



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

**«Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς τελικού
σταδίου στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, στην
επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία
ποιότητα ζωής ιατρών και νοσηλευτών σε νοσοκομειακά
Τμήματα της Πάτρας»**

Ουρανία Μπούμπαλη

Επιβλέπων Καθηγητής: Θεόδωρος Φούσκας

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

**«Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς τελικού
σταδίου στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, στην
επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία
ποιότητα ζωής ιατρών και νοσηλευτών σε νοσοκομειακά
Τμήματα της Πάτρας»**

Ουρανία Μπούμπαλη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Θεόδωρος Φούσκας

Αναπληρωτής Καθηγητής

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής

Γεώργιος Αλεξιάς

Καθηγητής

Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και

Πολιτικών Επιστημών

ΣΕΠ ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών μου στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο και δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη πολύτιμη βοήθεια κάποιων ανθρώπων, τους οποίους θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Θεόδωρο Φούσκα για την καθοδήγηση, την εμπιστοσύνη και την υποστήριξή του σε όλα τα στάδια της εργασίας μέχρι την ολοκλήρωσή της. Ακόμα να ευχαριστήσω τον συν-επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Γεώργιο Αλεξιά για την βοήθειά του.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συναδέλφους, που συμμετείχαν στην έρευνα, για τον πολύτιμο χρόνο και την θέληση τους να συμβάλουν με τις εμπειρίες τους στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τον σύζυγό μου Γεώργιο και τα παιδιά μου Ανδρέα και Φαίη που στάθηκαν στο πλευρό μου με αμέριστη στήριξη, υπομονή και κατανόηση ώστε να κάνω τα όνειρά μου και τους στόχους μου πραγματικότητα.

«Αφιερωμένη σε όλες τις μητέρες που δίνουν καθημερινά τη δική τους μάχη με σοβαρά προβλήματα υγείας και παράλληλα φροντίζουν τα παιδιά τους με δύναμη, υπομονή και αφοσίωση γιατί η δύναμη άλλωστε δεν κάνει θόρυβο»

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο συχνά εκτίθενται σε έντονο συναισθηματικό στρες, ηθικά διλήμματα και συνεχή ψυχολογική πίεση, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ψυχική και σωματική τους υγεία. Η συνεχής αντιπαράθεση με τον πόνο, τον θάνατο και τα όρια της ιατρικής παρέμβασης μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση, κόπωση από συμπόνια και μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία.
ΣΚΟΠΟΣ:	Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς τελικού σταδίου στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, στην επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ιατρών και νοσηλευτών σε νοσοκομειακά Τμήματα της Πάτρας.
ΜΕΘΟΔΟΣ:	Διεξήχθη μια ποσοτική, διατομεακή μελέτη με τη χρήση επικυρωμένων εργαλείων: το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) για την επαγγελματική εξουθένωση, το Job Satisfaction Survey (JSS) για την ικανοποίηση από την εργασία και το SF-36 για την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. Έγιναν στατιστικές αναλύσεις για να εξεταστούν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και των δημογραφικών παραγόντων.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:	Τα ευρήματα έδειξαν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με την εξάντληση να αποτελεί την πιο εμφανή διάσταση. Η ικανοποίηση από την εργασία βρισκόταν σε μέτριο επίπεδο, με υψηλότερη ικανοποίηση να αναφέρεται στις διαπροσωπικές σχέσεις και χαμηλότερη ικανοποίηση σε οργανωτικά ζητήματα, όπως οι ευκαιρίες προαγωγής και οι συνθήκες εργασίας. Η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία ήταν επίσης μέτρια, με τους συμμετέχοντες να αναφέρουν γενικά καλή υγεία, αλλά ορισμένους περιορισμούς στη σωματική λειτουργία και σημάδια κόπωσης. Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίστηκε αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία και τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία, ενώ η ικανοποίηση από την εργασία συσχετίστηκε θετικά με την ψυχική υγεία.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:	Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο έχουν ένα απαιτητικό αλλά σημαντικό εργασιακό περιβάλλον. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, και ιδίως η εξάντληση, εμφανίζεται σε μέτρια επίπεδα και συνδέεται με μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και χειρότερη κατάσταση υγείας. Ωστόσο, οι υποστηρικτικές σχέσεις και το αίσθημα επαγγελματικού σκοπού φαίνεται να λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας και της παροχής ψυχολογικής και οργανωτικής υποστήριξης για την ενίσχυση της ευημερίας των επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις – Κλειδιά

εργασία με ασθενείς τελικού σταδίου, επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματική ικανοποίηση, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ιατροί, νοσηλευτές, νοσοκομειακά Τμήματα, Πάτρα, Ελλάδα

“Exploring the impact of working with terminally ill patients on burnout, job satisfaction, and health-related quality of life among healthcare professionals in hospital departments in Patras”

Ourania Mpoumpali

Abstract

INTRODUCTION:	Health professionals working with end-stage patients are often exposed to intense emotional stress, moral dilemmas, and ongoing psychological pressure, all of which can significantly affect their mental and physical health. Constant confrontation with pain, death, and the limits of medical intervention may lead to professional burnout, compassion fatigue, and decreased job satisfaction.
SCOPE:	This study aimed to investigate the effects of working with end-stage patients on the occurrence of professional burnout, job satisfaction, and health-related quality of life among physicians and nurses in hospital departments in Patras.
METHODS:	A quantitative, cross-sectional study was conducted using validated tools: the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for professional burnout, the Job Satisfaction Survey (JSS) for job satisfaction, and the SF-36 for health-related quality of life. Statistical analyses were performed to examine associations between the variables and demographic factors.
RESULTS:	The findings indicated moderate levels of professional burnout, with exhaustion being the most prominent dimension. Job satisfaction was also moderate, with higher satisfaction reported in interpersonal relationships and lower satisfaction in organizational issues, such as promotion opportunities and working conditions. Health-related quality of life was moderate as well, with participants generally reporting good health, but some limitations in physical functioning and signs of fatigue. Professional burnout was negatively associated with job satisfaction and both physical and mental health, while job satisfaction was positively associated with mental health.
CONCLUSIONS:	Health professionals working with end-stage patients face a demanding yet meaningful work environment. Burnout syndrome, particularly exhaustion, occurs at moderate levels and is linked to reduced job satisfaction and poorer health status. However, supportive relationships and a sense of professional purpose appear to act as protective factors. These findings highlight the importance of improving working conditions and providing psychological and organizational support to enhance the well-being of health professionals.

Keywords

end-stage patient care, professional burnout, job satisfaction, health-related quality of life, physicians, nurses, hospital departments, Patras, Greece

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	iv
Περίληψη	v
Abstract	vi
Κατάλογος Γραφημάτων.....	x
Κατάλογος Πινάκων	xi
Συντομογραφίες και Ακρωνύμια.....	xiv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	20
1. Θεωρητικό Μέρος	20
1.1. Ορισμός του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	20
1.1.1. Τα Χαρακτηριστικά του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	21
1.1.2. Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	23
1.1.3. Μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	24
1.1.4. Παράγοντες ανάπτυξης και επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	25
1.1.5. Η επαγγελματική εξουθένωση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς τελικού σταδίου στα νοσοκομεία	27
1.1.6. Προϋπάρχουσα έρευνα	28
1.2. Ορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής.....	30
1.2.1. Χαρακτηριστικά της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	31
1.2.2. Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής.....	33
1.2.3. Θεωρητικά Μοντέλα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	38
1.2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	40
1.2.5. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς τελικού σταδίου στα νοσοκομεία.....	40
1.2.6. Προϋπάρχουσα έρευνα	41
1.3. Ορισμοί της επαγγελματικής ικανοποίησης	43
1.3.1. Χαρακτηριστικά της επαγγελματικής ικανοποίησης	44

1.3.2. Θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής ικανοποίησης	45
1.3.3. Μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	47
1.3.4. Παράγοντες ανάπτυξης της επαγγελματικής ικανοποίησης	48
1.3.5. Η επαγγελματική ικανοποίηση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς τελικού σταδίου στα νοσοκομεία	50
1.3.6. Προϋπάρχουσα έρευνα	51
1.4. Ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction)	55
1.5. Κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue)	55
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	59
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	59
2.1. Εισαγωγή	59
2.2. Σκοπός, στόχοι και ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας.....	59
2.3. Σχεδιασμός της έρευνας και επιλογή μεθοδολογίας.....	61
2.4. Ερευνητικά εργαλεία	62
2.4.1. Ερωτηματολόγιο σχετικά με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά	62
2.4.2. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης του Oldenburg (OLBI)	63
2.4.3. Ερωτηματολόγιο υγείας σύντομης μορφής (SF-36)	63
2.4.4. Έρευνα Ικανοποίησης από την Εργασία (JSS)	64
2.5. Κύρια ερευνητική διαδικασία	65
2.6. Συμμετέχοντες και μέθοδος δειγματοληψίας.....	65
2.7. Στατιστική ανάλυση των δεδομένων	66
2.8. Ζητήματα δεοντολογίας και ηθικής	67
2.9. Περιορισμοί της μελέτης	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	69
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	69
3.1. Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία	69
3.2. Ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική εξουθένωση (OLBI)	80
3.3. Ερωτηματολόγιο για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (SF-36)	89
3.4. Ερωτηματολόγιο για την Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction Survey - JSS) ..	109

3.5. Περιγραφικά στοιχεία και αξιοπιστία	128
3.6. Επαγωγική στατιστική	132
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	140
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	140
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	147
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	147
5.1. Προτάσεις Δημόσιας Υγείας	149
5.2. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	150
5.3. Περιορισμοί έρευνας.....	150
Βιβλιογραφία	152
Ξενόγλωσση	152
Ελληνόγλωσση	165
Παράρτημα Α: «Ερωτηματολόγιο»	167

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Πυραμίδα αναγκών Maslow	45
Γράφημα 2. Ιστόγραμμα της εργασιακής ικανοποίησης	130
Γράφημα 3. Ιστογράμματα της επαγγελματικής εξουθένωσης	131
Γράφημα 4. Ιστογράμματα της ποιότητας σχετιζόμενα με την υγεία.....	131

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία.....	69
Πίνακας 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά.....	71
Πίνακας 3. Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που επιλέξατε το επάγγελμά σας;.....	73
Πίνακας 4. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων σχετικά με την εργασία τους.....	75
Πίνακας 5. Θεωρείτε ότι η δομή/τμήμα στο οποίο εργάζεστε έχει επαρκές προσωπικό;	77
Πίνακας 6. Πόσο ικανοποιητικές είναι οι συνθήκες εργασίας σας σε ότι αφορά την υλικοτεχνική υποδομή (πχ διαθέσιμος χώρος, εξοπλισμός, υγιεινή κλπ.);.....	77
Πίνακας 7. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την αμοιβή σας (σε σχέση με την εργασία που παρέχετε);.....	78
Πίνακας 8. Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε τη συνεργασία με τους συναδέλφους σας;.....	78
Πίνακας 9. Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;	79
Πίνακας 10. Στη δουλειά μου ανακαλύπτω συνεχώς νέες, ενδιαφέρουσες πλευρές.	80
Πίνακας 11. Υπάρχουν μέρες που νιώθω κουρασμένος/η πριν ακόμα έρθω στη δουλειά.	81
Πίνακας 12. Μου συμβαίνει όλο και συχνότερα να εκφράζομαι αρνητικά για τη δουλειά μου.	81
Πίνακας 13. Μετά τη δουλειά, χρειάζομαι περισσότερο χρόνο από ό,τι στο παρελθόν προκειμένου να χαλαρώσω και να αισθανθώ καλύτερα.	82
Πίνακας 14. Η πίεση από τη δουλειά μου είναι αρκετά υποφερτή.....	82
Πίνακας 15. Τον τελευταίο καιρό, έχω την τάση να σκέφτομαι λιγότερο στη δουλειά μου και να την κάνω σχεδόν μηχανικά.	83
Πίνακας 16. Θεωρώ ότι η δουλειά μου είναι μια θετική πρόκληση.	83
Πίνακας 17. Κατά τη δουλειά μου, έχω συχνά την αίσθηση ότι η δουλειά μου με εξαντλεί συναισθηματικά.	84
Πίνακας 18. Με την πάροδο του χρόνου, χάνει κανείς το ενδιαφέρον του/της για τη δουλειά.	84
Πίνακας 19. Μετά τη δουλειά, έχω αρκετή ενέργεια για δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.	85
Πίνακας 20. Μερικές φορές αισθάνομαι απέχθεια για τα εργασιακά μου καθήκοντα.....	85
Πίνακας 21. Μετά τη δουλειά μου αισθάνομαι εξαντλημένος/η και κουρασμένος/η.	86
Πίνακας 22. Αυτό είναι το μόνο είδος εργασίας που μπορώ να φανταστώ τον εαυτό μου να κάνει.	86
Πίνακας 23. Συνήθως, τα καταφέρνω με το φόρτο της εργασίας μου.....	87
Πίνακας 24. Αισθάνομαι όλο και περισσότερο δεσμευμένος/η με την εργασία μου.	87
Πίνακας 25. Όταν εργάζομαι, συνήθως αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια.....	88
Πίνακας 26. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι	89
Πίνακας 27. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...	90
Πίνακας 28. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ.	90
Πίνακας 29. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	91
Πίνακας 30. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά.....	92
Πίνακας 31. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους.....	92

Πίνακας 32. Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο	93
Πίνακας 33. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	93
Πίνακας 34. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	94
Πίνακας 35. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	94
Πίνακας 36. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	95
Πίνακας 37. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε.....	96
Πίνακας 38. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	96
Πίνακας 39. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....	97
Πίνακας 40. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	97
Πίνακας 41. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια).....	98
Πίνακας 42. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	98
Πίνακας 43. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....	99
Πίνακας 44. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	99
Πίνακας 45. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρεάστηκαν οι κοινωνικές σας δραστηριότητες	100
Πίνακας 46. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες	100
Πίνακας 47. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος την εργασία σας.....	101
Πίνακας 48. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια.....	101
Πίνακας 49. Είχατε πολύ εκνευρισμό	102
Πίνακας 50. Αισθανόσαστε τόσο πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά	102
Πίνακας 51. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη.....	103
Πίνακας 52. Είχατε πολλή ενεργητικότητα	103
Πίνακας 53. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία.....	104
Πίνακας 54. Αισθανόσαστε εξάντληση	104
Πίνακας 55. Ήσασταν ευτυχισμένος/ευτυχισμένη	105
Πίνακας 56. Αισθανόσαστε κούραση	105
Πίνακας 57. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρεάστηκαν οι κοινωνικές δραστηριότητές σας από τη σωματική υγεία ή συναισθηματικά προβλήματα ...	106
Πίνακας 58. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.....	106
Πίνακας 59. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	107
Πίνακας 60. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	107
Πίνακας 61. Η υγεία μου είναι εξαιρετική.....	108
Πίνακας 62. Αισθάνομαι ότι αμείβομαι δίκαια για τη δουλειά που κάνω.	109
Πίνακας 63. Υπάρχει μικρή πιθανότητα προαγωγής στη δουλειά μου.	109
Πίνακας 64. Ο/Η προϊστάμενός μου είναι αρκετά ικανός/ή στη δουλειά του/της.	110
Πίνακας 65. Δεν είμαι ικανοποιημένος με τα οφέλη που απολαμβάνω.	110
Πίνακας 66. Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, λαμβάνω την αναγνώριση που θα έπρεπε... ..	111
Πίνακας 67. Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες κάνουν τη σωστή εκτέλεση της εργασίας δύσκολη.	111
Πίνακας 68. Μου αρέσουν οι άνθρωποι με τους οποίους εργάζομαι.....	112
Πίνακας 69. Μερικές φορές αισθάνομαι πως η δουλειά μου είναι ανούσια.	112

Πίνακας 70. Η επικοινωνία εντός του οργανισμού είναι καλή.....	113
Πίνακας 71. Οι αυξήσεις είναι λίγες και αραιές.	113
Πίνακας 72. Όσοι τα πηγαίνουν καλά στη δουλειά τους, διεκδικούν πιθανότητα προαγωγής.	114
Πίνακας 73. Ο/Η προϊστάμενός μου είναι άδικος προς εμένα.	115
Πίνακας 74. Τα οφέλη που απολαμβάνουμε είναι εξίσου καλά με αυτά που προσφέρουν άλλοι οργανισμοί.	115
Πίνακας 75. Δεν αισθάνομαι πως η εργασία που κάνω εκτιμάται.....	116
Πίνακας 76. Οι προσπάθειές μου να κάνω καλά τη δουλειά μου περιορίζονται από την γραφειοκρατία.....	116
Πίνακας 77. Θεωρώ ότι πρέπει να εργαστώ πιο σκληρά στη δουλειά μου λόγω της ανικανότητας των ανθρώπων με τους οποίους συνεργάζομαι.	117
Πίνακας 78. Μου αρέσει να κάνω τα πράγματα που κάνω στη δουλειά μου.....	117
Πίνακας 79. Οι στόχοι του οργανισμού δεν είναι ξεκάθαροι σε εμένα.	118
Πίνακας 80. Νιώθω μη εκτιμώμενος από τον οργανισμό όταν σκέφτομαι αυτό για το οποίο με πληρώνουν.	118
Πίνακας 81. Οι άνθρωποι προοδεύουν εδώ τόσο γρήγορα όσο και σε άλλα μέρη.	119
Πίνακας 82. Ο/Η προϊστάμενος δείχνει μικρό ενδιαφέρον για τα αισθήματα των υφισταμένων του.	119
Πίνακας 83. Το πακέτο παροχών που έχουμε είναι δίκαιο.	120
Πίνακας 84. Υπάρχουν λίγες επιβραβεύσεις για αυτούς που δουλεύουν εδώ.	120
Πίνακας 85. Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας.	121
Πίνακας 86. Απολαμβάνω τους συνεργάτες μου.	121
Πίνακας 87. Συχνά αισθάνομαι πως δεν γνωρίζω τι συμβαίνει στον οργανισμό.	122
Πίνακας 88. Νιώθω περήφανος κάνοντας τη δουλειά μου.....	122
Πίνακας 89. Αισθάνομαι ικανοποιημένος με τις πιθανότητες μισθολογικής προαγωγής.	123
Πίνακας 90. Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ θα έπρεπε.	123
Πίνακας 91. Μου αρέσει ο προϊστάμενός μου.	124
Πίνακας 92. Ασχολούμαι πολύ με δουλειά γραφείου.	124
Πίνακας 93. Δεν νιώθω ότι οι προσπάθειές μου επιβραβεύονται με τον τρόπο που θα έπρεπε.	125
Πίνακας 94. Είμαι ικανοποιημένος με τις προοπτικές προαγωγής.	125
Πίνακας 95. Υπάρχουν αρκετές διαφωνίες και διαμάχες στη δουλειά.	126
Πίνακας 96. Η δουλειά μου είναι διασκεδαστική.....	126
Πίνακας 97. Τα εργασιακά καθήκοντα δεν εξηγούνται σαφώς.	127
Πίνακας 98. Δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha) των κλιμάκων/υποκλιμάκων 128	128
Πίνακας 99. Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία 129	129
Πίνακας 100. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών 132	132
Πίνακας 101. Στατιστικά κατά φύλο για εξουθένωση, αποστασιοποίηση και εξάντληση 134	134
Πίνακας 102. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις εξουθένωσης, αποστασιοποίησης και εξάντλησης ανά έτη προϋπηρεσίας..... 135	135
Πίνακας 103. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις εξουθένωσης, αποστασιοποίησης και εξάντλησης ανά τομέα εργασίας..... 137	137
Πίνακας 104. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία	138

Συντομογραφίες και Ακρωνύμια

OLBI	Oldenburg Burnout Inventory	OLBI	Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Oldenburg
JSS	Job Satisfaction Survey	JSS	Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από την Εργασία
SF-36	Short Form-36 Health Survey	SF-36	Ερωτηματολόγιο Υγείας Βραχείας Μορφής 36
HRQOL	Health-Related Quality of Life	ΣΥΠΙΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
WHO	World Health Organization	ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου είναι ιδιαίτερα απαιτητική για τους επαγγελματίες υγείας (Seo & Yeom, 2023). Οι ιατροί και οι νοσηλευτές που εργάζονται με ασθενείς των οποίων η ασθένεια δεν μπορεί να θεραπευτεί ή συνεχώς επιδεινώνεται αντιμετωπίζουν καθημερινά πολλές σωματικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές απαιτήσεις (Demerouti et al., 2008). Η συνεχής επαφή με τον πόνο, τη νόσο, την απώλεια λειτουργικότητας, την αβεβαιότητα για την πορεία της ασθένειας και τον επικείμενο θάνατο κάνει την εργασία τους ιδιαίτερα επιβαρυντική (De Lira et al., 2021). Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα στο τέλος της ζωής δεν περιορίζεται μόνο στην εφαρμογή θεραπευτικών ή νοσηλευτικών παρεμβάσεων, αλλά περιλαμβάνει την ανακούφιση των συμπτωμάτων, την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας, την επικοινωνία δύσκολων πληροφοριών και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς έως το τέλος της ζωής του (Rome et al., 2011; De Araújo et al., 2004). Η συνεχής έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε τέτοιες συνθήκες μπορεί να επηρεάσει τη σωματική και ψυχική τους κατάσταση (Buonomo et al., 2022). Η εργασία με ασθενείς τελικού σταδίου είναι συχνά συναισθηματικά δύσκολη για τους επαγγελματίες υγείας (Raijmakers et al., 2021; De Hert et al., 2020). Η φροντίδα αυτών των ασθενών συνδέεται με πόνο, απώλεια, θρήνο και συνεχή ανάγκη υποστήριξης (Pattison et al., 2019). Η συχνή επαφή με τον θάνατο και την επιδείνωση της υγείας μπορεί να προκαλέσει ψυχική κόπωση, αίσθημα αδυναμίας ή απογοήτευσης, καθώς και σταδιακή μείωση της ψυχικής αντοχής (Vachon, 1995). Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι επαγγελματίες που παρέχουν παρηγορική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου αποτελούν ομάδα με αυξημένη ευαισθησία σε φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης, κόπωσης συμπόνιας και μειωμένης επαγγελματικής ευημερίας (Pattison et al., 2019; Raijmakers et al., 2021).

Η επαγγελματική εξουθένωση αφορά ένα σύνδρομο που σχετίζεται με τη χρόνια έκθεση στο εργασιακό στρες και εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν συστηματικά τους διαθέσιμους προσωπικούς και οργανωσιακούς πόρους του εργαζομένου (Selič-Zupančič et al., 2023). Το φαινόμενο περιγράφηκε αρχικά από τον Freudenberger (1974), ενώ στη συνέχεια αναπτύχθηκε εκτενώς από τη Maslach, η οποία ανέδειξε τις βασικές του διαστάσεις, οι οποίες είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση ή η κυνική

αποστασιοποίηση και η μειωμένη αίσθηση προσωπικής επίτευξης (Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1986). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί απλώς ένα ατομικό πρόβλημα του εργαζομένου, αλλά συνδέεται με το ευρύτερο εργασιακό και οργανωσιακό περιβάλλον, τις συνθήκες απασχόλησης, το επίπεδο υποστήριξης, τον φόρτο εργασίας και τη δυνατότητα του επαγγελματία να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις απαιτήσεις του ρόλου του (Demerouti et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016). Στους επαγγελματίες υγείας, η επαγγελματική εξουθένωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι συνέπειές της δεν περιορίζονται μόνο στην ατομική ευημερία του εργαζομένου, αλλά δύνανται να επηρεάσουν και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η εξουθένωση έχει συσχετισθεί με μειωμένη επαγγελματική απόδοση, αυξημένη πιθανότητα λαθών, μειωμένη ενσυναίσθηση, χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών και δυσκολίες στη διεπιστημονική συνεργασία (Zhang et al., 2022). Ειδικότερα, σε περιβάλλοντα φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, όπου απαιτούνται υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, συναισθηματικής σταθερότητας, επαγγελματικής υπευθυνότητας και ηθικής κρίσης, η εξουθένωση μπορεί να υπονομεύσει τόσο τη σχέση επαγγελματία-ασθενούς όσο και την ίδια τη δυνατότητα παροχής ολιστικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας (Dyrbye et al., 2017; De Hert, 2020; Montgomery et al., 2019).

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι πολύ σημαντική για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς δείχνει πόσο θετικά βλέπουν την εργασία τους και τις συνθήκες στις οποίες εργάζονται (Oyama & Fukahori, 2015). Επηρεάζεται από την αμοιβή, το ωράριο, το εργασιακό περιβάλλον, τη στήριξη από συναδέλφους και προϊσταμένους, την αναγνώριση, την ασφάλεια και τις δυνατότητες εξέλιξης (Locke, 1976; Spector, 1997; Judge et al., 2002). Στον χώρο της υγείας, η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με την παραμονή των εργαζομένων στη δουλειά και την ποιότητα της φροντίδας που προσφέρουν (Van Saane et al., 2003; Liu et al., 2016). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής δείχνει πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τη σωματική, ψυχική και κοινωνική του κατάσταση σε σχέση με την υγεία του (Karaferis et al., 2022). Δεν αφορά μόνο την απουσία ασθένειας, αλλά και το πώς νιώθει κάποιος στην καθημερινότητά του, πόσο λειτουργικός είναι, πόσο ψυχικά ισορροπημένος αισθάνεται και πόσο συμμετέχει στην κοινωνική ζωή (Kaplan & Bush, 1982; Karimi & Brazier, 2016). Επιπλέον, ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι βάρδιες, οι δύσκολες αποφάσεις και η επαφή με τον πόνο και τον θάνατο μπορεί να τους επιβαρύνουν σημαντικά (Oyama & Fukahori, 2015; De Lira et al., 2021).

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να εξεταστεί ο βαθμός επίδρασης της φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, στην επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ιατρών και των νοσηλευτών. Το ζήτημα αυτό είναι σημαντικό, καθώς όταν οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται για μεγάλο διάστημα κάτω από πίεση και χωρίς επαρκή υποστήριξη, αυξάνεται ο κίνδυνος εξουθένωσης, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τόσο την υγεία τους όσο και την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας (Dyrbye et al., 2017; De Hert, 2020). Συνεπώς, η βασική υπόθεση είναι ότι η αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και χειρότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθούν τα επίπεδα αυτών των παραγόντων σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομειακά τμήματα της Πάτρας και φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου. Τα αποτελέσματα μπορούν να συμβάλουν στη βιβλιογραφία και να αξιοποιηθούν για παρεμβάσεις πρόληψης της εξουθένωσης και ενίσχυσης της υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε πέντε κεφάλαια, τα οποία ακολουθούν μια λογική και συστηματική πορεία από τη θεωρητική τεκμηρίωση έως την παρουσίαση των συμπερασμάτων. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης. Ειδικότερα, αναλύονται βασικές έννοιες οι οποίες σχετίζονται με τα επαγγέλματα υγείας, όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η επαγγελματική ικανοποίηση, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση συμπόνιας και η κόπωση συμπόνιας. Παράλληλα, γίνεται αναφορά στη μεταξύ τους σχέση και στη σημασία τους για την ευημερία και τη λειτουργικότητα του των επαγγελματιών υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα, το ερευνητικό σχέδιο, το δείγμα, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων και η διαδικασία διεξαγωγής της μελέτης. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στον τρόπο στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Αρχικά παρατίθενται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος και στη συνέχεια αναλύονται τα ευρήματα που προκύπτουν από τις επιμέρους μεταβλητές της μελέτης. Η παρουσίαση γίνεται με τρόπο οργανωμένο, ώστε να αποτυπώνονται με σαφήνεια οι βασικές τάσεις και συσχετίσεις. Στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η συζήτηση των αποτελεσμάτων. Τα ευρήματα ερμηνεύονται σε σχέση με τους στόχους της έρευνας και συγκρίνονται με τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Μέσα από τη συζήτηση

αναδεικνύεται η σημασία των αποτελεσμάτων για την κατανόηση της επαγγελματικής εμπειρίας και της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Στο πέμπτο κεφάλαιο διατυπώνονται τα βασικά συμπεράσματα της εργασίας. Παρουσιάζονται συνοπτικά τα σημαντικότερα ευρήματα, επισημαίνονται οι περιορισμοί της μελέτης και προτείνονται κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα. Το κεφάλαιο ολοκληρώνει την εργασία, αναδεικνύοντας τη συμβολή της μελέτης στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο.

Ουρανία Μπούμπαλη, «Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς τελικού σταδίου στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, στην επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ιατρών και νοσηλευτών σε νοσοκομειακά Τμήματα της Πάτρας»

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. Θεωρητικό Μέρος

1.1. Ορισμός του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) περιγράφεται διεθνώς ως αποτέλεσμα παρατεταμένου εργασιακού στρες, το οποίο δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς με την πάροδο του χρόνου (WHO, 2019). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2019), και τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (ICD-11), η επαγγελματική εξουθένωση δεν θεωρείται ασθένεια, αλλά επαγγελματικό φαινόμενο που σχετίζεται άμεσα με το εργασιακό περιβάλλον. Ορίζεται μέσα από τρεις βασικές διαστάσεις, την έντονη σωματική και ψυχική κόπωση, την αποστασιοποίηση ή τον κυνισμό απέναντι στην εργασία και, τέλος, το αίσθημα μειωμένης επαγγελματικής αποτελεσματικότητας και απόδοσης (WHO, 2019).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης εισήχθη αρχικά από τον Freudenberger (1974), ο οποίος παρατήρησε ότι εργαζόμενοι, κυρίως σε επαγγέλματα φροντίδας και βοήθειας, εμφάνιζαν σταδιακά εξάντληση, απώλεια κινήτρων και συναισθηματική φθορά (Freudenberger, 1974). Ο ίδιος τόνισε ότι το burnout δεν ταυτίζεται με την απλή κόπωση, αλλά αποτελεί μια πιο βαθιά και σύνθετη κατάσταση, η οποία επηρεάζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική λειτουργικότητα του ατόμου (Freudenberger, 1974). Η συμβολή του υπήρξε σημαντική, καθώς ανέδειξε τη σύνδεση της εξουθένωσης με τις υψηλές απαιτήσεις της εργασίας και τη μακροχρόνια έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες (Freudenberger, 1974).

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η επαγγελματική εξουθένωση αντιμετωπίζεται ως ψυχολογικό σύνδρομο που αναπτύσσεται σταδιακά, κυρίως σε επαγγέλματα με έντονη διαπροσωπική αλληλεπίδραση (Maslach & Leiter, 2016). Το τριαδικό μοντέλο της Maslach, που περιλαμβάνει τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση ή κυνισμό και τη μειωμένη αίσθηση προσωπικής επίτευξης, χρησιμοποιείται ευρέως για την κατανόηση και τη μέτρηση του φαινομένου, το οποίο θα αναλυθεί στη συνέχεια (Maslach & Leiter, 2016). Το μοντέλο αυτό υπογραμμίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν αφορά μόνο το άτομο, αλλά

προκύπτει από τη δυναμική αλληλεπίδραση ανάμεσα στον εργαζόμενο και το εργασιακό του περιβάλλον (Maslach & Leiter, 2016).

1.1.1. Τα Χαρακτηριστικά του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας, απορρέει από τη χρόνια έκθεση στο εργασιακό στρες και τα χαρακτηριστικά της μπορούν να διακριθούν σε τρεις διαφορετικές διαστάσεις (De Hert et al., 2020). Πρώτον, τη συναισθηματική εξάντληση, δεύτερον την αποπροσωποποίηση-κυνισμό, και τρίτον το μειωμένο αίσθημα προσωπικής αποτελεσματικότητας και επίτευξης στόχων (De Hert et al., 2020). Η εξουθένωση (burnout) αναγνωρίζεται πλέον και ως μια διαταραχή, γεγονός που υπογραμμίζει τη βαρύτητα και τη σοβαρότητα του, καθώς και τις συνέπειες και τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στο υγειονομικό σύστημα στο σύνολο του (De Hert et al., 2020). Βάση ερευνών, τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλά (Dyrbye et al., 2025). Εκτιμάται ότι περίπου ένας στους τρεις ιατρούς εμφανίζει χαρακτηριστικά και συμπτώματα εξουθένωσης σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της καριέρας του, ενώ σε ορισμένες μελέτες τα συμπτώματα εξουθένωσης υπερβαίνουν το 50% των ιατρών και εμφανίζονται σε αντίστοιχα υψηλά επίπεδα και στους νοσηλευτές, πράγμα το οποίο θεωρείται εξαιρετικά κρίσιμο να διερευνηθεί και να αντιμετωπισθεί (Dyrbye et al., 2025).

Σε ατομικό επίπεδο, η εξουθένωση συνοδεύεται από σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα/χαρακτηριστικά, όπως η χρόνια κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, οι πονοκέφαλοι, η ευερεθιστότητα, διάφορα καταθλιπτικά συμπτώματα, η χρήση ουσιών και ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονικού ιδεασμού (O' Brien & Canning, 2024). Σε δείγμα επαγγελματιών που εργάζονται σε υπηρεσίες επαγγελματικής υγείας, περίπου το 70% παρουσίασαν εξουθένωση, με την πλειονότητα να αναφέρει σημαντικά και σοβαρά σωματικά συμπτώματα και σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση (O' Brien & Canning, 2024). Πιο αναλυτικά, η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας εμφανίζεται σε ατομικό επίπεδο ως ένα σύνδρομο που εκδηλώνεται κλινικά μέσα από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση/κυνισμό και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης, ως αποτέλεσμα της χρόνιας έκθεσης σε έντονο εργασιακό στρες και σύνθετες επαγγελματικές απαιτήσεις (Bridgeman et al., 2018). Στην καθημερινότητα της εργασίας τους, οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν συνεχή πίεση χρόνου, συγκρουόμενους ρόλους, περιορισμένο έλεγχο επί του προγράμματος και των διαδικασιών που πρέπει να ολοκληρωθούν, καθώς και έντονη ψυχική κόπωση, που οδηγούν σταδιακά σε αίσθημα απώλειας νοήματος από την εργασία και απογοήτευση (Bridgeman et al., 2018).

Ακόμη, η αποπροσωποποίηση, δηλαδή η απόσταση, ο κυνισμός και η ψυχρή στάση απέναντι στους ασθενείς, συνδέεται στενά με διαστάσεις της ενσυναίσθησης (Delgado et al., 2023). Έτσι, όταν η ικανότητα λήψης αποφάσεων και της συναισθηματικής εμπλοκής σε αυτές διαταράσσεται, ο επαγγελματίας υιοθετεί αμυντικά, αποστασιοποιημένα πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία αποτελούν μια τυπική έκφραση της εξουθένωσης (Delgado et al., 2023). Παράλληλα, το μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης εκδηλώνεται ως διάχυτη πεποίθηση ότι ό,τι και να κάνουν ποτέ δεν αρκεί, συνοδευόμενη από αμφιβολίες για την επαγγελματική επάρκεια και τη χρησιμότητα της προσφερόμενης φροντίδας (Delgado et al., 2023).

Ιδιαίτερα κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, οι εκδηλώσεις της εξουθένωσης έγιναν πιο έντονες (Leo et al., 2021). Οι επαγγελματίες υγείας στην πρώτη γραμμή βίωσαν ακραία σωματική και ψυχική κόπωση, λόγω παρατεταμένων βαρδιών, συνεχών ηθικών διλημμάτων (αποφάσεις ζωής-θανάτου με ελλιπή πρωτόκολλα και πόρους), επαναλαμβανόμενης απώλειας ασθενών και συναδέλφων και διαρκούς φόβου μόλυνσης για τους ίδιους και τις οικογένειές τους (Leo et al., 2021). Σε αυτό το πλαίσιο, η εξουθένωση εμφανίστηκε με έντονη συναισθηματική εξάντληση, αυξημένη ευερεθιστότητα, αίσθημα μουδιάσματος απέναντι στον ανθρώπινο πόνο και συμπτώματα που προσεγγίζουν τη ηθική βλάβη, καθώς οι επαγγελματίες ένιωθαν ότι αδυνατούν να προσφέρουν την επιθυμητή ποιότητα φροντίδας (Leo et al., 2021).

Επιπροσθέτως, επαγγελματίες που παρείχαν φροντίδα σε ασθενείς με COVID-19, είχαν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης σε όλες τις διαστάσεις του, όπως σημαντικά αυξημένη συναισθηματική εξάντληση, υψηλή αποπροσωποποίηση και έντονη αίσθηση μειωμένης προσωπικής επίτευξης (Jalili et al., 2021). Διαπιστώνονται επίσης διαφοροποιήσεις ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα και το πλαίσιο εργασίας, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα και στις τρεις διαστάσεις, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πανδημία λειτούργησε ως επιταχυντής ήδη υπάρχουσών δυσλειτουργιών (Jalili et al., 2021). Συνολικά, κατά την COVID-19, η εξουθένωση εκδηλώθηκε ως συνδυασμός έντονης ψυχοσωματικής κόπωσης, κυνισμού, συναισθηματικής αποστασιοποίησης και βαθιάς αίσθησης ανεπάρκειας, με άμεσες συνέπειες στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας και στη βιωσιμότητα των συστημάτων φροντίδας (Jalili et al., 2021).

1.1.2. Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν προκύψει από την ανάγκη διερεύνηση της, και επιχειρούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο μέσα από τη συνεχή και αμφίδρομη αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και το εργασιακό του περιβάλλον (Maslach & Jackson, 1986). Κοινό στοιχείο σε όλα τα μοντέλα είναι ότι η εξουθένωση δε στηρίζεται σε ένα μόνο παράγοντα, αλλά σε πολλούς, όπως τη συσσώρευση επαγγελματικών απαιτήσεων, συναισθηματικών φορτίων, οργανωσιακών περιορισμών και προσωπικών προσδοκιών (Maslach & Jackson, 1986). Παρακάτω θα αναλυθούν τα κυριότερα μοντέλα:

1.1.2.1. Το Διαδραστικό Μοντέλο του Cherniss

Μία από τις πιο επιδραστικές θεωρητικές προσεγγίσεις είναι το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss, το οποίο ερμηνεύει την εξουθένωση ως μια εξελικτική διαδικασία (Maslach, 1982). Ο ίδιος προτείνει ότι η εξουθένωση ξεκινά με μια φάση απλού εργασιακού στρες, όταν δηλαδή οι διαθέσιμοι πόροι του επαγγελματία δεν επαρκούν για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου του (Maslach, 1982). Εφόσον αυτή η ανισορροπία επιμένει για καιρό, εμφανίζεται η φάση της εξάντλησης, κατά την οποία ο εργαζόμενος βιώνει συναισθηματική κόπωση, αίσθηση υπερφόρτωσης, μειωμένο ενδιαφέρον και απουσία κινήτρων (Maslach, 1982). Τελικό στάδιο αποτελεί η αμυντική κατάληξη, όπου ο επαγγελματίας υιοθετεί στρατηγικές απόσυρσης, αποστασιοποίησης και κυνισμού προκειμένου να προστατεύσει τον εαυτό του από περαιτέρω ψυχική επιβάρυνση (Maslach, 1982). Το μοντέλο αυτό αναδεικνύει την προοδευτική διάσταση της εξουθένωσης, υπογραμμίζοντας ότι η αντιμετώπιση πρέπει να εστιάζει στην πρόληψη πριν η διαδικασία καταστεί μη αναστρέψιμη (Maslach, 1982).

1.1.2.2. Το Μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Οι Edelwich και Brodsky προσεγγίζουν την επαγγελματική εξουθένωση μέσα από μια σειρά τεσσάρων διαδοχικών φάσεων που χαρακτηρίζουν την επαγγελματική πορεία του ατόμου. Η διαδικασία ξεκινά με τον ενθουσιασμό, όπου ο εργαζόμενος επενδύει υπερβολικά στην εργασία του, συχνά με μη ρεαλιστικές προσδοκίες (Edelwich et al., 1980). Στη συνέχεια, εμφανίζεται η αμφιβολία και η αδράνεια, όταν ο επαγγελματίας αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι η πραγματικότητα της εργασίας δεν ανταποκρίνεται στις αρχικές του προσδοκίες (Edelwich et al., 1980). Εάν αυτή η διάψευση επιβεβαιωθεί και συνεχιστεί, ακολουθεί το στάδιο της απογοήτευσης και ματαιώσης, όπου η εργασιακή δραστηριότητα χάνει το νόημα της και εμφανίζονται σημάδια έντονης ψυχικής φθοράς του ατόμου (Edelwich et al., 1980). Το τελικό

στάδιο είναι η απάθεια, όπου ο εργαζόμενος αποσύρεται συναισθηματικά, περιορίζει στο ελάχιστο την προσπάθειά του και διατηρεί μια τυπική, διεκπεραιωτική επαγγελματική παρουσία (Edelwich et al., 1980).

1.1.2.3. Το Μοντέλο της Pines

Η Pines και οι συνεργάτες της, υιοθέτησαν μια περισσότερο ανθρωπιστική και λιγότερο πολυδιάστατη προσέγγιση, αναλαμβάνόμενοι την εξουθένωση ως ενιαία κατάσταση βαθιάς σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από παρατεταμένη έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Edelwich et al., 1980). Σε αντίθεση με άλλα μοντέλα, η Pines δεν περιορίζει την εξουθένωση σε επαγγελματικά πλαίσια φροντίδας, αλλά την επεκτείνει και σε κοινωνικούς και οικογενειακούς ρόλους, προτείνοντας ένα μονοδιάστατο εργαλείο μέτρησης (Burnout Measure), το οποίο αποδίδει μια συνολική βαθμολογία εξουθένωσης (Edelwich et al., 1980).

