

2021-01

bö — μ À - ' Á ± Ã . Ä ¿ Å μ Á³ ± Ã¹ ± ⁰ ¿ Í Ã
 bö Ã Ä · ½ À Á ¿ Ã É À¹ ⁰ ® ⁰ ± ¹ μ À ± ³ ³ μ » ¹
 bö ¶ É ® Ä É ½ μ À ± ³ ³ μ » ¼ ± Ä¹ Î ½ Å³ μ -
 bö À μ Á - ¿ ' ¿ Covid-19

bö œ À ¿ » Î Ã · , ! μ² Á É ½ - ± œ ± Á - ±

bö Á³ Á ± ¼ ¼ ± " · ¼ Ì Ã¹ ± Â "¹ ¿ - ⁰ · Ä · Ä , £ Ç ¿ » ® Ÿ¹ ⁰ ¿ ½ ¿ ¼¹ ⁰ Î ½ • À¹ Ä Ä · ¼ Î ½ ⁰ ± ¹ "¹ ¿ - ⁰ ·
 bö ± ½ μ À¹ Ä Ä ® ¼¹ ¿ • μ - À ¿ » ¹ Â - Æ ¿ Ä

<http://hdl.handle.net/11728/11678>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
(ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ)**

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ COVID-19**

Φεβρωνία Μαρία Μπολώση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΑΦΟΣ-ΚΥΠΡΟΣ 2021

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
(ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ)**

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ COVID-19**

Της

Φεβρωνίας Μαρίας Μπολώση

Υποβληθείσα στη Σχολή Οικονομικών, Διοίκησης και Πληροφορικής σε μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Τίτλου σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση Μονάδων Υγείας στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις

Ιανουάριος 2021

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Φεβρωνία Μαρία Μπλώση, 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διατριβής από το Πανεπιστήμιο Νεάπολις δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

Όνοματεπώνυμο Φοιτήτριας: Φεβρωνία Μαρία Μπολώση

Τίτλος Μεταπτυχιακής Διατριβής: Η επίδραση του εργασιακού στρες στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας σε περίοδο Covid-19

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις και εγκρίθηκε στις 29/01/2021 από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

Εξεταστική Επιτροπή:

Πρώτος επιβλέπων (Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος) Δρ. Λατσού Δημήτρα

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Δρ. Γείτονα Μαρία

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Δρ. Ανδρούτσου Λορένα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η Φεβρωνία Μαρία Μπολώση, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «*Η επίδραση του εργασιακού στρες στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας σε περίοδο Covid-19*», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Ο/Η Δηλών /σα

Περίληψη

Εισαγωγή: Το στρες είναι αναπόσπαστο χαρακτηριστικό της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής καθημερινότητας του σύγχρονου ανθρώπου. Ιδιαίτερα το εργασιακό στρες, αποτελεί μια υποκειμενική διαχείριση καταστάσεων που χαρακτηρίζεται από τον περιβάλλοντα χώρο και τους ανθρώπους με τους οποίους ο εργαζόμενος συναναστρέφεται. Το εργασιακό στρες μεταξύ επαγγελματιών υγείας μπορεί να προκαλέσει σωματικές και ψυχολογικές αναπηρίες. Συνδέεται επίσης με χαμηλότερο ηθικό κίνητρο και ικανοποίηση από την εργασία, αυξημένη καθυστέρηση, μειωμένη παραγωγικότητα, μειωμένη ποιότητα και ποσότητα φροντίδας και αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Σκοπός: Η διερεύνηση του εργασιακού στρες σε σχέση με την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας, κατά την περίοδο της πανδημίας του Covid-19. Η παρούσα μελέτη επιδιώκει την εκτίμηση του βαθμού έντασης του στρες που αναδύεται από το εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας σε περιόδους επιδημιολογικής έξαρσης, καθώς και την επίδραση των στρεσογόνων καταστάσεων στην ισορροπία της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής τους.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 186 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές) που ανήκουν στο εργατικό δυναμικό του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός». Επιλέχθηκε η ποσοτική ερευνητική διαδικασία με τη χορήγηση ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς, με το μέθοδο της δημοσκοπήσης. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε την Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής – IV «Professional Quality of Life Scale – ProQol» και την Κλίμακα Μέτρησης Εργασιακού Στρες «Job Stress Measure». Επίσης, περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα βιώματα των συμμετεχόντων σχετικά με την εργασία τους στην υπηρεσία υγείας, καθώς και ερωτήσεις για το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής και τη διεξαγωγή μονοπαραγοντικών αναλύσεων (T-test, One-Way Anova). Για τον έλεγχο της ύπαρξης γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος ανέφεραν μέτρια επίπεδα ποιότητας επαγγελματικής ζωής, μέτρια επίπεδα εργασιακού στρες και υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19. Από την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων αποδείχθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εργασιακού στρες/άγχους και ποιότητας της επαγγελματικής ζωής. Εργαζόμενοι που αντιμετώπισαν περισσότερο εργασιακό στρες και άγχος λόγω της πανδημίας, είχαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας της επαγγελματικής ζωής. Επίσης, διάφοροι δημογραφικοί και εργασιακοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, το εργασιακό στρες και το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας Covid-19.

Συμπεράσματα: Οι οργανισμοί μπορούν να τροποποιήσουν αποτελεσματικά τις διαστάσεις της εργασίας, μόνον όταν γνωρίζουν τους τομείς που είναι ανεπαρκείς και χρήζουν βελτίωσης. Οι διαχειριστές των υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι σε θέση να μειώσουν το επίπεδο εργασιακού στρες στα νοσοκομεία, αυξάνοντας την ικανοποίηση των εργαζομένων. Ο σχεδιασμός των δράσεων πρέπει να γίνεται με τρόπους που παρέχουν κίνητρα και ευκαιρίες για τους υπαλλήλους χρησιμοποιώντας τις δεξιότητες. Τα αποτελέσματα θα ενισχύσουν την κατανόηση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής στους επαγγελματίες υγείας, συμβάλλοντας στον εντοπισμό καλύτερων στρατηγικών πρόσληψης, προώθησης και κατάρτισης μελλοντικών εργαζόμενων στις υπηρεσίες υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: *εργασιακό στρες, ποιότητα επαγγελματικής ζωής, επαγγελματίες υγείας, πανδημία Covid-19.*

Abstract

Introduction: Stress is an integral feature of personal, social and professional daily life of modern people. Work stress, in particular, is a subjective situation management characterized by the environment and the people with whom the employee interacts. Work stress among health professionals can cause physical and psychological disabilities. It is also associated with lower morale and job satisfaction, increased latency, reduced productivity, reduced quality and quantity of care, and increased costs of health care services.

Aim: Investigating work stress in relation to the quality of professional life of health professional during the Covid-19 pandemic. The present study seeks to assess the degree of stress that emerges from the work environment of health professionals in times of epidemic outbreak, as well as the impact of stressful situations on the balance of their personal and professional lives.

Methodology: The research sample consisted of 186 health professionals (doctors, nurses) working at the General Hospital of Athens “Evangelismos”. Quantitative research process was selected by providing a self-report questionnaire, using the survey method. The questionnaire included the “Professional Quality of Life Scale (ProQol)” and the “Job Stress Measure”. It also included questions about participants’ experiences of working in the health service, as well as questions about work-related stress due to the Covid-19 pandemic. Data analyzed using descriptive statistics and one-factor analysis (T-test, One-Way Anova). In order to test the existence of a linear relationship between the quantitative variables, Pearson’s parametric correlation coefficient was used. Statistical analysis of the results was done with SPSS 22.0.

Results: Health professionals in the sample reported moderate levels of quality of working life, moderate levels of work-related stress and high levels of work stress due to the Covid-19 pandemic. The analysis of the statistics showed that there is a correlation between work stress and quality of professional life. Employees who experienced more work-related stress and work stress due to the pandemic had lower levels of quality of professional life. Also, various demographic and occupational factors can affect quality of working life, work-related stress and work stress due to the Covid-19 pandemic.

Conclusions: Organizations can effectively modify the dimensions of work only when they know the areas that are inadequate and need improvement. Managers of health services must be able to reduce the level of work stress in hospitals, increasing employee satisfaction. Action planning should be done in ways that provide motivation and opportunities for employees using the skills. The results will enhance the understanding of the determinants that affect the quality of professional life of health professionals, helping to identify better strategies for recruiting, promoting and training future employees in health services.

Key words: *work stress, quality of working life, health professionals, pandemic Covid-19.*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους εκείνους, χωρίς τη βοήθεια των οποίων θα ήταν αδύνατη η εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής:

- Τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής και όλους τους καθηγητές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα, για την ανεκτίμητη γνώση και εμπειρία που μου μετέδωσαν.
- Το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΓΝΑ Ευαγγελισμός, για τη συγκατάθεσή του στην πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.
- Τους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, χωρίς τη συνδρομή των οποίων θα ήταν αδύνατη η επιτυχής ολοκλήρωσή της.
- Τους γονείς μου, για την κατανόηση, την υπομονή και την αμέριστη υποστήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Πίνακας Περιεχομένων

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	1
Σκοπός και σημαντικότητα της έρευνας.....	3
Κεφάλαιο 2: Εργασιακό περιβάλλον σε περιόδους πανδημίας	4
2.1 Χαρακτηριστικά εργασιακού περιβάλλοντος στον τομέα της υγείας	4
2.2 Εργασιακό περιβάλλον στον τομέα της υγείας σε περίοδο πανδημίας Covid-19 ...	7
Κεφάλαιο 3: Ποιότητα της εργασιακής ζωής	9
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση.....	9
3.2 Σημασία της ποιότητας της εργασιακής ζωής	11
3.3 Ιστορική εξέλιξη της ποιότητας της εργασιακής ζωής.....	13
3.4 Ποιότητα της εργασιακής ζωής στις υπηρεσίες υγείας	18
3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής.....	21
3.5.1 Διαστάσεις της εργασίας	21
3.5.2 Παρεμβάσεις ανθρώπινου δυναμικού	24
3.5.3 Δέσμευση των εργαζομένων	26
3.5.4 Πρόθεση κύκλου εργασιών	28
3.5.5 Η δέσμευση των εργαζομένων ως διαμεσολαβητής	29
Κεφάλαιο 4: Εργασιακό στρες.....	30
4.1 Εννοιολογική προσέγγιση.....	30
4.2 Θεωρητικά μοντέλα εργασιακού στρες	31
4.3 Αιτιολογικοί παράγοντες εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας.....	35
4.3.1 Παράγοντες εργασίας.....	37
4.3.2 Διαπροσωπικές σχέσεις.....	37
4.3.3 Οργανωτικοί παράγοντες	38
4.3.4 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	39
4.3.5 Προσωπικοί ή οικογενειακοί παράγοντες.....	40
4.3.6 Φόρτος εργασίας	41
4.4 Συνέπειες του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας	42
4.4.1 Επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας λόγω της πανδημίας SARS-Cov-244	
4.5 Πρόληψη και αντιμετώπιση του εργασιακού στρες	45
4.5.1 Στρατηγικές παρέμβασης	45
4.5.2 Γενικές παρεμβάσεις σε περιόδους πανδημίας	47
Κεφάλαιο 5: Σκοπός και Μεθοδολογία έρευνας	50
5.1 Σκοπός εργασίας.....	50

5.2	Ερευνητικά ερωτήματα	50
5.3	Σχεδιασμός.....	51
5.4	Καθορισμός του δείγματος	52
5.5	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	53
5.6	Δεοντολογικά θέματα και ηθική της έρευνας.....	56
5.6.1	Έγκριση διεξαγωγής της μελέτης.....	56
5.6.2	Συνειδητή συγκατάθεση και διασφάλιση ανωνυμίας συμμετεχόντων	56
5.7	Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων.....	57
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα έρευνας		58
6.1	Αξιοπιστία κλιμάκων.....	58
6.2	Περιγραφική στατιστική.....	59
6.2.1	Κοινωνικά-Δημογραφικά στοιχεία	59
6.2.2	Εργασιακά χαρακτηριστικά	60
6.2.3	Ποιότητα επαγγελματικής ζωής.....	61
6.2.4	Κλίμακα μέτρησης εργασιακού στρες	67
6.2.5	Εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19.....	71
6.3	Συσχετίσεις	73
6.4	Συγκρίσεις μεταξύ ομάδων.....	75
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση - Συμπεράσματα.....		87
7.1	Συζήτηση	87
7.2	Περιορισμοί και μελλοντικές επεκτάσεις.....	91
7.3	Συμπεράσματα - Προτάσεις	92
Βιβλιογραφία		95
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο		118
Παράρτημα Β: Άδεια νοσοκομείου		124

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Διαστάσεις Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής	65
Διάγραμμα 2: Κατανομή δείγματος – Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής	66
Διάγραμμα 3: Κατανομή δείγματος – Εργασιακό Στρες.....	69
Διάγραμμα 4: Κατανομή δείγματος – Εργασιακό Άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19.	72

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας	58
Πίνακας 2: Κοινωνικά-Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (N=186)	59
Πίνακας 3: Εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=186)	60
Πίνακας 4: Περιγραφικά Αποτελέσματα – Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής	61
Πίνακας 5: Βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής	65
Πίνακας 6: Κατανομή δείγματος - Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής	66
Πίνακας 7: Περιγραφικά Αποτελέσματα – Κλίμακα Μέτρησης Εργασιακού Στρες	67
Πίνακας 8: Συνολική βαθμολογία εργασιακού στρες	69
Πίνακας 9: Κατανομή της βαθμολογίας εργασιακού στρες	70
Πίνακας 10: Περιγραφικά Αποτελέσματα – Εργασιακό Άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19	71
Πίνακας 11: Βαθμολογία εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας Covid-19	72
Πίνακας 12: Κατανομή της βαθμολογίας εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19	73
Πίνακας 13: Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίου	73
Πίνακας 14: Βιώματα σχετικά με την εργασία ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό	75
Πίνακας 15: Επαγγελματική ικανοποίηση ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό	77
Πίνακας 16: Δευτερεύον τραυματικό άγχος ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό	79
Πίνακας 17: Επαγγελματική εξουθένωση ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό	81
Πίνακας 18: Εργασιακό στρες ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό	83
Πίνακας 19: Εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19 ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό	85

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Το στρες θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μιας ανθρώπινης οντότητας με το περιβάλλον. Τα άτομα βιώνουν στρες σε καταστάσεις που νιώθουν αδύναμα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις που εγείρονται από το περιβάλλον που ζουν και δραστηριοποιούνται, σύμφωνα με τις ικανότητες τους και τις δεξιότητες που έχουν αναπτύξει. Μέχρι ενός ορισμένου σημείου είναι ευεργετικό, αφού ωθεί τον άνθρωπο στην υπέρβαση των ορίων του και στην επίτευξη νέων στόχων, αλλά σε υψηλή ένταση ή για μεγάλα χρονικά διαστήματα δημιουργεί προβλήματα και προκαλεί ψυχοσωματικές αλλαγές που μπορεί να είναι μόνιμες για τον οργανισμό (Johnson et al., 2005).

Οι παράγοντες που έχουν τη δυναμική να συμβάλουν στην εμφάνιση στρες στο άτομο διακρίνονται σε τρία είδη: τους φυσικούς, τους ψυχολογικούς και τους μικροπαράγοντες. Οι φυσικοί παράγοντες σχετίζονται με την απειλή της σωματικής ακεραιότητας, ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες αφορούν τις καθημερινές καταστάσεις που θεωρεί το άτομο ενοχλητικές σε σχέση με άλλα άτομα και το περιβάλλον (Τσιούλη, 2017).

Το εργασιακό στρες αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της σύγχρονης εποχής που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια των ανθρώπων, ενώ αναφέρεται ως το δεύτερο συχνότερο εργασιακό πρόβλημα επηρεάζοντας το ¼ των εργαζομένων. Μπορεί να έχει πολλές καταβολές ή μπορεί να προέρχεται και από ένα μοναδικό περιστατικό (Chandraiah, 2012). Επίσης, μπορεί να έχει αντίκτυπο, τόσο στους εργαζόμενους όσο και στους εργοδότες και την επιχείρηση. Εργαζόμενοι που νιώθουν την πίεση για αύξηση της απόδοσης και της παραγωγικότητάς τους εισέρχονται σε ένα φαύλο κύκλο αύξησης της προσπάθειας χωρίς να αυξάνεται η ικανοποίησή που οι ίδιοι θα έπρεπε να λαμβάνουν από την εργασία τους. Η λειτουργία ενός εργαζομένου υπό αυτές τις συνθήκες επιφέρει πολύ συχνά δυσαρέσκεια, μειωμένη αποδοτικότητα, κατάθλιψη, ασθένεια και αποχή από την εργασία.

Σύμφωνα με τους Δικαίο και συν. (1999), οι υπηρεσίες υγείας συνιστούν το σύνολο των ιατρικών φροντίδων καθώς και τους μηχανισμούς που αυτοί παράγονται και διανέμονται στους χρήστες-ασθενείς. Ο Wolper (2001) έχει χαρακτηρίσει ως ιδιαιτερότητα την παραγωγή και διάθεση των υπηρεσιών υγείας, κάνοντας λόγο για σημαντικές διαφορές συγκριτικά με άλλα προϊόντα/υπηρεσίες. Η σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών του τομέα υγείας εμφανίζει μεγάλη βαρύτητα, ως απόρροια της υφιστάμενης στενής συσχέτισης. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ευρυθμία αυτής της σχέσης, αναγκαιότητα αποτελεί η αντιμετώπισή της από την πολιτεία με δεξιότητα και

αυξημένη προσοχή, με διαρκή αξιολόγηση και ανατροφοδότηση. Οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας πρέπει να είναι ευχαριστημένοι, προσηλωμένοι στην επίτευξη του οράματος της ηγεσίας και να υποκινούνται προς αυτή την κατεύθυνση.

Όπως αναφέρεται από τους Αλεξιάδη & Σιγάλα (1999), οι σημαντικότερες ιδιαιτερότητες στον τομέα υγείας συνίστανται:

- στο ότι οι υπηρεσίες που προσφέρονται στους ασθενείς έχουν άυλη φύση,
- στο ότι μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσης των υπηρεσιών,
- στο χαρακτηρισμό των οργανισμών υγείας ως «εντάσεως εργασίας»,
- στην ανάγκη προσαρμογής των προσφερόμενων υπηρεσιών στις επιθυμίες του πολίτη που έχει ανάγκη τις υπηρεσίες υγείας,
- στο γεγονός της αναγνώρισης των αναγκών των ασθενών και των προτύπων απόδοσης που συνιστά μια δύσκολη διαδικασία,
- στο αυξημένο ποσοστό πιθανότητας για την ύπαρξη ιατρικού λάθους, συνέπεια πολλών παραγόντων, με κύριο εξ αυτών την αύξηση του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι ιδιαιτερότητες του τομέα υγείας και το στρες που βιώνουν οι επαγγελματικές ομάδες που εργάζονται σε δομές υγείας, πολλές φορές τους οδηγούν και στη σκέψη εγκατάλειψης του επαγγέλματος, απόρροια της απουσίας ποιότητας της εργασιακής τους ζωής. Η υψηλή ποιότητα της εργασιακής ζωής είναι ζωτικής σημασίας για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για την προσέλκυση και διατήρηση των επαγγελματιών υγείας με αφοσίωση και κίνητρα. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αυξημένη ανησυχία για τη βελτίωση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων, στο πλαίσιο προώθησης μιας υψηλής ποιότητας εταιρικής κουλτούρας και υψηλής οργανωτικής απόδοσης. Ωστόσο, για την επίτευξη κάτι τέτοιου, υπάρχουν πολλά εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν.

Σκοπός και σημαντικότητα της έρευνας

Στο πλαίσιο όλων των ανωτέρω, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του εργασιακού στρες σε σχέση με την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας, κατά την περίοδο της πανδημίας του Covid-19. Ειδικότερα, επιδιώκεται η εκτίμηση του βαθμού έντασης του στρες που αναδύεται από το εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας σε περιόδους επιδημιολογικής έξαρσης, καθώς και η επίδραση των στρεσογόνων καταστάσεων στην ισορροπία της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής τους. Η έρευνα εστιάζει στους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές) που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός–Οφθαλμιατρείο Αθηνών- Πολυκλινική». Στόχος της μελέτης είναι η ανάδειξη του «ειδικού» βάρους» και της έντασης των παραγόντων που συμβάλλουν στο εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας και επιδρούν άμεσα στην ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής σε συνθήκες πανδημίας.

Για τη διερεύνηση του σκοπού της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η έρευνα είναι τα εξής:

- (α) Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας επαγγελματικής ζωής που χαρακτηρίζει τους επαγγελματίες υγείας;
- (β) Ποιος είναι ο βαθμός έντασης του εργασιακού στρες που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας;
- (γ) Ποιο είναι το επίπεδο εργασιακού άγχους που εκδηλώνουν οι επαγγελματίες υγείας λόγω της πανδημίας του Covid-19;
- (δ) Πώς το εργασιακό άγχος επιδρά στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας;
- (ε) Πώς τα ατομικά και εργασιακά χαρακτηριστικά (δημογραφικά στοιχεία) των επαγγελματιών υγείας επιδρούν στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, στο εργασιακό στρες και στο εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19;

Η έρευνα προσπαθεί να αποτυπώσει την έκταση του εργασιακού στρες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και την συσχέτιση του εργασιακού στρες με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής τους, σε περιόδους επιδημιολογικής έξαρσης όπως στην περίπτωση της πανδημίας λόγω της νόσου Covid-19. Αντικειμενικός στόχος είναι η άντληση ποιοτικών δεδομένων για την εξαγωγή αποτελεσμάτων που μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση προτάσεων για την καλύτερη διαχείριση του εργασιακού στρες και τη μείωση των επιπτώσεων του σε πολλαπλό επίπεδο, ειδικότερα κάτω από την πίεση των τρεχουσών εκτάκτων συνθηκών στον τομέα της υγείας.

Κεφάλαιο 2: Εργασιακό περιβάλλον σε περιόδους πανδημίας

2.1 Χαρακτηριστικά εργασιακού περιβάλλοντος στον τομέα της υγείας

Η εργασία αποτελεί ένα περιβάλλον στο οποίο κάθε εργαζόμενος δαπανά μεγάλο μέρος της καθημερινότητας του, κάτι που με τη σειρά του ασκεί σημαντική επίδραση στην προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του. Σε αρκετές περιπτώσεις ένας εργαζόμενος μπορεί μέσα από την εργασία του να νιώθει μεγάλη ικανοποίηση και επαγγελματική ολοκλήρωση, αλλά σε κάποιες άλλες υπάρχει πιθανότητα να νιώθει μεγάλη ψυχολογική πίεση, εξαιτίας του εργασιακού περιβάλλοντος, των συνθηκών εργασίας και πληθώρας άλλων παραγόντων που τον δυσχεραίνουν. Ειδικότερα στις μέρες μας όπου το εργασιακό περιβάλλον βρίσκεται σε μια κατάσταση διαρκούς μεταβολής, αναδεικνύοντας συνεχώς νέες απαιτήσεις για τους εργαζομένους και αξιώνοντας την απόκτηση νέων γνώσεων, δεξιοτήτων και τεχνογνωσίας, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των εργαζομένων που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους, με κάποιους από αυτούς να φτάνουν στα όρια της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Με τον όρο εργασιακό περιβάλλον ορίζεται εκείνο το πλαίσιο, τόσο το υλικό όσο και το άυλο, με το οποίο κάθε άτομο σχετίζεται κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Ο χώρος εργασίας, η επίπλωση και ο τρόπος που είναι διακοσμημένος, ο βαθμός φωτεινότητας και υγιεινής, ο έντονος θόρυβος ή η υπερβολική ησυχία, αποτελούν μερικά βασικά συστατικά στοιχεία που επηρεάζουν σημαντικά το εργασιακό περιβάλλον. Ωστόσο εκτός από τα παραπάνω, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος διαδραματίζουν οι ανθρώπινοι πόροι, δηλαδή το σύνολο των εργαζομένων που το απαρτίζουν (Leka et al., 2003). Ένα ιδανικό περιβάλλον σύμφωνα με τους επιστήμονες, είναι αυτό το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό συναδελφικότητας μεταξύ των εργαζομένων, από αληθινές και ουσιαστικές σχέσεις αλλά και συμπεριφορές, από την ύπαρξη των κατάλληλων κινήτρων που θα παρακινήσουν τους εργαζομένους να είναι παραγωγικότεροι, καθώς και από την ύπαρξη της παραμέτρου της ανατροφοδότησης (Chung et al., 2009). Η ύπαρξη ενός υγιούς και ιδανικού εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί ουσιώδη παράγοντα για την παραγωγή ποιοτικών εργασιακών προϊόντων σε έναν οργανισμό, συμβάλλοντας τόσο στην ικανοποίηση όσο και στη βελτίωση της αποδοτικότητας των εργαζομένων.

Αναλύοντας ενδελεχώς τα συστατικά μέρη ενός εργασιακού περιβάλλοντος, μπορεί να υποστηριχθεί ότι αυτό συνίσταται από το φυσικό περιβάλλον (φωτισμός εργασιακού χώρου, αερισμός, ένταση θορύβου κ.ά.), το υλικό περιβάλλον (επίπλωση, εξοπλισμός, υποδομές), το αρχιτεκτονικό πλαίσιο του χώρου και το βαθμό ανταπόκρισής του στις αρχές της εργονομίας, την διοικητική δομή, την οργάνωσή του, καθώς και το κλίμα των εργασιακών σχέσεων (Ραφτόπουλος, 2007).

Τα οφέλη που εμπεριέχει ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι πολλά, ειδικότερα σε επαγγέλματα που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας, καθώς περιορίζει σημαντικά τόσο τα άμεσα όσο και τα έμμεσα κόστη που μπορεί να προκύψουν σε αυτόν, πολλά από τα οποία σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής κυρίως υγείας που μπορεί κάποιοι εργαζόμενοι να παρουσιάσουν, ως απόρροια του ακατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος (Lazarus & Folkman, 1984). Για τον χαρακτηρισμό ενός εργασιακού περιβάλλοντος ως υγιές, σημαντικοί παράγοντες είναι κατά πόσο αυτό προκαλεί εργασιακό άγχος στους εργαζομένους, ποια είναι η οργανωτική στρατηγική που ακολουθεί και κατά πόσο βρίσκεται κοντά στους εργαζομένους του, τόσο σε επαγγελματικό (επιμορφωτικά προγράμματα) όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την οικοδόμηση ενός ψυχικά υγιούς περιβάλλοντος εργασίας (OSHA, 2007).

Τις τελευταίες δεκαετίες, καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες μελέτης - σε επιστημονικό επίπεδο - των εργασιακών συνθηκών στο χώρο της υγείας (π.χ. νοσοκομεία) και του βαθμού επίδρασής τους στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, πληθώρα ερευνών έχουν εστιάσει στη σχέση ανάμεσα στις εργασιακές συνθήκες στους χώρους υγείας και στο βαθμό που αυτές μπορούν να επηρεάσουν την ασφάλεια των ασθενών, ενώ πιο πρόσφατες μελέτες έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στη σχέση του εργασιακού στρες των επαγγελματιών υγείας με την ασφάλεια των ασθενών (Κάντας, 1995).

Σύμφωνα με την Υπηρεσία Έρευνας και Ποιότητας στον Τομέα της Υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), το εργασιακό περιβάλλον στους χώρους υγείας αποτελείται από τα εξής μέρη: (α) το στελεχωμένο εργατικό δυναμικό, (β) τον τρόπο σχεδίασης και λειτουργίας των χώρων υγείας, (γ) το φυσικό περιβάλλον, (δ) την οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα του οργανισμού και (ε) το σύνολο των προσωπικών και κοινωνικών παραγόντων (AHRQ, 2018). Τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του χώρου υγείας, τα ατομικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού που το στελεχώνει και οι εργασιακές συνθήκες, συνιστούν τη βάση διαμόρφωσης του εργασιακού

περιβάλλοντος. Όλα τα ανωτέρω, μπορούν να συμπυκνωθούν στη φράση «ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας». Πιο συγκεκριμένα, τα οργανωτικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο έχει οργανωθεί και διοικείται ο οργανισμός. Όσον αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά, αυτά περιλαμβάνουν το σύνολο των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν το χώρο υγείας, τις ατομικές αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτό, τις προσωπικές δεξιότητες, τις εξειδικευμένες γνώσεις τους κ.λπ. Οι εργασιακές συνθήκες με τη σειρά τους αφορούν το οργανωτικό κλίμα του χώρου υγείας, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του επαγγέλματος και το εργασιακό περιβάλλον (Κάντας, 1998).

Στο πλαίσιο αυτό γίνεται αντιληπτό ότι το περιβάλλον σε ένα χώρο υγείας όπως για παράδειγμα είναι ένα νοσοκομείο, είναι πολύπλοκο και πολυδιάστατο, ενώ σε πολλές περιπτώσεις προκύπτουν καταστάσεις μη προβλέψιμες. Ωστόσο, επισημαίνεται ότι και στην περίπτωση των οργανισμών υγείας, το εργασιακό περιβάλλον είναι άμεσα συνυφασμένο με την στάση των ανθρώπινων πόρων του, τις αποφάσεις ως προς τη διαχείριση των υλικών του πόρων, τον τρόπο κατανομής και δόμησης της εργασίας, την ύπαρξη φόρτου εργασίας, τις επαγγελματικές ευκαιρίες για τους εργαζομένους, καθώς και την επίλυση των συγκρούσεων που προκύπτουν (Selye, 1956).

Όλα τα ανωτέρω, επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ψυχοσύνθεση των εργαζομένων, με συνέπεια σε πολλές περιπτώσεις οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος να μην είναι κατάλληλες και να προκαλείται μεγάλη δυσφορία στους εργαζομένους, η οποία εκδηλώνεται μέσω του εργασιακού άγχους. Αντιθέτως, σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, ο επαγγελματίας υγείας νιώθει ότι μπορεί να ικανοποιήσει τις προσωπικές του ανάγκες, είναι παραγωγικός και παρέχει στον κάθε ασθενή ποιοτική φροντίδα (Kramer & Schmalenberg, 2007). Επίσης, στην περίπτωση των οργανισμών υγείας, ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από υποστηρικτική διάθεση για το σύνολο των ανθρώπινων οντοτήτων που εντάσσονται σε αυτό, εστιάζοντας στους ασθενείς και στη διαμόρφωση ενός φιλικού κλίματος (Shirey, 2006).

Η ύπαρξη υγιών περιβαλλόντων εργασίας σε νοσηλευτικά ιδρύματα, έχει συσχετισθεί σύμφωνα με τους επιστήμονες όχι μόνο με το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών και την παροχή καλύτερων και ποιοτικότερων υπηρεσιών προς αυτούς, αλλά και με την αυξημένη ασφάλεια που νιώθουν αυτοί, τον περιορισμό των ιατρικών λαθών και κατ' επέκταση τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας (Ulrich et al., 2009).

2.2 Εργασιακό περιβάλλον στον τομέα της υγείας σε περίοδο πανδημίας Covid-19

Η ιδιομορφία του εργασιακού περιβάλλοντος στον τομέα της υγείας έχει να κάνει με το αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι η υγεία του κάθε ανθρώπου αποτελεί το ύψιστο αγαθό και γι' αυτό το λόγο είναι μια μη διαπραγματεύσιμη συνθήκη (Κουτούζης, 1999). Ακόμη και εν μέσω καταστάσεων κρίσης, επιδημιολογικής – όπως η πανδημία, ή οικονομικής, όπου οι ρυθμοί εργασίας είναι εξαντλητικοί, οι μισθολογικές μειώσεις σημαντικές και οι ελλείψεις σε προσωπικό και σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό πολλές, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να εργάζονται το ίδιο σκληρά προκειμένου να φέρουν εις πέρας το έργο τους, που δεν είναι άλλο από την αποκατάσταση και διαφύλαξη της υγείας των ασθενών (Grantz, 2012).

Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η διαρκής επαφή με το θάνατο, οι συγκρούσεις με συναδέλφους και ανωτέρους, η διαρκής προσπάθεια ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, η ανεπαρκής στήριξη από τη διοίκηση και τις αρμόδιες υπηρεσίες, οδηγούν σε γενική ψυχική και σωματική καταπόνηση των επαγγελματιών υγείας (Σαρίδη, 2016). Η ψυχοσωματική εξουθένωση και η χρόνια έκθεση σε έντονες στρεσογόνες καταστάσεις έχει συνέπειες όχι μόνο στο επαγγελματικό περιβάλλον του εργαζομένου μειώνοντας την αποδοτικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών του, αλλά και στο κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς το άτομο γίνεται φορέας των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων και έξω από τον επαγγελματικό του χώρο (Παπαγεωργίου, 2007).

Το εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας αποτελεί έναν ιδιαίτερα «επικίνδυνο» χώρο, καθώς οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα είναι εκτεθειμένοι σε σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταδεικνύει πως στους επαγγελματικούς κινδύνους εντός των χώρων υγειονομικής περίθαλψης συγκαταλέγονται η έκθεση των εργαζομένων σε λοιμώδεις παράγοντες και χημικές ουσίες, ο χειρισμός φορτίων, ο φόρτος εργασίας, το κυκλικό ωράριο, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων, οι υψηλές απαιτήσεις της εργασίας, η βία και η ψυχολογική πίεση που αποτελούν δυνητική απειλή για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Η ύπαρξη παραγόντων όπως ο έντονος και διαρκής θόρυβος, ο έντονος φωτισμός, η υγρασία και οι αντενδεικνυόμενες εργονομικές συνθήκες προσδιορίζουν το χώρο της υγείας ως ένα ιδιαίτερα εχθρικό εργασιακό περιβάλλον που επηρεάζει αρνητικά την παραγωγικότητα του εργαζόμενου και αποτελεί το κύριο αίτιο για την εκδήλωση ποικίλων ψυχοσωματικών καταστάσεων (HSE, 2004).

Από τον Μάρτιο του 2020 οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται αντιμέτωποι με μια διαφορετική και σκληρή πραγματικότητα λόγω του νέου κορονοϊού COVID-19 που πλήττει παγκοσμίως τον κόσμο. Η πανδημία του COVID-19 είναι η πιο σημαντική κρίση για τη δημόσια υγεία του αιώνα που διανύουμε και η αιτία μιας βαθύτερης οικονομικής ύφεσης. Η έναρξη της πανδημίας που ακολούθησε από τη διασπορά της νόσου έχει αναταράξει αδιακρίτως τα συστήματα υγείας διεθνώς, καθώς έρχονται αντιμέτωπα με τρομερές ελλείψεις. Οι μονάδες υγείας και οι εργαζόμενοι καλούνται ξαφνικά να αντιμετωπίσουν πρωτόγνωρες προκλήσεις και καταστάσεις για τις οποίες δεν ήταν προετοιμασμένοι.

Σε περιόδους επιδημιολογικής έξαρσης όπως στην περίπτωση της πανδημίας λόγω της νόσου Covid-19, δεδομένου των εκτάκτων συνθηκών το εργασιακό περιβάλλον στον τομέα της υγείας μεταλλάσσεται ραγδαία, δημιουργείται μια διαρκής επιδείνωση του εργασιακού κλίματος, η οποία επηρεάζει ψυχικά και σωματικά τους εργαζόμενους. Οι συνθήκες εργασίας αλλάζουν δραματικά μέσω των πολύωρων και εξουθενωτικών ωρών εργασίας, μέσω των στρεσογόνων καταστάσεων από τον φόρτο της δουλειάς, μέσω του άγχους, του στίγματος και της ψυχολογικής βίας που βιώνουν οι εργαζόμενοι καθημερινά.

Κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας, οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, εργαζόμενοι εντατικά υπό την πρωτόγνωρη κλινική πίεση των αυξανόμενων κρουσμάτων Covid-19. Επίσης, ένα ποσοστό των επαγγελματιών υγείας, κυρίως του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, είτε νοσούν από τον ιό είτε έχουν κληθεί να βρίσκονται στο σπίτι τους σε κατάσταση αυτοπεριορισμού, προκειμένου να προφυλάξουν τον εαυτό τους και τους γύρω τους από περαιτέρω μετάδοση του ιού (Xiao et al., 2020). Σε κάθε περίπτωση, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε συνθήκες πανδημίας βρίσκονται σε κίνδυνο επιβάρυνσης της υγείας τους (Wang et al., 2020).

Οι συνθήκες αυτές διαμορφώνουν μια νέα πραγματικότητα για την επαγγελματική, την προσωπική και την κοινωνική ζωή των επαγγελματιών υγείας. Την ίδια στιγμή, είναι επιτακτική και πιεστική η ανάγκη να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν τόσο στις ολοένα αυξανόμενες προσκλήσεις της παρούσας επαγγελματικής κατάστασης με αβέβαιο χρονικό ορίζοντα, όσο και στις απαιτήσεις της προσωπικής και κοινωνικής ζωής τους. Συνολικά, στο πλαίσιο της νέας αυτής πραγματικότητας, καλούνται να παρέχουν υψηλής ποιότητας και ασφάλειας φροντίδα υγείας, αλλά απαιτείται να φροντίσουν και τον εαυτό τους σωματικά, ψυχολογικά, ψυχικά και πνευματικά (Lai et al., 2020).

Κεφάλαιο 3: Ποιότητα της εργασιακής ζωής

3.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η ποιότητα της εργασιακής ζωής αποτελεί μια πολύπλοκη έννοια που αντιπροσωπεύει έναν μηχανισμό, ο οποίος ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ του ατόμου και της εργασίας του (Martel & Dupuis, 2006), επηρεάζεται και αλληλεπιδρά με πολλές πτυχές της προσωπικής ζωής και της εργασίας (Hsu & Kernohan, 2006). Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη διατύπωση πληθώρας διαφορετικών ορισμών από πολλούς διαφορετικούς συγγραφείς. Ωστόσο, οι ερευνητές συμφωνούν ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής είναι ένα θέμα που ασχολείται με την συνολική ευημερία των εργαζομένων και όχι απλά με την ικανοποίηση από την εργασία (Suttle & Hackman, 1977; Martel & Dupuis, 2006).

