008, Manjarres-Posada, Onofre-Rodríguez & Benavides-Torres, 2020).

Στην κοινωνική γνωσιακή θεωρία, η αντιληπτή αυτό-αποτελεσματικότητα και οι προσδοκίες αποτελέσματος, αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς. (Schunk & DiBenedetto, 2021)

Η αυτό-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην πίστη ενός ατόμου και στην ικανότητα του να εκτελεί συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για την παραγωγή συγκεκριμένων επιδόσεων και αποδόσεων. (Bandura, 1977)



Έτσι, αυτό το σύνδρομο πυροδοτείται όταν ο εργαζόμενος τρέφει αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητά του ή της ομάδας του, για την επίτευξη επαγγελματικών στόχων. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Αναποτελεσματικότητα ή κρίσεις αποτελεσματικότητας του εργαζόμενου, αφορά αρνητικές εμπειρίες αποτυχίας στο παρελθόν, έλλειψη εξωτερικής ενίσχυσης για την εργασία, έλλειψη ανατροφοδότησης για το έργο που έχει ολοκληρωθεί ή υπερβολική αρνητική κριτική και έλλειψη μοντέλων αναφοράς που έχουν περάσει από παρόμοια εμπειρία. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Με αυτόν τον τρόπο, οι κρίσεις αποτελεσματικότητας οδηγούν σε χαμηλή επαγγελματική ολοκλήρωση, η οποία, εάν διατηρηθεί με την πάροδο του χρόνου, θα προκαλέσει συναισθηματική εξάντληση και στη συνέχεια κυνισμό/αποπροσωποποίηση ως τρόπο αντιμετώπισης του άγχους. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

### **Θεωρία Κοινωνικής Ανταλλαγής**

Αυτή η θεωρία υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση συμβαίνει όταν ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται την έλλειψη ισότητας ή την ανισορροπία μεταξύ των επενδύσεων και των αντίστοιχων αποτελεσμάτων. (Schaufeli, W.,2006).

Οι επαγγελματίες πολλές φορές αναζητούν κάποιες ανταμοιβές σε αντάλλαγμα για τις προσπάθειές τους. Για παράδειγμα, περιμένουν από τους αποδέκτες της φροντίδας τους να δείξουν ευγνωμοσύνη, να βελτιωθούν ή τουλάχιστον να κάνουν πραγματική προσπάθεια για να γίνουν καλά. Ωστόσο, αυτές οι προσδοκίες συχνά παραμένουν ανεκπλήρωτες επειδή, για παράδειγμα, οι αποδέκτες δεν βελτιώνονται καθώς υποφέρουν χρόνια ή θεωρούν δεδομένες τις προσπάθειες του επαγγελματία. Επομένως, με το πέρασμα του χρόνου αναπτύσσεται έλλειψη αμοιβαιότητας και διαταράσσονται οι ισορροπίες μεταξύ του φροντιστή και του ασθενή. (Schaufeli, W. 2006).

Επομένως, αυτή η έλλειψη αμοιβαιότητας, καταναλώνει τους συναισθηματικούς πόρους των επαγγελματιών, δημιουργώντας μια συναισθηματική εξάντληση που γίνεται χρόνια. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Για να αποφευχθεί η επαφή με την αρχική πηγή δυσφορίας, η αποπροσωποποίηση ή ο κυνισμός χρησιμοποιείται ως στρατηγική αντιμετώπισης του στρες, η οποία τελικά οδηγεί σε χαμηλή προσωπική ολοκλήρωση. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

## **Οργανωτική Θεωρία**

Αυτή η προσέγγιση θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι συνέπεια οργανωτικών και εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων σε συνδυασμό με ανεπαρκείς ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Σε αυτή τη θεωρία, υπάρχουν δύο εναλλακτικά μοντέλα για να εξηγηθούν οι σχέσεις μεταξύ των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Σύμφωνα με τους Golembiewski et al., η εξουθένωση ξεκινά λόγω της ύπαρξης οργανωτικών στρεσογόνων παραγόντων ή παραγόντων κινδύνου, όπως η υπερφόρτωση εργασίας ή η ασάφεια των ρόλων, όπου ορισμένα άτομα χρησιμοποιούν ως μέθοδο αντιμετώπισης, μια ελάττωση στην οργανωτική τους δέσμευση, κάτι που είναι αρκετά παρόμοιο με τον κυνισμό και την αποπροσωποποίηση.

Στη συνέχεια, το άτομο βιώνει μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση στην εργασία του και συναισθηματική εξάντληση, που πυροδοτεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Έτσι, η αποπροσωποποίηση θα ήταν η πρώτη φάση της εξουθένωσης, ακολουθούμενη από ένα αίσθημα χαμηλής αυτό-εκπλήρωσης και, τέλος, συναισθηματική εξάντληση. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Η εναλλακτική πρόταση είναι αυτή που προτάθηκε από τους Cox et al., και για αυτούς η συναισθηματική εξάντληση που πηγάζει από το συνεχόμενο εργασιακό στρες, είναι η αρχική διάσταση αυτού του συνδρόμου. Η αποπροσωποποίηση θεωρείται στρατηγική αντιμετώπισης ενόψει της συναισθηματικής εξάντλησης και η χαμηλή προσωπική ολοκλήρωση είναι το αποτέλεσμα. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

## **Θεωρία Απαιτήσεις – Πόρων**

Αυτή η προσέγγιση υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση λαμβάνει χώρα όταν υπάρχει ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων και των πόρων που σχετίζονται με την εργασία. Οι απαιτήσεις της εργασίας αφορούν εκείνους τους παράγοντες εργασίας, που απαιτούν συνεχή σωματική ή/και πνευματική προσπάθεια και σχετίζονται με ορισμένα φυσιολογικά κόστη λόγω ενεργοποίησης του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και ψυχολογικού κόστους (π.χ. κόπωση, μειωμένη εστίαση προσοχής και επανακαθορισμός των απαιτήσεων εργασίας). Οι συνήθεις εργασιακές απαιτήσεις περιλαμβάνουν υπερφόρτωση εργασίας, συναισθηματική εργασία, πίεση χρόνου ή διαπροσωπικές συγκρούσεις. Όταν η ανάκαμψη μπροστά σε τέτοιες απαιτήσεις είναι ανεπαρκής, πυροδοτείτε μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Οι πόροι εργασίας, είτε οργανωτικοί είτε προσωπικοί, αναφέρονται στις σωματικές, ψυχολογικές, οργανωτικές ή κοινωνικές πτυχές της εργασίας που μπορούν να ελαττώσουν τις απαιτήσεις και το σχετικό ψυχολογικό κόστος και μπορεί να αποδειχθούν καθοριστικές για την επίτευξη των εργασιακών στόχων. Όταν όμως οι επαγγελματικές απαιτήσεις υπερβαίνουν τους αντίστοιχους πόρους, τότε είναι σύνηθες το άτομο να εμφανίζει κόπωση. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Εάν αυτή η ανισορροπία διατηρηθεί με την πάροδο του χρόνου, η κόπωση γίνεται χρόνια και, τελικά, εμφανίζεται η εξουθένωση. Επομένως, οι απαιτήσεις εργασίας έχουν άμεση και θετική σχέση με την εξουθένωση, ιδιαίτερα τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η ύπαρξη πόρων εργασίας επηρεάζει αντιστρόφως την αποπροσωποποίηση ελαχιστοποιώντας ή μειώνοντας τη χρήση της ως στρατηγικής αντιμετώπισης. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

## **Δομική Θεωρία**

Αυτή η προσέγγιση υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια απάντηση στο χρόνιο εργασιακό άγχος, όταν το άτομο χρησιμοποιεί μη επιτυχημένες

μεθόδους ή στρατηγικές διαχείρισης και αντιμετώπισης των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Αρχικά, το εργασιακό άγχος θα προκαλέσει μια σειρά από στρατηγικές αντιμετώπισης. Όταν οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόστηκαν αρχικά δεν είναι επιτυχείς, οδηγούν σε επαγγελματική αποτυχία και στην ανάπτυξη συναισθημάτων χαμηλής προσωπικής ολοκλήρωσης στην εργασία και συναισθηματικής εξάντλησης. Όταν το υποκείμενο έρχεται αντιμέτωπο με αυτά τα συναισθήματα, αναπτύσσει στάσεις αποπροσωποποίησης, ως μια νέα μέθοδο αντιμετώπισης. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Με τη σειρά της, η επαγγελματική εξουθένωση θα έχει δυσμενείς συνέπειες τόσο για την υγεία των ατόμων όσο και για τους οργανισμούς. Αυτό το μοντέλο έχει αντιπαραβληθεί εμπειρικά με διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες όπως δάσκαλοι ή νοσηλεύτες. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

### **Θεωρία της συναισθηματικής μετάδοσης**

Η συναισθηματική μετάδοση αναφέρεται στην τάση να μιμείται αυτόματα και να συγχρονίζει τις εκφράσεις του προσώπου, τις φωνές, τις στάσεις και τις κινήσεις με εκείνες άλλων ανθρώπων και, κατά συνέπεια, να συγκλίνει συναισθηματικά μαζί τους. Όταν οι άνθρωποι συνεργάζονται, είναι σύνηθες να μοιράζονται καταστάσεις και να βιώνουν συλλογικά συναισθήματα, όπως θλίψη, φόβο ή εξάντληση. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Επομένως, από αυτή τη θεωρία προκύπτει ότι η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται σε ομάδες εργασίας, καθώς υπάρχουν κοινές πεποιθήσεις και συναισθήματα που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Αυτή η μετάδοση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα στο διδακτικό και υγειονομικό προσωπικό, καθώς και μεταξύ συζύγων (εκτός εργασίας). Έτσι, η συναισθηματική μετάδοση επηρεάζει την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο εντός όσο και εκτός του χώρου εργασίας. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

### **Συμπεράσματα**

Συνοψίζοντας, είδαμε πως το στρες και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, έχουν μελετηθεί από πολλούς ερευνητές στο παρελθόν και συνεχίζουν να απασχολούν το κοινό μέχρι και σήμερα, καθώς επηρεάζει αρνητικά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου τα τελευταία χρόνια όλο και αυξάνεται, κυρίως σε επαγγελματίες υγείας, με δυσμενείς συνέπειες για την ζωή τους σε πολλά επίπεδα. Στο επόμενο κεφάλαιο, αναλύεται η σχέση ανάμεσα στο εργασιακό στρες και στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, καθώς και οι παράγοντες που οδηγούν τους γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό, στην επαγγελματική εξουθένωση.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Εργασιακό Στρες & Επαγγελματίες Υγείας**

#### **Εισαγωγή**

Σε αυτό το κεφάλαιο, μελετάται και αναλύεται η σχέση ανάμεσα στο εργασιακό στρες και στους επαγγελματίες υγείας. Στην συνέχεια, παρουσιάζονται οι παράγοντες που προκαλούν στρες στο συγκεκριμένο εργατικό δυναμικό, ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα τους λόγους που οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν τον πιο ευάλωτο κλάδο απέναντι στο στρες. Στο τέλος του κεφαλαίου, αναφέρονται οι επιπτώσεις του επαγγελματικού άγχους, διακρίνοντας τις συνέπειες αυτές σε ψυχικό, σωματικό και επαγγελματικό επίπεδο.

#### **3. Εργασιακό Στρες & Επαγγελματίες υγείας**

Πριν από μισό περίπου αιώνα, το 1974, συζητήθηκε για πρώτη φορά η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Από τότε, η πάθηση έχει επικρατήσει παγκοσμίως, και έχει αναφερθεί συνολικός επιπολασμός 44% στους φοιτητές ιατρικής, 51% στους κατοίκους, 80% στους γιατρούς και 15% - 60% στους νοσηλευτές. (Lin *et al.*, 2021)

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αποτελούν τον κυριότερο συντελεστή για την επιτυχία των υγειονομικών συστημάτων και για την εκπλήρωση εθνικών και παγκόσμιων στόχων υγείας. Καθήκον των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι να προστατεύουν και να βελτιώνουν την ποιότητα της υγείας των ανθρώπων, (WHO, 2006) είτε ως επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, γιατροί και νοσηλευτές, είτε ως βοηθοί, τεχνικοί εργαστηρίων ή ακόμα και ως χειριστές ιατρικών απορριμμάτων. (B. Joseph & M. Joseph, 2016)

Όμως ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα από τα πιο επικίνδυνα περιβάλλοντα για εργασία. Οι εργαζόμενοι σε αυτόν τον κλάδο εκτίθενται διαρκώς σε διάφορους και σύνθετους κινδύνους για την υγεία και για την ασφάλεια τους, σε όλη τη διάρκεια της εργασίας τους. Πέρα από τους φυσικούς κινδύνους όπως η έκθεση σε ακτινοβολία, οι υπερωρίες και η δουλειά σε κυκλικό ωράριο και βάρδιες, αποτελούν θέματα που συντελούν εξίσου σε αύξηση του άγχους της εργασίας. (B. Joseph & M. Joseph, 2016)

Καταλαβαίνουμε επομένως, ότι οι επαγγελματίες στην υγεία, εμφανίζουν υψηλό επίπεδο στρες στο χώρο εργασίας, συγκριτικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες, λόγω της φύσης του εργασιακού τους περιβάλλοντος, (S. T. Odonkor & S. Adams, 2021), καθώς αντιμετωπίζουν τον πόνο και τον θάνατο στην προσπάθειά τους να σώσουν τη ζωή ενός ασθενούς. (A. Koinis, *et al.*, 2015)

Μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας, οι νοσηλευτές είναι πιο επιρρεπείς στο στρες καθώς περνούν ένα μεγάλο μέρος της καθημερινότητάς τους με ασθενείς και αρκετές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές ηπείρους αποδεικνύουν τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών στην υγεία, και ειδικότερα του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα νοσοκομεία και αυτό αποτελεί απειλή για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. (Dechasa *et al.*, 2021)

Το στρες στο χώρο εργασίας μπορεί να επηρεάσει τη σωματική και συναισθηματική ευημερία των επαγγελματιών υγείας περιορίζοντας την αποτελεσματικότητά τους και έχοντας αρνητικό αντίκτυπο στη συνολική ποιότητα ζωής τους. (A. Koinis, *et al.*, 2015)

Μία μελέτη σε δείγμα νοσοκόμων έδειξε, ότι όσο αυξανόταν το στρες στην εργασία, τόσο λιγότερο οι νοσοκόμοι γινόταν ανεκτικοί, ζεστοί, ευαίσθητοι προς τις ανάγκες

των ασθενών τους και τόσο περισσότερο έχαναν τη συγκέντρωση, την επιμονή και την προσαρμοστικότητα τους. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Η κόπωση των επαγγελματιών υγείας έχει αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο στην ευημερία κάποιου, αλλά και στην περίθαλψη των ασθενών και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό μπορεί να συνάδει με τη χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, τη μειωμένη παραγωγικότητα της εργασίας, τα ιατρικά λάθη, την κακή ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, τη χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, την πρόωρη συνταξιοδότηση και την αποτυχία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. (R. Patel *et al.*, 2018)

Οι ερευνητές Jaracz K, *et al.*, οι οποίοι μελέτησαν νοσηλευτές από διαφορετικά τμήματα εργασίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο βαθμός της πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος, επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος, που, σύμφωνα με τους Pompili M, *et al.*, μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας.

### **3.1. Παράγοντες εργασιακού στρες σε επαγγελματίες υγείας**

Το εργασιακό άγχος μπορεί να συσχετιστεί με πολλούς διαφορετικούς παράγοντες και είναι πλέον δεδομένο πως κάποια επαγγέλματα σήμερα, είναι από την φύση τους περισσότερο αγχωτικά από άλλα. Το επίπεδο του στρες που αναπτύσσει ο κάθε επαγγελματίας είναι διαφορετικό και δεν εμφανίζουν όλοι σημάδια/σημεία επαγγελματικής εξάντλησης. (A. Koinis, *et al.*, 2014)

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη εργασιακού άγχους και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι: ηλικία, φύλο όπως επίσης και ψυχικοί και συναισθηματικοί παράγοντες. Εκτός από αυτά, ο χαμηλός μισθός, η ευθύνη εργασίας σε βάρδιες και ο φόρτος εργασίας συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση. (Dechasa *et al.*, 2021)

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας υποστηρίζει ότι ο θάνατος και οι προσπάθειες αντιμετώπισης του είναι η κυριότερη πηγή άγχους συγκριτικά με νοσηλευτές σε Εσωτερικά Τμήματα ή Χειρουργικά Τμήματα. Για αυτούς τους επαγγελματίες, ο φόρτος εργασίας και η

επαρκής επάνδρωση είναι η πιο σημαντική πηγή άγχους τους. (A. Koinis, *et al.*, 2014)

Σύμφωνα με άλλες μελέτες, οι χειρουργικές νοσοκόμες αξιολογούν τη συναισθηματική πτυχή ως λιγότερο σημαντική σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους στα ογκολογικά και αιματολογικά τμήματα. Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο επιρρεπείς σε άγχος και επαγγελματική εξάντληση, επειδή ευθύνονται για την ανθρώπινη ζωή και οι πράξεις τους – ή η απραξία – είναι πιθανό να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στους ασθενείς τους. (A. Koinis, *et al.*, 2014)

Για να μπορέσει κάποιος με ασφάλεια να προτείνει αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, είναι σημαντικό να κατανοήσει τα αίτια και τις πηγές δημιουργίας του. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το εργασιακό στρες και το σύνδρομο εξάντλησης, μπορούν να χωριστούν σε κατηγορίες όπως: παράγοντες εργασίας, ατομικοί παράγοντες και οργανωτικούς παράγοντες (R. Patel *et al.*, 2018) και περιγράφονται πιο λεπτομερώς παρακάτω.

### **3.2. Συντελεστές εξουθένωσης των επαγγελματιών στην υγεία**

### **3.3. Παράγοντες εργασίας**

#### **Συνθήκες εργασίας**

Οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος όπως ο θόρυβος, ο φωτισμός, ο αέρας, ενδέχεται να επηρεάσει την αποδοτικότητα στην εργασία, την σωματική και ψυχική υγεία. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Ο φωτισμός στα νοσοκομεία για παράδειγμα είναι πολύ έντονος και μονότονος, γεγονός που βρέθηκε να επηρεάζει τα επίπεδα του άγχους των νοσοκόμων για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

#### **Φύση του επαγγέλματος**



Σε πολλές περιπτώσεις κάποιος γίνεται επαγγελματίας υγείας επειδή θέλει να βοηθήσει τους ανθρώπους, αλλά όταν αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα της δουλειάς, πολύ γρήγορα συνειδητοποιούν ότι δεν είναι αυτό που νόμιζαν ότι θα ήταν, εξαιτίας των καθηκόντων που καλούνται να εκτελέσουν, καθώς και της σχέσης του επαγγέλματος με τον θάνατο. (Moustaka & Constantinidis, 2010)

Τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης είναι διαφορετικά σε μέγεθος και φύση, και οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε επαφή με διαφορετικά καθήκοντα, βάρδιες, ώρες ή συνθήκες εργασίας, ανεπαρκή στελέχωση και καταστάσεις που σχετίζονται με το άγχος, ταλαιπωρία και θάνατο ασθενών. (Moustaka & Constantinidis, 2010)

Για παράδειγμα, οι γιατροί που έρχονται σε επαφή με περιστατικά ασθενών στα οποία δεν μπορούν να αναστρέψουν την κατάσταση τους, ή ακόμη και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ ασθενών - επαγγελματιών υγείας, επιβαρύνουν τους δεύτερους ψυχολογικά και μπορεί να τους οδηγήσει στην αρχή της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

### **Φόρτος εργασίας**

Ο φόρτος εργασίας, τόσο ποσοτικός όσο και ποιοτικός, όταν είναι υπερβολικός, απαιτεί συνεχή προσπάθεια, δημιουργώντας φυσιολογικό και ψυχολογικό κόστος. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να πυροδοτήσουν την εμπειρία της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχολογικής απομάκρυνσης από την εργασία ως μηχανισμός αυτοάμυνας. (Edú-Valsania, Laguía and Moriano, 2022)

Ένας διαχειρίσιμος φόρτος εργασίας, αντίθετα, παρέχει ευκαιρίες για χρήση και βελτίωση των υπαρχουσών δεξιοτήτων καθώς και για αποτελεσματικότητα σε νέους τομείς δραστηριότητας. (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016)

Είναι πλέον ευρέως γνωστό ότι η εργασία που ξεπερνά τις 40 ώρες εβδομαδιαίως είναι αντιπαραγωγική και προκαλεί προβλήματα υγείας. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Όμως, όπως η υπερφόρτωση είναι υπεύθυνη για την αύξηση του άγχους, έτσι και η υπό-φόρτωση μπορεί να οδηγήσει σε άγχος, όταν συνδέεται με επαναλαμβανόμενες και μονότονες εργασίες. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

### **Επαγγελματικοί κίνδυνοι**

Ένας άλλος σοβαρός παράγοντας άγχους είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας πλήρωναν πάντα βαρύ τίμημα σχετικά με τις μολυσματικές ασθένειες, επειδή λόγω της φύσης της εργασίας τους έρχονται σε επαφή με βιολογικούς κινδύνους, καθώς χρησιμοποιούν αιχμηρό εξοπλισμό όπως βελόνες και μέσω της επαφής με το δέρμα εκτίθενται σε ενεργούς κινδύνους μόλυνσης με το χειρισμό του αίματος και των σωματικών υγρών των ασθενών. (Moustaka & Constantinidis, 2010)

Εκτός από αυτές, οι χημικές ουσίες μαζί με τη χρήση επικίνδυνων φαρμάκων, όπως αυτές που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία, εκθέτουν τους νοσηλευτές σε κινδύνους για την υγεία. (Moustaka & Constantinidis, 2010)

Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, σχεδόν το 10% των εργατικών ατυχημάτων σχετίζονται με το άγχος. (Birhanu *et al.*, 2018)

### **Κυκλικό ωράριο εργασίας**

Οι υπηρεσίες υγείας λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση, γεγονός που επιβάλλει στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται με κυκλικό ωράριο και εφημερίες. Το ωράριο των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνει βάρδιες, καθώς και εφημερίες, κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας. Συχνά αυτό, προκαλεί διαταραχή και αποδιοργάνωση του ρυθμού των επαγγελματιών υγείας. (K. Suzuki *et al.*, 2005).

Η έλλειψη του ύπνου η οποία προκαλείται εξαιτίας της πρόωρης έναρξης της εργασίας, ή από την εγρήγορση κατά τη διάρκεια της νύχτας, μαζί με την κούραση

(σωματική, πνευματική και ψυχολογική), μπορεί να οδηγήσει στην εξάντληση, στην εμφάνιση άγχους και νευρικότητας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων, στη μειωμένη αντίληψη και αντίδραση, σε λάθος διαγνώσεις, σε ατυχήματα που αφορούν τόσο στη λανθασμένη χορήγηση δόσης ή φαρμάκου, όσο και σε τσιμπήματα ή κοψίματα από τη λανθασμένη χρήση του αναλώσιμου υλικού (K. Suzuki *et al.*, 2005).