1.1.2.4. Το Μοντέλο των Τριών Διαστάσεων της Maslach

Το μοντέλο της Maslach, ίσως το πιο αναγνωρισμένο διεθνώς, προσεγγίζει την εξουθένωση ως ένα σύνδρομο που αποτελείται από τρεις κύριες διαστάσεις, τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικής επίτευξης. Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στη μείωση της ψυχικής και σωματικής ενέργειας (Benson et al., 1974). Η αποπροσωποποίηση εκδηλώνεται ως αποστασιοποίηση και κυνισμός προς τους ασθενείς, με υιοθέτηση απρόσωπων μορφών αλληλεπίδρασης (Benson et al., 1974). Η τρίτη διάσταση, η μειωμένη προσωπική επίτευξη, περιγράφει το αίσθημα ανεπάρκειας και υποβάθμισης της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας (Benson et al., 1974). Το μοντέλο αυτό αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου Maslach Burnout Inventory, το οποίο κυριαρχεί έως σήμερα στην αξιολόγηση της εξουθένωσης (Benson et al., 1974).

1.1.3. Μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Η πολυπλοκότητα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων. Ενδεικτικά:

Το Maslach Burnout Inventory (MBI) των Maslach & Jackson (1986). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις που αξιολογούν τις τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις του συνδρόμου, δηλαδή τη συναισθηματική εξουθένωση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, είναι το πιο γνωστό στη διεθνή βιβλιογραφία

(Schaufeli, 2017). Παρόλο που αρχικά σχεδιάστηκε αποκλειστικά για επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών προς τον άνθρωπο, η εξέλιξή του στα μέσα της δεκαετίας του '90 επέτρεψε την εφαρμογή του σε όλο το φάσμα των επαγγελμάτων, καθιστώντας το, το πλέον αναγνωρισμένο εργαλείο από την επιστημονική κοινότητα (Schaufeli, 2017). Παρά τη δημοτικότητα του MBI, αναπτύχθηκαν και άλλες εναλλακτικές προσεγγίσεις για να καλύψουν διαφορετικές ερευνητικές ανάγκες.

Το Copenhagen Burnout Inventory (CBI) εισήχθη από τους Kristensen et al. (2005), ως μια πιο απλή και στοχευμένη λύση, εστιάζοντας στην κόπωση και την εξουθένωση ως κεντρικό πυρήνα (Kristensen et al., 2005). Το CBI καινοτομεί διαχωρίζοντας την εξουθένωση σε τρία επίπεδα, την προσωπική (που μπορεί να βιώσει ακόμη και ένας μη εργαζόμενος), την εργασιακή και εκείνη που σχετίζεται με την αλληλεπίδραση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών (Kristensen et al., 2005).

Επιπλέον, το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) προτείνει μια διαφορετική δομή, εστιάζοντας στις διαστάσεις της εξουθένωσης και της αποδέσμευσης από την εργασία (Demerouti et al., 2008). Το OLBI θεωρεί ότι η έλλειψη επιτευγμάτων είναι αποτέλεσμα και όχι συστατικό του συνδρόμου, ενώ περιλαμβάνει τόσο θετικά όσο και αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις για να αποφευχθεί η μεροληψία των απαντήσεων, καλύπτοντας σωματικές και γνωστικές πτυχές της κόπωσης (Demerouti et al., 2008).

Τέλος, εργαλεία όπως το Burnout Measure (BM) των Pines και Aronson (1983) επικεντρώνονται μονοδιάστατα στη συναισθηματική εξάντληση, προσφέροντας μια πιο συμπυκνωμένη εικόνα του φαινομένου όταν οι ερευνητές επιθυμούν να μετρήσουν κυρίως την ψυχολογική πίεση (Pines & Aronson, 1983).

1.1.4. Παράγοντες ανάπτυξης και επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολλές και αφορούν τόσο τους ίδιους τους επαγγελματίες όσο και τα συστήματα υγείας αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς (Παϊλας, 2024). Η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας έχει βαθιές και πολύπλευρες επιπτώσεις στην ψυχική, σωματική και κοινωνική τους λειτουργία (Παϊλας, 2024). Σε προσωπικό επίπεδο, η χρόνια συναισθηματική και σωματική κόπωση οδηγεί σε αισθήματα εξάντλησης, απογοήτευσης και απομάκρυνσης από τον επαγγελματικό ρόλο (Παϊλας, 2024). Οι επαγγελματίες συχνά νιώθουν ότι δεν έχουν κάτι άλλο να δώσουν και ότι δεν μπορούν πλέον να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας καθώς και ότι ίσως έχουν χάσει την ευαισθησία και την ανθρωπιά που κάποτε χαρακτήριζαν την επαγγελματική τους

ταυτότητα (Παϊλας, 2024). Αυτό συνοδεύεται από έντονη ενοχή, τόσο προς τον εαυτό όσο και προς τους ασθενείς και τους συναδέλφους που επικρίνουν ή δεν κατανοούν τη στάση τους (Παϊλας, 2024).

Η εξουθένωση επηρεάζει επίσης σημαντικά και την κοινωνική και οικογενειακή ζωή (Παϊλας, 2024). Η αυξημένη ευερεθιστότητα, η τάση απομόνωσης και η συναισθηματική απόσταση οδηγούν σε εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, σε φθορά του υποστηρικτικού δικτύου και σε μείωση της διάθεσης (Παϊλας, 2024). Η ψυχρή ή αποστασιοποιημένη συμπεριφορά συχνά παρερμηνεύεται από το περιβάλλον ως αδιαφορία, ενώ στην πραγματικότητα λειτουργεί ως μηχανισμός αυτοπροστασίας απέναντι στην υπερβολική ψυχική φόρτιση που βιώνεται στον χώρο εργασίας (Παϊλας, 2024).

Σε επαγγελματικό επίπεδο, η εξουθένωση συνδέεται με μειωμένη ποιότητα κλινικής φροντίδας, αυξημένη πιθανότητα ιατρικών σφαλμάτων, χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών, επιδείνωση της επικοινωνίας με ασθενείς και συναδέλφους, καθώς και αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων και ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων (Montgomery et al., 2019). Βάση αυτού, έχει διαπιστωθεί ότι τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και εξουθένωσης σε μονάδες εντατικής θεραπείας σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα και παράλληλα χαμηλότερη ποιότητα ομαδικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών, ακόμη και όταν ελέγχονται οι δείκτες φόρτου εργασίας (Montgomery et al., 2019).

Άλλες επιπτώσεις της εξουθένωσης είναι η δυσκολία συγκέντρωσης, συχνές παραλείψεις και αυξημένες λανθασμένες εκτιμήσεις ή ατυχήματα (Dima, 2025). Η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς οδηγούν σε μειωμένη ενσυναίσθηση και επαγγελματική κόπωση, με άμεση υποβάθμιση της ποιότητας της φροντίδας, αύξηση των σφαλμάτων και περιορισμό της ουσιαστικής επικοινωνίας με τους ασθενείς (Dima, 2025).

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει εξαιρετικά σημαντικές επιπτώσεις και την υγεία των επαγγελματιών υγείας (Selič-Zupančič et al., 2023). Τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης σχετίζονται με επιδείνωση της συνολικής σωματικής και ψυχικής υγείας, ενώ η παρουσία συμπονετικών σχέσεων στον χώρο εργασίας μπορεί να μετριάσει εν μέρει αυτές τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία (Buonomo et al., 2022). Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας με σημάδια εξουθένωσης αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, άγχους και δυσφορίας, αλλά και ότι η στοχευμένη ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να βελτιώσει τους

δείκτες ευημερίας, γεγονός που υποδηλώνει το βάθος της αρνητικής επίδρασης της εξουθένωσης στην ψυχική κατάσταση των εργαζομένων (Selič-Zupančič et al., 2023).

1.1.5. Η επαγγελματική εξουθένωση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς τελικού σταδίου στα νοσοκομεία

Η φροντίδα ασθενών με ασθένειες σε τελικό στάδιο, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος, αποτελεί μία από τις πιο απαιτητικές προκλήσεις για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς η καθημερινή επαφή με το θάνατο επηρεάζει άμεσα την σωματική και ψυχική υγεία, την ψυχική ανθεκτικότητα των θεραπειών (Buonomo et al., 2022). Σύμφωνα με τους Seo & Yeom (2023), η επάρκεια στη φροντίδα του τέλους της ζωής αποτελεί καθοριστικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση του συνδρόμου. Νοσηλευτές που αισθάνονται ανεπαρκείς στις δεξιότητες που απαιτούνται για τη διαχείριση ασθενών τελικού σταδίου παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, ενώ τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν κατά τη λήψη αποφάσεων επιβαρύνουν περαιτέρω την ψυχολογική τους κατάσταση (Seo & Yeom, 2023).

Επιπλέον, η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας του κάθε θεραπευτή αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας προστασίας απέναντι στην εξουθένωση. Οι Zheng et al. (2022) επισημαίνουν ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης ενός νοσηλευτή στις ικανότητές του να διαχειριστεί το θάνατο, σε συνδυασμό με αρνητικές στάσεις απέναντι στη θνητότητα, οδηγεί συχνά σε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Μάλιστα, η έρευνά τους ανέδειξε ότι οι νεότεροι νοσηλευτές με λιγότερη κλινική εμπειρία και ελλιπή εκπαίδευση στην ανακουφιστική φροντίδα είναι οι πλέον ευάλωτοι στην εμφάνιση του συνδρόμου (Zheng et al., 2022).

Αντίθετα, οι Pattison et al. (2019) παρατηρούν ότι σε εξειδικευμένα κέντρα καρκίνου, τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης μπορεί να παραμένουν χαμηλά, εάν υπάρχουν ισχυροί υποστηρικτικοί μηχανισμοί. Η μελέτη τους τονίζει τη σημασία των διαδικασιών αποφόρτισης και της διαχείρισης της συναισθηματικής ευεξίας, καθώς και την ανάγκη για συζήτηση δύσκολων περιστατικών θανάτου. Όταν οι επαγγελματίες νιώθουν ότι η ομάδα τους τους αξιολογεί και τους στηρίζει, η αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος παραμένει υψηλή, λειτουργώντας καταλυτικά στην αποπροσωποποίηση (Pattison et al., 2019).

Τέλος, η ανασκόπηση της Vachon (1995), αν και παλιά είναι πολύ σημαντική να αναφερθεί, καθώς υπογραμμίζει ότι η εξουθένωση στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας δεν είναι καθολική. Παρόλο που οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν σοβαρούς κινδύνους όπως άγχος, κατάθλιψη ή δυσκολία διαχείρισης του πένθους, το στρες συχνά οφείλεται περισσότερο

σε οργανωσιακά προβλήματα και στον υπερβολικό φόρτο εργασίας παρά στην επαφή με το θάνατο αυτή καθ' αυτή. Η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία για τον μετριασμό των πιέσεων που δέχεται το προσωπικό (Vachon, 1995).

1.1.6. Προϋπάρχουσα έρευνα

Η έρευνα των Dijxhoorn et al. (2021) διερεύνησε τον επιπολασμό της εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας ανακουφιστικής φροντίδας και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας σχετικών παρεμβάσεων. Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (2008-2020) σε βάσεις δεδομένων (PubMed, PsycInfo), καταλήγοντας σε 59 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ποιότητας. Αποτελέσματα: Τα ποσοστά εξουθένωσης κυμάνθηκαν από 3% έως 66%, χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Αξιοσημείωτο είναι ότι το προσωπικό σε γενικά νοσοκομειακά πλαίσια εμφάνισε υψηλότερη εξουθένωση από ό,τι σε εξειδικευμένες μονάδες. Παρεμβάσεις όπως ο διαλογισμός, η εκπαίδευση στην επικοινωνία και η εποπτεία μέσω τέχνης έδειξαν θετικά αποτελέσματα στη μείωση των συμπτωμάτων (Dijxhoorn et al., 2021). Ενδεικτικά έρευνες δείχνουν τα εξής:

Η έρευνα των Zhang et al. (2022) εξέτασε τα επίπεδα και τους παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση σε νοσηλευτές ανακουφιστικής φροντίδας στην Κίνα, εστιάζοντας στην κοινωνική υποστήριξη και την ψυχική ανθεκτικότητα. Πραγματοποιήθηκε συγχρονική έρευνα σε 331 νοσηλευτές από 25 νοσοκομεία. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για την εξουθένωση (Nursing Burnout Scale), την αυτοαποτελεσματικότητα και την ψυχική ανθεκτικότητα (CD-RISC). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα, η καλή κατάσταση υγείας και οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) συνδέονται αρνητικά με την εξουθένωση. Επιπλέον, η εκπαίδευση στη φροντίδα του τέλους της ζωής, η ικανοποίηση από το μισθό και η κοινωνική υποστήριξη αναδείχθηκαν ως κρίσιμοι παράγοντες προστασίας, εξηγώντας σημαντικό μέρος της διακύμανσης και στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου (Zhang et al., 2022).

Η έρευνα των Somasundaram et al. (2024) διερεύνησε τον αντίκτυπο που έχει στους ογκολόγους η μετάβαση των ασθενών από τη θεραπευτική στην ανακουφιστική φροντίδα και πώς αυτό επηρεάζει την επαγγελματική τους ταυτότητα. Πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με 12 ογκολόγους. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της ποιοτικής ανάλυσης βάσει του θεωρητικού πλαισίου Ring Theory of Personhood (RToP). Οι ογκολόγοι βιώνουν ηθική δυσφορία και αμφισβήτηση του εαυτού τους κατά τη μετάβαση των ασθενών

στο τελικό στάδιο. Οι κυριότεροι μηχανισμοί αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τον αναστοχασμό, την υποστήριξη από συναδέλφους και την αυτοφροντίδα, στοιχεία που τους βοηθούν να επαναπροσδιορίσουν τη δέσμευσή τους στο επάγγελμα (Somasundaram et al., 2024).

Ο Ghazwani (2018) αξιολόγησε τον επιπολασμό και τους παράγοντες κινδύνου εξουθένωσης σε ιατρούς ανακουφιστικής φροντίδας στη Σαουδική Αραβία. Συγχρονική μελέτη σε 44 ιατρούς χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI). Τα επίπεδα εξουθένωσης ήταν σχετικά χαμηλά (18.2% για συναισθηματική εξάντληση και 25% για αποπροσωποποίηση). Ωστόσο, η έλλειψη διοικητικής υποστήριξης, η ανεπάρκεια βοηθητικού προσωπικού και η περιορισμένη πρόσβαση σε παυσίπονα φάρμακα αναδείχθηκαν ως σημαντικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου (Ghazwani, 2018).

Οι Molebatsi et al. (2024) εστίασαν είχαν ως στόχο να προσδιορίσουν τον επιπολασμό και τους παράγοντες που σχετίζονται με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού σε γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Μποτσουάνα. Διενεργήθηκε μια συγχρονική έρευνα σε 249 νοσηλευτές. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI), η έρευνα εργασιακής ικανοποίησης (Job Satisfaction Survey) και το εργαλείο OCEAN-20 για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Η ανάλυση περιέλαβε παλινδρόμηση για τον προσδιορισμό των παραγόντων που προβλέπουν την εξουθένωση. Η έρευνα κατέγραψε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εξουθένωσης: 65,7% για τη συναισθηματική εξάντληση, 56,9% για την αποπροσωποποίηση και 54% για τη μειωμένη προσωπική επίτευξη. Η συναισθηματική εξάντληση προβλέφθηκε σημαντικά από την εργασία σε γενικό νοσοκομείο, το υψηλό επίπεδο νευρωτισμού, τις κακές συνθήκες λειτουργίας και την ελλιπή επικοινωνία. Η αποπροσωποποίηση συνδέθηκε επίσης με τον νευρωτισμό, ενώ η μειωμένη προσωπική επίτευξη επηρεάστηκε από τον χρόνο προϋπηρεσίας στο τρέχον νοσοκομείο και το χαρακτηριστικό της συγκαταβατικότητας. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τόσο το εργασιακό περιβάλλον όσο και τα ατομικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών (Molebatsi et al., 2024).

1.2. Ορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Η έννοια της σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (ΣΥΠΖ) αποτελεί ένα πολυδιάστατο επιστημονικό κατασκεύασμα που στοχεύει στον διαχωρισμό της γενικής ποιότητας ζωής από τις πτυχές εκείνες που επηρεάζονται άμεσα από την κατάσταση της υγείας του ατόμου (Υφαντόπουλος, 2007, Karimi & Brazier, 2016). Παρά τη συχνή εναλλακτική χρήση των όρων, η ΣΥΠΖ εστιάζει αποκλειστικά στην υποκειμενική αντίληψη της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (Υφαντόπουλος, 2007). Όπως επισημαίνουν οι Karimi & Brazier (2016), η σαφής διάκριση μεταξύ υγείας και ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη, καθώς πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν λανθασμένα τους όρους αυτούς ως ταυτόσημους, ενώ στην πραγματικότητα η ΣΥΠΖ αφορά τον τρόπο με τον οποίο η υγεία επιδρά εμπειρικά στην προσωπική ικανοποίηση (Karimi & Brazier, 2016). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Patrick και Erickson (1993), η ΣΥΠΖ ορίζεται ως η λειτουργικότητα στις βασικές διαστάσεις της ζωής, λαμβάνοντας υπόψη την προσωπική εκτίμηση της ευεξίας από το ίδιο το άτομο. Η προσέγγιση αυτή ενισχύεται από το μοντέλο των Kaplan και Bush (1982), οι οποίοι θέτουν ως άξονες την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης και την ικανότητα του ατόμου να επιτυγχάνει τους στόχους του παρά τους περιορισμούς της υγείας του. Αντίστοιχα, οι Wilson και Cleary (1995) τονίζουν ότι ο όρος αφορά την ικανοποίηση από παραμέτρους της ζωής που εμπίπτουν στο πλαίσιο των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, διαφοροποιώντας την έτσι από εξωγενείς παράγοντες όπως το περιβάλλον ή το βιοτικό επίπεδο.

Στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, ο οργανισμός CDC (Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών) ορίζει τη ΣΥΠΖ ως την αντιλαμβανόμενη σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου ή μιας ομάδας με την πάροδο του χρόνου. Αυτός ο ορισμός επιτρέπει στις υγειονομικές αρχές να αξιολογούν το φορτίο των ασθενειών και να διαμορφώνουν πολιτικές που στοχεύουν στη βελτίωση της καθημερινότητας των πολιτών (Υφαντόπουλος, 2007). Επιπλέον, η ΣΥΠΖ είναι μια αποκλειστικά προσωπική αντίληψη της επίδρασης που επιφέρει η νόσος, διακρίνοντας τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις, τη σωματική λειτουργικότητα, την ψυχολογική ευεξία (αυτοσεβασμός, ευτυχία) και την κοινωνική προσαρμογή (επαγγελματικές και κοινωνικές σχέσεις) (Υφαντόπουλος, 2007).

Η ΣΥΠΖ προσφέρει έναν συγκριτικό τρόπο αξιολόγησης των επιπτώσεων που έχουν διαφορετικές παρεμβάσεις, οργανωτικές πρακτικές ή συνθήκες εργασίας στην καθημερινότητα και την ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού (Υφαντόπουλος, 2007). Η μέτρησή της θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μετατοπίζει το ενδιαφέρον από την απλή

καταγραφή σωματικών ή ψυχολογικών επιβαρύνσεων προς μια πιο ολιστική προσέγγιση της επαγγελματικής και προσωπικής ζωής των νοσηλευτών/τριών (Κάβουρα κ.ά., 2003).

1.2.1. Χαρακτηριστικά της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Η ΣΥΠΖ αποτελεί μια έννοια πολυδιάστατη, υποκειμενική και ευμετάβλητη, η οποία αντικατοπτρίζει τον τρόπο με τον οποίο η υγεία επιδρά στην καθημερινότητα του ατόμου. Σύμφωνα με τους Gill & Feinstein (1994), η πολυδιάστατη φύση της ΣΥΠΖ δομείται πάνω σε πέντε βασικές διαστάσεις, τη λειτουργική, τη σωματική, τη συναισθηματική, την πνευματική και την κοινωνική διάσταση (Gill & Feinstein, 1994). Περιλαμβάνει επίσης ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων που εκτείνονται από τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου και τη σωματική κατάσταση έως την ψυχική ευημερία, την κοινωνική υποστήριξη και την ικανοποίηση από τη ζωή (Gill & Feinstein, 1994). Επιπλέον, οι Young και Longman (1983) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής συνδέεται άρρηκτα με τον βαθμό ικανοποίησης από τις συνθήκες διαβίωσης, περιλαμβάνοντας διαστάσεις όπως η οικογένεια, ο γάμος, η απασχόληση και το βιοτικό επίπεδο (Young & Longman, 1983). Οι διαστάσεις αυτές αναδεικνύουν την προσωπική εξέλιξη και το αίσθημα του ανήκειν, διαμορφωμένα μέσα από τα βιώματα του ατόμου (Young & Longman, 1983). Η μέτρηση της ποιότητας ζωής βασίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες δεικτών, τους υποκειμενικούς και τους αντικειμενικούς (Σαρρής, 2001). Η υποκειμενική διάσταση, όπως επισημαίνει ο Σαρρής (2001), αφορά το προσωπικό αίσθημα ευημερίας και την ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από το περιβάλλον του (Σαρρής, 2001). Αξιολογείται άμεσα από το άτομο με βάση τους προσωπικούς του στόχους, τα συναισθήματα και την προσπάθεια που καταβάλλει για να επιτύχει τις επιδιώξεις του (Σαρρής, 2001). Αντίθετα, η αντικειμενική διάσταση περιλαμβάνει κοινωνικούς δείκτες, όπως οι οικονομικές εξελίξεις, το φυσικό περιβάλλον, τα ατομικά δικαιώματα και η υγειονομική κατάσταση ενός τόπου (Σαρρής, 2001). Η υποβάθμιση οποιουδήποτε από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συνολική κοινωνική ευημερία (Σαρρής, 2001).

Η ΣΥΠΖ δείχνει επίσης την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ποιότητα ζωής δεν είναι μια μονοσήμαντη μέτρηση, αλλά δομείται σε συγκεκριμένα πεδία (domains) που καλύπτουν όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης (Τσιμπερίδου, 2005). Συγκεκριμένα, η επιστημονική κοινότητα διακρίνει έξι βασικά πεδία, εκ των οποίων τα τέσσερα πρώτα συνθέτουν τον πυρήνα της ΣΥΠΖ, καθώς επηρεάζονται άμεσα από ιατρικές παρεμβάσεις και την εξέλιξη μιας νόσου (Τσιμπερίδου, 2025): α) Σωματική Υγεία: Περιλαμβάνει την αίσθηση

της ενέργειας, τα επίπεδα κόπωσης, τον πόνο και την ποιότητα του ύπνου, β) Ψυχολογική Κατάσταση: Εστιάζει στην αυτοεκτίμηση, τη σωματική εικόνα, τη γνωστική λειτουργία (μάθηση, συγκέντρωση) και την ισορροπία μεταξύ θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. γ) Επίπεδο Ανεξαρτησίας: Αφορά την κινητικότητα του ατόμου, την ικανότητα για εργασία, τη διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων και την πιθανή εξάρτηση από φαρμακευτική αγωγή. δ) Κοινωνικές Σχέσεις: Αξιολογεί τις προσωπικές επαφές, το αίσθημα κοινωνικής υποστήριξης και τη σεξουαλική ζωή. Αντιθέτως, τα πεδία που αφορούν το Εξωτερικό Περιβάλλον (οικονομικοί πόροι, ασφάλεια, ελευθερία, περιβαλλοντικές συνθήκες) και τις Ατομικές Πεποιθήσεις (θρησκεία, πνευματικότητα), αν και καθορίζουν τη γενική ποιότητα ζωής, συνήθως δεν μεταβάλλονται άμεσα από κλινικές πράξεις ή φάρμακα (Τσιμπερίδου, 2025). Αυτός ο διαχωρισμός επιτρέπει στους ερευνητές να εστιάσουν στην Σχετιζόμενη με την Υγεία ποιότητα ζωής, η οποία λειτουργεί ως ένας εξαιρετικά αξιόπιστος δείκτης της συνολικής κατάστασης ενός ατόμου (Τσιμπερίδου, 2025).

Σύμφωνα με τους Olsson et al. (2023), η συνδυαστική αξιολόγηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας συμβάλλει στην πληρέστερη αποτύπωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας των νοσηλευτών και των γιατρών, αναδεικνύοντας πτυχές της καθημερινής τους εμπειρίας που δεν αποτυπώνονται επαρκώς από τις κλασικές μετρήσεις υγείας. Επιπλέον, η μελέτη της ΣΥΠΖ πρέπει να στηρίζεται σε σημαντικά θεωρητικά μοντέλα. Όπως υποστηρίζουν οι Ojelabi et al. (2017), η χρήση τέτοιων εννοιολογικών πλαισίων είναι απαραίτητη για την κατανόηση των αλληλεξαρτήσεων μεταξύ των διαφόρων διαστάσεων (Ojelabi et al., 2017).

Κεντρικό ρόλο στην κατανόηση της έννοιας αυτής παίζει και ο ορισμός του Parsons (1979), ο οποίος περιγράφει την ποιότητα ζωής ως μια κατάσταση ευεξίας που πηγάζει από την ικανότητα του ατόμου να επιτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, και δεν διαφέρει πολύ από τα προηγούμενα πεδία. Η ευεξία αυτή δεν είναι μόνο σωματική, αλλά περιλαμβάνει την ψυχολογική και κοινωνική ισορροπία (Parsons, 1979). Αναλυτικότερα, οι διαστάσεις της ΣΥΠΖ περιλαμβάνουν: α) Σωματική διάσταση: Αφορά την υποκειμενική αντίληψη της φυσικής κατάστασης και των συμπτωμάτων. Η εξάντληση ή οι παρενέργειες μιας θεραπείας βιώνονται συγκεντρωτικά, επηρεάζοντας άμεσα τη θεώρηση για την υγεία του (Μπελλάλη, 2014). β) Λειτουργική διάσταση: Σχετίζεται με την ικανότητα εκτέλεσης προσωπικών αναγκών και κοινωνικών ρόλων (π.χ. ατομική υγιεινή, εργασία) (Μπελλάλη, 2014). Αν και συνδέεται με τη σωματική κατάσταση, η λειτουργικότητα μπορεί να δρα ανεξάρτητα, καθώς

αφορά την αυτονομία του ατόμου εντός και εκτός σπιτιού (Μπελλάλη, 2014). γ) Συναισθηματική διάσταση: Συνδέεται άρρηκτα με τη σωματική ευεξία. Η μειωμένη λειτουργικότητα συχνά προκαλεί δυσφορία, άγχος ή κατάθλιψη, ενώ η υψηλή αυτοεκτίμηση και η προσαρμοστικότητα αποτελούν το κλειδί για τη διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής (Μπελλάλη, 2014). δ) Κοινωνική διάσταση: Περιλαμβάνει την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, την κοινωνική υποστήριξη και τη συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Cella, 1994).

1.2.2. Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Η κατανόηση των εργαλείων μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (ΣΥΠΖ) είναι καθοριστική για την παρούσα εργασία, καθώς η έννοια αυτή αναδεικνύει την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική του κατάσταση (World Health Organization, 2014). Η πολυπλοκότητα της υγείας έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη τεσσάρων κύριων μεθοδολογικών προσεγγίσεων για την αξιολόγησή και τη μέτρηση της (World Health Organization, 2014). Η βιοϊατρική μέθοδος εστιάζει στην υγεία ως βιολογικό φαινόμενο και συμπτωματολογία (Morris, 1975), ενώ η λειτουργική προσέγγιση επεκτείνει αυτή την οπτική εξετάζοντας πώς οι δυσλειτουργίες επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες (Υφαντόπουλος, 2001). Η πολιτισμική προσέγγιση εισάγει την έννοια του κοινωνικού στίγματος και της υποκειμενικής ερμηνείας της ασθένειας βάσει κοινωνικών χαρακτηριστικών, ενώ η οικονομική προσέγγιση αποτιμά την υγεία με όρους χρησιμότητας και ωφέλειας (Υφαντόπουλος, 2001). Σήμερα, η αξιολόγηση αυτή πραγματοποιείται μέσω τυποποιημένων ερωτηματολογίων που διακρίνονται για την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την πολιτισμική τους προσαρμογή (Ware & Gandek, 1998). Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των επιμέρους διαστάσεων της υγείας έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμα ερευνητικά εργαλεία, τα οποία διαφοροποιούνται ως προς το περιεχόμενο, την έκταση, τον τρόπο συμπλήρωσης και τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται. Ορισμένα από αυτά παρέχουν μια συνολική και πολυδιάστατη αποτίμηση της ποιότητας ζωής, ενώ άλλα επικεντρώνονται κυρίως στην ψυχική υγεία, στη λειτουργικότητα ή σε συγκεκριμένα συμπτώματα. Ενδεικτικά:

Ένα από τα σημαντικότερα γενικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι το World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με στόχο τη διαπολιτισμική και ολιστική αποτίμηση της υποκειμενικής ποιότητας ζωής (World Health Organization, 2026). Η αρχική μορφή του, WHOQOL-100, περιλαμβάνει 100 ερωτήσεις, ενώ η συντομευμένη έκδοσή WHOQOL-BREF

αποτελείται από 26 ερωτήσεις (World Health Organization, 2026). Το WHOQOL-BREF αξιολογεί τέσσερις βασικές διαστάσεις, τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον (World Health Organization, 2026). Περιλαμβάνει επίσης δύο γενικές ερωτήσεις σχετικά με τη συνολική ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από την κατάσταση της υγείας (World Health Organization, 2026). Κεντρικό πλεονέκτημα του εργαλείου αποτελεί η δυνατότητα εφαρμογής του σε διαφορετικά πολιτισμικά και κοινωνικά περιβάλλοντα, καθώς η ποιότητα ζωής εξετάζεται σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τις αξίες και τις συνθήκες ζωής του ίδιου του ατόμου (World Health Organization, 2026).

Μια περισσότερο αναλυτική προσέγγιση της επίδρασης της νόσου στην καθημερινή λειτουργικότητα παρέχεται από το Sickness Impact Profile (SIP). Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από 136 δηλώσεις, οι οποίες κατανέμονται σε 12 κατηγορίες και εξετάζουν συμπεριφορικές δυσλειτουργίες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000). Οι κατηγορίες του περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τον ύπνο και την ανάπαυση, την κινητικότητα, τη φροντίδα του σώματος, την εργασία, τη διαχείριση του νοικοκυριού, την κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία και τη συναισθηματική συμπεριφορά (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000). Το SIP επιτρέπει την εξαγωγή συνολικής βαθμολογίας, καθώς και επιμέρους βαθμολογιών για τη σωματική και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000). Παρότι χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αναλυτικότητας, το μεγάλο του μέγεθος αυξάνει τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης και ενδέχεται να προκαλέσει κόπωση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με επιβαρυνμένη κατάσταση υγείας (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000).

Σε αντίθεση με το εκτενές SIP, το Nottingham Health Profile (NHP) αποτελεί ένα συντομότερο και απλούστερο εργαλείο καταγραφής της υποκειμενικά αντιλαμβανόμενης κατάστασης υγείας (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000). Το πρώτο και βασικό μέρος του περιλαμβάνει 38 δηλώσεις, οι οποίες οργανώνονται σε έξι διαστάσεις: πόνος, σωματική κινητικότητα, συναισθηματικές αντιδράσεις, ενέργεια, κοινωνική απομόνωση και ύπνος (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000). Το δεύτερο, προαιρετικό μέρος εξετάζει κατά πόσο η κατάσταση της υγείας επηρεάζει συγκεκριμένους τομείς της καθημερινής ζωής, όπως η εργασία, οι οικιακές δραστηριότητες, η οικογενειακή και κοινωνική ζωή, η σεξουαλική δραστηριότητα και ο ελεύθερος χρόνος (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000). Το κύριο πλεονέκτημα του NHP είναι η απλότητα της δομής του, καθώς οι δηλώσεις απαντώνται

με τη διχοτομική επιλογή «Ναι» ή «Όχι» (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000). Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η αυτοσυμπλήρωσή του από άτομα διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου, χωρίς να απαιτούνται σύνθετες οδηγίες ή εκτενείς επεξηγήσεις (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000). Ωστόσο, οι διχοτομικές απαντήσεις ενδέχεται να περιορίζουν την ευαισθησία του εργαλείου στην καταγραφή μικρών μεταβολών της κατάστασης της υγείας, σε σύγκριση με εργαλεία που χρησιμοποιούν πολυβάθμιες κλίμακες απαντήσεων (Kielhorn & Graf von der Schulenburg, 2000).

Το General Health Questionnaire (GHQ) διαφοροποιείται από τα προηγούμενα εργαλεία, καθώς δεν αποσκοπεί στην ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, αλλά λειτουργεί κυρίως ως εργαλείο ανίχνευσης πιθανής ψυχολογικής επιβάρυνσης και μη ψυχωτικών ψυχιατρικών διαταραχών (Goldberg & Hillier, 1979). Αναπτύχθηκε από τον Goldberg και χρησιμοποιείται ευρέως τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και σε μη ψυχιατρικά κλινικά περιβάλλοντα. Εξετάζει κυρίως την αδυναμία διατήρησης της συνήθους καθημερινής λειτουργικότητας και την πρόσφατη εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχολογικής δυσφορίας (Goldberg & Hillier, 1979).

Το GHQ διατίθεται σε διαφορετικές εκδοχές, όπως οι GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 και GHQ-12. Ειδικότερα, το GHQ-28 περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις: σωματικά συμπτώματα, άγχος και αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και σοβαρή κατάθλιψη (Goldberg & Hillier, 1979; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Η σύντομη μορφή GHQ-12 χρησιμοποιείται συχνά για την ταχεία διερεύνηση της γενικής ψυχολογικής ευεξίας (Goldberg & Hillier, 1979; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Παρότι αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο ανίχνευσης, δεν προορίζεται για την οριστική κλινική διάγνωση ψυχικών διαταραχών και δεν καλύπτει επαρκώς τις σωματικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Goldberg & Hillier, 1979; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Εκτός από τα γενικά εργαλεία, έχουν αναπτυχθεί και εξειδικευμένες κλίμακες για την αξιολόγηση συγκεκριμένων συμπτωμάτων που επιβαρύνουν την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής (Γείτονα κ.ά., 1996). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το McGill Pain Questionnaire (MPQ), το οποίο χρησιμοποιείται για την πολυδιάστατη αξιολόγηση της εμπειρίας του πόνου (Γείτονα κ.ά., 1996). Το εργαλείο δεν περιορίζεται μόνο στην εκτίμηση της έντασης του πόνου, αλλά εξετάζει επίσης τα αισθητηριακά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά του, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και περιγράφει τη συγκεκριμένη εμπειρία (Γείτονα κ.ά., 1996). Για τον λόγο αυτό αξιοποιείται

ευρέως σε ερευνητικά πρωτόκολλα που διερευνούν την επίδραση του πόνου στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής (Γείτονα κ.ά., 1996).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν επίσης οι δείκτες που αξιολογούν τη λειτουργική κατάσταση και την ικανότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων (Γείτονα κ.ά., 1996). Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται ο Karnofsky Performance Status (KPS) και ο WHO Performance Status ή ECOG/WHO Performance Status (Γείτονα κ.ά., 1996). Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση του βαθμού αυτονομίας, της φυσικής δραστηριότητας και της λειτουργικής επάρκειας του ατόμου, παρέχοντας μια συνοπτική εικόνα της συνολικής του κατάστασης (Γείτονα κ.ά., 1996).

Ο δείκτης Karnofsky βασίζεται σε κλίμακα από 0 έως 100, όπου οι υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη λειτουργικότητα και μεγαλύτερη ανεξαρτησία. Αντίστοιχα, η κλίμακα ECOG/WHO κατατάσσει τη λειτουργική κατάσταση σε επίπεδα από το 0, που αντιστοιχεί σε πλήρη δραστηριότητα χωρίς περιορισμούς, έως το 5 (Karnofsky & Burchenal, 1949; Timmermann, 2013). Οι δείκτες αυτοί μπορούν να συμβάλουν στην εκτίμηση της επίδρασης σωματικών ή επαγγελματικών επιβαρύνσεων στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην εργασιακή απόδοση (Karnofsky & Burchenal, 1949; Timmermann, 2013). Ωστόσο, επειδή επικεντρώνονται κυρίως στη σωματική ικανότητα και στην εκτέλεση δραστηριοτήτων, δεν αποτυπώνουν επαρκώς άλλες σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως η ψυχολογική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις και η υποκειμενική αντίληψη της υγείας (Karnofsky & Burchenal, 1949; Timmermann, 2013). Για τον λόγο αυτό θεωρείται σκόπιμο να χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά με πολυδιάστατα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, όπως το WHOQOL, το SF-36 και το Nottingham Health Profile (NHP) (Oken et al., 1982; Σαρρής, 2001).

Ιδιαίτερα αναφορά πρέπει να γίνει και στο ερωτηματολόγιο SF-36 (The SF-36 Health Survey), το οποίο αποτελεί ίσως το πιο αναγνωρίσιμο και συχνά υιοθετούμενο εργαλείο μέτρησης της ΣΥΠΖ (Anagnostopoulos et al., 2005). Η ευρεία αποδοχή του οφείλεται στο γεγονός ότι θεωρείται ένα από τα πιο αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία παγκοσμίως για τη μέτρηση της γενικής κατάστασης υγείας, χωρίς να περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη νόσο (Anagnostopoulos et al., 2005). Η δομή του αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες κατανέμονται σε οκτώ επιμέρους κλίμακες, όπως τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό ρόλο, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, τον συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία (Ware & Gandek, 1998; Ware & Sherbourne, 1992,

Υφαντόπουλος, 2001). Η συνδυαστική ανάλυση αυτών των κλιμάκων επιτρέπει στους ερευνητές να διαμορφώσουν δύο μεγάλες γενικές μετρήσεις, τη σωματική υγεία και την ψυχική υγεία, προσφέροντας μια σφαιρική εικόνα για την ποιότητα ζωής του εξεταζόμενου (Υφαντόπουλος, 2001). Παράλληλα, το SF-12 (Short Form-12 Health Survey) αναπτύχθηκε ως συντομευμένη έκδοχή του SF-36 με στόχο τη γρήγορη και αποτελεσματική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας σε μεγάλες επιδημιολογικές και πληθυσμιακές έρευνες, όπου η εφαρμογή του SF-36 δεν είναι πάντοτε εφικτή (Kontodimopoulos et al., 2007). Το εργαλείο περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις που προέρχονται από τις οκτώ διαστάσεις του SF-36 και αποδίδει δύο συνοπτικούς δείκτες, τη Σωματική Συνιστώσα Υγείας (Physical Component Summary – PCS) και την Ψυχική Συνιστώσα Υγείας (Mental Component Summary – MCS), διατηρώντας υψηλό βαθμό συσχέτισης με τα αντίστοιχα αποτελέσματα του πλήρους ερωτηματολογίου (Wee et al., 2008). Η ελληνική έκδοχή του SF-12 έχει αποδειχθεί έγκυρη και κατάλληλη για χρήση στον γενικό πληθυσμό, παρουσιάζοντας ικανοποιητική ικανότητα διάκρισης μεταξύ διαφορετικών ομάδων ατόμων ως προς την κατάσταση της υγείας τους (Kontodimopoulos et al., 2007). Για τον λόγο αυτό, το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως ως μια σύντομη αλλά αξιόπιστη εναλλακτική του SF-36, ιδιαίτερα όταν απαιτείται περιορισμός του χρόνου συμπλήρωσης χωρίς σημαντική απώλεια πληροφοριών σχετικά με τη σωματική και ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής (Kontodimopoulos et al., 2007; Wee et al., 2008).

Μια ακόμη εξαιρετικά δημοφιλής προσέγγιση για τη μέτρηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (ΣΥΠΖ) είναι το EuroQol (EQ-5D). Το συγκεκριμένο εργαλείο διακρίνεται για τη συντομία και την ευκολία χρήσης του, καθιστώντας το ιδανικό για μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες όπου ο χρόνος είναι περιορισμένος (Brooks, 1996). Περιλαμβάνει ένα περιγραφικό σύστημα πέντε διαστάσεων, όπως είναι η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, η συνήθεις δραστηριότητες, ο πόνος/δυσφορία και το άγχος ή η κατάθλιψη, και συμπληρώνεται από μια οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analog Scale - VAS). Η κλίμακα αυτή επιτρέπει στον ασθενή να αποτυπώσει το γενικό επίπεδο της υγείας του σε μια διαβάθμιση από το 0 έως το 100, προσφέροντας μια άμεση υποκειμενική αποτίμηση (Brooks, 1996; Παπαδόπουλος κ.ά., 2007). Η διευρυμένη έκδοση του παραπάνω εργαλείου, γνωστή ως EQ-15D (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Η έκδοση αυτή ακολουθεί την ίδια βασική φιλοσοφία, αλλά επεκτείνει το πεδίο ανάλυσης καλύπτοντας 15 διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Σε αυτές περιλαμβάνονται πιο εξειδικευμένες παράμετροι, όπως η όραση, η ακοή, η αναπνοή, ο ύπνος και οι νοητικές λειτουργίες, προσφέροντας έτσι μια πολύ πιο λεπτομερή και αναλυτική

χαρτογράφηση της υγείας του ατόμου σε σχέση με την απλούστερη μορφή του ερωτηματολογίου (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Στο πλαίσιο της έρευνας για το νοσηλευτικό προσωπικό, τα παραπάνω εργαλεία μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις των επαγγελματικών απαιτήσεων, της σωματικής καταπόνησης και των συνθηκών εργασίας στη λειτουργικότητα και στην ευρύτερη ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας.