Ο Walton (1973) όρισε την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως «την αντίδραση του προσωπικού στην εργασία, ειδικά το αποτέλεσμά της σε σχέση με την ικανοποίηση των εργασιακών αναγκών και την ψυχολογική υγεία». Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, η ποιότητα εργασιακής ζωής δίνει έμφαση στα προσωπικά αποτελέσματα, τις εργασιακές εμπειρίες και τους τρόπους βελτίωσης της εργασίας, για την ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών. Αντίστοιχα, οι Suttle & Hackman (1977) ορίζουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως το βαθμό στον οποίο τα μέλη ενός οργανισμού/ επιχείρησης είναι σε θέση να ικανοποιήσουν σημαντικές προσωπικές ανάγκες, μέσω των εμπειριών τους στον εργασιακό χώρο. Ομοίως, ο Lippitt (1978) αναφέρεται στην ποιότητα της εργασιακής ζωής ως «το βαθμό που η εργασία παρέχει τη δυνατότητα σε ένα άτομο να ικανοποιεί ένα μεγάλο αριθμό προσωπικών αναγκών, να συναναστρέφεται με άλλους, να έχει την αίσθηση της προσωπικής χρησιμότητας, να αναγνωρίζεται για τα κατορθώματά του και να βελτιώνει τις γνώσεις και τις δεξιότητές του.

Ο Dessler (1981) ανέπτυξε μια σημαντική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η ποιότητα της εργασιακής ζωής ορίζεται ως το επίπεδο στο οποίο μπορούν οι εργαζόμενοι να ικανοποιήσουν τις προσωπικές τους ανάγκες, όχι μόνο τις υλικές, αλλά και αυτές του αυτοσεβασμού, της ικανοποίησης και της δυνατότητας ανάδειξης των ταλέντων τους, συμβάλλοντας στην προσωπική εξέλιξη. Ο Robbins (1989) αναφέρεται στην ποιότητα της εργασιακής ζωής ως «διαδικασία με την οποία ένας οργανισμός ανταποκρίνεται στις ανάγκες του εργαζόμενου αναπτύσσοντας μηχανισμούς για να του επιτρέψει να μοιράζεται πλήρως τις αποφάσεις που σχεδιάζει στη ζωή του και στην εργασία του».

Οι Dana & Griffin (1999) θεωρούν την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως μια ιεραρχία εννοιών που περιλαμβάνει την ικανοποίηση από τη ζωή (κορυφή της ιεραρχίας), την ικανοποίηση από την εργασία σαν σύνολο (κέντρο της ιεραρχίας) και την ικανοποίηση από πτυχές της εργασίας, όπως την αμοιβή, τους συναδέλφους, τους προϊστάμενους (βάση της ιεραρχίας). Σύμφωνα με τον Lau (2000), η ποιότητα εργασιακής ζωής αναφέρεται στο «ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον που υποστηρίζει και προάγει την ικανοποίηση, παρέχοντας στους εργαζόμενους ανταμοιβές, επαγγελματική ασφάλεια και ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης». Οι Sirgy et al. (2001) ορίζουν την ποιότητα εργασιακής ζωής ως «την ικανοποίηση των εργαζομένων με ποικίλες ανάγκες μέσω των διαθέσιμων πόρων, των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη συμμετοχή στο χώρο εργασίας». Συνεπώς, η ικανοποίηση που πηγάζει από τις εμπειρίες του εργασιακού περιβάλλοντος συμβάλλει στην ικανοποίηση από την εργασία, αλλά και από άλλους τομείς της ζωής (π.χ. οικογενειακή ζωή, οικιακή ζωή, αναψυχή) και κατ' επέκταση οδηγεί στην ικανοποίηση από τη συνολική ζωή (Sirgy et al., 2001).

Ο Serey (2006) έδωσε έναν αδιαμφισβήτητο ορισμό για την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, η οποία σχετίζεται με την ουσιαστική και ικανοποιητική δουλειά. Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στα «4C» (Ενδιαφέρον/Concern, Συνείδηση/Consciousness, Ικανότητα/Capacity, Δέσμευση/Commitment) και περιλαμβάνει:

- (α) την ευκαιρία που έχει το άτομο να αξιοποιήσει τις ικανότητες και τις δεξιότητές του και να αντιμετωπίσει προκλήσεις και καταστάσεις που απαιτούν πρωτοβουλίες,
- (β) μια εργασία, όπου τα εμπλεκόμενα άτομα θεωρούν ότι αξίζει τον κόπο,
- (γ) μια εργασία στην οποία ο καθένας αντιλαμβάνεται το ρόλο που παίζει στην επίτευξη των τελικών στόχων,
- (δ) την αίσθηση υπερηφάνειας για αυτό που ο καθένας κάνει και το κάνει καλά.

Οι Rethinam & Ismail (2008) ορίζουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως «την αποτελεσματικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος στη διαμόρφωση αξιών που υποστηρίζουν και προάγουν την καλύτερη υγεία και ευημερία των εργαζομένων, την εργασιακή σταθερότητα, την εργασιακή ικανοποίηση, την ανάπτυξη των ικανοτήτων και την ισορροπία μεταξύ εργασιακής και μη εργασιακής ζωής». Περαιτέρω, η ποιότητα της εργασιακής ζωής περιλαμβάνει τη φυσική, τεχνολογική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της εργασίας, που αντιστοιχεί στα ιδανικά μιας πιο ανθρώπινης και υγιούς οργάνωσης (Daubermann & Tonete, 2012).

Από την οπτική της υγειονομικής περίθαλψης, οι Brooks et al. (2007) δηλώνουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως «το βαθμό στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να ικανοποιούν σημαντικές προσωπικές ανάγκες, μέσω των εμπειριών τους στον οργανισμό που εργάζονται, επιτυγχάνοντας τους οργανωτικούς στόχους». Στο ίδιο πλαίσιο, οι Argentero et al. (2007) περιγράφουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως «το αποτέλεσμα της αξιολόγησης που πραγματοποιεί ένα άτομο συγκρίνοντας τις ελπίδες του, τις προσδοκίες και τις επιθυμίες του με αυτό που θεωρεί ως πραγματικότητα». Επομένως, η έννοια της ικανοποίησης των εργαζομένων δεν αφορά απλά την εξασφάλιση μιας δουλειάς και ενός μισθού, αλλά την εξασφάλιση ενός εργασιακού περιβάλλοντος όπου το άτομο αισθάνεται ότι τον αποδέχονται και τον εκτιμούν.

Από τους ανωτέρω ορισμούς γίνεται αντιληπτό ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής είναι πολυδιάστατη και αποτελείται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες. Ορισμένοι ερευνητές έχουν ακολουθήσει ένα ευρύ πεδίο προσδιορισμού της έννοιας, ενώ άλλοι έχουν επικεντρωθεί σε συγκεκριμένους τομείς της εργασιακής ζωής ή σε συγκεκριμένο πλαίσιο ορισμού της. Η εξέτασή της έχει γίνει ποικιλοτρόπως, συμπεριλαμβανομένης, ενός κινήματος, ενός συνόλου οργανωτικής παρέμβασης και ενός είδους ζωής που βιώνουν οι εργαζόμενοι κατά τη διάρκεια της εργασίας. Η ποιότητα της εργασιακής ζωής είναι πολύπλευρη και ως εκ τούτου η έννοια δεν έχει καθολικό ορισμό.

3.2 Σημασία της ποιότητας της εργασιακής ζωής

Οι ανθρώπινοι πόροι αποτελούν το πολυτιμότερο πλεονέκτημα ενός οργανισμού. Οι εργαζόμενοι είναι τα ιδιαίτερα «περιουσιακά στοιχεία» και έχουν κρυφή αξία, η οποία μπορεί να αποτελέσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τον οργανισμό μακροπρόθεσμα αντί για τα κεφάλαια, την τεχνολογία ή τα προϊόντα και τις υπηρεσίες. Ο αγώνας των οργανισμών να επιβιώσουν και να είναι αποτελεσματικοί έχει συγκεντρώσει ερευνητικό ενδιαφέρον γύρω από την έννοια του εργαζόμενου και την ποιότητα της εργασιακής ζωής. Ένας μοναδικός και αμιγής χώρος εργασίας μπορεί να δημιουργηθεί με την ενσωμάτωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής στο κοινωνικο-τεχνικό σύστημα του οργανισμού (Chan & Wyatt, 2007). Το αυξανόμενο σύνολο ακαδημαϊκών και πρακτικών ανησυχιών της ποιότητας της εργασιακής ζωής απορρέει από τη σημασία της έννοιας αυτής στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ποιότητα της εργασιακής ζωής αποτελεί μέρος του ποιοτικού συστήματος και ασχολείται με την ανάπτυξη και την ευημερία των εργαζομένων (Cole et al., 2005). Ο ρητός στόχος των πολιτικών ανθρώπινου δυναμικού στους σύγχρονους χώρους εργασίας είναι η εύρεση της επίδρασης της καλύτερης ποιότητας της εργασιακής ζωής για τον εργαζόμενο, την οργάνωση και τους πελάτες. Οι Sirgy et al. (2001) επισημαίνουν ότι η υψηλή ποιότητα της εργασιακής ζωής μπορεί να καλλιεργήσει χαρούμενους, ευέλικτους, πιστούς, παρακινημένους και παραγωγικούς υπαλλήλους.

Πλήθος μελετών καταδεικνύουν ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής έχει σημαντικό αντίκτυπο στις απαντήσεις συμπεριφοράς των εργαζομένων, όπως στην οργανωτική ταυτοποίηση (Efraty et al. 1991), την ικανοποίηση από την εργασία (Saad et al., 2008), την ευεξία των εργαζομένων (Dolan et al., 2008), την πρόθεση εγκατάλειψης (Lee et al. 2013), την συμμετοχή στην εργασία (Permarupan et al., 2013) και τη μείωση αδειών λόγω υγείας στην εργασία (Stefano et al., 2014). Οι οργανισμοί που υποστηρίζουν την υψηλή ποιότητα της εργασιακής ζωής μπορούν να κερδίσουν τη δύναμη για την προσέλκυση ειδικευμένων εργαζομένων και τη διατήρηση του υφιστάμενου εργατικού δυναμικού (Lees & Kearns, 2005). Κατά συνέπεια, η έννοια αυτή είναι πολύ σημαντική για την αποδοτική και αποτελεσματική αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στις σύγχρονες οργανώσεις.

Έχοντας κάνει μια εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι Bora et al. (2015) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένας ευτυχισμένος εργαζόμενος μπορεί να επικεντρωθεί στην εργασία και να δώσει μεγαλύτερη παραγωγικότητα και ένας εξειδικευμένος εργαζόμενος μπορεί να διατηρηθεί στην οργάνωση εάν είναι ικανοποιημένος. Η ύπαρξη υψηλού επιπέδου ποιότητας εργασιακής ζωής μπορεί να θεωρηθεί ως το βασικό συστατικό στο χώρο εργασίας, προκειμένου ο εργαζόμενος να βελτιώσει την ικανοποίησή του.

Περαιτέρω, η ποιότητα της εργασιακής ζωής μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση των θεμάτων που σχετίζονται με τη διαχείριση ταλέντων σε οργανισμούς (Akdere, 2006). Ένα αυξανόμενο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων υποστηρίζει επίσης τη θετική επίδραση της ποιότητας της εργασιακής ζωής στην οργάνωση, όπως της καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών (Lau, 2000), της βελτιωμένης επιχειρηματικής απόδοσης (Ramstad, 2009), της οργανωτικής αποτελεσματικότητας (Singh & Srivastav, 2012) και της ικανοποίησης των πελατών (Lee et al., 2015).

3.3 Ιστορική εξέλιξη της ποιότητας της εργασιακής ζωής

Η ίδρυση της ιδέας της ποιότητας της εργασιακής ζωής βασίζεται στη θεωρία ανθρώπινων σχέσεων που προτάθηκε από τον Elton Mayo (1933), η οποία τονίζει τον εξανθρωπισμό των συνθηκών εργασίας των εργαζομένων. Ακολούθησαν οι μελέτες του Maslow (1954) και η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών, η θεωρία του McGregor (1960) καθώς και διάφορες άλλες θεωρίες που ανέπτυξαν άλλοι ερευνητές, οι οποίες υποστήριζαν ότι η θετική σχέση μεταξύ της παραγωγικότητας και η βελτίωση στις ανθρώπινες σχέσεις θα επιταχύνουν τόσο την ποιότητα της εργασιακής ζωής όσο και την ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους. Κατά τη δεκαετία του 1960, οι ευρωπαϊκές οργανώσεις συνειδητοποίησαν την αναγκαιότητα αναδιοργάνωσης των συνθηκών εργασίας που επικεντρώνονταν στην ευημερία των εργαζομένων (Timossi et al., 2008).

Οι αρχές της δεκαετίας του 1970 αποτέλεσαν μια εύφορη περίοδο έρευνας για την αποσαφήνιση του ορισμού της ποιότητας της εργασιακής ζωής (Martel & Dupuis, 2006). Ο όρος «ποιότητα της εργασιακής ζωής» εισήχθη από τον Louis Davis και τα ερευνητικά του έγγραφα δημοσιεύθηκαν στα περιοδικά των ΗΠΑ το 1970. Η ιδέα απέκτησε περαιτέρω δυναμική στο 1ο Διεθνές Συνέδριο για την Ποιότητα Εργασιακής Ζωής που πραγματοποιήθηκε το 1972 στο Τορόντο και η οποία τόνισε ότι είναι σημαντικό οι προσπάθειες των ερευνητών και των οργανισμών να είναι συντονισμένες για να δημιουργήσουν ένα ισχυρό θεωρητικό κλίμα για την έρευνα της ποιότητας της εργασιακής ζωής.

Το 1973 ιδρύθηκε το Διεθνές Συμβούλιο για την Ποιότητα της Εργασιακής Ζωής, στο πλαίσιο προώθησης της έρευνας και της ανταλλαγής πληροφοριών σχετικά με την ψυχική υγεία στην εργασία. Ο Seashore (1975) ανέφερε ότι η ικανοποίηση από την εργασία είναι μια αιτία και όχι συνέπεια της ποιότητας της εργασιακής ζωής και την όρισε ως την «αποτελεσματικότητα των ρόλων εργασίας», εκφράζοντας τη λύπη του για το γεγονός ότι το αίσθημα ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας μπορεί να καθορίσει το επίπεδο της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Η αποτελεσματικότητα των ρόλων εργασίας αντικατοπτρίζεται σε τρεις πτυχές του εργατικού δυναμικού:

- (α) τον εργαζόμενο (εισόδημα, ασφάλεια, εγγενή ικανοποίηση),
- (β) τον εργοδότη (παραγωγικότητα, κόστος, ποιότητα) και
- (γ) την κοινότητα.

Ο Lawler (1975) συνέστησε ότι οι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας της εργασιακής ζωής πρέπει να είναι έγκυρες, αντικειμενικές και επαληθεύσιμες, να έχουν επαρκή εγκυρότητα και να μπορούν να διακρίνουν τις μεμονωμένες διαφορές στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον. Ο Walton (1975) τόνισε ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής αποτελείται από ανθρωπιστική αξία και κοινωνικές ευθύνες σε έναν οργανισμό, προτείνοντας οκτώ κύριες διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής:

- (α) την επάρκεια μισθού και τα δίκαια συστήματα αμοιβών,
- (β) τις ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας,
- (γ) τη δυνατότητα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού,
- (δ) την ασφάλεια και τη σταθερότητα στην εργασία,
- (ε) την κοινωνική ένταξη στην οργάνωση της εργασίας,
- (στ) τον σεβασμό στην οργάνωση της εργασίας (συνταγματισμός),
- (ζ) την ισορροπία μεταξύ εργασιακής και κοινωνικής ζωής,
- (η) την κοινωνική συνάφεια της επαγγελματικής ζωής.

Οι Golembiewski et al. (1976) υποστήριξαν ότι η δυναμική της ποιότητας της εργασιακής ζωής χαρακτηρίζεται από μεταβολές άλφα, βήτα και γάμμα. Οι αλλαγές άλφα απεικονίζουν την τροποποίηση μιας κατάστασης με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές βήτα απεικονίζουν την αλλαγή σε μια πάροδο του χρόνου μαζί με μια πιθανή μετατόπιση του σημείου αναφοράς. Οι αλλαγές γάμμα απεικονίζουν την αλλαγή σε μια πάροδο του χρόνου, με πιθανή μετατόπιση του σημείου αναφοράς και μια τροποποίηση της προοπτικής και των προτεραιοτήτων του ατόμου.

Ο Taylor (1978) προχώρησε στο μοντέλο της ποιότητας της εργασιακής ζωής προσδιορίζοντας ως βασικά στοιχεία τα τρέχοντα ζητήματα, το περιβάλλον κοινωνικής εργασίας, την ευημερία και ανάπτυξη, τους εργοδότες και την κοινωνία. Επίσης, πρότεινε ότι θα μπορούσαν να προστεθούν και άλλοι παράγοντες που συνδυάζουν τα ατομικά και συλλογικά κριτήρια, όπως η ατομική ισχύς, η συμμετοχή των εργαζομένων στη διοίκηση, η δικαιοσύνη και η ισότητα, η κοινωνική υποστήριξη, η χρήση των δεξιοτήτων του ατόμου, η αυτό-ανάπτυξη, η εξέλιξη στη δουλειά, η κοινωνική συνάφεια της εργασίας και η επίδραση στις πρόσθετες εργασιακές δραστηριότητες.

Οι Nadler & Lawler (1983) επανεξέτασαν την εξέλιξη της έννοιας της ποιότητας της εργασιακής ζωής από την έναρξή της και δήλωσαν ότι ήταν συνώνυμο με μια «μεταβλητή» αξιολόγησης της αντίδρασης του ατόμου στην εργασία ή των προσωπικών συνεπειών των εργασιακών εμπειριών κατά την περίοδο 1959-1972. Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 παρατηρήθηκε μείωση της δημοτικότητας της έννοιας και των προσπαθειών ορισμένων ανθρώπων να συνεχίσουν τη δυναμική που αναγνωρίζει την ποιότητα της εργασιακής ζωής.

Οι αρχές της δεκαετίας του 1980 έφεραν εκ νέου το ενδιαφέρον για τη μελέτη της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Οι Levine et al. (1984) ταυτοποίησαν επτά σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας της εργασιακής ζωής σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον:

- (α) σεβασμός και εμπιστοσύνη του επιβλέποντος,
- (β) ποικιλία στην εργασία,
- (γ) πρόκληση στην εργασία,
- (δ) μελλοντικές ευκαιρίες εργασίας,
- (ε) αυτοεκτίμηση,
- (στ) ζωή εκτός εργασίας,
- (ζ) εργασία που συμβάλλει στην κοινωνία.

Οι Marks et al. (1986) μέτρησαν την αντίληψη της ποιότητας της εργασιακής ζωής με μεταβλητές όπως «επικοινωνία/συμμετοχή (συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, επικοινωνία ομάδων εργασίας, επικοινωνία οργανισμού)», «χαρακτηριστικά απασχόλησης (έννοια, πρόκληση, προσωπική ευθύνη)» και «ανάγκες (ολοκλήρωση, προώθηση)». Αντίστοιχα, οι Elizur & Shye (1990) μέτρησαν την ποιότητα της εργασιακής ζωής με τρεις βασικές πτυχές: φυσική, κοινωνική και πολιτιστική.

Από τη μεριά τους, οι Baba & Jamal (1991) περιέγραψαν τους ακόλουθους τυπικούς παράγοντες της ποιότητας εργασιακής ζωής: ικανοποίηση από την εργασία, συμμετοχή στην εργασία, ασάφεια του εργασιακού ρόλου, σύγκρουση του εργασιακού ρόλου, φόρτος εργασίας, εργασιακό άγχος, οργανωσιακή δέσμευση και πρόθεση αλλαγής εργασίας. Ακόμη, έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στη ρουτίνα του εργασιακού περιεχομένου και πρότειναν ότι αυτή η πτυχή θα πρέπει να εξετάζεται ως κομμάτι της ιδέας της ποιότητας ζωής.

Οι Loscocco & Roschelle (1991) υπογράμμισαν δύο σημαντικές θεωρητικές προσεγγίσεις στην αξιολόγηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Η πρώτη βασίστηκε στην υπόθεση ότι η ικανοποίηση από την εργασία και η δέσμευση εργασίας είναι οι σημαντικότερες πτυχές, ενώ η δεύτερη τονίζει την έλλειψη σχέσης μεταξύ επαγγελματικής και μη επαγγελματικής ζωής. Οι Shani et al. (1992) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που μπορεί να αντιστοιχούν σε ένα συγκεκριμένο σύνολο θεωριών, φιλοσοφιών, προσέγγισης οργανωτικού σχεδιασμού, επίλυσης προβλημάτων, τεχνικών βελτίωσης ποιότητας, στρατηγικής οργανωτικής ανάπτυξης ή μεθόδων βελτίωσης της οργανωτικής αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας.

Οι Bernadin & Russell (1993) ανέφεραν ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής συμπεριλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: συνθήκες απασχόλησης (υγεία, ασφάλεια και φυσικό περιβάλλον), ισότητα στις ανταμοιβές, λοιπές παροχές και άλλα οφέλη, εργασιακή ασφάλεια (σταθερότητα), κοινωνική αλληλεπίδραση, αυτοεκτίμηση, δημοκρατία (συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων), επιμόρφωση και κατάρτιση όλων των υπαλλήλων σχετικά με τους ρόλους και τις ευθύνες τους, ενθάρρυνση για την ανάπτυξη πολλαπλών δεξιοτήτων και διαρκής βελτίωση των δεξιοτήτων, εναλλαγή θέσεων εργασίας και ανάπτυξη ομάδων εργασίας.

Οι Gani & Ahmad (1995) πρότειναν τις συσχετίσεις της ποιότητας της εργασιακής ζωής ως εργασιακού περιβάλλοντος, σχεσιακού περιβάλλοντος, εργασίας και οικονομικών παραγόντων. Αντίστοιχα, ο Carayon (1997) εξέτασε την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως σύνθετη αλληλεπίδραση των στοιχείων του συστήματος εργασίας, όπως της ατομικής εργασίας, των οργανωτικών παραγόντων, του περιβάλλοντος και εργαλείων/τεχνολογίας.

Οι Lau & May (1998) αξιολόγησαν την ανάπτυξη και την κερδοφορία δύο οργανισμών που είχαν χαρακτηριστεί ως οι καλύτερες εταιρείες για να εργαστούν. Η επιλογή των εταιρειών βασίστηκε σε ορισμένες πρακτικές ανθρώπινων πόρων, οι οποίες αποτελούν το θεμέλιο της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Οι πρακτικές ανθρώπινου δυναμικού που λήφθηκαν υπόψη ήταν: αμοιβή και ευκαιρίες, ασφάλεια εργασίας, υπερηφάνεια στην εργασία και την επιχείρηση, δικαιοσύνη, φιλικότητα. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι εταιρείες που επιβραβεύουν τους εργαζόμενους με καλύτερη ποιότητα εργασιακής ζωής, έχουν υψηλότερη ανάπτυξη και κερδοφορία. Οι Venkatachalam & Velayudan (1999) αξιολόγησαν την ποιότητα της εργασιακής ζωής χρησιμοποιώντας τις εξής διαστάσεις: πολυπλοκότητα της εργασίας, αυτονομία, ευκαιρία προσωπικής ανάπτυξης, υποστήριξη ανώτατης διαχείρισης, έλεγχος του εργαζομένου, απόδοση και ποιότητα κοινωνικής ζωής.

Οι Sirgy et al. (2001) ανέφεραν την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως την ικανοποίηση από την εργασιακή εμπειρία που έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση από την εργασία και την ικανοποίηση σε άλλους τομείς της ζωής. Οι κατηγορίες αναγκών ήταν: ανάγκες της υγείας και της ασφάλειας (προστασία από τραυματισμούς στην εργασία και εκτός εργασίας, βελτίωση της καλής υγείας), οικονομικές και οικογενειακές ανάγκες (αμοιβή, ασφάλεια εργασίας, άλλες οικογενειακές ανάγκες), ανάγκες εκτίμησης (αναγνώριση και εκτίμηση της εργασίας μέσα στον οργανισμό και εκτός του οργανισμού), ανάγκες ανανέωσης (αξιοποίηση του δυναμικού κάποιου εντός του οργανισμού και ως επαγγελματία), μάθηση για την ενίσχυση των δεξιοτήτων εργασίας και των επαγγελματικών δεξιοτήτων αλλά και των αισθητικών αναγκών (δημιουργικότητα στην εργασία και στην προσωπική ζωή).

Ο Serey (2006) χαρακτήρισε την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως ένα στοιχείο που περιλαμβάνει τα κριτήρια της ανησυχίας, της συνείδησης, της ικανότητας και της δέσμευσης. Οι Kandasamy & Ancheri (2009) αξιολόγησαν την ποιότητα της εργασιακής ζωής χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: δουλειά, προσωπική εργασία, εικόνα της επιχείρησης, πολιτικές ανθρώπινου δυναμικού, σχέση εργασίας ομάδας, φυσικές συνθήκες εργασίας, αλληλεπίδραση με τους πελάτες. Οι Nanjundeswaraswamy & Swamy (2013), σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε ιδιωτικά τεχνολογικά ιδρύματα, εντόπισαν και χρησιμοποίησαν εννέα χαρακτηριστικά στοιχεία για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων:

- (α) εργασιακό περιβάλλον,
- (β) οργανωσιακή κουλτούρα και κλίμα,
- (γ) σχέσεις και συνεργασία,
- (δ) εκπαίδευση και ανάπτυξη,
- (ε) αποζημίωση και ανταμοιβές,
- (στ) εγκαταστάσεις,
- (ζ) εργασιακή ικανοποίηση και εργασιακή ασφάλεια,
- (η) αυτονομία,
- (θ) επάρκεια πόρων.

Η ανωτέρω βιβλιογραφική επισκόπηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής υποστηρίζει πειστικά την πολυδιάστατη έννοια. Επιπλέον, η προσέγγιση και η μεθοδολογία των περισσότερων μελετών επικεντρώνεται στον ευρύ ορισμό της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Τα χαρακτηριστικά και τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της

είναι επίσης διαφορετικά, παρουσιάζοντας μια μοναδική πρόκληση για προσαρμοστικότητα στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Η σημασία της ποιότητας της εργασιακής ζωής παραμένει अपαραάμιλλη και αναμφισβήτητη, καθώς αποτελεί το βασικό συστατικό προκειμένου ο εργαζόμενος να βελτιώσει την ικανοποίησή του, την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητά του, συμβάλλοντας έτσι στην συνολική αποδοτικότητα της επιχείρησης.

3.4 Ποιότητα της εργασιακής ζωής στις υπηρεσίες υγείας

Οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι γνωστό ότι πραγματοποιούν έντονες δραστηριότητες με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας, καταβάλλοντας σημαντική προσπάθεια και πόρους για την προσέλκυση και διατήρηση του ποικίλου και εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού. Οι εργαζόμενοι σε τέτοιους οργανισμούς δαπανούν ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους αλληλοεπιδρώντας με διαφορετικές πτυχές του χώρου εργασίας, οι οποίες είναι σωματικά και διανοητικά επίπονες. Κατά συνέπεια, είναι εξαιρετικά σημαντικό για τους οργανισμούς να σχεδιάσουν ένα μοναδικό εργασιακό περιβάλλον που να δίνει στους εργαζόμενους την επαγγελματική ζωή που επιθυμούν. Η κακή ποιότητα της εργασιακής ζωής οδηγεί συχνά σε μειωμένες επιδόσεις και ποιότητα φροντίδας (Grunfeld et al., 2005) καθώς και υψηλό κύκλο εργασιών (Hayes et al., 2006). Επιπλέον, οι οργανισμοί πρέπει να διακρίνουν και να εφαρμόζουν κατάλληλες παρεμβάσεις ανθρωπίνων πόρων στους χώρους εργασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των εργασιακών πτυχών των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Οι Attridge & Callahan (1990) έδωσαν προτεραιότητα στα στοιχεία του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές. Οι ερευνητές εστίασαν σε επτά διαστάσεις της ποιότητας της εργασιακής ζωής:

- (α) χαρακτηριστικά του οργανισμού,
- (β) φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος,
- (γ) αναγνώριση αξίας,
- (δ) ανθρωπίνους και άλλους πόρους,
- (ε) παροχές που σχετίζονται με την εργασία,
- (στ) συναδελφικές σχέσεις,
- (ζ) αυτοεκπαίδευση.

Και οι Villeuneuve et al. (1995) αναγνώρισαν τους ακόλουθους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας εργασιακής ζωής των νοσηλευτών: περιβάλλον εργασίας, φύση της εργασίας, προσωπική ικανοποίηση και συναισθήματα για τη δουλειά, αλληλεπίδραση της επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, διοίκηση και ηγεσία, κοινωνία και εργασιακός κόσμος (Brooks & Anderson, 2005).

Η Brooks (2001) ανέπτυξε τη δική της προσέγγιση για την ποιότητα της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών, προσδιορίζοντας τα εξής βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία: εργασιακή ζωή/οικογενειακή ζωή (εμπειρίες ζωής στον τόπο εργασίας και στο σπίτι), σχεδιασμός εργασίας (σύνθεση εργασίας), εργασιακό περιβάλλον (πρακτική άσκηση και εργασιακό περιβάλλον) και εργασία (κοινωνική επιρροή και αλλαγές στη νοσηλευτική πρακτική). Οι Hsu & Kernohan (2006) περιέγραψαν την ποιότητα της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών στην Ταϊβάν χρησιμοποιώντας συζητήσεις ομάδων εστίασης και συγκέντρωσαν τα στοιχεία σε πέντε παράγοντες: κοινωνικοοικονομική συνάφεια, δημογραφία, οργανωτικές πτυχές, πτυχές της ανθρώπινης σχέσης και αυτοεκκαθάριση. Οι Van Laar et al. (2007) υπογράμμισαν τόσο το εργασιακό όσο και το μη εργασιακό πλαίσιο για την αξιολόγηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής και ανέπτυξαν την κλίμακα ποιότητας ζωής στην εργασία (WRQoL) για τους υπαλλήλους της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία αποτελείται από τέσσερις διαστάσεις: ικανοποίηση από την εργασία και την καριέρα, διεπαφή οικιακής εργασίας, άγχος στην εργασία, έλεγχος σε εργασία και συνθήκες εργασίας.

Οι Webster et al. (2009) διεξήγαγαν σε βάθος προσωπικές συνεντεύξεις με νοσηλευτές για να αναπτύξουν ένα πρακτικό περιβάλλον βασισμένο στις εμπειρίες τους από την εργασία και τη ζωή τους. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ανάλυση περιεχομένου και συνεχή συγκριτική μέθοδο για να αντλήσουν δύο τομείς: εργασιακή ζωή και προσωπική/επαγγελματική ζωή. Οι Vagharseyyedin et al. (2011) βρήκαν έξι προγνωστικούς δείκτες της ποιότητας της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών:

- (α) ηγετικές και διαχειριστικές μορφές,
- (β) εργασία με βάρδιες,
- (γ) μισθοί και περιθωριακά οφέλη,
- (δ) σχέσεις με συναδέλφους,
- (ε) δημογραφικά χαρακτηριστικά και
- (στ) φόρτο εργασίας/εργασιακή καταπόνηση.

Οι Mosadeghrad et al. (2011) διερεύνησαν την ποιότητα της εργασιακής ζωής των υπαλλήλων του νοσοκομείου με ερωτηματολόγια που αναπτύχθηκαν μέσω εκτεταμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της τεχνικής των δελφών. Τα στοιχεία των ερωτηματολογίων ομαδοποιήθηκαν στις κατηγορίες: συμμετοχή και λήψη αποφάσεων, προώθηση της απασχόλησης, χειρισμός συγκρούσεων, επικοινωνία, κίνητρο για εργασία, ασφάλεια εργασίας, μισθός, υπερηφάνεια εργασίας και άγχος εργασίας. Η μελέτη διαπίστωσε χαμηλή ποιότητα εργασιακής ζωής μεταξύ των εργαζομένων στο νοσοκομείο. Οι Almaki et al. (2012) διερεύνησαν την ποιότητα της εργασιακής ζωής στην πρωτοβάθμια φροντίδα και διαπίστωσαν τη δυσαρέσκεια των επαγγελματιών υγείας και την επίδραση των δημογραφικών παραγόντων των επαγγελματιών υγείας στην ποιότητα της εργασιακής ζωής.

Οι Lee et al. (2013) αξιολόγησαν την ποιότητα της εργασιακής ζωής στο εργατικό δυναμικό στα επείγοντα και κατέληξαν σε έξι στοιχεία που επηρεάζουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής:

- (α) ασφάλεια εργασίας και επαγγελματική αναγνώριση,
- (β) διευθέτηση εργασίας και φόρτο εργασίας,
- (γ) ισορροπία μεταξύ εργασίας και οικογενειακής ζωής,
- (δ) στυλ διοίκησης του προϊστάμενου,
- (ε) ομαδική εργασία και επικοινωνία,
- (στ) σεβασμό και αυτονομία.

Η μελέτη διαπίστωσε ένα μέτριο επίπεδο ποιότητας της εργασιακής ζωής μεταξύ των εργαζομένων. Οι Orpollo et al. (2014) περιέγραψαν την αντιληπτή εργασιακή ποιότητα της ζωής των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, διαπιστώνοντας χαμηλή ποιότητα εργασιακής ζωής στους άνδρες και στα άτομα που εργάζονται περισσότερες ώρες.

3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής

Η βιβλιογραφία της ποιότητας της εργασιακής ζωής εστιάζει σε πολλές περιπτώσεις που σχετίζονται με τη βελτίωση της εργασίας και την εξεύρεση ισορροπημένων τρόπων εκπλήρωσης των εργασιακών και προσωπικών αναγκών των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι δαπανούν σημαντικό μέρος της ζωής τους στο χώρο εργασίας. Ως εκ τούτου, οι οργανισμοί μπορούν να επανασχεδιάσουν διαφορετικές πτυχές της εργασίας, ώστε να μπορέσουν οι εργαζόμενοι να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους και να βιώσουν καλύτερη ποιότητα εργασιακής ζωής. Επιπλέον, οι οργανώσεις μπορούν να επικεντρωθούν στις παρεμβάσεις ανθρωπίνων πόρων για να καλύψουν το χάσμα ανάμεσα στην πραγματικότητα και την προσδοκία των εργαζομένων, στοχεύοντας στην αύξηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής τους.

3.5.1 Διαστάσεις της εργασίας

Οι διαστάσεις της εργασίας είναι τα θεμελιώδη στοιχεία που σχετίζονται με ένα επάγγελμα που έχει συνεχή αλληλεπίδραση με τον εργαζόμενο. Αυτά τα στοιχεία μπορούν να προσαρμοστούν με σύνεση, ώστε να έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην ποιότητα της εργασιακής ζωής. Ο βασικός ρόλος των διαστάσεων της εργασίας, όπως το περιβάλλον εργασίας, το εργασιακό άγχος, η σταδιοδρομία και η εξέλιξη της σταδιοδρομίας, τα χαρακτηριστικά των θέσεων εργασίας, οι αποζημιώσεις και οι ανταμοιβές, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντικά στην αύξηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη.

- Το φυσικό περιβάλλον εργασίας ορίζεται ως οι εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός, οι πόροι και το λειτουργικό κλίμα που συναντούν οι εργαζόμενοι και αλληλεπιδρούν στο χώρο εργασίας τους. Ένα υγιές περιβάλλον εργασίας παρέχει τις φυσικές, πολιτιστικές και ψυχολογικές συνθήκες εργασίας που μπορούν να μεγιστοποιήσουν την υγεία και την ευημερία των εργαζομένων (Grimes & Robert, 2010), βελτιώνοντας την ποιότητα της φροντίδας και βελτιστοποιώντας τις οργανωτικές επιδόσεις (Jennings, 2008).
- Το εργασιακό άγχος αναφέρεται σε μια αρνητική ψυχολογική κατάσταση που προκύπτει από την αλληλεπίδραση των εργαζομένων και του εργασιακού περιβάλλοντος που θεωρούν ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητες και τους πόρους τους, διαταράσσοντας έτσι την ψυχική και σωματική τους ευημερία. Ο κύριος στόχος των μελετών εργασιακού άγχους ήταν η σχέση μεταξύ των μηχανισμών καταπόνησης και αντιμετώπισης. Οι υποκείμενες πηγές άγχους στους εργαζόμενους στον τομέα της

υγείας είναι ο ανεπαρκής χρόνος και οι πόροι για την ολοκλήρωση των καθηκόντων, την αντιμετώπιση των μεταβαλλόμενων ευθυνών, τις αντιφατικές απαιτήσεις εργασίας-οικογενειών (Tyson et al., 2002; Johnson et al., 2005).