Επομένως καταλαβαίνουμε ότι οι εναλλασσόμενες βάρδιες δεν είναι ένα απλό πρόγραμμα εργασίας, αλλά αφορά σε έναν τρόπο ζωής. Το κυκλικό ωράριο έχει σημαντική επίδραση στα άτομα ως μονάδες, στο οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και στην κοινωνική τους ζωή. (Jacobs & Gerson, 2004)

Σύμφωνα με τους Landrigan *et al.*, σοβαρά ιατρικά λάθη έγιναν από ιατρούς που δούλευαν 24 ώρες και παραπάνω ωρών βάρδιες σε σχέση με αυτούς που έκαναν μικρότερες βάρδιες (C. P. Landrigan *et al.*, 2004).

### **Ευθύνες του ρόλου**

Οι ευθύνες που έχουν να κάνουν με τον ρόλο, αποτελούν ακόμη ένα αίτιο που προξενεί στρες στην εργασία. (Cooper, 1983). Σε όλα τα επαγγελματικά περιβάλλοντα, κυριαρχούν δύο κατηγορίες ευθυνών: η ευθύνη που αφορά τους ανθρώπους και η ευθύνη που αφορά τα πράγματα (μισθοί, εξοπλισμός, κτίρια κ.α.). Η ευθύνη για τους ανθρώπους, έχει συνδεθεί με υψηλότερο βαθμό άγχους, συγκριτικά με την ευθύνη για τα πράγματα, και οδηγεί περισσότερο σε άγχος και καρδιακά προβλήματα. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

### **Διαπροσωπικές σχέσεις**

Οι διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία, αναφέρονται στην επιθυμία των ατόμων για κοινωνική συναναστροφή και στις σχέσεις που αναπτύσσουν με τους άλλους. Οι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ψυχολογική συγγένεια είναι ζωτικής σημασίας σε ένα περιβάλλον εργασίας, στο οποίο εκτιμάται η εγγύτητα με τους άλλους και οι κοινωνικές ενέργειες. Το να είσαι όμως νέος σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον είναι πιθανό να πυροδοτήσει το συναίσθημα της

κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς. (Fotiadis, Abdulrahman & Spyridou, 2019)

Κατά συνέπεια, μπορεί να εμφανιστεί έλλειμμα του ανήκειν λόγω των αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. θλίψη, φόβος αποτυχίας, άγχος και μοναξιά) που συχνά συνδέονται με το αίσθημα της απομόνωσης (Shepherd & Haynie, 2009)

Ο τομέας της κοινότητας σχετίζεται και με τις διαρκείς σχέσεις που έχουν οι εργαζόμενοι με άλλους συναδέλφους στη δουλειά. Στην περίπτωση που αυτές οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπιστοσύνης, υποστήριξης και από ανεπίλυτες συγκρούσεις, τότε υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εξουθένωσης. (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016)

Ένα μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να δημιουργήσει ένα χάσμα σχέσεων μεταξύ και εντός μιας ιεραρχίας, με αποτέλεσμα αισθήματα απομάκρυνσης, μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης (Fotiadis, Abdulrahman & Spyridou, 2019)

Το άγχος που συνδέεται με τις σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων, μπορεί να προκύψει από ανταγωνισμούς και προσωπικές συγκρούσεις ή από αναποτελεσματικότητα της διοίκησης όπως αδικίες, εύνοιες κ.α. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Η κρίσιμη σημασία των κοινωνικών σχέσεων για την εξουθένωση υπογραμμίζεται από έρευνες που επισημαίνουν πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι μεγαλύτερη σε περιβάλλοντα εργασίας που χαρακτηρίζονται από διαπροσωπική επιθετικότητα. Τέτοια ευρήματα υποδηλώνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση θα πρέπει να θεωρείται ως χαρακτηριστικό των ομάδων εργασίας και όχι απλώς ως μεμονωμένο σύνδρομο. (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016)

Ωστόσο, οι επαγγελματίες με καλής ποιότητας προσωπικές σχέσεις καθώς και με ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον, είναι λιγότερο ευάλωτοι στο να αναπτύξουν όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Schmitz, Neumann & Oppermann, 2000, Βακόλα & Νικολάου 2012)

### **Αυτονομία και έλεγχος**

Ο έλεγχος και η αυτονομία που έχουν οι εργαζόμενοι, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στο επίπεδο του άγχους που νιώθουν, καθώς όσο χαμηλότερος είναι ο

βαθμός αυτονομίας και ελέγχου, τόσο πιο αυξημένο είναι ενδέχεται να είναι το εργασιακό άγχος. (A. Broughton, 2013)

Σε αντίθεση με το αίσθημα της αποξένωσης ή περιθωριοποίησης, η αυτονομία δίνει την αίσθηση στους εργαζομένους ότι συνδέονται με τους συναδέλφους τους. (Baumeister & Leary, 1995)

Κατά συνέπεια, οι εργαζόμενοι μπορούν να απολαμβάνουν την ελευθερία να οργανώνουν δικές τους προσεγγίσεις για την πραγματοποίηση οργανωτικών στόχων και την ελευθερία να αλληλοεπιδρούν με άτομα και να συνδέονται με επαγγελματικά δίκτυα που σχετίζονται με την προσωπικότητά τους. Όταν οι εργαζόμενοι έχουν την αυτονομία να συνάπτουν σχέσεις και να αλληλοεπιδρούν ελεύθερα με άτομα της επιλογής τους, οι εργαζόμενοι είναι πιο πιθανό να αφιερώσουν χρόνο για να καλλιεργήσουν τις σχέσεις και τα επαγγελματικά δίκτυα στα οποία έχουν ενθαρρυνθεί να συμμετάσχουν. (Fotiadis, Abdulrahman & Spyridou, 2019)

Διαφορετικά, οι εργαζόμενοι μπορεί να βιώσουν αισθήματα κοινωνικής απομόνωσης όταν είναι υποχρεωμένοι να συμμορφωθούν με τις αποφάσεις των άλλων, πιέζονται να συνεργαστούν με άτομα που επιλέγονται από την ανώτερη διοίκηση και αναγκάζονται να ακολουθήσουν οργανωτικούς κανόνες και ρουτίνες. (Fotiadis, Abdulrahman & Spyridou, 2019)

Επομένως, όταν οι εργαζόμενοι έχουν την ικανότητα να επηρεάσουν αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία τους, να ασκήσουν επαγγελματική αυτονομία και να αποκτήσουν πρόσβαση στους πόρους που είναι απαραίτητοι για να κάνουν μια αποτελεσματική δουλειά, είναι πιο πιθανό να βιώσουν την επαγγελματική δέσμευση (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016), και να αναπτύξουν λιγότερο το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Brouwers & Tomic, 2000, Schmitz, Neumann & Oppermann, 2000)

## **Εκφοβισμός και βία**

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αποτελούν ίσως τον πιο ευάλωτο κλάδο σε συμπεριφορές βίας παγκοσμίως. Ένα σημαντικό ποσοστό, ανάμεσα στο 8% και 38% των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη, δέχονται κάποιο είδος βίας. Πολλοί περισσότεροι όμως, είναι εκείνοι που απειλούνται ή εκτίθενται κυρίως σε λεκτική

επίθεση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας, η βία πραγματοποιείται συνήθως από ασθενείς ή επισκέπτες. (WHO)

Δύο συστηματικές ανασκοπήσεις και μετά-αναλύσεις που δημοσιεύτηκαν στα τέλη του 2019 διαπίστωσαν υψηλή επικράτηση της βίας στο χώρο εργασίας. Η λεκτική κακοποίηση (57,6%) ήταν η πιο κοινή μορφή βίας, ακολουθούμενη από τις απειλές (33,2%) και τη σεξουαλική παρενόχληση (12,4%). (S. Vento, *et al.*, 2020)

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, πάνω από 600 περιπτώσεις βίας, εκφοβισμού ή στιγματισμού πραγματοποιήθηκαν σε επαγγελματίες υγείας. (N.S. Ghareeb. *et al.*, 2020)

### **Σεξουαλική Παρενόχληση**

Μια ιδιαίτερη πηγή στρες είναι η σεξουαλική παρενόχληση (sexual harassment), η ανεπιθύμητη επαφή ή επικοινωνία σεξουαλικής φύσεως, συνήθως κατά των γυναικών και έχει προκαλέσει σοβαρά συμπτώματα ασθενειών διαφόρων μορφών σωματικών ασθενειών καθώς και εκούσιες αποχωρήσεις. (Greenberg & Baron, 2013)

Σε σχέση με άλλους κλάδους, το εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης κινδυνεύει ακόμη περισσότερο να υποστεί σεξουαλική παρενόχληση από άτομα και εκτός του οργανισμού (π.χ. ασθενείς και πελάτες). (Adler *et al.*, 2021)

### **Εργασιακή ανασφάλεια**

Η έννοια της εργασιακής ανασφάλειας ορίστηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του ογδόντα ως «η αντιληπτή αδυναμία διατήρησης της επιθυμητής συνέχειας σε μια απειλούμενη εργασιακή κατάσταση». (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984)

Η εργασιακή ανασφάλεια έχει μελετηθεί ως παράγοντας άγχους στο εργασιακό περιβάλλον και έρευνα έχει δείξει μια άμεση σχέση μεταξύ της εργασιακής ανασφάλειας και της διαταραχής της ψυχικής υγείας. (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984)

Η εργασιακή ανασφάλεια, ο φόβος για πιθανή απόλυση, η μέτρηση και η εκτίμηση της απόδοσης, οι περικοπές στο προσωπικό, προκαλούν πιέσεις και δημιουργούν άγχος και στρες στους εργαζόμενους. (Arnold *et al.*, 2005)

Επίσης, η επιτυχία, η πρόοδος, και η επαγγελματική ανέλιξη, συνδέονται αναγκαστικά με πολύ σημαντικές πηγές άγχους για τον εργαζόμενο. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Για κάποιους άλλους όμως, η μετάβαση στη συνταξιοδότηση είναι εξίσου δύσκολή και στρεσογόνα κατάσταση. Για αυτούς τους εργαζόμενους, η μετάβαση αυτή περιλαμβάνει ανασφάλεια οικονομική και κοινωνική, καθώς και προβληματισμούς για το πως θα συνεχίσουν να εισπράττουν θαυμασμό που είχαν συνδέσει με τα εργασιακά τους επιτεύγματα. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Για όλα τα παραπάνω, υπάρχουν ενδείξεις πολλαπλών αρνητικών συνεπειών στην ευημερία και την ψυχική υγεία των εργαζομένων, σχετίζεται τόσο με καταθλιπτικές διαταραχές, όσο και με το άγχος (Boya *et al.*, 2008). Έχει επίσης αντίκτυπο στη σωματική υγεία, όπως η γενική σωματική ευεξία (Henseke, 2018) ή οι καρδιακές παθήσεις. (S Menéndez-Espina *et al.*, 2019)

Οι εργαζόμενοι που πιστεύουν ότι μπορεί να χάσουν τη δουλειά τους στο εγγύς μέλλον έχει αποδειχθεί ότι έχουν χειρότερη ψυχική και σωματική υγεία (S. Burgard & K. Y. Lin, 2013)

### **Συγκρούσεις ρόλων**

Η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ οικογενειακής και προσωπικής ζωής, μπορεί να οριστεί ως «ένα είδος σύγκρουσης ρόλων, όπου οι απαιτήσεις του ρόλου της εργασίας, δεν μπορούν να συνδυαστούν με τις απαιτήσεις του ρόλου που έχει κάποιος στην προσωπική του ζωή». (Greenhaus & Beutell, 1985)

Τα είδη της σύγκρουσης ρόλων είναι συνήθως τρία: (Greenhaus & Beutell, 1985) Η χρονική σύγκρουση, όπου ο ένας ρόλος καταναλώνει πολύ χρόνο σε βάρος του άλλου ρόλου. Επομένως, οι συνεχείς υπερωρίες και οι βάρδιες των επαγγελματιών υγείας, δημιουργούν προβλήματα για τους γονείς που επιθυμούν να έχουν ενεργό ρόλο στην ανατροφή των παιδιών τους. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Δεύτερον, η συναισθηματική σύγκρουση αναφέρεται στο γεγονός ότι ο ένας ρόλος βαραίνει σε ψυχολογικό επίπεδο το άτομο με στρες, κόπωση ή πίεση, με αποτέλεσμα αυτό να επιδρά αρνητικά και την ολοκλήρωση του άλλου ρόλου. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Τρίτον, η συμπεριφορική σύγκρουση συμβαίνει όταν οι συμπεριφορές του ατόμου σε έναν ρόλο, έρχονται σε πλήρη αντίθεση με την συμπεριφορά του ατόμου στον άλλον ρόλο. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Ένας επαγγελματίας (π.χ. γιατρός) που στην εργασία του οφείλει να είναι σοβαρός και ενίοτε ψυχρός και απρόσωπος, έρχεται σε αντίφαση με τον ρόλο που έχει στο σπίτι που πρέπει να είναι ευδιάθετος και στοργικός. Οι αλλαγές των ρόλων, πολλές φορές ωθούν το άτομο να συγκρούεται σε προσωπικό επίπεδο, καθώς καθίσταται δύσκολο ή / και ανέφικτο κάτι τέτοιο να γίνεται γρήγορα και αποτελεσματικά. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Αν σκεφτούμε όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με τον υπερβολικά ανταγωνιστικό χώρο εργασίας που επικρατεί σήμερα, μία Ευρώπη που «γερνάει» όλο και περισσότερο, την συνεχή αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών, τις αυξημένες οικονομικές ανάγκες, και την απουσία ευέλικτου ωραρίου εργασίας στο ιατρικό & νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι επόμενο οι συγκρούσεις ρόλων να είναι ένας αναπόφευκτος παράγοντας άγχους, που συμβάλει στην εμφάνιση ασθενειών, στην μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή όπως και από την εργασία, καθώς και σε οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

## **Ανταμοιβή**

Η ανεπαρκής αναγνώριση και ανταμοιβή (είτε οικονομική, θεσμική ή κοινωνική) αυξάνει την ευπάθεια του ανθρώπου στην επαγγελματική εξουθένωση, επειδή υποτιμά την εργασία ή/και τους εργαζόμενους και έχει συνδεθεί στενά με αισθήματα αναποτελεσματικότητας. (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016)

Σύμφωνα με τους Siegrist et al., 1996 μια ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής μπορεί να οδηγήσει σε μια κατάσταση «ενεργού αγωνίας» προκαλώντας έντονα αρνητικά συναισθήματα. Οι υψηλές προσπάθειες που ακολουθούνται από χαμηλές ανταμοιβές είναι πιθανό να πυροδοτήσουν συνεχείς αντιδράσεις στο στρες,



ενώ η ισορροπία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής δημιουργεί θετικά συναισθήματα, ικανά να προάγουν την ευημερία και την υγεία στην εργασία. (de Sousa *et al.*, 2019)

## **Πανδημία Covid – 19**

Η πανδημία COVID-19 έχει εισαγάγει πρόσθετα στοιχεία κόπωσης, καταπόνησης, άγχους, απώλειας και θλίψης για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα το παραϊατρικό προσωπικό, υπήρξαν στην πρώτη γραμμή σε όλη την χρονική διάρκεια αυτής της πανδημίας. (S. Couarraze. *et al.*, 2021)

Πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισαν αυξημένο φόρτο εργασίας λόγω του περιορισμένου προσωπικού και των ελλείψεων σε κρίσιμο εξοπλισμό ατομικής προστασίας. Αυτό οδήγησε σε αυξανόμενο άγχος και τον κίνδυνο προσωπικής μόλυνσης. (CDC, 2016)

Ορισμένοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αναφέρουν συμπτώματα συμβατά με διαταραχή μετά - τραυματικού στρες που σχετίζεται με την πανδημία. Μερικοί ανέφεραν επίσης υπολειπόμενα συμπτώματα λόγω προσωπικής μόλυνσης με COVID-19. (CDC, 2016)

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η έλλειψη εξοπλισμού ατομικής προστασίας και άλλων προληπτικών μέτρων, συνδέεται με εξουθένωση και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γραμμής. (Dinibutun, 2020)

### 3.4. Ατομικοί Παράγοντες

#### Προσωπικά χαρακτηριστικά

Μερικοί άνθρωποι είναι περισσότερο επιρρεπείς στο άγχος από άλλους και η προσωπικότητα κάθε ατόμου φαίνεται να καθορίζει το πως οι άνθρωποι - επαγγελματίες, αντιλαμβάνονται τους στρεσογόνους παράγοντες, καθώς και πώς τους αντιμετωπίζουν. (Arnold *et al.*, 2005).

Τα προσωπικά χαρακτηριστικά αυτά που σχετίζονται με την εξουθένωση, περιλαμβάνουν αυτοκριτική, εμπλοκή σε μη βοηθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, στέρηση ύπνου, υπερβολική δέσμευση, τελειομανία, ιδεαλισμός και ανισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής και ανεπαρκές σύστημα υποστήριξης εκτός εργασιακού περιβάλλοντος. (R. Patel *et al.*, 2018)

#### Φύλο & Ηλικία

Αν και το φύλο δεν είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας εξουθένωσης, ορισμένες μελέτες έχουν βρει ότι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας έχουν 20%-60% αυξημένες πιθανότητες κόπωσης σε σύγκριση με τους άνδρες. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν εξουθένωση λόγω της ισχυρής επίδρασης της συναισθηματικής εξάντλησης στην αποπροσωποποίηση, η οποία μπορεί περαιτέρω να οδηγήσει σε μειωμένη προσωπική επιτυχία. (R. Patel *et al.*, 2018)

Η Maslach (1982) αναφέρει ότι δεν έχουν επιβεβαιωθεί διαφορές με βάση το φύλο ως προς την επαγγελματική εξουθένωση. Παρόλα αυτά οι γυναίκες σκοράρουν υψηλότερα στην συναισθηματική κούραση, ίσως επειδή οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμπλακούν συναισθηματικά με τους γύρω τους. (Maslach, 1982)

Πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες υποφέρουν εξίσου από εξάντληση και κόπωση. Ωστόσο, η «Έλλειψη αποτελεσματικότητας» είναι λιγότερο συνηθισμένη στο αρσενικό φύλο. Οι άνδρες γιατροί και επαγγελματίες υγείας είναι πολύ λιγότερο πιθανό να αμφιβάλλουν για την ποιότητα της εργασίας

τους σε σχέση με τις γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο κουρασμένοι είναι. (D. Drummond, 2016)

Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείτο κάποτε ως φαινόμενο σταδιοδρομίας, αλλά οι πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν ότι οι νεότεροι επαγγελματίες υγείας έχουν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο άγχους σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους συναδέλφους και ότι η έναρξη μπορεί να είναι ήδη από την εκπαίδευση. (R. Patel *et al.*, 2018)

### **3.5. Οργανωτικοί παράγοντες**

#### **Κουλτούρα & κλίμα**

Το οργανωσιακό κλίμα σχετίζεται με το πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον τρόπο που λειτουργεί ο οργανισμός τους, ενώ η οργανωσιακή κουλτούρα εκφράζεται ως «τις αξίες, τις οποίες μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού και ασκούν επιρροή στην συμπεριφορά τόσο των ατόμων όσο και των ομάδων». (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Επομένως, όταν οι αξίες του οργανισμού και του εργαζόμενου δεν συνάδουν, είναι πολύ απαιτητικό για τον εργαζόμενο να καταφέρει να αποδώσει σε καθήκοντα, τα οποία δεν πιστεύει ή διαφωνεί πλήρως. Ως εκ τούτου, η κατάσταση αυτή συνδυαστικά με την ανεπαρκή ενδυνάμωση και επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα εργασιακού άγχους. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

Επίσης, οργανωτικοί παράγοντες αποτελούν οι αρνητικές συμπεριφορές ηγεσίας, οι ανεπαρκείς ανταμοιβές, η περιορισμένη διαπροσωπική συνεργασία και οι περιορισμένες ευκαιρίες για πρόοδο και κοινωνική υποστήριξη για τους επαγγελματίες υγείας, που μπορεί επίσης να επηρεάσουν την επαγγελματική εξουθένωση. (R. Patel *et al.*, 2018)

### **3.6. Επιπτώσεις**

Το εργασιακό άγχος και κατά επέκταση η επαγγελματική εξουθένωση, έχουν συνδεθεί με διάφορες μορφές αρνητικών επιπτώσεων, συμπεριλαμβανομένης της απομάκρυνσης από το επαγγελματικό περιβάλλον, της δυσαρέσκειας ή μη ικανοποίησης, της χαμηλής οργανωτικής δέσμευσης, της απουσίας και της πρόθεσης εγκατάλειψης ή εναλλαγής της εργασίας. (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016)

Ο κεντρικός φορέας που χειρίζεται θέματα υγείας, άγχους και ασφάλειας στην εργασία στην Αγγλία σε μία έκθεση του αναφέρει ότι το 2007-2008, 442.000 εργαζόμενοι στην Μεγάλη Βρετανία, βίωσαν άγχος στην εργασία τους σε σημείο τέτοιο που ένιωθαν άρρωστοι, ότι 13.5 εκατομμύρια εργάσιμες μέρες έχουν χαθεί εξαιτίας του εργασιακού άγχους και ότι αυτό κόστισε στους εργοδότες πάνω από 381 εκατομμύρια λίρες. (Griffin, M. A., & Clarke, S., 2011, Cousins, R., Mackay, C. J., Clarke, S. D., Kelly, C., Kelly, P. J., & McCaig, R. H. 2004)

Η εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας όμως, συνεπάγεται σοβαρότερες εργασιακές επιπτώσεις, από ό,τι σε άλλα επαγγέλματα. Η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών έχει συσχετιστεί με τη μη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών, με αποτέλεσμα χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών και μειωμένη ποιότητα της περίθαλψης (S. De Hert, 2020), που δυνητικά οδηγούν σε πολύ σοβαρές συνέπειες για τους ίδιους τους επαγγελματίες, τους ασθενείς και τα μεγαλύτερα ιδρύματα στα οποία αλληλοεπιδρούν. (Dechasa *et al.* 2021)

Τις περισσότερες φορές, όλες αυτές οι επιπτώσεις στην εργασία επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό και την προσωπική ζωή του ατόμου. (S. De Hert, 2020) Συγχρονικές μελέτες έχουν δείξει συσχετίσεις μεταξύ της εξουθένωσης ή του εργασιακού άγχους και των σωματικών ασθενειών, της ψυχολογικής δυσφορίας και των ψυχικών ασθενειών (K. Bhui, *et al.*, 2016), όπως η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, οι διαταραχές ύπνου, η κατάθλιψη, η καθιστική ζωή, η παχυσαρκία και ο μυοσκελετικός πόνος. (Salvagioni *et al.*, 2017)

Επομένως, διακρίνοντας τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ψυχικές, σωματικές και επαγγελματικές, αναφέρονται ξεχωριστά και αναλύονται περισσότερο παρακάτω.