1.2.3. Θεωρητικά Μοντέλα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Επειδή η έννοια της ΣΥΠΖ είναι ιδιαίτερα σύνθετη, οι ερευνητές διεθνώς έχουν δημιουργήσει διάφορα θεωρητικά πλαίσια για να μπορέσουν να την ερμηνεύσουν σωστά (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Η χρησιμότητά αυτών των μοντέλων έγκειται στο ότι απεικονίζουν με απλό τρόπο πώς συνδέονται μεταξύ τους οι διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή ενός ανθρώπου, όπως η σωματική του κατάσταση και το περιβάλλον στο οποίο ζει (Bakas et al., 2012). Σήμερα, η έρευνα βασίζεται κυρίως σε τρία μοντέλα που θεωρούνται τα πιο αξιόπιστα, το μοντέλο των Wilson & Cleary, την εξελιγμένη εκδοχή του από τους Ferrans και συνεργάτες, καθώς και το σύστημα ταξινόμησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO ICF). Η κατανόηση αυτών των μοντέλων είναι απαραίτητη, καθώς βοηθούν στο να κατανοηθεί η υγεία όχι απλώς ως η απουσία ασθένειας, αλλά ως μια πιο σύνθετη έννοια που καθορίζει την καθημερινή ευημερία του ατόμου (Bakas et al, 2012).

1.2.3.1. Το Μοντέλο των Wilson και Cleary

Το μοντέλο αυτό, που δημιουργήθηκε το 1995, είναι το πιο διαδεδομένο στην έρευνα της ΣΥΠΖ γιατί είναι εξαιρετικά ξεκάθαρο και εφαρμόζεται σε όλους, ανεξάρτητα από την ηλικία ή την πάθησή τους (Ojelabi et al., 2017). Αποτελείται από πέντε βασικές έννοιες, οι οποίες δείχνει πώς η αρρώστια επηρεάζει τελικά την ευτυχία. Ξεκινά από τη βιολογία (π.χ. τι δείχνουν οι εξετάσεις), προχωρά στα συμπτώματα (π.χ. πόνος), μετά στη λειτουργικότητα του ατόμου και στις γενικές αντιλήψεις για την υγεία, για να καταλήξει στη συνολική ποιότητα ζωής. Το κλειδί εδώ είναι ότι κάθε κρίκος επηρεάζει τον επόμενο, δημιουργώντας μια άμεση σχέση αιτίας και αποτελέσματος που επιβεβαιώνεται από πολλά ερευνητικά δεδομένα (Duangchan & Matthews, 2021).

1.2.3.2. Το Μοντέλο των Ferrans et al.

Το 2005, οι Ferrans et al., προχώρησαν σε μια καθοριστική αναθεώρηση του προγενέστερου μοντέλου των Wilson και Cleary, με σκοπό τη δημιουργία ενός πιο ολοκληρωμένου και λειτουργικού πλαισίου για την κατανόηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (Ferrans et al., 2005). Η θεμελιώδης συμβολή αυτής της αναθεώρησης έγκειται στην ενσωμάτωση δύο κρίσιμων μεταβλητών που απουσίαζαν από την αρχική προσέγγιση, αυτή των ατομικών χαρακτηριστικών (όπως η προσωπικότητα, οι πεποιθήσεις και η ψυχολογική ιδιοσυγκρασία) και αυτή των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος (όπως το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο, η οικογενειακή κατάσταση και οι συνθήκες διαβίωσης) (Son et al., 2019). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς δεν μπορεί να περιορίζεται αποκλειστικά στη βιολογική λειτουργία ή την καταγραφή των κλινικών συμπτωμάτων (Duangchan & Matthews, 2021). Αντιθέτως, κρίνεται απαραίτητη η συνεκτίμηση του κοινωνικού και ατομικού πλαισίου, καθώς αυτά τα στοιχεία διαμεσολαβούν στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει την υγεία του (Son et al., 2019). Πρόκειται για ένα επιστημονικά ισχυρό μοντέλο με εκτενή εφαρμογή στην παγκόσμια βιβλιογραφία, το οποίο αναγνωρίζει την υποκειμενικότητα της υγείας και τη μοναδικότητα των βιωμάτων κάθε ασθενούς μέσα στο περιβάλλον του (Duangchan & Matthews, 2021).

1.2.3.3. Το Μοντέλο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO ICF)

Το μοντέλο ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα εννοιολογικά πλαίσια, καθώς υπερβαίνει την απλή ερμηνεία της ποιότητας ζωής, στοχεύοντας στην καθιέρωση μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των επιστημόνων διεθνώς (Bakas et al., 2012). Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από την αποκλειστική εστίαση στην παθολογία, δηλαδή τη νόσο, προς τη λειτουργικότητα και τον βαθμό κοινωνικής συμμετοχής του ατόμου (Bakas et al., 2012). Η δομή του μοντέλου αυτού οργανώνεται σε δύο διακριτά μέρη, το πρώτο επικεντρώνεται στις σωματικές λειτουργίες και τις δραστηριότητες, δηλαδή στις ικανότητες του ατόμου, ενώ το δεύτερο αναλύει τους περιβαλλοντικούς και προσωπικούς παράγοντες που λειτουργούν είτε ως εμπόδια είτε ως διευκολύνσεις για την υγεία. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του ICF είναι η ευελιξία εφαρμογής του, καθώς επιτρέπει την ανάλυση της υγείας σε ευρύτερες κοινότητες ή πληθυσμιακές ομάδες, ενσωματώνοντας μια ολιστική κοινωνική προοπτική (Bakas et al., 2012).

1.2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Η αξιολόγηση της ΣΥΠΖ θεωρείται πλέον πολύ σημαντική στην κλινική πρακτική, καθώς λειτουργεί ως ένας έγκυρος προγνωστικός δείκτης για την επιβίωση και την πορεία της υγείας των ατόμων (Olsson et al., 2023). Η κατανόηση των παραγόντων που τη διαμορφώνουν είναι καθοριστική για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών δημόσιας υγείας. Στην πραγματικότητα, η διακύμανση της ΣΥΠΖ αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο το άτομο καταφέρνει να προσαρμοστεί στις προκλήσεις που αυτή επιφέρει (Olsson et al., 2023). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ΣΥΠΖ επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους (Olsson et al., 2023). Ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής εμφανίζουν συχνότερα οι γυναίκες, τα άτομα νεαρής ηλικίας, οι άγαμοι, καθώς και όσοι διαθέτουν περιορισμένους οικονομικούς πόρους ή χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Mulugeta et al., 2023). Ειδικότερα στον κλάδο των νοσηλευτών, οι Oyama & Fukahori (2015) παρατήρησαν ότι η ηλικία παίζει καθοριστικό ρόλο, με τους νεότερους επαγγελματίες να αναφέρουν καλύτερη ΣΥΠΖ, γεγονός που αποδίδεται στη σωματική τους αντοχή και τη μικρότερη έκθεσή τους στο μακροχρόνιο εργασιακό στρες (Oyama & Fukahori, 2015). Σε επίπεδο κλινικών και ψυχολογικών παραγόντων, η επιδείνωση της ΣΥΠΖ συνδέεται στενά με:

- α) Ψυχική υγεία: Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, το υποκειμενικό άγχος και η αίσθηση αβεβαιότητας αποτελούν τους πιο συχνούς ανασταλτικούς παράγοντες (Son et al., 2019).
- β) Φυσική κατάσταση και συμπτώματα: Παράμετροι όπως η χρόνια κόπωση, ο κακός ύπνος, ο πόνος και η μειωμένη λειτουργική ικανότητα επηρεάζουν άμεσα την καθημερινότητα των ασθενών (Jung & Kim, 2020).
- γ) Συνοσηρότητα και συνήθειες: Η πολυφαρμακία, οι συχνές νοσηλείες και η χρήση καπνού επιβαρύνουν σημαντικά τον δείκτη ποιότητας ζωής (Rabiee et al., 2021).

1.2.5. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς τελικού σταδίου στα νοσοκομεία

Η διερεύνηση της ΣΥΠΖ του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε νοσοκομεία αποτελεί βασική παράμετρος στη σύγχρονη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, καθώς συνδέεται άρρηκτα με την ασφάλεια των ασθενών και τη γενικότερη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Ερευνητικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, βελτιώνει τόσο την ψυχοσωματική υγεία του προσωπικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και περιορίζει επίσης τα κλινικά λάθη και τις περιττές δαπάνες (Sibuea et al., 2024).

1.2.6. Προϋπάρχουσα έρευνα

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει εξετάσει εκτενώς τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στους ιατρούς και τους νοσηλευτές που εργάζονται σε απαιτητικά νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Οι σχετικές μελέτες διερευνούν τον τρόπο με τον οποίο ο εργασιακός φόρτος, το επαγγελματικό στρες, η ψυχολογική επιβάρυνση, η επαγγελματική εξουθένωση και τα ατομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Παρότι περιορισμένος αριθμός ερευνών εστιάζει αποκλειστικά σε προσωπικό που φροντίζει ασθενείς τελικού σταδίου, τα διαθέσιμα ευρήματα από νοσοκομειακές μονάδες υψηλών απαιτήσεων παρέχουν σημαντικές ενδείξεις για τους παράγοντες που συνδέονται με τη ΣΥΠΖ των ιατρών και των νοσηλευτών. Ενδεικτικά:

Οι Dev et al. (2020) διερεύνησαν τη σχέση του εργασιακού στρες και της αυτοσυμπόνιας με την επαγγελματική εξουθένωση και την ποιότητα ζωής ιατρών, νοσηλευτών και φοιτητών Ιατρικής στη Νέα Ζηλανδία. Στη συγχρονική μελέτη συμμετείχαν συνολικά 1.700 άτομα, από τα οποία 801 ήταν νοσηλευτές, 516 ιατροί και 383 φοιτητές Ιατρικής. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν, μεταξύ άλλων, το Copenhagen Burnout Inventory, η Satisfaction with Life Scale και η Self-Compassion Scale-Short Form. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το αυξημένο εργασιακό στρες συνδεόταν σταθερά με υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση και χαμηλότερη ποιότητα ζωής και στις τρεις ομάδες. Αντίθετα, η αυτοσυμπόνια συσχετίστηκε με χαμηλότερη εξουθένωση και καλύτερη ποιότητα ζωής, αναδεικνύοντας τη σημασία των προσωπικών ψυχολογικών πόρων για την προστασία της ευημερίας των επαγγελματιών υγείας (Dev et al., 2020).

Οι Malfa et al. (2021) εξέτασαν την ψυχολογική επιβάρυνση και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εργαζομένων του δημόσιου τομέα στη Δυτική Ελλάδα, συγκρίνοντας το προσωπικό υγείας με εκπαιδευτικούς και εργαζομένους της τοπικής και περιφερειακής διοίκησης. Η ΣΥΠΖ αξιολογήθηκε με το SF-36, ενώ τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης με τη Hospital Anxiety and Depression Scale. Οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας παρουσίασαν χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις του SF-36 σε σύγκριση με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες. Επιπλέον, οι γυναίκες ανέφεραν χαμηλότερη ΣΥΠΖ σε όλες τις διαστάσεις του εργαλείου σε σχέση με τους άνδρες. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι αυξημένες ψυχολογικές και επαγγελματικές απαιτήσεις της υγειονομικής εργασίας μπορούν να επιβαρύνουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής (Malfa et al., 2021).

Αντίστοιχα, οι Canova-Barríos και Oviedo-Santamaría (2021) διερεύνησαν τη ΣΥΠΖ ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονταν σε δύο Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στο Μπουένος Άιρες. Η έρευνα ακολούθησε ποσοτικό, αναλυτικό και συγχρονικό σχεδιασμό, με δείγμα 95 επαγγελματιών, και χρησιμοποιήθηκε η ισπανική εκδοχή του SF-36. Από τις διαστάσεις της ΣΥΠΖ, η σωματική λειτουργικότητα παρουσίασε την υψηλότερη μέση βαθμολογία, ενώ η ζωτικότητα τη χαμηλότερη. Γενικότερα, οι διαστάσεις της σωματικής υγείας αξιολογήθηκαν θετικότερα από εκείνες της ψυχικής υγείας. Χαμηλότερη αντίληψη της ΣΥΠΖ συνδέθηκε με παράγοντες όπως η ηλικία άνω των 40 ετών, η ύπαρξη χρόνιας νόσου, το ιατρικό επάγγελμα, η εργασία άνω των 40 ωρών εβδομαδιαίως και η πολυετής υπηρεσία. Η μελέτη ανέδειξε την ανάγκη περιορισμού του εργασιακού φόρτου και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στις ιδιαίτερα απαιτητικές μονάδες νοσηλείας (Canova-Barríos & Oviedo-Santamaría, 2021).

Οι Vamvakas et al. (2022) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες, ψυχολογικής κατάστασης και ποιότητας ζωής σε επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19. Η συγχρονική περιγραφική και συσχετιστική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 147 επαγγελματιών υγείας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών» και στη 2η Υγειονομική Περιφέρεια. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το SF-36, ενώ το άγχος και η κατάθλιψη μετρήθηκαν με τις αντίστοιχες κλίμακες αυτοαξιολόγησης του Zung. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα παρουσίαζε φυσιολογικά επίπεδα άγχους, ένα σημαντικό ποσοστό εμφάνιζε ήπια έως σοβαρότερη ψυχολογική επιβάρυνση. Η αύξηση του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνδεόταν με χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, επιβεβαιώνοντας ότι η ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει ευρύτερα τη λειτουργικότητα και την καθημερινή τους ευημερία (Vamvakas et al., 2022).

Τέλος, οι Tamene et al. (2024) αξιολόγησαν τη ΣΥΠΖ και τους σχετιζόμενους με αυτήν παράγοντες σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε εξειδικευμένα νοσοκομεία της βορειοδυτικής Αιθιοπίας. Στην πολυκεντρική συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 412 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι επιλέχθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία. Η ΣΥΠΖ μετρήθηκε με το WHOQOL-BREF, το οποίο εξετάζει τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων παρουσίαζε χαμηλή ποιότητα ζωής. Η εργασία για περισσότερες από οκτώ ώρες ημερησίως, η περιορισμένη επαγγελματική εμπειρία και η ύπαρξη χρόνιας

νόσου συνδέθηκαν με δυσμενέστερη ΣΥΠΖ. Οι ερευνητές υπογράμμισαν την ανάγκη για κατάλληλη διαχείριση του ωραρίου, ενίσχυση της οργανωσιακής υποστήριξης και εφαρμογή παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας του προσωπικού (Tamene et al., 2024).

Συνολικά, τα ευρήματα των παραπάνω μελετών δείχνουν ότι η ΣΥΠΖ των ιατρών και των νοσηλευτών διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση εργασιακών, ψυχολογικών και ατομικών παραγόντων. Ο αυξημένος φόρτος και οι πολλές ώρες εργασίας, το επαγγελματικό στρες, η επαγγελματική εξουθένωση, η ψυχολογική δυσφορία και η ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα σωματικής και ψυχικής ευεξίας. Αντίθετα, η αυτοσυμπόνια, οι προσωπικοί ψυχολογικοί πόροι και η οργανωσιακή υποστήριξη μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά. Ωστόσο, οι περισσότερες διαθέσιμες μελέτες εξετάζουν μεμονωμένα τη ΣΥΠΖ ή την επαγγελματική εξουθένωση και δεν διερευνούν συγχρόνως τη σχέση τους με την επαγγελματική ικανοποίηση. Επιπλέον, παραμένει περιορισμένη η έρευνα που επικεντρώνεται ειδικά σε ιατρούς και νοσηλευτές οι οποίοι φροντίζουν ασθενείς σε τελικό στάδιο. Το ερευνητικό αυτό κενό ενισχύει τη σκοπιμότητα της παρούσας μελέτης, η οποία εξετάζει συνδυαστικά την επαγγελματική εξουθένωση, την επαγγελματική ικανοποίηση και τη ΣΥΠΖ της συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας.

1.3. Ορισμοί της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί μια από τις πλέον πολυδιάστατες έννοιες στην οργανωσιακή ψυχολογία, αναδεικνύοντας τον βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι απολαμβάνουν το αντικείμενο της απασχόλησής τους (Locke, 1976). Παρά την εκτενή βιβλιογραφία, δεν υφίσταται ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός, καθώς η έννοια συνδυάζει γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά στοιχεία. Ένας από τους πιο διαχρονικούς ορισμούς είναι αυτός του Locke (1976), ο οποίος περιγράφει την επαγγελματική ικανοποίηση ως μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση που προκύπτει όταν ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι οι εργασιακές του εμπειρίες συνάδουν με τις προσωπικές του αξίες. Στην ίδια κατεύθυνση, ο Spector (1997) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση αφορά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τις διάφορες πτυχές της εργασίας του, επισημαίνοντας ότι ένας εργαζόμενος μπορεί να νιώθει πλήρωση από ορισμένα στοιχεία (π.χ. συναδέλφους) και ταυτόχρονα δυσaráσκεια από άλλα (π.χ. αμοιβή).

Μεταγενέστεροι ερευνητές, όπως οι Hewstone και Stroebe (2001), εστιάζουν στη διαδικασία της σύγκρισης, ορίζοντας την ικανοποίηση ως το αποτέλεσμα της διαφοράς

ανάμεσα στα πραγματικά οφέλη της εργασίας και στις προσδοκίες ή τις επιθυμίες του ατόμου. Αντίστοιχα, ο Kaliski (2007) συνδέει την έννοια με το αίσθημα της επιτυχίας και του επιτεύγματος, το οποίο ενισχύει την προσωπική ευημερία. Στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αποτελεί απλώς μια ψυχολογική μεταβλητή, αλλά έναν κρίσιμο δείκτη οργανωσιακής αποτελεσματικότητας. Σύμφωνα με τους Metle & Alali (2018), οι ικανοποιημένοι επαγγελματίες υγείας (όπως το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό), επιδεικνύουν υψηλότερη αφοσίωση και παραγωγικότητα. Αντίθετα, η έλλειψη ικανοποίησης λειτουργεί ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για: α) την αύξηση της πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία (turnover), β) την εμφάνιση φαινομένων απουσίας (absenteeism) και καθυστερήσεων, γ) την υποβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και της ικανοποίησης των ασθενών (Liu et al., 2016). Συνοψίζοντας, η επαγγελματική ικανοποίηση προκύπτει από την αλληλεπίδραση των συνθηκών εργασίας, των ατομικών κινήτρων και της συναισθηματικής κατάστασης του εργαζομένου. Για τους νοσηλευτές, η ικανοποίηση συνδέεται στενά με τη δομική ενδυνάμωση και τη διαχείριση του εργασιακού άγχους, καθιστώντας την πρώτη προτεραιότητα για τη διασφάλιση ενός ποιοτικού συστήματος υγείας (Lu et al., 2016).

1.3.1. Χαρακτηριστικά της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία δεν περιορίζεται σε μια απλή μέτρηση ευχαρίστησης, αλλά δείχνει το βαθμό στον οποίο οι ανάγκες και οι προσδοκίες του εργαζομένου εκπληρώνονται από τον οργανισμό (Hahm et al., 2024). Η διαμόρφωσή της επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες που δεν αφορούν μόνο την ίδια την εργασία, αλλά και τα ιδιαίτερα προσωπικά χαρακτηριστικά του εκάστοτε ατόμου (Hahm et al., 2024). Στη βάση της ικανοποίησης βρίσκονται οι διαπροσωπικές σχέσεις (Hahm et al., 2024). Η αποτελεσματική επικοινωνία και η συνεργασία με συναδέλφους και προϊσταμένους δημιουργούν ένα κλίμα εμπιστοσύνης, ενώ αντίστοιχα η κακή επικοινωνία αποτελεί κύρια πηγή δυσaréσκειας (Hahm et al., 2024). Καθοριστικό ρόλο παίζει η υποστήριξη και η αναγνώριση, η παρουσία ενός αποτελεσματικού επόπτη που αναγνωρίζει έμπρακτα την προσπάθεια ενισχύει το ηθικό και τη δέσμευση του εργαζομένου (Hahm et al., 2024). Επιπλέον, το περιεχόμενο της εργασίας καθαυτό αποτελεί ισχυρό κίνητρο. Η αυτονομία, η δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών και το ενδιαφέρον αντικείμενο προσδίδουν νόημα στην προσπάθεια (Yertas, 2024). Όταν η εργασία συνοδεύεται από ευκαιρίες εξέλιξης, όπως η συνεχιζόμενη μάθηση και η προοπτική ανέλιξης, ο εργαζόμενος ταυτίζεται μακροπρόθεσμα με

τους στόχους του οργανισμού (Yertas, 2024). Οι δίκαιες αποδοχές και η εργασιακή ασφάλεια παραμένουν θεμελιώδη χαρακτηριστικά, καθώς ικανοποιούν τις βασικές ανάγκες διαβίωσης και σταθερότητας (Μπατιού, 2009). Τέλος, η επαγγελματική ικανοποίηση διαφοροποιείται βάσει δημογραφικών παραγόντων (Μπατιού, 2009). Παράμετροι όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η προϋπηρεσία και η θέση ευθύνης επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί την εργασιακή του πραγματικότητα (Μπατιού, 2009).

1.3.2. Θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η κατανόηση της επαγγελματικής ικανοποίησης βασίζεται σε κλασικά θεωρητικά μοντέλα σχετικά με τα κίνητρα, τα οποία επιχειρούν να εξηγήσουν τι ωθεί το άτομο στην εργασιακή δέσμευση και την προσωπική εκπλήρωση από την εργασία (Μπατιού, 2009; Yertas, 2024).

1.3.2.1. Θεωρίες Ιεράρχησης Αναγκών (Maslow & Alderfer)

Η θεωρία του Abraham Maslow έθεσε τις βάσεις για την κατανόηση των ανθρώπινων κινήτρων και της εσωτερικής ικανοποίησης από την εργασία, εισάγοντας μια πυραμίδα η οποία αποτελείται από πέντε διαδοχικά επίπεδα αναγκών, τις φυσιολογικές ανάγκες, την ανάγκη για ασφάλεια, την κοινωνική ένταξη, την αυτοεκτίμηση και, στην κορυφή, την αυτοπραγμάτωση (Μπουραντάς, 2002). Η κεντρική παραδοχή του μοντέλου είναι η ύπαρξη μιας αυστηρής ιεραρχικής αλληλουχίας, όπου η επαρκής κάλυψη των αναγκών ενός κατώτερου επιπέδου θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την ενεργοποίηση των αναγκών του αμέσως επόμενου σταδίου (Μπουραντάς, 2002) (Βλ. Γράφημα).

Γράφημα 1. Πυραμίδα αναγκών Maslow



Πηγή: Τσαχάκη, 2026

Ωστόσο, η γραμμική και εν μέρει δύσκαμπτη φύση αυτής της προσέγγισης οδήγησε τον Alderfer στην ανάπτυξη της θεωρίας ERG (Existence, Relatedness, Growth), η οποία επιχείρησε να προσφέρει ένα πιο ευέλικτο πλαίσιο (Καντάς, 2010). Ο Alderfer αναδιοργάνωσε τις πέντε κατηγορίες του Maslow σε τρεις ευρύτερους τομείς, όπως την ύπαρξη (δηλαδή τις βιολογικές ανάγκες), τις σχέσεις (δηλαδή την κοινωνική αλληλεπίδραση) και την ανάπτυξη (δηλαδή την προσωπική εξέλιξη του εκάστοτε ατόμου) (Καντάς, 2010). Η θεμελιώδης διαφοροποίηση της θεωρίας ERG έγκειται στην απόρριψη της αυστηρής ιεραρχίας. Ο Alderfer υποστήριξε ότι ένας εργαζόμενος μπορεί να παρακινείται ταυτόχρονα από ανάγκες διαφορετικών επιπέδων, ενώ η αδυναμία ικανοποίησης μιας ανώτερης ανάγκης μπορεί να οδηγήσει στην επιθυμία ικανοποίησης μιας κατώτερης (Καντάς, 2010). Η προσέγγιση αυτή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς αναγνωρίζει τη μεταβλητότητα των ανθρώπινων προτεραιοτήτων ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες (Καντάς, 2010).

1.3.2.2. Η Θεωρία των Δύο Παραγόντων του Herzberg

Η θεωρία των δύο παραγόντων του Frederick Herzberg (1987) εισήγαγε μια επαναστατική οπτική στην οργανωσιακή ψυχολογία, διαχωρίζοντας τα στοιχεία που προκαλούν ικανοποίηση από εκείνα που απλώς αποτρέπουν τη δυσαρέσκεια (Herzberg, 1987). Ο Herzberg κατηγοριοποίησε τις εργασιακές συνθήκες σε δύο διακριτές ομάδες, τους παράγοντες παρακίνησης και τους παράγοντες υγιεινής ή αντικίνητρα (Herzberg, 1987). Οι παράγοντες υγιεινής, όπως ο μισθός, οι εργασιακές σχέσεις, η ασφάλεια και οι διοικητικές πολιτικές, σχετίζονται με το εξωτερικό περιβάλλον της εργασίας (Herzberg, 1987). Η καινοτομία του θεωρητικού μοντέλου αυτού, έγκειται στο ότι η επάρκεια αυτών των παραγόντων δεν οδηγεί αυτόματα σε υψηλή ικανοποίηση από την εργασία, αλλά δημιουργεί απλώς μια ουδέτερη κατάσταση απουσίας δυσαρέσκειας (Herzberg, 1987). Αντίθετα, η έλλειψή τους προκαλεί έντονη αρνητική στάση στον εργαζόμενο (Herzberg, 1987). Η πραγματική επαγγελματική ικανοποίηση και η ουσιαστική δέσμευση πηγάζουν αποκλειστικά από τους παράγοντες παρακίνησης. Αυτοί είναι εσωτερικοί ως προς την εργασία και περιλαμβάνουν την αναγνώριση, το αίσθημα του επιτεύγματος, την υπευθυνότητα και τις προοπτικές προσωπικής εξέλιξης (Herzberg, 1987). Σύμφωνα με τον Herzberg, ένας οργανισμός δεν μπορεί να εμπνεύσει υψηλή απόδοση μόνο μέσω οικονομικών παροχών,

καθώς επίσης οφείλει να εμπλουτίσει το περιεχόμενο της εργασίας, προσφέροντας στον εργαζόμενο ευκαιρίες για αυτοπραγμάτωση και ηθική επιβράβευση (Herzberg, 1987).

1.3.2.3. Θεωρητικό Μοντέλο McClelland

Τα μοντέλα των McClelland και McGregor προσφέρουν μια βαθύτερη κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς εντός των οργανισμών, εστιάζοντας το πρώτο στα εσωτερικά κίνητρα του ατόμου και το δεύτερο στις διοικητικές αντιλήψεις που διαμορφώνουν το εργασιακό κλίμα (Jewell, 1998). Πρωταρχικά, ο McClelland εισηγήθηκε τη θεωρία των επίκτητων αναγκών, υποστηρίζοντας ότι η υποκίνηση ενός εργαζομένου πηγάζει από τρεις βασικούς άξονες (Jewell, 1998). Πρώτον, την ανάγκη για επίτευξη, δηλαδή την επιθυμία για αριστεία και επίλυση σύνθετων προβλημάτων, δεύτερον την ανάγκη για ισχύ, δηλαδή την επιθυμία επηρεασμού και ελέγχου του περιβάλλοντος, και τέλος την ανάγκη για συνεργασία, με την επιδίωξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων (Jewell, 1998). Παρόλο που κάθε εργαζόμενος επηρεάζεται και από τους τρεις άξονες, πάντα ο ένας εξ αυτών κυριαρχεί και διαμορφώνει το επαγγελματικό προφίλ του εργαζομένου, καθορίζοντας τον βέλτιστο τρόπο διοικητικής του προσέγγισης (Jewell, 1998).

1.3.2.4. Θεωρία του McGregor (Θεωρίες X και Y)

Συμπληρωματικά, ο Douglas McGregor ανέπτυξε τις Θεωρίες X και Y, οι οποίες περιγράφουν δύο εκ διαμέτρου αντίθετα συστήματα πεποιθήσεων της διοίκησης αναφορικά με τη φύση της εργασίας (Ζαβλανός, 2002). Η Θεωρία X βασίζεται στην παραδοχή ότι οι εργαζόμενοι είναι εκ φύσεως απρόθυμοι να εργαστούν και στερούνται φιλοδοξιών, γεγονός που επιβάλλει μια αυστηρή και συγκεντρωτική εποπτεία (Ζαβλανός, 2002). Αντιθέτως, η Θεωρία Y υιοθετεί μια πιο αισιόδοξη οπτική, θεωρώντας ότι οι εργαζόμενοι μπορούν να επιδείξουν αυτενέργεια, δημιουργικότητα και υπευθυνότητα, υπό την προϋπόθεση ότι το περιβάλλον εργασίας τούς παρέχει τα κατάλληλα κίνητρα και τις ευκαιρίες για ανάπτυξη (Ζαβλανός, 2002).

1.3.3. Μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η συστηματική αποτίμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης αποτελεί θεμελιώδη διαδικασία για τη διοίκηση κάθε οργανισμού, καθώς επιτρέπει τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας του προσωπικού (Lepold et al., 2018). Οι δύο βασικοί μεθοδολογικοί άξονες που χρησιμοποιούνται διεθνώς είναι οι συνεντεύξεις και τα

ερωτηματολόγια. Τα τελευταία προτιμώνται συχνότερα, καθώς διασφαλίζουν τη συλλογή δεδομένων από μεγάλα δείγματα με χαμηλό κόστος και υψηλή αξιοπιστία (Lepold et al., 2018). Στη βιβλιογραφία έχουν καθιερωθεί συγκεκριμένα εργαλεία, το καθένα εκ των οποίων εστιάζει σε διαφορετικές πτυχές της εργασιακής εμπειρίας: α) The Job Satisfaction Survey (JSS): Αναπτύχθηκε από τον Spector (1985) και αποτελεί ένα από τα πλέον δημοφιλή εργαλεία στον τομέα της υγείας. Μέσω 36 ερωτημάτων, αξιολογεί εννέα παράγοντες, όπως ο μισθός, οι προαγωγές, η επίβλεψη, οι παροχές και οι σχέσεις με τους συναδέλφους. Η κλίμακα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για το προσωπικό δημόσιων δομών υγείας (Batura et al., 2016). β) The Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ): Πρόκειται για ένα ευέλικτο εργαλείο που εξετάζει 20 διαφορετικές διαστάσεις της εργασίας, από τη δημιουργικότητα και την ανεξαρτησία έως την κοινωνική προσφορά και την ασφάλεια. Η σύντομη μορφή του (20 ερωτήματα) χρησιμοποιείται ευρέως λόγω της ευκολίας και της εγκυρότητάς του σε διάφορα επαγγελματικά περιβάλλοντα (Van Saane et al., 2003). γ) Job Descriptive Index (JDI) & Job in General Scale (JIG): Το JDI επικεντρώνεται σε πέντε βασικούς πυλώνες (εργασία, αμοιβή, προαγωγή, εποπτεία, συνάδελφοι) μέσω 72 ερωτημάτων. Η κλίμακα JIG λειτουργεί συμπληρωματικά, προσφέροντας μια συνολική αίσθηση του εργαζομένου για τη δουλειά του μέσω σύντομων φραστικών περιγραφών (Spector, 1997; Smith et al., 1969). δ) The Job Diagnostic Survey (JDS): Οι Hackman & Oldham (1974) δημιούργησαν αυτό το μοντέλο για να διερευνήσουν πώς τα ίδια τα χαρακτηριστικά της εργασίας (π.χ. αυτονομία, ταυτότητα καθηκόντων, ανατροφοδότηση) επηρεάζουν την ψυχολογία και την απόδοση του ατόμου. Συνοψίζοντας, η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου εξαρτάται από τους στόχους της εκάστοτε έρευνας. Παρά την παλαιότητά τους, οι παραπάνω μέθοδοι παραμένουν επίκαιρες, καθώς παρέχουν στους οργανισμούς τη δυνατότητα να ανιχνεύουν έγκαιρα τις εστίες δυσαρέσκειας, προλαμβάνοντας φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης και διασφαλίζοντας την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα.

1.3.4. Παράγοντες ανάπτυξης της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση πρόκειται για μια κατάσταση, η οποία, σύμφωνα με τους Warr et al., (1979), μεταβάλλεται συνεχώς. Ακόμη και αν επιτευχθεί, μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε δυσαρέσκεια εάν τροποποιηθούν οι προσδιοριστικοί της παράγοντες (Tsounis & Sarafis, 2016). Στο ερευνητικό πεδίο, η ικανοποίηση εξετάζεται είτε ως ανεξάρτητη μεταβλητή, μελετώντας τις στάσεις που προκαλεί (π.χ. απόδοση), είτε ως εξαρτημένη μεταβλητή, ως το αποτέλεσμα δηλαδή της επίδρασης εσωτερικών και εξωτερικών παραμέτρων

(Tsounis & Sarafis, 2016). Πρωταρχικά λοιπόν, η επαγγελματική ικανοποίηση εξαρτάται από ατομικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Οι ατομικές ιδιαιτερότητες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της εργασιακής στάσης (Tsounis & Sarafis, 2016). Η ηλικία σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση, καθώς οι μεγαλύτεροι εργαζόμενοι επιδεικνύουν υψηλότερη προσαρμοστικότητα λόγω εμπειρίας (Tsounis & Sarafis, 2016). Όσον αφορά το φύλο, παρατηρούνται ποιοτικές διαφορές στις πηγές ικανοποίησης (Tsounis & Sarafis, 2016). Οι γυναίκες εστιάζουν περισσότερο στις διαπροσωπικές σχέσεις και την ισορροπία εργασίας-ζωής, ενώ οι άνδρες προτιμούν την εργασιακή ασφάλεια και την κοινωνική αναγνώριση (Bender et al., 2005). Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την ικανοποίηση, επομένως ενώ προσφέρει πρόσβαση σε καλύτερες θέσεις, μπορεί να προκαλέσει δυσaréσκεια εάν οι υψηλές προσδοκίες του ατόμου δεν εκπληρωθούν (Judge et al., 2002). Η βιβλιογραφία διακρίνει τις πηγές ικανοποίησης σε δύο βασικές κατηγορίες (Evans, 1999; Καντάς, 2010): α) Ενδογενείς παράγοντες: Αφορούν το περιεχόμενο της εργασίας, όπως η αυτονομία, η αξιοποίηση ταλέντων, η ανάληψη ευθυνών και ο προσωπικός έλεγχος. β) Εξωγενείς παράγοντες: Σχετίζονται με το εργασιακό πλαίσιο, περιλαμβάνοντας τις αμοιβές, τα ωράρια, τις σχέσεις με συναδέλφους και τις συνθήκες ασφάλειας.

Ειδικότερα στους ιατρούς, η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις απαιτήσεις της εργασίας, τον βαθμό επαγγελματικής αυτονομίας και τη δυνατότητα διατήρησης ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής. Οι Voltmer et al. (2024), συγκρίνοντας ιατρούς στη Γερμανία και τη Νορβηγία, διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση από την εργασία συνδεόταν θετικά με την αντίληψη της εργασίας ως ουσιαστικής, με την ύπαρξη συνεργατικών σχέσεων και με την επαρκή δυνατότητα ελέγχου των επαγγελματικών καθηκόντων. Αντίθετα, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η πίεση χρόνου, η συναισθηματική εξάντληση και η δυσκολία συνδυασμού εργασιακών και οικογενειακών υποχρεώσεων συνδέονταν με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των ιατρών δεν εξαρτάται μόνο από την αμοιβή ή την επαγγελματική θέση, αλλά και από την ποιότητα της καθημερινής εργασιακής εμπειρίας και τους διαθέσιμους οργανωσιακούς πόρους (Voltmer et al., 2024). Παράλληλα, η σύγκρουση μεταξύ εργασίας και οικογενειακής ζωής αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης της επαγγελματικής ικανοποίησης των ιατρών. Οι Wen et al. (2024), μελετώντας ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, διαπίστωσαν ότι η αυξημένη σύγκρουση εργασίας-οικογένειας συνδεόταν με χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση

λειτουργούσε ως ενδιάμεσος μηχανισμός που ενίσχυε αυτήν την αρνητική σχέση. Αντίθετα, η κοινωνική υποστήριξη από συναδέλφους, προϊσταμένους και το οικογενειακό περιβάλλον περιόριζε την αρνητική επίδραση των εργασιακών απαιτήσεων. Συνεπώς, η ενίσχυση της οργανωσιακής υποστήριξης, η κατανομή του φόρτου εργασίας και η εφαρμογή πολιτικών που διευκολύνουν την ισορροπία εργασίας και προσωπικής ζωής μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της επαγγελματικής ικανοποίησης των ιατρών (Wen et al., 2024).

Στο νοσηλευτικό προσωπικό η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζεται σημαντικά από τον φόρτο εργασίας, την επάρκεια της στελέχωσης, την υποστήριξη από τη διοίκηση, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων (Σερέτη & Κουλιεράκης, 2014; Τσολακίδου, κ.ά. 2024, Tsolakidou et al. 2024). Η συνεχής έκθεση σε αυξημένες κλινικές και συναισθηματικές απαιτήσεις, ιδιαίτερα κατά τη φροντίδα ασθενών με σοβαρές ή τελικού σταδίου νόσους, μπορεί να μειώσει την ικανοποίηση από την εργασία και να ενισχύσει τη συναισθηματική εξάντληση (Τσολακίδου, κ.ά. 2024, Tsolakidou et al. 2024). Αντίθετα, η αποτελεσματική συνεργασία, η επαγγελματική αναγνώριση, η αυτονομία και η ύπαρξη επαρκών οργανωσιακών πόρων μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά, ενισχύοντας την επαγγελματική δέσμευση και την αντίληψη νοήματος από την εργασία (Τσολακίδου, κ.ά. 2024, Tsolakidou et al. 2024).

Συνολικά, στους ιατρούς και τους νοσηλευτές η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται στενά τόσο με την επαγγελματική εξουθένωση όσο και με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η πίεση χρόνου, η ανεπαρκής στελέχωση, η περιορισμένη οργανωσιακή υποστήριξη και η σύγκρουση εργασίας–προσωπικής ζωής μπορούν να περιορίσουν την ικανοποίηση και να ενισχύσουν την εξάντληση και την αποστασιοποίηση από την εργασία. Οι καταστάσεις αυτές ενδέχεται να επιβαρύνουν τη σωματική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία, τη ζωτικότητα και την κοινωνική λειτουργία των επαγγελματιών υγείας. Αντίθετα, η εργασιακή αυτονομία, οι υποστηρικτικές σχέσεις και η αναγνώριση της επαγγελματικής προσφοράς μπορούν να ενισχύσουν την ικανοποίηση και να λειτουργήσουν προστατευτικά απέναντι στην εξουθένωση και στην υποβάθμιση της ΣΥΠΖ.

1.3.5. Η επαγγελματική ικανοποίηση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς τελικού σταδίου στα νοσοκομεία

Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους αποτελεί μία από τις πιο απαιτητικές πτυχές του ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος (Rome et al., 2011). Σε αντίθεση με άλλες κλινικές ειδικότητες όπου ο στόχος είναι η ίαση,

στην ανακουφιστική φροντίδα η έμφαση μετατοπίζεται στη διαχείριση των συμπτωμάτων, την ποιότητα του εναπομείναντος χρόνου και την υποστήριξη του πένθους της οικογένειας (Rome et al., 2011). Η επαγγελματική ικανοποίηση σε αυτό το πλαίσιο δεν πηγάζει από τη θεραπεία, αλλά από την προσφορά αξιοπρέπειας στον θάνατο (Rome et al., 2011). Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, η επαγγελματική ικανοποίηση των ατόμων που εργάζονται σε ογκολογικές κλινικές και μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας επηρεάζεται άμεσα από την ποιότητα των ανθρώπινων σχέσεων που αναπτύσσονται στον εργασιακό χώρο (Rome et al., 2011). Η ικανότητα των ιατρών και των νοσηλευτών να διαμορφώνουν ουσιαστικούς δεσμούς με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους αποτελεί μια ισχυρή πηγή ηθικής πλήρωσης, η οποία στη βιβλιογραφία περιγράφεται ως «ικανοποίηση συμπόνιας» (Zhang et al., 2018). Όταν το προσωπικό αισθάνεται ότι προσφέρει πραγματική ανακούφιση και παρηγοριά σε κρίσιμες στιγμές, η εργασία αποκτά ένα βαθύτερο νόημα που λειτουργεί ως αντίβαρο στη συναισθηματική πίεση (Lin et al., 2025). Παράλληλα, η ευημερία του προσωπικού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το οργανωσιακό πλαίσιο και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων (Lin et al., 2025). Η ύπαρξη μιας δεμένης διεπιστημονικής ομάδας, που περιλαμβάνει ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, δημιουργεί ένα σύστημα το οποίο προστατεύει τον εργαζόμενο από το έντονο στρες και την εξουθένωση (Schwarzkopf et al., 2024). Επιπλέον, η αίσθηση της επαγγελματικής αυτονομίας και η συμμετοχή στη λήψη κλινικών αποφάσεων ενισχύουν την αυτοπεποίθηση του προσωπικού. Όταν οι διοικήσεις των νοσοκομείων δείχνουν εμπιστοσύνη στην κρίση των λειτουργών υγείας, παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά εργασιακής δέσμευσης και χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής απογοήτευσης (Schwarzkopf et al., 2024).

1.3.6. Προϋπάρχουσα έρευνα

Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται σημαντικές έρευνες που εξετάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού στο πλαίσιο της φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, αναδεικνύοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική ευημερία και την απόδοση των εργαζομένων.