- Η ανάπτυξη καριέρας μπορεί να οριστεί ως το φάσμα των ρόλων εργασίας ή των ευκαιριών που διαθέτει ένας εργαζόμενος στον οργανισμό για την ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου συνόλου δεξιοτήτων, γνώσεων, προσόντων, εμπειρίας κ.λπ. Η ανάπτυξη καινοτόμων εργαλείων, τεχνικών και διαδικασιών στις μονάδες υγείας απαιτεί οι υπάλληλοι της υγειονομικής περίθαλψης να διατηρούν κλινικές ικανότητες μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης (Ross et al., 2013). Η σταδιοδρομία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας μπορεί να χωριστεί σε στάδια όπως την «εξερεύνηση» όπου ο εργαζόμενος εισέρχεται σε ένα νέο εργασιακό περιβάλλον προσπαθώντας να προσαρμοστεί, την «εγκατάσταση» όπου το άτομο αποτελεί μέλος της εργασιακής ομάδας και εργάζεται με επιτυχία, την «διατήρηση» που σημαίνει την παραμονή του εργαζόμενου στην εργασία για αρκετό χρονικό διάστημα και την «αποδέσμευση» όπου τελικά ο εργαζόμενος αποχωρεί από την εργασία (Chang et al., 2007). Η κατάρτιση είναι μια σχετικά μόνιμη αλλαγή στάσης, δεξιοτήτων, γνώσεων και συμπεριφορών μέσα από ένα επίσημο πρόγραμμα προσανατολισμού, καθοδήγησης, διαλειτουργικής κατάρτισης, επαγγελματικής και προσωπικής ανάπτυξης. Αυτό έχει ως συνέπεια την προώθηση και διατήρηση των εργαζομένων, το ηθικό του προσωπικού, την αποτελεσματικότητα της πρακτικής, την εργασιακή ικανότητα και την ποιότητα της εργασιακής ζωής (Gesme et al., 2010; Farjad & Varnous, 2013).
- Τα χαρακτηριστικά της εργασίας μπορούν να οριστούν ως οι συγκεκριμένες πτυχές της εργασίας που μπορούν να αναγνωριστούν, να αξιολογηθούν και να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων. Το μοντέλο «έλεγχος στη στήριξη της ζήτησης εργασίας» (Karasek & Theorell, 1990) χρησιμοποιείται ευρέως για την μελέτη των χαρακτηριστικών της θέσης εργασίας στους οργανισμούς υγείας. Το εν λόγω μοντέλο υποδηλώνει ότι τρεις κρίσιμες διαστάσεις προβλέπουν την ευεξία των εργαζομένων: απαιτήσεις εργασίας, εποπτεία εργασίας και κοινωνική υποστήριξη από τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους (Pisanti et al., 2011). Το μοντέλο χαρακτηριστικών θέσης εργασίας (Hackman & Oldham, 1980) καταδεικνύει ότι η δουλειά είναι κίνητρο όταν παρέχει μεγαλύτερη ταυτότητα εργασίας, ποικιλία δεξιοτήτων, αυτονομία και ανατροφοδότηση (Barrick et al., 2013). Οι κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις που προκύπτουν από τα χαρακτηριστικά μιας εργασίας είναι η ευθύνη, η σημασία, η γνώση των αποτελεσμάτων, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη κινητικότητα, ικανοποίηση και απόδοση (Garg & Rastogi, 2006).

- Η αποζημίωση περιλαμβάνει όλες τις μορφές υλικών και άυλων αμοιβών που εισπράττουν οι εργαζόμενοι (Merriman, 2014), ενώ η ανταμοιβή αντιπροσωπεύει οτιδήποτε μπορεί να αξίζει ένας εργαζόμενος και οτιδήποτε ο εργοδότης είναι πρόθυμος να προσφέρει ως αντάλλαγμα για τις συνεισφορές του (Chiang & Birtch, 2008). Η αποζημίωση είναι η κινητήρια δύναμη των συμπεριφορών των εργαζομένων (Sweins & Kalmi, 2008) και είναι ζωτικής σημασίας για την εκτίμηση της αξίας των εργαζομένων, την προσέλκυση δυνητικών εργαζομένων και τη διατήρηση υπαρχόντων εργαζομένων (Dineen & Williamson, 2012). Η δίκαιη αποζημίωση είναι ένας σχετικός όρος που εξαρτάται από την αντίληψη των εργαζομένων σχετικά με τη δικαιοσύνη και είναι σε άμεση συνέπεια με την επιχειρηματική στρατηγική, την αξία, τον σχεδιασμό θέσεων εργασίας, την ευθύνη και τη θέση. Αναγνωρίζει τη διαφορά στις δεξιότητες, την ευθύνη, τη συμβολή και ενθαρρύνει τη συχνή προώθηση. Η αποζημίωση επηρεάζει σημαντικά τη συνεχιζόμενη οργανωτική συμμετοχή και την αμοιβαιότητα έναντι της οργάνωσης (Dulebohn & Werling, 2007). Οι ανταμοιβές που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν τις ευκαιρίες ανάπτυξης, την αναγνώριση, τον σεβασμό μέσα σε ένα ιεραρχικό σύστημα και την ενισχυμένη δημόσια εικόνα του επαγγέλματος (Hasselhorn et al., 2004, Van Vegchel et al., 2005).
- Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην αντίληψη του εργαζόμενου σχετικά με την ποιότητα και τη δύναμη των σχέσεων στο χώρο εργασίας. Οι Kossek et al. (2011) αναφέρουν ότι η νοοτροπία της κοινωνικής υποστήριξης προέρχεται από πολλαπλές πηγές (εποπτικές αρχές, συνεργάτες, οικογένεια) και διαφοροποιείται από το γενικότερο περιεχόμενο (υποστήριξη που λαμβάνεται από την κοινωνική αλληλεπίδραση ή τους πόρους). Η σχετικά συχνή αλληλεπίδραση μεταξύ του εργαζομένου και του προϊστάμενου στην εργασία καθιστά τον τελευταίο διαμορφωτή της υποστήριξης των εργαζομένων (Maertz et al., 2007). Ο βαθμός στον οποίο οι προϊστάμενοι παρέχουν ενθάρρυνση και υποστήριξη στους εργαζόμενους στις ομάδες εργασίας τους είναι ένας ισχυρός καθοριστικός παράγοντας ικανοποίησης από την εργασία και μπορεί να ενισχύσει τη θετική εικόνα του ίδιου του εργαζόμενου (Lapierre & Allen, 2006). Η παρουσία μιας ενθαρρυντικής και ευπρόσδεκτης εποπτικής και διαχειριστικής νοοτροπίας μπορεί να προωθήσει μια καλή σχέση με τους συναδέλφους, που είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας της εργασιακής ζωής (Connell & Hannif, 2009).

3.5.2 Παρεμβάσεις ανθρώπινου δυναμικού

Μια παρέμβαση είναι μια ή σειρά δραστηριοτήτων προγραμματισμένης αλλαγής που αποσκοπούν στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας ενός οργανισμού (Cummings & Worley, 2014). Έτσι, οι παρεμβάσεις του ανθρώπινου δυναμικού είναι οι πολιτικές και οι πρακτικές που επεξεργάζεται ο οργανισμός για να ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και απαιτήσεις του εργαζομένου. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να ενσωματωθούν στο χώρο εργασίας για τη δημιουργία μιας ισχυρής επίδρασης στην ποιότητα της εργασιακής ζωής των εργαζομένων. Ο βασικός αντίκτυπος των παρεμβάσεων του ανθρώπινου δυναμικού, όπως η ασφάλεια των θέσεων εργασίας, η ευημερία των εργαζομένων, η διαχείριση παραπόνων, η ομαδική εργασία και η επικοινωνία, η ενδυνάμωση και η λήψη αποφάσεων, η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικού και οικογενειακού βίου, επιφέρει καλύτερη ποιότητα εργασιακής ζωής στους εργαζόμενους της υγειονομικής περίθαλψης.

- Η ασφάλεια των θέσεων εργασίας ορίζεται ως η αντίληψη του εργαζόμενου σε επίπεδο εργασίας σχετικά με την σταθερότητα ή την μόνιμη απασχόληση (Sverke et al., 2002; Probst, 2005). Η ασφάλεια στην εργασία αποτελεί ένα σαφή δείκτη των συνθηκών απασχόλησης αλλά και του τρόπου οργάνωσης της επιχείρησης. Θεωρείται επίσης ως ένα εξωγενές χαρακτηριστικό εργασίας που καθορίζει την ποιότητα της εργασίας (Dieckhoff, 2011). Οι Gallie et al. (2016) ανέφεραν δύο μορφές ανασφάλειας θέσεων εργασίας: ανασφάλεια κατοχής εργασίας (ανησυχία για την απώλεια απασχόλησης) και ανασφάλεια θέσεων εργασίας (απειλή απώλειας αξιόλογων χαρακτηριστικών της εργασίας). Η τρέχουσα αγορά εργασίας χαρακτηρίζεται από διάφορες πτυχές όπως η προσωρινή απασχόληση, η αστάθεια της εργασίας, η μείωση του μεγέθους, η αναδιάρθρωση και η εξωτερική ανάθεση (Landsbergis et al., 2014).
- Η ευημερία των εργαζομένων αναφέρεται σε μια σειρά πολιτικών και προγραμμάτων, τα οποία παρέχουν υποστήριξη στους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους, καθώς και στην ενίσχυση της προσωπικής αποτελεσματικότητας και της ποιότητας ζωής (Berry et al., 2010). Τα κοινωνικά επιδόματα καθορίζονται συχνά μέσω της αλληλεπίδρασης μεταξύ της επιχείρησης, των ρυθμιστικών αρχών, των εργαζομένων και της κοινωνίας (Oliver & Cravens, 2001). Τα σχέδια κοινωνικής πρόνοιας επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες όπως τους κυβερνητικούς κανονισμούς, την στρατηγική του οργανισμού, την επιχειρηματική δραστηριότητα, τον τύπο του κλάδου, το γενικό ανταγωνιστικό και οικονομικό περιβάλλον, καθώς και τους πολιτιστικούς παράγοντες (Oliver & Cravens, 2001). Οι Dencker et al. (2007) ταξινόμησαν τα

επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας των εργαζομένων σε προγράμματα προστασίας, αμειβόμενους πόρους, προγράμματα στέγασης και προγράμματα βελτίωσης.

- Ένα παράπονο μπορεί να οριστεί ως οποιαδήποτε διαφορά που προκύπτει μεταξύ εργοδότη και εργαζομένου, η οποία σχετίζεται με τους σιωπηρούς ή ρητούς όρους της σύμβασης εργασίας (Hunter & Kleiner, 2004). Υπάρχουν διάφοροι τύποι παραπόνων από πλευράς υπαλλήλου, όπως καταγγελίες, αδικαιολόγητη μεταχείριση, επικοινωνία με εργοδότες και δυσφήμιση. Οι Cooke & Saini (2015) διερεύνησαν τη διαχείριση παραπόνων, με τους ερωτηθέντες να αναφέρουν ως βασικές πηγές παραπόνων τις προαγωγές, την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, την αξιολόγηση των επιδόσεων, τις αμοιβές, την ταξινόμηση θέσεων εργασίας, τις σχέσεις με τους διευθυντές, τις παροχές, τις ώρες εργασίας, τα ζητήματα υπηρεσιών, τις διακρίσεις, την υγεία και ασφάλεια, τις πειθαρχικές ενέργειες, την παρενόχληση και τον εκφοβισμό.
- Η ομαδική εργασία αναφέρεται σε μια διαδικασία συμπεριφοράς που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για την επίτευξη αλληλεξαρτώμενης εργασίας και των συναισθηματικών, γνωστικών και κίνητρων καταστάσεων που προκύπτουν κατά τη διάρκεια αυτής της εργασίας (Valentine et al., 2015). Τα μέλη της ομάδας έχουν συνήθως συμπληρωματικές δεξιότητες και δημιουργούν συνέργεια αξιοποιώντας τα δυνατά τους σημεία και ελαχιστοποιώντας τις αδυναμίες τους. Η επικοινωνία σε οργανισμούς χρησιμεύει για την ανταλλαγή πληροφοριών, την συλλογική λήψη αποφάσεων, τον συντονισμό των προσπαθειών εργασίας, τα κίνητρα και την αναγνώριση (Propp et al., 2010). Η ομαδική προσέγγιση ενός θέματος έχει το πλεονέκτημα ότι περιλαμβάνει δεξιότητες και εμπειρία όλων των εργαζομένων, αλλά υπάρχει κίνδυνος ανεπαρκούς και αναποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας. Πληθώρα βιβλιογραφίας υπογραμμίζει το ρόλο της ομαδικής εργασίας και της επικοινωνίας σε οργανισμούς υγείας. Το περιβάλλον περίθαλψης είναι πολύ περίπλοκο και χαρακτηρίζεται από διφορούμενες καταστάσεις, αποφάσεις με πολλαπλές συνιστώσες, ενημερωτική υπερφόρτωση, σοβαρές συνέπειες σφάλματος, καθώς και σοβαρή πίεση χρόνου και επιδόσεων (Conigliaro, 2014).
- Η ενδυνάμωση είναι η διαδικασία παροχής εξουσίας στους εργαζόμενους για τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων σχετικά με τα καθημερινά τους γεγονότα (Hass 2010). Περαιτέρω, η ενδυνάμωση είναι η ανάθεση της εξουσίας λήψης αποφάσεων στους εργαζόμενους και η διακριτική ευχέρεια να ενεργούν ανεξάρτητα (Arneson & Ekberg 2006; Samad, 2007). Η έννοια της ενδυνάμωσης βασίζεται στο ρόλο της εξουσίας που βιώνουν οι εργαζόμενοι μέσα από τον αντιληπτό έλεγχο ικανοτήτων και την ενέργεια

για την επίτευξη των εκτιμώμενων στόχων (Menon, 2001). Η ενδυνάμωση των εργαζομένων μπορεί να ενθαρρύνει τη λήψη αποφάσεων σε χαμηλότερα επίπεδα ενός οργανισμού και να εμπλουτίσει την επαγγελματική τους εμπειρία (Liden et al., 2000; Dainty et al., 2002).

- Η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικού και οικογενειακού βίου είναι η ικανότητα του υπαλλήλου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις που απορρέουν από τον εργασιακό και οικογενειακό του τομέα και να επιτύχει ικανοποίηση σε όλους τους τομείς ζωής. Οι Kaliath & Brough (2008) θεωρούν την ισορροπία της επαγγελματικής ζωής ως ισότητα, ικανοποίηση, εκπλήρωση της σημασίας του ρόλου και τον αντιληπτό έλεγχο μεταξύ πολλαπλών ρόλων. Ο Bulger (2014) υποστηρίζει ότι ο όρος ισορροπία είναι ένα διακριτικό κατασκεύασμα που αντιπροσωπεύει την απουσία σύγκρουσης μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής ζωής, παρά τις υποθέσεις της ισοδυναμίας μεταξύ τομέων. Περαιτέρω, πρόκειται για μια ολιστική έννοια που είναι μοναδική για τα άτομα και εξαρτάται από τις αξίες, τις προτεραιότητες και τους στόχους της ζωής (Kossek et al., 2014). Οι Greenhaus et al. (2003) διαιρούν την ισορροπία της επαγγελματικής ζωής σε τρεις συνιστώσες: (α) τη χρονική ισορροπία (ίσο χρονικό διάστημα αφιερωμένο στους ρόλους της εργασίας και του οικογενειακού ρόλου), (β) την ισόρροπη συμμετοχή (ισότιμη ψυχολογική εμπλοκή στους ρόλους εργασίας και οικογένειας) και (γ) την ισορροπία ικανοποίησης. Οι εργαζόμενοι πρέπει να προσπαθήσουν να προσαρμόσουν τους ρόλους τους εκτός εργασίας, προκειμένου να αποφευχθεί η σύγκρουση ρόλων με την οικογένεια και έτσι να βελτιωθεί η ικανοποίηση από τη ζωή (Md-Sidin et al., 2010). Οι εργαζόμενοι μπορούν να έχουν μια ισορροπημένη ζωή, όταν η εργασία και η οικογένεια ενισχύονται αμοιβαία μεταξύ τους, δηλαδή οι εργασιακές εμπειρίες εμπλουτίζουν την οικογενειακή ζωή και αντιστρόφως (Zhao et al., 2011).

3.5.3 Δέσμευση των εργαζομένων

Η σχέση μεταξύ της ποιότητας της εργασιακής ζωής και της δέσμευσης των εργαζομένων βασίζεται στη θεωρία των κοινωνικών ανταλλαγών, η οποία υποδηλώνει ότι ένα πρόσωπο που λαμβάνει ένα όφελος είναι υπό μια ισχυρή κανονιστική υποχρέωση να αντανακλά το όφελος με κάποιο τρόπο (Ojedokun et al., 2015). Οι εργαζόμενοι που απολαμβάνουν μια αίσθηση καλής ποιότητας της εργασιακής ζωής είναι πιθανό να επιδείξουν εμπιστοσύνη στην εργασία τους και αυτή η θετική στάση μπορεί να οδηγήσει σε δέσμευση προς την οργάνωση (Sirgy et al., 2001). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι συχνά αξιολογούν τις

προσπάθειες της οργάνωσης για να ικανοποιήσουν τη δουλειά τους. Μια θετική αξιολόγηση μπορεί να αυξήσει το κίνητρο, να επηρεάσει την συμπεριφορά στο χώρο εργασίας και να εγγυηθεί τη μονιμότητά τους στον οργανισμό, χωρίς να λάβει υπόψη τις περιστάσεις (Steyrer et al., 2008). Η εκτεταμένη βιβλιογραφία έχει δώσει στοιχεία σχετικά με τη θετική και σημαντική επίδραση της ποιότητας της εργασιακής ζωής στη δέσμευση των εργαζομένων (Tamini et al., 2011; Farjad & Varnous, 2013; Almarshad, 2015).

Οι Huang et al. (2007) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαστάσεις της ποιότητας της εργασιακής ζωής ισορροπώντας με την προσωπική ζωή, την εποπτική συμπεριφορά και τις αποζημιώσεις και τα οφέλη μπορούν να ενισχύσουν τη δέσμευση των εργαζομένων στον οργανισμό. Στο πλαίσιο αυτό, η Normala (2010) βρήκε μια θετική σχέση μεταξύ των παραγόντων της ποιότητας της εργασιακής ζωής, όπως την ανάπτυξη, την συμμετοχή, την εποπτεία, την αμοιβή και τα οφέλη και με την δέσμευση. Οι Lee et al. (2007) έχουν παρατηρήσει ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής έχει μεγαλύτερη επιρροή στη δέσμευση των εργαζομένων μέσω της ικανοποίησης των αναγκών της κοινωνικής εκτίμησης, αυτοπεποίθησης και γνώσης. Επιπλέον, η ανάπτυξη φιλικού εργασιακού χώρου, η προώθηση σεβασμού και αναγνώρισης, η υποστήριξη της επιθυμίας των εργαζομένων για γνώση, μπορούν να βοηθήσουν στην ικανοποίηση των παραπάνω αναγκών.

Αντιθέτως, οι Koonmee et al. (2010) ανέφεραν ότι η δέσμευση των εργαζομένων σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα της εργασιακής ζωής μέσω της ικανοποίησης των αναγκών, όπως υγείας και ασφάλειας, οικονομίας και οικογενειακής ζωής. Στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, η αύξηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής οδηγεί σε σημαντική αύξηση της οργανωτικής δέσμευσης (Eren & Hisar, 2016). Οι Sharma & Dhar (2016) πρότειναν ότι η έμφαση στην προοδευτική οργανωτική κουλτούρα, το υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, η διαφανή οργανωτική δομή και οι διαδικασίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά τη δέσμευση των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αναλύσουν κριτικά τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση της ζωής των επαγγελματιών υγείας, για να σχεδιάσουν στρατηγικές ενίσχυσης της δέσμευσης (Vanaki & Vagharseyyedin, 2009). Οι Farid et al. (2015) συστήνουν στους εργοδότες που ενδιαφέρονται να αυξήσουν τη δέσμευση των εργαζομένων ότι η καλύτερη ποιότητα εργασιακής ζωής μπορεί να παρακινήσει τους εργαζόμενους μέσω της ικανοποίησης των οικονομικών, κοινωνικών και ψυχολογικών αναγκών, οι οποίες μπορούν να δώσουν ώθηση στην προσωπική ζωή και να ενισχύσουν την οργανωτική δέσμευση. Το υψηλό επίπεδο ποιότητας της εργασιακής

ζωής θα λειτουργήσει ως κεντρομόλος δύναμη, επηρεάζοντας θετικά την αίσθηση της ταυτότητας του εργαζόμενου με τον οργανισμό (Zhu et al., 2013).

3.5.4 Πρόθεση κύκλου εργασιών

Ως κύκλος εργασιών ορίζονται τα συνολικά έσοδα μιας επιχείρησης και χρησιμοποιείται ως μέσο μέτρησης των οικονομικών πόρων και των δραστηριοτήτων αυτής. Η έννοια του κύκλου εργασιών αναφέρεται κατά τρόπο ρητό στα «ποσά που απορρέουν από την πώληση προϊόντων και την παροχή υπηρεσιών». Η πώληση ή παροχή, η οποία αντικατοπτρίζει τη δραστηριότητα της επιχείρησης, είναι, κατά συνέπεια, το ουσιαστικό κριτήριο για τον καθορισμό του κύκλου εργασιών, είτε πρόκειται για προϊόντα είτε για παροχή υπηρεσιών (ΕΟΚ αριθ. 4064/89). Η πρόθεση κύκλου εργασιών αποτελεί μια μέτρηση του κατά πόσον οι υπάλληλοι μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού σκοπεύουν να εγκαταλείψουν τις θέσεις τους ή αν ο οργανισμός αυτός σκοπεύει να απομακρύνει τους υπαλλήλους από θέσεις.

Η εκτεταμένη βιβλιογραφία αναφέρει ότι η αντίληψη της ποιότητας της εργασιακής ζωής σχετίζεται αρνητικά με την πρόθεση του κύκλου εργασιών (Celik & Oz, 2011; Mosadeghrad et al., 2011). Οι Huang et al. (2007) ανέδειξαν ότι οι παράγοντες της ποιότητας της εργασιακής ζωής ήταν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της πρόθεσης κύκλου εργασιών, υπογραμμίζοντας ότι η αντίληψη της ισορροπίας μεταξύ εργασιακής και προσωπικής ζωής μειώνει την πρόθεση του κύκλου εργασιών. Επιπλέον, παράγοντες της ποιότητας της εργασιακής ζωής όπως η εποπτική υποστήριξη, οι ευκαιρίες σταδιοδρομίας και το σύστημα δίκαιης ανταμοιβής μπορούν να μειώσουν την πρόθεση των εργαζομένων να εγκαταλείψουν τον οργανισμό (Korunka et al., 2008, Surienty et al., 2014). Στην περίπτωση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, οι Almaki et al. (2012) παρατήρησαν ότι η διάσταση του πλαισίου εργασίας και του σχεδιασμού εργασίας είχε αρνητικό και σημαντικό αντίκτυπο στην πρόθεση κύκλου εργασιών των επαγγελματιών υγείας. Οι Lee et al. (2013) διαπίστωσαν τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας της εργασιακής ζωής: (α) υποστηρικτικό περιβάλλον με ασφάλεια εργασίας και επαγγελματική αναγνώριση, (β) διευθέτηση και φόρτο εργασίας, (γ) ισορροπία μεταξύ εργασίας και οικογενειακής ζωής, (δ) φροντίδα των ασθενών, όπου προέβλεπαν την πρόθεση των επαγγελματιών υγείας να εγκαταλείψουν τον οργανισμό. Περαιτέρω, οι Lee et al. (2015) συμπέραναν ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής προέβλεπε την πρόθεση να εγκαταλείψει κάποιος τη θέση εργασίας του και κατ' επέκταση την πρόθεση να εγκαταλείψει το νοσοκομείο.

3.5.5 Η δέσμευση των εργαζομένων ως διαμεσολαβητής

Σύμφωνα με τον Liou (2009), ο βαθμός δέσμευσης των εργαζομένων αποτελεί σημαντική πρόβλεψη της πρόθεσης του εργαζόμενου για αποχώρηση από την εργασία. Το ερευνητικό έργο των Vandenberghe & Tremblay (2008) ανέδειξε ότι η ικανοποίηση από την αμοιβή μείωσε την πρόθεση του κύκλου εργασιών των υπαλλήλων, ενισχύοντας την συναισθηματική δέσμευση και μειώνοντας το κόστος που συνδέεται με την έξοδο από τον οργανισμό. Οι Galletta et al. (2011) διαπίστωσαν ότι η συναισθηματική δέσμευση διαμεσολαβούσε πλήρως ως προς τη σχέση μεταξύ αυτονομίας, κινητοποίησης εργασίας και πρόθεσης κύκλου εργασιών. Ο Kamel (2013) αποκαλύπτει ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής μπορεί να ενισχύσει τη δέσμευση των εργαζομένων, γεγονός που θα οδηγήσει σε μειωμένη πρόθεση κύκλου εργασιών.

Η ανωτέρω βιβλιογραφία εξηγεί ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής έχει μια σημαντική σχέση με τη δέσμευση και την πρόθεση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Κεφάλαιο 4: Εργασιακό στρες

4.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Στις μέρες μας ο χώρος εργασίας αποτελεί μια από τις κυριότερες πηγές χρόνιου στρες. Σύμφωνα με τη θεωρία του Μάνου, το στρες αναφέρεται σε δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις που περιλαμβάνουν αισθήματα αναστάτωσης, ανησυχίας, φόβου, τρόμου, ως αντίδραση σε ακαθόριστες μη αναγνωρισμένες απειλές, ενώ κατά άλλους ως στρες ορίζεται ένας ευρύς αριθμός εξωτερικών-περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα τα εργασιακά προβλήματα ως στρεσογόνες καταστάσεις και οι αντιδράσεις όπως τα αισθήματα έντασης που προκαλούνται από δύσκολες συνθήκες στην επαγγελματική και προσωπική ζωή (Μάνος, 1997).

Ο προσδιορισμός της έννοιας του εργασιακού στρες είναι αρκετά πολύπλοκος και πολυσύνθετος εξαιτίας των παραγόντων που μπορούν να το δημιουργήσουν. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας (EU-OSHA), το εργασιακό στρες είναι μία κατάσταση και όχι ασθένεια, ενώ προβάλλεται από τα διεθνή εγχειρίδια ως απόρροια υπερβολικής πίεσης, ανασφάλειας και υπερβολικών απαιτήσεων στην εργασία, με αποτέλεσμα μια ποικιλία επιπτώσεων οι εκφάνσεις των οποίων δύνανται να αφορούν την υγεία του εργαζομένου, την εργασιακή του συμπεριφορά και εν γένει τον τρόπο ζωής του (Wheatley, 2000).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας (National Institute for Occupational Safety and Health) ορίζει το εργασιακό στρες ως «το σύνολο των επιβλαβών φυσικών και συναισθηματικών αντιδράσεων που λαμβάνουν χώρα, όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν ταιριάζουν με τις δυνατότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζόμενου» (NIOSH, 2008). Αναφέρεται στην κατάσταση ανισορροπίας του εργαζόμενου ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και τους πόρους που διαθέτει για να ανταπεξέλθει στις συγκεκριμένες απαιτήσεις, ενώ θεωρείται ως η αντίδραση που έχει ένα άτομο όταν δέχεται πιέσεις στο χώρο εργασίας του για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ενέχει υποκειμενική μορφή καθώς τα ίδια δεδομένα, για άλλους αποτελούν πηγή στρες και για άλλους όχι (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007), ενώ εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου σε συνδυασμό με ένα κράμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Cooper & Marchall, 1976). Το εργασιακό στρες αναγνωρίζεται σε όλο τον κόσμο ως μια μεγάλη πρόκληση για την ατομική ψυχική και σωματική υγεία, ενώ σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις παρουσιάζει υψηλό κόστος σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης (Palmer et al., 2004).

Οι Ross & Altmaier (1994) αναφέρουν ότι το εργασιακό στρες είναι η εκδήλωση συσσωρευμένων στρεσογόνων καταστάσεων που πηγάζουν από την εργασία ή που σχετίζονται με αυτήν. Από την πλευρά τους οι Michailidis & Assimenos (2002) υποστηρίζουν ότι το εργασιακό στρες είναι αποτέλεσμα ασκούμενων πιέσεων στο άτομο από τον εργασιακό χώρο, κάνοντας αναφορά στις δύσκολες εργασιακές συνθήκες, στο υπερβολικό ωράριο, στην επισφαλή κατάσταση εργασίας κ.λπ. Οι Κοΐνης & Σαρίδη (2014) επισημαίνουν ότι εννοιολογικά το εργασιακό στρες περιγράφει μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο εκδηλώνει μια ανισορροπία, τόσο σε σωματικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο αναφορικά με τις εργασιακές απαιτήσεις και τις προσωπικές του δυνατότητες.

4.2 Θεωρητικά μοντέλα εργασιακού στρες

Η ερμηνεία των παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση στρες στον εργασιακό χώρο σε θεωρητικό επίπεδο βασίζεται στην ύπαρξη πληθώρας μοντέλων, τα οποία στοχεύουν στην περιγραφή, στην εξήγηση και στην πρόβλεψη αυτής της σχέσης (Κάντας, 1998). Τα θεωρητικά αυτά μοντέλα έχουν προτείνει ορισμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, δηλαδή παράγοντες που η παρουσία τους ή αντίθετα η απουσία τους στον εργασιακό χώρο σχετίζεται με την εμφάνιση του εργασιακού άγχους. Στις παραγράφους που ακολουθούν, περιγράφονται συνοπτικά τα σημαντικότερα θεωρητικά μοντέλα του εργασιακού στρες.

- *Μοντέλο Απαιτήσεων - Ελέγχου της Εργασίας (The Job Demands - Control Model)*

Το συγκεκριμένο μοντέλο είναι ίσως εκείνο που χρησιμοποιείται περισσότερο στην αναζήτηση των στρεσογόνων παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον, εστιάζοντας σε δύο διαστάσεις: τις εργασιακές απαιτήσεις και τον έλεγχο στην εργασία (Kompier, 2003). Οι εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται στο φόρτο εργασίας και σχετίζονται κυρίως με την επίδραση της χρονικής πίεσης, ενώ ο έλεγχος εστιάζει στην ικανότητα του ατόμου να ελέγξει τις εργασιακές δραστηριότητες. Ο συνδυασμός αυτών των διαστάσεων οδηγεί στις εξής καταστάσεις: (α) υψηλές απαιτήσεις - αυξημένος έλεγχος που δεν οδηγεί σε υψηλά επίπεδα στρες, (β) υψηλές απαιτήσεις - χαμηλός έλεγχος που συνεπάγεται υψηλά επίπεδα στρες, (γ) χαμηλές απαιτήσεις - μειωμένος έλεγχος με μέτρια επίπεδα στρες και (δ) χαμηλές απαιτήσεις - αυξημένος έλεγχος με χαμηλά επίπεδα στρες (Van der Doef & Maes, 1999; Kain & Jex, 2010). Το μοντέλο απαιτήσεων και ελέγχου είναι ένα δημοφιλές μοντέλο επεξήγησης του στρες στο χώρο εργασίας με καλή προγνωστική εγκυρότητα,

ωστόσο ενέχει περιορισμούς και θα μπορούσε ίσως να είναι πιο χρήσιμο όταν χρησιμοποιείται συνδυαστικά με άλλα μοντέλα, ειδικότερα εκείνα που ενδέχεται να περιλαμβάνουν στοιχεία των ατομικών διαφορών.

- *Μοντέλο Ανισορροπίας Προσπάθειας - Ανταμοιβής (The Effort - Reward Imbalance Model - ERI)*

Η βασική υπόθεση του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που ο εργαζόμενος «επενδύει» στη δουλειά του και σε αυτό που παίρνει πίσω ως ανταπόδοση. Στο πλαίσιο αυτό, το μοντέλο ορίζει ως στρεσογόνα εμπειρία στην εργασία την ανισορροπία μεταξύ της υψηλής προσπάθειας που καταβλήθηκε και της χαμηλής ανταμοιβής. Η προσπάθεια αξιολογείται με μέτρηση των απαιτήσεων της εργασίας, ενώ στις ανταμοιβές αναφέρονται οι οικονομικές απολαβές, η εκτίμηση της προσπάθειας και η επαγγελματική ανέλιξη (Tsutsumi et al, 2002; Niedhammer et al., 2004; Van Vegchel et al., 2005; Bakker & Demerouti, 2007). Το εν λόγω μοντέλο, αν και πολλά υποσχόμενο, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να διαπιστωθεί η ορθότητα των υποθέσεών του, αλλά και να βρεθούν τα όρια των εφαρμογών του (Siegrist, 1996; 2002).

- *Μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων - Πόρων (The Job Demands - Resources Model)*

Η κύρια υπόθεση του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι κάθε επάγγελμα έχει τους δικούς του ειδικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το άγχος. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο γενικές κατηγορίες: εργασιακές απαιτήσεις και εργασιακοί πόροι. Πρόκειται για ένα γενικό μοντέλο που μπορεί να εφαρμοστεί σε διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες, ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις και τους εμπλεκόμενους πόρους. Οι εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οργανωτικές πτυχές της εργασίας που απαιτούν διαρκή σωματική ή και ψυχολογική (γνωστική και συναισθηματική) προσπάθεια ή δεξιότητες και επομένως συνδέονται με φυσιολογικό και ψυχολογικό κόστος (Bakker et al., 2003; Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti & Bakker, 2011).

- *Μοντέλο Απόδοσης Ευθύνης*

Στο συγκεκριμένο μοντέλο υφίσταται έντονη συσχέτιση του εργασιακού άγχους με τα επίπεδα εργασιακής ευθύνης. Η εργασιακή ευθύνη θεωρείται υπαίτια για την αύξηση των επιπέδων του εργασιακού άγχους (McCormick & Solman, 1992).

- *Μοντέλο Για Το Επαγγελματικό Άγχος*

Το μοντέλο επικεντρώνεται στις επιρροές του περιβάλλοντος αναφορικά με την αυτοαντίληψη του ατόμου. Η αντίληψη που διαμορφώνεται συνακόλουθα επηρεάζει και την κατάσταση της υγείας (Katz & Kahn, 1978). Οι σχέσεις αυτές μπορούν να μεταβληθούν από ατομικές διαφορές και στοιχεία του κοινωνικού περιβάλλοντος.

- *Μοντέλο Χαρακτηριστικών Εργασίας (Hackman & Oldham)*

Το μοντέλο των Hackman & Oldham εστιάζει σε σημαντικές πτυχές των χαρακτηριστικών της εργασίας, όπως για παράδειγμα στην πληθώρα των δεξιοτήτων, την σπουδαιότητα και τη διάκριση των καθηκόντων, την αυτονομία και την ελευθερία κινήσεων στον τρόπο με τον οποίο ο εργαζόμενος επιλέγει να διανείμει το χρόνο του και να εκτελέσει την εργασία του (Hackman, 1980). Αυτοί αποτελούν τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν το μέγεθος της ικανοποίησης του ατόμου όταν βρίσκεται στον εργασιακό του χώρο. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι τα θετικά ή αρνητικά χαρακτηριστικά μιας εργασίας δημιουργούν και ανάλογες συμπεριφορές όπως ικανοποίηση, κίνητρο για καλύτερη επίδοση, δυσαρέσκεια, στρες ή αποχή (Judge, 2008).

- *Μοντέλο Βιταμινών (Vitamin Model)*

Το μοντέλο των βιταμινών υποστηρίζει πως κάποια συγκεκριμένα εργασιακά χαρακτηριστικά έχουν επίδραση στην πνευματική υγεία και δρουν ανάλογα με τον τρόπο λειτουργίας των βιταμινών στο ανθρώπινο σώμα (Warr, 1994). Κάθε εργασιακός παράγοντας πρέπει να υπάρχει στην κατάλληλη δοσολογία, για να μην προκαλεί στρες. Με άλλα λόγια, όσο στρεσογόνο είναι το να έχει ο εργαζόμενος πολύ μικρά περιθώρια για πρωτοβουλίες, άλλο τόσο είναι και το να έχει υπερβολικά μεγάλα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ορισμένα χαρακτηριστικά όπως ο μισθός, η ασφάλεια, η σημασία της επίτευξης ενός στόχου, έχουν γραμμική επίδραση στην υγεία του εργαζομένου ανάλογη με την παρεχόμενη «δοσολογία». Στην περίπτωση όμως που ξεπεραστεί ένα συγκεκριμένο όριο, φαίνεται να μην έχει ούτε θετικά αλλά ούτε και αρνητικά αποτελέσματα (Buunk, 1991). Άλλα χαρακτηριστικά, όπως η ποικιλία των δεξιοτήτων, η αυτονομία, η ανατροφοδότηση και η κοινωνική υποστήριξη έχουν καμπυλόγραμμη επίδραση, όπου τα μεσαία επίπεδα επιφέρουν το μεγαλύτερο όφελος, αλλά τα πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά επιφέρουν και εκείνα αντίστοιχα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα (Buunk, 1991).

- *Μοντέλο Michigan «Καταλληλότητας Ανθρώπου – Περιβάλλοντος» (Michigan Model)*

Το μοντέλο Michigan δίνει μεγάλη έμφαση στις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου σχετικά με τους στρεσογόνους παράγοντες. Εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες όπως η ασάφεια καθηκόντων, οι συγκρούσεις, η έλλειψη συμμετοχής σε αποφάσεις, η ασφάλεια της εργασίας, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη πρόκλησης και ενδιαφέροντος, η σύγκρουση ρόλων κ.λπ. είναι υποκειμενικά αντιληπτοί και μπορούν ανάλογα με την προσωπική αντίληψη του καθενός και το μέγεθος της κοινωνικής υποστήριξης, να έχουν επίδραση στην υγεία του εργαζόμενου (Kompier, 2003). Συγκεκριμένα, παράγοντες που σχετίζονται με την ασάφεια ρόλου, τις προσδοκίες και τις συγκρούσεις σχετικά με αυτόν το ρόλο, θεωρούνται πως έχουν κεντρική θέση στη δημιουργία του στρες. Το μοντέλο αυτό εξελίχθηκε από τους Hurrell & McLaney εμβαθύνοντας στον τρόπο με τον οποίο οι στρεσογόνοι παράγοντες όπως οι διαπροσωπικές συγκρούσεις και οι έντονες και απότομες αντιδράσεις επηρεάζουν το άτομο, καθώς επίσης εξετάζουν την σχέση των αντικειμενικών συνθηκών του εργασιακού περιβάλλοντος με την αιτιολογία του εργασιακού στρες (Huang, 2002). Η ασυμβατότητα εστιάζει μεταξύ αναγκών και προτιμήσεων του ατόμου σε σχέση με την εργασία ή σε ασυμβατότητα των ικανοτήτων/δεξιοτήτων σε σχέση με την εργασία (Huang et al., 2002; Kompier, 2003).