### **i) Ψυχικές συνέπειες**

Το εργασιακό στρες και ο επηρεασμός του σε επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, συχνά οδηγεί στην εκδήλωση ψυχικών προβλημάτων όπως άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία και αισθήματα ανεπάρκειας. (Μουστάκα & Κωνσταντινίδης, 2010)

Διαφορετικές μελέτες έχουν συσχετίσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης με προβλήματα στη λήψη αποφάσεων, διαταραχές συγκέντρωσης ή μνήμης, μειωμένη ικανότητα ελέγχου, άγχος, καταθλιπτικές κρίσεις, απογοήτευση με τη ζωή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αϋπνία, ευερεθιστότητα και αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και καπνού. Άλλες έρευνες δείχνουν πως η επαγγελματική κόπωση, μπορεί να αποτελέσει και έναν παράγοντα αυτοκτονίας. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

## **ii) Συνέπειες στη σωματική υγεία**

Οι ασθένειες του σώματος που σχετίζονται με το άγχος περιλαμβάνουν τις ημικρανίες, την υπέρταση, τις καρδιακές παθήσεις, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, τους μυϊκούς πόνους, την πλάτη καθώς και τις αρθρώσεις, ενώ οι ψυχολόγοι που ενδιαφέρονται για τον ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στις ανθρώπινες παθήσεις έχουν επικεντρωθεί κυρίως στη στεφανιαία νόσο και τον καρκίνο. (Μουστάκα & Κωνσταντινίδης, 2010)

Αρκετές ανασκοπήσεις μελετών καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από διάφορα προβλήματα σωματικής υγείας, όπως μυοσκελετικό πόνο, γαστρικές αλλοιώσεις, καρδιαγγειακές διαταραχές, πονοκεφάλους, αυξημένη ευπάθεια σε λοιμώξεις, καθώς και αϋπνία και χρόνια κόπωση. Η εξουθένωση επίσης αυξάνει επικίνδυνα τα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα και αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για διαβήτη τύπου 2. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Μελέτη που έγινε από μία ομάδα ιατρικών ερευνητών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι με χρόνια στρες ήταν δύο φορές περισσότερο πιθανό, σε σχέση με απαλλαγμένους από στρες, να πάσχουν από μεταβολικό σύνδρομο που συνδέεται με σοβαρές ασθένειες όπως διαβήτης και υπέρταση. (Greenberg & Baron, 2013)

Επιπρόσθετα, μερικές αρχές εκτιμούν ότι το στρες διαδραματίζει ρόλο σε πολλά επίπεδα, κυμαίνεται σε ποσοστό 50% - 70% όλων των μορφών σωματικής ασθένειας και σε αυτά τα νούμερα περιλαμβάνονται μερικές από τις πιο σοβαρές και απειλητικές για την ζωή ασθένειες. (Greenberg & Baron, 2013)

### **iii) Επαγγελματικές συνέπειες & σε επίπεδο συμπεριφοράς**

Εκτός από τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα υγείας, γενικά, η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται επίσης άμεσα με τη δυσαρέστηση από την εργασία, την έλλειψη οργανωτικής δέσμευσης, την συχνή απουσία, την πρόθεση μετακίνησης και τις μειώσεις στην απόδοση. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Κάποια άτομα συνεχίζουν να πηγαίνουν στην εργασία τους, χωρίς όμως να ασχολούνται ουσιαστικά με τα καθήκοντα ή τις ευθύνες της εργασίας τους λόγω προβλημάτων υγείας, ενώ άλλοι εργαζόμενοι με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, μπορεί δικαιολογημένα να παραιτηθούν από τη δουλειά τους. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

Αξίζει να αναφερθεί πως τα άτομα που βιώνουν εξουθένωση μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στους συναδέλφους τους, τόσο προκαλώντας μεγαλύτερες προσωπικές συγκρούσεις όσο και διαταράσσοντας τα εργασιακά τους καθήκοντα. Έτσι, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να είναι «μεταδοτική» και να διαιωνίζεται και μέσω των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων στην εργασία. (C. Maslach & M.P. Leiter, 2016)

Επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε αποκλίνουσες και αντιπαραγωγικές συμπεριφορές στους εργαζόμενους, επιθετικότητα μεταξύ των συναδέλφων αλλά ακόμη και χρήση αλκοόλ και ψυχοτρόπων ναρκωτικών, κακή χρήση εταιρικού υλικού ή ακόμα και κλοπή. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

### **3.7. Επίπεδα συνεπειών**

Η μορφή και η εξέλιξη των συνεπειών που αναφέρθηκαν παραπάνω (σωματικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές) δεν είναι η ίδια σε όλες τις περιπτώσεις. Υπό αυτή την έννοια, και παρόλο που δεν είναι πάντα εύκολο να τα οριοθετήσουμε, έχουν περιγραφεί τέσσερα επίπεδα:

Ήπια: οι πάσχοντες έχουν ήπια, μη ειδικά σωματικά συμπτώματα (πονοκεφάλους, οσφυαλγία, οσφυαλγία), παρουσιάζουν κάποια κόπωση και γίνονται λιγότερο λειτουργικοί.

Μέτρια: εμφανίζονται αϋπνία, ελλείμματα προσοχής και συγκέντρωσης. Επίσης, αποστασιοποίηση, ευερεθιστότητα, κυνισμός, κόπωση, πλήξη, προοδευτική απώλεια κινήτρων, καθιστώντας το άτομο συναισθηματικά εξουθενωμένο με συναισθήματα απογοήτευσης, ανικανότητας, ενοχής και αρνητικής αυτοεκτίμησης.

Σοβαρή: αυξημένη απουσία, αποστροφή και αποπροσωποποίηση από τα καθήκοντα, καθώς και κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοτρόπων ναρκωτικών.

Ακραίες: ακραίες συμπεριφορές απομόνωσης, επιθετικότητα, υπαρξιακή κρίση, χρόνια κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας. (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022)

## **Συμπεράσματα**

Αναλύοντας τη σχέση των επαγγελματιών υγείας και του εργασιακού στρες, συμπεραίνουμε ότι οι παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται και πυροδοτούν αισθήματα άγχους, είναι πολλοί. Αρκετοί από αυτούς είναι πολύ δύσκολο να αναστραφούν, καθιστώντας το στρες ένα αναπόσπαστο κομμάτι στην ζωή των επαγγελματιών υγείας και κατά επέκταση τις συντριπτικές συνέπειες του. Ωστόσο, η εργασία αυτή καθιστά σκόπιμο να παραθέσει τα αποτελέσματα της έρευνας, η οποία επικεντρώθηκε στο εργασιακό άγχος και στο κατά πόσο οι παραπάνω στρεσογόνοι παράγοντες, επηρεάζουν τους σημερινούς επαγγελματίες υγείας στον Ελλαδικό χώρο και παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πλαίσιο και μεθοδολογία έρευνας**

### **Εισαγωγή**



Μέσα από το κεφάλαιο 4, θα δούμε ποια ερευνητική μέθοδος εφαρμόστηκε, ποιες ομάδες ανθρώπων μελετήθηκαν και πώς πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων. Παράλληλα, οι προτάσεις/ερωτήσεις που συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη ερμηνεύονται παρακάτω, καθώς και το πώς επεξεργάστηκαν οι απαντήσεις που ελήφθησαν από τους ερωτηθέντες κατά τη διάρκεια της έρευνας.

#### **4. Πλαίσιο**

Η έρευνα στόχευσε σε απαντήσεις από επαγγελματίες υγείας είτε απασχολούνται σε ιδιωτικό, είτε σε δημόσιο φορέα και επομένως, θα μπορούσαμε να πούμε πως το πλαίσιο ή ο χώρος της έρευνας, είναι η οποιαδήποτε μονάδα ή οργανισμός υγείας, όπως «νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κέντρα υγείας, κλινικές, ιατρεία, κλινικές αποκατάστασης και άλλοι φορείς ιατρικών υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παροχή φροντίδας σε ασθενείς».

Οι ερωτώμενοι που έλαβαν και απάντησαν το ερωτηματολόγιο «είναι ιατροί (ειδικευόμενοι, ειδικοί), οδοντίατροι, νοσηλευτές/νοσηλεύτριες, μαιές/μαιευτές, φυσικοθεραπευτές, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων και λοιπό παραϊατρικό προσωπικό» που εργάζονται στην Ελλάδα και με τις αποκρίσεις τους, σχηματίστηκαν τα αποτελέσματα που θα δούμε αναλυτικά στο κεφάλαιο 5.

##### **4.1. Ερευνητική μέθοδος**

Το ερωτηματολόγιο, που αποτέλεσε το μοναδικό εργαλείο της έρευνας, αποτελεί έναν από τους πιο βοηθητικούς τρόπους λήψης απαντήσεων και κυρίως «τα ψηφιακής μορφής ερωτηματολόγια» είναι ευρέως δημοφιλή επειδή προστατεύουν την ανωνυμία των συμμετεχόντων, πράγμα που ενθαρρύνει τους συμμετέχοντες να απαντήσουν με περισσότερη ειλικρίνεια.

Επομένως, τα δεδομένα για την συγκεκριμένη μελέτη συλλέχθηκαν μέσω χρήσης ενός δομημένου ερωτηματολογίου, καθώς είναι ευρέως γνωστό πως «τα ερωτηματολόγια προσφέρουν ένα αντικειμενικό μέσο συλλογής πληροφοριών σχετικά με τις πεποιθήσεις των ανθρώπων, που συχνά αυτό αποκλειστικά καθιστά το μοναδικό εργαλείο σε σύγχρονες έρευνες και μελέτες». (Boynton & Greenhalgh, 2004)

Τα ερωτηματολόγια για την έρευνα αυτής της μελέτης, δόθηκαν και συμπληρώθηκαν σε έντυπη μορφή στους συμμετέχοντες ή σε ηλεκτρονική μορφή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, καθώς η χρήση ενός συνδυασμού μεθόδων διαχείρισης της έρευνας μπορεί να βοηθήσει στη διασφάλιση καλύτερης κάλυψης του δείγματος (Dillman, Smyth, & Christian, 2014, Singleton & Straits, 2009), και επιπρόσθετα τα άτομα που δεν έχουν την δυνατότητα πρόσβασης σε διαδίκτυο, να μπορέσουν να συμπεριληφθούν στην έρευνα. (Ponto, J., 2015b)

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε σχολαστικά μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και προσαρμόστηκε έτσι ώστε να ταιριάζει στο μέσο της έρευνας (web, email), καθώς «ένα ερωτηματολόγιο συνήθως αντιλαμβάνεται ως μία απλή αρίθμηση ερωτήσεων, όμως, ο τύπος της ερώτησης και η ταξινόμηση της, επηρεάζουν αδιαμφισβήτητα τα αποτελέσματα της έρευνας». (Yaddanapudi, S. & Yaddanapudi, L., 2019)

#### **4.2. Συμμετέχοντες**

Τα άτομα που ανταποκρίθηκαν στο ερωτηματολόγιο, «γυναίκες και άντρες», έχουν ηλικία «άνω των 18 ετών», που εργάζονται σε ιδιωτικούς ή δημόσιους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Εργαζόμενοι με εμπειρία έως 2 έτη στο επαγγελματικό περιβάλλον της υγείας περιέχονται στο δείγμα, όπως και εργαζόμενοι με εργασιακή εμπειρία πάνω από 20 έτη. Η «σύμβαση εργασίας» των ερωτηθέντων

ταξινομούνται σε «μόνιμη, ορισμένου ή αορίστου χρόνου» και η βάρδια που εργάζονται σε «πρωινή, απογευματινή-βραδινή ή κυκλική».

### **4.3. Διαδικασία**

Η πλειοψηφία των απαντήσεων επιτεύχθηκε, κατά κύριο λόγο, μέσω διαδικτύου, με τη χρήση δομημένων και ανώνυμων ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και άλλα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Το ερωτηματολόγιο που μοιράστηκε, κατασκευάστηκε στις «διαδικτυακές φόρμες Microsoft» για ευκολότερη πρόσβαση των ερωτηθέντων από πολλά διαφορετικά μέρη της Ελλάδας και οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν, διαχειρίστηκαν σε «υπολογιστικό φύλλο» και έπειτα μετατράπηκαν σε γραφική απεικόνιση για την αναπαράσταση των αποτελεσμάτων.

### **4.4. Συλλογή δεδομένων**

Συνολικά στάλθηκαν 98 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν πλήρως ολοκληρωμένα τα 75. Η έρευνα επεκτάθηκε σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας όπως Θεσσαλονίκη, Καβάλα και Αθήνα, με χρονική διάρκεια συλλογής δεδομένων από Μάρτιο έως Απρίλιο 2022.

### **4.5. Εργαλείο έρευνας**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, διανεμήθηκε στην ελληνική γλώσσα και χωρίστηκε σύμφωνα με τα ακόλουθα:

Ενότητα 1: «Ερωτήσεις δημογραφικής φύσης (φύλο, ηλικία, αριθμό παιδιών, είδος, σχέση και βάρδια εργασίας) και στοιχεία ερωτώμενου», με σκοπό μία ακριβέστερη εικόνα των ομάδων που ερευνούμε.

Ενότητα 2: «Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο εργασιακό στρες και στους επαγγελματίες υγείας»

Ενότητα 3: «Αναγνώριση των εργασιακών παραγόντων που προκαλούν στρες στους επαγγελματίες υγείας».

#### 4.6. Τύποι ερωτήσεων

Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει «διχοτομικές ερωτήσεις» («ναι» ή «όχι», «άνδρας» ή «γυναίκα»), με τον ερωτώμενο να καλείται να επιλέξει υποχρεωτικά μία από τις δύο απαντήσεις.

Επιπρόσθετα, σε όλες τις ενότητες του ερωτηματολογίου (1,2,3) συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις «κλειστού τύπου» και «πολλαπλής επιλογής», οι οποίες δομούν την απάντηση επιτρέποντας μόνο απαντήσεις που ταιριάζουν σε προαποφασισμένες κατηγορίες.

Αξίζει να σημειωθεί πως «οι κλειστές ερωτήσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για την έρευνα και για την αξιολόγηση γεγονότων ζωής που μπορεί να προκαλέσουν άγχος» από τους Holmes & Rahe το 1967. (Noone, 2017).

Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο είναι «οι κλίμακες τύπου Likert\*», οι οποίες χρησιμοποιούνται στην «έρευνα ιατρικής εκπαίδευσης» (Sullivan & Artino, 2013b) και «η κλίμακα υποκειμενικής ευημερίας του BBC», η οποία συνιστάται για ερευνητικούς και κλινικούς σκοπούς. (Kinderman *et al.*, 2011)

Στο τμήμα 2 του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε «η κλίμακα υποκειμενικής ευημερίας του BBC» 5 βαθμών, με πιθανές απαντήσεις από «καθόλου» έως «εξαιρετικά πολύ».

Στην ενότητα 3, εφαρμόστηκε «η κλίμακα Likert» 5 βαθμών, με επιλογή απαντήσεων από «συμφωνώ απόλυτα» έως «απολύτως διαφωνώ».

#### 4.7. Τύποι μεταβλητών

Οι μεταβλητές που εμφανίζονται στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Κατηγορία μεταβλητών	Ερώτηση
Ποιοτικές	Τμήμα 1: 1 – 10
Μη συνεχείς	Τμήμα 1: 2 & 8
Ανεξάρτητες μεταβλητές	Τμήμα 1: 1-10
Εξαρτημένες μεταβλητές	Τμήμα 2: 11 – 19 Τμήμα 3: 20 – 44

**Πίνακας 1: Τύποι μεταβλητών**

\*Likert scale. Αναπτύχθηκε το 1932 από τον Rensis Likert για τη μέτρηση στάσεων, η τυπική κλίμακα Likert είναι μια τακτική κλίμακα 5 ή 7 βαθμών που χρησιμοποιείται από τους ερωτηθέντες για να βαθμολογήσει τον βαθμό στον οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν με μια δήλωση.

#### **4.8. Ανάλυση του δείγματος**

Το «πρόγραμμα Microsoft Excel» χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της περιγραφικής ανάλυσης, δηλαδή για τη συγκέντρωση όλων τα δεδομένων της έρευνας και για τη μετατροπή όλων των απαντήσεων σε ποσοστά.

Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο μέσω του γραφήματος πίτας, το οποίο επιλέχθηκε καθώς επιτρέπει στον καθένα

ξεχωριστά να αντιληφθεί κάθε σύγκριση δεδομένων και να κατανοήσει γρήγορα τις λεπτομέρειες. (Slutsky, 2014)

Η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων επιτεύχθηκε μέσω του «προγράμματος SPSS (Superior Performance Software System)» και τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν παρουσιάζονται και ερμηνεύονται λεπτομερώς στο κεφάλαιο 5.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Περιγραφική Στατιστική & Στατιστική Ανάλυση**

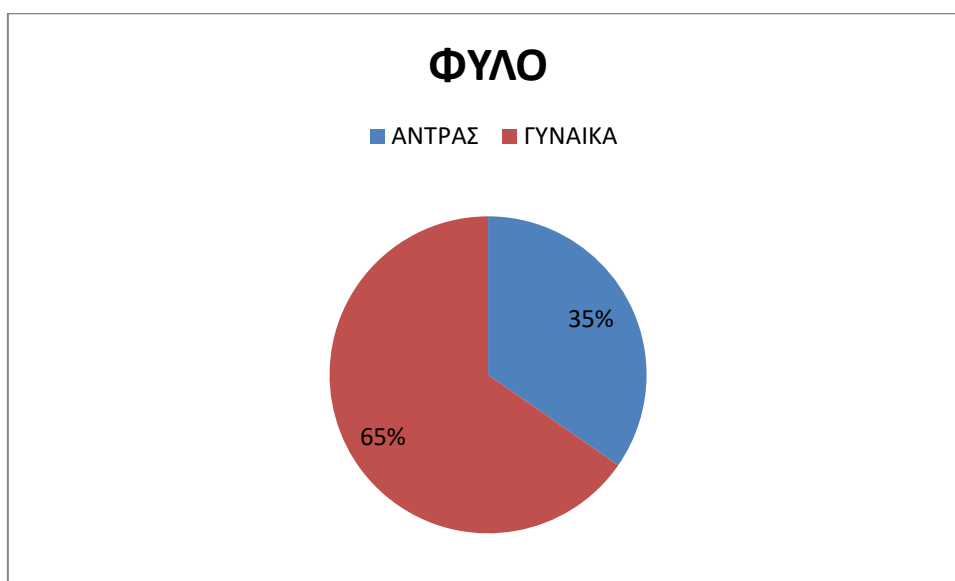
### **Εισαγωγή**

Σε πρώτο στάδιο έγινε περιγραφική ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και εμφανίζονται παρακάτω με τη μορφή διαγραμμάτων. Έπειτα, ακολουθεί η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων και

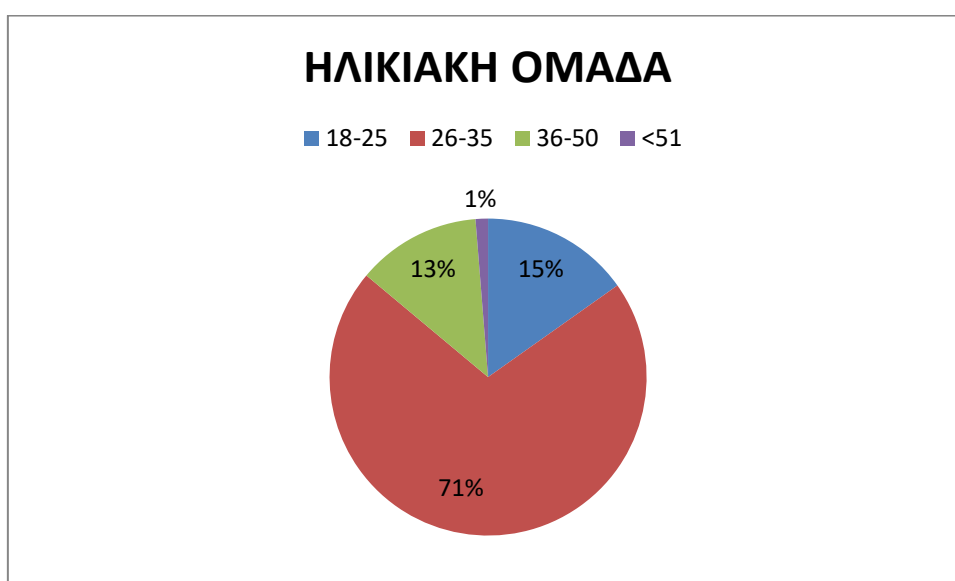
από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν προέκυψαν τα δεδομένα που θα δούμε στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου.

## 5. Περιγραφική Στατιστική

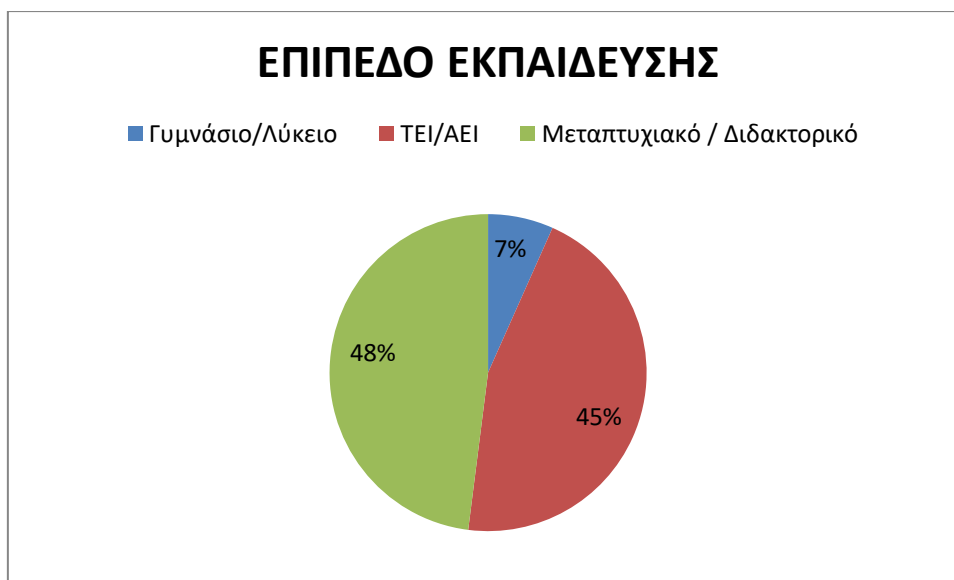
### 5.1. Χαρακτηριστικά του δείγματος



**Διάγραμμα 1:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού ανδρών - γυναικών, όπου το 65% είναι γυναίκες και το 35% άνδρες.

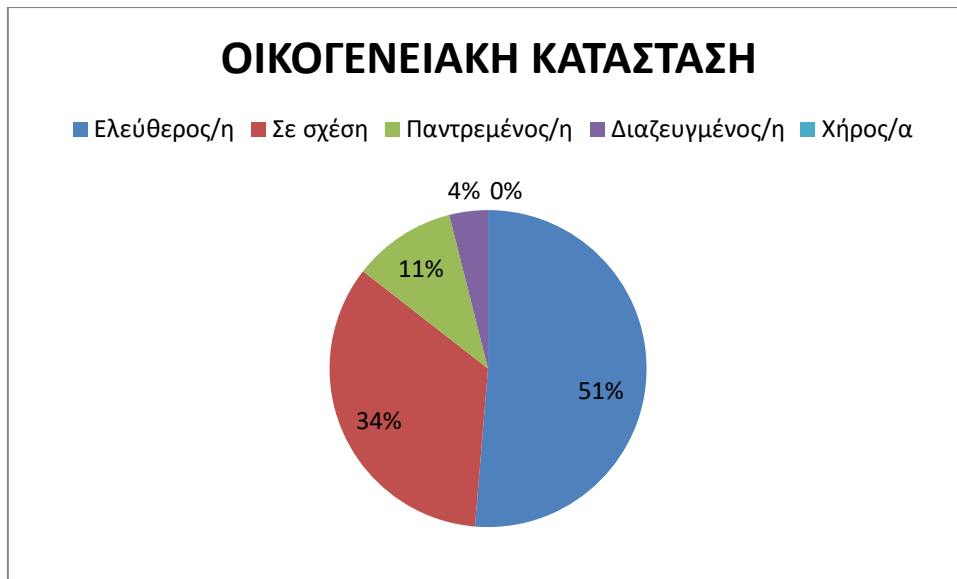


**Διάγραμμα 2:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού των διαφόρων ηλικιακών ομάδων του δείγματος, όπου το 71% ήταν ηλικίας 26-35 ετών, το 15% 18-25, το 13% 36-50 και το 1% μεγαλύτεροι των 51 ετών.