Οι Macuka & Tucak Junaković (2021) στην μελέτη στους διερεύνησαν πώς οι προσωπικοί παράγοντες (επικοινωνία, ανθεκτικότητα, θρησκευτικότητα) και οι οργανωσιακοί παράγοντες (κοινωνική υποστήριξη, έλεγχος εργασίας) επηρεάζουν την ικανοποίηση και την πρόθεση παραίτησης των επαγγελματιών ανακουφιστικής φροντίδας. Διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα 122 επαγγελματιών (57% νοσηλευτές). Χρησιμοποιήθηκαν

ερωτηματολόγια και αναλύσεις ιεραρχικής και λογιστικής παλινδρόμησης. Το 53% δήλωσε ικανοποιημένο, ενώ το 76% δεν σκόπευε να παραιτηθεί. Η υποστήριξη από συναδέλφους και οι επικοινωνιακές δεξιότητες αναδείχθηκαν σε ισχυρούς προβλεπτικούς δείκτες. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη δυσκολία ανακοίνωσης κακών νέων, η οποία επηρεάζει άμεσα την επαγγελματική ευημερία.

Οι Baek & Choi (2015) είχαν σκοπό να εξετασθεί η σχέση μεταξύ του στρες που προκαλεί η φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου, της επαγγελματικής ικανοποίησης και της κλινικής απόδοσης των νοσηλευτών σε παθολογικές κλινικές σε νοσοκομεία. Περιγραφική μελέτη σε 201 νοσηλευτές με εμπειρία τουλάχιστον ενός έτους σε έξι νοσοκομεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω δομημένων εργαλείων αξιολόγησης. Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ στρες και ικανοποίησης, ενώ η ικανοποίηση συνδεόταν θετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το στρες δεν επηρέασε άμεσα την απόδοση, υποδεικνύοντας ότι η ικανοποίηση λειτουργεί ως διάμεσος παράγοντας. Τέλος, προτάθηκε η ανάγκη προγραμμάτων υποστήριξης για τη βελτίωση της φροντίδας.

Η έρευνα του Cheon (2025) είχε σκοπό να προσδιορίσει κατά πόσο το στρες, οι προσωπικές στάσεις απέναντι στον θάνατο και η αίσθηση κλινικής επάρκειας (απόδοση) των γιατρών και των νοσηλευτών προβλέπουν την επαγγελματική ικανοποίηση. Χρησιμοποιήθηκε συγχρονικός σχεδιασμός με δείγμα 215 νοσηλευτών από νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας. Η συλλογή δεδομένων έγινε ηλεκτρονικά και η ανάλυση περιέλαβε ιεραρχική παλινδρόμηση. Η αντιλαμβανόμενη επάρκεια (απόδοση) ήταν ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της ικανοποίησης, ακολουθούμενη από τις θετικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα τελικού σταδίου. Το στρες δεν έδειξε άμεση συσχέτιση. Επιπλέον, οι νοσηλευτές που παρακολουθούσαν μεταπτυχιακά προγράμματα εμφάνισαν υψηλότερη ικανοποίηση, τονίζοντας τη σημασία της συνεχούς εκπαίδευσης.

Ο De Araújo et al. (2004) είχε σκοπό στην έρευνα του να διερευνηθεί το πώς οι νοσηλευτές διαχειρίζονται την καθημερινή επαφή με τον θάνατο, τις δεξιότητες επικοινωνίας που θεωρούν απαραίτητες και τον βαθμό ικανοποίησής τους από την ανακουφιστική φροντίδα. Μεθοδολογία: Διεξήχθη ποιοτική έρευνα με ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε 14 νοσηλευτές αιματολογικής μονάδας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου του Bardin. Αναδείχθηκε η επιτακτική ανάγκη για ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη του προσωπικού. Εντοπίστηκαν επιπλέον μοτίβα αποφυγής σε

ορισμένους νοσηλευτές ως μηχανισμός άμυνας απέναντι στον ανθρώπινο πόνο και το θάνατο. Η μελέτη κατέληξε στο ότι η ελλιπής προετοιμασία στις επικοινωνιακές δεξιότητες υπονομεύει την ικανοποίηση και την ποιότητα της παρεχόμενης βοήθειας.

Ο Lamiani et al. (2016) επιχείρησε να εξετάσει εάν τα επίπεδα ενσυναίσθησης των κλινικών γιατρών που εργάζονται σε περιβάλλοντα εντατικής θεραπείας σε νοσοκομεία αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ηθικής δυσφορίας (moral distress), χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης και τάσης αποχώρησης από το επάγγελμα. Στην έρευνα συμμετείχαν 210 Ιταλοί επαγγελματίες υγείας (κυρίως αναισθησιολόγοι και γιατροί που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας). Χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα εργαλεία, όπως το ερωτηματολόγιο Empathy Quotient και η κλίμακα Moral Distress Scale-Revised. Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής και λογιστικής παλινδρόμησης, με έλεγχο μεταβλητών όπως η ηλικία, το φύλο και η ειδικότητα. Τα αποτελέσματα κατέρριψαν την αντίληψη ότι η ενσυναίσθηση επιβαρύνει τον κλινικό γιατρό. Αντίθετα, η ενσυναίσθηση αναδείχθηκε ως ο μοναδικός σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης. Διαπιστώθηκε ότι η ικανότητα κατανόησης του ασθενούς δεν αυξάνει την ηθική δυσφορία ούτε την πρόθεση παραίτησης, υποδηλώνοντας ότι η συναισθηματική σύνδεση λειτουργεί ενισχυτικά για το προσωπικό, ακόμη και σε συνθήκες υψηλής κρισιμότητας.

Οι Galiana et al. (2021) διερεύνησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής και την προσωπική ευημερία επαγγελματιών ανακουφιστικής φροντίδας που εργάζονται με ασθενείς τελικού σταδίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με συγχρονικό σχεδιασμό σε δείγμα 296 επαγγελματιών υγείας στην Ισπανία, μεταξύ των οποίων νοσηλευτές, ιατροί, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας, της επίγνωσης, της αυτοσυμπόνιας, της ικανότητας διαχείρισης του θανάτου, της επαγγελματικής ποιότητας ζωής και της προσωπικής ευημερίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αυτοσυμπόνια αποτέλεσε τον ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, ενώ η αυτοφροντίδα και η επίγνωση συνέβαλαν θετικά στην ενίσχυσή της. Παράλληλα, η επαγγελματική ποιότητα ζωής συνδέθηκε ισχυρά με την προσωπική ευημερία, στοιχείο που αναδεικνύει τη στενή σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική ικανοποίηση, την ψυχική ευημερία και τη δυνατότητα διατήρησης ποιοτικής φροντίδας σε συνθήκες υψηλής συναισθηματικής επιβάρυνσης. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι η καλλιέργεια της αυτοσυμπόνιας και της αυτοφροντίδας μπορεί να

λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση και την κόπωση συμπίνας, ενισχύοντας παράλληλα την επαγγελματική ικανοποίηση, την ψυχική ανθεκτικότητα και τη λειτουργικότητα των επαγγελματιών υγείας.

Σκοπός της μελέτης των Kang et al. (2021) ήταν η διερεύνηση της ηθικής δυσφορίας που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς σε κρίσιμη και τελική κατάσταση σε τριτοβάθμια νοσοκομεία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ποιοτική μεθοδολογία, μέσω ημι-δομημένων εις βάθος συνεντεύξεων με 22 ιατρούς και νοσηλευτές από διάφορα τμήματα δύο νοσοκομείων στη Νότια Κορέα, οι οποίοι είχαν εμπειρία ηθικών διλημμάτων στην κρίσιμη και τελική φροντίδα. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της θεμελιωμένης θεωρίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετώπιζαν ηθική δυσφορία όταν οι προσωπικές τους αξίες, όπως η ειλικρίνεια προς τους ασθενείς, η ελαχιστοποίηση ανούσιων παρεμβάσεων και η ανακουφιστική φροντίδα, συγκρούονταν με εξωτερικούς παράγοντες όπως η κυριαρχία της οικογένειας, η ιεραρχία και ο αυξημένος φόρτος εργασίας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν συναισθήματα άγχους, ενοχής και απογοήτευσης, αναδεικνύοντας την ανάγκη υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας σε τέτοια πλαίσια.

Στόχος της μελέτης των Chen και Chen (2024) ήταν η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις υποκειμενικές και αντικειμενικές εμπειρίες απώλειας ασθενών και σε διαφορετικές διαστάσεις της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL) ιατρών και νοσηλευτών. Η έρευνα βασίστηκε σε δευτερογενή ανάλυση συγχρονικών δεδομένων από 306 Κινέζους ιατρούς και νοσηλευτές, των οποίων η πιο πρόσφατη εμπειρία θανάτου ασθενούς είχε συμβεί τουλάχιστον ένα μήνα πριν. Οι αντικειμενικές εμπειρίες απώλειας εκτιμήθηκαν με βάση τον αριθμό θανάτων ασθενών, ενώ οι υποκειμενικές με τη χρήση της υποκλίμακας Accumulated Global Changes (AGC) της Professional Bereavement Scale. Η επαγγελματική ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με την κλίμακα ProQOL. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο αριθμός προηγούμενων θανάτων δεν συσχετίστηκε σημαντικά με καμία διάσταση της ProQOL. Αντίθετα, υψηλότερες τιμές στην AGC συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση, δευτερογενές τραυματικό στρες και ικανοποίηση από τη συμπίνα, ανεξάρτητα από δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Συμπερασματικά, η υποκειμενική εμπειρία απώλειας επηρεάζει περισσότερο την επαγγελματική ποιότητα ζωής.

1.4. Ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction)

Η ικανοποίηση συμπόνιας (Compassion Satisfaction) αποτελεί τον βασικό παράγοντα της θετικής επαγγελματικής ποιότητας ζωής για τους επαγγελματίες υγείας (Ryu et al., 2022). Ορίζεται ως το αίσθημα πλήρωσης, η χαρά και η πνευματική ευχαρίστηση που βιώνει ο επαγγελματίας μέσα από την προσφορά βοήθειας και την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου (Ryu et al., 2022). Σε αντίθεση με τις αρνητικές επιπτώσεις της φροντίδας, η ικανοποίηση συμπόνιας λειτουργεί ως ένας ισχυρός εσωτερικός μηχανισμός ανατροφοδότησης που ενδυναμώνει τον ψυχισμό του εργαζομένου (Ryu et al., 2022). Ουσιαστικά, η ικανοποίηση συμπόνιας πηγάζει από την ειλικρινή επιθυμία του εργαζομένου να βοηθήσει και να βελτιώσει τη ζωή των ασθενών του (Ryu et al., 2022). Αυτό το συναίσθημα στηρίζεται στα θετικά συναισθήματα από την εργασία, δηλαδή όταν ο επαγγελματίας υγείας αισθάνεται ότι κάνει κάτι σημαντικό, προσφέροντας στο κοινωνικό σύνολο (Köveroová, 2018). Επίσης, στηρίζεται στην αίσθηση ότι είναι ικανός/η στη δουλειά του/της, και οι πράξεις του/της έχουν θετικά αποτελέσματα, όπως επίσης και στη συναδελφικότητα και την ψυχική ανθεκτικότητα (Köveroová, 2018). Όλα αυτά λειτουργούν ως προστασία για την ψυχολογία του γιατρού ή του νοσηλευτή. Όσο περισσότερη ικανοποίηση αντλεί ένας επαγγελματίας από την προσφορά του, τόσο πιο ανθεκτικός γίνεται απέναντι στις δυσκολίες (Köveroová, 2018). Αυτό τον βοηθά να μην καταρρέει από το βάρος του ανθρώπινου πόνου (κόπωση συμπόνιας) και να μην παθαίνει επαγγελματική εξουθένωση (burnout) (Köveroová, 2018). Αντί να απομονώνεται συναισθηματικά, μαθαίνει να διαχειρίζεται τις δύσκολες εμπειρίες και να εξελίσσεται μέσα από αυτές, διατηρώντας την ανθρωπιά του (Burnett, 2015). Συνεπώς, για τη διατήρηση υψηλών επιπέδων ικανοποίησης, κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση πρακτικών όπως η ενσυνειδητότητα (mindfulness), η συστηματική αυτοφροντίδα και η αναγνώριση των καθημερινών θετικών επιτευγμάτων (Μαγγούλια, 2011). Η υποστήριξη από το συναδελφικό περιβάλλον παραμένει ο κρισιμότερος παράγοντας για την καλλιέργεια ενός εργασιακού κλίματος που προάγει την ηθική ανταμοιβή και την επαγγελματική ευημερία (Burnett, 2015; Μαγγούλια, 2011).

1.5. Κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue)

Από την άλλη, η κόπωση συμπόνιας (Compassion Fatigue) αποτελεί το βαρύ συναισθηματικό φορτίο που καταβάλλουν οι επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να ανακουφίσουν τον πόνο των συνανθρώπων τους (Figley, 1995). Πρόκειται για μια κατάσταση που πηγάζει από την ίδια την αλτρουιστική φύση του λειτουργήματος και την έντονη

συναισθηματική εμπλοκή με το τραύμα του ασθενούς (Figley, 1995). Ο όρος καθιερώθηκε το 1992 από την Joinson για να περιγράψει την εξάντληση των νοσηλευτών σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ενώ αργότερα ο Figley (1995) τον όρισε ως τη μειωμένη ικανότητα του επαγγελματία να επιδεικνύει ενσυναίσθηση ή να αντέχει τα βάσανα των ασθενών του (Figley, 1995). Η κόπωση συμπόνιας προκύπτει από τη συνεχή έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, η οποία σταδιακά κλονίζει τις αξίες και τις αντιλήψεις του φροντιστή, ειδικά όταν στερείται βασικών μηχανισμών αποφόρτισης από τους στρεσογόνους παράγοντες (Joinson, 1992; Figley, 1995). Μια θεμελιώδης διαφορά από την κοινή επαγγελματική εξουθένωση (burnout) είναι ότι η κόπωση συμπόνιας εμφανίζεται αποκλειστικά σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας (Joinson, 1992). Ενώ το burnout σχετίζεται με τον φόρτο εργασίας και τις οργανωτικές δυσλειτουργίες, η κόπωση συμπόνιας είναι το άμεσο αποτέλεσμα της έκθεσης στον ανθρώπινο πόνο (Figley, 1995). Αποτελείται από δύο πτυχές, την επαγγελματική εξάντληση και το δευτερογενές τραυματικό στρες (Μαγγούλια, 2011). Τα συμπτώματα της κόπωσης συμπόνιας είναι το συναισθηματικό «μούδιασμα», πολλές φορές η απάθεια και η μειωμένη ενσυναίσθηση, μέχρι σωματικές ενοχλήσεις όπως αϋπνία, χρόνια κόπωση και ευερεθιστότητα (Μαγγούλια, 2011). Για την πρόληψη και την αντιμετώπισή της, κρίνεται επιβεβλημένη η θέσπιση ορίων μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, η επένδυση στην αυτοφροντίδα και η αναζήτηση υποστήριξης μέσω της συναδελφικής αλληλεγγύης ή της βοήθειας ειδικών ψυχικής υγείας (Μαγγούλια, 2011). Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων είναι καθοριστικής σημασίας για τη διατήρηση της ποιότητας της φροντίδας και την προστασία του ίδιου του θεραπευτή (Canadian Medical Association, 2020).

Συνοψίζοντας, η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει ότι η εργασία των ιατρών και των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς σε τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται από αυξημένες συναισθηματικές, σωματικές και οργανωσιακές απαιτήσεις, οι οποίες είναι αδύνατο να μην επηρεάσουν την επαγγελματική και προσωπική τους ευημερία. Η επαγγελματική εξουθένωση, η επαγγελματική ικανοποίηση και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελούν τρεις αλληλένδετους άξονες, καθώς η παρατεταμένη εξάντληση και η αποστασιοποίηση από την εργασία ενδέχεται να συνοδεύονται από χαμηλότερη ικανοποίηση από τις συνθήκες και το περιεχόμενο της εργασίας, καθώς και από επιβάρυνση της σωματικής και κυρίως της ψυχικής υγείας. Παράλληλα, η επαγγελματική ικανοποίηση και η ύπαρξη υποστηρικτικών συνθηκών εργασίας μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά, περιορίζοντας τις αρνητικές συνέπειες των απαιτήσεων της φροντίδας. Με βάση τα παραπάνω, η βασική υπόθεση της παρούσας

έρευνας είναι ότι, στους ιατρούς και τους νοσηλευτές που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο, η αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση ενδέχεται να συνδέεται με μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ενώ η απουσία επαγγελματικής εξουθένωσης ενδέχεται να συνδέεται με υψηλότερη επαγγελματική και υψηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, δηλαδή, να σχετίζεται θετικά με θετικούς δείκτες/θετικές εκβάσεις.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο έρχονται σε επαφή με ένα ιδιαίτερα απαιτητικό κλινικό περιβάλλον. Η καθημερινή επαφή με σοβαρές ασθένειες, πόνο, το στάδιο του θανάτου και τον ίδιο τον θάνατο μπορεί να δημιουργήσει σημαντικό συναισθηματικό βάρος και να επηρεάσει τόσο την προσωπική ευημερία όσο και την επαγγελματική απόδοση. Σε τέτοιους χώρους εργασίας, μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, να μειωθεί η ικανοποίηση από την εργασία και να επηρεαστεί αρνητικά η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. Ταυτόχρονα, η εμπειρία της φροντίδας ασθενών στο τέλος της ζωής τους μπορεί επίσης να ενισχύσει το επαγγελματικό νόημα, την ανθεκτικότητα και την προσωπική ανάπτυξη υπό κατάλληλες οργανωτικές συνθήκες. Για τον λόγο αυτό, η συστηματική διερεύνηση αυτών των διαστάσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι σημαντική τόσο για την ευημερία των εργαζομένων όσο και για την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η παρούσα μελέτη εξετάζει, επομένως, τη σχέση μεταξύ της εργασίας με ασθενείς σε τελικό στάδιο και τριών κεντρικών αποτελεσμάτων: επαγγελματικής εξουθένωσης, ικανοποίησης από την εργασία και ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία.

2.2. Σκοπός, στόχοι και ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας

Ο βασικός σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα: *«Επιδρά και σε ποιο βαθμό η εργασία με ασθενείς τελικού σταδίου, στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, στην επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ιατρών και νοσηλευτών σε νοσοκομειακά Τμήματα της Πάτρας;»*. Η βασική υπόθεση της παρούσας έρευνας είναι ότι, στους ιατρούς και τους νοσηλευτές που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο, η αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση ενδέχεται να συνδέεται με μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα

ζωής, ενώ η απουσία επαγγελματικής εξουθένωσης ενδέχεται να συνδέεται με υψηλότερη επαγγελματική και υψηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, δηλαδή, να σχετίζεται θετικά με θετικούς δείκτες/θετικές εκβάσεις. Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- Ποιος είναι ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο σε νοσοκομειακά τμήματα της Πάτρας και πώς διαφοροποιείται σε σχέση με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας και το είδος του τμήματος εργασίας;
- Ποια είναι τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο σε νοσοκομειακά τμήματα της Πάτρας και ποια η σχέση της εργασιακής ικανοποίησης με την επαγγελματική εξουθένωση, όπως αυτή αποτυπώνεται μέσω του Job Satisfaction Survey (JSS);
- Πώς διαμορφώνεται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο σε νοσοκομειακά τμήματα της Πάτρας και σε ποιον βαθμό η επαγγελματική εξουθένωση και η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζουν τις σωματικές και ψυχικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως αξιολογούνται μέσω του SF-36;

Με βάση τον σκοπό της παρούσας μελέτης και τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα, διατυπώθηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

- EY1: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής ικανοποίησης των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο.
- EY2: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων.
- EY3: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων.
- EY4: Η επαγγελματική εξουθένωση και η εργασιακή ικανοποίηση αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας των ιατρών και νοσηλευτών.
- EY5: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αποστασιοποίησης και εξάντλησης ανάλογα με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας και ο τομέας εργασίας.

2.3. Σχεδιασμός της έρευνας και επιλογή μεθοδολογίας

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί έναν ποσοτικό διατομεακό σχεδιασμό. Μια διατομεακή μελέτη είναι ένας σχεδιασμός παρατήρησης στον οποίο οι μεταβλητές που σχετίζονται με την έκθεση και το αποτέλεσμα μετρούνται την ίδια χρονική στιγμή (Setia, 2016). Αυτή η προσέγγιση είναι κατάλληλη όταν ο σκοπός είναι να περιγραφεί η τρέχουσα κατάσταση ενός πληθυσμού και να εξεταστούν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών χωρίς την οποιαδήποτε παρέμβαση (Bryman, 2016). Χρησιμοποιείται συχνά στην έρευνα για την υγεία επειδή επιτρέπει στους ερευνητές να εκτιμήσουν την επικράτηση μιας κατάστασης και να διερευνήσουν τις σχέσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικών, δημογραφικών και επαγγελματικών παραγόντων με έναν σχετικά πρακτικό και οικονομικό τρόπο (Setia, 2016). Η επιλογή της ποσοτικής μεθοδολογίας κρίθηκε κατάλληλη, καθώς η παρούσα μελέτη στοχεύει στη μέτρηση συγκεκριμένων μεταβλητών με δομημένο τρόπο και στην ανάλυση των στατιστικών σχέσεων μεταξύ τους (Bryman, 2016). Η χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων που μπορούν να συγκριθούν από σχετικά μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων και υποστηρίζει την αντικειμενική ανάλυση για τις μεταβλητές της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ικανοποίησης από την εργασία και της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία (Bryman, 2016).

Στην παρούσα έρευνα, τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή που συμπληρώνεται από τους ίδιους τους/τις συμμετέχοντες/ουσες. Η μέθοδος αυτή επιλέχθηκε επειδή είναι πρακτική για το περιβάλλον του νοσοκομείου, όπου οι επαγγελματίες συχνά διαθέτουν περιορισμένο χρόνο και ενδέχεται να μην είναι πάντα διαθέσιμοι για να συμπληρώσουν ηλεκτρονικές έρευνες κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας τους. Ένα έντυπο ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί απευθείας στον χώρο εργασίας, να συμπληρωθεί σε μια κατάλληλη στιγμή και δεν απαιτεί ψηφιακή πρόσβαση ή τεχνολογική εξοικείωση. Επιπλέον, η χρήση των δομημένων εργαλείων αυτοαναφοράς υποστηρίζει την τυποποίηση των απαντήσεων μεταξύ των συμμετεχόντων. Παράλληλα, η μέθοδος αυτή παρουσιάζει και ορισμένους περιορισμούς. Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ενδέχεται να επηρεάζονται από την κοινωνική επιθυμητότητα, την κόπωση των ερωτηθέντων ή την παρερμηνεία ορισμένων ερωτήσεων (Marcano Belisario et al., 2015). Επιπλέον, ο διατομεακός χαρακτήρας της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων, επιτρέπει τον εντοπισμό συσχετίσεων, αλλά όχι τον προσδιορισμό της χρονικής ακολουθίας μεταξύ των μεταβλητών (Bryman, 2016).

2.4. Ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή δεδομένων βασίστηκε σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τέσσερα μέρη:

- α) ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά,
- β) το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, για το οποίο λήφθηκε άδεια,
- γ) το Short Form Health Survey (SF-36) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία, για το οποίο λήφθηκε άδεια, και
- δ) το Job Satisfaction Survey (JSS) για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία, για το οποίο λήφθηκε άδεια.

Η επιλογή αυτών των εργαλείων βασίστηκε στην ευρεία χρήση τους στην έρευνα στον τομέα της υγείας και των οργανώσεων, στην ψυχομετρική τους καταλληλότητα και στη σχετικότητα που έχουν με τους στόχους της παρούσας μελέτης.

2.4.1. Ερωτηματολόγιο σχετικά με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου συλλέγει τα βασικά δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία. Το τμήμα αυτό είναι σημαντικό, καθώς οι μεταβλητές αυτές ενδέχεται να επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση, την ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα ζωής, ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να καταγραφούν προκειμένου να περιγράψει το δείγμα και να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ υποομάδων. Πιο συγκεκριμένα, αυτό το τμήμα περιλαμβάνει μεταβλητές όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, την ειδικότητα, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, τα έτη υπηρεσίας στο τρέχον τμήμα, την εργασιακή κατάσταση, την εργασία σε βάρδιες, τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας, τον τύπο του νοσοκομειακού τμήματος και τη συχνότητα επαφής με ασθενείς σε τελικό στάδιο. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τον αντιληπτό φόρτο εργασίας και άλλες συνθήκες που σχετίζονται με την εργασία και αφορούν τη φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο. Αυτά τα δεδομένα προσφέρουν μια πληρέστερη εικόνα του δείγματος και υποστηρίζουν την ανάλυση του κατά πόσον οι κύριες μεταβλητές της μελέτης διαφέρουν ανάλογα με το φύλο, το είδος τμήματος εργασίας και τα έτη προϋπηρεσίας.

2.4.2. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης του Oldenburg (OLBI)

Η επαγγελματική εξουθένωση αξιολογείται με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Εξουθένωσης του Oldenburg (OLBI). Το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης του Oldenburg, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Demerouti et al. (2001) είναι ένα γνωστό και επικυρωμένο εργαλείο που χρησιμοποιείτε συχνά στην έρευνα και έχει σχεδιαστεί για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορα επαγγελματικά περιβάλλοντα. Το OLBI αναπτύχθηκε ως εναλλακτικό μέτρο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση του συνδρόμου σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες (Reis et al., 2015). Σε αντίθεση με το Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach, το οποίο βασίζεται σε τρεις διαστάσεις, το OLBI εστιάζει σε δύο κεντρικές διαστάσεις: την εξάντληση και την αποστασιοποίηση από την εργασία (Maslach & Leiter, 2016). Η εξάντληση αναφέρεται στη σωματική, γνωστική και συναισθηματική εξάντληση που προκαλείται από τις απαιτήσεις της εργασίας, ενώ η αποστασιοποίηση αντανάκλα την απομάκρυνση από την εργασία, τη μειωμένη ταύτιση με τα εργασιακά καθήκοντα και τις αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία (Reis et al., 2015). Το εργαλείο αποτελείται από 16 ερωτήσεις, με δηλώσεις τόσο θετικής όσο και αρνητικής διατύπωσης (Demerouti et al., 2001). Αυτή η ισορροπημένη διατύπωση εισήχθη προκειμένου να μειωθεί η μεροληψία στις απαντήσεις και να αποτυπωθούν πιο αποτελεσματικά και οι δύο πόλοι της εμπειρίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συμμετέχοντες απαντούν σε κάθε δήλωση σε μια κλίμακα τύπου Likert, κάθε ερώτηση χρησιμοποιεί μια κλίμακα Likert 4 βαθμών (1 = συμφωνώ απόλυτα, 4 = διαφωνώ απόλυτα) και οι βαθμολογίες των ερωτήσεων συνδυάζονται μετά την αντίστροφη βαθμολόγηση των κατάλληλων ερωτήσεων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδίως όσον αφορά την εξάντληση και την αποσύνδεση (Demerouti & Bakker, 2008).

2.4.3. Ερωτηματολόγιο υγείας σύντομης μορφής (SF-36)

Η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία εκτιμάται με το Ερωτηματολόγιο υγείας σύντομης μορφής (SF-36). Το SF-36 αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study) ως ένα γενικό μέτρο της κατάστασης υγείας, κατάλληλο για χρήση στην κλινική έρευνα, σε μελέτες του γενικού πληθυσμού και στην αξιολόγηση της πολιτικής υγείας. Αποτελεί ένα από τα πιο συχνά εργαλεία που χρησιμοποιούνται διεθνώς για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία

(Ware & Sherbourne, 1992). Το SF-36 περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις και αξιολογεί οκτώ διαστάσεις της υγείας: σωματική λειτουργία, περιορισμοί ρόλων λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας, σωματικός πόνος, γενική αντίληψη για την υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία, περιορισμοί ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και ψυχική υγεία (Lins & Carvalho, 2016). Οι βαθμολογίες για κάθε υποκλίμακα κυμαίνονται από 0 έως 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν καλύτερη αντιληπτή ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. Το εργαλείο δίνει την δυνατότητα για την γενική ερμηνεία της κατάστασης της σωματικής και ψυχικής υγείας (Lins & Carvalho, 2016; Ware & Sherbourne, 1992). Το SF-36 είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για την έρευνα, καθώς καταγράφει τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχολογικές πτυχές της υγείας, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζονται από την εργασία σε περιβάλλοντα φροντίδας ασθενών σε τελικό στάδιο ζωής (Harinath et al., 2024). Η ελληνική έκδοση του SF-36 έχει υποβληθεί σε διαδικασίες επικύρωσης και τυποποίησης και έχει επιδείξει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες στον ελληνικό πληθυσμό (Anagnostopoulos et al., 2005; Pappa et al., 2005).

2.4.4. Έρευνα Ικανοποίησης από την Εργασία (JSS)

Η ικανοποίηση από την εργασία μετράτε με τη χρήση της Έρευνας Ικανοποίησης από την Εργασία (JSS), η οποία αναπτύχθηκε από τον Paul E. Spector (1985). Η κλίμακα JSS σχεδιάστηκε ειδικά για υπαλλήλους οργανισμών κοινωνικών υπηρεσιών, δημόσιων και μη κερδοσκοπικών οργανισμών, γεγονός που την καθιστά ιδιαίτερα κατάλληλη για επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον (Spector, 1985). Το εργαλείο αποτελείται από 36 ερωτήσεις που οργανώνονται σε εννέα διαστάσεις της ικανοποίησης από την εργασία: αμοιβή, προαγωγή, εποπτεία, πρόσθετες παροχές, ανταμοιβές βάσει επιδόσεων, διαδικασίες λειτουργίας, συνάδελφοι, φύση της εργασίας και επικοινωνία (Spector, 1985). Οι συμμετέχοντες απαντούν σε μια κλίμακα συμφωνίας έξι βαθμών ανά ερώτηση που κυμαίνονται από «διαφωνώ απόλυτα» έως «συμφωνώ απόλυτα», ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες αντανakλούν γενικά υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία, μετά την κατάλληλη αντίστροφη κωδικοποίηση των ερωτήσεων με αρνητική διατύπωση (Batura et al., 2016; Spector, 1985). Το εργαλείο παρέχει τόσο μια συνολική βαθμολογία όσο και βαθμολογίες για κάθε πτυχή ξεχωριστά, επιτρέποντας μια πιο λεπτομερή κατανόηση των πτυχών της εργασίας που είναι περισσότερο ή λιγότερο ικανοποιητικές για τους συμμετέχοντες (Karaferis et al., 2022; Spector, 1985). Το JSS επιλέχθηκε επειδή η ικανοποίηση από την

εργασία αποτελεί κεντρική μεταβλητή στην παρούσα μελέτη και επειδή το εργαλείο παρέχει μια πολυδιάστατη εικόνα της επαγγελματικής ικανοποίησης αντί για μια απλή γενική βαθμολογία (Batura et al., 2016). Επιπλέον, η ελληνική μετάφραση του JSS έχει εξεταστεί ψυχομετρικά και έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για χρήση στο ελληνικό πλαίσιο (Karaferis et al., 2022; Tsounis & Sarafis, 2018).

2.5. Κύρια ερευνητική διαδικασία

Η κύρια ερευνητική διαδικασία περιελάμβανε τη διανομή και τη συλλογή έντυπων ερωτηματολογίων σε νοσοκομειακά τμήματα της Πάτρας, όπου γιατροί και νοσηλευτές ασχολούνται με τη φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο. Αρχικά, ζητήθηκε άδεια από την Επιτροπή Έρευνας, Ηθικής και Δεοντολογίας του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για τη διεξαγωγή της μελέτης από τους αρμόδιους θεσμικούς και διοικητικούς φορείς, όπου απαιτούνταν. Αφού ελήφθησαν οι απαραίτητες εγκρίσεις με Αρ.Πρωτοκόλλου 10777-18/3/2026, οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν σχετικά με τον σκοπό της μελέτης, τις διαδικασίες, τον εθελοντικό χαρακτήρα της και δόθηκαν εγγυήσεις σχετικά με την εμπιστευτικότητα. Όσοι/ες συμφώνησαν να συμμετάσχουν έλαβαν ένα έντυπο ενημέρωσης-συγκατάθεσης και το πακέτο του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους/τις ίδιους/ες τους/τις συμμετέχοντες/ουσες. Ο εκτιμώμενος χρόνος συμπλήρωσης ήταν περί τα 20 λεπτά, καθώς το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε δημογραφικές ερωτήσεις καθώς και τρία τυποποιημένα εργαλεία. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ατομικά, χωρίς καμία πίεση από προϊστάμενους ή συναδέλφους. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν στην ερευνήτρια σωρευτικά, ως ασφαλής τρόπος που προστατεύει την ιδιωτικότητα και ελαχιστοποιεί την πιθανότητα ταυτοποίησης. Επειδή η μελέτη αφορά ευαίσθητα ζητήματα όπως η επαγγελματική εξουθένωση, το συναισθηματικό βάρος και η ποιότητα ζωής, δόθηκαν σαφείς γραπτές οδηγίες και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι μπορούν να παραλείψουν οποιαδήποτε ερώτηση δεν επιθυμούν να απαντήσουν ή να διακόψουν τη συμμετοχή τους ανά πάσα στιγμή χωρίς καμία συνέπεια.

2.6. Συμμετέχοντες και μέθοδος δειγματοληψίας

Ο πληθυσμός-στόχος της παρούσας μελέτης αποτελούνταν από ενήλικες ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομειακά τμήματα της Πάτρας που παρέχουν φροντίδα σε

ασθενείς σε τελικό στάδιο. Η μελέτη εστιάζει συγκεκριμένα σε επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με τη φροντίδα τέτοιων ασθενών, καθώς αυτή η επαγγελματική έκθεση αποτελεί το κεντρικό αντικείμενο της έρευνας. Το προβλεπόμενο μέγεθος του δείγματος ήταν 100 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Η μέθοδος δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν μη πιθανοτική, καθώς οι συμμετέχοντες δεν επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο από το σύνολο του πληθυσμού-στόχου. Αντίθετα, η επιλογή τους βασίστηκε στην ευκολία πρόσβασης του ερευνητή σε άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας, καθώς το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε από ορισμένους συμμετέχοντες ή γνωστούς σε άλλα άτομα που ανήκαν στον ίδιο επαγγελματικό χώρο (Bryman, 2016; Zrineh et al., 2026). Πιο συγκεκριμένα, η ερευνήτρια προσέγγισε αρχικά άτομα που ανήκουν στην ομάδα-στόχο μέσω προσωπικών επαγγελματικών επαφών. Αυτοί οι πρώτοι/ες συμμετέχοντες/ουσες διευκολύναν την επαφή με επιπλέον επιλέξιμους/ες συναδέλφους/ισσες που ήταν πρόθυμοι/ες να συμμετάσχουν στη μελέτη. Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιείται συχνά όταν η πρόσβαση σε έναν εξειδικευμένο επαγγελματικό πληθυσμό είναι δύσκολη ή όταν δεν είναι άμεσα διαθέσιμα επίσημα πλαίσια δειγματοληψίας (Pahwa et al., 2023). Ωστόσο, επειδή το δείγμα δεν είναι τυχαίο, η αντιπροσωπευτικότητα των ευρημάτων ενδέχεται να είναι περιορισμένη (Bryman, 2016).

2.7. Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του λογισμικού Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Αρχικά, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία προκειμένου να συνοψιστούν τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με συχνότητες και ποσοστά, ενώ οι συνεχείς μεταβλητές με στοιχεία όπως μέσος όρος, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή. Στη συνέχεια, έγινε ανάλυση αξιοπιστίας για τα ψυχομετρικά εργαλεία χρησιμοποιώντας δείκτες εσωτερικής συνέπειας, όπως το συντελεστή Cronbach's alpha, όπου είναι κατάλληλο, προκειμένου να εξεταστεί η συνοχή των κλιμάκων εντός του συγκεκριμένου δείγματος. Ακόμα, πραγματοποιήθηκε ανάλυση t-test για τον έλεγχο διαφορών με βάση το φύλο για την εξουθένωση, την αποστασιοποίηση και την εξάντληση και για One-Way Anova για τα έτη προϋπηρεσίας και το τμήμα εργασίας. Επίσης, διεξάχθηκαν αναλύσεις συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας. Στο τελικό στάδιο της ανάλυσης πραγματοποιήθηκε πολλαπλή

γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία, ως διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν η επαγγελματική εξουθένωση και η εργασιακή ικανοποίηση, με σκοπό να διερευνηθεί εάν οι δύο αυτές μεταβλητές μπορούν να προβλέψουν την ψυχική υγεία των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς τελικού σταδίου.

2.8. Ζητήματα δεοντολογίας και ηθικής

Η ηθική προστασία των συμμετεχόντων αποτέλεσε πρωταρχική προτεραιότητα της παρούσας μελέτης. Όλοι οι συμμετέχοντες/ουσες ήταν ενήλικες με δικαιοπρακτική ικανότητα και συναίνεσαν στη συμμετοχή τους στην έρευνα. Πριν από τη συμμετοχή τους, έλαβαν γραπτές πληροφορίες στις οποίες εξηγούνταν ο σκοπός της μελέτης, η ταυτότητα της ερευνήτριας, το ακαδημαϊκό πλαίσιο της έρευνας, ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής, καθώς και τα δικαιώματά τους ως συμμετέχοντες. Μόνο όσοι έδωσαν τη συγκατάθεσή τους μετά από ενημέρωση θα λάβουν μέρος στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν γραπτώς ότι είχαν το δικαίωμα: να ζητήσουν επιπλέον διευκρινίσεις σχετικά με τη μελέτη, να αρνηθούν να απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση, να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανά πάσα στιγμή, και να αποσυρθούν από τη μελέτη χωρίς εξήγηση και χωρίς καμία αρνητική συνέπεια. Όλα τα προσωπικά δεδομένα επεξεργάστηκαν σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (GDPR 2016/679) για σκοπούς επιστημονικής έρευνας. Η χρήση των δεδομένων σε μελλοντικές επιστημονικές δημοσιεύσεις ή εκπαιδευτικό υλικό πραγματοποιείται μόνο σε συγκεντρωτική ή ψευδωνυμοποιημένη μορφή, έτσι ώστε να μην είναι δυνατή η ταυτοποίηση κανενός συμμετέχοντα.

2.9. Περιορισμοί της μελέτης

Ωστόσο, χρειάζεται να αναγνωριστούν ορισμένοι περιορισμοί της έρευνας. Πρώτον, η μελέτη χρησιμοποίησε ένα διατομεακό σχεδιασμό, επομένως, μπορεί να εντοπίσει τις συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών, αλλά δεν μπορεί να αποδείξει την αιτιώδη συνάφεια (Bryman, 2016). Δεύτερον, η μελέτη βασίζεται σε δεδομένα που παρέχονται από τις ίδιες τις αυτοαναφορές των συμμετεχόντων, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζονται από υποκειμενική αντίληψη, μεροληψία μνήμης ή κοινωνική επιθυμητότητα. Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να υποεκτιμούν ή να υπερεκτιμούν τις εμπειρίες τους, ειδικά όταν οι ερωτήσεις αφορούν επαγγελματικά ζητήματα ευαίσθητα από συναισθηματική άποψη (Koo & Yang, 2025). Τρίτον,

το δείγμα επιλέχθηκε με μη πιθανοτική δειγματοληψία, συνδυάζοντας τη δειγματοληψία ευκολίας και τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας. Αυτό σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες δεν επιλέχθηκαν τυχαία από τον συνολικό πληθυσμό, αλλά με βάση την ευκολία πρόσβασης και την προώθηση του ερωτηματολογίου από άτομο σε άτομο (Bryman, 2016; Zrineh et al., 2026). Ως αποτέλεσμα, το δείγμα ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτικό όλων των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο στην Πάτρα. Αυτό περιορίζει τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων (Bryman, 2016). Τέταρτον, το αναμενόμενο μέγεθος του δείγματος, αν και είναι επαρκές για μια διερευνητική ποσοτική μελέτη, παραμένει σχετικά μικρό. Η στατιστική ισχύς για αναλύσεις υποομάδων ενδέχεται επομένως να είναι περιορισμένη, ειδικά εάν το δείγμα χωριστεί ανάλογα με το επάγγελμα, το φύλο ή τον τύπο του τμήματος. Παρά της περιορισμούς της, η μελέτη προσφέρει χρήσιμα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με ένα σημαντικό και σχετικά ανεξερεύνητο ζήτημα στο πλαίσιο της ελληνικής υγειονομικής περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

3.1. Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Όσον αφορά το φύλο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (68%), ενώ οι άνδρες αντιπροσώπευαν το 32% του δείγματος. Για την ηλικία, οι συμμετέχοντες ήταν σχετικά ομοιόμορφα κατανεμημένοι στις περισσότερες ηλικιακές ομάδες. Συγκεκριμένα, το 24% ήταν ηλικίας 21–30 ετών και ένα άλλο 24% ήταν ηλικίας 31–40 ετών. Οι συμμετέχοντες ηλικίας 41–50 ετών αντιπροσώπευαν το 23%, ενώ εκείνοι ηλικίας 51–60 ετών αποτελούσαν τη μεγαλύτερη ομάδα με ποσοστό 26%. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (3%) ήταν ηλικίας 61 ετών και άνω. Σχετικά την οικογενειακή κατάσταση, το 46% των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι, ενώ το 38% ήταν άγαμοι. Μικρότερα ποσοστά ήταν διαζευγμένοι ή σε διάσταση (9%), χήροι (5%) ή συγκατοικούσαν (2%). Τέλος, για τον αριθμό των παιδιών, σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (48%) δήλωσαν ότι δεν είχαν παιδιά. Οι υπόλοιποι είχαν ένα παιδί (15%), δύο παιδιά (22%), τρία παιδιά (8%) ή τέσσερα ή περισσότερα παιδιά (7%).