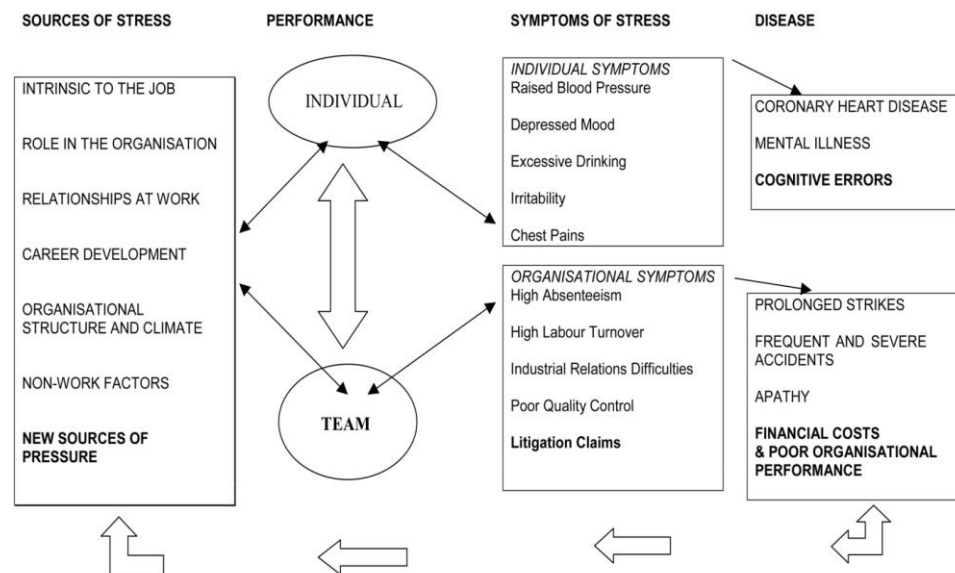
- *Μοντέλο Διαδικασίας Λήψης Απόφασης*

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στις ατομικές εκτιμήσεις αναφορικά με τις καταστάσεις που το άτομο καλείται να διαχειριστεί. Οι συγκεκριμένες εκτιμήσεις κατευθύνουν και στη λήψη των σχετικών αποφάσεων (Beehr, 1995).

- *Δυναμικό Μοντέλο Εργασιακού Στρες του Cooper (Cooper Model)*

Το μοντέλο Cooper είναι ένα μοντέλο για την συναισθηματική νοημοσύνη που εντάσσεται στις θεωρίες που σχετίζονται με την προσωπικότητα ενός ατόμου. Το συγκεκριμένο μοντέλο λαμβάνει υπόψη την πολυπαραγοντική φύση του επαγγελματικού στρες, ομαδοποιώντας τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, δηλαδή τις πηγές του εργασιακού άγχους, σε έξι μεγάλες κατηγορίες: (α) εσωγενείς παράγοντες στην εργασία, (β) παράγοντες που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο, (γ) παράγοντες που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, (δ) παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου, (ε) παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση και τη δομή του εργασιακού χώρου, (στ) παράγοντες που αφορούν στη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή και εργασιακή ζωή (Εικόνα 1). Οι συγκεκριμένοι παράγοντες επηρεάζουν

αρνητικά το άτομο με άμεση απόρροια την εμφάνιση σωματικών, ψυχολογικών ή/και ψυχοσωματικών ασθενειών σε συνδυασμό με συμπεριφορικές αντιδράσεις (Cooper, 2000, 2001).



Εικόνα 1: Δυναμικό μοντέλο εργασιακού στρες

Πηγή: Cooper et al. (1988)

4.3 Αιτιολογικοί παράγοντες εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας

Το εργασιακό στρες σχετίζεται άμεσα με τις εργασιακές συνθήκες, το ρόλο και τη θέση του εργαζόμενου, καθώς και την αλληλεπίδρασή του με το εργασιακό περιβάλλον. Οφείλεται σε συνεχείς στρεσογόνες απαιτήσεις στη δουλειά από τακτικές δυσάρεστες καταστάσεις, με φόρτο εργασίας πέρα από τις ικανότητες και τις γνώσεις του ατόμου (Ganster & Rosen, 2013).

Η ένταση και οι αιτίες του στρες στους επαγγελματίες υγείας διαφέρουν ανάλογα με το άτομο, την ειδικότητα, τις συνθήκες και το χώρο εργασίας. Στο τομέα της υγείας και δη στα νοσοκομεία, οι γιατροί και οι νοσηλευτές σε στρεσογόνες μονάδες όπως μονάδες εντατικής θεραπείας και επείγοντα περιστατικά, είναι ευάλωτοι σε γεγονότα εξαιρετικά στρεσογόνα σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε άλλες μονάδες (Izaquierdo & Risquez, 2012; Azzizollah et al., 2013; Κοΐνης & Σαρίδη, 2014). Στην υγειονομική περίθαλψη, το στρες που σχετίζεται με την εργασία προέρχεται από πολλούς τομείς, όπως το στρες που συνδέεται με τον συνεχή αγώνα μεταξύ ζωής και θανάτου, το φόβο των

λανθασμένων διαγνώσεων και των λαθών της φαρμακευτικής αγωγής, ο φόβος της απώλειας άδειας κ.λπ. Αυτά είναι κατά κάποιο τρόπο διαφορετικά από τους συνήθεις στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με άλλους οργανισμούς σε σχέση με τον φόρτο εργασίας και τις πιέσεις, πέρα από τις γνώσεις και τις ικανότητες των εργαζομένων. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι το στρες στη νοσηλευτική σχετίζεται με τις ανάγκες του ασθενούς και τα βάσανά του, τις πολλές βάρδιες, τον φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις που σχετίζονται με την εργασία, την έλλειψη προσωπικού, τις συγκρούσεις με τους προϊσταμένους, τη μεροληψία και την έλλειψη οργανωτικής υποστήριξης, την αμφισημία του ρόλου και την εργασιακή ανασφάλεια (Izaquierdo & Riquez, 2012; Higazee 2015; Rayan et al., 2016).

Οι Μουστάκα & Κωνσταντινίδης (2015) διαπίστωσαν ότι το στρες στο χώρο εργασίας συνδέεται με μειωμένη αποδοτικότητα, μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης, έλλειψη ενδιαφέροντος για τον οργανισμό και τους συναδέλφους. Υποστηρίζουν ότι αν και ορισμένες καταστάσεις στρες είναι συγκεκριμένες για ένα συγκεκριμένο τύπο νοσοκομειακής μονάδας, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας υπόκεινται σε γενικότερη πίεση που απορρέει από τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος. Τέτοια υψηλά επίπεδα στρες έχουν ως αποτέλεσμα την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού και τον κύκλο εργασιών που επηρεάζουν δυσμενώς τη φροντίδα του ασθενούς (Moustaka & Constantinidis, 2015).

Το σύνολο αυτών των παραγόντων παραμένει υπερβολικά επαχθές για τον εργαζόμενο και επηρεάζει αρνητικά την ευημερία των εργαζομένων και την παραγωγικότητά τους (McTiernan & McDonald, 2015). Τα περιβάλλοντα εργασίας συνέβαλαν στους σχετικούς παράγοντες κινδύνου σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αισθάνονται και αντιδρούν και έχουν καταστεί πιθανές πηγές στρες στο χώρο εργασίας, με τις επακόλουθες επιπτώσεις στις επιδόσεις της εργασίας (Fiabane et al., 2013). Μολονότι το στρες είναι ένα φυσικό κομμάτι ενός εργασιακού περιβάλλοντος, οι αρνητικές συνέπειες μπορεί να είναι σοβαρές και μπορεί να συμβάλουν στην εργασιακή ανασφάλεια, την απουσία και την αρνητική απόδοση στην εργασία, καθώς και την ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης (Fiabane et al., 2013).

4.3.1 Παράγοντες εργασίας

Η αυξημένη σωματική και ψυχολογική ανησυχία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σχετίζεται με το πραγματικό άγχος στο χώρο εργασίας. Η υπερβολική επιβάρυνση της εργασίας, η έλλειψη εκτέλεσης των καθηκόντων, η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων, το ανεπαρκές επίπεδο στελέχωσης, η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, η χαμηλή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η πίεση του χρόνου, είναι μερικές από τις συνέπειες του στρες στο χώρο εργασίας (Fiabane et al., 2013). Επίσης, όσο πιο δύσκολη είναι η εργασία περιλαμβάνοντας πολλαπλά τεχνικά και πολύπλοκα συστήματα ή τεχνικές γνώσεις και ικανότητες, τόσο περισσότεροι εργαζόμενοι θα αφιερώσουν χρόνο στην προσπάθειά τους να ανταπεξέλθουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (NIOSH, 2008).

Ανεξαρτήτως επαγγέλματος, οι ερευνητές συμφωνούν ότι το βαρύ φορτίο εργασίας, οι χαμηλοί μισθοί και τα εισοδήματα, οι προκαταλήψεις στην εργασία, οι προσδοκίες του προϊστάμενου, η υψηλή ευθύνη για την υγεία των ασθενών και οι φυσικές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, συμβάλλουν σημαντικά στον αγχώδη εργασιακό χώρο (Salehi et al., 2014). Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, ο ανεπαρκής χρόνος, η έλλειψη προσωπικού, το εξαντλητικό ωράριο εργασίας, η παράνομη εργασία με βάρδιες και οι υψηλές απαιτήσεις εργασίας με μειωμένους πόρους, επηρεάζουν αρνητικά τους εργαζόμενους (Mosadeghrad, 2013). Οι στρεσογόνοι παράγοντες διαφέρουν μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όπως και η ένταση και η επίδρασή τους ανάλογα με την εργασία που εκτελείται. Το εργασιακό στρες έχει αξιολογηθεί τα τελευταία χρόνια από πολλούς ερευνητές σε πολλές χώρες και σε διαφορετικές ειδικότητες, όπως ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί (Gellis, 2002), τεχνολόγοι εργαστηρίων (Blau, 2003), εργοθεραπευτές (Painter, 2003) κ.λπ.

4.3.2 Διαπροσωπικές σχέσεις

Οι σχέσεις μεταξύ των εποπτικών αρχών στο χώρο εργασίας οδηγούν σε επιζήμια και αγχωτικά αποτελέσματα που δεν είναι υγιή για την παραγωγικότητα. Οι εκφοβισμοί και οι παρενοχλήσεις, οι απειλές βίας, οι ευνοιοκρατίες, το μη υποστηρικτικό κλίμα και η έλλειψη υποστήριξης από την ηγεσία, η κοινωνική και φυσική απομόνωση στο χώρο εργασίας και άλλες αποκλίνουσες συμπεριφορές προκαλούν συνήθως κοινωνική αναστάτωση και παράγουν επιθετικές συμπεριφορές, έλλειψη σεβασμού κ.λπ. (Babatunde, 2013).

Η οργανωτική κουλτούρα, το μη συνεργάσιμο και ανθυγιεινό κλίμα είναι δύσκολες συνθήκες για τους εργαζόμενους και αποτελούν κύριους παράγοντες που σχετίζονται με την επιθυμία των εργαζομένων να πηγαίνουν στη δουλειά τους. Η κακή επικοινωνία και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης εργασιακού άγχους των ιατρών νοσοκομείων (Salehi et al., 2014). Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, τα προβλήματα με τους προϊστάμενους και οι διακρίσεις, είναι παράγοντες άγχους στην εργασία που θέτουν σε κίνδυνο τη λειτουργικότητα, προάγουν το φόβο και προκαλούν άγχος.

Η ανάπτυξη προσωπικών σχέσεων στην εργασία είναι απαραίτητη για την διαχείριση του στρες των εργαζομένων. Στον 21ο αιώνα, η δομή του κοινωνικού δικτύου αντιπροσωπεύει τη δύναμη δύο τύπων υποστηρικτικών πράξεων: την οργανική υποστήριξη και την ενημερωτική υποστήριξη που μπορούν να εφαρμοστούν κυρίως από την υποστήριξη της διοίκησης και των συνάδελφων (Shin & Lee, 2016). Οι Shin & Lee (2016) διαπίστωσαν ότι οι άνθρωποι με τα ίδια κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τείνουν να είναι φίλοι και εκείνοι με μακροχρόνιες φιλίες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα άγχους εργασίας. Ομοίως, η κοινωνική συνοχή στην εργασία διευκόλυνε και τη μεταφορά γνώσης (Shin & Lee, 2016). Αντιθέτως, οι ανθυγιεινές συζητήσεις στο χώρο εργασίας θα μπορούσαν να κάνουν τους ανθρώπους να νιώθουν άβολα και να δημιουργήσουν συγκρούσεις, επηρεάζοντας αρνητικά τις σχέσεις και την παραγωγικότητα (Kippist & Duarte, 2015).

4.3.3 Οργανωτικοί παράγοντες

Η ταχέως μεταβαλλόμενη παγκόσμια οικονομία αύξησε την πίεση του εργατικού δυναμικού στην επίτευξη υψηλότερων προτύπων με μέγιστη απόδοση για να νικήσει τον ανταγωνισμό. Οι εργαζόμενοι εκτελούν πολλαπλές εργασίες στο χώρο εργασίας για να συμβαδίζουν με τις μεταβαλλόμενες τεχνολογίες και τις αυστηρές απαιτήσεις των εποπτικών αρχών. Τα αναδυόμενα νέα μέσα προσθέτονται στην πολυπλοκότητα της οργανωτικής νοοτροπίας και οι εργαζόμενοι εργάζονται για αρκετές ώρες, μαθαίνοντας νέα μέσα επικοινωνίας με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν μεγάλο φόρτο εργασίας. Μια τέτοια ασάφεια ως προς το ρόλο οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα, μειώνει την εμπιστοσύνη του εργαζόμενου στον οργανισμό και προάγει την αίσθηση της απελπισίας.

Ο τομέας της υγείας παραμένει στην κορυφή της λίστας μεταξύ θεμελιωδών στρεσογόνων θέσεων εργασίας, έχοντας ως επιχειρηματικό εγχείρημα τα μοναδικά επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τις δύσκολες περιγραφές της δουλειάς. Η υγειονομική περίθαλψη είναι το μόνο λειτούργημα που ασχολείται με τις αποφάσεις για τη ζωή και το θάνατο. Στο

πλαίσιο αυτό, οι εργαζόμενοι βιώνουν δύσκολες συνθήκες εργασίας καθώς ασχολούνται με τον άνθρωπο και αγωνίζονται για την υγεία και την ευημερία του, αντιμετωπίζοντας και τους κινδύνους επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας που συνδέονται με το παραμικρό λάθος (Mosadeghrad, 2013).

Η φροντίδα των ασθενών χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα λόγω διαδικασιών της νόσου, σωστές διαγνώσεις, αβεβαιότητα σωστής θεραπευτικής αγωγής και το σημαντικότερο, την αντιμετώπιση του ανεπιθύμητου αποτελέσματος που είναι ο θάνατος, συμπεριλαμβανομένης της αγωνίας των οικογενειών με την απώλεια των αγαπημένων τους (Salehi et al., 2014). Οι ανεπαρκείς πόροι, η έλλειψη λήψης αποφάσεων σε σχέση με την εργασία, η υπερβολική ευθύνη ή η υπερβολική εξουσία, η κακή κοινωνική στήριξη, η εργασιακή ανασφάλεια, οι ελλειπείς ευκαιρίες για πρόοδο και οι κακές διαχειριστικές τάσεις, συνήθως προκαλούν απογοήτευση και άγχος στο χώρο εργασίας (Mosadeghrad, 2013). Μελέτες που έγιναν στον Καναδά, τη Νιγηρία και το Πακιστάν, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μείωση των οικονομικών απολαβών, τα ανεπαρκή επιδόματα και η έλλειψη υλικού, προμηθειών και εξοπλισμού βρίσκονταν στις πρώτες θέσεις των κύριων πηγών του εργασιακού στρες (Σαρίδη, 2016).

4.3.4 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι συνθήκες εργασίας όπως η θερμότητα/κρύο, ο θόρυβος, ο χώρος για εργασία και άλλες συνθήκες που ευνοούν την εργασία, συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία του εργασιακού περιβάλλοντος και στη μείωση του άγχους. Οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας είναι πολύ ενοχλητικές και επηρεάζουν την ευημερία των εργαζομένων. Οι διαταραγμένες ή κατεστραμμένες βασικές παροχές, όπως η παροχή νερού, ο κλιματισμός, η θέρμανση και η στέγαση, αποδυναμώνουν την ομαλή λειτουργία στην εργασία, την σωστή παροχή υπηρεσιών και την δυνητικά αποσυνδεδεμένη κοινωνική και πνευματική συνοχή της κοινότητας (Van Heugten, 2012).

Ο Van Heugten (2012) υποστήριξε ότι οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας προδιαθέτουν το άτομο σε γρήγορη δυσφορία, επιρρέπεια στην αϋπνία και στις υποτροπές της μνήμης. Αυτές οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας συμβαίνουν όταν οι οργανώσεις υποβάλλονται σε συγχωνεύσεις, εξαγορές ή μετεγκαταστάσεις. Χωρίς σωστό σχεδιασμό, οι μετακινήσεις επιφέρουν στρες λόγω των περιορισμένων χώρων, τις κατακερματισμένες ομάδες κ.λπ. Η μελέτη των δυσμενών συνθηκών εργασίας και η σχέση με τις καρδιαγγειακές παθήσεις αποτέλεσαν πηγή έρευνας για πολλές δεκαετίες, συμπεριλαμβανομένων των μελετών

σχετικά με τις επιπτώσεις του σωματικού φόρτου εργασίας, του θορύβου, των μακρών ωρών εργασίας και της εργασίας με βάρδιες (Backe et al., 2012).

4.3.5 Προσωπικοί ή οικογενειακοί παράγοντες

Μερικοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζουν την πρόκληση του συνδυασμού ρόλων εργασίας και οικογένειας που μπορεί να οδηγήσει σε σύγκρουση εργασίας-οικογένειας. Οι Ioannidi et al. (2016) υποστήριξαν ότι η σύγκρουση εργασίας-οικογένειας είναι μια μορφή διαμάχης μεταξύ των ρόλων, στην οποία οι τομείς εργασίας και οικογένειας είναι αμοιβαία και έντονα ασυμβίβαστοι. Στη σύγκρουση εργασίας-οικογένειας υπάρχει ένα φαινόμενο δύο κατευθύνσεων που αποτελείται από δύο διαστάσεις: (α) από την εργασία στην οικογένεια (from work-to-family) και (β) από την οικογένεια στην εργασία (from family-to-work). Στη διαμάχη εργασίας-οικογένειας, οι γενικές απαιτήσεις του χρόνου που αφιερώνεται και η πίεση που δημιουργείται από τη δουλειά, επηρεάζουν την εκτέλεση οικογενειακών ευθυνών και οδηγούν σε συγκρούσεις στην οικογένεια. Οι γενικές απαιτήσεις του χρόνου που αφιερώνεται στην οικογένεια, παρεμβαίνει στην άσκηση καθηκόντων που σχετίζονται με την εργασία. Αρνητικά συναισθήματα όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η δυσαρέσκεια, η απογοήτευση, η αϋπνία, ο θυμός, είναι συνηθισμένα (Ioannidi et al., 2016).

Αν και το άγχος στο χώρο εργασίας συχνά προέρχεται από το περιβάλλον εργασίας, οι εργαζόμενοι θα μπορούσαν επίσης να φέρουν κάποιο παράγοντα άγχους από το εξωτερικό περιβάλλον (Yoon & Kim, 2013). Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν συχνά δυσκολίες μεταξύ της εργασιακής και οικογενειακής ζωής και οι δυσκολίες αυτές κυριαρχούν στις βιομηχανίες υψηλής τεχνολογίας, λόγω των ιδιαίτερα απαιτητικών θέσεων εργασίας και των επαγγελματικών ρόλων τους (Chang & Cheng, 2014). Οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή, τη θρησκεία ή την τάξη, υφίστανται άγχος και πίεση κάποια στιγμή της ζωής τους εξαιτίας πολλαπλών παραγόντων στη σημερινή παγκόσμια ανταγωνιστική αγορά (Kushwaha, 2014). Αυτά τα άτομα εργάζονται καθημερινά κάτω από στρεσογόνους παράγοντες, προερχόμενους είτε από τα καθήκοντα και τις ευθύνες της εργασίας τους είτε από την οικογενειακή τους ζωή.

Η κλίμακα κοινωνικής αναπροσαρμογής των Holmes & Rahe (1967) εντόπισε κοινές μεταβολές της ζωής που προκαλούν άγχος με βάση τις προσπάθειες για την αντιμετώπισή τους (Lazarus, 2006). Αυτά τα εξωτερικά γεγονότα της ζωής είναι ο θάνατος ενός συζύγου, το διαζύγιο και ο γάμος, ο θάνατος του στενού μέλους της οικογένειας, τα προσωπικά θέματα υγείας και η κατάσταση υγείας ενός μέλους της οικογένειας, η

οικονομική πίεση, η φροντίδα των παιδιών ή ηλικιωμένων. Οποιαδήποτε από αυτές τις καταστάσεις μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικό άγχος που θα επηρεάσει τις λειτουργίες του χώρου εργασίας με σημαντικούς τρόπους.

Σε έρευνα που συμμετείχαν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών ελληνικών νοσοκομείων, αποδείχθηκε ότι η εργασία στο νοσοκομείο έχει αντίκτυπο στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των εργαζομένων, ιδιαίτερα των γυναικών συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν συμπληρώσει τα 10 έτη εργασίας (Μουστάκα, 2015). Σε έρευνα στη Μ. Βρετανία, το 75% των νοσηλευτών θεωρούν ότι το στρες που βιώνουν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι υπεύθυνο για τα προβλήματα της προσωπικής τους ζωής, ενώ το 25% υποστηρίζει ότι η εργασία τους επηρεάζεται από την οικογενειακή τους κατάσταση (Μουστάκα, 2015). Επίσης, σε έρευνα που έλαβαν μέρος νοσηλευτές στην Ελλάδα από τον κλάδο της ψυχικής υγείας φάνηκε ότι συχνότερη πηγή του εργασιακού άγχους είναι η σύγκρουση του οικογενειακού και επαγγελματικού ρόλου (Ουζούνη, 2005).

4.3.6 Φόρτος εργασίας

Μελέτες που διεξήχθησαν στη Μ. Βρετανία σε νοσηλευτικό προσωπικό τοποθετούν ως κύρια πηγή του στρες τον υπερβολικό φόρτο εργασίας σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60% (Cole, 1992). Το ίδιο αποτέλεσμα επιβεβαιώνει και έρευνα των Tyler & Ellison σε επαγγελματίες υγείας στην Αγγλία σε συνάρτηση με την ανεπαρκή στελέχωση σε ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, καθώς δίνεται έμφαση και στις αντίξοες συνθήκες εργασίας (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014).

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι παράγοντες άγχους που σχετίζονται με πόρους, φόρτο εργασίας και οργανωτικές δομές ή διαδικασίες επηρέασαν αρνητικά τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές στις εργασιακές τους επιδόσεις και στην ευημερία τους, γεγονός που οδήγησε σε κακή φροντίδα ασθενών (McTiernan & McDonald, 2015). Το εργασιακό άγχος συνέβαλε στις ασθένειες των εργαζομένων, όπως κατάθλιψη, αυξημένη δυσφορία και ευερεθιστότητα. Επίσης, παρατηρήθηκαν σημάδια καρδιαγγειακής νόσου που σχετίζονται με την επιδείνωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας σε καταθλιπτικούς νεαρούς ενήλικες, ως αποτέλεσμα της σοβαρής εργασιακής πίεσης (Fiedorowicz et al., 2015).

Οι Aslam et al. (2014) συμπέραναν ότι οι ιατροί που δούλευαν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ήταν επιρρεπείς σε άγχος. Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν σοβαρά τους γιατρούς στη δουλειά τους είναι οι πολλές ώρες εργασίας, η ενασχόλησή τους με ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και οι νυκτερινές κλήσεις.

Οι παράγοντες άγχους περιλαμβάνουν φόρτο εργασίας, συνθήκες εργασίας, υπερφόρτωση ρόλων, στέρηση ύπνου και μη ρεαλιστικές απαιτήσεις από τους ασθενείς (Aslam et al., 2014).

Ο Singh (2017) θεωρεί ότι το άγχος που σχετίζεται με την εργασία οφείλεται στην μεταβαλλόμενη δομή των οργανισμών, η οποία αλλάζει την λειτουργία και τους ρόλους των επαγγελματιών υγείας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων και οδηγούν σε φυσιολογικές διαταραχές της ζωής. Οι κατηγορίες στρες που σχετίζονται με την εργασία απαριθμούν μια πληθώρα διαφορετικών εργασιακών συνθηκών, με τους πιο στρεσογόνοι παράγοντες στο χώρο εργασίας να περιλαμβάνουν το περιεχόμενο της απασχόλησης, τις συνθήκες εργασίας και τις κοινωνικές σχέσεις στην εργασία.

4.4 Συνέπειες του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας

Το στρες είναι η απάντηση που εκδηλώνουν τα άτομα όταν αντιμετωπίζουν δυσανάλογη πίεση πέρα από την ικανότητά τους (Kushwaha, 2014). Ανάλογα με το μέγεθος του στρες και το επίπεδο αντίδρασης του ατόμου σε αυτό, οι επιπτώσεις του στρες στον εργαζόμενο μπορεί να είναι ανθυγιεινές για το ίδιο το άτομο και δαπανηρές για τον οργανισμό.

Οι συνέπειες του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

- Υποκειμενικές εμπειρίες: κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχές πανικού, ψυχαναγκαστικές διαταραχές, συναισθηματική απομάκρυνση (de Boer, 2011).
- Φυσικές συνέπειες: καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, μικρής διάρκειας ημικρανίες, δερματικά εξανθήματα, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, αυξημένη αρτηριακή πίεση, παθήσεις του καρδιοαναπνευστικού συστήματος, εγκεφαλικά επεισόδια (Mészáros, 2013).
- Συμπεριφορικές αλλαγές: οξυθυμία, ευερεθιστότητα, αλκοολισμός, χρήση ουσιών (Coffey, 1988).
- Εργασιακές επιπτώσεις: μειωμένη αποδοτικότητα, αυξημένη αποχή από την εργασία, σταδιακή απουσία της ικανότητας της ενσυναίσθησης απέναντι στους ασθενείς, τραυματισμοί, χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και διάθεση για εργασία, βραδύτητα και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων (Coffey, 1988).

Η ένταση του στρες και η έκθεση σε χρόνιες στρεσογόνες καταστάσεις έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην σωματική υγεία. Πέρα από τις βραχείας χρονικής έκτασης σωματικές συνέπειες όπως οι διαταραχές ύπνου, τα δερματικά εξανθήματα, τη σωματική ένταση και κόπωση, τις ταχυπαλμίες, τους πονοκεφάλους, τις επιδρώσεις, τη δύσπνοια, υπάρχουν και μακροπρόθεσμες συνέπειες που απειλούν ακόμα και την ίδια τη ζωή (Huang et al., 2002). Μακροπρόθεσμες συνέπειες του έντονου στρες είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, τα καρδιολογικά νοσήματα, ο διαβήτης, έλκη του γαστρεντερικού συστήματος και το εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα (Μπουσινάκης, 2006). Επίσης, όλο και περισσότερο εξετάζεται με μεγαλύτερη βεβαιότητα η σύνδεση μεταξύ του χρόνιου στρες και της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και καρκίνου (Robin, 2006).

Η προσπάθεια καταπολέμησης του έντονου εργασιακού στρες μπορεί να οδηγήσει και σε συνήθειες όπως το κάπνισμα, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, τη χρήση ηρεμιστικών ουσιών συνήθως σε συνδυασμό με την κακή διατροφή ή τον υποσιτισμό. Οι επιπτώσεις αυτού του ανθυγιεινού τρόπου ζωής δημιουργούν περισσότερα προβλήματα στην ψυχική και σωματική κατάσταση του επαγγελματία υγείας (Chandraiah, 2012). Επίσης, θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του τη ζωή και έρχονται σε σύγκρουση με τη φύση και την εκτέλεση των καθηκόντων του που δεν είναι άλλη από την προαγωγή, την προάσπιση και τη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Ο αντίκτυπος των συνεπειών του στρες εκτείνεται πολλές φορές έως και το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, καθώς είναι οι τελικοί αποδέκτες της συναισθηματικής φόρτισης του ατόμου (Coffey, 1988).

Αυτή η ψυχοσωματική κόπωση οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση (burnout) του επαγγελματία υγείας. Αποτελέσματα ερευνών αναδεικνύουν πως το burnout συνδέεται με τα έλκη νεφρών και στομάχου, της χοληδόχου κύστης και καρδιαγγειακές διαταραχές. Οι συνέπειες πάνω στην εργασία αφορούν την αυξημένη αποχή, τη γενικότερη μείωση της αποδοτικότητας, τη βραδύτητα στη λήψη αποφάσεων, το χαμηλό ηθικό, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και διάθεση για εργασία και την ελαχιστοποίηση της εργασιακής ικανοποίησης, διακυβεύοντας την ασφάλεια του ασθενή και την εξέλιξη της πορείας της θεραπείας του (Barcley, 2007).

4.4.1 Επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας λόγω της πανδημίας SARS-CoV-2

Προηγούμενες μελέτες σε νοσηλευτικό προσωπικό την περίοδο της επιδημίας SARS του 2003, έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε μονάδες SARS είχε μεγαλύτερη συχνότητα συμπτωμάτων νευρονοητικών (NN)/νευροβιολογικών (NB) (ψυχικών) διαταραχών και συγκεκριμένα κατάθλιψη, μετατραυματικής διαταραχής και διαταραχών ύπνου (κυρίως αϋπνίας) σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε μονάδες που δεν δέχονταν περιστατικά SARS (Su et al., 2007). Επίσης, υψηλά επίπεδα έντασης και συμπτωμάτων άγχους έχουν αναφερθεί στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων επειγόντων περιστατικών την περίοδο της επιδημίας SARS συγκριτικά με τους νοσηλευτές ΜΕΘ (Chua et al., 2004; Poon et al., 2004). Η αυξημένη συχνότητα συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψη και διαταραχών ύπνου έχουν καταγραφεί και στους επαγγελματίες υγείας στην Κίνα που παρείχαν φροντίδα στην πανδημία του SARS-CoV-2 (Lai et al., 2020). Μια άλλη σημαντική επίπτωση της εργασιακής έντασης στους επαγγελματίες υγείας σε συνθήκες αντιμετώπισης ιογενούς επιδημίας φαίνεται να είναι η αύξηση της χρήσης ουσιών, κυρίως αλκοόλ και νικοτίνης (Morganstein et al., 2017).

Ψυχολογική επιβάρυνση, όπως ψυχολογική εξάντληση και συναισθήματα, όπως φόβος, αγωνία και ανασφάλεια, έχουν επίσης καταγραφεί στους νοσηλευτές με άμεση έκθεση στη φροντίδα πασχόντων σε συνθήκες ιογενούς πανδημίας (Maunder et al., 2003). Επίσης, σκέψεις που πυροδοτούν συναισθηματική ένταση έχουν καταγραφεί στους επαγγελματίες υγείας τις περιόδους των επιδημιών SARS και H1N1 (Lee et al., 2005), αλλά και σε νοσηλευτές και μαίες στην Κύπρο την τρέχουσα περίοδο της ιογενούς πανδημίας του SARS-CoV-2 (Καρανικόλα, 2020).

Επιπλέον, δυσκολίες έχουν παρατηρηθεί και στην ικανότητα εκπλήρωσης των καθημερινών ρόλων των επαγγελματιών υγείας σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο λόγω των συμπτωμάτων αυτών (Su et al., 2007). Η απώλεια της προοπτικής, η απαισιοδοξία και η κρίση πνευματικών αξιών έχουν επίσης καταγραφεί, καθώς επίσης και βιώματα ηθικού διεξόδου λόγω περικοπών στη φροντίδα (care rationing) (ACS, 2020; White & Lo, 2020).

4.5 Πρόληψη και αντιμετώπιση του εργασιακού στρες

Η πρόληψη και διαχείριση του εργασιακού στρες και των ψυχοπνευματικών καταστάσεων είναι εφικτή ανεξάρτητα από το μέγεθος και την αιτία που τις προκαλεί και η αντιμετώπισή τους έγκειται στη συστηματική και λογική μεθοδολογία εντοπισμού και αξιολόγησης του μεγέθους του κινδύνου. Όσο περισσότερο ενδελεχής, έγκαιρη και ακριβής είναι η εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που προκαλούν το εργασιακό στρες, τόσο πιο αποτελεσματικό θα είναι το πρόγραμμα αντιμετώπισης.

Η εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων περνάει μέσα από 8 στάδια τα οποία είναι τα εξής (Μπάμπαλου, 2013):

- έρευνα και εντοπισμός πιθανών παραγόντων κινδύνου
- αξιολόγηση των συνεπειών
- περιγραφή της σύνδεσης παραγόντων και στρες
- επισήμανση των αντικειμενικών παραγόντων κινδύνου
- εξακρίβωση των ευπαθών στο εργασιακό στρες ομάδων των εργαζομένων
- έλεγχος του παρόντος υποστηρικτικού δικτύου, καθώς και οποιουδήποτε άλλου δικτύου μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο πρόγραμμα αντιμετώπισης
- σχέδιο παρέμβασης
- ανατροφοδότηση και επαναξιολόγηση

4.5.1 Στρατηγικές παρέμβασης

Η πρόληψη και διαχείριση του εργασιακού στρες βάσει της οδηγίας 89/139/ΕΟΚ αποτελεί πέρα από ηθική και νομική υποχρέωση του εργοδότη μέσα στα πλαίσια προάσπισης και προστασίας της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (Hassard, 2017). Τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν από την πλευρά της διοίκησης χωρίζονται σε τρία βασικά επίπεδα: το οργανωτικό, το επίπεδο ομάδας και το ατομικό (Rollinson, 2008; Τούκας & Τούκα, 2011; Nahavandi, 2015).

Πρωτογενείς παρεμβάσεις (οργανωτικό επίπεδο)

Στο οργανωτικό επίπεδο εμπεριέχονται όλες οι πρωτογενείς παρεμβάσεις δίνοντας προτεραιότητα στον σχεδιασμό και την οργάνωση της εργασίας. Τα μέτρα αφορούν κυρίως το εργασιακό περιβάλλον, τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, την ένταση και τα ωράρια της εργασίας, καθώς και τις μεθόδους αξιολόγησης, επιβράβευσης και εξέλιξης του προσωπικού (Μπάμπαλου, 2013). Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις είναι κατά κανόνα προληπτικού και διορθωτικού τύπου, ενώ η αξιολόγησή τους γίνεται με όρους κόστους αποτελεσματικότητας. Οι κύριες πρωτογενείς παρεμβάσεις σχετίζονται με τις εργασιακές συνθήκες, το φόρτο εργασίας, τους ρυθμούς εργασίας και τον οργανωτικό σχεδιασμό.

Ουσιαστικά περιλαμβάνει ένα σύνολο παρεμβάσεων με επίκεντρο το σχεδιασμό των εργασιακών δραστηριοτήτων και καθηκόντων. Τα εργασιακά καθήκοντα προσαρμόζονται στη βάση δυνατοτήτων, ικανοτήτων και δεξιοτήτων των εργαζομένων, μειώνοντας παράλληλα την επίδραση των παραγόντων που δημιουργούν εργασιακό στρες. Επίσης, το εργασιακό περιβάλλον διαμορφώνεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε αφενός να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της οργάνωσης διασφαλίζοντας τη ψυχική και σωματική υγεία των εργαζομένων (κατάλληλος εξοπλισμός, επάρκεια χώρου, κατάλληλη θερμοκρασία, επαρκές προσωπικό κ.ά.) (Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, 2003; Martel, 2005; Molnar, 2009; Τούκας, 2010; Τούκας & Τούκα, 2011).

Δευτερογενείς παρεμβάσεις (ομαδικό επίπεδο)

Οι δευτερογενείς παρεμβάσεις αφορούν τη διαχείριση του στρες σε μικρές ομάδες εργαζομένων. Πρόκειται για παρεμβάσεις που επιδιώκουν την εκμάθηση των ορθών κανόνων συμπεριφοράς και πρακτικών εργασίας τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτό αποσκοπείται η κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση των εργαζομένων μέσω ομαδικών προγραμμάτων. Ο απώτερος στόχος των συγκεκριμένων παρεμβάσεων είναι η διαχείριση του στρες να γίνεται από τον ίδιο τον εργαζόμενο, μέσα από την επιμόρφωση και την ανάπτυξη των ατομικών του ικανοτήτων. Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την σαφή ενημέρωση γύρω από τα καθήκοντα και τους ρόλους των εργαζομένων, τις απαιτήσεις και τους στόχους του τμήματος ή του νοσοκομείου, την επιλογή καταρτισμένου προσωπικού, την προαγωγή της σχέσης επικοινωνίας, συμμετοχής και ελέγχου μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων, καθώς και τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις (Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, 2003; Martel, 2005; Occupational Wellbeing Group, 2007; Molnar, 2009; Τούκας, 2010, Τούκας & Τούκα, 2011).