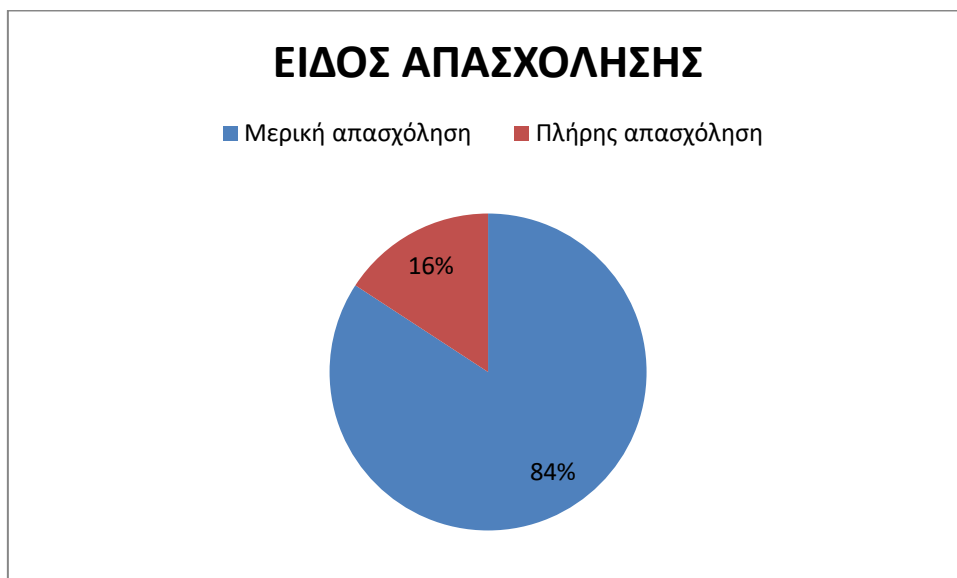


**Διάγραμμα 3:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού των διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης του δείγματος, όπου το 48% ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού διπλώματος, το 45% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ / ΑΕΙ, το 17% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου/ Λυκείου και το 0%, δηλαδή κανένας ερωτηθέντας δεν είχε μόνο τη βασική εκπαίδευση.

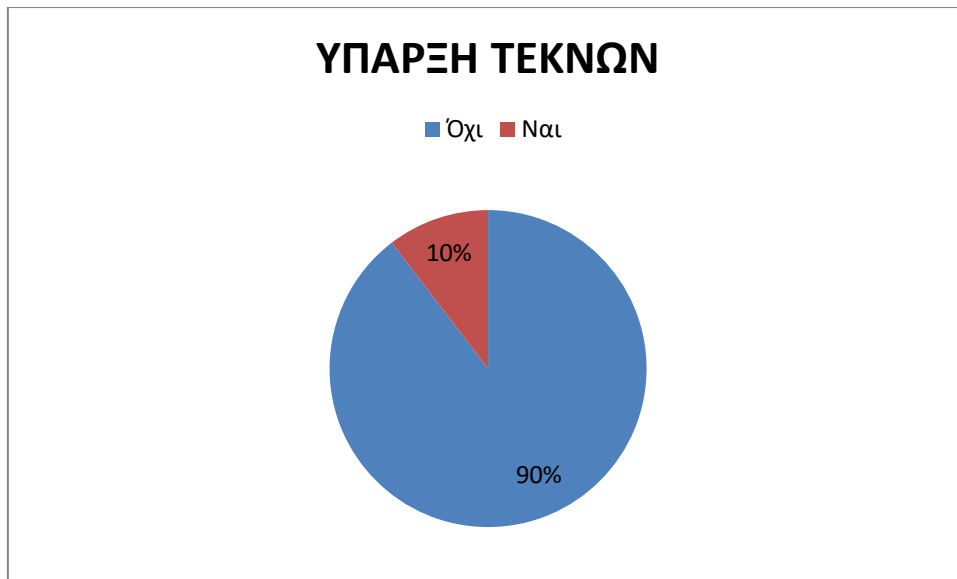




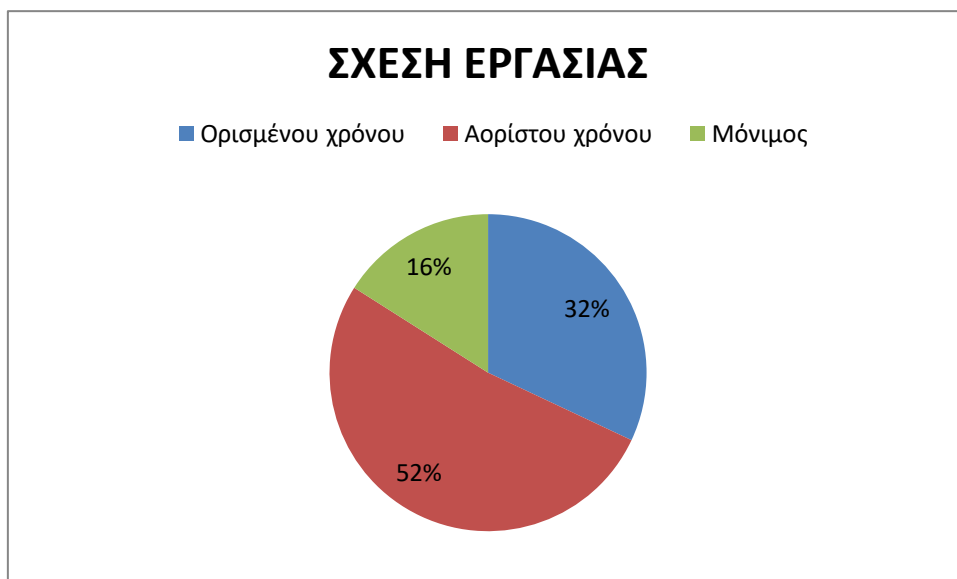
**Διάγραμμα 4:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος, όπου το 51% ήταν ελεύθεροι, το 34% ήταν σε σχέση, το 11% ήταν παντρεμένοι, το 4% ήταν διαζευγμένοι και το 0%, δηλαδή κανένας ερωτηθέντας δεν ήταν χήρος.



**Διάγραμμα 5:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού του είδους απασχόλησης του δείγματος, όπου το 84% ήταν υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης και το 16% υπό καθεστώς πλήρους απασχόλησης.



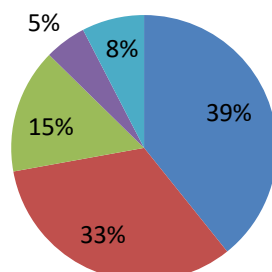
**Διάγραμμα 6:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού των ερωτηθέντων που είχαν τέκνα, όπου το 90% ήταν άνευ τέκνων και το 10% είχαν τέκνα.



**Διάγραμμα 7:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού της σχέσης εργασίας του δείγματος, όπου το 52% ήταν με σύμβαση αορίστου χρόνου, το 32% ήταν με σύμβαση ορισμένου χρόνου και το 16% ήταν μόνιμοι.

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

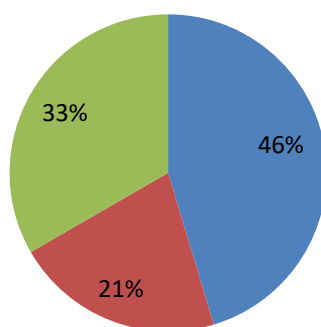
■ 0-2 ■ 2-5 ■ 5-10 ■ 10-20 ■ >20



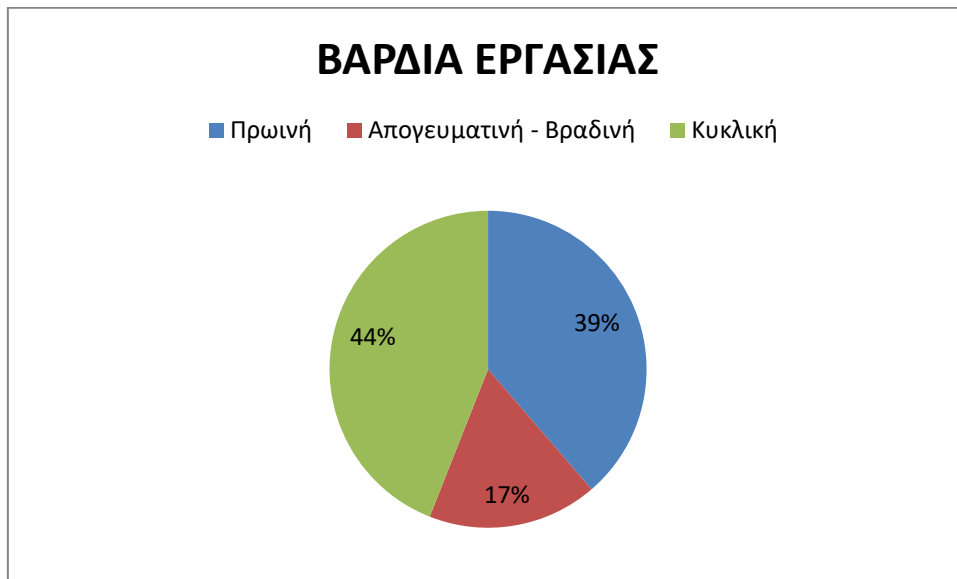
**Διάγραμμα 8:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού επαγγελματικής εμπειρίας ανά έτη, του δείγματος, όπου το 39% είχαν προϋπηρεσία 0-2 χρόνια, το 33% είχαν 2-5, το 15% 5-10, το 8% πάνω από είκοσι χρόνια και το 5% είχαν 10-20 χρόνια.

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ

■ Λοιπό προσωπικό υγείας ■ Νοσηλευτής/ Νοσηλεύτρια ■ Ιατρός

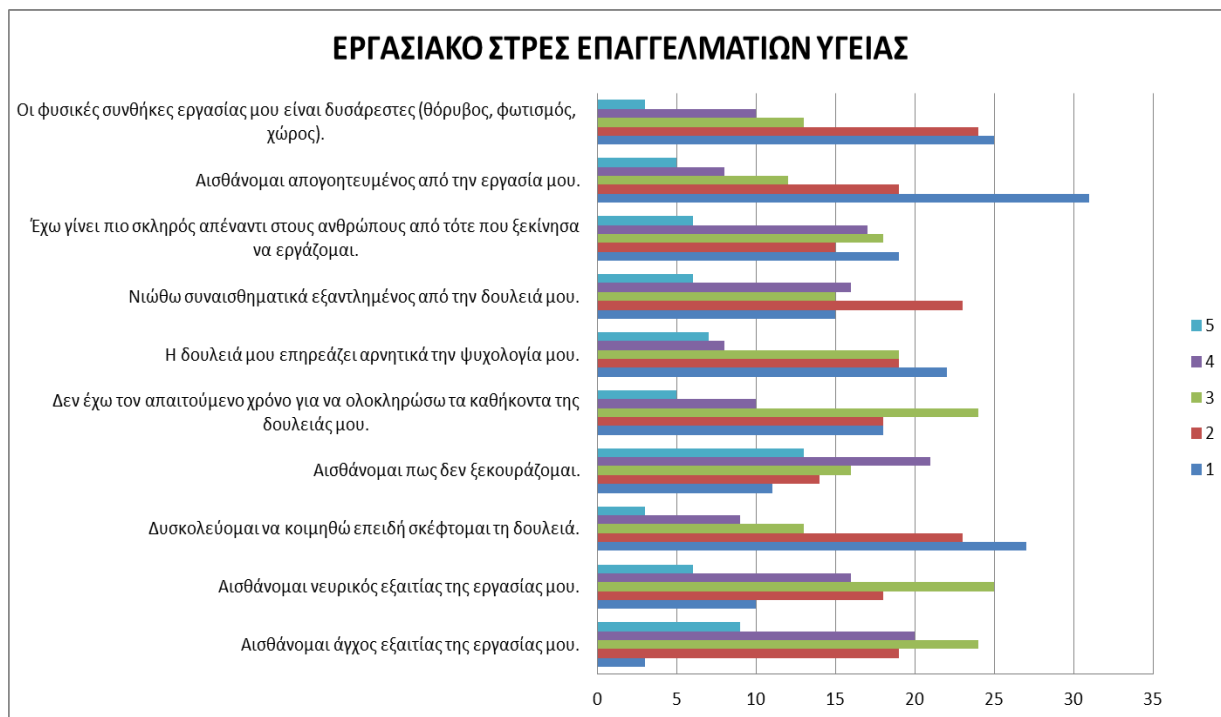


**Διάγραμμα 9:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού του δείγματος ανά επαγγελματική θέση ευθύνης, όπου το 46% ήταν λοιπό προσωπικό υγείας, το 33% ήταν Ιατροί και το 21% αποτελούνταν από νοσηλευτικό προσωπικό.



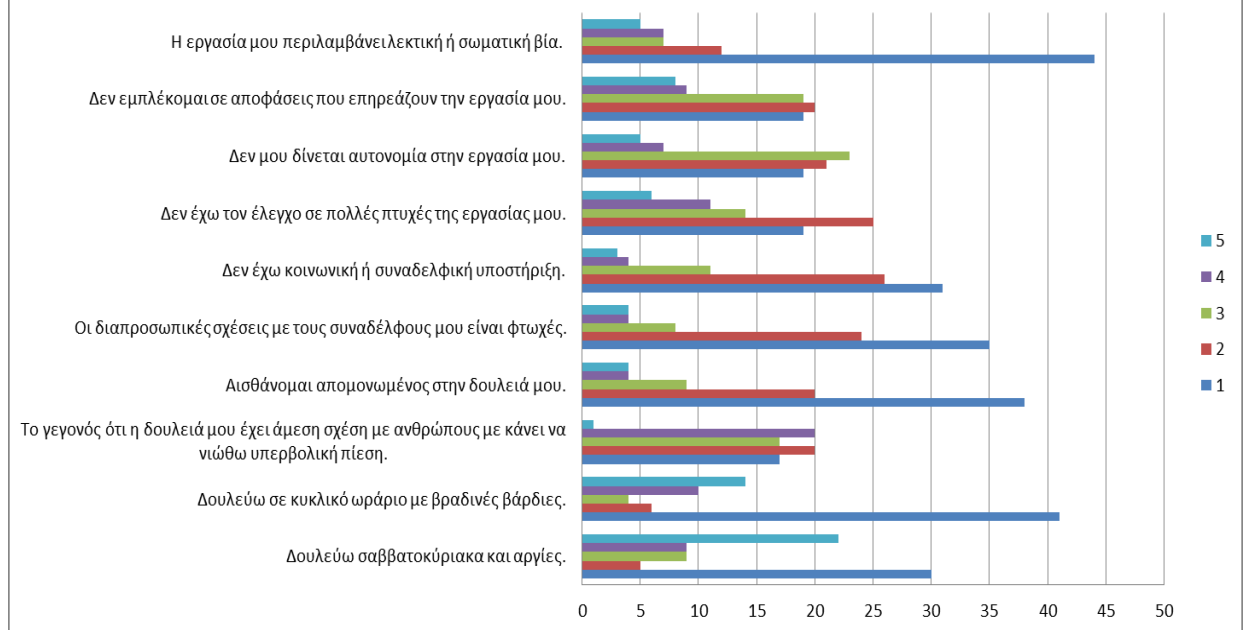
**Διάγραμμα 10:** Απεικόνιση σε πίτα του ποσοστού του δείγματος ανά βάρδια, όπου το 44% ήταν κυκλική βάρδια, το 39% ήταν πρωινή και το 17% ήταν απογευματινή και βραδινή βάρδια.

## 5.2. Εργασιακό στρες & Επαγγελματίες Υγείας



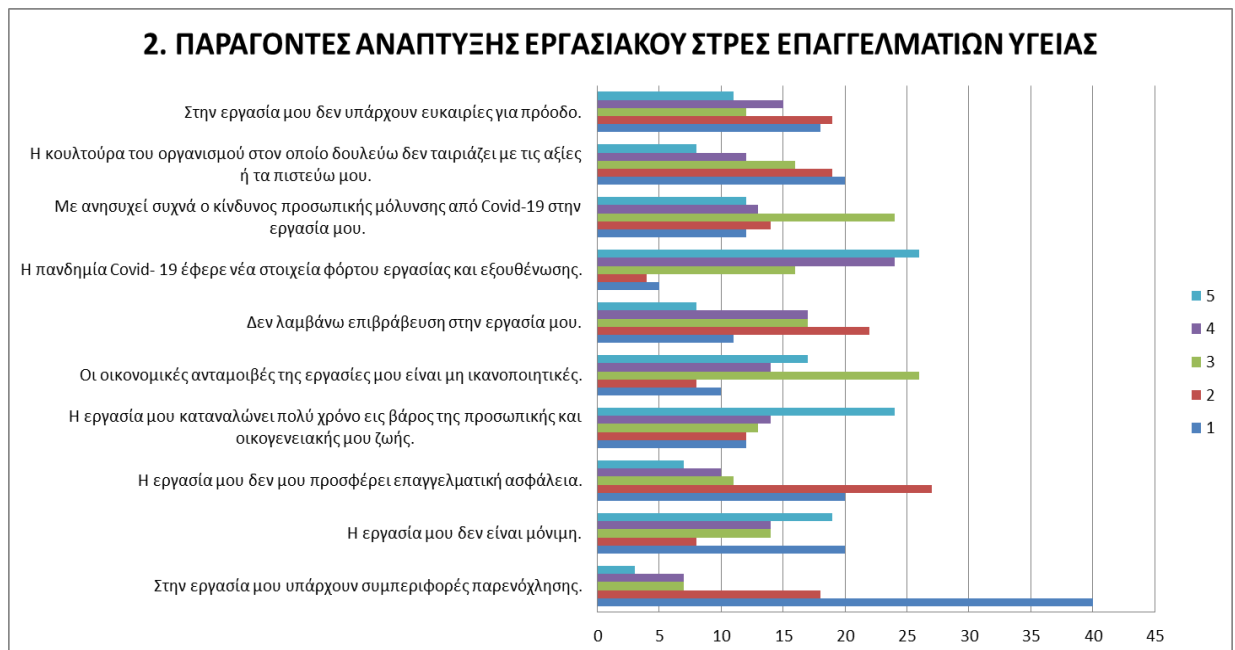
**Διάγραμμα 11:** Απεικόνιση σε ραβδόγραμμα του εργασιακού στρες των επαγγελματιών υγείας, όπου 1 = Καθόλου, 2 = Λίγο, 3 = Μέτρια, 4 = Πολύ, 5 = Εξαιρετικά.

## 1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



**Διάγραμμα 12:** Απεικόνιση σε ραβδόγραμμα των παραγόντων ανάπτυξης εργασιακού στρες των επαγγελματιών υγείας, όπου 1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ, 5 = Συμφωνώ απόλυτα.

## 2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



**Διάγραμμα 13:** Απεικόνιση σε ραβδόγραμμα των παραγόντων ανάπτυξης εργασιακού στρες των επαγγελματιών υγείας, όπου 1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ, 5 = Συμφωνώ απόλυτα.

### 5.3. Στατιστικές Αναλύσεις

Αρχικά πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Cronbach's Alpha, ο οποίος είναι ένα μέτρο της εσωτερικής συνέπειας, δηλαδή, πόσο στενά συνδέονται ένα σύνολο στοιχείων ως ομάδα. Θεωρείται ότι είναι ένα μέτρο αξιοπιστίας κλίμακας. Μια «υψηλή» τιμή για το άλφα δεν σημαίνει ότι το μέτρο είναι μονοδιάστατο. Δεδομένου ότι παίρνει τιμές από 0-1, ο Cronbach's Alpha στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ήταν ,933 (Πίνακας 2), δείχνοντας την υψηλή του αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια.

Ταυτόχρονα, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Cronbach's Alpha if Item Deleted, όπου ελέγχεται η αξιοπιστία σε περίπτωση που αφαιρούνταν κάθε μία από τις ερωτήσεις, και προέκυψε διακύμανση από ,930 έως ,934, γεγονός που ενισχύει περαιτέρω την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,933	,936	34

**Πίνακας 2:** Ο έλεγχος Cronbach's Alpha.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov Z, ώστε να ελεγχθεί αν τα δεδομένα μας ακολουθούν κανονική κατανομή, οπότε μπορούμε να προβούμε σε περαιτέρω ελέγχους. Για να ακολουθούν τα δεδομένα κανονική κατανομή, θα πρέπει το Asymp. Sig. (2-tailed) κάθε ερώτησης να είναι μεγαλύτερο από την τιμή 0,05, κάτι που δε συνέβαινε για καμία από τις ερωτήσεις (Πίνακας 3).

Kolmogorov-Smirnov Z

**Πίνακας 3: Ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov Z.**

Κατόπιν, οι μεταβλητές των τμημάτων 2 και 3 χωρίστηκαν σε ομάδες συναφών μεταβλητών. Αυτό επέτρεψε τη μείωση του αριθμού των μεταβλητών, καθώς οι καινούργιες μεταβλητές ήταν όσες είναι ο αριθμός των αντίστοιχων ομάδων. Αυτό πραγματοποιήθηκε βρίσκοντας τον μέσο όρο των μεταβλητών που αποτελούν την κάθε ομάδα. Παρακάτω παρατίθεται η ομαδοποίηση των ερωτήσεων:

**Αισθήματα στρες**

1. Αισθάνομαι άγχος εξαιτίας της εργασίας μου.
2. Αισθάνομαι νευρικός εξαιτίας της εργασίας μου.
3. Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ επειδή σκέφτομαι τη δουλειά.

**Στρες και ανάπαυση**

4. Αισθάνομαι πως δεν ξεκουράζομαι.
5. Δεν έχω τον απαιτούμενο χρόνο για να ολοκληρώσω τα καθήκοντα της δουλειάς μου.

**Ψυχολογικές αλλαγές**

6. Η δουλειά μου επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία μου.
7. Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος από την δουλειά μου.
8. Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησα να εργάζομαι.

**Απογοήτευση**

9. Αισθάνομαι απογοητευμένος από την εργασία μου.
10. Οι φυσικές συνθήκες εργασίας μου είναι δυσάρεστες (θόρυβος, φωτισμός, χώρος).

**Φόρτος εργασίας**

1. Δουλεύω περισσότερες ώρες από όσες θα ήθελα.