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία

Κατηγορία		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρας	32	32
	Γυναίκα	68	68
Ηλικία	21-30	24	24
	31-40	24	24
	41-50	23	23
	51-60	26	26
	61 και άνω	3	3
Οικογενειακή κατάσταση		38	38
	Άγαμος/η		

	Έγγαμος/η	46	46
	Διαζευγμένος/ σε διάσταση	9	9
	Συμβίωση	2	2
	Χήρος/α	5	5
Αριθμός παιδιών	0	48	48
	1	15	15
	2	22	22
	3	8	8
	4 και άνω	7	7
Υπάρχουν άτομα στο σπίτι που χρειάζονται ειδική φροντίδα	Ναι	11	11
	Όχι	89	89
Εκπαιδευτικό υπόβαθρο	Διδακτορικό	1	1
	Μεταπτυχιακό	28	28
	Απόφοιτος ΑΕΙ	19	19
	Απόφοιτος ΤΕΙ	30	30
	Απόφοιτος ΙΕΚ	11	11
	Απόφοιτος Λυκείου	11	11

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Όσον αφορά το επάγγελμα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν νοσηλεύτες (82%), ενώ οι γιατροί αντιπροσώπευαν μικρότερο ποσοστό του δείγματος (18%).

Σχετικά με τον αριθμό των ασθενών σε τελικό στάδιο που φρόντιζαν καθημερινά, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (66%) ανέφεραν ότι φρόντιζαν 1–3 ασθενείς την ημέρα. Ένα μικρότερο ποσοστό (21%) φρόντιζε 4–8 ασθενείς, ενώ μόνο το 13% ανέφερε ότι φρόντιζε 8 ή περισσότερους ασθενείς καθημερινά.

Ως προς τα χρόνια εμπειρίας με ασθενείς σε τελικό στάδιο ζωής, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (53%) είχαν 1–4 χρόνια εμπειρίας, και το 25% είχε 5–9 χρόνια.

Μικρότερα ποσοστά είχαν μεγαλύτερη εμπειρία, με μόνο λίγους συμμετέχοντες να αναφέρουν περισσότερα από 10 έτη σε αυτόν τον τομέα.

Για το τομέα εργασίας, οι συμμετέχοντες κατανέμονταν σε διάφορα νοσοκομειακά τμήματα. Οι μεγαλύτερες ομάδες εργάζονταν σε «Άλλα» τμήματα (20%) και σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή Μονάδες Υψηλής Εξάρτησης (19%), ακολουθούμενες από χειρουργικά τμήματα (16%) και παθολογικά τμήματα (14%). Μικρότερα ποσοστά απασχολούνταν στην ογκολογική ημερήσια φροντίδα (11%), την αιματολογία (9%), τα τμήματα επείγοντων περιστατικών (7%) και τις μονάδες μεταμόσχευσης μυελού των οστών (4%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (37%) είχαν 1–4 χρόνια εργασιακής εμπειρίας στο νοσοκομείο, ακολουθούμενοι από το 25% με 5–9 χρόνια. Λιγότεροι συμμετέχοντες είχαν μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία, αν και ορισμένοι ανέφεραν πάνω από 30 χρόνια υπηρεσίας.

Συνοψίζοντας, το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από νοσηλευτές με σχετικά λίγα έτη εμπειρίας στη φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο ζωής, οι οποίοι εργάζονταν σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και συνήθως φρόντιζαν έναν μικρό έως μέτριο αριθμό ασθενών ανά ημέρα.

Πίνακας 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Κατηγορία		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Επάγγελμα	Ιατρός	18	18
	Νοσηλεύτης/τρια	82	82
Αριθμός ασθενών τελικού σταδίου που φροντίζεται καθημερινά	1-3	66	66
	4-8	21	21
	8 και άνω	13	13
Έτη εργασίας με ασθενείς τελικού σταδίου (σε έτη)	1-4	53	53
	5-9	25	25
	10-14	6	6
	15-19	5	5

	20-24	2	2
	25-29	2	2
	30-34	3	3
	35-41	4	4
Τομέας εργασίας	Παθολογικό	14	14
	Ογκολογικό – Ημερήσια Νοσηλεία	11	11
	Τμήμα Έκτακτων Περιστατικών	7	7
	Χειρουργικό Μονάδα	16	16
	Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών	4	4
	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας / Εντατικής Νοσηλείας	19	19
	Αιματολογικό - Βραχεία	9	9
	Άλλο	20	20
Έτη εργασίας στο νοσοκομείο	1-4	37	37
	5-9	25	25
	10-14	1	1
	15-19	9	9
	20-24	4	4
	25-29	4	4
	30-34	11	11
	35-41	9	9

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τους κύριους λόγους για τους οποίους οι συμμετέχοντες επέλεξαν το επάγγελμά τους.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (62%) ανέφερε ότι το κύριο κίνητρό τους ήταν η επιθυμία να βοηθήσουν άλλους ανθρώπους. Ένα μικρότερο ποσοστό (15%) ανέφερε ότι επέλεξε το επάγγελμά του λόγω των επαγγελματικών προοπτικών και των ευκαιριών απασχόλησης, κάτι που δείχνει τη σημασία της εργασιακής σταθερότητας και της επαγγελματικής εξέλιξης.

Επιπλέον, το 13% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η επιλογή τους ήταν τυχαία, υποδηλώνοντας ότι για ορισμένα άτομα η απόφαση δεν καθοδηγήθηκε σε μεγάλο βαθμό από συγκεκριμένα κίνητρα. Ένα μικρότερο ποσοστό (6%) δήλωσε ότι επηρεάστηκε από την ενθάρρυνση της οικογένειας ή των στενών συγγενών. Τέλος, το 4% των συμμετεχόντων επέλεξε «άλλους» λόγους, υποδηλώνοντας ότι υπήρχαν επιπλέον, λιγότερο συνηθισμένοι παράγοντες που επηρέασαν την επιλογή καριέρας.

Πίνακας 3. Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που επιλέξατε το επάγγελμά σας;

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Η προσφορά βοήθειας στο συνάνθρωπο	62	62
Οι προοπτικές επαγγελματικής αποκατάστασης	15	15
Η παρότρυνση των οικείων μου	6	6
Από τυχαία επιλογή	13	13
Άλλο	4	4
Σύνολο	100	100

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει επιπλέον δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις συνθήκες απασχόλησης των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά το συνολικό αριθμό ετών επαγγελματικής εμπειρίας, οι συμμετέχοντες κατανέμονταν σε διάφορες κατηγορίες εμπειρίας. Η μεγαλύτερη ομάδα (29%) είχε 1–4 έτη

εμπειρίας, μετά την οποία ακολουθούσε το 22% με 5–9 έτη. Μικρότερα ποσοστά άνηκαν στις κατηγορίες με μεγαλύτερη εμπειρία, αν και ένα αξιοσημείωτο ποσοστό (11%) ανέφερε 30–34 έτη εμπειρίας.

Ως προς τον τύπο απασχόλησης, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (97%) απασχολούνταν με πλήρη απασχόληση, ενώ μόνο το 3% εργαζόταν με μερική απασχόληση. Σχετικά με τις συμβάσεις εργασίας, οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50%) ήταν μόνιμοι υπάλληλοι, το 40% απασχολούνταν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και το 10% είχε συμβάσεις αορίστου χρόνου.

Όσον αφορά τα ωράρια εργασίας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (62%) ανέφεραν ότι εργάζονταν με κυλιόμενα ωράρια, ενώ το 27% εργάζονταν σε πρωινές βάρδιες και το 11% ανέφερε άλλους τύπους ωραρίων. Ομοίως, όσον αφορά τον τύπο βάρδιας, το 62% εργάζονταν σε κυλιόμενες βάρδιες, το 28% σε πρωινές βάρδιες και το 10% ανέφερε 24ωρη εφημερία.

Σχετικά με τον αριθμό των βάρδιων ανά μήνα, το 45% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι εργάζεται σε εννέα ή περισσότερες βάρδιες, ενώ το 20% ανέφερε ότι δεν εργάζεται σε καμία βάρδια και ένα άλλο 20% εργάζεται σε τέσσερις έως οκτώ βάρδιες. Ένα μικρότερο ποσοστό (15%) ανέφερε ότι εργάζεται σε μία έως τέσσερις βάρδιες ανά μήνα, γεγονός που υποδηλώνει διακύμανση στο φόρτο εργασίας.

Για τις νυχτερινές βάρδιες, το 36% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι εργάζεται σε 1–4 νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα, ενώ το 29% ανέφερε καμία και ένα άλλο 29% εργάστηκε σε 5–8 νυχτερινές βάρδιες. Μόνο το 6% ανέφερε ότι εργάζεται σε εννέα ή περισσότερες νυχτερινές βάρδιες. Για τις απογευματινές βάρδιες, το 33% ανέφερε ότι εργάζεται σε 5–8 βάρδιες ανά μήνα, ακολουθούμενο από το 28% με 1–4 βάρδιες και το 24% με καμία.

Για την εργασία τα σαββατοκύριακα και τις αργίες, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (57%) ανέφερε ότι εργάζεται 2–3 σαββατοκύριακα ή αργίες τον μήνα, ενώ το 31% εργάζεται 0–1 και το 12% εργάζεται τέσσερα ή περισσότερα.

Όσον αφορά τον μισθό (ακαθάριστο εισόδημα), οι περισσότεροι συμμετέχοντες κέρδιζαν μεταξύ 700–1200 ευρώ (48%) ή 1200–1700 ευρώ (44%), ενώ μόνο το 8% ανέφερε ότι κέρδιζε περισσότερα από 1700 ευρώ. Τέλος, μόνο το 14% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι κατείχε θέση ευθύνης, ενώ η πλειοψηφία (86%) δεν κατείχε.

Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες εργάζονται κυρίως με πλήρη απασχόληση σε βάρδιες, με διαφορετικά επίπεδα εμπειρίας και φόρτου εργασίας, μέτρια επίπεδα εισοδήματος και περιορισμένη εκπροσώπηση σε ηγετικές θέσεις.

Πίνακας 4. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων σχετικά με την εργασία τους

Κατηγορία		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συνολικά έτη προϋπηρεσίας	1-4	29	29
	5-9	22	22
	10-14	9	9
	15-19	10	10
	20-24	6	6
	25-29	5	5
	30-34	11	11
	35-41	8	8
Μορφή απασχόλησης	Πλήρης	97	97
	Μερική	3	3
Σύμβαση εργασίας	Μόνιμος	50	50
	υπάλληλος		
	Σύμβαση	10	10
	αορίστου χρόνου		
	Σύμβαση	40	40
	ορισμένου χρόνου		
Ωράριο εργασίας	Πρωινό	27	27
	Κυκλικό	62	62
	Άλλο	11	11
Βάρδια εργασίας	Πρωινή	28	28
	Κυκλική	62	62
	Εφημερία 24 ώρες	10	10
Αριθμός βαρδιών ανά μήνα	0	20	20
	1-4	15	15
	4-8	20	20

	9 και άνω	45	45
Αριθμός νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα	0	29	29
	1-4	36	36
	5-8	29	29
	9 και άνω	6	6
Αριθμός απογευματινών βαρδιών ανά μήνα	0	24	24
	1-4	28	28
	5-8	33	33
	9 και άνω	5	5
Σαββατοκύριακα και αργίες που εργάζεστε	0-1	31	31
	2-3	57	57
	4 και άνω	12	12
Αμοιβή (μικτά)	700-1200€	48	48
	1200-1700€	44	44
	1700+ €	8	8
Κατοχή θέση ευθύνης	Ναι	14	14
	Όχι	86	86

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την επάρκεια του προσωπικού στον χώρο εργασίας τους. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (85%) ανέφερε ότι το τμήμα τους δεν διαθέτει επαρκές προσωπικό, ενώ μόνο το 15% θεωρούσε ότι τα επίπεδα στελέχωσης είναι επαρκή. Το αποτέλεσμα αυτό συνιστά ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται έλλειψη προσωπικού στο εργασιακό τους περιβάλλον, κάτι που ενδέχεται να σημαίνει αυξημένο φόρτο εργασίας και πιθανή εργασιακή πίεση.

Πίνακας 5. Θεωρείτε ότι η δομή/τμήμα στο οποίο εργάζεστε έχει επαρκές προσωπικό;

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	15	15
Όχι	85	85
Σύνολο	100	100

Ο πίνακας 6 παρουσιάζει το επίπεδο ικανοποίησης των συμμετεχόντων όσον αφορά τις συνθήκες εργασίας που σχετίζονται με τις υποδομές (π.χ. διαθέσιμος χώρος, εξοπλισμός, υγιεινή).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (63%) αναφέρουν μέσο επίπεδο ικανοποίησης. Μικρότερα ποσοστά δήλωσαν χαμηλή ικανοποίηση, με το 16% να απαντά «λίγο» και το 7% «καθόλου». Από την άλλη πλευρά, το 12% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ήταν «πολύ» ικανοποιημένο, ενώ μόνο το 2% ανέφερε ότι ήταν «εξαιρετικά» ικανοποιημένο. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αντιλαμβάνεται τις συνθήκες εργασίας της ως μέτριες, με σχετικά λίγους να αναφέρουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης.

Πίνακας 6. Πόσο ικανοποιητικές είναι οι συνθήκες εργασίας σας σε ότι αφορά την υλικοτεχνική υποδομή (πχ διαθέσιμος χώρος, εξοπλισμός, υγιεινή κλπ.);

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	7	7
Λίγο	16	16
Μέτρια	63	63
Πολύ	12	12
Πάρα πολύ	2	2
Σύνολο	100	100

Ο πίνακας 7 παρουσιάζει το επίπεδο ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τον μισθό τους σε σχέση με την εργασία που παρέχουν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (40%) ανέφερε μέτριο επίπεδο ικανοποίησης. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό εξέφρασε χαμηλή ικανοποίηση, με το 28% να αναφέρει «λίγο» και το 27% να αναφέρει «καθόλου». Μόνο ένα μικρό ποσοστό (5%) ανέφερε ότι είναι πολύ ικανοποιημένο με τον μισθό του. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι

περισσότεροι συμμετέχοντες δεν είναι πλήρως ικανοποιημένοι με την αμοιβή τους, με την πλειοψηφία να αναφέρει μέτρια έως χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Πίνακας 7. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την αμοιβή σας (σε σχέση με την εργασία που παρέχετε);

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	27	
Λίγο	28	
Μέτρια	40	
Πολύ	5	
Σύνολο	100	100

Ο πίνακας 8 παρουσιάζει το επίπεδο ικανοποίησης των συμμετεχόντων όσον αφορά τη συνεργασία τους με τους συναδέλφους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν μέτρια έως υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Συγκεκριμένα, το 45% δήλωσε μέτριο επίπεδο ικανοποίησης, ενώ το 37% ανέφερε ότι ήταν «πολύ» ικανοποιημένο και το 9% «εξαιρετικά» ικανοποιημένο. Αντίθετα, μόνο ένα μικρό ποσοστό εξέφρασε χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης, με το 6% να δηλώνει «λίγο» ικανοποιημένο και το 3% «καθόλου» ικανοποιημένο. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι η συνεργασία μεταξύ συναδέλφων θεωρείται γενικά θετικά, με το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων να αναφέρουν ικανοποιητικά έως υψηλά επίπεδα συνεργασίας στον χώρο εργασίας.

Πίνακας 8. Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε τη συνεργασία με τους συναδέλφους σας;

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	3	
Λίγο	6	
Μέτρια	45	
Πολύ	37	
Πάρα πολύ	9	
Σύνολο	100	100

Ο πίνακας 9 παρουσιάζει τα στοιχεία σχετικά με το αν οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (86%) ανέφερε ότι δεν πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (14%) δήλωσε ότι πάσχει.

Πίνακας 9. Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	17	14
Όχι	83	86
Σύνολο	100	100

3.2.Ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική εξουθένωση (OLBI)

Οι παρακάτω πίνακες παρουσιάζουν τις κατανομές συχνότητας των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης του Oldenburg (OLBI), το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτή η ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται τόσο με τη διάσταση της αποστασιοποίησης όσο και με τη διάσταση της εξάντλησης.

Ο πίνακας 10 παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν ανακαλύπτουν συνεχώς νέες και ενδιαφέρουσες πτυχές στην εργασία τους.

Πίνακας 10. Στη δουλειά μου ανακαλύπτω συνεχώς νέες, ενδιαφέρουσες πλευρές.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	36	36	36
Μάλλον συμφωνώ	44	44	80
Μάλλον διαφωνώ	17	17	97
Διαφωνώ απόλυτα	3	3	100
Σύνολο	100	100	

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εξέφρασε θετικές απόψεις. Συγκεκριμένα, το 36% συμφώνησε απόλυτα και το 44% συμφώνησε κάπως, πράγμα που σημαίνει ότι το 80% του δείγματος ανέφερε ότι βιώνει τη δουλειά του ως ενδιαφέρουσα και ελκυστική. Αντίθετα, το 20% των συμμετεχόντων (17% διαφώνησε κάπως και 3% διαφώνησε απόλυτα) δεν συμμεριζόταν αυτή την αντίληψη. Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εξακολουθούν να θεωρούν τη δουλειά τους σημαντική και ενδιαφέρουσα.

Ο πίνακας 11 εξετάζει εάν οι συμμετέχοντες αισθάνονται κουρασμένοι ακόμη και πριν ξεκινήσουν την εργάσιμη ημέρα τους.

Πίνακας 11. Υπάρχουν μέρες που νιώθω κουρασμένος/η πριν ακόμα έρθω στη δουλειά.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	58	58	58
Μάλλον συμφωνώ	33	33	91
Μάλλον διαφωνώ	7	7	98
Διαφωνώ απόλυτα	2	2	100
Σύνολο	100	100	

Τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλά επίπεδα κόπωσης πριν από την έναρξη της εργασίας. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (58%) συμφώνησαν απόλυτα, ενώ ένα επιπλέον 33% συμφώνησε σε κάποιο βαθμό, με αποτέλεσμα συνολικά το 91% να αναφέρει αυτή την εμπειρία. Μόνο το 9% διαφώνησε. Αυτό σημαίνει ότι τα συναισθήματα εξάντλησης είναι πολύ συνηθισμένα μεταξύ των συμμετεχόντων, ακόμη και πριν ξεκινήσει η εργάσιμη ημέρα.

Ο πίνακας 12 εξετάζει το βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες εκφράζουν αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία τους.

Πίνακας 12. Μου συμβαίνει όλο και συχνότερα να εκφράζομαι αρνητικά για τη δουλειά μου.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	28	28	28
Μάλλον συμφωνώ	38	38	66
Μάλλον διαφωνώ	23	23	89
Διαφωνώ απόλυτα	11	11	100
Σύνολο	100	100	

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 28% συμφώνησε απόλυτα και το 38% συμφώνησε σε κάποιο βαθμό, που σημαίνει ότι το 66% των συμμετεχόντων ανέφερε όλο και πιο αρνητικές εκφράσεις σχετικά με την εργασία του. Από την άλλη πλευρά, το 34% (23% διαφώνησε σε κάποιο βαθμό και 11% διαφώνησε απόλυτα) δεν ανέφερε τέτοια συμπεριφορά. Τα ευρήματα

δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων βιώνει αυξανόμενη δυσαρέσκεια ή αρνητική στάση απέναντι στην εργασία του.

Ο πίνακας 13 επικεντρώνεται στην ανάγκη για ανάρρωση μετά τη δουλειά.

Πίνακας 13. Μετά τη δουλειά, χρειαζόμαι περισσότερο χρόνο από ό,τι στο παρελθόν προκειμένου να χαλαρώσω και να αισθανθώ καλύτερα.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	56	56	56
Μάλλον συμφωνώ	32	32	88
Μάλλον διαφωνώ	8	8	96
Διαφωνώ απόλυτα	4	4	100
Σύνολο	100	100	

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέραν αυξημένες ανάγκες ανάρρωσης. Συγκεκριμένα, το 56% συμφώνησε απόλυτα και το 32% συμφώνησε σε κάποιο βαθμό, με συνολικό ποσοστό 88% που θεωρεί ότι χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσει μετά τη δουλειά. Μόνο το 12% διαφώνησε με αυτή τη δήλωση. Αυτό δείχνει ότι η κόπωση που σχετίζεται με την εργασία έχει σημαντική επίδραση στην ανάγκη των συμμετεχόντων για ξεκούραση και ανάρρωση.

Ο πίνακας 14 εξετάζει τις αντιλήψεις σχετικά με την πίεση στην εργασία.

Πίνακας 14. Η πίεση από τη δουλειά μου είναι αρκετά υποφερτή

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	11	11	11
Μάλλον συμφωνώ	46	46	57
Μάλλον διαφωνώ	34	34	91
Διαφωνώ απόλυτα	9	9	100
Σύνολο	100	100	

Ενώ το 11% συμφώνησε απόλυτα και το 46% συμφώνησε σε κάποιο βαθμό (57% συνολικά), ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (43%) διαφώνησε (34% σε κάποιο βαθμό και 9% απόλυτα). Αυτό δείχνει ότι, αν και πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες θεωρούν την πίεση στην εργασία διαχειρίσιμη, ένα μεγάλο ποσοστό εξακολουθεί να την αντιμετωπίζει ως δύσκολη.

Ο πίνακας 15 διερευνά εάν οι συμμετέχοντες τείνουν να εργάζονται πιο αυτόματα.

Πίνακας 15. Τον τελευταίο καιρό, έχω την τάση να σκέφτομαι λιγότερο στη δουλειά μου και να την κάνω σχεδόν μηχανικά.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	14	14	14
Μάλλον συμφωνώ	37	37	51
Μάλλον διαφωνώ	34	34	85
Διαφωνώ απόλυτα	15	15	100
Σύνολο	100	100	

Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες (51%) συμφώνησαν (14% απόλυτα, 37% σε κάποιο βαθμό), ενώ το 49% διαφώνησε. Αυτό συνιστά ότι σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων εμφανίζει μειωμένη διανοητική συμμετοχή στην εργασία.

Ο πίνακας 16 εξετάζει κατά πόσον οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την εργασία τους ως θετική πρόκληση.

Πίνακας 16. Θεωρώ ότι η δουλειά μου είναι μια θετική πρόκληση.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	22	22	22
Μάλλον συμφωνώ	40	40	62
Μάλλον διαφωνώ	28	28	90
Διαφωνώ απόλυτα	10	10	100
Σύνολο	100	100	

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (62%) δήλωσαν ότι συμφωνούν, δείχνοντας ότι θεωρούν την εργασία τους σημαντική και διεγερτική. Ωστόσο, το 38% διαφώνησε, υποδηλώνοντας ότι ένα σημαντικό ποσοστό δεν αντιλαμβάνεται την εργασία του ως θετική πρόκληση.

Ο πίνακας 17 επικεντρώνεται στη συναισθηματική εξάντληση κατά τη διάρκεια της εργασίας.

Πίνακας 17. Κατά τη δουλειά μου, έχω συχνά την αίσθηση ότι η δουλειά μου με εξαντλεί συναισθηματικά.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	36	36	36
Μάλλον συμφωνώ	43	43	79
Μάλλον διαφωνώ	17	17	96
Διαφωνώ απόλυτα	4	4	100
Σύνολο	100	100	

Μια μεγάλη πλειοψηφία (79%) συμφώνησε με αυτή τη δήλωση, ενώ μόνο το 21% διαφώνησε. Αυτό δείχνει ότι η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί μια συχνή εμπειρία μεταξύ των συμμετεχόντων και αντιπροσωπεύει μια βασική πτυχή της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο πίνακας 18 εξετάζει την απώλεια ενδιαφέροντος για την εργασία με την πάροδο του χρόνου.

Πίνακας 18. Με την πάροδο του χρόνου, χάνει κανείς το ενδιαφέρον του/της για τη δουλειά.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	23	23	23
Μάλλον συμφωνώ	35	35	58
Μάλλον διαφωνώ	31	31	89
Διαφωνώ απόλυτα	11	11	100

Σύνολο 100 100

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (58%) συμφώνησαν, ενώ το 42% διαφώνησε. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται μια σταδιακή μείωση του ενδιαφέροντος για την εργασία.

Ο πίνακας 19 εξετάζει τα επίπεδα ενέργειας μετά τη δουλειά.

Πίνακας 19. Μετά τη δουλειά, έχω αρκετή ενέργεια για δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	2	2	2
Μάλλον συμφωνώ	18	18	20
Μάλλον διαφωνώ	41	41	61
Διαφωνώ απόλυτα	39	39	100
Σύνολο	100	100	

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80%) διαφώνησε (41% σε κάποιο βαθμό, 39% απόλυτα), ενώ μόνο το 20% συμφώνησε. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αισθάνονται έλλειψη ενέργειας μετά τη δουλειά, το οποίο αποτυπώνει υψηλά επίπεδα κόπωσης.

Ο πίνακας 20 εξετάζει τα συναισθήματα αποστροφής απέναντι στα εργασιακά καθήκοντα.

Πίνακας 20. Μερικές φορές αισθάνομαι απέχθεια για τα εργασιακά μου καθήκοντα.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	17	17	17
Μάλλον συμφωνώ	32	32	49
Μάλλον διαφωνώ	27	27	76
Διαφωνώ απόλυτα	24	24	100
Σύνολο	100	100	

Οι απαντήσεις ήταν διαφοροποιημένες, με το 49% να συμφωνεί και το 51% να διαφωνεί. Αυτό δείχνει ότι τέτοια αρνητικά συναισθήματα υπάρχουν σε πολλούς συμμετέχοντες, αλλά δεν αποτελούν την κυρίαρχη άποψη στο σύνολο του δείγματος.

Ο πίνακας 21 επικεντρώνεται στη σωματική και συναισθηματική εξάντληση μετά τη δουλειά.

Πίνακας 21. Μετά τη δουλειά μου αισθάνομαι εξαντλημένος/η και κουρασμένος/η.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	47	47	47
Μάλλον συμφωνώ	40	40	87
Μάλλον διαφωνώ	10	10	97
Διαφωνώ απόλυτα	3	3	100
Σύνολο	100	100	

Ένα πολύ υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (87%) συμφώνησε, ενώ μόνο το 13% διαφώνησε. Αυτό υπογραμμίζει ότι η εξάντληση μετά τη δουλειά είναι μια πολύ συνηθισμένη εμπειρία.

Ο πίνακας 22 εξετάζει τον βαθμό ταύτισης των συμμετεχόντων με το επάγγελμά τους.

Πίνακας 22. Αυτό είναι το μόνο είδος εργασίας που μπορώ να φανταστώ τον εαυτό μου να κάνει.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	16	16	16
Μάλλον συμφωνώ	24	24	40
Μάλλον διαφωνώ	34	34	74
Διαφωνώ απόλυτα	26	26	100
Σύνολο	100	100	

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (60%) διαφώνησαν, ενώ το 40% συμφώνησε. Αυτό υποδηλώνει ότι πολλοί συμμετέχοντες δεν αισθάνονται σε μεγάλο βαθμό με το τρέχον επάγγελμά τους και ενδέχεται να εξετάσουν εναλλακτικές επαγγελματικές διαδρομές.

Ο πίνακας 23 αξιολογεί την ικανότητα διαχείρισης του φόρτου εργασίας.

Πίνακας 23. Συνήθως, τα καταφέρνω με το φόρτο της εργασίας μου.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	33	33	33
Μάλλον συμφωνώ	54	54	87
Μάλλον διαφωνώ	9	9	96
Διαφωνώ απόλυτα	4	4	100
Σύνολο	100	100	

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (87%) συμφώνησαν ότι, παρά τις δυσκολίες, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αισθάνονται ικανοί να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Μόνο το 13% ανέφερε δυσκολίες.

Ο πίνακας 24 εξετάζει το αίσθημα δέσμευσης των συμμετεχόντων απέναντι στην εργασία τους.

Πίνακας 24. Αισθάνομαι όλο και περισσότερο δεσμευμένος/η με την εργασία μου.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	33	33	33
Μάλλον συμφωνώ	46	46	79
Μάλλον διαφωνώ	16	16	95
Διαφωνώ απόλυτα	5	5	100
Σύνολο	100	100	

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (79%) συμφώνησαν, δείχνοντας ένα γενικά υψηλό επίπεδο αφοσίωσης στην εργασία, αν και το 21% ανέφερε χαμηλότερο επίπεδο αφοσίωσης. Τέλος, ο πίνακας 25 αξιολογεί τα επίπεδα ενέργειας κατά τη διάρκεια της εργασίας.

Πίνακας 25. Όταν εργάζομαι, συνήθως αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό
		(%)	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	8	8	8
Μάλλον συμφωνώ	43	43	51
Μάλλον διαφωνώ	37	37	88
Διαφωνώ απόλυτα	12	12	100
Σύνολο	100	100	

Οι απαντήσεις ήταν σχεδόν ισορροπημένες, με το 51% να συμφωνεί και το 49% να διαφωνεί. Αυτό δείχνει ότι ενώ ορισμένοι συμμετέχοντες αισθάνονται γεμάτοι ενέργεια στην εργασία, σχεδόν οι μισοί βιώνουν μειωμένα επίπεδα ενέργειας.

3.3.Ερωτηματολόγιο για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (SF-36)

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου SF-36, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της αντιληπτής κατάστασης υγείας και της σωματικής λειτουργίας των συμμετεχόντων. Οι παρακάτω πίνακες περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες αξιολογούν τη γενική τους υγεία και τον βαθμό στον οποίο η υγεία τους περιορίζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Ο πίνακας 26 παρουσιάζει τη γενική αντίληψη των συμμετεχόντων για την υγεία τους.

Πίνακας 26. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Άριστη	8	8,0	8,0
Πολύ καλή	39	39,0	47,0
Καλή	33	33,0	80,0
Μέτρια	17	17,0	97,0
Κακή	3	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αξιολογούν θετικά την υγεία τους. Συγκεκριμένα, το 39% ανέφερε ότι η υγεία του είναι «πολύ καλή» και το 33% «καλή», πράγμα που σημαίνει ότι το 72% έχει μια γενικά θετική αντίληψη για την υγεία του. Ένα μικρότερο ποσοστό (8%) ανέφερε «εξαιρετική» υγεία. Από την άλλη πλευρά, το 17% χαρακτήρισε την υγεία του ως «μέτρια», ενώ μόνο το 3% ανέφερε «κακή» υγεία. Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν την υγεία τους καλή, με σχετικά λίγους να αναφέρουν αρνητική κατάσταση υγείας.

Ο πίνακας 27 εξετάζει πώς οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την υγεία τους σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν.

Πίνακας 27. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Πολύ καλύτερη	5	5,0	5,0
Κάπως καλύτερη	6	6,0	11,0
Περίπου ίδια	51	51,0	62,0
Κάπως χειρότερη	32	32,0	94,0
Πολύ χειρότερη	6	6,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων (51%) ανέφερε ότι η υγεία τους είναι περίπου η ίδια με πριν από ένα χρόνο. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό (32%) δήλωσε ότι η υγεία τους είναι κάπως χειρότερη, ενώ ένα επιπλέον 6% ανέφερε ότι είναι πολύ χειρότερη. Αντίθετα, μόνο το 11% ανέφερε βελτίωση (5% πολύ καλύτερη και 6% κάπως καλύτερη).

Στην συνέχεια οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν να απαντήσουν σε ποιο βαθμό η υγεία τους περιορίζει στις παρακάτω δραστηριότητες. Ο πίνακας 28 επικεντρώνεται στους περιορισμούς στις έντονες δραστηριότητες.

Πίνακας 28. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ.

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	32	32,0	31
Ναι, με περιορίζει λίγο	47	47,0	80
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	21	21,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Το 32% αναφέρει ότι είναι σημαντικά περιορισμένο και το 47% ελαφρώς περιορισμένο, πράγμα που σημαίνει ότι το 79% αντιμετωπίζει περιορισμούς σε απαιτητικές σωματικές δραστηριότητες. Μόνο το 21% δεν ανέφερε κανέναν περιορισμό. Άρα οι έντονες σωματικές δραστηριότητες αποτελούν πρόκληση για την πλειονότητα των συμμετεχόντων.

Ο πίνακας 29 εξετάζει τους περιορισμούς σε δραστηριότητες μέτριας έντασης.

Πίνακας 29. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	10	10,0	10
Ναι, με περιορίζει λίγο	37	37,0	47
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	53	53,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (53%) ανέφεραν ότι δεν αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις μέτριες δραστηριότητες. Ωστόσο, το 37% ανέφερε ελαφρούς περιορισμούς και το 10% σημαντικούς περιορισμούς. Αν και οι μέτριες δραστηριότητες είναι εφικτές για πολλούς συμμετέχοντες, ένα σημαντικό ποσοστό εξακολουθεί να αντιμετωπίζει κάποιες δυσκολίες.

Ο πίνακας 30 παρουσιάζει τους περιορισμούς που σχετίζονται με τη μεταφορά τροφίμων.

Πίνακας 30. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	8	8,0	8
Ναι, με περιορίζει λίγο	36	36,0	44
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	56	56,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (56%) ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει περιορισμούς, ενώ το 36% ανέφερε ελαφρούς περιορισμούς και το 8% σημαντικούς περιορισμούς. Συνεπώς, οι καθημερινές σωματικές δραστηριότητες είναι γενικά εφικτές, αν και ορισμένοι συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν ήπιες δυσκολίες.

Ο πίνακας 31 εξετάζει την ανάβαση μερικών ορόφων σκαλοπατιών.

Πίνακας 31. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	16	16,0	16
Ναι, με περιορίζει λίγο	41	41,0	57
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	43	43,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Ενώ το 43% δεν ανέφερε περιορισμούς, το 41% αντιμετώπισε ελαφρούς περιορισμούς και το 16% σημαντικούς περιορισμούς. Αυτό δείχνει ότι η ανάβαση πολλών ορόφων μπορεί να είναι σωματικά απαιτητική για πολλούς συμμετέχοντες.

Ο πίνακας 32 επικεντρώνεται στην ανάβαση ενός ορόφου.

Πίνακας 32. Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	8	8,0	8
Ναι, με περιορίζει λίγο	25	25,0	33
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	67	67,0	100
Σύνολο	100		

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (67%) ανέφεραν ότι δεν αντιμετώπιζαν περιορισμούς, ενώ το 25% παρουσίαζε ελαφρούς περιορισμούς και μόνο το 8% σημαντικούς περιορισμούς.

Ο πίνακας 33 εξετάζει τις κινήσεις στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο.

Πίνακας 33. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	16	16,0	16
Ναι, με περιορίζει λίγο	50	50,0	66
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	34	34,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Ο μισός αριθμός των συμμετεχόντων (50%) ανέφερε ελαφρούς περιορισμούς, ενώ το 16% αντιμετώπισε σημαντικούς περιορισμούς και το 34% δεν παρουσίασε περιορισμούς. Ο πίνακας 34 επικεντρώνεται στο περπάτημα απόστασης περίπου ενός χιλιομέτρου.

Πίνακας 34. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	11	11,0	11
Ναι, με περιορίζει λίγο	32	32,0	43
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	57	57,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (57%) δεν αναφέρουν κανένα πρόβλημα, ενώ το 32% αντιμετώπισε ελαφρά προβλήματα και το 11% σημαντικά προβλήματα.

Ο πίνακας 35 αναλύει το περπάτημα για μερικές εκατοντάδες μέτρα.

Πίνακας 35. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	8	8,0	8
Ναι, με περιορίζει λίγο	34	34,0	42
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	58	58,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Η πλειοψηφία (58%) ανέφερε ότι δεν αντιμετώπιζε περιορισμούς, ενώ το 34% αντιμετώπιζε ελαφρούς περιορισμούς και το 8% σημαντικούς περιορισμούς. Αυτό σημαίνει ότι οι μικρότερες αποστάσεις είναι πιο διαχειρίσιμες για τους περισσότερους συμμετέχοντες.

Ο πίνακας 36 επικεντρώνεται στο περπάτημα περίπου 100 μέτρων.

Πίνακας 36. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	7	7,0	7
Ναι, με περιορίζει λίγο	21	21,0	23
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	72	72,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Οι περισσότεροι (72%) δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν περιορισμούς, ενώ το 21% ανέφερε ελαφρούς περιορισμούς και μόνο το 7% σημαντικούς περιορισμούς. Αυτό υποδηλώνει ότι η βασική κινητικότητα δεν επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό για τους περισσότερους συμμετέχοντες.

Ο πίνακας 37 εξετάζει βασικές δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης, όπως το ντους ή το ντύσιμο.

Πίνακας 37. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι, με περιορίζει πολύ	1	1,0	1
Ναι, με περιορίζει λίγο	19	19,0	20
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	80	80,0	100
Σύνολο	100	100,0	

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (80%) δεν ανέφεραν περιορισμούς, ενώ το 19% αντιμετώπισε ελαφρούς περιορισμούς και μόνο το 1% σημαντικούς περιορισμούς. Επομένως, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν εμφανίζουν περιορισμούς σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες, ενώ οι μεγαλύτεροι περιορισμοί παρατηρούνται στις έντονες δραστηριότητες. Το επόμενο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν εάν αντιμετώπισαν προβλήματα στην εργασία τους ή σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες λόγω της σωματικής τους υγείας.

Ο πίνακας 38 σε αυτή την ενότητα εξετάζει εάν οι συμμετέχοντες μείωσαν τον χρόνο που συνήθως αφιερώνουν στην εργασία ή σε άλλες δραστηριότητες.

Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, προβλήματα λόγω σωματικής υγείας

Πίνακας 38. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	45	45,0	45,0
Όχι	55	55,0	100,0
Σύνολο	100	100	

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 55% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δεν μείωσε τον χρόνο του, ενώ το 45% δήλωσε ότι το έκανε. Ο πίνακας 38 παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν κατάφεραν λιγότερα από όσα θα ήθελαν.

Πίνακας 39. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε

Κατηγορία Συχνότητα Ποσοστό (%)		Αθροιστικό Ποσοστό (%)	
Ναι	58	58,0	58,0
Όχι	42	42,0	100,0
Σύνολο	100	100	

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (58%) ανέφερε ότι πέτυχε λιγότερα από όσα είχε προγραμματίσει, ενώ το 42% δεν ανέφερε κανένα τέτοιο περιορισμό. Ο πίνακας 40 εξετάζει κατά πόσον οι συμμετέχοντες περιόρισαν το είδος των δραστηριοτήτων που πραγματοποίησαν.

Πίνακας 40. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας

Κατηγορία Συχνότητα Ποσοστό (%)		Αθροιστικό Ποσοστό (%)	
Ναι	55	55,0	55,0
Όχι	45	45,0	100,0
Σύνολο	100	100	

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (55%) ανέφεραν ότι περιόρισαν το είδος των δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετείχαν, ενώ το 45% δεν το έκανε. Ο πίνακας 41 εξετάζει εάν οι συμμετέχοντες αντιμετώπισαν δυσκολίες στην εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Πίνακας 41. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια)

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	48	48,0	48,0
Όχι	52	52,0	100,0
Σύνολο	100	100	

Τα αποτελέσματα είναι σχετικά ισορροπημένα, με το 52% των συμμετεχόντων να αναφέρουν ότι δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες και το 48% να αναφέρουν ότι αντιμετώπισαν δυσκολίες. Συνεπώς, σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων αναφέρει λειτουργικούς περιορισμούς λόγω σωματικής υγείας, κυρίως ως προς την απόδοση και τον περιορισμό δραστηριοτήτων.

Ο πίνακας 42 δείχνει εάν οι συμμετέχοντες μειώνουν τον χρόνο που αφιερώνουν στη δουλειά τους ή σε άλλες δραστηριότητες.

Πίνακας 42. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	41	41,0	41,0
Όχι	59	59,0	100,0
Σύνολο	100	100	

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (59%) ανέφερε ότι δεν μειώθηκε ο χρόνος που αφιέρωναν στις δραστηριότητές τους, ενώ το 41% δήλωσε ότι τον μείωσε. Ο πίνακας 43 που ακολουθεί εξετάζει αν οι συμμετέχοντες κατάφεραν να κάνουν λιγότερα από όσα θα ήθελαν.

Πίνακας 43. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	57	57,0	57,0
Όχι	43	43,0	100,0
Σύνολο	100	100	

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (57%) ανέφεραν ότι πέτυχαν λιγότερα από όσα είχαν προγραμματίσει, ενώ το 43% δεν ανέφερε τέτοιες δυσκολίες. Ο πίνακας 44 εξετάζει κατά πόσον οι συμμετέχοντες εκτέλεσαν τα καθήκοντά τους με λιγότερη προσοχή από ό,τι συνήθως.

Πίνακας 44. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	41	41,0	41,0
Όχι	59	59,0	100,0
Σύνολο	100	100	

Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων (59%) ανέφερε ότι δεν εκτέλεσε τα καθήκοντά του με λιγότερη προσοχή, ενώ το 41% δήλωσε ότι το έκανε. Στην συνέχεια οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν για τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση την σωματική τους υγεία ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες.

Ο παρακάτω πίνακας 45 παρουσιάζει τον βαθμό στον οποίο επηρεάστηκαν οι κοινωνικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (42%) ανέφερε μέτρια επίδραση. Μικρότερα ποσοστά ανέφεραν ελάχιστη (23%) ή καμία επίδραση (10%), ενώ το 17% ανέφερε σημαντική επίδραση και το 8% πολύ μεγάλη επίδραση.