Τριτογενείς παρεμβάσεις (ατομικό επίπεδο)

Οι τριτογενείς παρεμβάσεις απευθύνονται στους εργαζόμενους σε ατομική βάση (Wang, 2011). Οι ατομικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στον εντοπισμό των εργαζομένων εκείνων που βιώνουν έντονο εργασιακό στρες για την παροχή της αναγκαίας πολυεπίπεδης στήριξης. Εκτός από την αναγκαία υποστήριξη, καθοριστικό σημείο αποτελούν οι παρεμβάσεις αντιμετώπισης των επιπτώσεων του εργασιακού άγχους. Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις είναι αποκλειστικής αρμοδιότητας επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Πανταζοπούλου-Φωτεινά, 2003; Martel, 2005; Molnar, 2009; Τούκας, 2010, Τούκας & Τούκας, 2011). Τα μέτρα που συνήθως λαμβάνονται αφορούν ατομικές στρατηγικές διαχείρισης του άγχους, προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, ασκήσεις αναπνοής, βιοανάδραση, συστηματική σωματική άσκηση, μουσικοθεραπεία, καθώς και φαρμακευτική αγωγή (χρήση ελάσσονων ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων).

Οι πρωτογενείς και δευτερογενείς παρεμβάσεις λαμβάνουν χώρα κυρίως σε προληπτικό επίπεδο. Αντιθέτως, η ατομική παρέμβαση αφορά στη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων του εργασιακού στρες στα άτομα που έχουν ήδη διαταραχθεί από αυτό και έχουν επανορθωτικό χαρακτήρα. Η επιλογή ατομικών παρεμβάσεων συστήνεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι πρωτογενείς και οι δευτερογενείς παρεμβάσεις δεν έχουν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η εστίαση πολλές φορές στο ατομικό εργασιακό στρες δημιουργεί λανθασμένες πεποιθήσεις και ως προς τον τομέα των προληπτικών δράσεων. Αν και είναι σημαντικό σε ατομικό επίπεδο να υφίστανται κατάλληλη εκπαίδευση, ενημέρωση, κατάρτιση και ενεργειών διαχείρισης, οι ουσιαστικές προσπάθειες πρόληψης του εργασιακού άγχους εστιάζουν σε ένα συνολικότερο πλαίσιο της ομάδας εργασίας (Martel, 2005).

4.5.2 Γενικές παρεμβάσεις σε περιόδους πανδημίας

Σε επίπεδο διοίκησης

Εκτός από την κοινωνική και οικογενειακή στήριξη, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν τη θετική επίδραση συγκεκριμένων διοικητικών παρεμβάσεων στους νοσηλευτές που εργάζονται σε συνθήκες πανδημίας (Lee et al., 2005). Ειδικότερα, προτείνεται να γίνονται προσπάθειες για τη διατήρηση όσο το δυνατόν προβλέψιμων συνθηκών στο περιβάλλον εργασίας, όπως ύπαρξη πρωτοκόλλων διαχείρισης καταστάσεων, σταθερό πρόγραμμα εργασίας, σταθερός αριθμός συναδέλφων, σταθερό προσωπικό. Ωστόσο, η νόσηση ή/και ο υποχρεωτικός αυτοπεριορισμός σημαντικού αριθμού μελών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που σημειώνεται καθώς η πανδημία

εξελίσσεται, δυσχεραίνουν την επίτευξη της ανωτέρω αναγκαίας σταθερότητας (Καρανικόλα, 2020).

Άλλα δεδομένα δείχνουν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων, όπως: (α) παρουσία επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις δομές οξείας φροντίδας σε περίοδο πανδημίας ώστε να προσφέρουν ευέλικτες και συνεχείς υπηρεσίες, (β) συχνές συναντήσεις του προσωπικού για την επίλυση διαφορών αλλά και το μοίρασμα εμπειριών, θεωρώντας ότι με τον τρόπο αυτό προάγεται το πνεύμα ομαδικότητας και μειώνονται οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, και (γ) αξιοποίηση των έξυπνων κινητών τηλεφώνων, τα οποία μέσω εικόνας/βίντεο δίνουν τη δυνατότητα στα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να επικοινωνούν με τις οικογένειές τους και να τους παρέχουν τις αναγκαίες διαβεβαιώσεις ότι είναι καλά (Lee et al., 2005).

Σε ατομικό επίπεδο

Οι γενικές οδηγίες αυτοδιαχείρισης βιωμάτων έντασης λόγω της παρούσας πανδημίας από οργανισμούς όπως η Αμερικανική Ένωση Ψυχιάτρων, προτείνουν οι επαγγελματίες υγείας να (Morganstein, 2020):

- Παραμείνουν ενημερωμένοι και συγκεκριμένα να συγκεντρώνουν τις τρέχουσες πληροφορίες σχετικά με τον SARS-COV-2 από αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης, όπως τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)
- Αντισταθούν στην εσφαλμένη πληροφόρηση, καθώς οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να βοηθήσουν για τη διόρθωση της όποιας παραπληροφόρησης ή παρανόησης μέσω της διάδοσης αξιόπιστων και επικυρωμένων επιστημονικά πηγών. Δυστυχώς, σε καταστάσεις πανδημίας συχνά διαχέονται ψευδείς ειδήσεις (fake news), που υπονομεύουν τη διάχυση της ορθής γνώσης και των ορθών πρακτικών.
- Εκπαιδευτούν και να εκπαιδεύσουν και τους άλλους στις βασικές πληροφορίες σχετικά με τους κανόνες προσωπικής υγιεινής, με σκοπό τη μείωση της εξάπλωσης της νόσου, όπως το πλύσιμο των χεριών και η ορθή πρακτική όταν κάποιος βήχει. Κύρια, όμως, η εκπαίδευση πρέπει να αφορά την εφαρμογή προηγμένων μέσων προστασίας όπως масκών FFP ή ολόσωμων στολών, ανάλογα με τις απαιτήσεις του χώρου εργασίας.
- Περιορίσουν την έκθεση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Συγκεκριμένα, καλούνται να χρησιμοποιήσουν τα ΜΜΕ όσο χρειάζεται προκειμένου να παραμείνουν ενημερωμένοι και να αποσύρονται από αυτά μόλις αποσπάσουν την απαραίτητη πληροφόρηση.

- Προσπαθήσουν να ελέγξουν τα επίπεδα καθημερινής έντασης. Για τον σκοπό αυτό, προτείνεται να διατηρήσουν την καθημερινή τους ρουτίνα, να συμμετέχουν σε ευχάριστες δραστηριότητες, να εστιάζουν στις θετικές όψεις της ζωής και σε καταστάσεις που μπορούν να ελέγξουν, να αναζητούν την υποστήριξη από τους φίλους και την οικογένεια και να συνεχίσουν να αθλούνται.
- Προσπαθούν να καλύψουν με επάρκεια και ευχάριστο τρόπο τις βασικές τους ανάγκες, και ειδικά να τρώνε υγιεινά γεύματα, να πίνουν άφθονα υγρά και να κοιμούνται επαρκώς, ώστε να ενισχύσουν την ικανότητά τους να φροντίζουν τον εαυτό τους και τους άλλους.
- Κάνουν ευχάριστα διαλείμματα από την εργασία τους. Η ξεκούραση και οι χαλαρωτικές δραστηριότητες μπορούν να προσφέρουν μια αποτελεσματική απόσπαση της σκέψης από την εργασία και την ανία.
- Διατηρήσουν την επαφή με αγαπημένα πρόσωπα με τη βοήθεια της τεχνολογίας. Η παροχή και άντληση υποστήριξης από την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους μπορεί να μειώσει το αίσθημα της αποξένωσης.
- Συμμετέχουν σε εργασιακές συναντήσεις, όπου παρέχεται σχετική πληροφόρηση και εκπαίδευση για την αντιμετώπιση και προφύλαξη από τον SARS-COV-2.
- Παρακολουθούν τον εαυτό τους για ενδείξεις αυξημένης εργασιακής έντασης και περαιτέρω να μιλήσουν σε ένα μέλος της οικογένειάς τους, έναν φίλο, έναν συνάδελφο ή τον προϊστάμενο εάν χρειαστεί.
- Μην ξεχνούν πόσο σημαντικές είναι οι υπηρεσίες που προσφέρουν και ότι έχουν κάθε δικαίωμα να νιώθουν περήφανοι γι' αυτό. Είναι απαραίτητο να υπενθυμίζουν στον εαυτό τους (και στους άλλους) πόσο σημαντική είναι η εργασία τους. Όποτε αυτό είναι εφικτό, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αναγνωρίζουν την αξία και των συναδέλφων τους για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Με τον τρόπο αυτό τους υποστηρίζουν και τους ενδυναμώνουν, προάγοντας θετικό εργασιακό κλίμα και υψηλό ηθικό μεταξύ των συναδέλφων.

Κεφάλαιο 5: Σκοπός και Μεθοδολογία έρευνας

5.1 Σκοπός εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του εργασιακού στρες σε σχέση με την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας, κατά την περίοδο της πανδημίας του Covid-19. Ειδικότερα, επιδιώκεται η εκτίμηση του βαθμού έντασης του στρες που αναδύεται από το εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας σε περιόδους επιδημιολογικής έξαρσης, καθώς και η επίδραση του των στρεσογόνων καταστάσεων στην ισορροπία της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής τους. Στόχος της μελέτης είναι η ανάδειξη του «ειδικού» βάρους» και της έντασης των παραγόντων που συμβάλλουν στο εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας και επιδρούν άμεσα στην ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής σε συνθήκες πανδημίας.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Για τη διερεύνηση του σκοπού της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η έρευνα είναι τα εξής:

- (α) Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας επαγγελματικής ζωής που χαρακτηρίζει τους επαγγελματίες υγείας;
- (β) Ποιος είναι ο βαθμός έντασης του εργασιακού στρες που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας;
- (γ) Ποιο είναι το επίπεδο εργασιακού άγχους που εκδηλώνουν οι επαγγελματίες υγείας λόγω της πανδημίας του Covid-19;
- (δ) Πώς το εργασιακό άγχος επιδρά στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας;
- (ε) Πώς τα ατομικά και εργασιακά χαρακτηριστικά (δημογραφικά στοιχεία) των επαγγελματιών υγείας επιδρούν στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, στο εργασιακό στρες και στο εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19;

Η έρευνα προσπαθεί να αποτυπώσει την έκταση του εργασιακού στρες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και την συσχέτιση του εργασιακού στρες με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής τους, σε περιόδους επιδημιολογικής έξαρσης όπως στην περίπτωση της πανδημίας λόγω της νόσου Covid-19. Αντικειμενικός στόχος είναι η άντληση ποιοτικών δεδομένων για την εξαγωγή αποτελεσμάτων που μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση προτάσεων για την καλύτερη διαχείριση του εργασιακού στρες και τη μείωση των επιπτώσεων του σε πολλαπλό επίπεδο, ειδικότερα κάτω από την πίεση των τρεχουσών εκτάκτων συνθηκών στον τομέα της υγείας.

5.3 Σχεδιασμός

Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι μη πειραματική, περιγραφική με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό, στοχεύοντας στον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και τη διερεύνηση συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Ο σχεδιασμός αυτός περιλαμβάνει τη μέτρηση και την περιγραφή ενός ή περισσότερων μεταβλητών σε ένα συγκεκριμένο δείγμα, οδηγώντας σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και παρέχοντας υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα. Αποτελεί τον συχνότερο τύπο, σπάνια όμως μια έρευνα έχει αμιγώς περιγραφικό σχεδιασμό, αφού συχνά γίνεται διερεύνηση συσχετίσεων ή/και συγκρίσεις ομάδων. Στην περίπτωση διερεύνησης συσχετίσεων ή διενέργειας συγκρίσεων, τότε οι έρευνες αυτές ονομάζονται περιγραφικές συσχέτισης (descriptive correlational) και συγκριτικές περιγραφικές (comparative descriptive design).

Ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της έρευνας προσδιορίστηκε από τον ίδιο τον στόχο της. Η επιλογή της ποσοτικής μεθόδου συλλογής στοιχείων κρίθηκε καταλληλότερη, εφόσον αποτελεί συστηματική και αντικειμενική διαδικασία που χρησιμοποιείται για την ποσοτικοποίηση, τον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και την παραγωγή αξιόπιστων, έγκυρων και αντιπροσωπευτικών αποτελεσμάτων (Coolikan, 2004; Ιωαννίδη-Καπόλου, 2012). Η ποσοτική μέθοδος πλεονεκτεί έναντι της ποιοτικής, διότι παρέχει τη δυνατότητα προσέγγισης ενός μεγάλου αριθμού ατόμων (περιπτώσεων) και κατ' επέκταση τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων από μεγάλο αριθμό ερωτημάτων με προκαθορισμένες ερωτήσεις και απαντήσεις (Creswell, 2016). Περαιτέρω, τα δεδομένα που θα συλλεχθούν με την ποσοτική μέθοδο διατηρούν μετρήσιμο χαρακτήρα και δίνουν τη δυνατότητα ανάλυσης με τη χρήση στατιστικών μεθόδων, επιτρέποντας, υπό ορισμένες συνθήκες, τη γενίκευση των τάσεων στον ευρύτερο πληθυσμό του δείγματος.

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων επιλέχθηκε να γίνει με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου και με τη μέθοδο της δημοσκοπήσης. Οι δημοσκοπήσεις έχουν τη δυνατότητα παροχής στοιχείων σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις, τις γνώμες, τα πιστεύω, τις προτιθέμενες και εκδηλωθείς συμπεριφορές κ.λπ. Στις μεθόδους καταγραφής/δημοσκοπήσης και για τη συλλογή των κατάλληλων πληροφοριών συνήθως χρησιμοποιούνται κατάλληλα προσαρμοσμένες ερωτήσεις, ενώ η κατάρτισή τους είναι τέτοια που επιτρέπει την καταγραφή αξιόπιστων δεδομένων (Opreenheim, 1992).

Μια δημοσκόπηση με συμπλήρωση ερωτηματολογίων αποτελεί μία πηγή πληροφόρησης σχετικά με το θέμα για το οποίο πραγματοποιείται η έρευνα. Ο συγκεκριμένος τρόπος βοηθά τον μελετητή στην κωδικοποίηση με μεγαλύτερη ευκολία των πληροφοριών που συλλέγει για την έρευνά του και στην παραγωγή καλύτερων αποτελεσμάτων. Ένα σωστά διαρθρωμένο ερωτηματολόγιο αποσκοπεί περισσότερο στις πληροφορίες που αποτελούν τον πυρήνα της έρευνας, συντελώντας αποτελεσματικά στη δημιουργία συμπερασμάτων και γενικών δεδομένων. Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι το χαμηλό κόστος, η αναλυτική περιγραφή και ο καλύτερος έλεγχος της ροής των πληροφοριών. Μειονεκτήματα που μπορούν να εντοπιστούν αποτελούν ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και οι απαντήσεις, οι οποίες ενδεχομένως να μην είναι πάντα αντικειμενικές (Εμβλωτής και συν., 2006).

5.4 Καθορισμός του δείγματος

Ο καθορισμός και η επιλογή του δείγματος αποτελεί το σημαντικότερο τμήμα μιας εμπειρικής έρευνας, καθώς το δείγμα θα πρέπει να είναι σε ικανοποιητικό βαθμό αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Βασικοί παράγοντες προσδιορισμού του βαθμού αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος είναι το μέγεθός του και ο τρόπος επιλογής των μονάδων του. Όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος του δείγματος, τόσο αυξάνεται και η αντιπροσωπευτικότητά του, δεδομένου ότι το μέγιστο μέγεθος συμπίπτει με τον πληθυσμό. Ο καθορισμός του δείγματος θα πρέπει να γίνεται με βάση την αρχή ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός διασποράς των τιμών της ιδιότητας ή των ιδιοτήτων που εξετάζονται μεταξύ των μονάδων του πληθυσμού, τόσο μεγαλύτερο πρέπει να είναι και το μέγεθος του δείγματος, στο πλαίσιο εξασφάλισης ορισμένου βαθμού αξιοπιστίας στα στοιχεία που θα προκύψουν από την έρευνα (Καραγεώργος, 2002; Κυριαζή, 2002).

Πληθυσμό-στόχο της έρευνας αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (ΓΝΑ) ««Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική». Ο αφετηριακός προσανατολισμός της μελέτης στόχευε να αποτυπώσει αποκλειστικά και μόνο τις απόψεις που εκφράζουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας από την εργασιακή τους εμπειρία στο νοσοκομείο. Δεν ακολουθήθηκε διαδικασία δειγματοληψίας καθώς η έρευνα αφορούσε όλο τον προς διερεύνηση αριθμό των εργαζομένων στην επιλεγμένη υπηρεσία υγείας. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος αφορούσαν το σύνολο των εργαζομένων του νοσοκομείου που δηλώνουν την πληροφορημένη τους συναίνεση για συμμετοχή στην έρευνα και μπορούν να επικοινωνήσουν.

Στην παρούσα μελέτη, το δείγμα περιελάμβανε περίπου 250 άτομα. Από το σύνολο των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν, επεστράφησαν συμπληρωμένα 197 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων 11 δεν ήταν σωστά συμπληρωμένα και αποκλείστηκαν από την μελέτη. Λόγω της πανδημίας Covid-19 κατέστη δύσκολη η αναμενόμενη συλλογή των ερωτηματολογίων, όπως αρχικά είχε προγραμματιστεί (response rate=78.8%). Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 186 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές) που ανήκουν στο εργατικό δυναμικό του ΓΝΑ Ευαγγελισμός και απασχολούνται σε διάφορους τομείς εργασίας της συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας.

5.5 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας ήταν ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιελάμβανε την Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής – IV «Professional Quality of Life Scale – ProQoL» (Stamm, 2009) και την Κλίμακα Μέτρησης Εργασιακού Στρες «Job Stress Measure» (Judge et al., 1994). Επίσης, περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα βιώματα των συμμετεχόντων σχετικά με την εργασία τους στην υπηρεσία υγείας (Πανάγου, 2018), καθώς και ερωτήσεις για το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19.

Η κλίμακα ProQOL αποτελείται από 30 ερωτήσεις-δηλώσεις που εξετάζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων, μέσα από τρεις βασικές διαστάσεις της: (α) την επαγγελματική ικανοποίηση - ικανοποίηση από την συμπόνια (compassion satisfaction), (β) το δευτερεύον τραυματικό άγχος (secondary traumatic stress) και (γ) την επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Κάθε διάσταση είναι ψυχομετρικά μοναδική και δεν αποτελεί δεσμευτικό παράγοντα για τις υπόλοιπες. Τα υψηλά σκορ στη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν συνδυάζονται με υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση.

Η βαθμολογία της κάθε διάστασης υπολογίζεται με διαβάθμιση μιας πενταβάθμιας κλίμακας Likert, όπου το 1 αντιπροσωπεύει το «ποτέ» και το 5 αντιπροσωπεύει το «πολύ συχνά». Ο προτεινόμενος τρόπος βαθμολόγησης από την κατασκευάστρια δεν περιλαμβάνει όρια για το σύνολο των ερωτήσεων, αλλά για κάθε διάσταση ξεχωριστά. Στο τέλος προστίθεται η βαθμολογία και σημειώνεται το συνολικό σκορ που αφορά κάθε διάσταση. Η υψηλή βαθμολογία σε κάθε διάσταση αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και εξουθένωσης αντίστοιχα. Ειδικότερα, η τελική βαθμολογία για κάθε διάσταση που είναι μικρότερη ή ίση του 22 υποδηλώνει χαμηλό επίπεδο, η βαθμολογία μεταξύ του 23 και του 41 δείχνει μέτριο επίπεδο, ενώ η βαθμολογία που είναι μεγαλύτερη ή ίση του 42 υποδηλώνει υψηλό επίπεδο. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από την ιδιοκτήτρια εταιρεία και μπορεί να αντιγραφεί ελεύθερα και να χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τις υποδείξεις της κατασκευάστριας.

Η Κλίμακα Job Stress Measure μετρά το εργασιακό στρες μέσα από μια λίστα 16 ερωτήσεων αυτοαναφοράς που αφορούν στρεσογόνους παράγοντες στην εργασία. Οι απαντήσεις δίνονται μέσω μιας πενταβάθμιας κλίμακας Likert, όπου το 1 αντιπροσωπεύει το «καθόλου στρες» και το 5 αντιπροσωπεύει το «πολύ στρες». Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από την Σακκέτου (2014) στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας σε δημοσίους και ιδιωτικούς υπαλλήλους. Η κλίμακα καταλήγει σε έναν τελικό βαθμό στρες μέσω άθροισης των επιμέρους ερωτήσεων.

Με αφετηρία τις παραπάνω παραμέτρους, δημιουργήθηκε μια τελική κλίμακα 67 ερωτήσεων, αποτελούμενη από τέσσερις (4) ενότητες (*Παράρτημα Α*):

Α. Δημογραφικά στοιχεία

Η πρώτη ενότητα περιελάμβανε 11 ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, μεταπτυχιακές σπουδές, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, θέση εργασίας στο νοσοκομείο, χρονική διάρκεια εργασίας, τμήμα εργασίας, εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid, επαφή με ασθενείς Covid). Οι ερωτώμενοι επέλεξαν μόνο μία απάντηση από ένα προκαθορισμένο αριθμό απαντήσεων, ενώ συμπλήρωναν την ηλικία τους, τον αριθμό των τέκνων, τη χρονική διάρκεια εργασίας (σε έτη), το τμήμα στο οποίο εργάζονται, αν εργάζονται σε κλινική με ασθενείς Covid και αν όχι, αν έρχονται σε επαφή με ασθενείς Covid.

B. Ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε 34 ερωτήσεις-δηλώσεις σχετικά με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής. Πρόκειται για ερωτήσεις που περιγράφουν καταστάσεις, εμπειρίες, σκέψεις και συναισθήματα που μπορεί κανείς να βιώσει σε σχέση με την εργασία. Οι ερωτώμενοι καλούνταν να επιλέξουν μόνο μία απάντηση για κάθε δήλωση, μέσα από μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 4=συχνά, 5=πολύ συχνά). Οι ερωτήσεις αφορούσαν τα βιώματα των συμμετεχόντων σχετικά με την εργασία τους (ερ. 4, 8, 9, 10), την επαγγελματική ικανοποίηση (ερ. 3, 7, 16, 20, 22, 24, 26, 28, 31, 34), το δευτερεύον τραυματικό άγχος (ερ. 2, 5, 11, 13, 15, 17, 18, 27, 29, 32) και την επαγγελματική εξουθένωση (ερ. 1, 6, 12, 14, 19, 21, 23, 25, 30, 33). Οι απαντήσεις των ερωτήσεων βαθμολογούνται με τον ίδιο τρόπο, με εξαίρεση τις ερωτήσεις 1, 6, 19, 21 και 33 που βαθμολογούνται αντίστροφα. Ένας άθροισμα υπολογίζεται για την κάθε διάσταση ξεχωριστά δίνοντας μια πιο σαφή εικόνα του επιπέδου ποιότητας της επαγγελματικής ζωής.

Γ. Κλίμακα μέτρησης εργασιακού στρες

Η τρίτη ενότητα περιελάμβανε 16 ερωτήσεις-δηλώσεις της κλίμακας Job Stress Measure σχετικά με το εργασιακό στρες. Οι ερωτώμενοι καλούνταν να επιλέξουν μόνο μία απάντηση για κάθε δήλωση, εκφράζοντας το βαθμό που οι συγκεκριμένες δηλώσεις υποδηλώνουν στρες, μέσα από μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (1=καθόλου στρες, 2=λίγο στρες, 3=μέτριο στρες, 4=αρκετό στρες, 5=πολύ στρες). Ένας γενικός μέσος όρος υπολογίζεται για το σύνολο των ερωτήσεων και αποτελεί συνολικό δείγμα της έντασης του εργασιακού στρες.

Δ. Εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid 19

Η τέταρτη ενότητα περιελάμβανε 7 ερωτήσεις που καθορίζουν το είδος και το μέγεθος του εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid 19. Η συγκεκριμένη ομάδα ερωτήσεων διερευνά κατά πόσο οι συνθήκες πανδημίας δημιουργούν αισθήματα άγχους, φόβου, αβεβαιότητας και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Οι απαντήσεις ακολουθούσαν πενταβάθμια κλίμακα Likert (1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 4=συχνά, 5=πολύ συχνά). Ένας γενικός μέσος όρος υπολογίζεται για το σύνολο των ερωτήσεων και αποτελεί συνολικό δείγμα της έντασης του εργασιακού άγχους.

5.6 Δεοντολογικά θέματα και ηθική της έρευνας

5.6.1 Έγκριση διεξαγωγής της μελέτης

Πρώτο βήμα στη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας αποτέλεσε η γραπτή αίτηση/κατάθεση του Πρωτοκόλλου Μελέτης προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΓΝΑ Ευαγγελισμός, προκειμένου να εξασφαλιστεί η χορήγηση ενυπόγραφης έγκρισής του, για τη νομιμότητα της διαδικασίας (*Παράρτημα Β*). Η αίτηση εμπεριείχε το ερευνητικό πρωτόκολλο της έρευνας με περιληπτική αναφορά στην ερευνητική πρόταση, τον σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης, καθώς και το εργαλείο μέτρησης (ερωτηματολόγιο). Με την έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου ξεκίνησε η διανομή των ερωτηματολογίων από την ίδια την ερευνήτρια, χωρίς διαμεσολάβηση οποιουδήποτε άλλου συνδέσμου.

5.6.2 Συνειδητή συγκατάθεση και διασφάλιση ανωνυμίας συμμετεχόντων

Σε κάθε περίπτωση το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από μια επιστολή στην οποία διευκρινίζονταν ο σκοπός της έρευνας, καθώς και ο φορέας στα πλαίσια του οποίου λάμβανε χώρα. Η βασική ερευνήτρια, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους να προστατεύσει τα δικαιώματά τους, τόνιζε εκ των προτέρων στη συνοδευτική ενημερωτική επιστολή του ερωτηματολογίου, την εθελοντική φύση της μελέτης, την τήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, με ευγενή διάθεση του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ο οποίος κυμαίνονταν στα 5-10 περίπου λεπτά. Υπήρχε σαφής ενημέρωση πως τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς και δε θα χρησιμοποιηθούν οπουδήποτε αλλού ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Η επιστροφή του συμπληρωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου θεωρείτο ισοδύναμη με πληροφορημένη συναίνεση για τη συμμετοχή στη μελέτη.

Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκησε συνολικά δύο (2) μήνες, από τον Οκτώβριο του 2020 έως και το Νοέμβριο του 2020. Στη συνέχεια, κάθε ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκε και έγινε η καταγραφή και η επεξεργασία των στοιχείων.

5.7 Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων

Στην πρώτη φάση της στατιστικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα έλεγχος της αξιοπιστίας. Για τον υπολογισμό της αξιοπιστίας υπολογίστηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's alpha) για όλες τις κλίμακες. Συνοπτικά, ο συντελεστής άλφα προσδιορίζει το βαθμό όπου το τεστ μετρά ένα μόνο παράγοντα και η πηγή του σφάλματος είναι οι διαφορές μεταξύ των ερωτημάτων του τεστ. Κατηγοριοποιείται ως εξής: 0.00-0.25=ελάχιστη έως καθόλου, 0.26-0.49=χαμηλή, 0.50-0.69=μέτρια, 0.70-0.89=υψηλή και 0.90-1.00= εξαιρετική. Συνήθως, οι ενδεδειγμένες τιμές του συντελεστή είναι 0.7 και πάνω, ωστόσο αυτό δεν είναι απόλυτο και, πολλές φορές, μπορούν να γίνουν αποδεκτές και τιμές κάτω από 0.7, ειδικά όταν η μελέτη είναι διερευνητικής φύσης. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή, τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Peers, 1996).

Για την ανάλυση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Η μέση τιμή (MT) και η τυπική απόκλιση (TA) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (Pearson's correlation coefficient) με τιμές από -1 (απόλυτη αρνητική συσχέτιση) έως +1 (απόλυτη θετική συσχέτιση). Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από (r)=0.1-0.3, μέτριες όταν κυμαίνεται από (r)=0.31-0.5 και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από (r)=0.5. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων εφαρμόστηκε το t στατιστικό τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent-Samples T-test). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA με ένα παράγοντα (One-way Anova Test). Σε κάθε περίπτωση, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Το πρόγραμμα SPSS γενικώς παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και αναγνωρίζεται ως ισχυρό και χρήσιμο εργαλείο για τον σκοπό αυτό (Babbie et al., 2003; Μακράκης, 2005).

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα έρευνας

6.1 Αξιοπιστία κλιμάκων

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι τιμές του δείκτη Cronbach's alpha για όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 1: Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας

Κλίμακα/Διάσταση	Cronbach's alpha
Ποιότητα επαγγελματικής ζωής	0.795
Βιώματα σχετικά με την εργασία	0.769
Επαγγελματική ικανοποίηση	0.860
Δευτερεύον τραυματικό άγχος	0.852
Επαγγελματική εξουθένωση	0.708
Εργασιακό στρες	0.899
Εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας Covid 19	0.784

Από την επισκόπηση του πίνακα φαίνεται ότι όλες οι κλίμακες και οι επιμέρους διαστάσεις είχαν ικανοποιητικό συντελεστή εσωτερικής συνοχής, ικανοποιώντας σε κάθε περίπτωση το κριτήριο >0.70 , ένδειξη επαρκούς αξιοπιστίας (Γαλάνης, 2013).

6.2 Περιγραφική στατιστική

6.2.1 Κοινωνικά-Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα απαριθμούσε 186 άτομα. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 2: Κοινωνικά-Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (N=186)

Μεταβλητές		N (%) ή MT ± TA
Φύλο	Άνδρας	46 (24.7)
	Γυναίκα	140 (75.3)
Ηλικία (έτη)		41.48 ± 10.4
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΔΕ	36 (19.4)
	ΤΕ	66 (35.5)
	ΠΕ	84 (45.2)
Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων	Όχι	104 (55.9)
	Master	62 (33.3)
	Διδακτορικό	20 (10.8)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70 (37.6)
	Έγγαμος/η	88 (47.3)
	Διαζευγμένος/η	22 (11.8)
	Χήρος/α	6 (3.2)
Αριθμός παιδιών	Κανένα	84 (45.2)
	Ένα	22 (11.8)
	Δύο	56 (30.1)
	Τρία	18 (9.7)
	Τέσσερα	6 (3.2)

Η πλειοψηφία του δείγματος των επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες (75.3%). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 44.48 ±10.4 έτη. Το 45.2% των συμμετεχόντων είχε πανεπιστημιακή εκπαίδευση και το 35.5% είχε ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση. Το 55.9% δεν κατείχε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο. Το 47.3% του δείγματος ήταν έγγαμοι, ενώ το 45.2% δεν είχαν παιδιά.

6.2.2 Εργασιακά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας.

Πίνακας 3: Εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=186)

Μεταβλητές		N (%) ή MT ± TA
Ειδικότητα	Ιατρός	70 (37.6)
	Νοσηλεύτης	116 (62.4)
Θέση στο Νοσοκομείο -Ιατροί	Διευθυντής	8 (11.4)
	Επιμελητής Α'	22 (31.4)
	Επιμελητής Β'	6 (8.6)
	Επικουρικός	22 (31.4)
	Ειδικευόμενος	12 (17.1)
Θέση στο Νοσοκομείο -Νοσηλεύτές	Προϊστάμενος	4 (3.4)
	Υπάλληλος	112 (96.6)
Χρονική διάρκεια εργασίας (έτη)		15.04 ± 10.3
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	20 (10.8)
	Χειρουργικό	52 (28.0)
	Πνευμονολογικό	24 (12.9)
	Ακτινολογικό	4 (2.2)
	Αναισθησιολογικό	6 (3.2)
	Ενδοσκοπικό/Γαστρεντερολογικό	26 (14.0)
	Ογκολογικό/Ρευματολογικό	4 (2.2)
	ΤΕΠ	18 (9.7)
	Covid	32 (17.2)
Εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid	Ναι	70 (37.6)
Επαφή με ασθενείς Covid	Ναι	170 (91.4)

Το 62.4% του δείγματος ήταν νοσηλευτικό προσωπικό και το 37.6% ιατροί. Η πλειοψηφία των ιατρών ήταν επιμελητές Α' (31.4%) και επικουρικοί (31.4%), ενώ το 96.6% των νοσηλευτών ήταν υπάλληλοι. Η μέση τιμή των ετών προϋπηρεσίας για το σύνολο του δείγματος ήταν 15.04 ±10.3 έτη. Επίσης, το 37.6% των επαγγελματιών υγείας εργαζόταν σε κλινική με ασθενείς Covid, ενώ το 91.4% δήλωσε ότι έρχεται σε επαφή μαζί τους.

6.2.3 Ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για κάθε ερώτηση της Κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής.

Πίνακας 4: Περιγραφικά Αποτελέσματα – Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
1. Είμαι ευτυχισμένος/η	0 (0.0)	12 (6.5)	64 (34.4)	78 (41.9)	32 (17.2)	1	4	2.30	0.83
2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία υποστηρίζω	4 (2.2)	22 (11.8)	62 (33.3)	72 (38.7)	26 (14.0)	1	5	3.51	0.95
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους	4 (2.2)	4 (2.2)	40 (21.5)	88 (47.3)	50 (26.9)	1	5	3.95	0.87
4. Η καθημερινότητα στην εργασία μου επηρεάζει την στάση μου στη ζωή	12 (6.5)	44 (23.7)	50 (26.9)	60 (32.3)	20 (10.8)	1	5	3.17	1.11
5. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματία	50 (26.9)	84 (45.2)	38 (20.4)	8 (4.3)	6 (3.2)	1	5	2.12	0.96
6. Νοιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους	10 (5.4)	44 (23.7)	74 (39.8)	48 (25.8)	10 (5.4)	1	5	2.98	0.96
7. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω με αυτούς που υποστηρίζω	6 (3.2)	24 (12.9)	80 (43.0)	52 (28.0)	24 (12.9)	1	5	3.34	0.97
8. Επηρεάζομαι από την έμβαση της υγείας ενός ασθενή	12 (6.5)	48 (25.8)	56 (30.1)	48 (25.8)	22 (11.8)	1	5	3.11	1.12

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
9. Η θεραπεία/φροντίδα ενός βαρέως πάσχοντα ασθενή με κάνει υπερπροστατευτικό απέναντι στην οικογένεια μου	10 (5.4)	44 (23.7)	72 (38.7)	42 (22.6)	18 (9.7)	1	5	3.08	1.03
10. Ο πιθανός θάνατος ενός ασθενή με επηρεάζει για το υπόλοιπο της βάρδιας	16 (8.6)	64 (34.4)	66 (35.5)	30 (16.1)	10 (5.4)	1	5	2.75	1.00
11. Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	46 (24.7)	80 (43.0)	44 (23.7)	12 (6.5)	4 (2.2)	1	5	2.18	0.95
12. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά μου επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/υποστηρίζω	62 (33.3)	76 (40.9)	40 (21.5)	4 (2.2)	4 (2.2)	1	5	1.99	0.91
13. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω	52 (28.0)	78 (41.9)	44 (23.7)	6 (3.2)	6 (3.2)	1	5	2.12	0.96
14. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου	46 (24.7)	72 (38.7)	34 (18.3)	20 (10.8)	14 (7.5)	1	5	2.38	1.19
15. Λόγω της βοήθειας που παρέχω, έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα	24 (12.9)	46 (24.7)	64 (34.4)	36 (19.4)	16 (8.6)	1	5	2.86	1.14
16. Μου αρέσει η δουλειά μου	4 (2.2)	8 (4.3)	42 (22.6)	76 (40.9)	56 (30.1)	1	5	3.92	0.94
17. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ	34 (18.3)	90 (48.4)	36 (19.4)	20 (10.8)	6 (3.2)	1	5	2.32	0.99
18. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει	46 (24.7)	90 (48.4)	38 (20.4)	6 (3.2)	6 (3.2)	1	5	2.12	0.93

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
19. Έχω πεποιθήσεις οι οποίες με στηρίζουν	4 (2.2)	18 (9.7)	66 (35.5)	68 (36.6)	30 (16.1)	1	5	2.45	0.95
20. Είμαι ευτυχισμένος με το πώς καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα	0 (0.0)	12 (6.5)	90 (48.4)	66 (35.5)	18 (9.7)	2	5	3.48	0.76
21. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι	0 (0.0)	12 (6.5)	54 (29.0)	82 (44.1)	38 (20.4)	1	4	2.22	0.84
22. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/η	4 (2.2)	14 (7.5)	46 (24.7)	82 (44.1)	40 (21.5)	1	5	3.75	0.95
23. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η λόγω της δουλειάς μου	6 (3.2)	14 (7.5)	60 (32.3)	64 (34.4)	42 (22.6)	1	5	3.66	1.01
24. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω	4 (2.2)	6 (3.2)	50 (26.9)	96 (51.6)	30 (16.1)	1	5	3.76	0.84
25. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος	8 (4.3)	32 (17.2)	50 (26.9)	56 (30.1)	40 (21.5)	1	5	3.47	1.14
26. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου	6 (3.2)	26 (14.0)	60 (32.3)	76 (40.9)	18 (9.7)	1	5	3.40	0.96
27. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω	58 (31.2)	90 (48.4)	24 (12.9)	10 (5.4)	4 (2.2)	1	5	1.99	0.92
28. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω	0 (0.0)	14 (7.5)	60 (32.3)	74 (39.8)	38 (20.4)	2	5	3.73	0.87

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
29. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις	58 (31.2)	84 (45.2)	28 (15.1)	12 (6.5)	4 (2.2)	1	5	2.03	0.96
30. Αισθάνομαι ότι «βαλτώνω» από το σύστημα	14 (7.5)	34 (18.3)	80 (43.0)	36 (19.4)	22 (11.8)	1	5	3.10	1.07
31. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας	14 (7.5)	18 (9.7)	80 (43.0)	68 (36.6)	6 (3.2)	1	5	3.18	0.93
32. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού	38 (20.4)	88 (47.3)	50 (26.9)	4 (2.2)	6 (3.2)	1	5	2.20	0.90
33. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ	58 (31.2)	84 (45.2)	34 (18.3)	8 (4.3)	2 (1.1)	1	5	1.99	0.88
34. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά	12 (6.5)	8 (4.3)	44 (23.7)	80 (43.0)	42 (22.6)	1	5	3.71	1.07

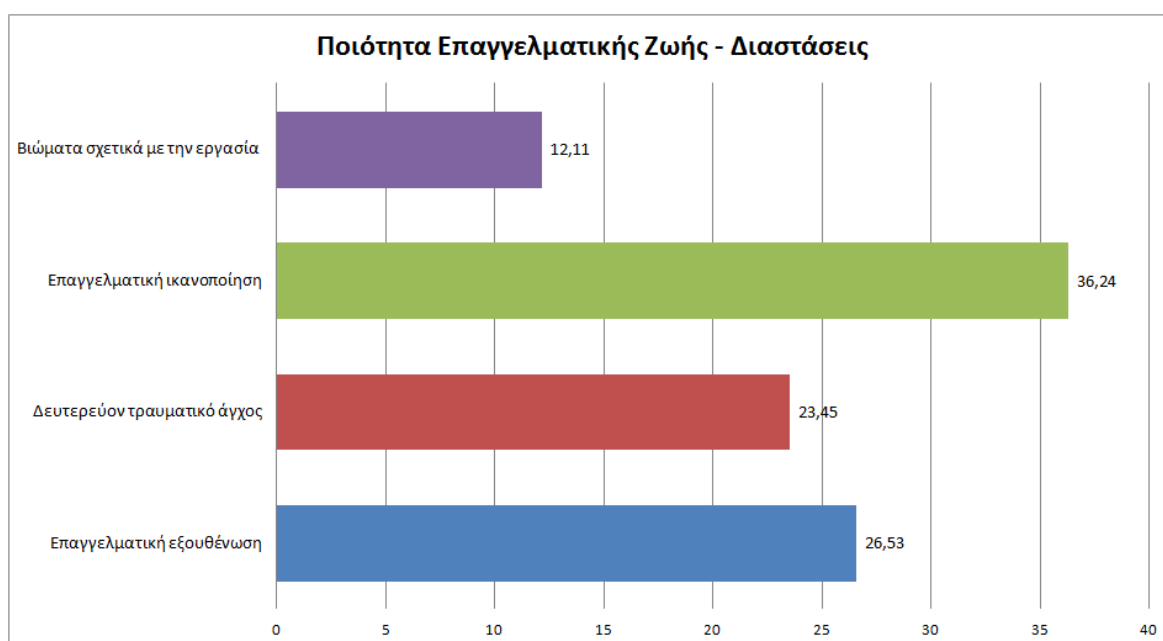
Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα συνολικά σκορ των συμμετεχόντων στις επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής.