2. Νιώθω ότι δεν μπορώ να αντιμετωπίσω τις απαιτήσεις και τον φόρτο εργασίας στην δουλειά μου.
3. Η εργασία μου καταναλώνει πολύ χρόνο εις βάρος της προσωπικής και οικογενειακής μου ζωής.
4. Η πανδημία Covid- 19 έφερε νέα στοιχεία φόρτου εργασίας και εξουθένωσης.

### **Φύση εργασίας**

5. Είναι πολύ κουραστικό για εμένα να δουλεύω με ασθενείς.
6. Η εργασία μου περιλαμβάνει πολλών ειδών κινδύνους (ατυχήματα, αιχμηρά αντικείμενα, ενεργούς κινδύνους μόλυνσης).
7. Το γεγονός ότι η δουλειά μου έχει άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει να νιώθω υπερβολική πίεση.
8. Με ανησυχεί συχνά ο κίνδυνος προσωπικής μόλυνσης από Covid-19 στην εργασία μου.

### **Ωράριο εργασίας**

9. Δουλεύω σαββατοκύριακα και αργίες.
10. Δουλεύω σε κυκλικό ωράριο με βραδινές βάρδιες.

### **Επικοινωνία**

11. Αισθάνομαι απομονωμένος στην δουλειά μου.
12. Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους μου είναι φτωχές.
13. Δεν έχω κοινωνική ή συναδελφική υποστήριξη.

### **Λήψη πρωτοβουλιών**

14. Δεν έχω τον έλεγχο σε πολλές πτυχές της εργασίας μου.
15. Δεν μου δίνεται αυτονομία στην εργασία μου.
16. Δεν εμπλέκομαι σε αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία μου.

### **Δυσάρεστα περιστατικά**

17. Η εργασία μου περιλαμβάνει λεκτική ή σωματική βία.
18. Στην εργασία μου υπάρχουν συμπεριφορές παρενόχλησης.

## Ασφάλεια

19. Η εργασία μου δεν είναι μόνιμη.
20. Η εργασία μου δεν μου προσφέρει επαγγελματική ασφάλεια.
21. Οι οικονομικές ανταμοιβές της εργασίας μου είναι μη ικανοποιητικές.

## Ανέλιξη

22. Δεν λαμβάνω επιβράβευση στην εργασία μου.
23. Η κουλτούρα του οργανισμού στον οποίο δουλεύω δεν ταιριάζει με τις αξίες ή τα πιστεύω μου.
24. Στην εργασία μου δεν υπάρχουν ευκαιρίες για πρόοδο.

## 5.4. Πίνακες αναλύσεων

<b>Αισθήματα στρες</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>
1. Αισθάνομαι άγχος εξαιτίας της εργασίας μου.	1,070
2. Αισθάνομαι νευρικός εξαιτίας της εργασίας μου.	1,143
3. Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ επειδή σκέφτομαι τη δουλειά.	1,167
<b>Στρες και ανάπαυση</b>	
4. Αισθάνομαι πως δεν ξεκουράζομαι.	1,322
5. Δεν έχω τον απαιτούμενο χρόνο για να ολοκληρώσω τα καθήκοντα της δουλειάς μου.	1,189
<b>Ψυχολογικές αλλαγές</b>	
6. Η δουλειά μου επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία μου.	1,277
7. Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος από την δουλειά μου.	1,245
8. Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησα να εργάζομαι.	1,296
<b>Απογοήτευση</b>	
9. Αισθάνομαι απογοητευμένος από την εργασία μου.	1,263
10. Οι φυσικές συνθήκες εργασίας μου είναι δυσάρεστες (θόρυβος, φωτισμός, χώρος).	1,169
<b>Φόρτος εργασίας</b>	
11. Δουλεύω περισσότερες ώρες από όσες θα ήθελα.	1,107
12. Νιώθω ότι δεν μπορώ να αντιμετωπίσω τις απαιτήσεις και τον φόρτο εργασίας στην δουλειά μου.	1,414
13. Η εργασία μου καταναλώνει πολύ χρόνο εις βάρος της προσωπικής και οικογενειακής μου ζωής.	1,057
14. Η πανδημία Covid- 19 έφερε νέα στοιχεία φόρτου εργασίας και εξουθένωσης.	1,241

<b>Φύση εργασίας</b>		
15.	Είναι πολύ κουραστικό για εμένα να δουλεύω με ασθενείς.	1,725
16.	Η εργασία μου περιλαμβάνει πολλών ειδών κινδύνους (ατυχήματα, αιχμηρά αντικείμενα, ενεργούς κινδύνους μόλυνσης).	1,655
17.	Το γεγονός ότι η δουλειά μου έχει άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει να νιώθω υπερβολική πίεση.	1,153
18.	Με ανησυχεί συχνά ο κίνδυνος προσωπικής μόλυνσης από Covid-19 στην εργασία μου.	1,150
<b>Ωράριο εργασίας</b>		
19.	Δουλεύω σαββατοκύριακα και αργίες.	1,129
20.	Δουλεύω σε κυκλικό ωράριο με βραδινές βάρδιες.	1,071
<b>Επικοινωνία</b>		
21.	Αισθάνομαι απομονωμένος στην δουλειά μου.	1,245
22.	Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους μου είναι φτωχές.	1,165
23.	Δεν έχω κοινωνική ή συναδελφική υποστήριξη.	1,287
<b>Λήψη πρωτοβουλιών</b>		
24.	Δεν έχω τον έλεγχο σε πολλές πτυχές της εργασίας μου.	1,290
25.	Δεν μου δίνεται αυτονομία στην εργασία μου.	1,174
26.	Δεν εμπλέκομαι σε αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία μου.	1,550
<b>Δυσάρεστα περιστατικά</b>		
27.	Η εργασία μου περιλαμβάνει λεκτική ή σωματική βία.	1,275
28.	Στην εργασία μου υπάρχουν συμπεριφορές παρενόχλησης.	1,475
<b>Ασφάλεια</b>		
29.	Η εργασία μου δεν είναι μόνιμη.	1,298
30.	Η εργασία μου δεν μου προσφέρει επαγγελματική ασφάλεια.	1,217
31.	Οι οικονομικές ανταμοιβές της εργασίας μου είναι μη ικανοποιητικές.	1,167
<b>Ανέλιξη</b>		
32.	Δεν λαμβάνω επιβράβευση στην εργασία μου.	1,335
33.	Η κουλτούρα του οργανισμού στον οποίο δουλεύω δεν ταιριάζει με τις αξίες ή τα πιστεύω μου.	1,326
34.	Στην εργασία μου δεν υπάρχουν ευκαιρίες για πρόοδο.	1,403

**Πίνακας 4:** Οι τυπικές αποκλίσεις κάθε παράγοντα.

	<b>ΦΥΛΟ</b>		<b>ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ</b>			
	<b>Άντρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>18-25</b>	<b>26-35</b>	<b>36-50</b>	<b>&gt;51</b>
<b>Αισθήματα στρες</b>	2,88	2,88	3,27	2,37	3,62	2,85

Στρες και ανάπαυση	2,65	2,49	1,64	2,82	2,46	2,08
Ψυχολογικές αλλαγές	2,86	3,29	2,82	2,45	3,62	2,46
Απογοήτευση	3,00	2,37	2,09	3,38	2,78	3,62
Φόρτος εργασίας	2,20	2,29	2,45	2,09	3,46	2,96
Φύση εργασίας	2,35	2,53	2,09	3,62	2,85	3,46
Ωράριο εργασίας	2,19	2,78	2,45	2,46	2,08	3,27
Επικοινωνία	3,38	2,55	2,09	2,09	2,46	1,64
Λήψη πρωτοβουλιών	2,08	1,94	2,45	2,61	3,62	3,55
Δυσάρεστα περιστατικά	2,46	2,61	2,73	3,10	1,86	2,09
Ασφάλεια	1,92	1,86	2,45	2,55	3,62	2,09
Ανέλιξη	3,46	3,16	1,82	2,45	2,09	2,45
Σύνολο	2,62	2,56	2,36	2,67	2,87	2,71

**Πίνακας 5:** Η κατανομή των μέσων όρων ανά μεταβλητή και ανά δημογραφικό παράγοντα που αφορά φύλο και ηλικιακή ομάδα.

	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ					ΈΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;		ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	
	Ελεύθερος /η	Παντρεμένος /η	Διαζευγμένος/η	Σε σχέση /η	Χήρος /α	Όχι	Ναι	Μερική	Πλήρης
Αισθήματα στρες	2,00	2,29	1,60	2,29	0	3,27	2,28	2,46	2,37
Στρες και ανάπαυση	3,15	2,53	2,09	2,53	0	1,64	2,19	3,62	2,37
Ψυχολογικές αλλαγές	3,36	2,55	2,11	2,37	0	2,82	3,20	2,19	2,78
Απογοήτευση	2,40	2,78	2,20	2,29	0	3,55	2,63	2,78	2,37
Φόρτος εργασίας	2,12	2,45	2,53	1,86	0	2,82	2,19	2,52	2,78
Φύση εργασίας	2,17	3,62	2,69	2,61	0	2,09	2,31	2,31	2,37
Ωράριο εργασίας	2,20	3,62	1,80	2,37	0	3,55	2,63	2,29	2,29
Επικοινωνία	2,44	1,86	2,21	2,29	0	2,45	2,52	2,56	2,56
Λήψη πρωτοβουλιών	2,69	3,62	2,31	1,86	0	2,09	2,31	2,56	2,37
Δυσάρεστα περιστατικά	2,40	1,86	2,40	3,16	0	2,09	2,74	2,78	2,29
Ασφάλεια	3,29	3,62	2,35	2,96	0	2,45	2,52	2,29	2,29
Ανέλιξη	3,11	2,90	2,58	2,37	0	3,36	2,17	2,00	2,00

<b>Σύνολο</b>	2,61	2,81	2,24	2,41	0,0	2,68	2,47	2,53	2,40
---------------	------	------	------	------	-----	------	------	------	------

**Πίνακας 6:** Η κατανομή των μέσων όρων ανά μεταβλητή και ανά δημογραφικό παράγοντα που αφορά την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων και το είδος απασχόλησης στην εργασία.

	ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ				
	Ορισμένου χρόνου	Αορίστου χρόνου	Μόνιμος	0-2	2-5	5-10	10-20	Πάνω από 20
<b>Αισθήματα στρες</b>	2,46	2,28	1,9	2,37	2,46	3,10	2,45	1,33
<b>Στρες και ανάπαυση</b>	3,62	2,19	2,37	2,29	1,92	2,09	2,09	1,89
<b>Ψυχολογικές αλλαγές</b>	2,37	3,20	1,86	1,92	2,37	2,08	2,08	2,67
<b>Απογοήτευση</b>	2,78	2,37	3,10	2,37	2,29	1,85	1,85	2,78
<b>Φόρτος εργασίας</b>	2,78	2,78	2,85	2,78	1,86	2,46	2,19	1,89
<b>Φύση εργασίας</b>	2,37	3,46	2,50	2,78	3,10	1,85	3,62	2,22
<b>Ωράριο εργασίας</b>	2,29	2,63	2,09	1,92	3,16	2,46	1,86	2,56
<b>Επικοινωνία</b>	2,56	2,52	2,31	2,37	1,86	2,96	3,62	2,56
<b>Λήψη πρωτοβουλιών</b>	2,56	2,78	3,55	2,37	3,16	3,46	1,85	2,78
<b>Δυσάρεστα περιστατικά</b>	2,78	2,37	2,45	1,58	2,09	1,89	2,73	2,33
<b>Ασφάλεια</b>	2,29	2,52	2,09	2,78	2,09	2,22	3,55	2,44
<b>Ανέλιξη</b>	2,00	2,17	2,09	1,92	2,19	3,55	2,29	2,00
<b>Σύνολο</b>	2,57	2,60	2,48	2,29	2,38	2,50	2,51	2,29

**Πίνακας 7:** Η κατανομή των μέσων όρων ανά μεταβλητή και ανά δημογραφικό παράγοντα που αφορά την σχέση εργασίας και την επαγγελματική εμπειρία στον τομέα της υγείας.

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ			ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ			
	Λοιπό προσωπικό υγείας	Νοσηλεύτριες /τρια	Ιατροί	Βασική	Γυμνάσιο /Λύκειο	ΤΕΙ/ΑΕΙ	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
<b>Αισθήματα στρες</b>	1,33	2,46	2,40	0	2,29	2,29	1,58

Στρες και ανάπαυση	1,86	3,62	2,24	0	2,53	2,53	2,45
Ψυχολογικές αλλαγές	3,10	2,37	2,42	0	2,55	2,09	2,78
Απογοήτευση	2,78	3,10	2,20	0	2,78	2,08	2,37
Φόρτος εργασίας	1,89	2,78	2,35	0	1,94	1,94	2,29
Φύση εργασίας	2,22	2,37	2,83	0	2,61	2,61	2,89
Ωράριο εργασίας	2,56	2,29	2,60	0	3,20	3,20	2,33
Επικοινωνία	2,69	2,56	1,68	0	1,86	1,86	1,58
Λήψη πρωτοβουλιών	2,40	2,56	1,97	0	3,10	3,10	2,89
Δυσάρεστα περιστατικά	2,33	2,78	1,60	0	3,16	2,37	1,58
Ασφάλεια	2,44	2,56	1,82	0	2,96	2,29	2,78
Ανέλιξη	2,31	2,00	2,03	0,00	2,90	1,86	1,58
Σύνολο	2,33	2,62	2,18	0,00	2,66	2,35	2,26

**Πίνακας 8:** Η κατανομή των μέσων όρων ανά μεταβλητή και ανά δημογραφικό παράγοντα που αφορά επαγγελματική θέση ευθύνης και το επίπεδο εκπαίδευσης.

	ΒΑΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
	Πρωινή	Απογευματινή / Βραδινή	Κυκλική
Αισθήματα στρες	1,33	2,8	2,4
Στρες και ανάπαυση	2,37	2,68	3,59
Ψυχολογικές αλλαγές	2,29	2,42	3,08
Απογοήτευση	2,22	4	2,6
Φόρτος εργασίας	1,89	3,29	3,06
Φύση εργασίας	2,22	3,31	2,83
Ωράριο εργασίας	2,78	2	2,6
Επικοινωνία	2,56	2	2,65
Λήψη πρωτοβουλιών	2,22	1,75	2,89
Δυσάρεστα περιστατικά	2,33	3,8	2,2
Ασφάλεια	2,44	2,82	2,46
Ανέλιξη	2	3,17	2,29
Σύνολο	2,22	2,84	2,72

**Πίνακας 9:** Η κατανομή των μέσων όρων ανά μεταβλητή και ανά δημογραφικό παράγοντα που αφορά την βάρδια εργασίας.

**T-Test / One way anova**

t-TEST/ONE WAY ANOVA	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΕΠΙΛΟΓΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΧΕΤ Ε ΠΑΙΔΙΑ;	ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ	ΒΑΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Αισθήματα στρες	,089	,077	,026	,425	,109	,335	,354	,018	,182	,074
Στρες και ανάπαυση	,573	,186	,542	,782	,024	,407	,002	,949	,541	,953
Ψυχολογικές αλλαγές	,050	,206	,365	,458	,214	,066	,217	,079	,372	,340
Απογοήτευση	,036	,661	,625	,085	,629	,488	,147	,258	,410	,148
Φόρτος εργασίας	,283	,935	,701	,189	,394	,456	,192	,560	,224	,791
Φύση εργασίας	,632	,294	,663	,813	,815	,019	,895	,737	,117	,000
Ωράριο εργασίας	,819	,528	,741	,568	,307	,294	,188	,466	,705	,947
Επικοινωνία	,347	,963	,198	,794	,598	,200	,896	,365	,897	,304
Λήψη πρωτοβουλιών	,245	,030	,644	,695	,227	,063	,004	,313	,773	,361
Δυσάρεστα περιστατικά	,253	,297	,597	,518	,591	,217	,723	,066	,315	,312
Ασφάλεια	,705	,084	,660	,941	,045	,171	,188	,207	,103	,060
Ανέλιξη	,245	,324	,079	,507	,646	,140	,423	,516	,105	,404

**Πίνακας 10:** Διενέργεια t-test και ANOVA – με κίτρινο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των. Οι τιμές αυτές υποδεικνύουν τις διαφορές μεταξύ των μέσων των αντίστοιχων μεταβλητών. Η ανάλυση διακύμανσης ή ANOVA είναι μία συλλογή στατιστικών μοντέλων των σχετικών διαδικασιών εκτίμησης, που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση των διαφορών μεταξύ των μέσων.

### Pearson correlation

Pearson correlation	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΕΠΙΛΟΓΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΧΕΤ Ε ΠΑΙΔΙΑ;	ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ	ΒΑΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Αισθή	,0444	0,0918	0,4473	0,2318	,0542	0,2634	,0773	0,3912	0,3912	0,4856

ματα στρες	25	1	57111	96817	88	18219	4314	08204	08204	0705
Στρες και ανάπα υση	0,0274 92	0,1877 3	0,2063 84971	0,1972 30516	0,0099 49	0,3322 49815	0,0757 4611	0,1478 26702	0,1478 26702	0,2376 97983
Ψυχολ ογικές αλλαγέ ς	0,0698 02	0,0852 22	0,2133 58174	0,1188 7807	0,0132 78	0,2808 59045	0,0010 4209	0,1444 18859	0,1444 18859	0,2691 97772
Απογο ήτευση	0,0249 58	0,3647 53	0,4894 82507	0,0208 94558	0,2491 56	0,2034 32185	0,3338 9785	0,0880 18079	0,0880 18079	0,2971 72793
Φόρτο ς εργασί ας	0,1265 72	0,3195 37	0,4982 74835	0,0202 16175	0,1969 49	0,0155 79353	0,2209 8194	0,3694 83442	0,3694 83442	0,3778 78475
Φύση εργασί ας	0,0445 14	0,4304 29	0,3818 92415	0,3472 47123	0,4347 93	0,0331 31737	0,4485 0666	0,3447 04651	0,3447 04651	0,2620 32676
Ωράρι ο εργασί ας	0,1225 18	0,3643 23	0,4819 0166	0,2558 96021	0,1110 32	0,0912 43475	0,2020 5539	0,1082 78783	0,1082 78783	0,3837 136
Επικoi νονία	0,0698 02	0,0015 65	0,4592 18822	0,2967 27372	0,0225 32	0,0097 35954	0,2153 539	0,2394 8421	0,2394 8421	0,0823 99591
Λήψη πρωτο βουλιώ ν	0,0249 58	0,2025 93	0,2740 06413	0,1450 82098	0,1907 88	0,4242 60556	0,2103 8599	0,4445 24033	0,4445 24033	0,1581 74754
Δυσάρ εστα περιστ ατικά	0,1265 72	0,0746 8	0,4078 85986	0,1062 22517	0,4474 43	0,2859 54565	0,0600 5287	0,1125 37227	0,1125 37227	0,4452 19906
Ασφάλ εια	0,0445 14	0,2916 71	0,2344 82497	0,4939 5695	0,0413 09	0,4823 08314	0,2025 2106	0,0601 69627	0,0601 69627	0,2266 40147
Ανέλιξ η	0,1225 18	0,3025 91	0,2535 0127	0,1572 90358	0,4483 46	0,1001 72728	0,4576 5364	0,2943 47512	0,2943 47512	0,1017 86688

**Πίνακας 11:** Η συσχέτιση Pearson, με κίτρινο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, η οποία μετρά την ισχύ της γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών. Έχει μία τιμή μεταξύ -1 και 1, με τιμή -1 που σημαίνει συνολική αρνητική γραμμική συσχέτιση, 0 δεν είναι συσχέτιση και +1 σημαίνει συνολική θετική συσχέτιση. Αν το  $p_{value}$  είναι μικρότερο από 0,05, τότε η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Πρόληψη & Αντιμετώπιση

### Εισαγωγή



Καθώς το εργασιακό άγχος και η εξουθένωση έχει εκτεταμένες επιπτώσεις για τους ίδιους τους επαγγελματίες και κατά επέκταση για τους ασθενείς και τα υγειονομικά συστήματα, κρίνεται απαραίτητο να προταθούν σε αυτό το κεφάλαιο τρόποι πρόληψης και θεραπείας. Παρακάτω, αναφέρονται στρατηγικές, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο, με σκοπό τη πρόληψη και τη μείωση του άγχους και της εξουθένωσης στο εργασιακό περιβάλλον.