Πίνακας 45. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρεάστηκαν οι κοινωνικές σας δραστηριότητες

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Καθόλου	10	10,0	10,0
Ελάχιστα	23	23,0	33,0
Μέτρια	42	42,0	75,0
Αρκετά	17	17,0	92,0
Πάρα πολύ	8	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 46 παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το επίπεδο του σωματικού πόνου που βίωσαν. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (43%) ανέφεραν μέτριο επίπεδο πόνου. Πιο χαμηλά ποσοστά ανέφεραν απουσία πόνου (14%), πολύ ήπιο πόνο (17%) ή ήπιο πόνο (15%), ενώ λιγότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν έντονο (9%) ή πολύ έντονο πόνο (2%).

Πίνακας 46. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Καθόλου	14	14,0	14,0
Πολύ ήπιο	17	17,0	31,0
Ήπιο	15	15,0	46,0
Μέτριο	43	43,0	89,0
Έντονο	9	9,0	98,0
Πολύ έντονο	2	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 47 εξετάζει τον βαθμό στον οποίο ο πόνος επηρέασε την εργασία των συμμετεχόντων. Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων (41%) ανέφερε μέτρια επίδραση του πόνου στην εργασία τους. Επιπλέον, το 25% ανέφερε καμία επίδραση, το 21% μικρή επίδραση, το 10% σημαντική επίδραση και το 3% πολύ μεγάλη επίδραση.

Πίνακας 47. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος την εργασία σας

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Καθόλου	25	25,0	25,0
Λίγο	21	21,0	46,0
Μέτρια	41	41,0	87,0
Αρκετά	10	10,0	97,0
Πάρα πολύ	3	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 48 παρουσιάζει τα συναισθήματα των συμμετεχόντων όσον αφορά τη ζωτικότητα. Η πιο συχνή απάντηση ήταν «μερικές φορές» (34%). Σε μικρότερο ποσοστό, οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι αισθάνονται γεμάτοι ενέργεια για σημαντικό χρονικό διάστημα (18%), τις περισσότερες φορές (22%) ή πάντα (6%), ενώ το 16% ανέφερε ότι αισθάνεται γεμάτο ενέργεια για σύντομο χρονικό διάστημα και το 4% καθόλου.

Πίνακας 48. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	6	6,0	6,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	22	22,0	28,0
Σημαντικό διάστημα	18	18,0	46,0
Μερικές φορές	34	34,0	80,0
Μικρό διάστημα	16	16,0	96,0
Καθόλου	4	4,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 49 εξετάζει τα επίπεδα νευρικότητας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αισθάνονται περιστασιακά νευρικότητα (31%). Άλλες απαντήσεις περιλάμβαναν «για σημαντικό χρονικό διάστημα» (23%), «για σύντομο χρονικό διάστημα» (21%), «τις περισσότερες φορές» (12%), «συνεχώς» (5%) και «καθόλου» (8%).

Πίνακας 49. Είχατε πολύ εκνευρισμό

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	5	5,0	5,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	12	12,0	17,0
Σημαντικό διάστημα	23	23,0	40,0
Μερικές φορές	31	31,0	71,0
Μικρό διάστημα	21	21,0	92,0
Καθόλου	8	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 50 παρουσιάζει τα συναισθήματα που ένιωθαν οι συμμετέχοντες όταν ήταν ψυχολογικά πεσμένοι. Η πιο συχνή απάντηση ήταν «μερικές φορές» (27%). Άλλοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βίωναν αυτά τα συναισθήματα για σύντομο χρονικό διάστημα (23%), καθόλου (16%), για σημαντικό χρονικό διάστημα (16%), τις περισσότερες φορές (14%) ή συνεχώς (4%).

Πίνακας 50. Αισθανόσαστε τόσο πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	4	4,0	4,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	14	14,0	18,0
Σημαντικό διάστημα	16	16,0	34,0
Μερικές φορές	27	27,0	61,0
Μικρό διάστημα	23	23,0	84,0
Καθόλου	16	16,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 51 εξετάζει τα συναισθήματα της ηρεμίας και της γαλήνης. Οι απαντήσεις ήταν πιο ισορροπημένες στην ερώτηση αυτή. Τα υψηλότερα ποσοστά αφορούσαν τις επιλογές «τις περισσότερες φορές» (23%) και «μερικές φορές» (22%), ακολουθούμενες από «για

σημαντικό χρονικό διάστημα» (20%), «για σύντομο χρονικό διάστημα» (21%), «καθόλου» (9%) και «συνεχώς» (5%).

Πίνακας 51. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	5	5,0	5,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	23	23,0	28,0
Σημαντικό διάστημα	20	20,0	48,0
Μερικές φορές	22	22,0	70,0
Μικρό διάστημα	21	21,0	91,0
Καθόλου	9	9,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 52 δείχνει τα επίπεδα ενέργειας των συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία ανέφερε ότι αισθάνεται ενεργητική για σημαντικό χρονικό διάστημα (35%). Άλλες απαντήσεις περιλάμβαναν «μερικές φορές» (22%), «για σύντομο χρονικό διάστημα» (17%), «τις περισσότερες φορές» (12%), «καθόλου» (8%) και «συνεχώς» (6%).

Πίνακας 52. Είχατε πολλή ενεργητικότητα

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	6	6,0	6,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	12	12,0	18,0
Σημαντικό διάστημα	35	35,0	53,0
Μερικές φορές	22	22,0	75,0
Μικρό διάστημα	17	17,0	92,0
Καθόλου	8	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 53 εξετάζει τα συναισθήματα απελπισίας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βίωναν αυτά τα συναισθήματα μερικές φορές (33%). Επιπλέον, το 24% ανέφερε

ότι δεν τα βίωναν καθόλου, ενώ άλλοι ανέφεραν ότι τα βίωναν για σύντομο χρονικό διάστημα (23%), συνεχώς (7%), τις περισσότερες φορές (6%) ή για σημαντικό χρονικό διάστημα (7%).

Πίνακας 53. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	7	7,0	7,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	6	6,0	13,0
Σημαντικό διάστημα	7	7,0	20,0
Μερικές φορές	33	33,0	53,0
Μικρό διάστημα	23	23,0	76,0
Καθόλου	24	24,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 54 παρουσιάζει τα συναισθήματα εξάντλησης των συμμετεχόντων. Η πιο συχνή απάντηση ήταν «μερικές φορές» (27%), ακολουθούμενη από «τις περισσότερες φορές» (25%) και «για σημαντικό χρονικό διάστημα» (17%). Μικρότερα ποσοστά ανέφεραν «για σύντομο χρονικό διάστημα» (15%), «συνεχή συναισθήματα» (9%) ή «καθόλου» (7%).

Πίνακας 54. Αισθανόσαστε εξάντληση

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	9	9,0	9,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	25	25,0	34,0
Σημαντικό διάστημα	17	17,0	51,0
Μερικές φορές	27	27,0	78,0
Μικρό διάστημα	15	15,0	93,0
Καθόλου	7	7,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 55 δείχνει τα επίπεδα ευτυχίας. Η ανέφερε ότι αισθάνεται ευτυχισμένη τις περισσότερες φορές (34%) ή για σημαντικό χρονικό διάστημα (24%). Άλλες απαντήσεις

περιλάμβαναν «μερικές φορές» (19%), «για σύντομο χρονικό διάστημα» (14%), «συνεχώς» (4%) και «καθόλου» (5%).

Πίνακας 55. Ήσασταν ευτυχισμένος/ευτυχισμένη

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	4	4,0	4,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	34	34,0	38,0
Σημαντικό διάστημα	24	24,0	62,0
Μερικές φορές	19	19,0	81,0
Μικρό διάστημα	14	14,0	95,0
Καθόλου	5	5,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 56 παρουσιάζει τα επίπεδα κόπωσης των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η κόπωση ήταν συχνή, με το 24% να αναφέρει ότι αισθάνεται κουρασμένο για σημαντικό χρονικό διάστημα και ένα άλλο 24% μερικές φορές. Επιπλέον, το 22% ανέφερε ότι αισθάνεται κουρασμένο τις περισσότερες φορές και το 20% συνεχώς, ενώ μόνο μικρά ποσοστά ανέφεραν σύντομο χρονικό διάστημα (9%) ή καθόλου (1%).

Πίνακας 56. Αισθανόσαστε κούραση

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	20	20,0	20,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	22	22,0	42,0
Σημαντικό διάστημα	24	24,0	66,0
Μερικές φορές	24	24,0	90,0
Μικρό διάστημα	9	9,0	99,0
Καθόλου	1	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο παρακάτω πίνακας 57 παρουσιάζει τη διάρκεια της επίδρασης των σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων στις κοινωνικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Η πιο συχνή απάντηση ήταν «μερικές φορές» (38%). Επιπλέον, το 24% ανέφερε ότι οι δραστηριότητές του επηρεάζονταν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου και το 3% συνεχώς, ενώ το 23% ανέφερε μια σύντομη περίοδο και το 12% καθόλου.

Πίνακας 57. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρεάστηκαν οι κοινωνικές δραστηριότητές σας από τη σωματική υγεία ή συναισθηματικά προβλήματα

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συνεχώς	3	3,0	3,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	24	24,0	27,0
Μερικές φορές	38	38,0	65,0
Μικρό διάστημα	23	23,0	88,0
Καθόλου	12	12,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 58 εξετάζει αν οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι αρρωσταίνουν πιο εύκολα από τους άλλους. Συνολικά, το 26% συμφώνησε με τη δήλωση (9% απόλυτα και 17% σε κάποιο βαθμό), ενώ το 45% διαφώνησε (23% σε κάποιο βαθμό και 22% απόλυτα). Επιπλέον, το 29% ανέφερε ότι δεν γνωρίζει.

Πίνακας 58. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Εντελώς αλήθεια	9	9,0	9,0
Μάλλον αλήθεια	17	17,0	26,0
Δεν ξέρω	29	29,0	55,0
Μάλλον ψέμα	23	23,0	78,0
Εντελώς ψέμα	22	22,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 59 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την υγεία τους σε σύγκριση με τους γνωστούς τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (41%) δεν γνωρίζει. Επιπλέον, το 36% συμφώνησε (5% απόλυτα και 31% σε κάποιο βαθμό), ενώ το 23% διαφώνησε (17% σε κάποιο βαθμό και 6% απόλυτα).

Πίνακας 59. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Εντελώς αλήθεια	5	5,0	5,0
Μάλλον αλήθεια	31	31,0	36,0
Δεν ξέρω	41	41,0	77,0
Μάλλον ψέμα	17	17,0	94,0
Εντελώς ψέμα	6	6,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 60 δείχνει τις προσδοκίες σχετικά με τη μελλοντική υγεία. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (43%) δεν γνωρίζει αν η υγεία τους θα χειροτερεύσει. Συνολικά, το 25% συμφώνησε (7% απόλυτα και 18% σε κάποιο βαθμό), ενώ το 32% διαφώνησε (14% σε κάποιο βαθμό και 18% απόλυτα).

Πίνακας 60. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Εντελώς αλήθεια	7	7,0	7,0
Μάλλον αλήθεια	18	18,0	25,0
Δεν ξέρω	43	43,0	68,0
Μάλλον ψέμα	14	14,0	82,0
Εντελώς ψέμα	18	18,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Τέλος, ο πίνακας 61 παρουσιάζει τη συνολική αξιολόγηση των συμμετεχόντων για την υγεία τους. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (53%) συμφώνησαν ότι έχουν

εξαιρετική υγεία (15% απόλυτα και 38% σε κάποιο βαθμό). Αντίθετα, το 28% διαφώνησε (20% σε κάποιο βαθμό και 8% απόλυτα), ενώ το 19% δεν γνωρίζει.

Πίνακας 61. Η υγεία μου είναι εξαιρετική

Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Εντελώς αλήθεια	15	15,0	15,0
Μάλλον αλήθεια	38	38,0	53,0
Δεν ξέρω	19	19,0	72,0
Μάλλον ψέμα	20	20,0	92,0
Εντελώς ψέμα	8	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Συνολικά, τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την υγεία τους είναι γενικά θετικές, αν και ένα σημαντικό ποσοστό εκφράζει αβεβαιότητα, ειδικά όσον αφορά τις συγκρίσεις με άλλους και τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία.

3.4. Ερωτηματολόγιο για την Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction Survey - JSS)

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου Εργασιακής Ικανοποίησης (JSS-36), μέσω πινάκων συχνοτήτων.

Ο πίνακας 62 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν αμείβονται δίκαια για την εργασία τους. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (83%) διαφώνησε σε κάποιο βαθμό με αυτή τη δήλωση, ενώ μόνο το 17% συμφώνησε. Αυτό δείχνει ένα υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας όσον αφορά τον μισθό.

Πίνακας 62. Αισθάνομαι ότι αμείβομαι δίκαια για τη δουλειά που κάνω.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	61	61,0	61,0
Μάλλον διαφωνώ	15	15,0	76,0
Διαφωνώ λίγο	7	7,0	83,0
Συμφωνώ λίγο	5	5,0	88,0
Μάλλον συμφωνώ	9	9,0	97,0
Συμφωνώ απόλυτα	3	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 63 παρουσιάζει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις ευκαιρίες προαγωγής. Τα αποτελέσματα είναι σχετικά ισορροπημένα, με το 57% των συμμετεχόντων να διαφωνεί και το 43% να συμφωνεί. Αυτό φανερώνει πως οι συμμετέχοντες έχουν αρκετά διαφορετικές απόψεις σχετικά με τις ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης στο νοσοκομείο.

Πίνακας 63. Υπάρχει μικρή πιθανότητα προαγωγής στη δουλειά μου.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	21	21,0	21,0
Μάλλον διαφωνώ	17	17,0	38,0
Διαφωνώ λίγο	19	19,0	57,0
Συμφωνώ λίγο	10	10,0	67,0
Μάλλον συμφωνώ	10	10,0	77,0

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	23	23,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 64 παρουσιάζει την αξιολόγηση των συμμετεχόντων σχετικά με την ικανότητα του προϊστάμενου τους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (76%) συμφώνησαν με αυτή τη δήλωση, ενώ το 24% διαφώνησε. Αυτό δείχνει ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων έχει θετική άποψη για τον προϊστάμενό της.

Πίνακας 64. Ο/Η προϊστάμενός μου είναι αρκετά ικανός/ή στη δουλειά του/της.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	13	13,0	13,0
Μάλλον διαφωνώ	6	6,0	19,0
Διαφωνώ λίγο	5	5,0	24,0
Συμφωνώ λίγο	16	16,0	40,0
Μάλλον συμφωνώ	20	20,0	60,0
Συμφωνώ απόλυτα	40	40,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 65 εξετάζει τον βαθμό ικανοποίησης από τις παροχές. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (73%) διαφώνησαν με αυτή τη δήλωση, υποδηλώνοντας ότι είναι γενικά ικανοποιημένοι με τις παροχές τους. Ωστόσο, το 27% εξέφρασε δυσαρέσκεια.

Πίνακας 65. Δεν είμαι ικανοποιημένος με τα οφέλη που απολαμβάνω.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	41	41,0	41,0
Μάλλον διαφωνώ	19	19,0	60,0
Διαφωνώ λίγο	13	13,0	73,0
Συμφωνώ λίγο	9	9,0	82,0
Μάλλον συμφωνώ	10	10,0	91,0

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ απόλυτα	8	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 66 δείχνει την συχνότητα στην αναγνώριση στην εργασία. Η πλειοψηφία (61%) διαφώνησε, ενώ το 39% συμφώνησε. Επομένως, πολλοί συμμετέχοντες αισθάνονται ότι δεν λαμβάνουν επαρκή αναγνώριση για την εργασία τους.

Πίνακας 66. Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, λαμβάνω την αναγνώριση που θα έπρεπε.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	25	25,0	25,0
Μάλλον διαφωνώ	14	14,0	39,0
Διαφωνώ λίγο	22	22,0	61,0
Συμφωνώ λίγο	17	17,0	78,0
Μάλλον συμφωνώ	14	14,0	92,0
Συμφωνώ απόλυτα	8	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 67 εξετάζει τον ρόλο των κανόνων και των διαδικασιών. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (64%) διαφώνησαν με αυτή την ερώτηση, ενώ το 36% συμφώνησε. Για τους περισσότερους συμμετέχοντες οι κανόνες και οι διαδικασίες δεν θεωρούνται σημαντικό εμπόδιο.

Πίνακας 67. Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες κάνουν τη σωστή εκτέλεση της εργασίας δύσκολη.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	17	17,0	17,0
Μάλλον διαφωνώ	25	25,0	42,0
Διαφωνώ λίγο	22	22,0	64,0
Συμφωνώ λίγο	20	20,0	84,0

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μάλλον συμφωνώ	8	8,0	92,0
Συμφωνώ απόλυτα	8	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 68 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους συναδέλφους τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (80%) συμφώνησε με αυτή τη δήλωση, ενώ το 20% διαφώνησε. Άρα υπάρχουν γενικά θετικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων.

Πίνακας 68. Μου αρέσουν οι άνθρωποι με τους οποίους εργάζομαι.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	5	5,0	5,0
Μάλλον διαφωνώ	9	9,0	14,0
Διαφωνώ λίγο	6	6,0	20,0
Συμφωνώ λίγο	33	33,0	53,0
Μάλλον συμφωνώ	34	34,0	87,0
Συμφωνώ απόλυτα	13	13,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 69 εξετάζει εάν οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την εργασία τους ως χωρίς νόημα. Οι απαντήσεις είναι πιο ισορροπημένες, με το 47% να διαφωνεί και το 53% να συμφωνεί. Συνεπώς υπάρχει ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των συμμετεχόντων βιώνει μια αίσθηση έλλειψης νοήματος στην εργασία τους.

Πίνακας 69. Μερικές φορές αισθάνομαι πως η δουλειά μου είναι ανούσια.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	10	10,0	10,0
Μάλλον διαφωνώ	15	15,0	25,0
Διαφωνώ λίγο	22	22,0	47,0

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συμφωνώ λίγο	18	18,0	65,0
Μάλλον συμφωνώ	17	17,0	82,0
Συμφωνώ απόλυτα	18	18,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 70 δείχνει τις αντιλήψεις σχετικά με την επικοινωνία εντός του οργανισμού. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (57%) διαφώνησε, ενώ το 43% συμφώνησε. Επομένως η επικοινωνία θεωρείται ανεπαρκής από πολλούς εργαζομένους.

Πίνακας 70. Η επικοινωνία εντός του οργανισμού είναι καλή.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	20	20,0	20,0
Μάλλον διαφωνώ	16	16,0	36,0
Διαφωνώ λίγο	21	21,0	57,0
Συμφωνώ λίγο	15	15,0	72,0
Μάλλον συμφωνώ	19	19,0	91,0
Συμφωνώ απόλυτα	9	9,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο παρακάτω πίνακας 71 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις αυξήσεις μισθών. Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων (82%) διαφώνησε με αυτή τη δήλωση, ενώ το 18% συμφώνησε. Αυτό δείχνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν θεωρούν ότι οι αυξήσεις μισθών είναι λίγες.

Πίνακας 71. Οι αυξήσεις είναι λίγες και αραιές.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	62	62,0	62,0
Μάλλον διαφωνώ	15	15,0	77,0

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ λίγο	5	5,0	82,0
Συμφωνώ λίγο	5	5,0	87,0
Μάλλον συμφωνώ	7	7,0	94,0
Συμφωνώ απόλυτα	6	6,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 72 δείχνει κατά πόσον η καλή απόδοση οδηγεί σε ευκαιρίες προαγωγής. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (64%) διαφώνησαν, ενώ το 36% συμφώνησε. Άρα αρκετοί συμμετέχοντες δεν πιστεύουν ότι η καλή απόδοση συνδέεται άμεσα με τις ευκαιρίες προαγωγής.

Πίνακας 72. Όσοι τα πηγαίνουν καλά στη δουλειά τους, διεκδικούν πιθανότητα προαγωγής.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	37	37,0	37,0
Μάλλον διαφωνώ	21	21,0	58,0
Διαφωνώ λίγο	6	6,0	64,0
Συμφωνώ λίγο	14	14,0	78,0
Μάλλον συμφωνώ	10	10,0	88,0
Συμφωνώ απόλυτα	12	12,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 73 παρουσιάζει τις αντιλήψεις των προϊσταμένων σχετικά με τη δικαιοσύνη. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (77%) συμφώνησε με αυτή τη δήλωση, ενώ μόνο το 23% διαφώνησε. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί συμμετέχοντες θεωρούν τον προϊστάμενό τους άδικο.

Πίνακας 73. Ο/Η προϊστάμενός μου είναι άδικος προς εμένα.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	5	5,0	5,0
Μάλλον διαφωνώ	11	11,0	16,0
Διαφωνώ λίγο	7	7,0	23,0
Συμφωνώ λίγο	9	9,0	32,0
Μάλλον συμφωνώ	19	19,0	51,0
Συμφωνώ απόλυτα	49	49,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο παρακάτω πίνακας 74 εξετάζει τις αντιλήψεις σχετικά με τις παροχές σε σύγκριση με άλλες οργανώσεις. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (78%) διαφώνησαν, ενώ το 22% συμφώνησε. Αυτό δείχνει ότι η πλειοψηφία θεωρεί τις παροχές της λιγότερο ανταγωνιστικές σε σύγκριση με άλλους οργανισμούς.

Πίνακας 74. Τα οφέλη που απολαμβάνουμε είναι εξίσου καλά με αυτά που προσφέρουν άλλοι οργανισμοί.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	44	44,0	44,0
Μάλλον διαφωνώ	20	20,0	64,0
Διαφωνώ λίγο	14	14,0	78,0
Συμφωνώ λίγο	8	8,0	86,0
Μάλλον συμφωνώ	4	4,0	90,0
Συμφωνώ απόλυτα	10	10,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 75 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν η εργασία τους εκτιμάται. Η πλειοψηφία (69%) διαφώνησε, ενώ το 31% συμφώνησε. Αυτό υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αισθάνονται ότι η εργασία τους εκτιμάται, αν και μια σημαντική μειοψηφία δεν έχει την ίδια άποψη.

Πίνακας 75. Δεν αισθάνομαι πως η εργασία που κάνω εκτιμάται.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	31	31,0	31,0
Μάλλον διαφωνώ	19	19,0	50,0
Διαφωνώ λίγο	19	19,0	69,0
Συμφωνώ λίγο	13	13,0	82,0
Μάλλον συμφωνώ	10	10,0	92,0
Συμφωνώ απόλυτα	8	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 76 εξετάζει τον ρόλο της γραφειοκρατίας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (69%) συμφώνησαν με αυτή τη δήλωση, ενώ το 31% διαφώνησε. Αυτό δείχνει ότι η γραφειοκρατία θεωρείται εμπόδιο από πολλούς συμμετέχοντες.

Πίνακας 76. Οι προσπάθειές μου να κάνω καλά τη δουλειά μου περιορίζονται από την γραφειοκρατία.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	8	8,0	8,0
Μάλλον διαφωνώ	11	11,0	19,0
Διαφωνώ λίγο	12	12,0	31,0
Συμφωνώ λίγο	24	24,0	55,0
Μάλλον συμφωνώ	23	23,0	78,0
Συμφωνώ απόλυτα	22	22,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 77 παρουσιάζει τις αντιλήψεις σχετικά με την ομαδική εργασία και την ικανότητα των συναδέλφων. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (59%) διαφώνησε, ενώ το 41% συμφώνησε. Αυτό υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν αισθάνονται σημαντικά

επιβαρυνμένοι από την απόδοση των συναδέλφων τους, αν και ένα σημαντικό ποσοστό αισθάνεται έτσι.

Πίνακας 77. Θεωρώ ότι πρέπει να εργαστώ πιο σκληρά στη δουλειά μου λόγω της ανικανότητας των ανθρώπων με τους οποίους συνεργάζομαι.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	22	22,0	22,0
Μάλλον διαφωνώ	16	16,0	38,0
Διαφωνώ λίγο	21	21,0	59,0
Συμφωνώ λίγο	9	9,0	68,0
Μάλλον συμφωνώ	18	18,0	86,0
Συμφωνώ απόλυτα	14	14,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 78 παρουσιάζει το βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τα εργασιακά τους καθήκοντα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (77%) συμφώνησε με αυτή τη δήλωση, ενώ το 23% διαφώνησε. Αυτό δείχνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες απολαμβάνουν τα καθήκοντα που εκτελούν στην εργασία τους.

Πίνακας 78. Μου αρέσει να κάνω τα πράγματα που κάνω στη δουλειά μου.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	8	8,0	8,0
Μάλλον διαφωνώ	5	5,0	13,0
Διαφωνώ λίγο	10	10,0	23,0
Συμφωνώ λίγο	30	30,0	53,0
Μάλλον συμφωνώ	23	23,0	76,0
Συμφωνώ απόλυτα	24	24,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 79 εξετάζει τη σαφήνεια των οργανωτικών στόχων. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (69%) διαφώνησαν, ενώ το 31% συμφώνησε. Αυτό υποδηλώνει ότι η πλειοψηφία θεωρεί τους στόχους του οργανισμού σαφείς.

Πίνακας 79. Οι στόχοι του οργανισμού δεν είναι ξεκάθαροι σε εμένα.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	31	31,0	31,0
Μάλλον διαφωνώ	15	15,0	46,0
Διαφωνώ λίγο	23	23,0	69,0
Συμφωνώ λίγο	13	13,0	82,0
Μάλλον συμφωνώ	12	12,0	94,0
Συμφωνώ απόλυτα	6	6,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 80 παρουσιάζει τις αντιλήψεις σχετικά με την εκτίμηση από τον οργανισμό. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80%) διαφώνησε με αυτή τη δήλωση, ενώ το 20% συμφώνησε. Αυτό δείχνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν αισθάνονται ότι δεν εκτιμώνται, αν και ένα μικρότερο ποσοστό αισθάνεται έτσι.

Πίνακας 80. Νιώθω μη εκτιμώμενος από τον οργανισμό όταν σκέφτομαι αυτό για το οποίο με πληρώνουν.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	39	39,0	39,0
Μάλλον διαφωνώ	23	23,0	62,0
Διαφωνώ λίγο	18	18,0	80,0
Συμφωνώ λίγο	10	10,0	90,0
Μάλλον συμφωνώ	3	3,0	93,0
Συμφωνώ απόλυτα	7	7,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο παρακάτω πίνακας 81 εξετάζει τις αντιλήψεις σχετικά με την επαγγελματική εξέλιξη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (81%) διαφώνησαν, ενώ το 19% συμφώνησε. Αυτό υποδηλώνει ότι πολλοί συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η επαγγελματική εξέλιξη είναι πιο αργή σε σύγκριση με άλλα μέρη.

Πίνακας 81. Οι άνθρωποι προοδεύουν εδώ τόσο γρήγορα όσο και σε άλλα μέρη.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	47	47,0	47,0
Μάλλον διαφωνώ	22	22,0	69,0
Διαφωνώ λίγο	12	12,0	81,0
Συμφωνώ λίγο	9	9,0	90,0
Μάλλον συμφωνώ	6	6,0	96,0
Συμφωνώ απόλυτα	4	4,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 82 επικεντρώνεται στο ενδιαφέρον των προϊσταμένων για τους υπαλλήλους. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (56%) συμφώνησαν, ενώ το 44% διαφώνησε. Αυτό δείχνει ότι πολλοί συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται περιορισμένη συναισθηματική υποστήριξη από τον προϊστάμενό τους.

Πίνακας 82. Ο/Η προϊστάμενος δείχνει μικρό ενδιαφέρον για τα αισθήματα των υφισταμένων του.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	19	19,0	19,0
Μάλλον διαφωνώ	8	8,0	27,0
Διαφωνώ λίγο	17	17,0	44,0
Συμφωνώ λίγο	15	15,0	59,0
Μάλλον συμφωνώ	15	15,0	74,0
Συμφωνώ απόλυτα	26	26,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 83 παρουσιάζει τις αντιλήψεις σχετικά με τη δικαιοσύνη των παροχών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (86%) διαφώνησε, ενώ μόνο το 14% συμφώνησε. Αυτό δείχνει μεγάλη δυσανεμία όσον αφορά τη δικαιοσύνη των παροχών.

Πίνακας 83. Το πακέτο παροχών που έχουμε είναι δίκαιο.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	51	51,0	51,0
Μάλλον διαφωνώ	25	25,0	76,0
Διαφωνώ λίγο	10	10,0	86,0
Συμφωνώ λίγο	6	6,0	92,0
Μάλλον συμφωνώ	4	4,0	96,0
Συμφωνώ απόλυτα	4	4,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 84 εξετάζει τα συστήματα ανταμοιβής. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (75%) διαφώνησαν, ενώ το 25% συμφώνησε. Αυτό δείχνει ότι η πλειοψηφία δεν αντιλαμβάνεται έλλειψη ανταμοιβών, αν και ένα αξιόλογο ποσοστό το πιστεύει.

Πίνακας 84. Υπάρχουν λίγες επιβραβεύσεις για αυτούς που δουλεύουν εδώ.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	43	43,0	43,0
Μάλλον διαφωνώ	18	18,0	61,0
Διαφωνώ λίγο	14	14,0	75,0
Συμφωνώ λίγο	8	8,0	83,0
Μάλλον συμφωνώ	8	8,0	91,0
Συμφωνώ απόλυτα	9	9,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 85 παρουσιάζει τις απόψεις σχετικά με τον φόρτο εργασίας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (90%) διαφώνησε με αυτή τη δήλωση, ενώ μόνο το 10% συμφώνησε. Αυτό υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν θεωρούν τον φόρτο εργασίας τους υπερβολικό.

Πίνακας 85. Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	42	42,0	42,0
Μάλλον διαφωνώ	30	30,0	72,0
Διαφωνώ λίγο	18	18,0	90,0
Συμφωνώ λίγο	2	2,0	92,0
Μάλλον συμφωνώ	3	3,0	95,0
Συμφωνώ απόλυτα	5	5,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο παρακάτω πίνακας 86 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους συναδέλφους τους. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (69%) συμφώνησε με αυτή την ερώτηση, ενώ το 31% διαφώνησε. Αυτό φανερώνει γενικά θετικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων.

Πίνακας 86. Απολαμβάνω τους συνεργάτες μου.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	8	8,0	8,0
Μάλλον διαφωνώ	10	10,0	18,0
Διαφωνώ λίγο	13	13,0	31,0
Συμφωνώ λίγο	31	31,0	62,0
Μάλλον συμφωνώ	25	25,0	87,0
Συμφωνώ απόλυτα	13	13,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 87 εξετάζει την επίγνωση των οργανωτικών διαδικασιών. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (61%) διαφώνησαν, ενώ το 39% συμφώνησε. Αυτό φανερώνει ότι η πλειοψηφία αισθάνεται επαρκώς ενημερωμένη, αν και ένα αξιόλογο ποσοστό δεν αισθάνεται έτσι.

Πίνακας 87. Συχνά αισθάνομαι πως δεν γνωρίζω τι συμβαίνει στον οργανισμό.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	19	19,0	19,0
Μάλλον διαφωνώ	19	19,0	38,0
Διαφωνώ λίγο	23	23,0	61,0
Συμφωνώ λίγο	11	11,0	72,0
Μάλλον συμφωνώ	13	13,0	84,0
Συμφωνώ απόλυτα	15	15,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 88 δείχνει το αίσθημα υπερηφάνειας των συμμετεχόντων για την εργασία τους. Οι περισσότεροι (83%) ανέφεραν ότι συμφωνούν με αυτή τη δήλωση, ενώ το 17% διαφώνησε. Υπάρχει δηλαδή ισχυρό αίσθημα υπερηφάνειας μεταξύ των συμμετεχόντων.

Πίνακας 88. Νιώθω περήφανος κάνοντας τη δουλειά μου.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	5	5,0	5,0
Μάλλον διαφωνώ	3	3,0	8,0
Διαφωνώ λίγο	9	9,0	17,0
Συμφωνώ λίγο	22	22,0	39,0
Μάλλον συμφωνώ	22	22,0	61,0
Συμφωνώ απόλυτα	39	39,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο παρακάτω πίνακας 89 εξετάζει την ικανοποίηση από τις ευκαιρίες προαγωγής και αύξησης μισθού. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (71%) διαφώνησαν, ενώ το 29% συμφώνησε. Αυτό φανερώνει μεγάλη δυσaráσκεια όσον αφορά την μισθολογική εξέλιξη.

Πίνακας 89. Αισθάνομαι ικανοποιημένος με τις πιθανότητες μισθολογικής προαγωγής.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	46	46,0	46,0
Μάλλον διαφωνώ	11	11,0	57,0
Διαφωνώ λίγο	14	14,0	71,0
Συμφωνώ λίγο	13	13,0	84,0
Μάλλον συμφωνώ	7	7,0	91,0
Συμφωνώ απόλυτα	9	9,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 90 παρουσιάζει τις αντιλήψεις σχετικά με τα προνόμια που λείπουν. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (77%) διαφώνησε, ενώ το 23% συμφώνησε. Αυτό δείχνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν αισθάνονται έντονα ότι λείπουν σημαντικές παροχές.

Πίνακας 90. Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ θα έπρεπε.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	48	48,0	48,0
Μάλλον διαφωνώ	17	17,0	65,0
Διαφωνώ λίγο	12	12,0	77,0
Συμφωνώ λίγο	4	4,0	81,0
Μάλλον συμφωνώ	5	5,0	86,0
Συμφωνώ απόλυτα	14	14,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 91 εξετάζει τις στάσεις απέναντι στους προϊσταμένους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (70%) συμφώνησαν, ενώ το 30% διαφώνησε. Γενικά υπάρχουν θετικές αντιλήψεις για τους προϊσταμένους.

Πίνακας 91. Μου αρέσει ο προϊστάμενός μου.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	16	16,0	16,0
Μάλλον διαφωνώ	8	8,0	24,0
Διαφωνώ λίγο	6	6,0	30,0
Συμφωνώ λίγο	17	17,0	47,0
Μάλλον συμφωνώ	13	13,0	60,0
Συμφωνώ απόλυτα	40	40,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 92 παρουσιάζει τις απόψεις σχετικά με τον διοικητικό φόρτο εργασίας. Λίγο περισσότερο από το μισό των συμμετεχόντων (52%) διαφώνησε, ενώ το 48% συμφώνησε. Αυτό σημαίνει πως υπάρχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά τον διοικητικό φόρτο εργασίας.

Πίνακας 92. Ασχολούμαι πολύ με δουλειά γραφείου.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	19	19,0	19,0
Μάλλον διαφωνώ	16	16,0	35,0
Διαφωνώ λίγο	17	17,0	52,0
Συμφωνώ λίγο	9	9,0	61,0
Μάλλον συμφωνώ	10	10,0	71,0
Συμφωνώ απόλυτα	29	29,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο ακόλουθος πίνακας 93 εξετάζει την αναγνώριση της προσπάθειας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (79%) διαφώνησε, ενώ το 21% συμφώνησε. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αισθάνονται ότι ανταμείβονται επαρκών, αν και ορισμένους νιώθουν ότι υπάρχει κάποια δυσαρέσκεια.

Πίνακας 93. Δεν νιώθω ότι οι προσπάθειές μου επιβραβεύονται με τον τρόπο που θα έπρεπε.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	48	48,0	48,0
Μάλλον διαφωνώ	18	18,0	66,0
Διαφωνώ λίγο	13	13,0	79,0
Συμφωνώ λίγο	7	7,0	86,0
Μάλλον συμφωνώ	11	11,0	97,0
Συμφωνώ απόλυτα	3	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 94 δείχνει τα επίπεδα από την ικανοποίηση από τις ευκαιρίες προαγωγής. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (74%) διαφώνησαν, ενώ το 26% συμφώνησε. Αυτό δείχνει ότι επικρατεί χαμηλή ικανοποίηση από τις ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης.

Πίνακας 94. Είμαι ικανοποιημένος με τις προοπτικές προαγωγής.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	40	40,0	40,0
Μάλλον διαφωνώ	19	19,0	59,0
Διαφωνώ λίγο	15	15,0	74,0
Συμφωνώ λίγο	13	13,0	87,0
Μάλλον συμφωνώ	4	4,0	91,0
Συμφωνώ απόλυτα	9	9,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο επόμενος πίνακας 95 φανερώνει τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (76%) διαφώνησε, ενώ το 24% συμφώνησε. Άρα οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν αντιλαμβάνονται υψηλά επίπεδα συγκρούσεων στο χώρο εργασίας.

Πίνακας 95. Υπάρχουν αρκετές διαφωνίες και διαμάχες στη δουλειά.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	25	25,0	25,0
Μάλλον διαφωνώ	26	26,0	51,0
Διαφωνώ λίγο	25	25,0	76,0
Συμφωνώ λίγο	11	11,0	87,0
Μάλλον συμφωνώ	10	10,0	97,0
Συμφωνώ απόλυτα	3	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Ο πίνακας 96 παρουσιάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την απόλαυση της εργασίας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (69%) διαφώνησαν, ενώ το 31% συμφώνησε. Επομένως πολλοί συμμετέχοντες δεν βρίσκουν τη δουλειά τους ιδιαίτερα ευχάριστη.

Πίνακας 96. Η δουλειά μου είναι διασκεδαστική.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	38	38,0	38,0
Μάλλον διαφωνώ	15	15,0	53,0
Διαφωνώ λίγο	16	16,0	69,0
Συμφωνώ λίγο	14	14,0	83,0
Μάλλον συμφωνώ	13	13,0	96,0
Συμφωνώ απόλυτα	4	4,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Τέλος, ο πίνακας 97 εξετάζει τη σαφήνεια των ρόλων στην εργασία. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (72%) διαφώνησε, ενώ το 28% συμφώνησε. Αυτό δείχνει ότι οι περισσότεροι

συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται τις εργασιακές τους ευθύνες πως είναι ξεκάθαρα καθορισμένες.

Πίνακας 97. Τα εργασιακά καθήκοντα δεν εξηγούνται σαφώς.

Συχνότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	26	26,0	26,0
Μάλλον διαφωνώ	22	22,0	48,0
Διαφωνώ λίγο	24	24,0	72,0
Συμφωνώ λίγο	9	9,0	81,0
Μάλλον συμφωνώ	14	14,0	95,0
Συμφωνώ απόλυτα	5	5,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν θετικές σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους και ένα ισχυρό αίσθημα υπερηφάνειας για την εργασία. Ωστόσο, υπάρχουν αξιοσημείωτες ανησυχίες σχετικά με τις ευκαιρίες προαγωγής, την ικανοποίηση από την εργασία και, σε μικρότερο βαθμό, το διοικητικό φόρτο εργασίας.

3.5. Περιγραφικά στοιχεία και αξιοπιστία

Στην παρούσα υποενότητα παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των βασικών μεταβλητών της έρευνας, καθώς και οι δείκτες αξιοπιστίας των κλιμάκων και υποκλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν.

Πίνακας 98. Δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha) των κλιμάκων/υποκλιμάκων

Κλίμακα	Cronbach's α	N of Items
Επαγγελματική εξουθένωση (OLBI)	0.791	16
Αποστασιοποίηση	0.699	8
Εξάντληση	0.674	8
Εργασιακή Ικανοποίηση (JSS-36)	0.800	36
Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (SF-36)	0.938	36
Σωματική υγεία	0.913	21
Ψυχική υγεία	0.878	14

Σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 98, οι δείκτες εσωτερικής συνοχής (Cronbach's α) κυμαίνονται από 0.674 έως 0.938, υποδηλώνοντας συνολικά ικανοποιητικά έως εξαιρετικά επίπεδα αξιοπιστίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τιμές του δείκτη Cronbach's α άνω του 0.70 θεωρούνται γενικά αποδεκτές, ενώ τιμές άνω του 0.80 υποδηλώνουν καλή αξιοπιστία και άνω του 0.90 πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach, 1951; Tavakol & Dennick, 2011).

Ειδικότερα, η κλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης (OLBI) παρουσιάζει ικανοποιητικό επίπεδο αξιοπιστίας ($\alpha = 0.791$), γεγονός που συνάδει με προηγούμενες έρευνες που επιβεβαιώνουν την επάρκεια της εσωτερικής συνοχής του συγκεκριμένου εργαλείου (Demerouti et al., 2001). Αναφορικά με τις υποκλίμακες της, η αποστασιοποίηση εμφανίζει τιμή $\alpha = 0.699$ και η εξάντληση $\alpha = 0.674$, οι οποίες, αν και οριακές, θεωρούνται αποδεκτές σε ερευνητικά πλαίσια κοινωνικών επιστημών, ιδιαίτερα σε διερευνητικές μελέτες (Nunnally & Bernstein, 1994).

Η κλίμακα της εργασιακής ικανοποίησης (JSS-36) παρουσιάζει καλή αξιοπιστία ($\alpha = 0.800$), γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της αρχικής ανάπτυξης του εργαλείου, όπου τεκμηριώνεται η υψηλή εσωτερική συνοχή των επιμέρους διαστάσεων του (Spector, 1985). Τέλος, η κλίμακα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (SF-36) εμφανίζει εξαιρετική αξιοπιστία ($\alpha = 0.938$), ενώ και οι υποκλίμακες της παρουσιάζουν πολύ υψηλές τιμές (σωματική υγεία: $\alpha = 0.913$, ψυχική υγεία: $\alpha = 0.878$), επιβεβαιώνοντας την καλή ψυχομετρική επάρκεια του εργαλείου στη βιβλιογραφία (Ware & Sherbourne, 1992).

Συνολικά, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι χρησιμοποιούμενες κλίμακες και υποκλίμακες διαθέτουν επαρκή έως πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή, γεγονός που ενισχύει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ερευνητικών ευρημάτων.