Πίνακας 5: Βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής

Διαστάσεις	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Βιώματα σχετικά με την εργασία (BE)	4	20	12.11	3.28
Επαγγελματική ικανοποίηση (EI)	18	50	36.24	6.11
Δευτερεύον τραυματικό άγχος (ΔΤΕ)	10	50	23.45	6.34
Επαγγελματική εξουθένωση (ΕΕ)	14	38	26.53	5.17

Η μέση βαθμολογία στα βιώματα σχετικά με την εργασία ήταν 12.11 (TA=3.28), στην επαγγελματική ικανοποίηση 36.24 (TA=6.11), στο δευτερεύον τραυματικό άγχος 23.45 (TA=6.34) και στην επαγγελματική εξουθένωση 26.53 (TA=5.17). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του δείγματος, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να έχουν μέτρια βιώματα σχετικά με την εργασία, μέτρια επαγγελματική ικανοποίηση, μέτριο δευτερεύον τραυματικό άγχος και μέτρια επαγγελματική εξουθένωση.

Στο Διάγραμμα 1 απεικονίζονται οι μέσες τιμές των διαστάσεων της ποιότητας επαγγελματικής ζωής.



Διάγραμμα 1: Διαστάσεις Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής

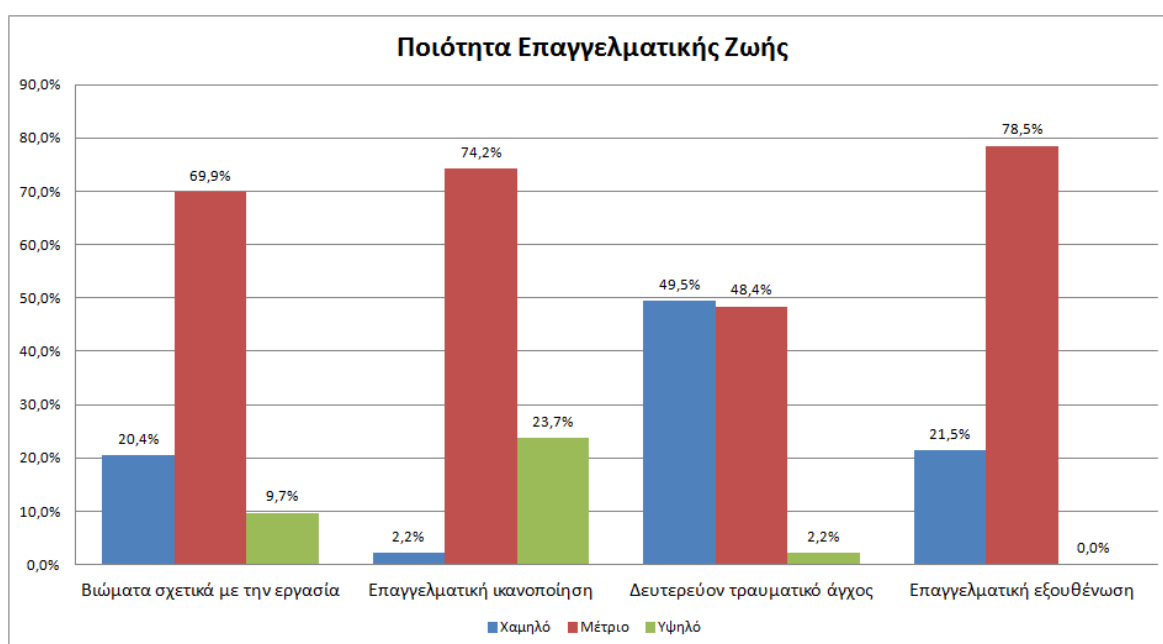
Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατανομή της βαθμολογίας στις διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής.

Πίνακας 6: Κατανομή δείγματος - Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής

	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό
	N (%)	N (%)	N (%)
Βιώματα σχετικά με την εργασία	38 (20.4)	130 (69.9)	18 (9.7)
Επαγγελματική ικανοποίηση	4 (2.2)	138 (74.2)	44 (23.7)
Δευτερεύον τραυματικό άγχος	92 (49.5)	90 (48.4)	4 (2.2)
Επαγγελματική εξουθένωση	40 (21.5)	146 (78.5)	0 (0.0)

Η πλειοψηφία του δείγματος παρουσίασε μέτρια επίπεδα βιωμάτων κατά την εργασία (69.9%), μέτριο επίπεδο ικανοποίησης (74.2%), χαμηλό επίπεδο δευτερεύοντος τραυματικού άγχους (49.5%) και μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης (78.5%).

Στο Διάγραμμα 2 απεικονίζεται η κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής.



Διάγραμμα 2: Κατανομή δείγματος – Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής

6.2.4 Κλίμακα μέτρησης εργασιακού στρες

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για κάθε ερώτηση της κλίμακας μέτρησης εργασιακού στρες.

Πίνακας 7: Περιγραφικά Αποτελέσματα – Κλίμακα Μέτρησης Εργασιακού Στρες

	Καθόλου στρες	Λίγο στρες	Μερικό στρες	Αρκετό στρες	Πολύ στρες	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
1. Ο αριθμός των εργασιών και/ή έργων που έχω να κάνω	16 (8.6)	26 (14.0)	82 (44.1)	50 (26.9)	12 (6.5)	1	5	3.09	1.00
2. Ο χρόνος που περνάω στην εργασία	22 (11.8)	36 (19.4)	68 (36.6)	48 (25.8)	12 (6.5)	1	5	2.96	1.09
3. Ο χρόνος που διαρκούν οι επαγγελματικές συνεδριάσεις	50 (26.9)	36 (19.4)	74 (39.8)	24 (12.9)	2 (1.1)	1	5	2.42	1.05
4. Ο αριθμός των τηλεφωνημάτων και των επισκέψεων που δέχομαι στο χώρο εργασίας κατά τη διάρκεια της ημέρας	26 (14.0)	54 (29.0)	72 (38.7)	22 (11.8)	12 (6.5)	1	5	2.68	1.06
5. Ο βαθμός επιρροής των πολιτικών διεργασιών και όχι της απόδοσης του εργαζομένου στις οργανωτικές αποφάσεις	28 (5.1)	70 (37.6)	48 (25.8)	30 (16.1)	10 (5.4)	1	5	2.59	1.09
6. Η αδυναμία να κατανοήσω ξεκάθαρα τι αναμένεται από μένα στην εργασία	46 (24.7)	86 (46.2)	32 (17.2)	20 (10.8)	2 (1.1)	1	5	2.17	0.96
7. Ο όγκος της εργασίας που πρέπει να διεκπεραιωθεί στο καθορισμένο χρόνο	18 (9.7)	22 (11.8)	72 (38.7)	54 (29.0)	20 (10.8)	1	5	3.19	1.09
8. Ο βαθμός στον οποίο η θέση εργασίας μου παρουσιάζει αντικρουόμενες απαιτήσεις	12 (6.5)	48 (25.8)	78 (41.9)	40 (21.5)	8 (4.3)	1	5	2.91	0.95

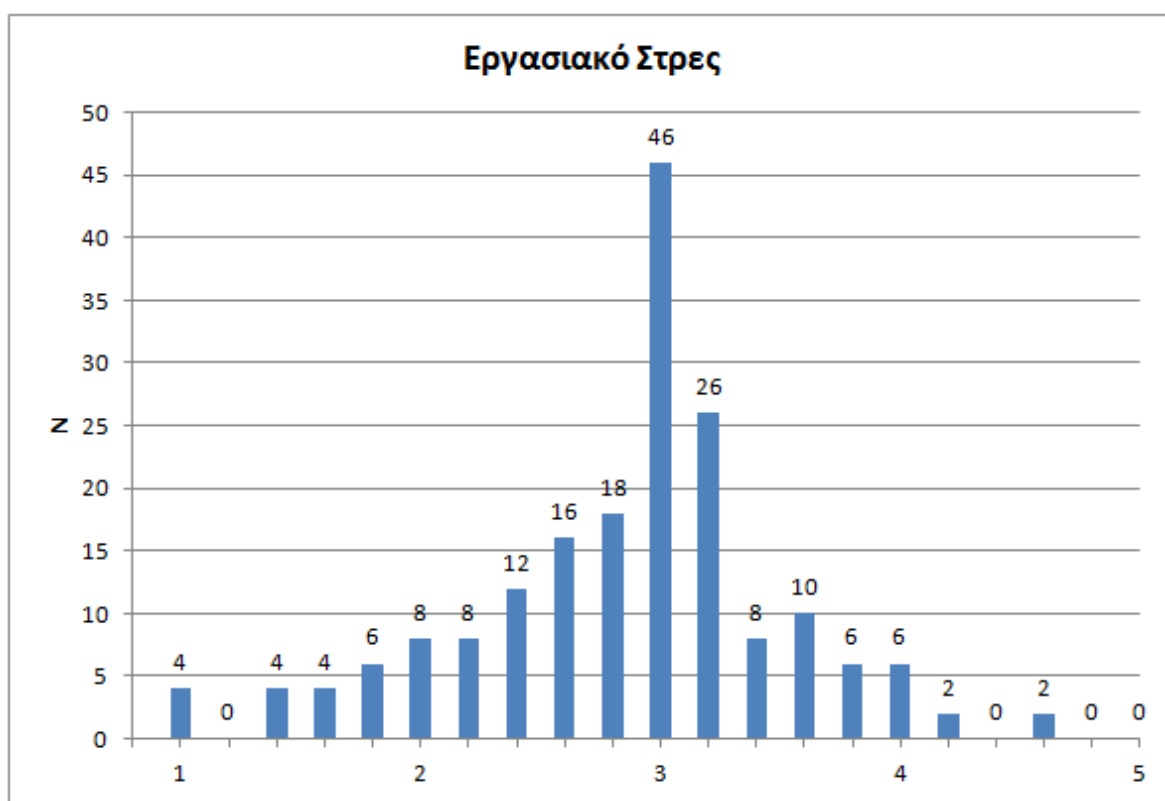
	Καθόλου στρες	Λίγο στρες	Μερικό στρες	Αρκετό στρες	Πολύ στρες	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυλική απόκλιση
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
9. Ο βαθμός των γραφειοκρατικών διαδικασιών που απαιτούνται για να διεκπεραιωθεί η εργασία μου	28 (15.1)	52 (28.0)	60 (32.3)	32 (17.2)	14 (7.5)	1	5	2.74	1.14
10. Η πίεση χρόνου που βιώνω	14 (7.5)	28 (15.1)	52 (28.0)	58 (31.2)	34 (18.3)	1	5	3.38	1.17
11. Η έλλειψη εργασιακής ασφάλειας που έχω	16 (8.6)	56 (30.1)	50 (26.9)	42 (22.6)	22 (11.8)	1	5	2.99	1.16
12. Το ποσοστό ευθύνης που έχω	16 (8.6)	24 (12.9)	76 (40.9)	48 (25.8)	22 (11.8)	1	5	3.19	1.08
13. Το πεδίο εφαρμογής των αρμοδιοτήτων που συνεπάγεται η θέση μου	12 (6.5)	60 (32.3)	76 (40.9)	24 (12.9)	14 (7.5)	1	5	2.83	0.99
14. Ο βαθμός στον οποίο η καριέρα μου φαίνεται «στάσιμη»	32 (17.2)	42 (22.6)	68 (36.6)	38 (20.4)	6 (3.2)	1	5	2.70	1.08
15. Οι ευκαιρίες που είχα για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας μου	30 (16.1)	52 (28.0)	68 (36.6)	30 (16.1)	6 (3.2)	1	5	2.62	1.04
16. Ο αριθμός των επαγγελματικών ταξιδιών που πρέπει να κάνω	94 (50.5)	58 (31.2)	26 (14.0)	8 (4.3)	0 (0.0)	1	4	1.72	0.86

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η συνολική βαθμολογία της κλίμακας μέτρησης εργασιακού στρες.

Πίνακας 8: Συνολική βαθμολογία εργασιακού στρες

Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
1	4.44	2.76	0.67

Η συνολική βαθμολογία του εργασιακού στρες κυμάνθηκε από 1-4.44 με μέση τιμή δείγματος 2.76 (TA=0.67).



Διάγραμμα 3: Κατανομή δείγματος – Εργασιακό Στρες

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα μέτρησης εργασιακού στρες.

Πίνακας 9: Κατανομή της βαθμολογίας εργασιακού στρες

Βαθμολογία	N	%
Από 1 έως 2	26	14.0
Από 2 έως 3	100	53.8
Από 3 έως 4	56	30.1
Από 4 έως 5	4	2.2

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 53.8% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι βιώνει μέτριο εργασιακό στρες, το 30.1% έντονο εργασιακό στρες και το 2.2% εξαιρετικά έντονο εργασιακό στρες.

6.2.5 Εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για κάθε ερώτηση της κλίμακας εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19.

Πίνακας 10: Περιγραφικά Αποτελέσματα – Εργασιακό Άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19

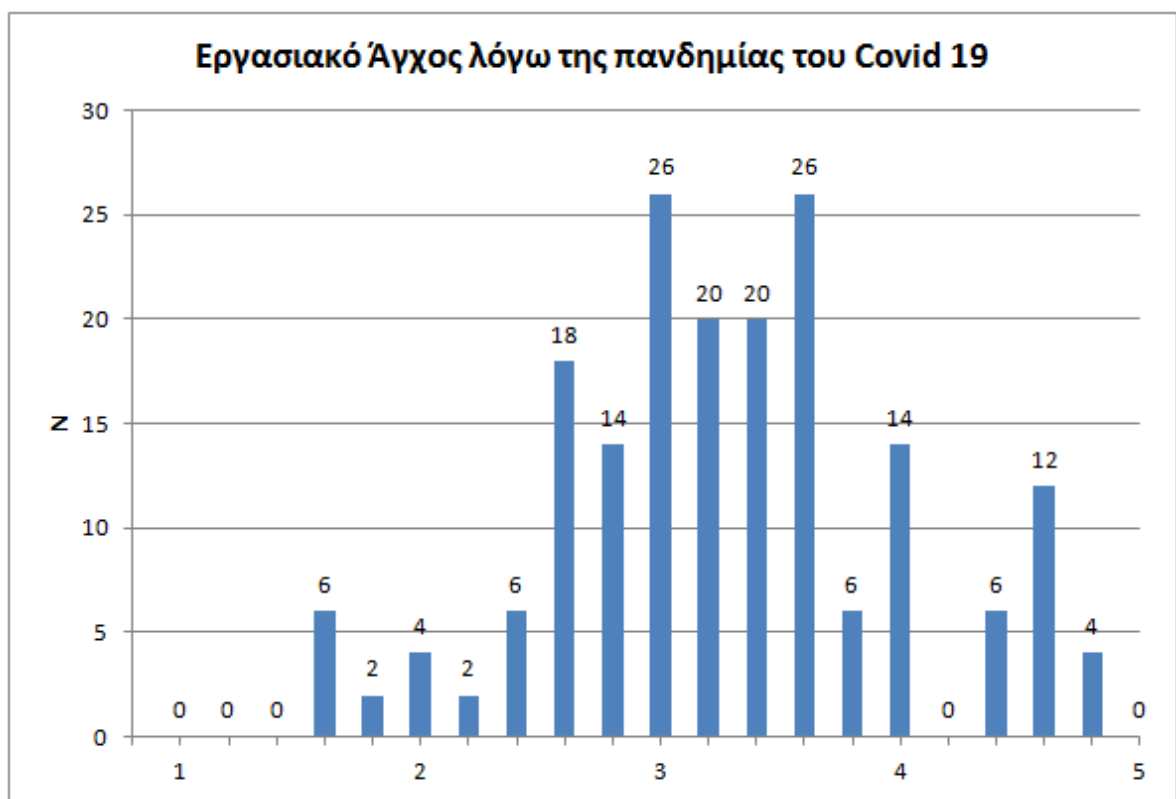
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
1. Άγχος και φόβο να νοσήσετε από τον ιό μετά από την καθημερινή έκθεση σε ύποπτους ή επιβεβαιωμένους ασθενείς Covid 19	16 (8.6)	16 (8.6)	76 (40.9)	54 (29.0)	24 (12.9)	1	5	3.29	1.08
2. Άγχος και φόβος μεταφοράς του ιού στους οικείους σας	6 (3.2)	10 (5.4)	36 (19.4)	78 (41.9)	56 (30.1)	1	5	3.90	0.99
3. Άγχος για έλλειψη ειδικού εξοπλισμού Personal Protective Equipment (PPE) στο χώρο εργασίας και ιδιαίτερα στο υγειονομικό προσωπικό της	12 (6.5)	20 (10.8)	60 (32.3)	60 (32.3)	34 (18.3)	1	5	3.45	1.11
4. Άγχος λόγω ελλιπής ενημέρωσης του υγειονομικού προσωπικού με αποτέλεσμα να μην τηρούνται σωστά τα μέτρα πρόληψης κατά του ιού	18 (9.7)	38 (20.4)	66 (35.5)	36 (19.4)	28 (15.1)	1	5	3.10	1.18
5. Ψυχολογική υποστήριξη στους εργαζόμενους Covid	50 (26.9)	70 (37.6)	38 (20.4)	20 (10.8)	8 (4.3)	1	5	2.28	1.10
6. Άγχος και αβεβαιότητα σε περίπτωση που κληθεί το υγειονομικό προσωπικό να τεθεί σε καραντίνα μετά από άμεση επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα Covid 19 και μην τηρώντας τα μέτρα προστασίας	10 (5.4)	46 (24.7)	62 (33.3)	42 (22.6)	26 (14.0)	1	5	3.15	1.11
7. Ψυχοσωματική εξουθένωση σε καταστάσεις έντονα στρεσογόνες όπως στην γρήγορη επιδείνωση ασθενών θετικών στον ιό	16 (8.6)	28 (15.1)	64 (34.4)	54 (29.0)	24 (12.9)	1	5	3.23	1.12

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19.

Πίνακας 11: Βαθμολογία εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας Covid-19

Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
1.43	4.71	3.20	0.73

Η βαθμολογία της κλίμακας εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19 κυμάνθηκε από 1.43-4.71 με μέση τιμή δείγματος 3.20 (TA=0.73)



Διάγραμμα 4: Κατανομή δείγματος – Εργασιακό Άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζεται η κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19.

Πίνακας 12: Κατανομή της βαθμολογίας εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19

Βαθμολογία	N	%
Από 1 έως 2	12	6.5
Από 2 έως 3	66	35.5
Από 3 έως 4	86	46.2
Από 4 έως 5	22	11.8

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 46.2% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι βιώνει έντονο εργασιακό άγχος, το 35.5% μέτριο εργασιακό άγχος και το 11.8% εξαιρετικά έντονο εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19.

6.3 Συσχετίσεις

Υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις των επιμέρους διαστάσεων του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιώντας το συντελεστή Pearson.

Πίνακας 13: Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίου

Διαστάσεις	Βιώματα σχετικά με την εργασία	Εργασιακό στρες	Εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19
	R¹	R¹	R¹
Επαγγελματική ικανοποίηση	0.234**	-0.081	-0.176*
Δευτερεύον τραυματικό άγχος	0.623**	0.569**	0.262**
Επαγγελματική εξουθένωση	0.100	0.461**	0.357**

¹Συντελεστής συσχέτισης Pearson, **Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01,

**Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05

Παρατηρήθηκαν θετικές και αρνητικές συσχετίσεις στις επιμέρους διαστάσεις, γεγονός που εκφράζει και τη σχέση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής με το εργασιακό στρες και το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19 των επαγγελματιών υγείας. Αυτό σημαίνει ότι το εργασιακό στρες επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας, κατά την περίοδο της πανδημίας Covid-19.

Ειδικότερα:

- Όσο αυξάνει η επαγγελματική ικανοποίηση, αυξάνονται τα βιώματα σχετικά με την εργασία και μειώνεται το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19.
- Όσο αυξάνει το δευτερεύον τραυματικό άγχος, αυξάνονται τα βιώματα σχετικά με την εργασία, το εργασιακό στρες και το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19.
- Όσο αυξάνει η επαγγελματική εξουθένωση, αυξάνεται το εργασιακό στρες και το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19.

Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης με το εργασιακό στρες, καθώς και της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα βιώματα σχετικά με την εργασία.

6.4 Συγκρίσεις μεταξύ ομάδων

Υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές στα βιώματα σχετικά με την εργασία με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 14: Βιώματα σχετικά με την εργασία ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	46	11.57	3.08	T-test	0.181
	Γυναίκα	140	12.29	3.33		
Ηλικία (έτη)	20-30	36	10.72	2.70	ANOVA	0.007*
	31-40	60	12.07	3.65		
	41-50	44	12.41	3.05		
	51-60	42	12.67	3.10		
	>60	4	16.00	1.16		
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΔΕ	36	14.06	3.46	ANOVA	0.000*
	ΤΕ	66	11.76	3.47		
	ΠΕ	84	11.55	2.71		
Κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων	Όχι	104	12.40	3.70	ANOVA	0.001*
	Master	62	11.03	1.98		
	Διδακτορικό	20	13.90	3.16		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	11.29	2.80	ANOVA	0.030*
	Έγγαμος/η	88	12.55	3.65		
	Διαζευγμένος/η	22	12.36	3.00		
	Χήρος/α	6	14.33	0.52		
Αριθμός παιδιών	Κανένα	84	11.40	2.96	ANOVA	0.000*
	Ένα	22	12.55	3.40		
	Δύο	56	12.54	3.48		
	Τρία	18	11.78	2.46		
	Τέσσερα	6	17.33	2.25		
Ειδικότητα	Ιατρός	70	11.89	2.80	T-test	0.449
	Νοσηλεύτριας	116	12.24	3.54		
Θέση στο νοσοκομείο – Ιατροί	Διευθυντής	8	15.00	1.51	ANOVA	0.008*
	Επιμελητής Α'	22	12.27	3.15		
	Επιμελητής Β'	6	13.33	1.86		
	Επικουρικός	22	11.18	2.34		
	Ειδικευόμενος	12	9.67	1.30		

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Χρονική διάρκεια εργασίας (έτη)	<5	44	11.64	3.52	ANOVA	0.000*
	5-10	24	10.75	1.57		
	11-15	40	10.90	3.19		
	16-20	28	12.71	3.11		
	>20	50	13.80	3.10		
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	20	8.70	1.72	ANOVA	0.000*
	Χειρουργικό	52	12.54	2.78		
	Ενδοσκοπικό./Γαστρεντερολογικό	26	13.31	4.01		
	ΤΕΠ	18	10.33	1.09		
	Covid	32	13.06	2.63		
	Άλλο	38	12.53	3.78		
Εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid	Ναι	70	11.11	2.81	T-test	0.001*
	Όχι	116	12.71	3.40		
Επαφή με ασθενείς Covid	Ναι	170	12.12	3.10	T-test	0.891
	Όχι	16	12.00	4.93		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα βιώματα σχετικά με την εργασία των συμμετεχόντων σε σχέση με την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, τη θέση ευθύνης των ιατρών, τα έτη προϋπηρεσίας, το τμήμα εργασίας και την εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid ($p < 0.05$). Επομένως, η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ως προς τα βιώματα κατά την εργασία τους διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα παραπάνω δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας άνω των 60 ετών, οι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου, τα άτομα σε χηρεία, όσοι έχουν τέσσερα παιδιά, οι διευθυντές ιατροί, οι έχοντες προϋπηρεσία άνω των 20 ετών, οι εργαζόμενοι στο ενδοσκοπικό/γαστρεντερολογικό τμήμα και όσοι δεν εργάζονται σε κλινική με ασθενείς Covid, εμφάνισαν υψηλότερη μέση τιμή στα βιώματα σχετικά με την εργασία, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες των επαγγελματιών υγείας.

Αντιθέτως, το φύλο, η ειδικότητα (γιατροί/νοσηλεύτες) και η επαφή με ασθενείς Covid δεν φαίνεται να επηρεάζουν τα βιώματα σχετικά με την εργασία, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές στην επαγγελματική ικανοποίηση με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 15: Επαγγελματική ικανοποίηση ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	46	34.48	6.84	T-test	0.024*
	Γυναίκα	140	36.81	5.77		
Ηλικία (έτη)	20-30	36	35.44	6.43	ANOVA	0.291
	31-40	60	35.47	6.76		
	41-50	44	37.00	5.87		
	51-60	42	36.76	4.85		
	>60	4	41.00	6.93		
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΔΕ	36	35.78	6.92	ANOVA	0.704
	ΤΕ	66	36.73	7.09		
	ΠΕ	84	36.05	4.85		
Κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων	Όχι	104	36.54	6.35	ANOVA	0.011*
	Master	62	34.74	5.91		
	Διδακτορικό	20	39.30	4.00		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	34.83	6.39	ANOVA	0.032*
	Έγγαμος/η	88	36.59	6.17		
	Διαζευγμένος/η	22	39.00	4.62		
	Χήρος/α	6	37.33	1.86		
Αριθμός παιδιών	Κανένα	84	35.57	6.48	ANOVA	0.000*
	Ένα	22	34.91	6.67		
	Δύο	56	36.64	5.34		
	Τρία	18	36.22	2.86		
	Τέσσερα	6	46.67	3.14		
Ειδικότητα	Ιατρός	70	35.80	4.93	T-test	0.416
	Νοσηλεύτης	116	36.50	6.74		
Θέση στο νοσοκομείο – Ιατροί	Διευθυντής	8	36.75	6.52	ANOVA	0.008*
	Επιμελητής Α'	22	35.64	4.54		
	Επιμελητής Β'	6	39.00	3.58		
	Επικουρικός	22	36.73	5.15		
	Ειδικευόμενος	12	32.17	2.66		
Χρονική διάρκεια εργασίας (έτη)	<5	44	36.55	6.78	ANOVA	0.002*
	5-10	24	31.83	6.91		
	11-15	40	35.90	5.08		
	16-20	28	37.07	5.65		
	>20	50	37.88	5.24		

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	20	31.10	3.51	ANOVA	0.000*
	Χειρουργικό	52	35.69	6.84		
	Ενδοσκοπικό./Γαστρεντερολογικό	26	37.54	5.99		
	ΤΕΠ	18	39.56	6.08		
	Covid	32	35.13	5.10		
	Άλλο	38	38.16	5.20		
Εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid	Ναι	70	35.11	5.55	T-test	0.044*
	Όχι	116	36.91	6.36		
Επαφή με ασθενείς Covid	Ναι	170	36.12	6.02	T-test	0.389
	Όχι	16	37.50	7.10		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική ικανοποίηση των συμμετεχόντων σε σχέση με το φύλο, την κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, τη θέση ευθύνης των ιατρών, τα έτη προϋπηρεσίας, το τμήμα εργασίας και την εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid ($p < 0.05$). Επομένως, η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας στη διάσταση της επαγγελματικής ικανοποίησης διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα παραπάνω δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες, οι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου, οι διαζευγμένοι, όσοι έχουν τέσσερα παιδιά, οι ιατροί επιμελητές Β', οι έχοντες προϋπηρεσία άνω των 20 ετών, οι εργαζόμενοι στα ΤΕΠ και όσοι δεν εργάζονται σε κλινική με ασθενείς Covid, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες των επαγγελματιών υγείας.

Αντιθέτως, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ειδικότητα (γιατροί/νοσηλεύτες) και η επαφή με ασθενείς Covid δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές στο δευτερεύον τραυματικό άγχος με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 16: Δευτερεύον τραυματικό άγχος ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	46	22.39	4.65	T-test	0.118
	Γυναίκα	140	23.80	6.79		
Ηλικία (έτη)	20-30	36	22.44	5.63	ANOVA	0.841
	31-40	60	24.00	6.78		
	41-50	44	23.36	7.86		
	51-60	42	23.67	4.71		
	>60	4	23.00	1.16		
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΔΕ	36	25.89	7.58	ANOVA	0.018*
	ΤΕ	66	23.55	7.41		
	ΠΕ	84	22.33	4.31		
Κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων	Όχι	104	24.44	7.47	ANOVA	0.055
	Master	62	22.23	4.66		
	Διδακτορικό	20	22.10	2.69		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	23.63	5.97	ANOVA	0.804
	Έγγαμος/η	88	23.61	7.24		
	Διαζευγμένος/η	22	22.18	4.21		
	Χήρος/α	6	23.67	1.37		
Αριθμός παιδιών	Κανένα	84	23.79	6.24	ANOVA	0.003*
	Ένα	22	20.64	7.04		
	Δύο	56	23.82	4.76		
	Τρία	18	21.56	3.82		
	Τέσσερα	6	31.33	14.46		
Ειδικότητα	Ιατρός	70	22.26	3.59	T-test	0.020*
	Νοσηλεύτριας	116	24.17	7.46		
Θέση στο νοσοκομείο – Ιατροί	Διευθυντής	8	25.75	5.15	ANOVA	0.019*
	Επιμελητής Α'	22	22.73	1.96		
	Επιμελητής Β'	6	22.00	2.68		
	Επικουρικός	22	20.27	3.55		
	Ειδικευόμενος	12	22.83	3.43		
Χρονική διάρκεια εργασίας (έτη)	<5	44	24.86	7.14	ANOVA	0.019*
	5-10	24	22.92	4.93		
	11-15	40	21.05	5.03		
	16-20	28	22.43	5.82		
	>20	50	24.96	6.88		

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	20	23.10	1.97	ANOVA	0.005*
	Χειρουργικό	52	23.65	6.44		
	Ενδοσκοπικό//Γαστρεντερολογικό	26	26.69	9.37		
	ΤΕΠ	18	19.89	2.35		
	Covid	32	24.63	6.54		
	Άλλο	38	21.84	5.17		
Εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid	Ναι	70	22.46	5.46	T-test	0.080
	Όχι	116	24.05	6.77		
Επαφή με ασθενείς Covid	Ναι	170	23.42	6.16	T-test	0.845
	Όχι	16	23.75	8.26		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο δευτερεύον τραυματικό άγχος των συμμετεχόντων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, τον αριθμό παιδιών, την ειδικότητα (γιατροί/νοσηλεύτες), τη θέση ευθύνης των ιατρών, τα έτη προϋπηρεσίας και το τμήμα εργασίας ($p < 0.05$). Επομένως, η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας στη διάσταση του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα παραπάνω δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση, όσοι έχουν τέσσερα παιδιά, οι νοσηλεύτες, οι διευθυντές ιατροί, οι έχοντες προϋπηρεσία άνω των 20 ετών και οι εργαζόμενοι στο ενδοσκοπικό/γαστρεντερολογικό τμήμα, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες των επαγγελματιών υγείας.

Αντιθέτως, το φύλο, η ηλικία, η κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid και η επαφή με ασθενείς Covid δεν φαίνεται να επηρεάζουν το δευτερεύον τραυματικό άγχος, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές στην επαγγελματική εξουθένωση με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 17: Επαγγελματική εξουθένωση ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	46	27.17	4.94	T-test	0.316
	Γυναίκα	140	26.31	5.24		
Ηλικία (έτη)	20-30	36	26.33	4.47	ANOVA	0.303
	31-40	60	26.47	6.08		
	41-50	44	27.50	4.06		
	51-60	42	26.19	4.86		
	>60	4	22.00	9.24		
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΔΕ	36	27.06	5.86	ANOVA	0.467
	ΤΕ	66	25.91	4.93		
	ΠΕ	84	26.79	5.05		
Κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων	Όχι	104	26.67	5.13	ANOVA	0.426
	Master	62	26.74	5.36		
	Διδακτορικό	20	25.10	4.73		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	27.31	4.37	ANOVA	0.341
	Έγγαμος/η	88	26.36	5.72		
	Διαζευγμένος/η	22	24.64	5.40		
	Χήρος/α	6	26.67	2.73		
Αριθμός παιδιών	Κανένα	84	26.67	4.56	ANOVA	0.221
	Ένα	22	26.45	6.49		
	Δύο	56	26.36	5.71		
	Τρία	18	27.78	2.98		
	Τέσσερα	6	22.67	7.23		
Ειδικότητα	Ιατρός	70	27.20	4.38	T-test	0.144
	Νοσηλεύτριας	116	26.12	5.57		
Θέση στο νοσοκομείο – Ιατροί	Διευθυντής	8	27.00	8.21	ANOVA	0.039*
	Επιμελητής Α'	22	28.00	2.90		
	Επιμελητής Β'	6	25.67	3.61		
	Επικουρικός	22	25.82	4.43		
	Ειδικευόμενος	12	29.17	2.73		
Χρονική διάρκεια εργασίας (έτη)	<5	44	26.45	4.80	ANOVA	0.901
	5-10	24	27.08	5.52		
	11-15	40	26.80	5.69		
	16-20	28	26.79	5.35		
	>20	50	25.96	4.91		

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	20	30.10	3.06	ANOVA	0.003*
	Χειρουργικό	52	25.73	5.29		
	Ενδοσκοπικό./Γαστρεντερολογικό	26	27.08	6.39		
	ΤΕΠ	18	24.56	5.49		
	Covid	32	27.69	5.09		
	Άλλο	38	25.32	3.79		
Εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid	Ναι	70	27.60	5.06	T-test	0.027*
	Όχι	116	25.88	5.15		
Επαφή με ασθενείς Covid	Ναι	170	26.68	5.16	T-test	0.182
	Όχι	16	24.88	5.12		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική εξουθένωση των συμμετεχόντων σε σχέση με τη θέση ευθύνης των ιατρών, το τμήμα εργασίας και την εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid ($p < 0.05$). Επομένως, η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας στη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα παραπάνω δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικευόμενοι ιατροί, οι εργαζόμενοι στο παθολογικό τμήμα και εργάζονται σε κλινική με ασθενείς Covid, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες των επαγγελματιών υγείας.

Αντιθέτως, το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η ειδικότητα (γιατροί/νοσηλεύτες), η προϋπηρεσία και η επαφή με ασθενείς Covid δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές στην κλίμακα εργασιακού στρες με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 18: Εργασιακό στρες ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	46	2.92	0.59	T-test	0.048*
	Γυναίκα	140	2.71	0.68		
Ηλικία (έτη)	20-30	36	2.54	0.62	ANOVA	0.210
	31-40	60	2.75	0.85		
	41-50	44	2.85	0.57		
	51-60	42	2.86	0.45		
	>60	4	2.88	0.51		
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΔΕ	36	2.65	0.79	ANOVA	0.032*
	ΤΕ	66	2.64	0.74		
	ΠΕ	84	2.90	0.51		
Κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων	Όχι	104	2.66	0.76	ANOVA	0.047*
	Master	62	2.84	0.56		
	Διδακτορικό	20	3.01	0.24		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	2.69	0.70	ANOVA	0.367
	Έγγαμος/η	88	2.77	0.66		
	Διαζευγμένος/η	22	2.82	0.68		
	Χήρος/α	6	3.17	0.12		
Αριθμός παιδιών	Κανένα	84	2.71	0.72	ANOVA	0.149
	Ένα	22	2.55	0.65		
	Δύο	56	2.87	0.64		
	Τρία	18	2.79	0.35		
	Τέσσερα	6	3.19	0.70		
Ειδικότητα	Ιατρός	70	2.94	0.31	T-test	0.001*
	Νοσηλεύτριας	116	2.65	0.79		
Θέση στο νοσοκομείο – Ιατροί	Διευθυντής	8	3.08	0.40	ANOVA	0.148
	Επιμελητής Α'	22	2.90	0.25		
	Επιμελητής Β'	6	3.15	0.29		
	Επικουρικός	22	2.94	0.19		
	Ειδικευόμενος	12	2.81	0.47		
Χρονική διάρκεια εργασίας (έτη)	<5	44	2,73	0.76	ANOVA	0.733
	5-10	24	2.87	0.51		
	11-15	40	2.72	0.76		
	16-20	28	2.66	0.76		
	>20	50	2.83	0.50		

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	20	2.82	0.49	ANOVA	0.283
	Χειρουργικό	52	2.81	0.67		
	Ενδοσκοπικό./Γαστρεντερολογικό	26	2.77	0.66		
	ΤΕΠ	18	2.40	0.61		
	Covid	32	2.84	0.73		
	Άλλο	38	2.77	0.70		
Εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid	Ναι	70	2.74	0.60	T-test	0.693
	Όχι	116	2.78	0.70		
Επαφή με ασθενείς Covid	Ναι	170	2.81	0.59	T-test	0.002*
	Όχι	16	2.28	1.10		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα εργασιακού στρες των συμμετεχόντων σε σχέση με το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, την ειδικότητα (γιατροί/νοσηλεύτες) και την επαφή με ασθενείς Covid ($p < 0.05$). Επομένως, το εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα παραπάνω δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες επαγγελματίες υγείας, τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακή εκπαίδευση, οι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου, οι ιατροί και όσοι έχουν επαφή με ασθενείς Covid, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες των επαγγελματιών υγείας.