## **6. Βιβλιογραφική ανασκόπηση**

Παρά το γεγονός ότι «η πρόληψη και η προαγωγή της ψυχικής υγείας εφαρμόζεται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, μόνο το 7% των πρωτοβουλιών αυτών βασίζεται στον χώρο εργασίας» και η έκθεση για την «παγκόσμια πολιτική ευτυχίας (2018)» ζητεί περαιτέρω έρευνα για την επέκταση των παρεμβάσεων στον χώρο εργασίας που προωθούν και προάγουν την ευημερία των εργαζομένων. (Gray *et al.*, 2019)

Ιστορικά, το άγχος που σχετιζόταν με την εργασία αποτελούσε μία δυσκολία του ίδιου του ατόμου, αλλά η έρευνα δείχνει ότι η λύση του προβλήματος αποτελεί πλέον κοινή ευθύνη, με την ηγεσία του τμήματος, οργανισμού ή νοσοκομείου, να είναι υπεύθυνη για την επίλυση των περιστατικών που δημιουργούν άγχος στο εργατικό δυναμικό και παράλληλα για την αλλαγή και την αύξηση της δέσμευσης του προσωπικού. (Carrau & Janis, 2021)

Για να αρχίσει να επιφέρει αλλαγές ένας οργανισμός, η ηγεσία πρέπει να αποδεχθεί το πρόβλημα, να αναγνωρίσει τη σημαντικότητα της πρόληψης του και να είναι ανοιχτή και πρόθυμη να δεσμευτεί για αλλαγή. (Carrau & Janis, 2021)

Όμως για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το φαινόμενο του επαγγελματικού στρες και οι αρνητικές συνέπειες του στο εργασιακό περιβάλλον, θα πρέπει κανείς να εξετάσει τις παρεμβάσεις σε δύο επίπεδα: το άτομο και το περιβάλλον. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

### **6.1. Ατομικές παρεμβάσεις**

## Άσκηση

Μια άσκηση διατάσεων διάρκειας δέκα λεπτών στο χώρο εργασίας έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον βαθμό του στρες, καθώς και τα συμπτώματα εξάντλησης ενώ αντίθετα, προστατεύει και προωθεί την ψυχική και σωματική ευεξία των ανθρώπων που εργάζονται στον τομέα της υγείας. (Romani & Ashkar, 2014)

Η αερόβια άσκηση σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη και επομένως, βοηθά όχι μόνο στην ελάττωση του υπερβολικού στρες, αλλά βελτιώνει και τους βιολογικούς δείκτες που είναι πιθανό να παρεμβαίνουν μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της καρδιαγγειακής νόσου. (Romani & Ashkar, 2014)

Αρκετές πρόσφατες μελέτες και κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι η σωματική άσκηση επηρεάζει θετικά το εργασιακό άγχος και ότι αποτελεί μία αποτελεσματική μέθοδο για τη βελτίωση των συμπτωμάτων του στρες και της ποιότητας ζωής. (Stults-Kolehmainen, M.A. & Sinha, R., 2013)

Η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες οδηγεί σε χαμηλό εργασιακό άγχος και υψηλή εργασιακή ικανοποίηση, ενώ η απουσία τακτικής άσκησης συνοδεύεται από υψηλό εργασιακό άγχος. (Yook, 2020)

Με την παραπάνω άποψη συμφωνούν και οι Chon et al., όπου η έρευνα τους έδειξε επίσης ότι τα άτομα που ασκούσαν τακτικά είχαν χαμηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους σε σύγκριση με αυτά που δεν ασκούσαν. (Yook, 2020)

## Ύπνος

Όλοι χρειαζόμαστε συγκεκριμένη ποσότητα ύπνου για να επιτρέψουμε στο σώμα μας να αναζωογονηθεί και να λειτουργήσει σωστά. Οκτώ ώρες ύπνου την ημέρα είναι ο μέσος όρος που ο άνθρωπος χρειάζεται για να ξεκουράζεται και ένας καλός και

ποιοτικός νυχτερινός ύπνος, μπορεί να βοηθήσει στην αποτροπή των επιβλαβών συνεπειών του στρες. (Greenberg & Baron, 2013)

## **Αυτοφροντίδα**

Η εξάσκηση της αυτοφροντίδας θα πρέπει να είναι επιτακτική, ώστε να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν καλύτερη ισορροπία ή ενοποίηση μεταξύ της εργασίας τους και του ελεύθερου χρόνου τους, με σκοπό να προστατεύσουν την υγεία τους και να αυξήσουν την επαγγελματική τους ικανοποίηση, πράγματα που θα έχουν θετικό αντίκτυπο και στην συνολική τους ζωή. (Sønvold *et al.*, 2021)

Η προώθηση της αυτοφροντίδας πρέπει να ξεκινά από την ανταπόκριση στις βασικές ανάγκες τροφής, ανάπαυσης και ύπνου (Maben & Bridges, 2020), ενώ άλλες προτεινόμενες προληπτικές στρατηγικές αυτοφροντίδας περιλαμβάνουν «πνευματικές πρακτικές και τεχνικές χαλάρωσης, τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την ενίσχυση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων». Επιπρόσθετα, στις «στρατηγικές αυτοφροντίδας» συγκαταλέγεται η διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, διασφαλίζοντας επαρκή ύπνο, τακτική άσκηση και χρόνο για διακοπές. (Sønvold *et al.*, 2021)

Η «πρακτική της αυτοφροντίδας» είναι πολύ σημαντική για όλους τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, ειδικά σε περιόδους κρίσης, αβεβαιότητας και υψηλότερων απαιτήσεων. Το άγχος σε τέτοιες καταστάσεις μπορεί να προληφθεί κάνοντας διαλείμματα όποτε είναι δυνατόν, ασκώντας υγιεινές καθημερινές πρακτικές, όπως η πρόσληψη υγιεινών τροφών, η σωματική δραστηριότητα, η επαφή με τη φύση, ο ύπνος, η ενασχόληση με τέχνες ή δημιουργική εργασία, χορός, τηλεφωνήματα σε έναν φίλο κ.α. (Sønvold *et al.*, 2021)

Τα ευεργετικά αποτελέσματα της κατάλληλης αυτοφροντίδας για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν τη βελτιωμένη σωματική, ψυχική και συναισθηματική ευεξία, καθώς και την παροχή φροντίδας στους ασθενείς τους με μεγαλύτερη ευαισθησία, αποτελεσματικότητα, συμπόνια και ενσυναίσθηση. (Sønvold *et al.*, 2021)

## Υγιεινός τρόπος ζωής

Ένας υγιεινός τρόπος ζωής περιλαμβάνει πολλά συστατικά, όπως η λήψη αρκετών υγρών, η άσκηση, ο επαρκής ύπνος και η αποφυγή του στρες (Squellati & Zangaro, 2022) και περιλαμβάνει επίσης ψυχαγωγικές δραστηριότητες σε εσωτερικούς χώρους και ασκήσεις χαλάρωσης στην καθημερινή ζωή. (Callus *et al.*, 2020)

Στοιχεία δείχνουν πως η μειωμένη πρόσληψη αλατιού και κορεσμένων λιπαρών και αντίστοιχα, η μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, τα οποία είναι πλούσια σε ίνες και βιταμίνες, αποτελούν μέτρα που αυξάνουν την ικανότητα του σώματος να ανταπεξέλθει στις σωματικές επιδράσεις του στρες. (Greenberg & Baron, 2013)

Επίσης, πρόσφατες μελέτες συνιστούν επίσης στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να ακολουθούν καθημερινά διατροφή, η οποία να περιλαμβάνει την κατανάλωση πολλών λαχανικών και φρούτων, να διατηρούν τα επίπεδα ενυδάτωσης και να περιορίζουν την πρόσληψη καφεΐνης. (Nu Htay *et al.*, 2021)

Τέλος, η κατανάλωση αυξημένων ποσοτήτων αλκοόλ, η χρήση τσιγάρων και άλλων ουσιών καθώς και η υπερβολική κατανάλωση φαγητού είναι πιο επιβλαβείς μακροπρόθεσμα, και ως εκ τούτου αυτές οι πρακτικές θα πρέπει καλύτερα να αποφεύγονται. (Nu Htay *et al.*, 2021)

## Προσωρινή διακοπή

Μια σύντομη περίοδος αναβολής, γνωστή και ως time out, μπορεί να θεωρηθεί χρήσιμη για πολλούς ανθρώπους, όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με αυξανόμενη ένταση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει ένα σύντομο διάλειμμα, κάποιες στιγμές χαλάρωσης, λίγο νερό ή οποιαδήποτε άλλη ενέργεια που προσφέρουν ηρεμία, μπορούν να διακόψουν τον κύκλο της αυξανόμενης έντασης που συνοδεύει το στρες,

επαναφέροντας στο άτομο την ισορροπία και την αίσθηση του ελέγχου των κατάστασης. (Greenberg & Baron, 2013)

## **Ενσυνειδητότητα**

Οι παρεμβάσεις που στηρίζονται στην ενσυνειδητότητα, όπως και οι πρακτικές αυτοφροντίδας, έχουν αποδειχθεί πολύ επιτυχημένες στρατηγικές για τη μείωση των επιπέδων άγχους. (Squellati & Zangaro, 2022) Η ενσυνειδητότητα έχει αποδειχθεί ότι ωφελεί σημαντικά τη σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων. Προτείνεται από το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας ως συμπληρωματική θεραπεία στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία για την πρόληψη της υποτροπιάζουσας κατάθλιψης. (Can *et al.*, 2020)

Επιπρόσθετα, δραστηριότητες όπως ο διαλογισμός και η γιόγκα είναι αποτελεσματικές προσεγγίσεις για τη μείωση του στρες και της εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας. (Squellati & Zangaro, 2022) Στη βιβλιογραφία για την υγειονομική περίθαλψη, τα οφέλη της γιόγκα αναφέρονται εκτεταμένα τόσο για ψυχικές όσο και για σωματικές παθήσεις, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος και τα αναπνευστικά συμπτώματα. (Can *et al.*, 2020)

Τέλος, εξίσου σημαντικό είναι οι εργαζόμενοι να επιτρέπουν τη συναισθηματική έκφραση σε συνεχή βάση - σε αντίθεση με την καταστολή των συναισθημάτων - καθώς βοηθά στην οικοδόμηση συναισθηματικής ανθεκτικότητας και ψυχικής ευεξίας μακροπρόθεσμα. (Søvnold *et al.*, 2021)

## **Κοινωνική Υποστήριξη**

Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται «στην προσφερόμενη φροντίδα, σεβασμό ή βοήθεια, που το άτομο αντιλαμβάνεται πως λαμβάνει από διάφορες πηγές. Τέτοιες πηγές είναι η οικογένεια, οι συνάδελφοι, οι φίλοι, οι ειδικοί ψυχικής υγείας κ.α.» (Καραδήμας, 2005)

Για να αντιμετωπίσουμε στεσογόνες συνθήκες, είναι πάντα καλύτερα να το κάνουμε μαζί με άλλους, παρά μόνοι μας. Όταν οι άνθρωποι διαθέτουν κοινωνική υποστήριξη από το περιβάλλον τους, η ικανότητα τους να αντιστέκονται στα δυσμενή αποτελέσματα του στρες αυξάνεται. (Greenberg & Baron, 2013)

Σύμφωνα με τους Cohen & Wills (1985), «η κοινωνική υποστήριξη και το κοινωνικό δίκτυο προσφέρει στα άτομα υψηλά επίπεδα ενίσχυσης, ένα συναίσθημα σταθερότητας και ελέγχου και κατά συνέπεια ευεξίας».

Στο ίδιο μοτίβο, οι Baumeister & Leary (1995), υποστηρίζουν ότι «η κοινωνική επαφή αποτελεί θεμελιώδη και εγγενή ανάγκη του οργανισμού, ενώ η έλλειψη της οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα, ενώ η παρουσία της σε θετικά».

Σαφώς, καταλαβαίνουμε πως η κοινωνική συμπαράσταση μπορεί να αποτελέσει σημαντική προφύλαξη από τις επιπτώσεις του στρες (Greenberg & Baron, 2013), όμως η επίδραση της εξαρτάται από πληθώρα παραγόντων, όπως «η πηγή και η ένταση του στρες, ο βαθμός υποστήριξης, τα χαρακτηριστικά και η προσωπικότητα του υποστηριζόμενου ατόμου κ.α.». (Rhodes, 2004)

## **6.2. Οργανωτικές Προσεγγίσεις / Παρεμβάσεις**

### **Εκπαίδευση**

Η παροχή εκπαίδευσης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με το πώς να διαχειριστούν και να αναγνωρίσουν το άγχος και τα σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχει θετική επίδραση στην επαγγελματική ευημερία των εργαζομένων. (Squellati & Zangaro, 2022)

Η αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση και η αξιοποίηση στρατηγικών και παρεμβάσεων για την πρόληψη ή/και τη μείωση των

στρεσογόνων παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον, θα βελτιώσει την ανθεκτικότητα του εκπαιδευμένου εργατικού δυναμικού. (Squellati & Zangaro, 2022)

Σύμφωνα με τους Aryankhesal et al., 2019, η παρέμβαση ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης βελτίωσε σημαντικά τα ποσοστά εξουθένωσης και βοήθησε τους νοσηλευτές να έχουν πιο θετική στάση απέναντι στους ασθενείς.

## **Επικοινωνία & Ομαδική εργασία**

Πολλές μελέτες υποδηλώνουν ότι η συχνή και ειλικρινής επικοινωνία από τους ηγέτες ενός οργανισμού προς τους επαγγελματίες πρώτης γραμμής είναι απαραίτητη (Maben & Bridges, 2020) και συνιστάται ο οργανισμός να δημιουργεί μια σειρά διαύλων επικοινωνίας (ομάδες ακρόασης, email, συναντήσεις), διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ότι η φωνή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι μέρος της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. (Shanafelt, Ripp & Trockel, 2020)

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας το 2020, εκτός από την επικοινωνία, η διεπαγγελματική συνεργασία και η ομαδική εργασία μειώνουν το άγχος, υπό την προϋπόθεση ότι οι ομάδες συνεργάζονται ομαλά μαζί και ως αποτέλεσμα αυτού, παρέχεται η σωστή διαχείριση των ασθενών, μειώνονται οι συγκρούσεις και βελτιώνονται τα αποτελέσματα υγείας για τους ασθενείς. (Nu Htay et al., 2021)

## **Αναγνώριση**

Όλοι οι εργαζόμενοι παρακινούνται από την οργανωτική ισότητα στις ανταμοιβές και τις αναγνώρισεις για μια καλή δουλειά και είναι επιτακτική ανάγκη να αναγνωρίζονται κατάλληλα για τα επιτεύγματα τους. Η ηγεσία του οργανισμού θα πρέπει να είναι ορατή στο προσωπικό, να διεξάγει τακτικές συναντήσεις για να συζητάει με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και να αντιλαμβάνεται τους στρεσογόνους παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον, που οδηγούν σε μειωμένη δέσμευση και παραγωγικότητα. (Squellati & Zangaro, 2022)

Ο ηγέτης οφείλει να καλλιεργεί μια κουλτούρα κοινών αποφάσεων και να αναζητά τη συμβολή των επαγγελματιών σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού για την αντιμετώπιση των ανησυχιών και την οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ τους, προωθώντας έτσι τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού και υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. (Squellati & Zangaro, 2022)

### **Προγράμματα διαχείρισης του άγχους**

Τα προγράμματα διαχείρισης του στρες (stress management programs) περιλαμβάνουν «εκπαίδευση των εργαζομένων σε διάφορες τεχνικές, τις οποίες μπορούν να μάθουν οι εργαζόμενοι για να χαλαρώνουν και να επηρεάζονται λιγότερο δυσμενώς από το στρες». (Greenberg & Baron, 2013)

Για τους παραπάνω λόγους, συνιστάται ο κάθε οργανισμός να παρέχει προγράμματα υποστήριξης σε όλους τους εργαζόμενους για να προσφέρει την βοήθεια που χρειάζονται για να επιλύσουν προσωπικά τους ζητήματα, τα οποία πολλές φορές επιδρούν αρνητικά στην εργασιακή τους απόδοση. Τέτοια προγράμματα συνήθως εμπριέχουν «συμβουλευτική» και ενημέρωση για το που μπορεί ο εργαζόμενος να απευθυνθεί για περαιτέρω βοήθεια και υποστήριξη. (Βακόλα & Νικολάου, 2012)

### **Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας & ομάδες υποστήριξης**

Σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στον χώρο εργασίας, οι συστάσεις περιλαμβάνουν τη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων ψυχικής υγείας που μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εάν ο εργαζόμενος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει σημάδια στρες ή εξάντλησης (Sultana *et al.*, 2020). Οι «ειδικοί ψυχικής υγείας» θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι στον επαγγελματικό χώρο για να ακούσουν τις δυσκολίες και τις ιστορίες του προσωπικού και να παρέχουν υποστήριξη. (Maben & Bridges, 2020)

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, στον τομέα της ιατρικής και της ψυχικής υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν ψυχολογικές πρώτες βοήθειες σε περιόδους κρίσης, βαρύ φόρτο εργασίας ή δύσκολες συνθήκες εργασίας, καθώς και μακροχρόνια υποστήριξη μέσω προσβάσιμων προγραμμάτων υποστήριξης ψυχικής



υγείας (π.χ. ανθεκτικότητα, αυτοφροντίδα, ή μαθήματα ενσυνειδητότητας). (Søvnold *et al.*, 2021)

Επιπρόσθετα, ομάδες υποστήριξης από ομότιμους και ομάδες φίλων θα μπορούσαν να δώσουν στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας τη δυνατότητα να αναφέρουν τις εμπειρίες τους με άλλους με παρόμοιες εμπειρίες. Η χρήση ομάδων, ολοένα και περισσότερο μέσω αποδεικτικών στοιχείων, δείχνει ότι βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας να διαχειριστούν αγχωτικές καταστάσεις και να μειώσουν τον αντίκτυπο της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Søvnold *et al.*, 2021)

### **Συνθήκες εργασίας**

Καμία τεχνική για την πρόληψη του στρες δεν θα είναι αποτελεσματική, εκτός εάν δοθεί προσοχή στη βελτίωση ενός θετικού εργασιακού περιβάλλοντος. (Søvnold *et al.*, 2021)

Οι ηγέτες υγειονομικής περίθαλψης και οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων θα πρέπει να επιδιώκουν να δίνουν το παράδειγμα και να εργαστούν προς τη μείωση του στίγματος που σχετίζεται με θέματα ψυχικής υγείας μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και να καλλιεργήσουν μια εργασιακή κουλτούρα διαφάνειας, εμπιστοσύνης, σεβασμού, διαφάνειας, ισότητας, ενσυναίσθησης και υποστήριξης, αντί της σύγκρισης και του ανταγωνισμού. (Søvnold *et al.*, 2021)

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να δοθούν στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης οι ευκαιρίες να εκφράζουν τις ανάγκες τους και τα μέσα για να καλύψουν αυτές τις ανάγκες, να τεθεί κάποιο μέτρο στη διάρκεια των «βαρδιών εργασίας» και να σχεδιαστούν επαρκείς πολιτικές «γονικής άδειας» και «αναρρωτικής άδειας» που δεν επιβαρύνουν τους υπόλοιπους συναδέλφους ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. (Søvnold *et al.*, 2021)

Εν κατακλείδι, η προστασία της ψυχικής υγείας και της επαγγελματικής και προσωπικής ανάπτυξης του υγειονομικού προσωπικού, θα πρέπει να αποτελεί υψηλή προτεραιότητα όχι μόνο σε περιόδους κρίσης, αλλά σε συνεχή και καθημερινή βάση. (Søvnold *et al.*, 2021)

## Συμπεράσματα

Ο συνδυασμός των κατάλληλων ατομικών και οργανωτικών παρεμβάσεων μπορεί να φέρουν πολύ θετικά αποτελέσματα για τη μείωση του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης και είναι ευρέως γνωστό πως η πρόληψη ωφελεί πάντα πολύ περισσότερο από τη θεραπεία.

Οι ενέργειες που περιλαμβάνουν αλλαγές στους εργασιακούς παράγοντες μαζί με προγράμματα διαχείρισης του άγχους που συμβουλεύουν τους ανθρώπους σχετικά με την βέλτιστη διαχείριση των στρεσογόνων γεγονότων, αποδείχτηκαν πολλά υποσχόμενες λύσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους και της εξουθένωσης.

Τέτοια τεκμηριωμένα μέτρα πρόληψης και παρεμβάσεις θα συμβάλουν στην προστασία και στην ενίσχυση της ψυχικής υγείας, της ανθεκτικότητας και της εξέλιξης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας μακροπρόθεσμα, ωστόσο ακόμη και σήμερα, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν όλα όσα έχουν ειπωθεί παραπάνω.

Επομένως, απαιτείται περισσότερη έρευνα που να στοχεύει στους εργαζόμενους στον κλάδο της υγείας προκειμένου να βελτιωθεί η ψυχολογική και προσωπική ευεξία, η επαγγελματική σταδιοδρομία και η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συμπεράσματα και προτάσεις**

### **7. Συμπεράσματα - Βασικά ευρήματα από την περιγραφική ανάλυση**

Ξεκινώντας με το φύλο (Διάγραμμα 1) του δείγματος που έλαβε μέρος στην έρευνα, το 1/3 ή το 35% αποτελούνταν από άνδρες, ενώ το 65% από γυναίκες, δηλαδή τα 2/3, σχεδόν το διπλάσιο, ήταν γυναίκες έναντι των αντρών. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να εκπροσωπεί σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από γυναίκες.

Η ηλικιακή ομάδα (Διάγραμμα 2) που υπερίσχυσε ήταν αυτή των 26-35 ετών, καθώς τα 3/4 ή το 71% απάντησαν πως βρίσκονται σε αυτήν την ηλικία την συγκεκριμένη χρονική στιγμή, ακολουθούμενο με το 15% άτομα ηλικίας 18-25 ετών και το 13% άτομα ηλικίας 36-50 ετών. Επομένως, συμπεραίνουμε ότι το ποσοστό των γυναικών υπερίσχυσε στην συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιήθηκε και ότι το δείγμα μας αποτελείται κατά το πλείστον από νεαρούς σχετικά ενήλικες που εργάζονται στον τομέα της υγείας.

Το επίπεδο εκπαίδευσης (Διάγραμμα 3) των ερωτηθέντων ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στο 93%, με το μεγαλύτερο ποσοστό μάλιστα το 48% των συμμετεχόντων να είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος.

Το 51% (Διάγραμμα 4) των συμμετεχόντων ήταν ελεύθεροι, και μόνον το 11% ήταν παντρεμένοι, ενώ το 90% ανέφερε πως δεν έχει παιδιά (Διάγραμμα 6), κάτι που συνάδει και με το παραπάνω ποσοστό 71%, που δήλωσε ότι βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα 26-35 ετών, καθώς το όρια ηλικίας στην οποία κάποιος αποκτά τέκνα, τείνει να αυξάνεται τις τελευταίες δεκαετίες. Όσο αναφορά στο είδος απασχόλησης (Διάγραμμα 5) η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 84% απάντησαν πως εργάζονται υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης.

Επιπλέον, η σχέση εργασίας (Διάγραμμα 7) του δείγματος μας ήταν στο 84% ορισμένου ή αορίστου χρόνου, ενώ μόνο το 16% απάντησαν πως ήταν μόνιμοι στην εργασία τους. Όπως προκύπτει και από βιβλιογραφικά δεδομένα, η απουσία μονιμότητας μειώνει το αίσθημα ασφάλειας των εργαζομένων, και αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα.

Η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 72% (Διάγραμμα 8) είχαν εργασιακή εμπειρία έως και 5 χρόνια, ενώ φαίνεται πως το δείγμα μας είναι ίσα κατανομημένο σε λοιπό, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που ενισχύει την αντιπροσωπευτικότητα όσο αναφορά τους στρεσογόνους παράγοντες.

Η βάρδια εργασίας (Διάγραμμα 10) διαμορφώθηκε με την εξής σειρά: κυκλική 44%, πρωινή 39%, απογευματινή - βραδινή 17%. Αυτό αποτελεί ένα επιπλέον σημαντικό σημείο, καθώς έχει αναφερθεί βιβλιογραφικά ότι το κυκλικό ωράριο, ή η απογευματινή / βραδινή βάρδια συντελεί στο εργασιακό άγχος. Ειδικά το κυκλικό ωράριο, όπου οι βιολογικοί ρυθμοί εναλλάσσονται συνεχώς, και μειώνεται η ποιότητα και ίσως και η ποσότητα του ύπνου, μπορεί να δράσει σημαντικά στο στρες.

Στο ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 11) για το εργασιακό στρες, οι φυσικές συνθήκες εργασίας φαίνεται να μην λαμβάνονται ως δυσάρεστες για το δείγμα της έρευνας μας και ότι δεν αισθάνονται απογοητευμένοι από την εργασία τους. Στο αν έχουν γίνει πιο σκληροί απέναντι στους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησαν να εργάζονται, υπερίσχυσε η απάντηση *καθόλου*, όμως ακολουθούν οι τιμές *μέτρια* και *πολύ* και στην συναισθηματική εξάντληση υπερίσχυσε η απάντηση *λίγο*. Στο εάν οι ερωτηθέντες αισθάνονται απογοητευμένοι από την εργασία τους, είναι χαρακτηριστικό του ραβδογράμματος ότι υπερισχύει η απάντηση 1, δηλαδή *καθόλου*. Στο σημείο αυτό,

συνηγορούν και πολλά παραδείγματα από τη βιβλιογραφία, τα οποία υποστηρίζουν ότι ο μεγαλύτερος παράγοντας παρακίνησης και άρα εργασιακής ικανοποίησης στους επαγγελματίες υγείας είναι ενδογενής, και πηγάζει από τα αισθήματα καθήκοντος και ενσυναίσθησης που νιώθουν ως προς τους ασθενείς.

Ένα άλλο σημείο του ραβδογράμματος που ξεχωρίζει είναι η ερώτηση «Αισθάνομαι πως δεν κουράζομαι». Σε αντίθεση με την γενική εικόνα των υπόλοιπων απαντήσεων, στην ερώτηση αυτή η απάντηση που κυριαρχεί είναι το *Πολύ*. Πράγματι, στους επαγγελματίες υγείας ένα από τα συχνότερα προβλήματα που παρατηρούνται είναι η σωματική κόπωση και κατά επέκταση το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης- burn out.