Πίνακας 99. Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία

Στατιστικά στοιχεία	Εξουθέν ωση	Αποστασιο ποίηση	Εξάντλ ηση	Εργασιακή Ικανοποίησ η	Σωματική υγεία	Ψυχική υγεία
Μέσος όρος	2,67	2,42	2,92	110,83	58,92	52,51
Διαμέσος	2,69	2,38	3,00	112,00	56,25	53,10
Επικρατούς α τιμή	2,94	2,88	3,00	115,00	31,25	62,38
Τυπική απόκλιση	0,42	0,53	0,43	20,55	21,56	21,25
Εύρος	2,00	2,50	2,13	109,00	87,50	90,38
Ελάχιστο	1,50	1,00	1,75	59,00	12,50	5,13
Μέγιστο	3,50	3,50	3,88	168,00	100,00	95,50

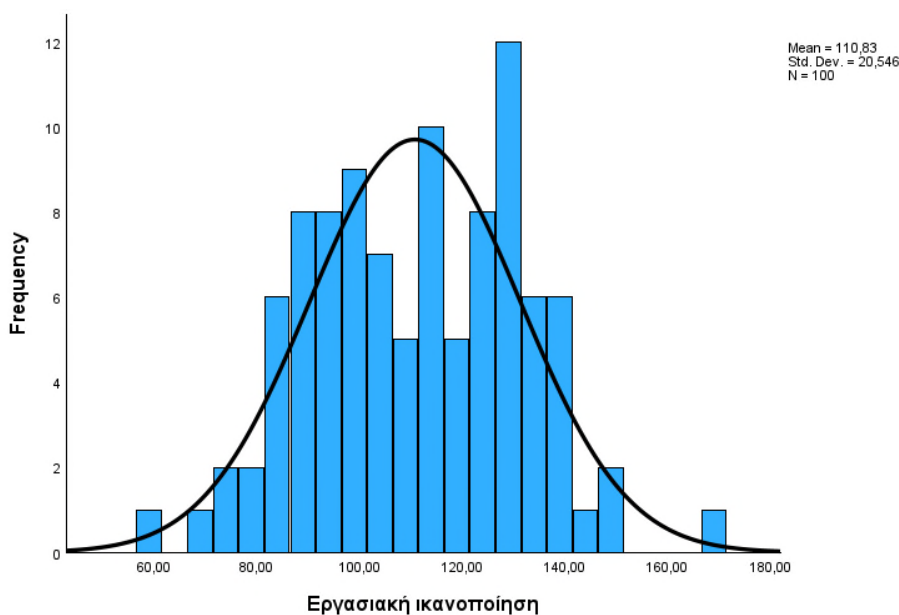
Σε ό,τι αφορά την επαγγελματική εξουθένωση των συμμετεχόντων, η μέση τιμή ανέρχεται σε 2.668 (T.A. = 0.422), με ελάχιστη τιμή 1.50 και μέγιστη 3.50, γεγονός που υποδηλώνει μέτριο επίπεδο εξουθένωσης. Αναφορικά με την αποστασιοποίηση, η μέση τιμή είναι 2.416 (T.A. = 0.529), με τιμές που κυμαίνονται από 1.00 έως 3.50, υποδεικνύοντας επίσης μέτριο βαθμό αποστασιοποίησης.

Όσον αφορά την εξάντληση, η μέση τιμή διαμορφώνεται σε 2.920 (T.A. = 0.428), με ελάχιστη τιμή 1.75 και μέγιστη 3.88, γεγονός που υποδηλώνει σχετικά αυξημένα επίπεδα εξάντλησης σε σύγκριση με τις άλλες διαστάσεις της εξουθένωσης.

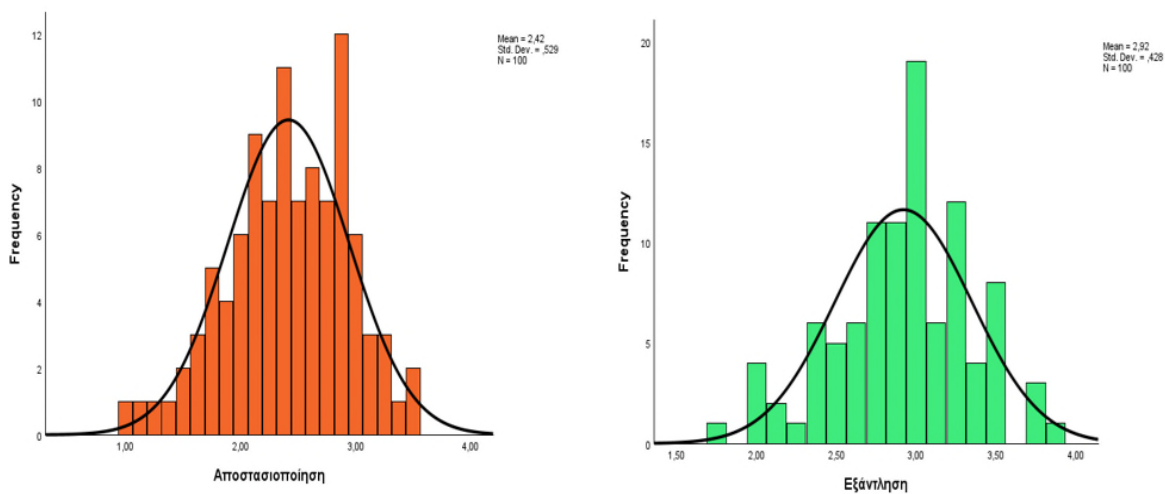
Σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση, η μέση τιμή ανέρχεται σε 110.83 (T.A. = 20.546), με εύρος τιμών από 59.00 έως 168.00, υποδεικνύοντας μέτρια προς υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την εργασία τους.

Αναφορικά με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, η σωματική υγεία παρουσιάζει μέση τιμή 58.919 (T.A. = 21.556), με ελάχιστη τιμή 12.50 και μέγιστη 100.00, γεγονός που υποδηλώνει μέτριο επίπεδο σωματικής υγείας. Αντίστοιχα, η ψυχική υγεία εμφανίζει μέση τιμή 52.505 (T.A. = 21.249), με τιμές που κυμαίνονται από 5.13 έως 95.50, υποδεικνύοντας επίσης μέτρια επίπεδα ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων.

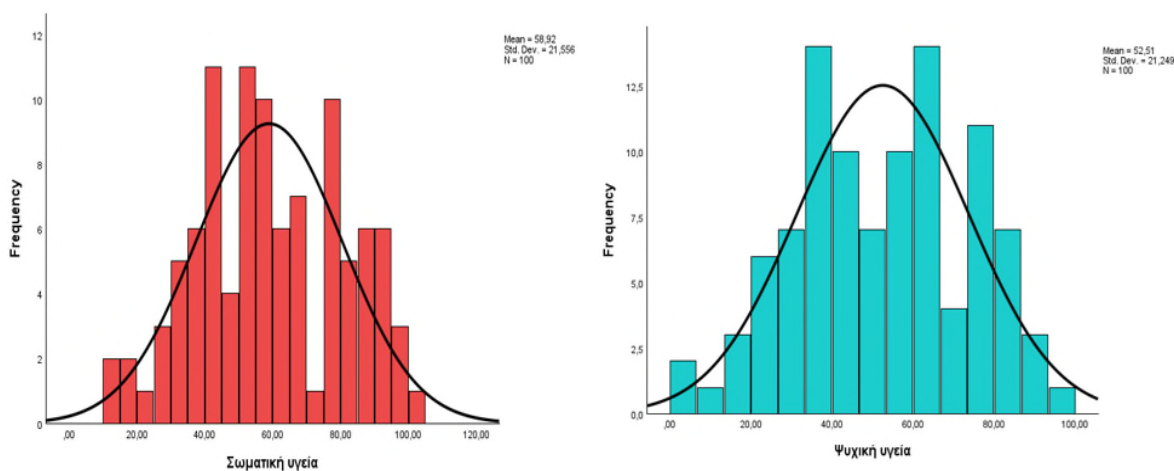
Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης, καθώς και μέτρια κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας.



Γράφημα 2. Ιστόγραμμα της εργασιακής ικανοποίησης



Γράφημα 3. Ιστογράμματα της επαγγελματικής εξουθένωσης



Γράφημα 4. Ιστογράμματα της ποιότητας σχετιζόμενα με την υγεία

3.6. Επαγωγική στατιστική

Στην υποενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης, με σκοπό τη διερεύνηση των σχέσεων και των διαφορών μεταξύ των βασικών μεταβλητών της μελέτης. Ειδικότερα, εξετάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, εργασιακής ικανοποίησης και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, καθώς και οι πιθανές διαφοροποιήσεις των επιπέδων εξουθένωσης ως προς δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας και ο τομέας εργασίας. Οι αναλύσεις αυτές επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τους παράγοντες που συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση και την ευημερία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 100. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6
1. Εξουθένωση	—	.905**	.851**	-.426**	-.313**	-.419**
2. Αποστασιοποίηση		—	.548**	-.345**	-.189	-.279**
3. Εξάντληση			—	-.414**	-.383**	-.481**
4. Εργασιακή Ικανοποίηση				—	.131	.286**
5. Σωματική Υγεία					—	.761**
6. Ψυχική Υγεία						—

Σημείωση. N = 100. **p < .01.

Η ανάλυση συσχέτισης έδειξε αρκετές ουσιαστικές και στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης, παρέχοντας μια πιο ξεκάθαρη εικόνα του τρόπου με τον οποίο η επαγγελματική εξουθένωση, η εργασιακή ικανοποίηση από την εργασία και η υγεία σχετίζονται.

Πρώτον, η εξάντληση συνδέεται ισχυρά τόσο με την αποστασιοποίηση ($r = 0,905$, $p < 0,001$) όσο και με την εξάντληση ($r = 0,851$, $p < 0,001$). Αυτό σημαίνει ότι, καθώς αυξάνεται η εξάντληση, οι άνθρωποι αισθάνονται μεγαλύτερη συναισθηματική κόπωση και μεγαλύτερη αποστασιοποίηση από την εργασία τους. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η

εξάντληση αποτελείται από δύο βασικά στοιχεία —την καταπόνηση και την αποστασιοποίηση— τα οποία συνήθως εμφανίζονται ταυτόχρονα.

Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται επίσης σε μέτριο βαθμό με χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία ($r = -0,426$, $p < 0,001$), χειρότερη σωματική υγεία ($r = -0,313$, $p = 0,002$) και χειρότερη ψυχική υγεία ($r = -0,419$, $p < 0,001$). Με απλά λόγια, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένα από την εργασία τους και αναφέρουν χειρότερη υγεία, τόσο σωματική όσο και ψυχική.

Η αποστασιοποίηση σχετίζεται μέτρια με την εξάντληση ($r = 0,548$, $p < 0,001$), το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα που αισθάνονται εξαντλημένα είναι πιο πιθανό να αποστασιοποιηθούν από την εργασία τους. Επίσης, παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εργασία ($r = -0,345$, $p < 0,001$) και την ψυχική υγεία ($r = -0,279$, $p = 0,005$). Ωστόσο, η σχέση της με τη σωματική υγεία δεν είναι στατιστικά σημαντική ($r = -0,189$, $p = 0,059$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η αποσύνδεση επηρεάζει κυρίως την ψυχολογική υγεία και όχι τη σωματική.

Η εξάντληση συσχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία ($r = -0,414$, $p < 0,001$), τη σωματική υγεία ($r = -0,383$, $p < 0,001$) και την ψυχική υγεία ($r = -0,481$, $p < 0,001$). Φαίνεται να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση, ειδικά όσον αφορά την ψυχική υγεία. Αυτό υποδηλώνει ότι η αίσθηση της συναισθηματικής και σωματικής κόπωσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη μείωση της ευημερίας και της ικανοποίησης από την εργασία.

Η ικανοποίηση από την εργασία συσχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία ($r = 0,286$, $p = 0,004$), το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα που είναι πιο ικανοποιημένα από την εργασία τους τείνουν να αισθάνονται καλύτερα ψυχολογικά. Η σχέση της με τη σωματική υγεία είναι θετική αλλά μη στατιστικά σημαντική ($r = 0,131$, $p = 0,195$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζει κυρίως την ψυχική και όχι τη σωματική υγεία.

Τέλος, η σωματική και η ψυχική υγεία σχετίζονται στενά ($r = 0,761$, $p < 0,001$). Αυτό σημαίνει ότι η βελτίωση της μιας συνδέεται στενά με τη βελτίωση της άλλης, αποδεικνύοντας ότι η συνολική ευημερία περιλαμβάνει τόσο σωματικές όσο και ψυχικές διαστάσεις.

Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση, ιδίως η εξάντληση και η αποστασιοποίηση, μειώνει την ικανοποίηση από την εργασία και την υγεία. Ταυτόχρονα, η υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία, κάτι που δείχνει τη σημασία ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος.

Πίνακας 101. Στατιστικά κατά φύλο για εξουθένωση, αποστασιοποίηση και εξάντληση

Μεταβλητή	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Εξουθένωση	Άνδρας	32	2.635	0.455
	Γυναίκα	68	2.684	0.408
Αποστασιοποίηση	Άνδρας	32	2.430	0.581
	Γυναίκα	68	2.410	0.507
Εξάντληση	Άνδρας	32	2.840	0.425
	Γυναίκα	68	2.958	0.428

Ο πίνακας 101 παρουσιάζει τη σύγκριση των μέσων επιπέδων για το επαγγελματικό εξουθενωτικό σύνδρομο, την αποσύνδεση και την εξάντληση μεταξύ ανδρών και γυναικών συμμετεχόντων.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες ανέφεραν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού εξουθενωτικού συνδρόμου ($M = 2,68$, $T.A = 0,41$) σε σύγκριση με τους άνδρες ($M = 2,63$, $T.A = 0,45$). Ωστόσο, η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική, $t(98) = -0,54$, $p = 0,590$, υποδηλώνοντας ότι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης δεν διαφέρουν ουσιαστικά μεταξύ των φύλων. Όσον αφορά την αποσύνδεση, οι μέσες βαθμολογίες ήταν πολύ παρόμοιες για τους άνδρες ($M = 2,43$, $T.A = 0,58$) και τις γυναίκες ($M = 2,41$, $T.A = 0,51$). Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική, $t(98) = 0,17$, $p = 0,863$, υποδηλώνοντας ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων στην αποστασιοποίηση. Όσον αφορά την εξάντληση, οι γυναίκες ανέφεραν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα ($M = 2,96$, $T.A = 0,43$) σε σύγκριση με τους άνδρες ($M = 2,84$, $T.A = 0,43$). Ωστόσο, αυτή η διαφορά δεν ήταν επίσης στατιστικά σημαντική, $t(98) = -1,29$, $p = 0,201$.

Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αποσύνδεσης ή εξάντλησης.

Πίνακας 102. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις εξουθένωσης, αποστασιοποίησης και εξάντλησης ανά έτη προϋπηρεσίας

Μεταβλητή	Έτη προϋπηρεσίας	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Αποστασιοποίηση	1–4	29	2.224	0.483
	5–9	22	2.455	0.493
	10–14	9	2.514	0.525
	15–19	10	2.475	0.510
	15–19	6	2.375	0.447
	25–29	5	2.425	0.274
	30–34	11	2.443	0.843
	35–41	8	2.813	0.291
Εξάντληση	1–4	29	2.797	0.392
	5–9	22	2.921	0.371
	10–14	9	3.069	0.650
	15–19	10	3.088	0.368
	15–19	6	2.917	0.600
	25–29	5	2.925	0.338
	30–34	11	2.886	0.523
	35–41	8	3.031	0.229
Εξουθένωση	1–4	29	2.511	0.363
	5–9	22	2.688	0.378
	10–14	9	2.792	0.538
	15–19	10	2.781	0.371
	15–19	6	2.646	0.467
	25–29	5	2.675	0.263
	30–34	11	2.665	0.649

Μεταβλητή	Έτη προϋπηρεσίας	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
	35–41	8	2.922	0.200

Ο πίνακας 102 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την αποσύνδεση, την εξάντληση και το συνολικό επαγγελματικό εξουθενωτικό στρες ανάλογα με τα έτη εργασιακής εμπειρίας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, όσον αφορά την αποστασιοποίηση, η χαμηλότερη μέση βαθμολογία παρατηρήθηκε μεταξύ των συμμετεχόντων με 1–4 έτη εμπειρίας ($M = 2,22$, $T.A = 0,48$), ενώ η υψηλότερη μέση βαθμολογία βρέθηκε σε εκείνους με 35–41 έτη εμπειρίας ($M = 2,81$, $T.A = 0,29$). Συνολικά, η αποστασιοποίηση φαίνεται να αυξάνεται ελαφρώς με τα έτη εμπειρίας. Όσον αφορά την εξάντληση, η χαμηλότερη μέση τιμή παρατηρήθηκε στους συμμετέχοντες με 1–4 έτη εμπειρίας ($M = 2,80$, $T.A = 0,39$), ενώ οι υψηλότερες τιμές βρέθηκαν σε όσους είχαν 15–19 έτη ($M = 3,09$, $T.A = 0,37$) και 10–14 έτη εμπειρίας ($M = 3,07$, $T.A = 0,65$). Αυτό υποδηλώνει μέτρια υψηλότερα επίπεδα εξάντλησης μεταξύ των επαγγελματιών που βρίσκονται στη μέση της καριέρας τους. Όσον αφορά τη συνολική επαγγελματική εξουθένωση, η χαμηλότερη μέση βαθμολογία αναφέρθηκε από συμμετέχοντες με 1–4 έτη εμπειρίας ($M = 2,51$, $T.A = 0,36$), ενώ η υψηλότερη μέση βαθμολογία παρατηρήθηκε σε όσους είχαν 35–41 έτη εμπειρίας ($M = 2,92$, $T.A = 0,20$). Αυτό δείχνει μια τάση αύξησης της εξουθένωσης με την αύξηση της εργασιακής εμπειρίας.

Για να εξεταστεί αν αυτές οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές, διεξήχθη μονοπαραγοντική ANOVA. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με βάση τα έτη εμπειρίας όσον αφορά την αποστασιοποίηση, $F(7, 92) = 1,30$, $p = 0,258$, την εξάντληση, $F(7, 92) = 0,79$, $p = 0,598$ και το επαγγελματικό εξουθενωτικό σύνδρομο, $F(7, 92) = 1,23$, $p = 0,293$. Συνολικά, αν και παρατηρούνται ορισμένες διακυμάνσεις στις μέσες βαθμολογίες μεταξύ των διαφορετικών ομάδων εμπειρίας, αυτές οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Αυτό σημαίνει ότι τα έτη εργασιακής εμπειρίας δεν επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αποστασιοποίησης ή εξάντλησης σε αυτό το δείγμα.

Πίνακας 103. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις εξουθένωσης, αποστασιοποίησης και εξάντλησης ανά τομέα εργασίας

Μεταβλητή	Τομέας εργασίας	N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση
Αποστασιοποίηση	Παθολογικό	14	2.589	0.496
	Ογκολογικό – Ημερήσια Νοσηλεία	11	2.205	0.694
	ΤΕΠ / Χειρουργικό	7	2.393	0.342
	Χειρουργικό	16	2.273	0.464
	ΜΜΜΟ	4	2.125	0.530
	ΜΑΦ / Εντατική	19	2.467	0.458
	ΜΜΜΟ	9	2.500	0.713
	Άλλο	20	2.506	0.523
Εξάντληση	Παθολογικό	14	3.080	0.331
	Ογκολογικό – Ημερήσια Νοσηλεία	11	2.852	0.651
	ΤΕΠ / Χειρουργικό	7	2.786	0.553
	Χειρουργικό	16	2.805	0.483
	ΜΜΜΟ	4	3.219	0.359
	ΜΑΦ / Εντατική	19	2.954	0.312
	ΜΜΜΟ	9	2.778	0.592
	Άλλο	20	2.956	0.216
Εξουθένωση	Παθολογικό	14	2.835	0.371
	Ογκολογικό – Ημερήσια Νοσηλεία	11	2.528	0.618
	ΤΕΠ / Χειρουργικό	7	2.589	0.397
	Χειρουργικό	16	2.539	0.434
	ΜΜΜΟ (4 άτομα)	4	2.672	0.443
	ΜΑΦ / Εντατική	19	2.711	0.354
	ΜΜΜΟ (9 άτομα)	9	2.639	0.581
	Άλλο	20	2.731	0.295

Ο πίνακας 103 παρουσιάζει τις μέσες τιμές και τις τυπικές αποκλίσεις όσον αφορά την αποστασιοποίηση, την εξάντληση και το συνολικό σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στα διάφορα τμήματα της εργασίας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, ως προς την αποστασιοποίηση, οι υψηλότερες τιμές παρατηρούνται στον παθολογικό τομέα ($M = 2.59$, $T.A = 0.50$), ενώ οι χαμηλότερες στη μονάδα μεταμόσχευσης μυελού των οστών ($M = 2.13$, $T.A = 0.53$). Όσον αφορά την εξάντληση, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφεται στη μονάδα μεταμόσχευσης μυελού των οστών ($M = 3.22$, $T.A = 0.36$), ενώ χαμηλότερες τιμές εμφανίζονται στα τμήματα επειγόντων και χειρουργικού τομέα. Για τη συνολική εξουθένωση, οι συμμετέχοντες του παθολογικού τομέα εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή ($M = 2.83$, $T.A = 0.37$), ενώ οι χαμηλότερες τιμές εντοπίζονται στον ογκολογικό τομέα ημερήσιας νοσηλείας ($M = 2.53$, $T.A = 0.62$).

Για τον έλεγχο των διαφορών μεταξύ των τομέων εργασίας πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για την αποστασιοποίηση: $F(7, 92) = 0.94$, $p = .477$, την εξάντληση: $F(7, 92) = 1.04$, $p = .407$ και την εξουθένωση: $F(7, 92) = 0.82$, $p = .572$. Συνεπώς, αν και παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στις μέσες τιμές μεταξύ των τομέων εργασίας, αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 104. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία

Μεταβλητή	B	Τυπικό σφάλμα	β	t	p
Σταθερά	86,439	21,369	—	4,045	< 0,001
Εργασιακή ικανοποίηση	0,135	0,105	0,130	1,291	0,200
Επαγγελματική εξουθένωση	-18,322	5,091	-0,364	-3,599	< 0,001

Σημείωση. Εξαρτημένη μεταβλητή: Ψυχική υγεία. B = μη τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης, β = τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης, p = επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Το μοντέλο παλινδρόμησης ήταν στατιστικά σημαντικό, $F(2, 97) = 11,355$, $p < 0,001$, γεγονός που δείχνει ότι προβλέπει στατιστικά σημαντικά την ψυχική υγεία. Η τιμή $R^2 = 0,190$ δείχνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η εργασιακή ικανοποίηση εξηγούν συνολικά το 19,0% της διακύμανσης της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων. Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί στατιστικά σημαντικό αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής υγείας, $B = -18,322$, $\beta = -0,364$, $t = -3,599$, $p <$

0,001. Αντίθετα, η εργασιακή ικανοποίηση δεν αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας, $B = 0,135$, $\beta = 0,130$, $t = 1,291$, $p = 0,200$. Συνεπώς, όσο αυξάνεται η επαγγελματική εξουθένωση, τόσο μειώνεται η ψυχική υγεία των συμμετεχόντων, ενώ η εργασιακή ικανοποίηση δεν φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο συγκεκριμένο μοντέλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, ικανοποίησης από την εργασία και ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν ασθενείς σε τελικό στάδιο σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Στη μελέτη συμμετείχαν 100 άτομα, από τα οποία το μεγαλύτερο μέρος ήταν 68 γυναίκες και 32 άνδρες, κυρίως νοσηλευτές (82/100), ενώ οι περισσότεροι είχαν σχετικά περιορισμένη εμπειρία στη φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο. Επιπλέον, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι φρόντιζαν έναν έως τρεις ασθενείς σε τελικό στάδιο την ημέρα.

Ως προς την επαγγελματική ιδιότητα, στο δείγμα εκπροσωπήθηκαν τόσο ιατροί όσο και νοσηλευτές, με σαφώς μεγαλύτερη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού. Και οι δύο επαγγελματικές ομάδες εκτίθενται στις αυξημένες κλινικές και συναισθηματικές απαιτήσεις που συνεπάγεται η φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο, αν και το περιεχόμενο των καθηκόντων και οι πηγές επιβάρυνσής τους διαφοροποιούνται. Οι ιατροί καλούνται συχνότερα να διαχειριστούν σύνθετες θεραπευτικές αποφάσεις, ζητήματα πρόγνωσης και επικοινωνίας με τις οικογένειες, ενώ οι νοσηλευτές έχουν περισσότερο συνεχή και άμεση επαφή με τον ασθενή, τον πόνο και τις καθημερινές ανάγκες φροντίδας. Οι διαφορετικές αυτές επαγγελματικές απαιτήσεις μπορούν να επηρεάζουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, την ικανοποίηση από την εργασία και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και των δύο ομάδων. Ωστόσο, λόγω της άνισης αριθμητικής εκπροσώπησης ιατρών και νοσηλευτών στο δείγμα, τα συνολικά αποτελέσματα αντανακλούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις εμπειρίες του νοσηλευτικού προσωπικού και οι ενδεχόμενες διαφορές μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Τα περιγραφικά στοιχεία έδειξαν ότι ο κύριος λόγος για την επιλογή του επαγγέλματος ήταν η επιθυμία να βοηθούν τους άλλους. Αυτό δείχνει ότι ο αλτρουισμός και η επιθυμία να προσφέρουν φροντίδα παραμένουν βασικοί λόγοι για την είσοδο στα επαγγέλματα του τομέα της υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τη βιβλιογραφία, η οποία δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας, ειδικά εκείνοι που εργάζονται σε απαιτητικά περιβάλλοντα φροντίδας,

συχνά αντλούν νόημα από τη βοήθεια προς τους άλλους και από την ανθρώπινη διάσταση του ρόλου τους (Di Lorenzo et al., 2025). Ωστόσο, ταυτόχρονα, αυτός ο θετικός επαγγελματικός προσανατολισμός φαίνεται να συνυπάρχει με σημαντικές δυσκολίες στο χώρο εργασίας. Ένα πολύ υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε ότι το τμήμα τους δεν ήταν επαρκώς στελεχωμένο, ενώ η ικανοποίηση από τον μισθό ήταν ως επί το πλείστον χαμηλή έως μέτρια και η ικανοποίηση από τις υποδομές ήταν κυρίως μέτρια. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το εργασιακό περιβάλλον θεωρείται απαιτητικό και μόνο εν μέρει υποστηρικτικό. Αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που δείχνουν ότι η ανεπαρκής στελέχωση, οι περιορισμένοι πόροι και η δυσαρέσκεια από τις αμοιβές αποτελούν σημαντικούς οργανωτικούς παράγοντες άγχους που αυξάνουν το επαγγελματικό βάρος και μειώνουν την ευημερία στο χώρο εργασίας. Αυτή η ερμηνεία υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία των Zhang et al. (2022), Ghazwani (2018) και Laserna Jiménez et al. (2022), οι οποίοι τόνισαν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης, της επάρκειας του προσωπικού, της ικανοποίησης από τον μισθό και των καλών συνθηκών εργασίας ως προστατευτικών παραγόντων κατά της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παράλληλα, ένα πιο θετικό εύρημα αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν μέτρια έως υψηλή ικανοποίηση από τη συνεργασία με τους συναδέλφους τους. Το αποτέλεσμα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς η υποστήριξη από τους συναδέλφους μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας σε συνθήκες που απαιτούν συναισθηματική επένδυση, όπως η φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο ζωής. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τους Macuka και Tucak Junaković (2021), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους ήταν ένας από τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης, καθώς και με τους Pattison et al. (2019), οι οποίοι ανέδειξαν τον ρόλο των υποστηρικτικών διαδικασιών της ομάδας στη μείωση του συναισθηματικού φορτίου και στη διατήρηση του αισθήματος επαγγελματικής σημασίας.

Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν συνολικά μέτρια επίπεδα εξουθένωσης, αποστασιοποίησης και κάπως υψηλότερο επίπεδο εξάντλησης, ενώ η ικανοποίηση από την εργασία κυμάνθηκε σε μέτρια έως σχετικά υψηλά επίπεδα. Επιπλέον, τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία βρέθηκαν σε μέτρια επίπεδα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, παρόλο που οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν σημαντική πίεση στη δουλειά τους, η κατάσταση δεν βρίσκεται σε ακραία επίπεδα. Αντίθετα, φαίνεται ότι υπάρχει μια σταθερή και συνεχή επιβάρυνση. Το γεγονός ότι η εξάντληση ήταν υψηλότερη

από τις άλλες διαστάσεις της εξουθένωσης είναι θεωρητικά σημαντικό, διότι υποστηρίζει την ιδέα ότι η συναισθηματική και σωματική εξάντληση είναι συχνά η πρώτη και πιο ορατή έκφραση της εξουθένωσης. Αυτή η άποψη συμφωνεί με τα μοντέλα των Freudenberger, Cherniss και ειδικά της Maslach, σύμφωνα με τα οποία η εξουθένωση αναπτύσσεται σταδιακά μέσω της συνεχόμενης έκθεσης στο άγχος και εκφράζεται έντονα μέσω της εξάντλησης, της αποστασιοποίησης από την εργασία και της μειωμένης επαγγελματικής λειτουργίας.

Τα αποτελέσματα του OLBI σε επίπεδο ερωτήσεων ενισχύουν περαιτέρω αυτή την εξήγηση. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αισθάνεται κουρασμένο πριν έρθει στη δουλειά, ότι χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσει μετά τη δουλειά, ότι αισθάνεται συναισθηματικά εξαντλημένο κατά τη διάρκεια της εργασίας και ότι έχει λίγη ενέργεια για δραστηριότητες αναψυχής μετά τη δουλειά. Ταυτόχρονα, πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η εργασία τους παραμένει ενδιαφέρουσα, σημαντική και απαιτητική, ενώ πολλοί δήλωσαν επίσης ότι είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του φόρτου εργασίας και αισθάνονται αφοσιωμένοι στην εργασία τους. Αυτός ο συνδυασμός είναι σημαντικός. Δείχνει ότι οι συμμετέχοντες δεν απορρίπτουν τον επαγγελματικό τους ρόλο. Αντίθετα, συνεχίζουν να τον θεωρούν σημαντικό και να τον εκτιμούν. Ωστόσο, φαίνεται ότι εργάζονται σε συνθήκες που τους προκαλούν έντονη κόπωση και εξάντληση. Απλούστερα, το πρόβλημα φαίνεται να σχετίζεται λιγότερο με την έλλειψη νοήματος και περισσότερο με τη συσσωρευμένη πίεση του εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτό το εύρημα συνάδει με τη βιβλιογραφία σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση στην παρηγορητική φροντίδα και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, η οποία δείχνει ότι οι επαγγελματίες μπορεί να συνεχίζουν να θεωρούν τη δουλειά τους σημαντική, ενώ παράλληλα βιώνουν σημαντική συναισθηματική και σωματική καταπόνηση, ειδικά όταν η οργανωτική υποστήριξη είναι ανεπαρκής (Crape et al., 2025; Saunders et al., 2021).

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία, οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν γενικά την υγεία τους θετικά, καθώς οι περισσότεροι χαρακτήρισαν την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό ανέφερε επίσης ότι η υγεία τους ήταν κάπως χειρότερη σε σύγκριση με ένα χρόνο νωρίτερα. Επιπλέον, πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν περιορισμούς σε δραστηριότητες που απαιτούν σωματική προσπάθεια, ενώ βασικές δραστηριότητες όπως η αυτοεξυπηρέτηση επηρεάστηκαν σε πολύ μικρότερο βαθμό. Αυτό φανερώνει ότι οι συμμετέχοντες διατηρούν επαρκή λειτουργική ικανότητα στην καθημερινή ζωή, αλλά αντιμετωπίζουν ήδη σημαντική καταπόνηση σε πιο απαιτητικές σωματικές

εργασίες. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με την βιβλιογραφία σχετικά με την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία, σύμφωνα με την οποία το επαγγελματικό άγχος και το μακροχρόνιο εργασιακό φορτίο συχνά αντανακλώνται πρώτα στην ενέργεια, την κόπωση και τη σωματική λειτουργία και όχι στην πλήρη απώλεια της καθημερινής αυτονομίας (Jung & Kim, 2020; Oyama & Fukahori, 2015). Επίσης, ταιριάζει με τα μοντέλα των Wilson και Cleary και των Ferrans et al., τα οποία ενισχύουν ότι τα συμπτώματα, η λειτουργία και οι υποκειμενικές αντιλήψεις για την υγεία συνδέονται μεταξύ τους.

Τα ευρήματα της Έρευνας Επαγγελματικής Ικανοποίησης (JSS-36) έδειξαν τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται διάφορες πτυχές του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση δεν ήταν ομοιόμορφη σε όλες τις διαστάσεις, αλλά διέφερε ανάλογα με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του εργασιακού πλαισίου. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν σχετικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης όσον αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, όπως η συνεργασία με συναδέλφους και προϊσταμένους, καθώς και το αίσθημα νοήματος και υπερηφάνειας για την εργασία τους. Αντίθετα, παρατηρήθηκαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε τομείς όπως οι ευκαιρίες προαγωγής, οι συνολικές συνθήκες εργασίας και ορισμένες οργανωτικές πτυχές. Αυτό υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση προέρχεται κυρίως από τις ανθρώπινες και τις διαπροσωπικές συνιστώσες του επαγγέλματος, ενώ η δυσαρέσκεια σχετίζεται στενότερα με δομικούς και οργανωτικούς περιορισμούς. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τη μελέτη των Macuka και Tucak Junaković (2021), η οποία έδειξε ότι η κοινωνική υποστήριξη και η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελούν από τα ισχυρότερα προγνωστικά στοιχεία της ικανοποίησης από την εργασία στους επαγγελματίες της παρηγορητικής φροντίδας. Ομοίως, η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων που παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη ενισχύει την άποψη ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας έναντι του επαγγελματικού στρες και βελτιώνει την ψυχολογική ευεξία. Επιπλέον, η αρνητική επίδραση των οργανωτικών περιορισμών στην ικανοποίηση συμφωνεί με τα ευρήματα των Baek και Choi (2015), οι οποίοι ανέφεραν ότι το άγχος σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία, ενώ η ίδια η ικανοποίηση συμβάλλει θετικά στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επιπλέον, το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στην μελέτη συνεχίζουν να αντιλαμβάνονται την εργασία τους ως σημαντική παρά την κόπωση και τις οργανωτικές δυσκολίες που βιώνουν μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα των ευρημάτων του Cheon (2025), ο οποίος προσδιόρισε την αντιληπτή επαγγελματική ικανότητα και τις θετικές στάσεις

απέναντι στη φροντίδα στο τέλος της ζωής ως βασικούς προγνωστικούς παράγοντες της ικανοποίησης από την εργασία. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη και σε απαιτητικά περιβάλλοντα, εσωτερικοί παράγοντες όπως η επαγγελματική ταυτότητα και η αντιληπτή αποτελεσματικότητα μπορεί να διατηρούν τα επίπεδα ικανοποίησης.

Η ανάλυση συσχετίσεων παρείχε μια εικόνα των σχέσεων μεταξύ των κύριων μεταβλητών της μελέτης. Το συνολικό επαγγελματικό εξουθενωτικό σύνδρομο συσχετίστηκε έντονα και θετικά με τις δύο κύριες διαστάσεις του, την αποστασιοποίηση και την εξάντληση, ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία, τη σωματική υγεία και την ψυχική υγεία. Επιπλέον, η εξάντληση συσχετίστηκε αρνητικά τόσο με την ικανοποίηση από την εργασία όσο και με τις δύο διαστάσεις της υγείας, με την ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση να παρατηρείται όσον αφορά την ψυχική υγεία. Η αποστασιοποίηση συσχετίστηκε επίσης αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία και την ψυχική υγεία, αν και η σχέση της με τη σωματική υγεία δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Τέλος, η ικανοποίηση από την εργασία συσχετίστηκε θετικά με την ψυχική υγεία, ενώ η σχέση της με τη σωματική υγεία ήταν θετική αλλά όχι στατιστικά σημαντική. Η σωματική και η ψυχική υγεία συσχετίστηκαν επίσης έντονα και θετικά μεταξύ τους. Επιπλέον, η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι το μοντέλο με ανεξάρτητες μεταβλητές την επαγγελματική εξουθένωση και την εργασιακή ικανοποίηση ήταν στατιστικά σημαντικό για την πρόβλεψη της ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικός αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας, ενώ η εργασιακή ικανοποίηση δεν αποτέλεσε ανεξάρτητο στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα στο συγκεκριμένο μοντέλο. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι, όταν οι δύο μεταβλητές εξετάζονται ταυτόχρονα, η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να έχει ισχυρότερη επίδραση στην ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Επομένως, η ψυχολογική ευημερία των ιατρών και νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς σε τελικό στάδιο φαίνεται να επηρεάζεται κυρίως από το επίπεδο εξουθένωσης που βιώνουν και λιγότερο από τη γενική ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα είναι πολύ σημαντικά. Δείχνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται άμεσα με τη μείωση της ευημερίας στην εργασία και με την επιδείνωση της υγείας. Η ιδιαίτερα ισχυρή σχέση μεταξύ της εξάντλησης και της ψυχικής υγείας συνιστά ότι η συναισθηματική εξάντληση που βιώνουν οι επαγγελματίες που φροντίζουν ασθενείς σε τελικό στάδιο μπορεί να επηρεάσει άμεσα την ψυχολογική ευημερία. Το εύρημα αυτό συνάδει με τις μελέτες των Buonomo et al. (2022) και Selič-Zupančič et al. (2023), οι οποίοι ανέφεραν

ότι το επαγγελματικό εξουθενωτικό σύνδρομο συνδέεται με χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Είναι επίσης σύμφωνο με το θεωρητικό πλαίσιο των Maslach και Leiter (2016), σύμφωνα με το οποίο η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι συνεχώς περισσότερες από τους πόρους και την υποστήριξη που έχει στη διάθεσή του το άτομο, επηρεάζοντας τελικά τόσο την στάση στο έργο όσο και τη συνολική ευημερία.

Επίσης, η αρνητική σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την εργασία συνάδει με προηγούμενα εμπειρικά στοιχεία που δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι που παρουσιάζουν συναισθηματική εξάντληση και αποστασιοποίηση είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Οι Baek και Choi (2015) έδειξαν ότι το υψηλότερο επίπεδο άγχους σχετίζεται με χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία, καθώς και με τους Macuka και Tucak Junaković (2021), οι οποίοι τόνισαν τη σημασία της υποστήριξης και της επικοινωνίας για τη διατήρηση της επαγγελματικής ευεξίας. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν επομένως την άποψη ότι η ικανοποίηση από την εργασία μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας, ειδικά για την ψυχολογική υγεία.

Σχετικά με τον έλεγχο t-test, η σύγκριση ανά φύλο έδειξε ότι οι γυναίκες ανέφεραν ελαφρώς υψηλότερες βαθμολογίες επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης σε σχέση με τους άνδρες, αλλά οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Επομένως, στο συγκεκριμένο δείγμα, το φύλο δεν αναδείχθηκε ως καθοριστικός παράγοντας στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Το εύρημα αυτό διαφέρει από την μελέτη των Jalili et al. (2021) που διαπίστωσε μεγαλύτερο φόρτο εργασίας στις γυναίκες. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι, αν και οι γυναίκες στο δείγμα έτειναν να αναφέρουν κάπως μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, το κοινό εργασιακό περιβάλλον και οι επαγγελματικές πιέσεις ενδέχεται να επηρέασαν και τα δύο φύλα με παρόμοιο τρόπο.

Ομοίως, οι συγκρίσεις μεταξύ του τομέα εργασίας μέσω την ανάλυσης ANOVA δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, την αποστασιοποίηση ή την εξάντληση, παρόλο που ορισμένα τμήματα παρουσίασαν κάπως υψηλότερες μέσες τιμές σε σχέση με άλλα. Αυτό υποδηλώνει ότι οι συναισθηματικές και σωματικές απαιτήσεις της φροντίδας ασθενών σε τελικό στάδιο μπορεί να κατανέμονται στους τομείς του νοσοκομείου πιο ισορροπημένα από ό,τι αναμενόταν, τουλάχιστον σε αυτό το δείγμα. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί επίσης να σημαίνει ότι το βάρος της φροντίδας στο τέλος της ζωής δεν περιορίζεται μόνο στην ογκολογία ή στην εντατική θεραπεία, αλλά μπορεί να

εμφανιστεί σε πολλά τμήματα όπου οι ασθενείς βιώνουν σοβαρές ασθένειες, αβεβαιότητα και υψηλές ανάγκες φροντίδας. Αυτό μπορεί να συνδεθεί με την ανασκόπηση των Dijkhoorn et al. (2021), η οποία έδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση στο προσωπικό της παρηγορητικής φροντίδας διαφέρει σημαντικά μεταξύ του περιβάλλοντος και δεν εξηγείται μόνο από τον επαγγελματικό ρόλο ή το τμήμα, αλλά και από το ευρύτερο οργανωτικό περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάκριση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι σημαντική, καθώς οι δύο επαγγελματικές ομάδες αντιμετωπίζουν διαφορετικές, αλλά εξίσου επιβαρυντικές, απαιτήσεις κατά τη φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο. Οι ιατροί επιβαρύνονται κυρίως από την ευθύνη λήψης θεραπευτικών αποφάσεων και την επικοινωνία της πρόγνωσης, ενώ οι νοσηλευτές από τη συνεχή παρουσία δίπλα στον ασθενή και την καθημερινή διαχείριση του πόνου και των αναγκών του. Οι συνθήκες αυτές μπορούν να επηρεάσουν και στις δύο ομάδες την επαγγελματική εξουθένωση, την ικανοποίηση από την εργασία και τη ΣΥΠΖ. Ωστόσο, επειδή στο δείγμα υπερίσχυε αριθμητικά το νοσηλευτικό προσωπικό, τα συνολικά συμπεράσματα αντανακλούν περισσότερο τις εμπειρίες των νοσηλευτών και δεν επιτρέπουν ασφαλή σύγκριση μεταξύ των δύο επαγγελμάτων.