Αντιθέτως, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η θέση ευθύνης των ιατρών, τα έτη προϋπηρεσίας, το τμήμα εργασίας και η εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid δεν φαίνεται να επηρεάζουν το εργασιακό στρες, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Τέλος υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές στην κλίμακα εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19 με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας για να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 19: Εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19 ανά δημογραφικό και εργασιακό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	46	3.16	0.67	T-test	0.665
	Γυναίκα	140	3.21	0.75		
Ηλικία (έτη)	20-30	36	2.96	0.74	ANOVA	0.111
	31-40	60	3.15	0.73		
	41-50	44	3.27	0.77		
	51-60	42	3.39	0.64		
	>60	4	3.29	0.33		
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΔΕ	36	3.56	0.98	ANOVA	0.001*
	ΤΕ	66	3.02	0.72		
	ΠΕ	84	3.18	0.53		
Κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων	Όχι	104	3.26	0.85	ANOVA	0.066
	Master	62	3.03	0.55		
	Διδακτορικό	20	3.39	0.30		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	3.20	0.76	ANOVA	0.983
	Έγγαμος/η	88	3.20	0.75		
	Διαζευγμένος/η	22	3.16	0.64		
	Χήρος/α	6	3.29	0.22		
Αριθμός παιδιών	Κανένα	84	3.22	0.78	ANOVA	0.246
	Ένα	22	3.31	0.73		
	Δύο	56	3.25	0.67		
	Τρία	18	3.00	0.39		
	Τέσσερα	6	2.67	0.99		
Ειδικότητα	Ιατρός	70	3.24	0.47	T-test	0.539
	Νοσηλεύτριας	116	3.18	0.85		
Θέση στο νοσοκομείο – Ιατροί	Διευθυντής	8	3.50	0.33	ANOVA	0.392
	Επιμελητής Α'	22	3.30	0.42		
	Επιμελητής Β'	6	3.38	0.19		
	Επικουρικός	22	3.23	0.46		
	Ειδικευόμενος	12	2.88	0.59		

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Χρονική διάρκεια εργασίας (έτη)	<5	44	3.18	0.88	ANOVA	0.929
	5-10	24	3.17	0.42		
	11-15	40	3.15	0.55		
	16-20	28	3.31	0.95		
	>20	50	3.21	0.69		
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	20	3.03	0.30	ANOVA	0.001*
	Χειρουργικό	52	3.46	0.76		
	Ενδοσκοπικό./Γαστρεντερολογικό	26	2.89	0.84		
	ΤΕΠ	18	2.81	0.66		
	Covid	32	3.42	0.70		
	Άλλο	38	3.15	0.63		
Εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid	Ναι	70	3.16	0.63	T-test	0.536
	Όχι	116	3.22	0.78		
Επαφή με ασθενείς Covid	Ναι	170	3.22	0.68	T-test	0.211
	Όχι	2.98	1.13	0.576		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα εργασιακού άγχους των συμμετεχόντων λόγω της πανδημίας του Covid 19 σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και το τμήμα εργασίας ($p < 0.05$). Επομένως, το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19 διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα παραπάνω δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση και οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τμήμα εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες των επαγγελματιών υγείας.

Αντιθέτως, το φύλο, η ηλικία, η κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η ειδικότητα (γιατροί/ νοσηλεύτες), η θέση ευθύνης των ιατρών, τα έτη προϋπηρεσίας, το τμήμα εργασίας, η εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid και η επαφή με ασθενείς Covid δεν φαίνεται να επηρεάζουν το εργασιακό άγχος, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση - Συμπεράσματα

7.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του εργασιακού στρες σε σχέση με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας, κατά την περίοδο της πανδημίας του Covid-19. Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη έρευνα στους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές) που εργάζονται στο ΓΝΑ Ευαγγελισμός.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν σε μέτριο επίπεδο ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Πιο συγκεκριμένα, διερευνώντας τις διαστάσεις της επαγγελματικής ζωής, προέκυψε ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν μέτρια βιώματα σχετικά με την εργασία, μέτρια επαγγελματική ικανοποίηση, μέτριο δευτερεύον τραυματικό άγχος και μέτρια επαγγελματική εξουθένωση. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του ιατρικού προσωπικού ήταν μέτρια, κάτι που δεν είναι ικανοποιητικό (Shabaninejad et al., 2012; Arab et al., 2013; Mohammadi-Bolbanabad et al., 2016). Επίσης, η πλειονότητα των νοσηλευτών είχαν μέτριο επίπεδο ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και στις μελέτες των Krueger et al. (2002), Nayeri et al. (2011) και Dargahi et al. (2012), όπου προέκυψε ότι η συνολική μέση βαθμολογία του επιπέδου ποιότητας της επαγγελματικής ζωής μεταξύ των επαγγελματιών νοσηλευτών ήταν σε μέτριο επίπεδο. Επίσης, οι Vahed et al. (2011) ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία είχαν κακή ποιότητα επαγγελματικής ζωής.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαίωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα τμήματα του ΓΝΑ Ευαγγελισμός εργάζονται κάτω από στρεσογόνες συνθήκες. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το 83.9% των εργαζομένων βρίσκονται σε κατάσταση μέτριου έως και έντονου στρες κατά τη διάρκεια παραμονής τους στην εργασία, ενώ το 30.1% εξ αυτών βρίσκεται υπό κατάσταση υψηλού στρες. Οι επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν ενδείξεις εργασιακού στρες, κυρίως λόγω πίεσης χρόνου, υπερβολικού φόρτου εργασίας, ανεπαρκών επιπέδων στελέχωσης, έλλειψης εργασιακής ασφάλειας και αντικρουόμενων απαιτήσεων της θέσης εργασίας. Στα ανωτέρω αποτελέσματα συνάδουν και έρευνες από άλλες χώρες όπου το εργασιακό στρες ήταν υψηλό και συγκεκριμένα στις ΗΠΑ (Punke, 2014), στη Σαουδική Αραβία (Al Qarni, 2014) και στην Ινδία (Vijaya Nirmala, 2015), ενώ μέτριο στρες στο χώρο εργασίας αναφέρθηκε σε μελέτες από άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως στο Βέλγιο (Nyssen et al. 2003) και την Ολλανδία (Visser et al., 2003).

Αντίστοιχα είναι τα αποτελέσματα και για το εργασιακό άγχος των επαγγελματιών υγείας λόγω της πανδημίας του Covid-19. Συγκεκριμένα, το 81.7% των συμμετεχόντων παρουσίασε ενδείξεις μέτριου έως και έντονου εργασιακού άγχους, ενώ το 11.8% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας βρίσκεται υπό κατάσταση εξαιρετικά έντονου εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19. Αγχωτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το φόβο μεταφοράς του ιού στους οικείους, την έλλειψη ειδικού εξοπλισμού Personal Protective Equipment (PPE) στο χώρο εργασίας και ιδιαίτερα στο υγειονομικό προσωπικό, τον κίνδυνο για σοβαρή ασθένεια από τον ιό και την ψυχοσωματική εξουθένωση σε καταστάσεις έντονα στρεσογόνες όπως στη γρήγορη επιδείνωση ασθενών θετικών στον ιό. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και στις μελέτες των Chua et al. (2002) και Poon et al. (2004) σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων επειγόντων περιστατικών την περίοδο της επιδημίας SARS, καθώς και στη μελέτη των Lai et al. (2020) στους επαγγελματίες υγείας στην Κίνα που παρείχαν φροντίδα στην πανδημία του SARS-CoV-2. Επίσης, ψυχολογική εξάντληση και συναισθήματα φόβου, αγωνίας και ανασφάλειας, έχουν καταγραφεί και στους νοσηλευτές με άμεση έκθεση στη φροντίδα πασχόντων σε συνθήκες ιογενούς πανδημίας (Maunder et al., 2003).

Στην παρούσα μελέτη αποδείχθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, του εργασιακού στρες και του εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19. Συγκεκριμένα, η αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19, ενώ το δευτερεύον τραυματικό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του εργασιακού στρες και του εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19. Έτσι διαπιστώθηκε ότι το εργασιακό στρες σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων. Το εύρημα αυτό βρέθηκε να είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία (Dolan et al., 2008; Mosadeghrad et al., 2011; Ahmad, 2013), όπου διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη είναι επιρρεπείς σε υψηλά επίπεδα άγχους, το οποίο μπορεί να επιφέρει χαμηλά επίπεδα ποιότητας εργασιακής ζωής. Επίσης, τα χαρακτηριστικά της εργασίας παρουσιάζουν αντίκτυπο στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής. Τα αποτελέσματα της μελέτης συμφωνούν με τις έρευνες των Gupta & Hyde (2013), Zakerian et al. (2014) και Birtch et al. (2016) που αποκαλύπτουν ότι η γνωστική ερμηνεία και η αξιολόγηση της εργασίας ορίζει την αντιληπτή ποιότητα επαγγελματικής ζωής ενός εργαζομένου. Η κοινωνική υποστήριξη έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα εργασιακής ζωής των επαγγελματιών υγείας. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται με παρόμοιες έρευνες των Vagharseyyedin et al. (2011), Gillet et al. (2012) και Converso et al. (2015), στις οποίες αναφέρεται ότι η κακή κοινωνική

υποστήριξη που γίνεται αντιληπτή από τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη θα οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Επιπλέον, δυσκολίες έχουν παρατηρηθεί και στην ικανότητα εκπλήρωσης των καθημερινών ρόλων των επαγγελματιών υγείας σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο λόγω των συμπτωμάτων σε συνθήκες ιογενούς πανδημίας (Su et al., 2007), καθώς επίσης και βιώματα ηθικού διεξόδου λόγω περικοπών στη φροντίδα (ACS, 2020; White & Lo, 2020).

Αναφορικά με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, τα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών αναλύσεων έδειξαν ότι τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας επιδρούν στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, στο εργασιακό στρες και στο εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής ως προς τα βιώματα σχετικά με την εργασία φάνηκε να επηρεάζεται από την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, τη θέση ευθύνης των ιατρών, τα έτη προϋπηρεσίας, το τμήμα εργασίας και την εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid, ενώ το φύλο, η ειδικότητα (γιατροί/νοσηλεύτες) και η επαφή με ασθενείς Covid δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αντίστοιχα, η επαγγελματική ικανοποίηση φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο, την κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, τη θέση ευθύνης των ιατρών, τα έτη προϋπηρεσίας, το τμήμα εργασίας και την εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid. Το δευτερεύον τραυματικό άγχος της επαγγελματικής ποιότητας ζωής φάνηκε να επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης, τον αριθμό παιδιών, την ειδικότητα (γιατροί/νοσηλεύτες), τη θέση ευθύνης των ιατρών, τα έτη προϋπηρεσίας και το τμήμα εργασίας, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση φάνηκε να επηρεάζεται από τη θέση ευθύνης των ιατρών, το τμήμα εργασίας και την εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid.

Τα ευρήματα της μελέτης συμφωνούν με την μελέτη των Roney & Aciri (2018) σε παιδιατρικά νοσοκομεία της ΗΠΑ, όπου υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της ικανοποίησης από την εργασία, με τις γυναίκες να υπερτερούν σε ικανοποίηση σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Ωστόσο υπάρχουν και έρευνες που ενώ εξέτασαν τις διαφορές στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών βάσει φύλου, δεν οδηγήθηκαν σε κανένα αποτέλεσμα (Ayman et al., 2005; Mozhdah et al., 2008). Θα πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη και η ανισότητα που εντοπίζεται στα δείγματα στην Ελλάδα, όπως και στην παρούσα έρευνα, όπου οι γυναίκες υπερτερούν αισθητά έναντι των ανδρών. Αντίθετα, στη μελέτη των Sacco et al. (2015) σε νοσηλευτές παιδιατρικών και νεογνικών μονάδων, παρατηρήθηκε ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής διέφερε σε όλες τις

διαστάσεις της ανάλογα με την ηλικία. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, μελέτες επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερο επαγγελματικό άγχος σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, επηρεάζοντας αρνητικά την συναισθηματική τους κατάσταση (Θεοδώρου & Καϊτελίδου, 2007).

Επίσης, η κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ ο αριθμός παιδιών επηρεάζει και το δευτερεύον τραυματικό άγχος της επαγγελματικής ποιότητας ζωής. Σημαντικό είναι το εύρημα ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση και δευτερεύον τραυματικό άγχος, αλλά μικρότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους ιατρούς. Ακόμη, η θέση ευθύνης των ιατρών όπως και τα έτη προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας επιφέρουν υψηλότερο δευτερεύον τραυματικό άγχος. Όσον αφορά το τμήμα εργασίας, οι εργαζόμενοι στα ΤΕΠ εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και χαμηλότερα επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίστοιχα, οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε κλινικές με ασθενείς Covid εμφάνισαν χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση και υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση από εκείνους που δεν εργάζονται σε κλινική με ασθενείς Covid.

Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά που φάνηκαν να επηρεάζουν το εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας ήταν το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, η ειδικότητα (γιατροί/νοσηλευτές) και η επαφή με ασθενείς Covid. Αντίστοιχα, το εργασιακό άγχος των συμμετεχόντων λόγω της πανδημίας του Covid-19 φάνηκε να επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης και το τμήμα εργασίας. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης και την σύνδεση με το εργασιακό άγχος, παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα σε έρευνα του Al-Omar (2003) όπου φάνηκε ότι το επίπεδο εργασιακού άγχους ήταν χαμηλό μεταξύ εκείνων που κατέχουν μεταπτυχιακούς τίτλους. Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν συμφωνούν με τη μελέτη του Al-Omar (2003) στο ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου και άγχους στο χώρο εργασίας, καθώς και τις αναφορές των Ogińska-Bulik (2006) και Salilih & Abajobir (2014) οι οποίες επισήμαναν ότι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν άγχος από τους άνδρες. Επιπλέον, στη μελέτη των Salilih & Abajobir (2014) διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας σε χηρεία και οι διαζευγμένοι είχαν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν άγχος στο χώρο εργασίας σε σχέση με τους έγγαμους.

Τέλος, οι ιατροί κατέγραψαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες σε σχέση με τους νοσηλευτές, αλλά δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-19. Αντίστοιχα, δεν αποδείχθηκε καμία διαφορά ως προς το εργασιακό στρες και το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας του Covid-10 σε σύγκριση με την εργασία σε κλινική με ασθενείς Covid, ενώ όσοι είχαν επαφή με ασθενείς Covid εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες.

7.2 Περιορισμοί και μελλοντικές επεκτάσεις

Παρόλο που κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, τα αποτελέσματα υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς σχετικά με το δείγμα και τον μεθοδολογικό σχεδιασμό της έρευνας.

Αρχικά, το γεγονός ότι το μέγεθος του δείγματος είναι σχετικά μικρό, δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας στη χώρα. Ιδανικά, απαιτούνται μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων προκειμένου να μπορούν να χρησιμεύσουν ως σημείο αναφοράς για τη διαχείριση του εργασιακού στρες και τη μείωση των επιπτώσεων του σε πολλαπλό επίπεδο. Επίσης, το δείγμα των εργαζόμενων επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη συλλέχθηκε από μία μόνο υπηρεσία υγείας, λόγω της εύκολης πρόσβασης της ερευνήτριας, στοιχείο που αποτελεί από μόνο του περιορισμό και πιθανόν στατιστικό λάθος (bias).

Αναφορικά με τον σχεδιασμό της έρευνας, η φύση του δεν επιτρέπει την εκτίμηση του αντίκτυπου ή της αιτίας και του αποτελέσματος. Για τη συγκέντρωση δεδομένων, τα οποία θα επιτρέψουν στην περαιτέρω εμβάθυνση και κατανόηση των στάσεων, ένας συνδυασμός ποσοτικής και ποιοτικής προσέγγισης με συνεντεύξεις ενδεχομένως να παρείχε καλύτερη κατανόηση, αναδεικνύοντας επιπλέον τομείς σχετικά με τη θεματολογία της παρούσας μελέτης. Αυτό θα αύξανε την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν το εργασιακό στρες και την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής.

Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η επανάληψη της έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού, συμπεριλαμβάνοντας και άλλες υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να εξασφαλισθεί μεγαλύτερη εγκυρότητα και αξιοπιστία ως προς τη γενίκευση συμπερασμάτων. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η διερεύνηση άλλων παραγόντων που δεν μετρήθηκαν στην παρούσα μελέτη, οι οποίοι όμως μπορεί να επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τα συναισθήματα της ποιότητας επαγγελματικής ζωής και του εργασιακού στρες/άγχους, όπως εσωτερική οργάνωση και εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες.

7.3 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Το εργασιακό στρες και η ψυχολογική πίεση που αποτελούν στοιχεία της σύγχρονης επαγγελματικής καθημερινότητας, δε θα μπορούσαν να απουσιάζουν και από το περιβάλλον εργασίας των επαγγελματιών υγείας, καθώς οι μονάδες υγείας αποτελούν ένα χώρο μέσα στον οποίο περνούν το μεγαλύτερο μέρος της επαγγελματικής τους ζωής, παραμερίζοντας πολλές φορές την προσωπική τους ζωή. Μόνο στην περίπτωση όπου η ψυχολογική πίεση θα κινητοποιήσει θετικά τον εργαζόμενο μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Στην αντίθετη περίπτωση χάνεται η ισορροπία και δεν μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Οι εργαζόμενοι μη έχοντας αρκετά συχνά τα κατάλληλα εφόδια, τόσο σε επίπεδο γνώσεων (κατάρτισης και εξειδίκευσης), όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, έρχονται αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες τις οποίες πρέπει να ξεπεράσουν, προκειμένου να επιβιώσουν, να παραμείνουν στην επαγγελματική τους θέση και να υποστηρίξουν τον αντίστοιχο επαγγελματικό τους ρόλο.

Τα επαγγέλματα υγείας παρουσιάζονται γενικά από τη βιβλιογραφία ως ιδιαίτερος στρεσογόνα, ενώ περαιτέρω στους εργαζομένους των επαγγελμάτων υγείας παρατηρούνται ιδιομορφίες. Μια ιδιομορφία είναι το κυκλικό ωράριο, η εργασία σε βάρδιες, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Η παραβίαση του φυσιολογικού κύκλου λειτουργίας του εργαζομένου από άτακτα ωράρια και βάρδιες σε μακροχρόνια βάση έχει βρεθεί ότι προκαλεί χρόνια σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Είναι η φύση των ιατρικών επαγγελμάτων τέτοια αλλά κυρίως το ευρύ και ποικίλο φάσμα των επιμέρους δραστηριοτήτων των επαγγελματιών υγείας που προκαλεί αυτή την κατάσταση. Η συνεχής αλληλεπίδραση με ανθρώπους, ειδικότερα η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, η συναναστροφή με ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο, η διαχείριση της χρόνιας νόσου, η ικανότητα παραπομπής του ασθενούς στα διάφορα επίπεδα του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης και η συνεχής λήψη αποφάσεων οι οποίες σε περίπτωση λάθους επιφέρουν σοβαρές συνέπειες, όπως είναι τα επαγγέλματα υγείας, τα καθιστούν περισσότερο αγχογόνα από τα άλλα, κατατάσσοντάς τα στα πιο στρεσογόνα εμφανίζοντας σημάδια ψυχικών διαταραχών. Η ευθύνη για την ανθρώπινη ζωή αποτελεί από μόνη της μια έννοια μεγαλειώδους σημασίας, δεν είναι κάτι απρόσωπο και οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στα εν λόγω άτομα.

Η διερεύνηση του εργασιακού στρες στους χώρους εργασίας έχει καταστεί αναγκαία ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια που παρατηρείται όλο και περισσότερο η αύξησή του. Ειδικά, στο χώρο της υγείας στον οποίο το έργο του εργαζόμενου σχετίζεται με τη θεραπεία του ασθενούς και την ασφαλή έξοδό του από το νοσοκομείο, η διατήρηση του εργασιακού στρες σε επίπεδα, όπου δεν επηρεάζεται η ψυχική και σωματική λειτουργία του επαγγελματία υγείας είναι αναγκαία. Ιδιαίτερα, υπό την πίεση των εκτάκτων τρεχουσών συνθηκών της πανδημίας, η διαχείριση και αντιμετώπιση του στρες με οποιαδήποτε μέσα διαθέτει η κάθε διοίκηση καθίσταται επιβεβλημένη. Η συμβολή της παρούσας μελέτης έγκειται στο ότι παρέιχε τη δυνατότητα σε εκείνους που αποτελούν τον πυλώνα του τομέα των υπηρεσιών υγείας, να εκφράσουν τις απόψεις τους. Επιπλέον, προσέγγισε μια από τις κατ' εξοχήν σημαντικές παραμέτρους, τις στρεσογόνες καταστάσεις, στο πλαίσιο ανάδειξης του συσχετισμού και της επίδρασης του εργασιακού στρες στην επίτευξη ισορροπίας μεταξύ προσωπικής και εργασιακής ζωής, σε συνθήκες πανδημίας.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν μέτρια επίπεδα ποιότητας επαγγελματικής ζωής, μέτρια επίπεδα εργασιακού στρες και υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους λόγω της πανδημίας του Covid-19. Επιπλέον, τα ευρήματα αποκάλυψαν μια σχέση μεταξύ εργασιακού στρες/άγχους και ποιότητας της επαγγελματικής ζωής. Εργαζόμενοι που αντιμετώπισαν περισσότερο εργασιακό στρες και άγχος λόγω της πανδημίας, είχαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας της επαγγελματικής ζωής. Επίσης διάφοροι δημογραφικοί και εργασιακοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, το εργασιακό στρες και το εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας Covid-19.

Η μελέτη υπογράμμισε τις βασικές διαστάσεις εργασίας, οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για την αύξηση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Οι οργανισμοί μπορούν να τροποποιήσουν αποτελεσματικά τις διαστάσεις της εργασίας, μόνον όταν γνωρίζουν τους τομείς που είναι ανεπαρκείς και χρήζουν βελτίωσης. Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα έρευνα προσπαθεί να βελτιώσει την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων και να τους ενθαρρύνει να κάνουν συνεπείς προσπάθειες. Είναι σημαντικό να ενθαρρυνθούν οι εργαζόμενοι και να συμμετέχουν ενεργά σε όλες τις οργανωτικές πρωτοβουλίες για να εντοπίσουν τις ανεπάρκειές της και να προτείνουν τα καινοτόμα μέτρα που θα ικανοποιούν τις ανάγκες τους και θα ενισχύσουν το επίπεδο της ποιότητας της επαγγελματικής τους ζωής.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορεί να ενθαρρύνουν τη συζήτηση μεταξύ των διαχειριστών της υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τα οφέλη της οικοδόμησης μιας πολιτικής ποιότητας της εργασιακής ζωής που βασίζεται σε ρεαλιστικές γνώσεις. Επιπλέον, η μελέτη προάγει την έναρξη μελετών ποιότητας της εργασιακής ζωής σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για την ανάπτυξη πρακτικών που μπορούν να προωθήσουν την ικανοποίηση και την ευημερία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Είναι θεμιτό να υποστηρίζεται η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων ως κορυφαία προτεραιότητα των υπευθύνων για τη λήψη αποφάσεων και για τη φροντίδα υγείας της χώρας.

Όσον αφορά το εργασιακό στρες, τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι διαχειριστές των υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι σε θέση να μειώσουν το επίπεδο εργασιακού στρες στα νοσοκομεία, αυξάνοντας την ικανοποίηση των εργαζομένων. Ο σχεδιασμός των δράσεων πρέπει να γίνεται με τρόπους που παρέχουν κίνητρα και ευκαιρίες για τους υπαλλήλους χρησιμοποιώντας τις δεξιότητες.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που φροντίζει πάσχοντες σε περίοδο πανδημίας χρειάζεται να παραμένει: (α) ενημερωμένο σχετικά με τον SARS-COV-2 από αξιόπιστες πηγές και με ξεκάθαρο και σαφή τρόπο, (β) εκπαιδευμένο στην εφαρμογή μέτρων προσωπικής προστασίας και προστασίας των χρηστών υπηρεσιών υγείας απέναντι στον SARS-COV-2, και (γ) ενδυναμωμένο σε ψυχολογικό, πνευματικό και νοητικό επίπεδο. Έμφαση πρέπει να δοθεί στο προσωπικό των ΤΕΠ, λόγω των απρόβλεπτων συνθηκών που συχνά επικρατούν στα τμήματα αυτά, και καθιστούν μεγαλύτερο τον κίνδυνο για ψυχολογικές και NN/NB επιπτώσεις στα άτομα αυτά. Επίσης, αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικής και ψυχικής επιβάρυνσης διατρέχει και το προσωπικό των νοσοκομείων αναφοράς και των κλινικών φροντίδας ατόμων που νοσούν από Covid--19.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Creswell, J. (2016). *Η Έρευνα στην Εκπαίδευση. Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας*. (Χ. Τσομππατζούδης, επιστ. επιμ., Ν. Κουβαράκου, μτφ.). Β' ελληνική έκδοση, Αθήνα: Ίων.

European Commission (1998). *Επίσημη Εφημερίδα αριθ. C 066 της 02/03/1998*. Ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με την έννοια του κύκλου εργασιών σύμφωνα με τον κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 4064/89 του Συμβουλίου για τον έλεγχο των συγκεντρώσεων μεταξύ επιχειρήσεων.

Robin, M.L. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΕΛΙΝΥΑΕ (2007). *Ασθένειες των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Εκτίμηση και πρόληψη*.

Wolper, L.F. (2001). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Το Νοσοκομείο στα Πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας*. Τόμος Β', Εκδοτική Σειρά 5, Mediforce, Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.

Αλεξιάδης, Α.Δ., & Σιγάλας, Ι. (1999). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Πάτρα: ΕΑΠ.

Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχαία Ελληνική*, 30(1): 97-110.

Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.

Εμβαλωτής, Α., Κατσή, Α., & Σιδερίδης, Γ. (2006). *Στατιστική Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Ιωάννινα.

Θεοδώρου, Μ., & Καϊτελίδου, Δ. (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική*, 46(4): 537-544.

Ιωαννίδη-Καπόλου, Ε. (2012). *Κοινωνιολογική Έρευνα-Μέθοδοι και Τεχνικές. Μαθήματα Μεθοδολογίας Έρευνας*. Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Κάντας, Α. (1995). *Οργανωτική - Βιομηχανική ψυχολογία. Διεργασίες ομάδας-σύγκρουση-ανάπτυξη και αλλαγή-κουλτούρα-επαγγελματικό άγχος*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Κάντας, Α. (1998). *Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία. Μέρος 3ο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραγεώργος, Δ. (2002). *Μεθοδολογία έρευνας στις επιστήμες της αγωγής – Μια διδακτική προσέγγιση*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Καρανικόλα, Μ. (2020). *Οδηγός ενδυνάμωσης νοσηλευτών, μαιών και λοιπών επαγγελματιών φροντίδας υγείας: Περιορίζοντας τις ψυχολογικές, ψυχικές και πνευματικές επιπτώσεις λόγω της πανδημίας SARS-CoV-2*. Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Κοΐνης, Α., & Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(4): 300-315.
- Κουτούζης, Μ. (1999). *Ηγεσία-Καθοδήγηση*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Κυριαζή, Ν. (2002). *Η Κοινωνιολογική Έρευνα – Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μακράκης, Β. (2005). *Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS – Από τη θεωρία στην πράξη*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μουστάκα, Ε. (2015). Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού-συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης*, 90-96.
- Μπάμπαλου, Χ. (2013). Επαγγελματικό στρες: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου και παρεμβάσεις. *Υγεία*, Σεπτέμβριος.
- Μπουσινάκης, Δ.Χ. (2006). Επίδραση άγχους και ικανοποίησης στη λειτουργία των επιχειρήσεων. *Επιθεώρηση εργασιακών σχέσεων*, 43-55.
- Ουζούνη, Χ. (2005). *Νοσηλευτική : Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας*. Αθήνα.
- Πανάγου, Θ.Ε. (2018). *Ποιότητα επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις παιδιατρικές ΜΕΘ*. Διπλωματική εργασία. Αθήνα: ΕΚΠΑ.

Πανταζοπούλου-Φωτεινά, Α. (2003). *Εργασιακό περιβάλλον & ψυχικές επιπτώσεις (οργανωτική - βιομηχανική ψυχολογία). Προσέγγιση από το χώρο της ιατρικής της εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, 65-77.

Παπαγεωργίου, Δ.Κ. (2007). *Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία*. Αθήνα.

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

Σακκέτου, Β.Α. (2004). *Μετάφραση και στάθμιση του εργαλείου μέτρησης του εργασιακού στρες «Job Stress Measure»*. Διπλωματική εργασία, ΕΚΠΑ: Ιατρική Σχολή.

Σαρίδη, Μ. (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 73-83.

Τούκας, Δ. (2010). Ο ρόλος των εργαζομένων στις στρατηγικές ανάλυσης και διαχείρισης της επικινδυνότητας του εργασιακού στρες. *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, 43(1): 9-12.

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

Τσιούλη, Ε. (2017). *Διαχείριση άγχους ... καλύτερη ψυχολογία για καλύτερη υγεία*. medNutrition [Online]. Available at: <https://www.mednutrition.gr/portal/lifestyle/psychologia/15169-diaxeirisi-agxous-kalyteri-psyxologia-gia-kalyteri-ygeia>

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Agency For Healthcare Research and Quality (2018). Available at: <https://www.ahrq.gov/>
- Akdere, M. (2006). Improving quality of work-life: Implications for human resources. *The Business Review*, 6(1): 173-177.
- Almalki, M.J., FitzGerald, G., & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*, 12, 1-11.
- Almarshad, S.O. (2015). Quality of work life and organizational commitment in Saudi Arabia: the role of job involvement and sense of efficacy. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4(2): 141-158.
- Al-Omar, B.A. (2004). Knowledge, attitudes and intention of high school students towards the nursing profession in Riyadh City, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 25(2): 150-155.
- American College of Surgeons (ACS). Bulletin: ACS COVID-19 Update-March 24. *Ethical considerations*. Issue 2 (March 20): 2020. Available at: <https://www.facs.org/covid-19/newsletter/032420/ethics>
- Arab, M., Shabaninejad, H., Rashidian, A., Rahimi, A., & Purketabi, K. (2013). A survey on working life quality of specialists working in affiliated hospitals of TUMS. *Hosp J*, 11(4):19-24.
- Argentero, P., Miglioretti, M., & Angilletta, C. (2007). Quality of work life in a cohort of Italian health workers. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29(1 Suppl A): A50-A54.
- Arneson, H., & Ekberg, K. (2006). Measuring empowerment in working life: A review. *Work*, 26(1): 37-46.
- Aslam, H.D., Jamil, R., & Tariq, A. (2014). Stress of medical practitioners in private healthcare industry. *Asian Social Science*, 10, 111.
- Attridge, C., & Callahan, M. (1990). Nurses' perspectives of quality work environments. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 3(3): 18-24.
- Ayman, A.L., Aboads, F., Murad, A.L., Nabeel, A.L., & Tabar, N.A. (2005). Nurses' perceived job related stress and job satisfaction in Amman private hospitals. [Online] Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/versions?doi=10.1.1.604.1791>

- Azzizollah, A., Zaman, A., Khaled, O., & Razieh, J. (2013). The relationship between Job stress and performance among the hospitals nurses. *World of sciences journal*, ISSN 2307-3071.
- Baba, V.V., & Jamal, M. (1991). Reutilization of Job Context and Job Content as Related to Employee's Quality of Working Life: a study of psychiatric nurses. *Journal of organizational behavior*, 12, 379-386.
- Babatunde, A. (2013). Occupational stress: A review on conceptualisations, causes and cure. *Economic Insights-Trends & Challenges*, 65, 73-80.
- Babbie, E., Halley, F, Wagner, William, E., & Zaino, J. (2003). *Adventures in Social Research: Data Analysis Using IBM SPSS Statistics*. Brockport: Bookshelf.
- Backe, E.M., Seidler, A., Latza, U., Rossnagel, K., & Schumann, B. (2012). The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85, 67-79.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The job demands - resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3): 309-328.
- Bakker, A., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62(2): 341-356.
- Barclay, T.P. (2007). *Burnout Among Healthcare Professionals Caring for the Terminally Ill*. San Bernardino: Loma Linda University.
- Barrick, M.R., Mount, M.K., & Li, N. (2013). The theory of purposeful work behavior: The role of personality, higher-order goals, and job characteristics. *Academy of Management Review*, 38(1): 132-153.
- Beehr, T. (1995). *Psychological Stress in the workplace*. Padstow: T. J. Press.
- Benardin, H.J., & Russell, J.E. (1993). *Human Resource Management, An Experiential Approach*. (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Berry, L.L., Mirabito, A.M., & Baun, W.B. (2010). What's the hard return on employee wellness programs? *Harvard Business Review*, 88(12): 104-112.
- Blau, G. (2003). Correlates of work exhaustion for medical technologists. *Journal of Allied Health (September)*, pp. 148-157.

- Bora, B., Saumendra, D., & Murthy, V. (2015). Quality of Work Life—A Literature Review. *International Journal in Management and Social Science*, 3(3).
- Brooks, B.A. (2001). *Development of an instrument to measure quality of nurses' work life*. Doctoral dissertation, University of Illinois in Chicago.
- Brooks, B.A., & Anderson M.A. (2005). Defining Quality of Nursing Work Life. *Nursing Economics*, 23(6): 319-326.
- Brooks, B.A., Storfjell, J., Omoike, O., Ohlson, S., Stemler, I., Shaver, J., & Brown, A. (2007). Assessing the Quality of Nursing Work Life. *Nursing Administration Quarterly*, 31(2): 152–157.
- Bulger, C. (2014). Work life balance. In A. C. Michalos, (Ed) *Encyclopedia of quality of life and well-being Research* (pp.7231-7232), Heidelberg: Springer.
- Buunk, B.P. (1991). Psychosocial Aspects of Occupational Stress. *Handbook of Work and Organizational Psychology*, pp. 145-182.
- Carayon, P. (1997). Temporal issues of quality working life and stress in human computer interaction. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 9(4): 325-342.
- Celik, D.A., & Oz, E.U. (2011). The effects of emotional dissonance and quality of work life perceptions on absenteeism and turnover intentions among Turkish call center employees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2515-2519.
- Chan, K.W., & Wyatt, T.A. (2007). Quality of work life: A study of employees in Shanghai, China. *Asia Pacific Business Review*, 13(4): 501-517.
- Chandraiah, J.V. (2012). Occupational stress, mental health and coping among information technology professionals. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, April 16, pp. 22-26.
- Chang, H.T., Chi, N.W., & Miao, M.C. (2007). Testing the relationship between three-component organizational/occupational commitment and organizational/ occupational turnover intention using a non-recursive model. *Journal of Vocational Behavior*, 70(2): 352-368.
- Chang, M.L., & Cheng, C.F. (2014). How balance theory explains high-tech professionals' solutions of enhancing job satisfaction. *Journal of Business Research*, 67, 2008-2018.
- Chiang, F.F., & Birtch, T.A. (2008). Achieving task and extra-task-related behaviors: A case of gender and position differences in the perceived role of rewards in the hotel industry. *International Journal of Hospitality Management*, 27(4): 491-503.

- Chua, S.E., Cheung, V., Cheung, C., et al. (2004). Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *Can J Psychiatry*, 49, 391–3.8.
- Coffey, L.C. (1988). Nurses and shift work: effects on job performance and job-related stress. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 245-252.
- Cole, D.C., Robson, L.S., Lemieux-Charles, L., McGuire, W., Sicotte, C., & Champagne, F. (2005). Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: A tool for healthy, health care workplaces? *Occupational Medicine*, 55(1): 54-59.
- Cole, A. (1992). Stress Pressure Point. *Nursing Time*, 87, 21-23.
- Conigliaro, J. (2014). Teamwork and communication. In A. Agrawal (Ed.), *Patient Safety* (pp. 19-33). New York: Springer.
- Connell, J., & Hannif, Z. (2009). Call centres, quality of work life and HRM practices: An in-house/outsourced comparison. *Employee Relations*, 31(4): 363-381.
- Converso, D., Loera, B., Viotti, S., & Martini, M. (2015). Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–11.
- Cooke, F.L., & Saini, D.S. (2015). From legalism to strategic HRM in India? Grievance management in transition. *Asia Pacific Journal of Management*, 32(3): 619-643.
- Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*. 4th (eds), London: Hodders & Stoughton.
- Cooper, C.L., & Marchall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *J Occup Psychol*, 49, 11-28.
- Cooper, C.L. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. London: Sage Publications.
- Cooper, C.L., Cooper, R.D., & Eaker, L.H. (1988). *Living with stress*. Harmonsworth: Pengium.
- Cooper, G. (2000). *Theories of organizational stress*. London: Oxford University Press.
- Cummings, T.G., & Worley, C.G. (2014). *Organization development and change* (10th ed.). Connecticut: Cengage Learning.
- Dainty, A.R., Bryman, A., & Price, A.D. (2002). Empowerment within the UK construction sector. *Leadership & Organization Development Journal*, 23(6): 333-342.