Στο αν η δουλειά επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του δείγματος μας, η πλειοψηφία απάντησε *καθόλου*, όμως οι τιμές *πολύ* και *εξαιρετικά πολύ* ακολουθούν, υποδεικνύοντας ότι οι συμμετέχοντες ήταν διχασμένοι ως προς αυτό. Στο ότι δεν υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος για τα καθήκοντα της εργασίας, η απάντηση *μέτρια* υπερίσχυσε και στο ότι το δείγμα μας δεν ξεκουράζεται επαρκώς από την εργασία η απάντηση *πολύ* ήταν αυτή που επικράτησε. Στην δήλωση δυσκολεύομαι να κοιμηθώ επειδή σκέφτομαι την δουλειά το δείγμα απάντησε *καθόλου* και ακολουθεί το *λίγο*, ενώ στο αν το δείγμα μας νιώθει άγχος και νευρικότητα εξαιτίας της εργασίας του, οι απαντήσεις *μέτρια* επικράτησαν και στις δύο δηλώσεις, όμως ακολουθούν οι απαντήσεις *πολύ* και *λίγο*.

Στα ραβδογράμματα για τους παράγοντες ανάπτυξης εργασιακού στρες (Διάγραμμα 12) στους επαγγελματίες υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε αρνητικά σχετικά με το αν υπάρχουν μορφές βίας ή παρενόχλησης στην εργασία τους. Για τον έλεγχο και την αυτονομία οι απαντήσεις φαίνεται πως είναι ισόποσα μοιρασμένες και το γεγονός αυτό μπορεί να συσχετίζεται και με την θέση ευθύνης. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 9, οι θέσεις ευθύνης είναι μοιρασμένες, σχετικά ίσα κατανεμημένες στις τρεις κατηγορίες και επομένως οι διαμοιρασμένες στις πέντε βαθμίδες απαντήσεις θα μπορούσαν να σχετίζονται με τη θέση ευθύνης του κάθε συμμετέχοντα. Ως αποτέλεσμα, οι ιατροί θα μπορούσαν να δίνουν απαντήσεις που να συνάδουν με το ότι αισθάνονται ότι διαθέτουν αυτονομία, ενώ οι επαγγελματίες υγείας να αισθάνονται ότι θα επιθυμούσαν περισσότερη αυτονομία στην εργασία τους.

Σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία, φαίνεται ότι αυτός ο παράγοντας επηρεάζει λιγότερο τους επαγγελματίες υγείας, καθώς η απάντηση *διαφωνώ απόλυτα* είναι αυτή που υπερίσχυσε. Όσο αναφορά το ωράριο εργασίας, το δείγμα μας στο μεγαλύτερο μέρος του απάντησε πως δεν εργάζεται σε κυκλικό ωράριο με βραδινές βάρδιες και ούτε εργάζεται σαββατοκύριακα και αργίες, όμως η απάντηση *συμφωνώ απόλυτα* ακολουθεί αμέσως μετά και στις δύο δηλώσεις που αναφέρθηκαν.

Στη συνέχεια (Διάγραμμα 13), παρατηρούμε πως ο Covid-19 διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος *συμφωνεί απόλυτα* πως η πανδημία έφερε νέα στοιχεία φόρτου εργασίας και εξουθένωσης. Στα ίδια επίπεδα, το δείγμα *συμφωνεί απόλυτα* πως η εργασία του καταναλώνει πολύ χρόνο εις βάρος της προσωπικής του ζωής και για το αν οι οικονομικές ανταμοιβές είναι μη ικανοποιητικές, το δείγμα δήλωσε πως *ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί*, όμως αμέσως μετά ακολουθεί το *συμφωνώ απόλυτα*. Συνοψίζοντας, σχετικά με την ανέλιξη, την επιβράβευση και την επαγγελματική ασφάλεια, οι απαντήσεις φαίνεται πως είναι μοιρασμένες, με το *διαφωνώ* ή το *διαφωνώ απόλυτα* να επικρατούν στις περισσότερες από τις ερωτήσεις.

### **7.1. Συμπεράσματα - Βασικά ευρήματα από τους πίνακες αναλύσεων**

Όπως προαναφέρθηκε για την καλύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή συμπερασμάτων, οι μεταβλητές των τμημάτων 2 & 3 χωρίστηκαν σε ομάδες συναφών μεταβλητών. Οι κατηγορίες που εξετάστηκαν ως προς ποιοι παράγοντες είναι αυτοί που επηρεάζουν το εργασιακό στρες χωρίστηκαν σε: φόρτο εργασίας, φύση εργασίας, ωράριο εργασίας, επικοινωνία, λήψη πρωτοβουλιών, δυσάρεστα περιστατικά, ασφάλεια, ανέλιξη, ενώ το ίδιο το εργασιακό στρες χωρίστηκε σε αισθήματα στρες, στρες & ανάπαυση, ψυχολογικές αλλαγές και απογοήτευση.

Αρχικά αναλύθηκαν οι διαφορές των μέσων όρων ανά μεταβλητή και ανά δημογραφικό παράγοντα. Ξεκινώντας από το φύλο παρατηρούμε μεγάλη διαφορά στο μέσο όρο των απαντήσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών όσο αναφορά τις ψυχολογικές αλλαγές, με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο, με αποτέλεσμα αυτές να επηρεάζονται περισσότερο από τις ψυχολογικές αλλαγές, ενώ οι άνδρες

τείουν να νιώθουν μεγαλύτερη απογοήτευση, καθώς ο μέσος όρος τους είναι 3 έναντι του μέσου όρου 2,37 των γυναικών. Όσο αναφορά την επικοινωνία, οι άνδρες φαίνεται πως αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα σε σχέση με τις γυναίκες με μέσο όρο 3,38 έναντι 2,55 των γυναικών. Συνολικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως και τα δύο φύλα θεωρούν λιγότερο στρεσογόνους παράγοντες την ασφάλεια και την λήψη πρωτοβουλιών, καθώς αποτέλεσαν τους μικρότερους μέσους όρους των απαντήσεων, ενώ αντίθετα, πιο έντονα φαίνονται να επηρεάζονται από την επικοινωνία και τις πιθανότητες ανέλιξης.

Στη συνέχεια, έντονη διαφορά διακρίνεται στα αισθήματα στρες με μεγαλύτερες τιμές στις ηλικιακές ομάδες 18-25 και 36-50 και όσο αναφορά την λήψη πρωτοβουλιών μεγαλύτεροι μέσοι όροι εμφανίζονται στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες και κάτι τέτοιο θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι λογικό, καθώς λόγω της ηλικίας οι άνθρωποι επιθυμούν μεγαλύτερο έλεγχο στην εργασία τους. Στα δυσάρεστα περιστατικά οι μέσοι όροι είναι μεγαλύτεροι στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες και μικρότεροι στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί λόγω της εργασιακής εμπειρίας που έχουν οι επαγγελματίες υγείας ανάλογα με την ηλικία τους.

Όσο αναφορά την σχέση εργασίας, ιδιαίτερη διαφορά παρατηρείται στις ψυχολογικές αλλαγές, καθώς η μεγαλύτερη τιμή άγχους εμφανίζεται σε αυτούς που ήταν ορισμένου ή αορίστου χρόνου, ενώ οι μόνιμοι φαίνεται πως δεν εμφανίζουν τα ίδια επίπεδα άγχους. Στην λήψη πρωτοβουλιών, μεγαλύτερη δυσαρέσκεια εμφανίζεται στους μόνιμους, γεγονός που εξηγείται ότι λόγω της σχέσης εργασίας τους επιθυμούν περισσότερες πρωτοβουλίες στην δουλειά τους.

Σχετικά με την επαγγελματική εμπειρία στον τομέα της υγείας, χαμηλότερη τιμή άγχους εμφανίζεται σε αυτούς που είχαν πάνω από 20 έτη επαγγελματικής εμπειρίας. Επιπλέον, ανάμεσα στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, το τελευταίο φαίνεται να αισθάνεται λιγότερο στρες, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μεγαλύτερο μέσο όρο 3,62 στο στρες και στην ανάπαυση, καθώς είναι γνωστό πως οι νοσηλευτές βιώνουν πολύ συχνά καταστάσεις εξουθένωσης εξαιτίας της εργασίας τους και επιβεβαιώνεται μέσα από αυτή την παρατήρηση. Η λήψη πρωτοβουλιών έχει τον μικρότερο μέσο όρο στο ιατρικό προσωπικό και κάτι τέτοιο είναι αναμενόμενο, καθώς οι ιατροί είναι αυτοί που συνήθως λαμβάνουν τις περισσότερες αποφάσεις στους οργανισμούς υγείας. Τα αισθήματα στρες φαίνεται με μεγάλη διαφορά πως είναι λιγότερο υπαρκτά σε ανθρώπους που κατέχουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό

τίτλο και σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση οι διαζευγμένοι είναι αυτοί που επηρεάζονται λιγότερο από αισθήματα άγχους.

Η φύση εργασίας και τα ωράρια εργασίας τείνουν να δυσαρεστούν περισσότερο τους παντρεμένους, γεγονός που εξηγείται επειδή επιθυμούν να περνούν περισσότερο χρόνο με την οικογένεια τους. Συνολικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι λιγότερο στρες και αρνητικά συναισθήματα βιώνουν οι διαζευγμένοι, ενώ περισσότερο οι παντρεμένοι. Όσο αναφορά την ύπαρξη τέκνων περισσότερο στρες τείνουν να νιώθουν όσοι δεν έχουν παιδιά, ενώ όσο αναφορά το είδος απασχόλησης, αυτοί που εργάζονται σε μερική απασχόληση αισθάνονται περισσότερο άγχος, όμως η διαφορά με αυτούς που εργάζονται με πλήρη απασχόληση είναι μικρή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 10 μαζί με αυτά των μέσων όρων (πίνακες 5-9), φαίνεται πως οι γυναίκες είναι αυτές που επηρεάζονται σημαντικά περισσότερο από το εργασιακό στρες. Η ηλικιακή ομάδα που φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο είναι δύο κατηγοριών (36-50 και άνω των 50). Στο επίπεδο εκπαίδευσης σύμφωνα με τα αισθήματα στρες, αυτοί που φαίνεται να επηρεάζονται σημαντικά λιγότερο είναι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος. Όσον αφορά την ύπαρξη τέκνων αυτοί που φαίνεται να εκδηλώνουν πιο έντονα συμπτώματα είναι οι γονείς. Στο είδος απασχόλησης, η φύση της εργασίας φαίνεται να επηρεάζει τους εργαζόμενους με πλήρες ωράριο, ενώ σε σχέση με τη λήψη πρωτοβουλιών μεγαλύτερη δυσαρέσκεια αισθάνονται οι μόνιμοι εργαζόμενοι. Όσον αφορά την επαγγελματική εμπειρία τα αισθήματα στρες, παρατηρούμε σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις πέντε ηλικιακές ομάδες, με τα αισθήματα στρες να μειώνονται όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας. Τέλος, στην βάρδια εργασίας, φαίνεται σημαντικός παράγοντας να είναι η φύση εργασίας με όσους δουλεύουν στην απογευματινή και βραδινή βάρδια να επηρεάζονται περισσότερο.

Συνοψίζοντας, συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό στρες σχετίζονται άμεσα με τα δημογραφικά στοιχεία και ότι κάθε παράγοντας που θεωρείται στρεσογόνος, επηρεάζει διαφορετικές ομάδες εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, μέσα από την συγκεκριμένη έρευνα, φαίνεται να βιώνουν άγχος στην καθημερινή εργασιακή ζωή τους σε μέτρια επίπεδα, καθώς αντιμετωπίζουν αυξημένο φόρτο εργασίας και μεγάλα ποσοστά κόπωσης και αναφέρουν σημεία - συμπτώματα που συνάδουν με αυτά του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης.



## **7.2. Συμβολή της έρευνας**

Η παρούσα έρευνα συντελεί στο να καταστήσει γνωστό στον αναγνώστη το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται από το εργασιακό στρες στην χώρα μας και σε δεύτερη φάση ποιοι είναι οι παράγοντες αυτοί που ευθύνονται κατά κύριο λόγο για την πρόκληση του στρες σε αυτή την επαγγελματική ομάδα την οποία μελετήσαμε.

Απώτερος σκοπός της αναζήτησης των στρεσογόνων παραγόντων είναι ότι εφόσον αυτοί καταστούν γνωστοί, σημαντικότερα από τους οργανισμούς και τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης της χώρας μας, οι υπεύθυνοι να αναλάβουν τις κατάλληλες δράσεις για βελτιστοποίηση αυτών των συντελεστών που αφενός κάτι τέτοιο θα συμβάλει στην πρόληψη του εργασιακού στρες του προσωπικού της υγείας και αφετέρου θα δημιουργήσει ένα περισσότερο υγιές περιβάλλον εργασίας με θετικό αντίκτυπο τόσο για τους ίδιους τους εργαζόμενους, όσο και για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς.

Επομένως, η συμβολή αυτής της έρευνας έγκειται στο να αναγνωρίσει την σημαντικότητα της ψυχικής υγείας των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας, ιδιαίτερα σε περιόδους πανδημίας, να βοηθήσει στο να εξαλειφθεί το στίγμα που σχετίζεται με τις ψυχικές ασθένειες και στη σιωπή που οδηγεί πολλές φορές το στίγμα στην χώρας μας και τέλος να συντελέσει στην δημιουργία τροποποιημένων συστημάτων υγείας με βασική γραμμή τους την ψυχολογική ασφάλεια και τη μέγιστη ψυχική ευημερία του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης.

## **7.3. Περιορισμοί της έρευνας**

Οι περιορισμοί της συγκεκριμένης μελέτης σχετίζονται αρχικά με τους χρονικούς περιορισμούς υλοποίησης της παρούσας έρευνας στο πλαίσιο διπλωματικής διατριβής, καθώς και της έλλειψης μεγαλύτερου δείγματος ερωτηθέντων, όπου παρά τις συνεχείς προσπάθειες αύξησης του αριθμού των συμμετεχόντων, το δείγμα περιορίστηκε στα «75 άτομα» με ξεκάθαρη επικράτηση του «γυναικείου φύλου» και της ηλικιακής ομάδας «26-35 ετών».

Όλα αυτά που αναφέρθηκαν σαφώς περιορίζουν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης μελέτης και επιπρόσθετα εξαιτίας της πλειοψηφίας των γυναικείων απαντήσεων, καταλαβαίνουμε πως το δείγμα αρσενικού φύλου είναι ανεπαρκές και ότι πρόκειται για μία μελέτη που εστιάζει περισσότερο σε γυναίκες επαγγελματίες υγείας, που όμως δεν ήταν αυτός ο αρχικός σκοπός της παρούσας εργασίας.

Επιπρόσθετα, μία ανησυχία που υπάρχει γενικά στις διαδικτυακές έρευνες είναι εάν τα αποτελέσματα είναι έγκυρα και αξιόπιστα, λόγω έλλειψης αλήθειας ή λόγω έλλειψης συνέπειας στις απαντήσεις που δίνονται, αφού πολλές φορές οι άνθρωποι χρησιμοποιούν ψεύτικες δηλώσεις «ως μηχανισμός διαφυγής» από μια «άβολη» κατάσταση, που δημιουργείται από το θέμα που προκαλεί η ερώτηση.

Συνοψίζοντας, αξίζει να σημειωθεί πως η πανδημία Covid – 19 συνετέλεσε στο να επιλεγθεί το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο ως το μοναδικό ερευνητικό εργαλείο, πράγμα που εμπόδισε την προσωπική επαφή με τους ερωτηθέντες και επομένως τυχόν επεξηγήσεις και διευκρινίσεις των ερωτήσεων ήταν δύσκολο να επιτευχθούν και είναι πιθανό ορισμένες ερωτήσεις να ερμηνεύτηκαν «διαφορετικά» από τα άτομα που απάντησαν και αυτό να οδήγησε σε ασαφή δεδομένα.

#### **7.4. Συστάσεις**

Σύμφωνα με όλα όσα έχουν ειπωθεί νωρίτερα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ανάληψη δράσης για τον μετριασμό του εργασιακού στρες στον υγειονομικό τομέα, απαιτείται συλλογική, συντονισμένη δράση σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης - παροχή φροντίδας πρώτης γραμμής, οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης και εξωτερικό περιβάλλον - για την πρόληψη, τη

μείωση και τελικά την εξάλειψη του εργασιακού στρες και κατά επέκταση της επαγγελματικής εξουθένωσης όλου του προσωπικού υγείας στην χώρα μας.

Παρακάτω αριθμούνται δράσεις - συστάσεις που έχουν στόχο την ενίσχυση της επαγγελματικής ευημερίας των εργαζόμενων και τον σχεδιασμό θετικών εργασιακών περιβαλλόντων εργασίας υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας.

**Σύσταση 1:** Δέσμευση της διοίκησης και της ηγεσίας να παρακολουθούν και να βελτιώνουν συνεχώς το κλινικό εργασιακό περιβάλλον, με σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα προάγουν τον σεβασμό, την δικαιοσύνη, την συμπόνια, την διαφορετικότητα και την επαγγελματική ασφάλεια.

**Σύσταση 2:** Δημιουργία και διατήρηση μιας κουλτούρας σε επίπεδο οργανισμού και σε επίπεδο μονάδας που υποστηρίζει την ψυχολογική ασφάλεια και διευκολύνει τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων και την υποστήριξη με συστήματα κινήτρων, αποζημίωσης και ανταμοιβής, ίση πρόσβαση σε πόρους, όπως καθοδήγηση και επαρκή χρόνο για επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη.

**Σύσταση 3:** Παρακολούθηση και τακτική μέτρηση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού με επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης ή συχνές υποβολές εκθέσεων εντός του οργανισμού, έτσι ώστε οι στρεσογόνοι παράγοντες που διαβρώνουν την επαγγελματική ευημερία να βελτιώνονται με συλλογική προσπάθεια, ομαδική συνεργασία και επικοινωνία.

**Σύσταση 4:** Τα εκπαιδευτικά ιδρύματα των επαγγελματιών υγείας και οι συνεργαζόμενοι χώροι κλινικής κατάρτισης οφείλουν να εργαστούν και να λάβουν πρωτοβουλίες για τη βελτίωση του μαθησιακού περιβάλλοντος και την υποστήριξη της επαγγελματικής ευημερίας των μαθητών με συμμετοχή των μαθητών στην φροντίδα των ασθενών κατά τη μάθηση και με εφαρμογή στρατηγικών που οικοδομούν σχέσεις μεταξύ των μαθητών, του διδακτικού προσωπικού και άλλων επαγγελματιών υγείας με σκοπό την οικοδόμηση κοινωνικής και επαγγελματικής υποστήριξης. Επιπρόσθετα, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα οφείλουν να προωθούν την προσωπική και επαγγελματική ευημερία των μαθητών, με τη δημιουργία ενός συστήματος που να προωθεί συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας και να υποστηρίζει την ψυχολογική ασφάλεια.

**Σύσταση 5:** Παροχή συμβουλευτικής, καθοδήγησης και υποστήριξης του προσωπικού υγείας για να προληφθεί το στρες και να ανακουφιστούν τα συμπτώματα εξουθένωσης, με απώτερο σκοπό να εξαλειφθεί μια για πάντα το στίγμα, οι αρνητικές αντιλήψεις και διακρίσεις που σχετίζονται με την συναισθηματική και ψυχική υγεία, μέσω

προγραμμάτων βοήθειας εργαζομένων και προγραμμάτων υποστήριξης από ειδικούς ψυχικής υγείας.

### **7.5. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα**

Παρ' όλο που υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι το εργασιακό άγχος είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, αυτό που δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς και δεν είναι ακόμη σαφές είναι πως και κατά πόσο το εργασιακό στρες του προσωπικού υγείας επιδρά στην φροντίδα και στα αποτελέσματα των ασθενών. Επομένως, απαιτούνται μελέτες και έρευνες αφενός για την ενίσχυση της κατανόησης του εργασιακού άγχους και αφετέρου για την κατανόηση του άγχους και της εξουθένωσης στην ασφάλεια των ασθενών στην χώρα μας.

Επιπρόσθετα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε να ερευνηθούν οι παρεμβάσεις που συμβάλουν στην μείωση των επιπέδων του άγχους στο προσωπικό υγείας και κατά πόσο αυτές οι προσεγγίσεις που εφαρμόζονται είναι οι κατάλληλες για την διαχείριση του στρες που βιώνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σήμερα στην Ελλάδα. Τέτοιου είδους μελέτες έχουν πολλαπλά θετικά αποτελέσματα, καθώς ανευρίσκονται τρόποι που μειώνουν επιτυχώς το άγχος της εργασίας, βελτιώνουν το εργασιακό περιβάλλον και οι βελτιωμένες συνθήκες εργασίας με τη σειρά τους επιδρούν μόνο θετικά στην περίθαλψη των ασθενών μιας χώρας.

Είναι επομένως σαφές πως υπάρχει μεγάλη ανάγκη για ολοκληρωμένες μελέτες που θα εξετάσουν αυτές τις δύο προτάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, με τέτοιο τρόπο που να παραχθούν ακλόνητα στοιχεία στα οποία να μπορέσουν να βασιστούν νέες πρακτικές για την μείωση και την πρόληψη του εργασιακού στρες και της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας στην χώρα μας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενογλώσση

1. Adler, M., Vincent-Höper, S., Vaupel, C., Gregersen, S., Schablon, A. and Nienhaus, A. (2021). Sexual Harassment by Patients, Clients, and Residents: Investigating Its Prevalence, Frequency and Associations with Impaired Well-Being among Social and Healthcare Workers in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), p.5198.
2. Andrea Broughton (2013). Work-related stress. [online] *Eurofound*. Available at: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2010/work-related-stress>.
3. Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R. and Farhadi, Z. (2019). Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, [online] 33(77), p.77. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31696071>.
4. Bandura, A. (1977). Self - efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, Vol 84(No 2), 191-215
5. Baumeister, R.F. and Leary, M.R. (1995a). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, [online] 117(3), pp.497–529. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7777651/>.

6. Birhanu, M., Gebrekidan, B., Tesefa, G. and Tareke, M. (2018). Workload Determines Workplace Stress among Health Professionals Working in Felege-Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, Northwest Ethiopia. *Journal of Environmental and Public Health*, [online] 2018, pp.1–8. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6287167/>.
7. Bhui, K., Dinos, S., Galant-Miecznikowska, M., de Jongh, B. and Stansfeld, S. (2016). Perceptions of work stress causes and effective interventions in employees working in public, private and non-governmental organisations: A qualitative study. *BJPsych Bulletin*, [online] 40(6), pp.318–325. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353523/>.
8. Boynton, P.M. and Greenhalgh, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*, 328(7451), pp.1312–1315.
9. Boya, F.Ö., Demiral, Y., Ergor, A., Akvardar, Y. and Witte, H.D. (2008). Effects of Perceived Job Insecurity on Perceived Anxiety and Depression in Nurses. *Industrial Health*, 46(6), pp.613–619.
10. Brouwers, A. and Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, [online] 16(2), pp.239–253. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0742051X99000578>.
11. Burgard, S.A. and Lin, K.Y. (2013). Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities. *American Behavioral Scientist*, [online] 57(8), pp.1105–1127. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3813007/#R89> [Accessed 23 Mar. 2019].

12. Callus, E., Bassola, B., Fiolo, V., Bertoldo, E.G., Pagliuca, S. and Lusignani, M. (2020). Stress Reduction Techniques for Health Care Providers Dealing With Severe Coronavirus Infections (SARS, MERS, and COVID-19): A Rapid Review. *Frontiers in Psychology*, 11.
13. Carrau, D. and Janis, J.E. (2021). Physician Burnout: Solutions for Individuals and Organizations. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 9(2), p.e3418.
14. Cohen, S. and Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, [online] 98(2), pp.310–357. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3901065/>.
15. Couarraze, S., Delamarre, L., Marhar, F., Quach, B., Jiao, J., Avilés Dorlhiac, R., Saadaoui, F., Liu, A.S.-I., Dubuis, B., Antunes, S., Andant, N., Pereira, B., Ugbolue, U.C., Baker, J.S., Clinchamps, M. and Dutheil, F. (2021). The major worldwide stress of healthcare professionals during the first wave of the COVID-19 pandemic – the international COVISTRESS survey. *PLOS ONE*, 16(10), p.e0257840.
16. Cousins, R., Mackay, C. J., Clarke, S. D., Kelly, C., Kelly, P. J., & McCaig, R. H. (2004). 'Management Standards' and work-related stress in the UK: Practical development. *Work & Stress*, 18(2), 113–136. <https://doi.org/10.1080/02678370410001734322>
17. Cooper, C.L. (2006). The changing nature of work: workplace stress and strategies to deal with it. *La Medicina Del Lavoro*, [online] 97(2), pp.132–136. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17017336/>

18. Dale H. Schunk, Maria K. DiBenedetto, i (2021). Self-Efficacy Theory - an overview | *ScienceDirect Topics*. [online] Available at:  
<https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/self-efficacy-theory>
19. Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M. and Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, [online] 18(1). Available at: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-00469-9>
20. De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, [online] Volume 13(13), pp.171–183. Available at:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7604257/>.
21. Dechasa, D. B. *et al.* (2021) “Burnout and associated factors among nurses working in public hospitals of Harari region and Dire Dawa administration, eastern Ethiopia. A cross sectional study,” *PloS one*, 16(10), p. e0258224. doi: 10.1371/journal.pone.0258224.
22. de Sousa, C.C., de Araújo, T.M., Lua, I. and Gomes, M.R. (2019a). Occupational stress and job dissatisfaction with health work. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, [online] 32(1). Available at:  
<https://www.scielo.br/pdf/prc/v32/1678-7153-prc-32-18.pdf>.
23. Dinibutun, S.R. (2020). Factors Associated with Burnout Among Physicians: An Evaluation During a Period of COVID-19 Pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, Volume 12, pp.85–94.
24. Drummond, D. (2016). Part I: Burnout Basics – Symptoms, Effects, Prevalence and the Five Main Causes. *Missouri Medicine*, [online] 113(4),



pp.252–255. Available at:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6139917/>

25. Edú-Valsania, S., Laguía, A. and Moriano, J.A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 19(3), p.1780. Available at: [https://www-mdpi-com.translate.goog/1660-4601/19/3/1780/htm? x tr sl=en& x tr tl=el& x tr hl=el& x tr\\_pto=sc](https://www-mdpi-com.translate.goog/1660-4601/19/3/1780/htm? x tr sl=en& x tr tl=el& x tr hl=el& x tr_pto=sc)
26. Fotiadis, A., Abdulrahman, K. and Spyridou, A. (2019). The Mediating Roles of Psychological Autonomy, Competence and Relatedness on Work-Life Balance and Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 10.
27. Galanis P. (2012). Using the appropriate questionnaire in epidemiological studies. *Applied Medical Research* [online] Available at: <https://www.mednet.gr/archives/2012-6/pdf/744.pdf>
28. Ghareeb, N.S., El-Shafei, D.A. and Eladl, A.M. (2021). Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental hospital: the tip of the iceberg. *Environmental Science and Pollution Research*.
29. Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A. and Spiegel, J.M. (2019). Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 16(22), p.4396. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4396>
30. Greenhalgh, L. and Rosenblatt, Z. (1984). Job Insecurity: Toward Conceptual Clarity. *Academy of Management Review*, 9(3), pp.438–448.

31. Greenhaus, J. and Beutell, N.J. (1985). Source of Conflict Between Work and Family Roles. [online] *ResearchGate*. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/259309989\\_Source\\_of\\_Conflict\\_Between\\_Work\\_and\\_Family\\_Roles](https://www.researchgate.net/publication/259309989_Source_of_Conflict_Between_Work_and_Family_Roles)
32. Griffin, M. A., & Clarke, S. (2011). Stress and well-being at work. In S. Zedeck (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology, Vol. 3. Maintaining, expanding, and contracting the organization* (pp. 359–397). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/12171-010>
33. Havermans, B.M., Brouwers, E.P.M., Hoek, R.J.A., Anema, J.R., van der Beek, A.J. and Boot, C.R.L. (2018). Work stress prevention needs of employees and supervisors. *BMC Public Health*, 18(1).
34. Heinemann, L.V. and Heinemann, T. (2017). Burnout Research. *SAGE Open*, 7(1), p.215824401769715.
35. Henseke, G. (2017). Good jobs, good pay, better health? The effects of job quality on health among older European workers. *The European Journal of Health Economics*, 19(1), pp.59–73.
36. Jacobs, J. A. and Gerson, K. (2004) “The time divide: Work, family, and gender inequality,” *The family and public policy.*, 259. Available at: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2005-13485-000.pdf>
37. Jaracz, M., Rosiak, I., Bertrand-Bucińska, A., Jaskulski, M., Nieżurawska, J. and Borkowska, A. (2017). Affective temperament, job stress and professional burnout in nurses and civil servants. *PLOS ONE*, 12(6), p.e0176698.

38. Joseph, B. and Joseph, M. (2016). The health of the healthcare workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, [online] 20(2), p.71. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299814/>.
39. Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E. and Tai, S. (2011). The development and validation of a general measure of well-being: the BBC well-being scale. *Quality of Life Research*, 20(7), pp.1035–1042.
40. Koinis, A., Giannou, V., Drantaki, V., Angelaina, S., Stratou, E. and Saridi, M. (2015). The impact of healthcare workers job environment on their mental-emotional health. Coping strategies: the case of a local general hospital. *Health Psychology Research*, [online] 3(1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768542/>
41. Landrigan, C.P., Rothschild, J.M., Cronin, J.W., Kaushal, R., Burdick, E., Katz, J.T., Lilly, C.M., Stone, P.H., Lockley, S.W., Bates, D.W. and Czeisler, C.A. (2004). Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *New England Journal of Medicine*, 351(18), pp.1838–1848.
42. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 140, 55. [online] psycnet.apa.org. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/1933-01885-001>
43. Lin, R., Lin, Y., Hsia, Y. and Kuo, C. (2021). Long working hours and burnout in health care workers: Non-linear dose-response relationship and the effect mediated by sleeping hours—A cross-sectional study. *Journal of Occupational Health*, 63(1).

44. Maben, J. and Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, [online] 29(15-16). Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15307>
45. Manjarres-Posada, N.I., Onofre-Rodríguez, D.J. and Benavides-Torres, R.A. (2020). Social Cognitive Theory and Health Care: Analysis and Evaluation. *International Journal of Social Science Studies*, Vol. 8, No. 4; July 2020.
46. Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, [online] 2(2), pp.99–113. Available at: <https://www.jstor.org/stable/3000281>.
47. Maslach & Jackson (1981). Table 3 . The Maslach Burnout Inventory. [online] *ResearchGate*. Available at: [https://www.researchgate.net/figure/The-Maslach-Burnout-Inventory\\_tbl3\\_302869940](https://www.researchgate.net/figure/The-Maslach-Burnout-Inventory_tbl3_302869940)
48. Maslach, C. and Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, [online] 15(2), pp.103–111. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911781/>.
49. Menéndez-Espina, S., Llosa, J.A., Agulló-Tomás, E., Rodríguez-Suárez, J., Sáiz-Villar, R. and Lahseras-Díez, H.F. (2019). Job Insecurity and Mental Health: The Moderating Role of Coping Strategies From a Gender Perspective. *Frontiers in Psychology*, [online] 10. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6387966/>.
50. Noone, P.A. (2017). The Holmes–Rahe Stress Inventory. *Occupational Medicine*, [online] 67(7), pp.581–582. Available at: <https://academic.oup.com/occmed/article/67/7/581/4430935>

51. Nu Htay, M.N., Marzo, R.R., Bahari, R., AlRifai, A., Kamberi, F., El-Abasiri, R.A., Nyamache, J.M., Hlaing, H.A., Hassanein, M., Moe, S., Abas, A.L. and Su, T.T. (2021b). How healthcare workers are coping with mental health challenges during COVID-19 pandemic? - A cross-sectional multi-countries study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 11, p.100759.
52. Odonkor, S.T. and Adams, S. (2021). Predictors of stress and associated factors among healthcare workers in Western Ghana. *Heliyon*, 7(6), p.e07223
53. Ovchinnikov, Y.V., Palchenkova, M.V. and Kalachev, O.V. (2015). [Burnout syndrome: diagnosis, principles of treatment, prophylaxis]. *Voennomeditsinskii Zhurnal*, [online] 336(7), pp.17–24. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26821457/>.
54. Patel, R., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M. and Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences*, [online] 8(11), p.98. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6262585/#B1-behavsci-08-00098>.
55. Patel, R.S., Sekhri, S., Bhimanadham, N.N., Imran, S. and Hossain, S. (2019). A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*, [online] 11(6). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6682395/>.
56. Poghosyan, L., Aiken, L.H. and Sloane, D.M. (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, [online] 46(7), pp.894–902. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700194/>.

57. Pompili, M., Innamorati, M., Narciso, V., Kotzalidis, G.D., Dominici, G., Talamo, A., Girardi, P., Lester, D. and Tatarelli, R. (2010). Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *La Clinica Terapeutica*, [online] 161(6), pp.511–514. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21181078/>.
58. Ponto, J. (2015b). Understanding and Evaluating Survey Research. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, [online] 6(2), pp.168–171. Available at: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.googleusercontent.com/translate/pmc/articles/PMC4601897/?x\\_tr\\_sl=en&x\\_tr\\_tl=el&x\\_tr\\_hl=el&x\\_tr\\_pto=sc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.googleusercontent.com/translate/pmc/articles/PMC4601897/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=el&x_tr_hl=el&x_tr_pto=sc).
59. Reith, T.P. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*, 10(12).
60. Rhodes, J. E. (2004). Family, friends, and community: The role of social support in promoting health (pp. 289-296). In P. M. Camic & S. J. Knight (2004). *Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions* (2<sup>nd</sup> rev. & exp. Ed). Ashland, OH: Hogrefe & Huber
61. Romani, M. and Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9(1), p.23556.
62. Salvagioni, D.A.J., Melanda, F.N., Mesas, A.E., González, A.D., Gabani, F.L. and Andrade, S.M. de (2017b). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, 12(10), p.e0185781.

63. Shanafelt, T., Ripp, J. and Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323(21).
64. Schaufeli, W. (2006). The Balance of Give and Take: Toward a Social Exchange Model of Burnout. *Revue internationale de psychologie sociale*, 19, 75-119. <https://doi.org/>
65. Schmitz, N., Neumann, W. and Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2), pp.95–99.
66. Schneiderman, N., Ironson, G. and Siegel, S.D. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, [online] 1(1), pp.607–628. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2568977/>.
67. Shepherd, D. and Haynie, J.M. (2009). Family Business, Identity Conflict, and an Expedited Entrepreneurial Process: A Process of Resolving Identity Conflict. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 33(6), pp.1245–1264.
68. Singh, R., Tadi, P. and Marlowe, D. (2020). Provider Burnout. [online] *PubMed*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538330/>.
69. Slutsky, D. (2014). The Effective Use of Graphs. *Journal of Wrist Surgery*, [online] 03(02), pp.067–068. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078179/>.
70. Søvold, L.E., Naslund, J.A., Kousoulis, A.A., Saxena, S., Qoronfleh, M.W., Grobler, C. and Münter, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-

- Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority.  
*Frontiers in Public Health*, [online] 9. Available at:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8137852/>.
71. Squellati, R. and Zangaro, G.A. (2022a). Eight Ways Nurses Can Manage a Burnt-Out Leader. *Nursing Clinics*, [online] 57(1), pp.67–78. Available at:  
[https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465\(21\)00098-0/abstract](https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(21)00098-0/abstract)
72. Stults-Kolehmainen, M.A. & Sinha, R., (2013). The Effects of Stress on Physical Activity and Exercise. *Sports Medicine*, 44(1), pp.81–121.  
doi:10.1007/s40279-013-0090-5.
73. Sullivan, G.M. and Artino, A.R. (2013b). Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*, [online] 5(4), pp.541–542. Available at:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886444/>.
74. Sultana, A., Sharma, R., Hossain, M.M., Bhattacharya, S. and Purohit, N. (2020). Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian Journal of Medical Ethics*, pp.01–04.
75. Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E. and Uchiyama, M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), pp.445–453.
76. Tan, S.Y. and Yip, A. (2018). Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore Medical Journal*, [online] 59(4), pp.170–171. Available at:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915631>.



77. Tzeng, D.-S., Chung, W.-C., Lin, C.-H. and Yang, C.-Y. (2012). Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1).
78. Vento, S., Cainelli, F. and Vallone, A. (2020). Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. *Frontiers in Public Health*, [online] 8. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7531183/>.
79. Whatmore, L. (2000b). Stress in health professionals. Jenny Firth-Cozens and Roy Payne, John Wiley & Sons, Chichester, 1999, pp. xviii+264. 0-471-99876-1 (paper), 0-471-99875-2 (cloth). *Stress Medicine*, 16(5), pp.327–329.
80. Yaddanapudi, S. and Yaddanapudi, L. (2019). How to design a questionnaire. *Indian Journal of Anaesthesia*, [online] 63(5), p.335. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6530282/>
81. Yook, Y.-S. (2020b). Relationship between physical activity and job stress among public office workers. *Journal of Physical Therapy Science*, 32(12), pp.839–843.
82. World Health Organisation (2020). Occupational health: Stress at the workplace. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>.
83. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). (n.d.). Stress | How Right Now. [online] Available at: <https://www.cdc.gov/howrightnow/emotion/stress/index.html>.

84. [www.who.int](http://www.who.int). (n.d.). Preventing violence against health workers. [online] Available at: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>.
85. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). (2018). CDC - Health Care Workers, Work Stress - NIOSH Workplace Safety and Health Topic. [online] Available at: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/workstress.html>.
86. The World Health Report (WHO) (2006). Health workers. [online] Available at: [https://www.who.int/whr/2006/06\\_chap1\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf)

## **Ελληνική**

87. Αγγελόπουλος Β. Νικηφόρος, (2014) Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία Εκδόσεις ΒΗΤΑ
88. Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου, Μαρίνα Ντάλλα, (2007). (PDF) Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από το επάγγελμα Ελλήνων

δασκάλων (ειδικής και γενικής αγωγής) και καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: Συγκριτική μελέτη. [online] ResearchGate. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/263809288\\_Epangelmatike\\_exouthe\\_nose\\_kai\\_ikanopoiесе\\_απο\\_to\\_epangelma\\_Ellenon\\_daskalon\\_eidikēs\\_kai\\_genikes\\_agoges\\_kai\\_kathegeton\\_deutero bathmias\\_ekpaideuses\\_Synkritike\\_melet\\_e.](https://www.researchgate.net/publication/263809288_Epangelmatike_exouthe_nose_kai_ikanopoiесе_απο_to_epangelma_Ellenon_daskalon_eidikēs_kai_genikes_agoges_kai_kathegeton_deutero bathmias_ekpaideuses_Synkritike_melet_e.)

89. Αναστάσιος Β. Μερκούρης, (2008) Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 1η Έκδοση, Εκδόσεις Έλλην

90. Ελένη Μουστάκα and Θεόδωρος Γ Κωνσταντινίδης, (2010). Πηγές και επιπτώσεις του εργασιακού στρες στη νοσηλευτική. [online] Health Science Journal. Available at: <https://www.hsj.gr/medicine/sources-and-effects-of-workrelated-stress-in-nursing.php?aid=3575..>

91. Greenberg, J. and Baron, R.A. (2013). Οργανωσιακή ψυχολογία και συμπεριφορά / Behavior in organizations. 9th ed. Gutenberg, Επιστημονική Επιμέλεια - Μετάφραση Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου

92. Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). Ψυχολογία της υγείας, θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα.

93. Κοϊνης Α., Τζιαφέρη Σ., Σαρίδη Μ. (2014) Προβλήματα ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες υγείας, *Interscientific Health Care* (2014) Vol 6, Issue 1 , 8-17 [online] available at: [https://www.researchgate.net/publication/262914962\\_Problemata\\_psychikes\\_ygeias\\_se\\_epangelmaties\\_ygeias](https://www.researchgate.net/publication/262914962_Problemata_psychikes_ygeias_se_epangelmaties_ygeias)

94. McEwen, M. and M. Wills, E. (2004). Νοσηλευτικές Θεωρίες - Theoretical basis for nursing. 1st ed. ΑΘΗΝΑ: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

95. Selye, H. (1956). Το άγχος της ζωής. Νέα Υόρκη McGraw-Hill.
96. Βακόλα, Μ. and Νικολάου, Ι. (2012). Οργανωσιακή Ψυχολογία και Συμπεριφορά. Α' ed. Rosili.

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

“Το εργασιακό στρες και οι αιτίες εμφάνισης του σε επαγγελματίες υγείας. Τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης”

Τμήμα οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων

Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στην Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

## Τμήμα 1: Στοιχεία ερωτώμενου

### 1. Φύλο:

- Γυναίκα
- Άνδρας

### 2. Ηλικιακή ομάδα:

- 18-25
- 26-35
- 36-50
- >51

### 3. Επίπεδο Εκπαίδευσης:

- Βασική
- Γυμνάσιο/Λύκειο
- ΤΕΙ / ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό

### 4. Οικογενειακή κατάσταση:

- Ελεύθερος/η
- Σε σχέση
- Παντρεμένος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

### 5. Έχετε παιδιά;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

### 6. Είδος απασχόλησης στην εργασία:

- Πλήρης απασχόληση
- Μερική απασχόληση

### 7. Σχέση εργασίας:

- Μόνιμος
- Αορίστου χρόνου
- Ορισμένου χρόνου

8. Επαγγελματική εμπειρία στον τομέα της υγείας:

- 0-2
- 2-5
- 5-10
- 10-20
- > 20

9. Επαγγελματική θέση ευθύνης:

- Ιατρός
- Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια
- Λοιπό Προσωπικό Υγείας

10. Βάρδια εργασίας:

- Πρωινή
- Απογευματινή - Βραδινή
- Κυκλική

Τμήμα 2: Εργασιακό στρες και επαγγελματίες υγείας

Οι παρακάτω προτάσεις έχουν σκοπό να αναγνωρίσουν τη σχέση ανάμεσα στο εργασιακό άγχος και στους επαγγελματίες υγείας. Επιλέξτε μία απάντηση σύμφωνα με:

**1. Καθόλου      2. Λίγο      3. Μέτρια      4. Πολύ      5. Εξαιρετικά**

11. Αισθάνομαι άγχος εξαιτίας της εργασίας μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Αισθάνομαι νευρικός εξαιτίας της εργασίας μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ επειδή σκέφτομαι τη δουλειά.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Αισθάνομαι πως δεν ξεκουράζομαι.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Δεν έχω τον απαιτούμενο χρόνο για να ολοκληρώσω τα καθήκοντα της δουλειάς μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Η δουλειά μου επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος από την δουλειά μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησα να εργάζομαι.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Αισθάνομαι απογοητευμένος από την εργασία μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Πηγή: 1) Γαλάνης, Π. (2012). *APPLIED MEDICAL RESEARCH Using the appropriate questionnaire in epidemiological studies.*

2) Maslach & Jackson (1981). *The Maslach Burnout Inventory.*

Τμήμα 3: Παράγοντες ανάπτυξης εργασιακού στρες σε επαγγελματίες υγείας.  
Οι παρακάτω προτάσεις έχουν σκοπό να αναγνωρίσουν τους παράγοντες που ευθύνονται για το εργασιακό στρες σε επαγγελματίες υγείας. Επιλέξτε μία απάντηση σύμφωνα με:

**1. Διαφωνώ απόλυτα    2. Διαφωνώ    3. Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**

**4. Συμφωνώ    5. Συμφωνώ απόλυτα**

20. Οι φυσικές συνθήκες εργασίας μου είναι δυσάρεστες (θόρυβος, φωτισμός, χώρος).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Είναι πολύ κουραστικό για εμένα να δουλεύω με ασθενείς.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Δουλεύω περισσότερες ώρες από όσες θα ήθελα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Νιώθω ότι δεν μπορώ να αντιμετωπίσω τις απαιτήσεις και τον φόρτο εργασίας στην δουλειά μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Η εργασία μου περιλαμβάνει πολλών ειδών κινδύνους (ατυχήματα, αιχμηρά αντικείμενα, ενεργούς κινδύνους μόλυνσης).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Δουλεύω σαββατοκύριακα και αργίες.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Δουλεύω σε κυκλικό ωράριο με βραδινές βάρδιες.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Το γεγονός ότι η δουλειά μου έχει άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει να νιώθω υπερβολική πίεση.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Αισθάνομαι απομονωμένος στην δουλειά μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους μου είναι φτωχές.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



30. Δεν έχω κοινωνική ή συναδελφική υποστήριξη.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

31. Δεν έχω τον έλεγχο σε πολλές πτυχές της εργασίας μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. Δεν μου δίνεται αυτονομία στην εργασία μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33. Δεν εμπλέκομαι σε αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34. Η εργασία μου περιλαμβάνει λεκτική ή σωματική βία.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35. Στην εργασία μου υπάρχουν συμπεριφορές παρενόχλησης.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36. Η εργασία μου δεν είναι μόνιμη.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37. Η εργασία μου δεν μου προσφέρει επαγγελματική ασφάλεια.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38. Η εργασία μου καταναλώνει πολύ χρόνο εις βάρος της προσωπικής και οικογενειακής μου ζωής.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39. Οι οικονομικές ανταμοιβές της εργασίας μου είναι μη ικανοποιητικές.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

40. Δεν λαμβάνω επιβράβευση στην εργασία μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

41. Η πανδημία Covid- 19 έφερε νέα στοιχεία φόρτου εργασίας και εξουθένωσης.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

42. Με ανησυχεί συχνά ο κίνδυνος προσωπικής μόλυνσης από Covid-19 στην εργασία μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

43. Η κουλτούρα του οργανισμού στον οποίο δουλεύω δεν ταιριάζει με τις αξίες ή τα πιστεύω μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

44. Στην εργασία μου δεν υπάρχουν ευκαιρίες για πρόοδο.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Πηγή: 1) Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 140, 55.

2) Poghosyan, L., Aiken, L.H. and Sloane, D.M. (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), pp.894–902.

**Ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!**