- Danna, K., & Griffin, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3): 357-384.
- Dargahi, H., Changizi, V., & Gharabagh, E.J. (2012). Radiology employees' quality of work life. *Acta MedicaIranica*, 50(4): 250-256.
- Daubermann, D.C., & Tonete, V.L.P. (2012). Quality of work life of nurses in primary health care. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2): 277-283.
- de Boer, J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. *Social Science and Medicine*, pp. 316-326.
- Demerouti, E., & Bakker, A. (2011). The job demands– resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*, 37(2):1-9.
- Dencker, J.C., Joshi, A., & Martocchio, J.J. (2007). Employee benefits as context for intergenerational conflict. *Human Resource Management Review*, 17(2): 208-220.
- Dessler, G. (1981). *Personnel Management*. Reston: Reston Publishing Company.
- Dieckhoff, M. (2011). The effect of unemployment on subsequent job quality in Europe: A comparative study of four countries. *Acta Sociologica*, 54(3): 233-249.
- Dineen, B.R., & Williamson, I.O. (2012). Screening-oriented recruitment messages: Antecedents and relationships with applicant pool quality. *Human Resource Management*, 51(3): 343-360.
- Dolan, S.L., Van Ameringen, M.R., Corbin, S., & Arsenault, A. (2008). Lack of professional latitude and role problems as correlated or propensity to quit amongst nursing staff. *Journal of advanced nursing*, 17(12): 1455-1459.
- Dulebohn, J.H., & Werling, S.E. (2007). Compensation research past, present, and future. *Human Resource Management Review*, 17(2): 191-207.
- Efraty, D., Sirgy, M.J., & Claiborne, C.B. (1991). The effects of personal alienation on organizational identification: A quality-of-work-life model. *Journal of Business and Psychology*, 6(1): 57-78.
- Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. *Applied Psychology*, 39(3): 275-291.

- Eren, H., & Hisar, F. (2016). Quality of work life perceived by nurses and their organizational commitment level. *Journal of Human Sciences*, 13(1): 1123-1132.
- Farid, H., Izadi, Z., Ismail, I.A., & Alipour, F. (2015). Relationship between quality of work life and organizational commitment among lecturers in a Malaysian public research university. *The Social Science Journal*, 52(1): 54-61.
- Farjad, H.R., & Varnous, S. (2013). Study of relationship of quality of work life (QWL) and organizational commitment. *International Journal of Contemporary Research in Business*, 4(9): 449-456.
- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C., & Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: The role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2614-2624.
- Fiedorowicz, J.G., Ellingrod, V.L., Kaplan, M.J., & Sen, S. (2015). The development of depressive symptoms during medical internship stress predicts worsening vascular function. *Journal of Psychosomatic Research*. 79, 243-245.
- Galletta, M., Portoghese, I., Penna, M.P., Battistelli, A., & Saiani, L. (2011). Turnover intention among Italian nurses: The moderating roles of supervisor support and organizational support. *Nursing & Health Sciences*, 13(2): 184-191.
- Gallie, D., Felstead, A., Green, F., & Inanc, H. (2016). *The hidden face of job insecurity*. Work, Employment & Society.
- Gani, A., & Ahmad, R. (1995). Correlates of quality of work life: An analytical study. *Indian Journal of Industrial Relations*, 31(1): 1-17.
- Ganster, D.C., & Rosen, C.C. (2013). Work stress and employee health: A multidisciplinary review. *Journal of Management*, 39, 1085-1122.
- Garg, P., & Rastogi, R. (2006). New model of job design: motivating employees' performance. *Journal of Management Development*, 25(6): 572-587.
- Gellis, Z. (2002). Coping with occupational stress in healthcare: a comparison of social workers and nurses. *Admin Social Work*, pp. 37-52.
- Gesme, D.H., Towle, E.L., & Wiseman, M. (2010). Essentials of staff development and why you should care. *Journal of Oncology Practice*, 6(2): 104-106.
- Gillet, N., Fouquereau, E., Forest, J., Brunault, P., & Colombat, P. (2012). The impact of organizational factors on psychological needs and their relations with well-being. *Journal of Business and Psychology*, 27, 437-450.

- Golembiewski, R.T., Billingsley, K., & Yeager, S. (1976). Measuring change and persistence in human affairs: Types of change generated by OD designs. *Journal of Applied Behavioural Science*, 12(2): 133-157.
- Grantz, N.R. (2012). Global nurse leader perspectives on health systems and workforce challenges. *Journal of Nursing Management*, pp. 433–443.
- Greenhaus, J.H., Collins, K.M., & Shaw, J.D. (2003). The relation between work–family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63(3): 510-531.
- Grimes, K., & Roberts, G. (2010). *Toward building a better business case for healthy work environments in the Canadian healthcare system*. Canada: The University of Western Ontario.
- Grunfeld, E., Zitzelsberger, L., Coristine, M., Whelan, T.J., Aspelund, F., & Evans, W.K. (2005). Job stress and job satisfaction of cancer care workers. *Psycho-Oncology*, 14(1): 61-69.
- Gupta, B., & Hyde, A.M. (2013). Demographical study on quality of work life in nationalized banks. *Vision* 17(3): 223-231.
- Haas, M.R. (2010). The double-edged swords of autonomy and external knowledge: analyzing team effectiveness in a multinational organization. *The Academy of Management Journal*, 53(5): 989-1008.
- Hackman, J. (1980). *Work Redesign*. Michigan: Addison-Wesley.
- Hackman, J. R., & Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hassard, J.T.C. (2017). *Work-related stress: Nature and management*. London.
- Hasselhorn, H.M., Tackenberg, P., & Peter, R. (2004). Effort–reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10(4): 401-408.
- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H.K.S., North, N., & Stone, P.W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2): 237-263.
- Higazee, M.Z.A. (2015). Types and levels of conflicts experienced by nurses in the hospital settings. *Health Science Journal*, 9(6): 1-7.
- HSE (2004). *Health and Safety Executive Work Related Stress, A short guide*. Available at: <http://www.hse.gov.uk>

- Hsu, M.Y., & Kernohan, G. (2006). Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1): 120-131.
- Huang, G., Feurstein, M., & Sauter, S. (2002). Occupational stress and work-related upper extremity disorders: Concepts and models. *American Journal of Industrial Medicine*, 41(5): 298-314.
- Huang, G.F. (2002). Occupational Stress and Work-Related Upper Extremity Disorders: Concepts and Models. *American Journal of Industrial Medicine*, pp. 298-314.
- Huang, T.C., Lawler, J., & Lei, C.Y. (2007). The effects of quality of work life on commitment and turnover intention. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 35(6): 735-750.
- Hunter, S., & Kleiner, B. H. (2004). Effective grievance handling procedures. *Management Research News*, 27(1/2): 85-94.
- Ioannidi, D.E., Nikolatou, I., Sioula, E., Galanakis, M., Chrousos, G.P., & Darviri, C. (2016). The implications of the conflict between work and family in strain levels. *Psychology*, 7, 1138-1145.
- Izaquierdo, M., & Risquez, M. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nursing Outlook*, 60, 322-329.
- Jennings, B.M. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20(2): 178-187.
- Judge, T.A., Boudreau, J. W., & Bretz R.D. (1994). Job and life attitudes of male executives. *Journal of Applied Psychology*, 79, 767-782.
- Judge, T.K. (2008). *Job satisfaction, Subjective WellBeing at Work*. New York: The Guilford Press.
- Kain, J., & Jex, S. (2010). Karasek's (1979) job demands-control model: A summary of current issues and recommendations for future research. In: Perrewé, P., Ganster, D. *New*

developments in theoretical and conceptual approaches to job stress. Emerald Group Publishing Limited, pp.237-268.

Kalliath, T., & Brough, P. (2008). Work-Life Balance: A Review of the Meaning of the Balance Construct. *Journal of Management and Organisation*, 14(3): 323-327.

Kamel, M.M. (2013). The mediating role of affective commitment in the relationship between quality of work life and intention to leave. *Life Science Journal*, 10(4): 1062-1067.

Kandasamy, I., & Ancheri, S. (2009). Hotel employees' expectations of QWL: A qualitative study. *International Journal of Hospitality Management*, 28(3): 328-337.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Katz, D., & Kahn, R. (1978). *The social psychology of organization*. New York: Joh Wiley and Sons.

Kippist, L., & Duarte, F. (2015). What does it mean having difficult conversations in the workplace? An exploratory literature review. *Employment Relations Record*, 15, 61-74.

Kompier, M. (2003). Job design and well - being. In: Schabracq, M., Winnubst, J., Cooper, C. *Handbook of Work and Health Psychology*, pp. 429-454.

Koonmee, K., Singhapakdi, A., Virakul, B., & Lee, D.J. (2010). Ethics institutionalization, quality of work life, and employee job-related outcomes: A survey of human resource managers in Thailand. *Journal of Business Research*, 63(1): 20-26.

Korunka, C., Hoonakker, P., & Carayon, P. (2008). Quality of working life and turnover intention in information technology work. *Hum Factors Ergonom Manuf*, 18, 409-423.

Kossek, E.E., Hammer, L.B., Kelly, E.L., & Moen, P. (2014). Designing work, family & health organizational change initiatives. *Organizational Dynamics*, 43(1): 53-63.

Kossek, E.E., Pichler, S., Bodner, T., & Hammer, L. B. (2011). Workplace social support and work-family conflict: A meta-analysis clarifying the influence of general and work-family-specific supervisor and organizational support. *Personnel Psychology*, 64(2): 289-313.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2007). Types of intensive care units with the healthiest, most productive environments. *American Journal of Critical Care*, 16, 458-468.

- Krueger, P., Brazil, K., Lohfeld, L., Edward, H.G., Lewis, D., & Tjam, E. (2002). Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 2(1): 6-8.
- Kushwaha, S. (2014). Stress management at workplace. *Global Journal of Finance and Management*, 6, 469-472.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3): e203976.
- Landsbergis, P.A., Grzywacz, J.G., & LaMontagne, A. D. (2014). Work organization, job insecurity, and occupational health disparities. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(5): 495-515.
- Lapierre, L.M., & Allen, T.D. (2006). Work-supportive family, family-supportive supervision, use of organizational benefits, and problem-focused coping: implications for work-family conflict and employee well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(2): 169-181.
- Lau, R.S. (2000). Quality of work life and performance-An ad hoc investigation of two key elements in the service profit chain model. *International Journal of Service Industry Management*, 11(5): 422-437.
- Lau, R.S., & May, B.E. (1998). A win-win paradigm for quality of work life and business performance. *Human Resource Development Quarterly*, 9(3): 211-226.
- Lawler, E.E. (1975). Measuring the psychological quality of working life: The why and how of it. In L. E. Davis, A. B. Cherns and Associates (Eds.), *The Quality of Working Life* (pp. 123-133). New York: Free Press.
- Lazarus, R.S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, D.J., Singhapakdi, A., & Sirgy, M.J. (2007). Further validation of a needbased quality-of-work-life (QWL) measure: Evidence from marketing practitioners. *Applied Research in Quality of Life*, 2(4): 273-287.

- Lee, J.S., Back, K.J., & Chan, E.S. (2015). Quality of work life and job satisfaction among frontline hotel employees: A self-determination and need satisfaction theory approach. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 27(5): 768-789.
- Lee, S.H., Juang, Y.Y., Su, Y.J., Lee, H.L., Lin, Y.H., & Chao, C.C. (2005). Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*, 27, 352-358.
- Lee, Y.W., Dai, Y.T., Park, C.G., & McCreary, L.L. (2013). Predicting quality of work life on nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2): 160-168.
- Lees, M., & Kearns, S. (2005). *Improving work life quality: A diagnostic approach model*. Healthcare Quality.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). *Work organisations and stress, protecting workers health*. Switzerland: Work Health Organisation.
- Levine, M.F., Taylor, J.C., & Davis, L.E. (1984). Defining quality of working life. *Human Relations*, 37(1): 81-104.
- Liden, R.C., Wayne, S.J., & Sparrowe, R.T. (2000). An examination of the mediating role of psychological empowerment on the relations between the job, interpersonal relationships, and work outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 85(3): 407-416.
- Liou, S.R. (2009). Nurses' intention to leave: Critically analyse the theory of reasoned action and organizational commitment model. *Journal of Nursing Management*, 17(1): 92-99.
- Lippitt, G. (1978). Quality of Work Life: Organizational Renewal in Action. *Training and Development Journal*, 7, 4-10.
- Maertz, C.P., Griffeth, R.W., Campbell, N.S., & Allen, D.G. (2007). The effects of perceived organizational support and perceived supervisor support on employee turnover. *Journal of Organizational Behavior*, 28(8): 1059-1075.
- Marks, M.L., Mirvis, P.H., Hackett, E.J., & Grady, J.F. (1986). Employee participation in a Quality Circle program: Impact on quality of work life, productivity, and absenteeism. *Journal of Applied Psychology*, 71(1): 61-69.
- Martel, J. (2005). *Solving the problem. Preventing stress in workplace*. Canada: Chair in Occupational Health and Safety Management, pp. 79-91.

- Martel, J.P., & Dupuis, G. (2006). Quality of Work Life: Theoretical and Methodological Problems and Presentation of a New Model and Measuring Instrument. *Social Indicators Research*, 77(2): 333-368.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., et al. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 168, 1245–1251.
- Mayo, E. (1933). *The human Problems of an Industrial Civillization*. New York: Macmillan chaps. 3-5.
- Mc Gregor, D. (1960). Theory X and Theory Y. *Organization theory*, 358-374.
- McCormick, J., & Solman, R. (1992). The externalised nature of teachers' occupational stress and its association with job satisfaction. *Work and Stress*, 6(1): 33-44.
- McTiernan, K., & McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 208-218
- Md-Sidin, S., Sambasivan, M., & Ismail, I. (2010). Relationship between work family conflict and quality of life: An investigation into the role of social support. *Journal of Managerial Psychology*, 25(1): 58-81.
- Menon, S. (2001). Employee empowerment: An integrative psychological approach. *Applied Psychology*, 50(1): 153-180.
- Merriman, K.K. (2014). The psychological role of pay systems in choosing to work more hours. *Human Resource Management Review*, 24(1): 67-79.
- Mészáros, V. (2013). Coping with work-related stress in health care professionals - strategies for the prevention of burnout and depression. *Orvosi Hetilap*, pp. 449-454.
- Michailidis, M., & Asimenos, A. (2002). Occupational stress as it relates to higher education, individuals and organizations. *Work*, 19(2): 137-147.
- Mohammadi-Bolbanabad, A., Shirkhani, B., Mohammadi, S., Asadi, H., & Aghaei, A. (2016). Relationship between quality of work life of medical staff and quality of patient care. *Hospital Practices and Research*, 1(2): 63-65.
- Molnar, M. (2009). *Assessment and prevention of work-related stress with the IMPULS - Tools*. Stockholm, pp. 119-121.

Morganstein, J. (2020). Coronavirus and Mental Health: Taking Care of Ourselves During Infectious Disease Outbreaks 2020. Available at: <https://www.psychiatry.org/newsroom/apa-blogs/apa-blog/2020/02/coronavirus-andmental-health-taking-care-of-ourselves-during-infectious-disease-outbreaks>

Morganstein, J.C., Ursano, R.J., Fullerton, C.S., & Holloway, H.C. (2017). Pandemics: Health Care Emergencies. In R.J. Ursano, C.S. Fullerton, L. Weisaeth, B. Raphael (Eds.). *Textbook of Disaster Psychiatry*, 2Ed (pp. 270-283). Cambridge University Press. Cambridge, UK.

Mosadeghrad, A.M. (2013). Occupational stress and turnover intention: Implications for nursing management. *International Journal of Health Policy and Management*, 1, 169-176.

Mosadeghrad, A.M., Ferlie, E., & Rosenberg, D. (2008). A study of relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees. *Health Serv Manag Res*, 21, 211–227.

Mosadeghrad, A.M., Ferlie, E., & Rosenberg, D. (2011). A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research*, 24(4): 170-181.

Moustaka, E., & Constantinidis, T. (2015, April.28). Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Science Journal*. 4, 210-216.

Mozhdeh, S., Sabet, B., Dousti, I.M., Hajian, E. & Malbousizadeh, M. (2008). Relationship of nurse's stress with environmental-occupational factors. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research (IJNMR)*, 13(1): 5-9.

Nadler, D.A., & Lawler, E.E. (1983). Quality of work life: Perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, 11(3): 20-30.

Nahavandi, A.D. (2015). *Organizational Behavior*. California: SAGE Publications, Inc.

Nanjundeswaraswamy, T.S., & Swamy, D.R. (2013). Quality of worklife of employees in private technical institution. *International Journal for Quality Research*, 7(3): 3-14.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2008). *Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals*. U. S: Department of Health and Human Services.

Nayeri, N.D., Salehi, T., & Noghabi, A.A. (2011). Quality of work life and productivity among Iranian nurses. *Contemp. Nurse.*, 39, 106-118.

- Niedhammer, I., Tek, M., Starke, D., & Siegrist, J. (2004). Effort – reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Soc. Sci. Med.* 58(8): 1531-1541.
- Occupational Wellbeing Group (2007). *The Psychosocial Work environment and Supervision of Harmful Stress.*
- Ogińska-Bulik, N. (2006). Occupational Stress and its Consequences in Healthcare Professionals: The Role of Type D Personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(2): 113–122.
- Ojedokun, O., Idemudia, E.S., & Desouza, M. (2015). Perceived external prestige as a mediator between quality of work life and organisational commitment of public sector employees in Ghana. *SA Journal of Industrial Psychology*, 41(1): 1-10.
- Oliver, E.G., & Cravens, K.S. (2001). An international comparison of employee welfare plans. *Thunderbird International Business Review*, 43(4): 501-524.
- Oppenheim, A.N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement.* London: Pinter.
- Opollo, J.G., Gray, J., & Spies, L.A. (2014). Work-related quality of life of Ugandan healthcare workers. *International Nursing Review*, 61(1): 116-123.
- OSHA (2007) *European Agency for Safety and Health at Work. Stress.* Available at: <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>
- Painter, J. A. (2003). Burnout among occupational therapists. *Occupational Therapy Health Care*, pp. 63-78.
- Palmer, S., Cooper, C., & Thomas, K. (2004). A model of work stress to underpin the Health & Safety Executive advice for tackling work-related stress and stress risk assessments. *Counselling at Work*, Winter, 2-5.
- Peers, I. (1996). *Statistical analysis for education and psychology researchers.* London: Falmer Press.
- Permarupan, P.Y., Al-Mamun, A., & Saufi, R.A. (2013). Quality of work life on employees' job involvement and affective commitment between the public and private sector in Malaysia. *Asian Social Science*, 9(7): 268-278.
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., & Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch

- nurses: A cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7): 829-837.
- Poon, E., Liu, K.S., Cheong, D.L., Lee, C.K., Yam, L.Y., & Tang, W.N. (2004). Impact of severe acute respiratory syndrome on anxiety levels of front-line healthcare workers. *Hong Kong Med J*, 10, 325–30.9.
- Probst, T.M. (2005). Countering the negative effects of job insecurity through participative decision making: Lessons from the demand-control model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4): 320-329.
- Propp, K.M., Apker, J., Ford, W.S.Z., Wallace, N., Serbenski, M., & Hofmeister, N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qualitative Health Research*, 20(1): 15-28.
- Punke, H. (2014, February Sunday). *Healthcare Workers are the Nation's Most Stressed*. Available at: <http://www.beckershospitalreview.com/human-capital-and-risk/healthcare-workers-are-the-nation-s-most-stressed.html>.
- Ramstad, E. (2009). Promoting performance and the quality of working life simultaneously. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 58(5): 423-436.
- Rayan, A., Qurneh, A., Elayyan, R., & Baker, O. (2016). Developing a policy for workplace violence against nurses and health care professionals in Jordan: A plan of action. *American Journal of Public Health Research*, 4, 47-55.
- Rethinam, G.S., & Ismail, M. (2008). Constructs of Quality of Work Life: A Perspective of Information and Technology Professionals. *European Journal of Social Science*, 7(1): 58-70.
- Robbins, S.P. (1989). *Organizational behavior: Concepts, controversies, and applications*. New Jersey: Prentice Hall.
- Rollinson, D. (2008). *Organizational behavior and analysis: an integrated approach*. Harlow England New York: FT Prentice Hall..
- Roney, L.N., & Acri, M.C. (2018). The cost of caring: An exploration of compassion fatigue, compassion satisfaction, and job satisfaction in pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing*, 40, 74-80.

- Ross, K., Barr, J., & Stevens, J. (2013). Mandatory continuing professional development requirements: What does this mean for Australian nurses? *BMC Nursing*, *12*, 1-7.
- Ross, R., & Altmaier, E. (2002). *Intervention in occupational stress*. Thousand Oaks, CA: Sage Pub., pp. 88-111.
- Sacco, T.L., Ciurzynski, S.M., Harvey, M.E., & Ingersoll, G.L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical care nurse*, *35*(4): 32-42.
- Salehi, A., Javanbakht, M., & Ezzatababdi, M.R. (2014). Stress and its determinants in a sample of Iranian nurses. *Holistic Nursing Practice*, *28*, 323-328.
- Salilih, S.Z., & Abajobir, A.A. (2014). Work-related stress and associated factors among nurses working in public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Workplace Health Saf.*, *62*(8): 326-332.
- Samad, S. (2007). Social structural characteristics and employee empowerment: The role of proactive personality. *International Review of Business Research Papers*, *3*(4): 254-264.
- Seashore, S.E. (1975). Defining and measuring the quality of working life. In L. E. Davis, A. B. Cherns and Associates (Eds.), *The Quality of Working Life* (pp. 105–118). New York: Free Press.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Serey, T.T. (2006). Choosing a robust quality of work life. *Business Forum*, *27*(2): 7-10.
- Serey, T.T. (2006). Choosing a robust quality of work life. *Business Forum*, *27*(2): 7-10.
- Shabaninejad, H., Arab, M., Rashidian, A., Zeraati, H., & Bahrani, S. (2012). Quality of working life of Family Physicians in Mazandaran. *Hakim Res J.*, *15*(2):178-184.
- Shani, A.B., Tom Basuray, M., Scherling, S.A., & Odell, J.L. (1992). Revisiting quality of work life interventions: A cross-cultural pilot study. *Journal of Organizational Change Management*, *5*(4): 59-76.
- Sharma, J., & Dhar, R.L. (2016). Factors influencing job performance of nursing staff: Mediating role of affective commitment. *Personnel Review*, *45*(1): 161-182.
- Shin, S.Y., & Lee, S.G. (2016). Effects of hospital workers' friendship networks on job stress. *PloS ONE*, *11*(2), epub0149428.
- Shirey, M. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal of Critical Care*, *15*, 256-268.


- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 27–41.
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.). *Historical and current perspectives on stress and health* (pp. 261–291). Amsterdam: JAI Elsevier.
- Singh, S. (2017). Organizational climate as a predictor to employees' behavior. In Mohammad A. et al. (eds.) *Strategic Human Capital Development and Management in Emerging Economies* (pp. 20-40).
- Singh, T., & Srivastav, S.K. (2012). QWL and organization efficiency: A proposed framework. *Journal of Strategic Human Resource Management, 1*(1): 1-13.
- Sirgy, M.J., Efraty, D., Siegel, P., & Lee, D.J. (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research, 55*(3): 241-302.
- Stamm, H.B. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Available at: www.proqol.org
- Stefano, N.M., Vergara, L.G. L., Godoy, L.P., & Freitas, M.C.D. (2014). Quality of work life (QWL) and absenteeism index (AI) in a small business. *Latin American Applied Research, 44*(4): 363-367.
- Su, T.P., Lien, T.C., Yang, C.Y., Su, Y.L., Wang, J.H., Tsai, S.L., & Yin, J.C. (2007). Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res., 41*(1-2): 119-130.
- Surienty, L., Ramayah, T., Lo, M.C., & Tarmizi, A.N. (2014). Quality of work life and turnover intention: A partial least square (PLS) approach. *Social Indicators Research, 119*(1): 405-420.
- Suttle, J., & Hackman, J. (1977). *Improving life at work: Behavioral science approaches to organizational change*. CA: Goodyear Publishing.
- Sverke, M., Hellgren, J., & Näswall, K. (2002). No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology, 7*(3): 242-264.

- Sweins, C., & Kalmi, P. (2008). Pay knowledge, pay satisfaction and employee commitment: evidence from Finnish profit-sharing schemes. *Human Resource Management Journal*, 18(4): 366-385.
- Tamini, B.K., Yazdany, B.O., & Bojd, F.B. (2011). Quality of work life as a function of organizational commitment and job burnout of Government and Private Bank Employees in Zahedan city. *The Social Sciences*, 6(5): 368-374.
- Taylor, J.C. (1978). An empirical examination of the dimensions of quality of working life. *Omega*, 6(2): 153-160.
- Timossi, L.D.S., Pedroso, B., Francisco, A.C.D., & Pilatti, L.A. (2008). Evaluation of Quality of Work Life: An Adaptation from the Walton's QWL Model. *Proceedings of XIV International Conference on Industrial Engineering and Operations Management: The integration of productive chain with an approach to sustainable manufacturing*. Rio de Janeiro, Brazil: ICIEOM.
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., & Nagami, M. (2002). The effort - reward imbalance model: Experience in Japanese working population. *Journal of Occupational Health*, 44(6): 398-407.
- Tyson, P.D., Pongruengphant, R., & Aggarwal, B. (2002). Coping with organizational stress among hospital nurses in Southern Ontario. *International Journal of Nursing Studies*, 39(4): 453-459.
- Ulrich, B., Lavandero, R., Hart, K., Woods, D., Leggett, J., Friedman, D., D'Aurizio, P., & Edwards, S. (2009). Critical care nurses' work environments 2008: A Follow-up report. *Critical Care Nurse*, 29, 93-102.
- Vagharseyyedin, S.A., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2011). The nature nursing quality of working life: An integrated review of the literature. *Western Journal of Nursing Research*, 33, 786-804.
- Vagharseyyedin, S.A., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2011). Quality of work life: Experiences of Iranian nurses. *Nursing & Health Sciences*, 13(1): 65-75.
- Vahed, A.S., Hamuleh, M.M., Bidmeshki, E.A., Heidari, M., & Shahraky, S.H. (2011). Assessment of the items of SCL90 test with quality of work life among Amirmomen in Hospital personnel of Zabol City. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences*, 18(2): 50-55.

- Valentine, M.A., Nembhard, I.M., & Edmondson, A.C. (2015). Measuring teamwork in health care settings: A review of survey instruments. *Medical Care*, 53(4): e16-e30.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand - control (- support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2): 87-114.
- van Heugten, K. (2012). Workplace stress in the aftermath of a natural disaster. In N. Hall (ed.). *Social work around the world V: Building the global agenda for social work and social development*, 41, (pp. 1-233).
- Van Laar, D., Edwards, J., & Easton, S. (2007). The Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3): 325-333.
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60(5): 1117-1131.
- Vanaki, Z., & Vagharseyyedin, S.A. (2009). Organizational commitment, work environment conditions, and life satisfaction among Iranian nurses. *Nursing & Health Sciences*, 11(4): 404-409.
- Vandenbergh, C., & Tremblay, M. (2008). The role of pay satisfaction and organizational commitment in turnover intentions: A two-sample study. *Journal of Business and Psychology*, 22(3): 275-286.
- Venkatachalam, J., & Velayudhan, A. (1999). Impact of advanced technology on quality of work life: A study of a steel plant. *Management and Labour Studies*, 24(4): 249-255.
- Vijaya Nirmala K, M.S. (2015, June). Job Stress among Health Care Professionals in Selected Hospitals with Special Reference to Age and Gender. *International Journal of Science and Research*, pp. 1625-1629.
- Walton, R.E. (1973). Quality of Work Life, What Is It? *Sloan Management Review Journal*, 15(1): 11-21.
- Walton, R.E. (1975). Criteria for quality of working life. In L.E. Davis, A.B. Cherns and Associates (Eds.), *The Quality of Working Life*. New York: The Free Press, 1, 91-104.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., Ho, R.C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5), pii: E1729.

- Wang, M.K. (2011). Emotional regulation and stress. *Journal of Adult Development* (June), pp. 95-103.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health, *Work and Stress*, 8(2): 84-97.
- Webster, J., Flint, A., & Courtney, M. (2009). A new practice environment measure based on the reality and experiences of nurses working lives. *Journal of Nursing Management*, 17(1): 38-48.
- Wheatley, R. (2000). *Taking the strain: a survey of managers and workplace stress*. London: Institute of Management.
- White, D.B., Lo, B. (2020). *A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic*. JAMA.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Med Sci Monit*, Mar 20;26:e923921.
- Yoon, S.L., & Kim, J.H. (2013). Job-related stress, emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45, 169-176.
- Zakerian, S.A, Teymuri, G.H, Ahmadnezhad, I., Abbassinia, M., Rahmani, A., & Asghari, M. (2014). Investigating the Dimensions of Quality of Work Life and Its Relation to Job Satisfaction in an Automotive Industry. *Journal of Ergonomics*, 1(3): 36-45.
- Zhao, X.R., Qu, H., & Ghiselli, R. (2011). Examining the relationship of work–family conflict to job and life satisfaction: A case of hotel sales managers. *International Journal of Hospitality Management*, 30(1): 46-54.
- Zhu, H., Chen, C., Li, X., & Zhou, Y. (2013). From personal relationship to psychological ownership: The importance of manager owner relationship closeness in family businesses. *Management and Organization Review*, 9, 295-318.

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο

 <p>Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου</p>	<p>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ</p>
--	---

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αξιότιμοι συνάδελφοι,

Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μου με θέμα *"Η επίδραση του εργασιακού στρες στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας, κατά την περίοδο της πανδημίας Covid 19."* Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι: η καταγραφή του επιπέδου εργασιακού άγχους που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας, η αποτύπωση των παραγόντων που επιδρούν στην επίτευξη ισορροπίας ανάμεσα στην προσωπική και την εργασιακή ζωή, η διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων που αποτελούν πηγή επαγγελματικής έντασης και επιτείνουν το εργασιακό άγχος και η διερεύνηση του βαθμού επίδρασης των ατομικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας στο εργασιακό άγχος και στην ισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται **ανώνυμα** και απαιτεί 5-10 λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο σας. Η συμβολή σας είναι σημαντική για την διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Φεβρωνία Μαρία Μπυλώση

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο : Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία :

Επίπεδο εκπαίδευσης: ΔΕ ΤΕ ΠΕ

Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων: Master Διδακτορικό

Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος

Αριθμός Παιδιών:.....

Θέση στο Νοσοκομείο ΙΑΤΡΟΙ: Διευθυντής Επιμελητής Α' Επιμελητής Β'

Επικουρικός Ειδικευόμενος

Θέση στο Νοσοκομείο ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ: Διευθυντής Προϊστάμενος

Υπάλληλος

Χρονική διάρκεια εργασίας(σε έτη):.....

Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;.....

Εργάζεστε σε κλινική με ασθενείς Covid;.....

Εάν όχι, έρχεστε σε επαφή με ασθενείς Covid;.....

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε διαπιστώσει η συμπόνια σας για αυτούς που βοηθάτε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, και θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίας. Σκεφτείτε την κάθε μια από τις ακόλουθες ερωτήσεις σε σχέση με σας και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε τον αριθμό που ευλικρινά αντικατοπτρίζει το πόσο συχνά βιώσατε αυτά τα πράγματα τις τελευταίες 30 μέρες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικώς φωρός	Συχνά	Πολύ συχνά
Είμαι ευτυχισμένος/η.	1	2	3	4	5
Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους.	1	2	3	4	5
Η καθημερινότητα στην εργασία μου επηρεάζει την στάση μου στη ζωή	1	2	3	4	5
Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
Νοιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους.	1	2	3	4	5
Αισθάνομαι αναξωογονημένος αφότου δουλέψω με αυτούς που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
Επηρεάζομαι από την έκβαση της υγείας ενός ασθενή	1	2	3	4	5
Η θεραπεία/φροντίδα ενός βαρέως πάσχοντα ασθενή με κάνει υπερπροστατευτικό απέναντι στην οικογένεια μου	1	2	3	4	5
Ο πιθανός θάνατος ενός ασθενή με επηρεάζει για το υπόλοιπο της βάρδιας	1	2	3	4	5
Αναπνέω ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους.	1	2	3	4	5
Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5
Λόγω της βοήθειας που παρέχω, έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5
Μου αρέσει η δουλειά μου.	1	2	3	4	5

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	1	2	3	4	5
Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει.	1	2	3	4	5
Έχω πεπονηθείς οι οποίες με στηρίζουν.	1	2	3	4	5
Είμαι ευχαριστημένος με το πώς καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα.	1	2	3	4	5
Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4	5
Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4	5
Αισθάνομαι εξαντλημένος/η λόγω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω.	1	2	3	4	5
Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος.	1	2	3	4	5
Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.	1	2	3	4	5
Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις.	1	2	3	4	5
Αισθάνομαι ότι "βαλτώνω" από το σύστημα.	1	2	3	4	5
Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού.	1	2	3	4	5
Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ.	1	2	3	4	5
Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5

Κλίμακα Μέτρησης Εργασιακού Στρες

Αναφέρετε το βαθμό στον οποίο κάθε ένα από τα παρακάτω στοιχεία, σας δημιουργεί στρες στην εργασία σας:	Καθόλου στρες	Λίγο στρες	Μέτριο στρες	Αρκετό στρες	Πολύ στρες
Ο αριθμός των εργασιών και/ή έργων που έχω να κάνω.	1	2	3	4	5
Ο χρόνος που περνάω στην εργασία.	1	2	3	4	5
Ο χρόνος που διαρκούν οι επαγγελματικές συνεδριάσεις.	1	2	3	4	5
Ο αριθμός των τηλεφωνημάτων και των επισκέψεων που δέχομαι στο χώρο εργασίας κατά τη διάρκεια της ημέρας.	1	2	3	4	5
Ο βαθμός επιρροής των πολιτικών διεργασιών και όχι της απόδοσης του εργαζομένου στις οργανωτικές αποφάσεις.	1	2	3	4	5
Η αδυναμία να κατανοήσω ξεκάθαρα τι αναμένεται από μένα στην εργασία.	1	2	3	4	5
Ο όγκος της εργασίας που πρέπει να διεκπεραιωθεί στο καθορισμένο χρόνο.	1	2	3	4	5
Ο βαθμός στον οποίο η θέση εργασίας μου παρουσιάζει αντικρουόμενες απαιτήσεις.	1	2	3	4	5
Ο βαθμός των γραφειοκρατικών διαδικασιών που απαιτούνται για να διεκπεραιωθεί η εργασία μου.	1	2	3	4	5
Η πίεση χρόνου που βιώνω.	1	2	3	4	5
Η έλλειψη εργασιακής ασφάλειας που έχω.	1	2	3	4	5
Το ποσοστό ευθύνης που έχω.	1	2	3	4	5
Το πεδίο εφαρμογής των αρμοδιοτήτων που συνεπάγεται η θέση μου.	1	2	3	4	5
Ο βαθμός στον οποίο η καριέρα μου φαίνεται "στάσιμη".	1	2	3	4	5
Οι ευκαιρίες που είχα για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας μου.	1	2	3	4	5
Ο αριθμός των επαγγελματικών ταξιδιών που πρέπει να κάνω.	1	2	3	4	5

Εργασιακό Άγχος λόγω της πανδημίας του Covid 19

Πόσο συχνά νιώθετε:	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
Άγχος και φόβο να νοσήσετε από τον ιό μετά από την καθημερινή έκθεση σε ύποπτους ή επιβεβαιωμένους ασθενείς COVID 19;	1	2	3	4	5
Άγχος και φόβος μεταφοράς του ιού στους οικείους σας;	1	2	3	4	5
Άγχος για έλλειψη ειδικού εξοπλισμού Personal Protective Equipment (PPE) στο χώρο εργασίας και ιδιαίτερα στο υγειονομικό προσωπικό της;	1	2	3	4	5
Άγχος λόγω ελλιπούς ενημέρωσης του υγειονομικού προσωπικού με αποτέλεσμα να μην τηρούνται σωστά τα μέτρα πρόληψης κατά του ιού;	1	2	3	4	5
Υπάρχει ψυχολογική υποστήριξη στους εργαζόμενους Covid;	1	2	3	4	5
Άγχος και αβεβαιότητα σε περίπτωση που κληθεί το υγειονομικό προσωπικό να τεθεί σε καραντίνα μετά από άμεση επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID 19 και μην τηρώντας τα μέτρα προστασίας;	1	2	3	4	5
Ψυχοσωματική εξουθένωση σε καταστάσεις έντονα στρεσογόνες όπως στην γρήγορη επιδείνωση ασθενών θετικών στον ιό;	1	2	3	4	5

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ !!!

Παράρτημα Β: Άδεια νοσοκομείου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 15-10-2020
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. : 478

Προς:
Την κ. Μπολώση Φεβρωνία-Μαρία

ΘΕΜΑ: Μεταπτυχιακή εργασία.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 9^η Τακτική Συνεδρίαση της 14-10-2020 συζήτησε και εγκρίνει, ομόφωνα, την διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας στα πλαίσια του ΠΜΣ με τίτλο ερευνητικού πρωτοκόλλου: " Η επίδραση του εργασιακού στρες στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας, κατά την περίοδο της πανδημίας Covid-19 " της κ.Μπολώση Φεβρωνίας-Μαρίας, που θα διεξαχθεί με την μορφή ερωτηματολογίου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου μας.

Σημειώνεται ότι η μελέτη θα πραγματοποιηθεί χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου και θα τηρηθεί η προστασία προσωπικών δεδομένων. Επίσης υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας Καθηγητή κ.Σ.Ζακυνθινού και του Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ.Δ.Πιστόλα.

Ο Πρόεδρος του ΕΣ

Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