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση που αναπτύσσεται όταν οι εργαζόμενοι εκτίθενται σε συνθήκες όπου υπάρχει άγχος και πίεση στο εργασιακό τους περιβάλλον, με αποτέλεσμα τη συναισθηματική και σωματική τους εξάντληση. Τα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας, και ειδικά εκείνα που αφορούν τη φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο, είναι από την φύση τους φύσεως, καθώς συνεπάγονται ο εργαζόμενος βρίσκεται σε συνεχή έκθεση στον πόνο, τον θάνατο και μεγάλο συναισθηματικό φορτίο. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν επαγγελματική εξουθένωση λόγω αυτών των συνθηκών που αντιμετωπίζουν.

Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, αντίθετα, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται και βιώνουν το εργασιακό τους περιβάλλον. Περιλαμβάνει διάφορους παράγοντες όπως είναι η ικανοποίηση από την εργασία, η υποστήριξη από τους συναδέλφους, οι συνθήκες εργασίας και οι ευκαιρίες για εξέλιξη. Από την άλλη, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο η σωματική και ψυχική υγεία επηρεάζουν την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί στην καθημερινή ζωή. Δεν περιορίζεται στην απουσία της ασθένειας, αλλά περιλαμβάνει επίσης τη γενική ευημερία και λειτουργικότητα.

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, παρατηρήθηκε ότι, αν και οι συμμετέχοντες ανέφεραν σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά την επάρκεια του προσωπικού, τις συνθήκες εργασίας και την ικανοποίηση από τον μισθό, η πλειοψηφία εξέφρασε μέτρια έως υψηλή ικανοποίηση από τη συνεργασία τους με τους συναδέλφους. Αυτό δείχνει ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο εργασίας ενδέχεται να λειτουργούν ως προστατευτικός παράγοντας έναντι του εργασιακού στρες. Ταυτόχρονα, το συνολικό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν μέτριο, με την εξάντληση να αποτελεί τη σημαντικότερη διάσταση, ενώ η ικανοποίηση από την εργασία και η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία βρισκόταν επίσης σε μέτρια επίπεδα.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες βίωναν υψηλά επίπεδα κόπωσης, τόσο πριν όσο και μετά την εργασία, καθώς και συναισθηματική εξάντληση κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Ωστόσο, πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η εργασία τους παραμένει σημαντική και ενδιαφέρουσα, που σημαίνει ότι, παρά τις αντιληπτές δυσκολίες, διατηρούν ένα αίσθημα επαγγελματικού σκοπού. Επιπλέον, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν σχετικά καλή γενική υγεία, αν και αρκετοί ανέφεραν επιδείνωση της υγείας τους σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος και ορισμένους περιορισμούς σε σωματικά απαιτητικές δραστηριότητες.

Η ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών έδειξε ότι το επαγγελματικό εξουθενωτικό σύνδρομο συσχετιζόταν αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία και με τη σωματική και ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα, η εξάντληση συσχετιζόταν έντονα με την επιδείνωση της ψυχικής υγείας, ενώ η ικανοποίηση από την εργασία συσχετιζόταν θετικά με την ψυχική ευεξία. Παράλληλα, η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι το μοντέλο με ανεξάρτητες μεταβλητές την επαγγελματική εξουθένωση και την εργασιακή ικανοποίηση προβλέπει στατιστικά σημαντικά την ψυχική υγεία. Ωστόσο, μόνο η επαγγελματική εξουθένωση αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικός αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν τη στενή σχέση μεταξύ των συνθηκών εργασίας, του ψυχολογικού φορτίου και της συνολικής υγείας.

Συνολικά, η μελέτη δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο έχουν ένα απαιτητικό αλλά ουσιαστικό εργασιακό περιβάλλον, όπου τα μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συνυπάρχουν με μέτρια επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία.

5.1. Προτάσεις Δημόσιας Υγείας

Οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας είναι σκόπιμο να προσαρμόζονται στις διαφορετικές ανάγκες των ιατρών και των νοσηλευτών. Για τους ιατρούς απαιτούνται δράσεις που υποστηρίζουν τη διαχείριση δύσκολων κλινικών αποφάσεων, την επικοινωνία με τις οικογένειες και την αποφόρτιση από την ευθύνη της φροντίδας στο τέλος της ζωής. Για τους νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα σημαντική η επαρκής στελέχωση, η ορθολογική κατανομή των βαρδιών και η συστηματική υποστήριξη απέναντι στη συνεχή σωματική και συναισθηματική επιβάρυνση. Παράλληλα, κοινές δράσεις ψυχολογικής υποστήριξης, διεπιστημονικής συνεργασίας και παρακολούθησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και της ΣΥΠΖ μπορούν να ενισχύσουν συνολικά την ευημερία και των δύο επαγγελματικών ομάδων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν την ανάγκη να γίνουν στοχευμένες παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο και στο επίπεδο της δημόσιας υγείας. Πρώτον, η ενίσχυση του προσωπικού είναι απαραίτητη, καθώς οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ανεπάρκεια προσωπικού. Η επαρκής στελέχωση μπορεί να μειώσει τον φόρτο εργασίας, να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας και να αποτρέψει την υπερβολική κόπωση των εργαζομένων. Δεύτερον, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και των υποδομών είναι σημαντική, καθώς τα μέτρια επίπεδα ικανοποίησης καταδεικνύουν ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης. Η εξασφάλιση ότι υπάρχει επαρκής εξοπλισμός, η ασφάλεια του περιβάλλοντος και οι κατάλληλες συνθήκες υγιεινής μπορούν να βελτιώσουν τόσο την ευημερία των εργαζομένων όσο και την ποιότητα της φροντίδας. Τρίτον, χρειάζεται να δοθεί προσοχή στην ικανοποίηση από τις μισθολογικές αποδοχές και στη δίκαιη αμοιβή, καθώς η χαμηλή ικανοποίηση από το εισόδημα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την παρακίνηση και τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία. Επιπλέον, η ενίσχυση των συστημάτων υποστήριξης στον χώρο εργασίας είναι απαραίτητη. Ο θετικός ρόλος της συνεργασίας μεταξύ των συναδέλφων δείχνει ότι οι ομαδικές προσεγγίσεις, η υποστήριξη από τρίτους και η αποτελεσματική επικοινωνία μπορούν να λειτουργήσουν ως προστατευτικοί παράγοντες κατά της επαγγελματικής εξουθένωσης. Προγράμματα εκπαίδευσης που εστιάζουν στην συναισθηματική ανθεκτικότητα, τη διαχείριση του στρες και τις στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί επίσης να είναι ωφέλιμα. Τέλος, υπηρεσίες υποστήριξης ψυχικής υγείας οφείλουν να είναι διαθέσιμες για τους επαγγελματίες υγείας, ειδικά για όσους εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλού στρες, όπως η φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο ζωής. Η τακτική ψυχολογική υποστήριξη, η εποπτεία και οι ευκαιρίες για προσωπικό αναστοχασμό,

μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση του συναισθηματικού φορτίου και στη βελτίωση της συνολικής ευημερίας.

5.2.Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να στοχεύουν στην περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση, την ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Προτείνεται η διεξαγωγή μελετών με μεγαλύτερα και πιο ποικιλόμορφα δείγματα, προκειμένου να βελτιωθεί η γενικευσιμότητα των ευρημάτων. Επιπλέον, μελλοντικές μελέτες μπορούν να περιλαμβάνουν τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές μεθόδους, με σκοπό να κατανοήσουν βαθύτερα τα βιώματα προσωπικών εμπειριών, των συναισθηματικών προκλήσεων και των μηχανισμών αντιμετώπισης. Τα ποιοτικά δεδομένα, όπως οι συνεντεύξεις, μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες που δεν συλλέγονται μόνο μέσω ερωτηματολογίων. Θα ήταν επίσης χρήσιμο να εξεταστούν επιπλέον μεταβλητές, όπως η οργανωτική κουλτούρα, το στυλ ηγεσίας και η ψυχολογική ανθεκτικότητα, προκειμένου να γίνει καλύτερα κατανοητός ο ρόλος τους στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Διαχρονικές μελέτες θα μπορούσαν να διερευνήσουν περαιτέρω τον τρόπο με τον οποίο η επαγγελματική εξουθένωση και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου. Τέλος, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας συγκεκριμένων παρεμβάσεων, όπως για παράδειγμα τα προγράμματα διαχείρισης του στρες ή οι οργανωτικές αλλαγές, στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και στη βελτίωση της επαγγελματικής ευημερίας.

5.3.Περιορισμοί έρευνας

Ωστόσο, κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης οφείλουν να ληφθούν υπόψη ορισμένοι περιορισμοί. Πρώτον, το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά μικρό και περιοριζόταν σε μια συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας, που να επηρεάζει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Δεύτερον, η μελέτη διεξήχθη σε ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό και οργανωτικό πλαίσιο και, επομένως, τα αποτελέσματα ενδέχεται να μην αντιπροσωπεύουν πλήρως άλλα εργασιακά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Τρίτον, η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς ενδέχεται να δημιουργήσει προκατάληψη, καθώς οι συμμετέχοντες πιθανώς να απάντησαν υποκειμενικά ή να επηρεάστηκαν από την κοινωνική

επιθυμητότητα των απαντήσεων. Τέλος, ο διατομεακός σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αιτιότητα, αλλά μόνο τον προσδιορισμό συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η μελέτη προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τη σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, ικανοποίησης από την εργασία και ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, και επισημαίνει την σημασία της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας και των συστημάτων υποστήριξης στα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Βιβλιογραφία

Ξενογλώσση

- Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E. (2005). Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(8), 1959–1965. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-3866-8>
- Baek, E. K., & Choi, E. J. (2015). Terminal care stress, job satisfaction and terminal care performance for nurses in internal medicine wards. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 18(4), 267-275. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2015.18.4.267>
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>
- Bally, E. L. S., Korenhof, S. A., Ye, L., van Grieken, A., Tan, S. S., Mattace-Raso, F., Procaccini, E., Alhambra-Borrás, T., & Raat, H. (2024). Factors associated with health-related quality of life among community-dwelling older adults: The APPCARE study. *Scientific Reports*, 14(1), 14351. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-64539-x>
- Batura, N., Skordis-Worrall, J., Thapa, R., Basnyat, R., & Morrison, J. (2016). Is the Job Satisfaction Survey a good tool to measure job satisfaction amongst health workers in Nepal? Results of a validation analysis. *BMC health services research*, 16, 308. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1558-4>
- Bender, K. A., Donohue, S. M. and Heywood, J. S. (2005). Job Satisfaction and Gender Segregation. *Oxford Economic Papers*, 57(3).
- Benson, H. B., Rosner, A.B., Marzetta, R., & Klemchuk, H.P. (1974). Decreased blood pressure in borderline hypertensive subjects who practised meditation, *Journal of Chronic Disease*, 26, 163-169.

- Binda F, Clari M, Nicolò G, Gambazza S, Sappa B, Bosco P, Laquintana D. (2021). Quality of dying in hospital general wards: a cross-sectional study about the end-of-life care. *BMC Palliat Care*. 20(1):153. DOI: 10.1186/s12904-021-00862-8.
- Bloom, B.L. (1978) 'Social indicators and health care policy', *Second national needs Assessment Conference*.
- Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout Syndrome among Healthcare Professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75, 147-152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Brooks R. (1996) EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 37(1):53-72. DOI: 10.1016/0168-8510(96)00822-6.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). Oxford University Press.
- Buonomo, I., Santoro, P. E., Benevene, P., Borrelli, I., Angelini, G., Fiorilli, C., Gualano, M. R., & Moscato, U. (2022). Buffering the Effects of Burnout on Healthcare Professionals' Health—The Mediating Role of Compassionate Relationships at Work in the COVID Era. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 8966. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158966>
- Burnett, H. J. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17(1), 318-326. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000165>
- Canadian Medical Association (2020). Compassion fatigue: Signs, symptoms, and how to cope. *Canadian Medical Association*. <https://www.cma.ca/physician-wellness-hub/content/compassion-fatigue-signs-symptoms-and-how-cope>.
- Canova-Barrios, C., & Oviedo-Santamaría, P. (2021). Health-related quality of life among intensive care unit workers. *Enfermería Intensiva (English Edition)*, 32(4), 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.11.002>
- Cella, D. F. (1994). Quality of Life: Concepts and Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186-192.
- Chen, C., & Chen, J. (2024). Subjective rather than objective patient death experiences link with physicians' and nurses' professional quality of life. *BMC nursing*, 23(1), 41.
- Cheon, J. (2025). End-of-Life Care Stress, Attitudes Toward End-of-Life Care, and End-of-Life Care Performance as Predictors of Job Satisfaction Among Nurses Working in

- Hospitals in South Korea. *Healthcare*, 13(23), 3179.
<https://doi.org/10.3390/healthcare13233179>
- Crape, B., Akhmetniyaz, P., Akhmetova, M., Foster, F., Dauey, K., Clementi, A., & Toleubekova, L. (2025). Behind the care: emotional struggles, burnout, and denial in kazakhstan's professional palliative care workforce. *BMC palliative care*, 24(1), 161.
<https://doi.org/10.1186/s12904-025-01798-z>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- De Araújo, M. M. T., Da Silva, M. J. P., & Francisco, M. C. P. B. (2004). Nursing the dying: Essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review*, 51(3), 149-158. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00225.x>
- De Hert S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*. 13:171-183. DOI: 10.2147/LRA.S240564.
- De Lira, C. R. N., Akutsu, R. de C., Costa, P. R. de F., Leite, L. de O., da Silva, K. B. B., Botelho, R. B. A., Raposo, A., Han, H., Ariza-Montes, A., Araya-Castillo, L., & Zandonadi, R. P. (2021). Occupational Risks in Hospitals, Quality of Life, and Quality of Work Life: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11434. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111434>
- Delgado, N., Delgado, J., Betancort, M., Bonache, H., & Harris, L. T. (2023). What is the Link Between Different Components of Empathy and Burnout in Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 447–463. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S384247>
- Demerouti E, Bakker BA. (2008). *The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement*. In: Halbesleben J (ed.), *Handbook of stress and burnout in health care*. Nova Science Publishers New York, 65-78.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.
- Dev, V., Fernando, A. T., III, & Consedine, N. S. (2020). Self-compassion as a stress moderator: A cross-sectional study of 1,700 doctors, nurses, and medical students. *Mindfulness*, 11(5), 1170–1181. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01325-6>
- Di Lorenzo, R., Incerti, M., Bandiera, G. R., Biral, C., Cavana, S., Di Santo, L., Mele, G., Vanni, C., Rovesti, S., & Ferri, P. (2025). Quality of professional life and empathy of

- healthcare workers in an emergency department of general hospital: A cross-sectional study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 18, 3853–3873.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S534164>
- Dima, E. (2025). The Impact of burnout in healthcare professionals on patient care quality: A review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 25(02).
<https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.25.2.0633>
- Duangchan, C., & Matthews, A. K. (2021). Application of Ferrans et al.'s conceptual model of health-related quality of life: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, 44(3), 490–512. <https://doi.org/10.1002/nur.22120>
- Dyrbye, L., Shanafelt, T., Sinsky, C., Cipriano, P., Bhatt, J., Ommaya, A., West, C. & Meyers, D. (2017). Burnout Among Health Care Professionals A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. *National Academy of Medicine*.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.
- Evans, L. (1999). *Managing to motivate. A guide for school leaders. Management and Leadership in Education*. London: Cassell.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 37(4), 336–342.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203777381>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galiana, L., Sansó, N., Muñoz-Martínez, I., Vidal-Blanco, G., Oliver, A., & Larkin, P. J. (2022). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Mediating Role of Self-Compassion in the Prediction of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Burnout and Wellbeing. *Journal of pain and symptom management*, 63(1), 112–123.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.004>

- Ghazwani, E. Y. (2022) Prevalence and Determinants of Burnout Among Palliative Care Clinicians in Saudi Arabia. *Front. Public Health*.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.834407>
- Gill, T.M. & Feinstein, A.R. (1994). Quality of life measurements: A critical appraisal. *JAMA*, 272(8): 619-626.
- Goldberg, D.P. and Hillier, V.F. (1979) 'A scaled version of the General Health Questionnaire', *Psychological Medicine*, 9(1), pp. 139–145.
- Hackman, J.R., Oldham, G.R., Janson, R., and Purdy, K.A. (1974). *A new strategy for job enrichment*, Technical Report No.3, Department of Administrative Sciences, Yale University.
- Hahm, S. Y., Gu, M. & Sok, S. (2024). Influences of communication ability, organizational intimacy, and trust among colleagues on job satisfaction of nurses in comprehensive nursing care service units. *Front. Public Health, Sec. Occupational Health and Safety*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1354972>
- Harinath, G., Zalzal, S., Nyquist, A., Wouters, M., Isman, A., Moel, M., Verdin, E., Kaeberlein, M., Kennedy, B., & Bischof, E. (2024). The role of quality of life data as an endpoint for collecting real-world evidence within geroscience clinical trials. *Ageing Research Reviews*, 97, 102293. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102293>
- Herzberg, F.I. (1987). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 65(5).
- Hewstone, M., & Stroebe, W. (2001). *Introduction to social psychology: A European perspective* (3rd ed.). Blackwell Publishing.
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F. et al. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health* 94, 1345–1352 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>
- Jewell, L.N. (1998). *Contemporary Industrial/Organizational Psychology*. Brooks Cole.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–120.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>
- Judge, T.A., Parker, S. K., Colbert, A. E. and Heller, D. (2002). *Job satisfaction: A cross-cultural review Job satisfaction: A cross-cultural review*. In: N. Anderson, D. S. Ones, H. K. Sinangil, & C. Viswesvaran, *Handbook of industrial, work and organizational psychology*, Vol. 2 Organizational psychology. Sage Publications.

- Jung, H. M., & Kim, H. Y. (2020). A health-related quality of life model for patients undergoing haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3–4), 613–625.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15113>
- Kaliski, B.S. (2007). *Encyclopedia of Business and Finance*. Second Edition, Thompson Gale, Detroit, 446.
- Kang, J., Choi, E. K., Seo, M., Ahn, G. S., Park, H. Y., Hong, J., ... & Park, H. Y. (2021). Care for critically and terminally ill patients and moral distress of physicians and nurses in tertiary hospitals in South Korea: a qualitative study. *Plos one*, 16(12), e0260343.
- Kaplan, R.M., Bush, J.W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1, 61-80.
- Karaferis, D., Aletras, V., & Niakas, D. (2022). Job satisfaction and associated factors in Greek public hospitals. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 93(5), e2022230.
<https://doi.org/10.23750/abm.v93i5.13095>
- Karimi, M., Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmaco Economics* 34, 645–649.
<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Karnofsky, D.A. and Burchenal, J.H. (1949) The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In: MacLeod, C.M., Ed., *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*, Columbia University Press, New York, 196-196.
- Kielhorn, A. & Graf von der Schulenburg, J.M. (2000). *The Health Economics Handbook*. Adis International. ISBN 10: 1898970440.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., & Tountas, Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and quality of life outcomes*, 5, 55.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-55>
- Koo, M., & Yang, S.-W. (2025). Questionnaire Use and Development in Health Research. *Encyclopedia*, 5(2), 65. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5020065>
- Köveroová, Miroslava. (2018). *Compassion satisfaction, compassion fatigue and personality traits in Slovak helping professionals*. In book: *Psychology Applications & Developments IV* (pp.43-56) Chapter: 5. Publisher: In Science Press, Rua Tomás Ribeiro, 45, 1ºD, 1050-225 Lisboa, Portugal

- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 438-449.
- Lamiani, G., Dordoni, P., Vegni, E., & Barajon, I. (2020). Caring for critically ill patients: Clinicians' empathy promotes job satisfaction and does not predict moral distress. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 2902. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02902>
- Laserna Jiménez, C., Casado Montañés, I., Carol, M., Guix- Comellas, E. M., & Fabrellas, N. (2022). Quality of professional life of primary healthcare nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9–10), 1097–1112. <https://doi.org/10.1111/jocn.16015>
- Leo CG, Sabina S, Tumolo MR, Bodini A, Ponzini G, Sabato E and Mincarone P (2021). Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature. *Front. Public Health* 9:750529. DOI: 10.3389/fpubh.2021.750529
- Lepold, A., Tanzer, N., Bregenzer, A., Jiménez, P. (2018). The Efficient Measurement of Job Satisfaction: Facet-Items versus Facet Scales. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1362. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071362>
- Lin H, Tan S, Huang Y, Duan H, Li Y, Hao Y. (2025). Navigating goals of care discussion in palliative care: A qualitative study applying Bourdieu's theory of practice. *Palliative Care and Social Practice*, 19. DOI: 10.1177/26323524251400803.
- Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine*, 4, 2050312116671725. <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>
- Liu, Y., Aungsuroch, Y., Yunibhand, J. (2016). Job satisfaction in nursing, *Int Nurs Rev*, 63, 84-91. <https://doi.org/10.1111/inr.12215>
- Locke, E.A. (1976). *The nature and consequences of job satisfaction*, In Dunnette MD (ed), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Rand McNally Inc, Chicago, 1297-1343.
- Macuka I, Tucak Junaković I. A (2021). Cross-Sectional Study of Job Satisfaction and Intention to Leave Job in Palliative Care in Croatia. *Journal of Palliative Care*. 40(4):297-305. DOI:10.1177/08258597211046704
- Malfa, C. S., Karaivazoglou, K., Assimakopoulos, K., Gourzis, P., & Vantarakis, A. (2021). Psychological distress and health-related quality of life in public sector personnel.

- International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4), Article 1865. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041865>
- Marcano Belisario, J. S., Jamsek, J., Huckvale, K., O'Donoghue, J., Morrison, C. P., & Car, J. (2015). Comparison of self-administered survey questionnaire responses collected using mobile apps versus other methods. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(7), MR000042. <https://doi.org/10.1002/14651858.MR000042.pub2>
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory (manual)*. 2nd ed. Palo Alto. Consulting Psychologists Press, California.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the Burnout Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Metle, M.K., & Alali, A.A. (2018). Gender Disparity and Its Impact On Job Satisfaction: A Comparative Field Study. *Business Studies Journal*, 10 (1).
- Mitra, L. G., Sharma, J., & Walia, H. S. (2024). Improving Work–life Balance and Satisfaction to Improve Patient Care. *Indian Journal of Critical Care Medicine*: Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine, 28(4), 326–328. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24689>
- Molebatsi, K., Musindo, O., & Olashore, A. A. (2024). Burnout and associated factors among nurses in psychiatric and general tertiary hospitals in Botswana: A cross-sectional study. *Sage Open Medicine*, 12. <https://doi.org/10.1177/20503121241272636>
- Montgomery A, Panagopoulou E, Esmail A, Richards T, Maslach C. (2019). Burnout in healthcare: the case for Organisational change BMJ. 366: l4774 DOI:10.1136/bmj.l4774
- Morris, J. (1975) *Uses of Epidemiology era*. London: Churchill Livingstone.
- Mulugeta, H., Sinclair, P. M., & Wilson, A. (2023). Health-related quality of life and its influencing factors among people with heart failure in Ethiopia: Using the revised Wilson and Cleary model. *Scientific Reports*, 13(1), 20241. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47567-x>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). The assessment of reliability. In *Psychometric theory* (3rd ed., pp. 248–292). McGraw-Hill.

- O' Brien, J. & Canning, C. (2024). The Prevalence of Burnout in Healthcare Workers Presenting to Occupational Health. *Official Journal of the Irish Medical Organization*, 117 (10).
- Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C., & Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0818-2>
- Oken, M.M. et al. (1982) 'Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group', *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), pp. 649–655.
- Olsson, M., Björkelund, A. J., Sandberg, J., Blomberg, A., Börjesson, M., Currow, D., Malinovschi, A., Sköld, M., Wollmer, P., Torén, K., Östgren, C.-J., Engström, G., & Ekström, M. (2023). Factors important for health-related quality of life in men and women: The population based SCAPIS study. *PLOS ONE*, 18(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294030>
- Oyama, Y., & Fukahori, H. (2015). A literature review of factors related to hospital nurses' health-related quality of life. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 661–673. <https://doi.org/10.1111/jonm.12194>
- Pahwa, M., Cavanagh, A., & Vanstone, M. (2023). Key informants in applied qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 33(14), 1251–1261. <https://doi.org/10.1177/10497323231198796>
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(5), 1433–1438. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-6014-y>
- Parsons, T. (1979). *Definitions of health and illness in the light of the American values and social structure*. London: Collier – McMillan.
- Patrick, B., Erickson, P.D. (1993) *Health Status and Health Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Pattison, N., Droney, J., & Gruber, P. (2019). Burnout: Caring for critically ill and end-of-life patients with cancer. *Nursing in Critical Care*, 24(5), 273-281.
- Pines A, Aronson E. (1983). Combating Burnout. *Children and Youth Services Review*, 5(3):263-275.

- Rabiee, A., Ximenes, R. O., Nikayin, S., Hickner, A., Juthani, P., Rosen, R. H., & GarciaTsao, G. (2021). Factors associated with health-related quality of life in patients with cirrhosis: A systematic review. *Liver International*, 41(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/liv.14680>
- Raijmakers, N., Leget, C., van der Linden, Y., Brom, L., & Dijxhoorn, A.-F. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6–26. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
- Reis, D., Xanthopoulou, D., & Tsousis, I. (2015). Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burnout Research*, 2(1), 8–18.
- Rome R.B, Luminais H.H, Bourgeois D.A, Blais C.M. (2011). The role of palliative care at the end of life. *Ochsner Journal*, 11(4):348-52. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3241069/>
- Ryu, I. S., & Shim, J. L. (2022). The relationship between compassion satisfaction and fatigue with shift nurses' patient safety-related activities. *Iranian Journal of Public Health*, 51(12), 2724-2732. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i12.11463>
- Saunders, R., Glass, C., Seaman, K., Gullick, K., Andrew, J., Wilkinson, A. & Davray, A. (2021) Clinical staff perceptions on the quality of end-of-life care in an Australian acute private hospital: a cross-sectional survey. *Australian Health Review*, 45 (6). 771–777. <https://doi.org/10.1071/AH20329>
- Schaufeli, W. B. (2017). *Burnout: A short socio-cultural history*. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_5
- Schwarzkopf, D., Bloos, F., Meißner, W., Rüddel, H., Thomas-Rüddel, D. O., & Wedding, U. (2024). Perceptions of Quality of Interprofessional Collaboration, Staff Well-Being and Nonbeneficial Treatment: A Comparison between Nurses and Physicians in Intensive and Palliative Care. *Healthcare*, 12(6), 602. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060602>
- Selič-Zupančič, P., Klemenc-Ketiš, Z., & Onuk Tement, S. (2023). The Impact of Psychological Interventions with Elements of Mindfulness on Burnout and Well-Being

- in Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 1821–1831. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S398552>
- Seo, N. R., & Yeom, H. E. (2023). Factors Affecting Psychological Burnout in Nurses Caring for Terminal Cancer Patients. *Journal of Hospice & Palliative Care*, 25(2), 101-109. DOI: 10.14475/jhpc.2022.25.4.159
- Setia M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian journal of dermatology*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>
- Sibuea, Z. M., Sulastiana, M., & Fitriana, E. (2024). Factor Affecting the Quality of Work Life Among Nurses: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 491–503. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S446459>
- Smith, P.E., Kendall, L., & Hulin, C.L. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement*. Rand McNally, Chicago.
- Somasundaram, N., Ibrahim, H., Govindasamy, R. et al. Caring for terminally ill patients: the impact on oncologists. *BMC Palliat Care* 23, 231 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01562-9>
- Son, Y.-J., Baek, K.-H., Lee, S. J., & Seo, E. J. (2019). Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Patients with Atrial Fibrillation: An Integrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), Article 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173042>
- Spector, P., E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA.: Sage, 23–54.
- Tamene, F. B., Mihiretie, E. A., Dagnaw, F. N., Gubae, K., Tafesse, F. A., & Wondm, S. A. (2024). Health-related quality of life and associated factors among health care providers in the northwest of Ethiopia: A multicenter cross-sectional study, 2023. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1357856. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1357856>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Timmermann C. (2013). 'Just give me the best quality of life questionnaire': the Karnofsky scale and the history of quality of life measurements in cancer trials. *Chronic illness*, 9(3), 179–190. <https://doi.org/10.1177/1742395312466903>

- Tsolakidou, A., Fouskas, T., Koulirakis, G., & Liarigkovinou, A. (2024). Unravelling the effects of burnout on mental health nurses: a qualitative approach. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 44(11-12), 1040-1059.
- Tsounis, A. and Sarafis, P. (2016). Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης: θεωρητικές προσεγγίσεις και αποτελέσματα στην εργασιακή απόδοση, *Interscientific Health Care*, 8.
- Tsounis, A., & Sarafis, P. (2018). Validity and reliability of the Greek translation of the Job Satisfaction Survey (JSS). *BMC psychology*, 6(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0241-4>
- Vachon, M. L. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9(2), 91-122. DOI: 10.1177/026921639500900202.
- Vamvakas, E., Kontogeorgou, I., Ntaountaki, A., Karkouli, G., Pisimisi, E., Karampekiou, E., Politis, E., Moskofi, I., Konitopoulos, D., Dokoutsidou, E., Grigoropoulou, M., Theodorakopoulou, M., & Armaganidis, A. (2022). Occupational stress and quality of life among health professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Critical Care Medicine*, 8(3), 182–192. <https://doi.org/10.2478/jccm-2022-0012>
- Van Saane N, Sluiter JK, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction--a systematic review. *Occup Med (Lond)*, 53(3):191-200. DOI: 10.1093/occmed/kqg038. PMID: 12724553.
- Voltmer, E., Rosta, J., Kösllich-Strumann, S., & Goetz, K. (2024). Job satisfaction and work stress among physicians in Norway and Germany—A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 19(1), Article e0296703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296703>
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Ware, J. E., Jr, & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473–483.
- Warr, P., Cook, J., and Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological wellbeing. *Journal of occupation psychology*, 52.
- Wee, C. C., Davis, R. B., & Hamel, M. B. (2008). Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. *Health and quality of life outcomes*, 6, 11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-11>

- Wen, Z., Wu, S., Bai, L., Jintao, X., Zhao, Y., Fang, J., & Abdirizak Jama, H. (2024). Effects of work-family conflict, social support and burnout on job satisfaction among primary care physicians in Huaihai economic zone. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1439636. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1439636>
- World Health Organization (2014) WHOQOL: measuring quality of life. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization (2026) WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases (ICD-11). <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Yertas, M. (2024). The Role of Training and Continuous Development in Improving Employee Productivity and its Impact on Company Financial Performance. *Atestasi: Jurnal Ilmiah Akuntansi*, 7(2), 1362–1379. <https://doi.org/10.57178/atestasi.v7i2.1047>
- Young, K. J., & Longman, A. J. (1983). Quality of life and persons with melanoma. *Cancer Nursing*, 6(3).
- Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine*, Baltimore. 97(26). DOI: 10.1097/MD.00000000000011086
- Zhang, Y., Jiang, J., Zhu, C. et al. Status and related factors of burnout among palliative nurses in China: a cross-sectional study. *BMC Nurs* 21, 313 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01083-x>
- Zheng, Ruishuang MSN, RN, Guo, Qiaohong PhD, Dong, Fengqi RN, Gao, Li MSN, RN. (2022). Death Self-efficacy, Attitudes Toward Death and Burnout Among Oncology Nurses: A Multicenter Cross-sectional Study. *Cancer Nursing*, 45(2). DOI: 10.1097/NCC.0000000000000839.
- Zrineh, A., Al-Usta, M., & Alwawi, A. (2026). Sampling Methods and Sample Size Determination in Clinical Research: An Educational Review. *Journal of general and family medicine*, 27(1), e70096. <https://doi.org/10.1002/jgf2.70096>

Ελληνόγλωσση

- Γείτονα, Μ., Σκουρολιάκου, Μ, Κυριόπουλος, Γ. (1996). *Φαρμακοοικονομία: Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης*. Εξάντας, Αθήνα.
- Ζαβλανός, Μ. (2002). *Οργανωτική συμπεριφορά*. Αθήνα: Σταμούλης.
- Θεοδωροπούλου, Ε., Καρτερολιώτης, Κ., Νάσσης, Γ., Κοσκολού, Μ., Γελαδάς, Ν., (2012). Μέθοδοι εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. *Κινησιολογία*. Τομ. 5, σελ. 58-66.
- Κάβουρα, Μ., Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. (2003). *Ποιότητα Ζωής*. Ιατρικό τμήμα Janssen- Cilag, Αθήνα.
- Καντάς, Α. (2010). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαγγούλια, Π. (2011). *Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές* (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών). Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/26088>
- Μπατιού, Β. (2009). Η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Εφαρμογή της βάσει της Θεωρίας Υγιεινής και Παρακίνησης του Frederick Herzberg. Το Παράδειγμα του Δημοσίου Τομέα - Ι.Κ.Α., Ο.Α.Ε.Δ., Σ.Ε.Ε. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Μπελλάλη Ν. (2014). Θέματα υγείας στα καταστήματα κράτησης: η περίπτωση διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 7(3):6-16.
- Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ, Θεωρητικό υπόβαθρο. Σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Παΐλας, Κ. (2024). Οι συνέπειες του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους εργαζομένους των υπηρεσιών υγείας και οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 23, Τεύχος 3.
- Παπαδόπουλος, Α., Οικονομάκης, Ε., Κοντοδημόπουλος, Κ., Φρυδάς, Α., Νιάκας Δ (2007). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τομ. 24, σελ. 66-74.
- Σαρρής Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σερέτη, Ο., & Κουλιεράκης, Γ. (2014). Κινητικότητα και επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο ελληνικά νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 53(3):289-299.
- Τσαχάκη, Ε. (2026). Πυραμίδα αναγκών κατά Maslow: πώς σχετίζεται με τη διατροφή;. <https://tsachaki.gr/wellbeing/theoria-anagkon-maslow-kai-diatrofi/>

- Τσιμπερίδου, Β. (2025). *Διερεύνηση των επιδράσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στην επαγγελματική και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία στη Βόρεια Ελλάδα*. ΕΑΠ, Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας.
- Τσολακίδου, Α., Φούσκας, Θ., Κουλιεράκης, Γ., & Λιαριγκοβινού, Α. (2024). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας και επαγγελματική εξουθένωση: Διερεύνηση των επιδράσεων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στην ψυχοσωματική υγεία, στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα ψυχικής υγείας. *Νοσηλευτική*, 63(4): 125-133 <https://hjn.gr/hjn/article/view/762/703>
- Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 279–287.
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 6–18.
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18, 218–229.

Παράρτημα Α: «Ερωτηματολόγιο»

Ενημέρωση-Συγκατάθεση για συμμετοχή σε έρευνα

Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς τελικού σταδίου στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, στην επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ιατρών και νοσηλευτών σε νοσοκομειακά Τμήματα της Πάτρας

Στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, διεξάγεται μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς τελικού σταδίου στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, στην επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ιατρών και νοσηλευτών σε νοσοκομειακά Τμήματα της Πάτρας. Επιστημονικός Υπεύθυνος είναι ο Αναπληρωτής Καθηγητής Φούσκας Θεόδωρος και κύρια ερευνήτρια η μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ουρανία Μπούμπαλη.

Η έρευνα απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας ιατρούς και νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται με ασθενείς τελικού σταδίου στο χώρο των νοσοκομείων. Επιμέρους στόχοι της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σε αυτούς τους επαγγελματίες υγείας, η εκτίμηση των ενδεχόμενων επιδράσεων του συνδρόμου στην επαγγελματική ικανοποίηση και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομειακά Τμήματα της Πάτρας.

Η δική σας συμβολή στην έρευνα αφορά στην απάντηση μιας σειράς ερωτήσεων αναφορικά με τις εμπειρίες ή/και απόψεις σας σε θέματα σχετικά με τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας. Όλες οι απαντήσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της μελέτης.

• Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή να αποχωρήσετε από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή, ακόμα και αν αρχικά είχατε δώσει τη συγκατάθεσή σας, χωρίς καμιά εξήγηση και χωρίς καμιά συνέπεια ή κύρωση.

• Αν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στην έρευνα, είναι απαραίτητο να συμπληρώσετε το παρακάτω ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση του διαρκεί περίπου 10-15 λεπτά. Μπορείτε να ζητήσετε διευκρινήσεις αναφορικά με το σκοπό ή το περιεχόμενο οποιασδήποτε ερώτησης.

• Η παρούσα μελέτη συμμορφώνεται πλήρως με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (GDPR). Ως εκ τούτου, οι απαντήσεις είναι ανώνυμες, τα δεδομένα θα συλλεχθούν κατόπιν συγκατάθεσης σας, θα αποθηκευτούν με χρήση κωδικού ασφαλείας και θα υποβληθούν σε επεξεργασία αποκλειστικά για σκοπούς επιστημονικής έρευνας. Σε περίπτωση που υπάρξει δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής, δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που αποκαλύπτουν την ταυτότητα των συμμετεχόντων.

• Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι από τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή.

• Λαμβάνοντας μέρος στην παρούσα μελέτη, ενδεχομένως να μην προκύπτουν άμεσα οφέλη για εσάς. Με τις πληροφορίες όμως που θα παρέχετε στο πλαίσιο της συμμετοχής σας στην έρευνα αυτή, θα συμβάλετε στην προσπάθεια συλλογής επιστημονικά τεκμηριωμένων δεδομένων τα οποία πιθανώς στο μέλλον να αξιοποιηθούν για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας και για τη βελτίωση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία.

Η συμπλήρωση και υποβολή του ερωτηματολογίου αποτελούν και συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα. Για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις σχετικά με την έρευνα αυτή μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια στην ηλεκτρονική διεύθυνση std166524@ac.eap.gr. Για τυχόν παράπονα σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Επιστημονικό Υπεύθυνο (fouskas.theodoros@ac.eap.gr).

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη συνεργασία σας.

Επιλέγοντας "Συμφωνώ" επιβεβαιώνετε ότι έχετε διαβάσει, κατανοήσετε και αποδέχεστε όλες τις παραπάνω πληροφορίες, είστε άνω των 18 ετών και ότι συμφωνείτε να συμμετάσχετε εθελοντικά στην παρούσα έρευνα

Συμφωνώ ☐

A. Δημογραφικά, ατομικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο Απαιτείται απάντηση. Μία επιλογή.
☐ Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Άλλο/ Δεν απαντώ
2. Ηλικία (έτη): Απαιτείται απάντηση. Μία επιλογή.
☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 61+
3. Οικογενειακή κατάσταση: Απαιτείται απάντηση. Μία επιλογή.
☐ Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση ☐ Χήρος/α ☐ Συμβίωση
4. Αριθμός παιδιών: Απαιτείται απάντηση. Μία επιλογή.
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4+
5. Υπάρχουν άτομα στο σπίτι που χρειάζονται ειδική φροντίδα;
☐ Ναι ☐ Όχι
6. Εκπαιδευτικό υπόβαθρο
☐ Απόφοιτος/η Λυκείου ☐ Απόφοιτος/η ΙΕΚ ☐ Απόφοιτος/η ΤΕΙ ☐ Απόφοιτος/η ΑΕΙ ☐ Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος ☐ Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος
7. Πόσο είναι το επάγγελμά σας;
☐ Ιατρός ☐ Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια
8. Εργάζεστε σε δημόσιο νοσοκομείο στην Πάτρα;
☐ Ναι
9. Εργάζεστε ή έχετε εργαστεί στο παρελθόν με ασθενείς τελικού σταδίου;
☐ Ναι
10. Ποιος είναι ο αριθμός των ασθενών τελικού σταδίου που φροντίζετε καθημερινά;
☐ 1-3 ☐ 4-7 ☐ 8 και άνω
11. Πόσο καιρό εργάζεστε με ασθενείς τελικού σταδίου;
☐ 1-4 έτη ☐ 5-9 έτη ☐ 10-14 έτη ☐ 15-19 έτη ☐ 20-24 έτη ☐ 25-29 έτη ☐ 30-34 έτη ☐ 35-41 έτη
12. Σε ποιον τομέα εργάζεστε;
☐ Αιματολογικό – Βραχεία ☐ Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας/ Εντατικής νοσηλείας ☐ Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών ☐ Ογκολογικό – Ημερήσια Νοσηλεία ☐ Παθολογικό ☐ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ☐ Χειρουργικό ☐ Άλλο _____
13. Πόσο καιρό εργάζεστε στο νοσοκομείο;
☐ 1-4 έτη ☐ 5-9 έτη ☐ 10-14 έτη ☐ 15-19 έτη ☐ 20-24 έτη ☐ 25-29 έτη ☐ 30-34 έτη ☐ 35-41 έτη

- ☐ Από τυχαία επιλογή
☐ Άλλο

15. Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμά σας: (συμπληρώστε την απάντηση σας)
☐ 1-4 έτη ☐ 5-9 έτη ☐ 10-14 έτη ☐ 15-19 έτη ☐ 20-24 έτη ☐ 25-29 έτη ☐ 30-34 έτη ☐ 35-41 έτη
16. Μορφή απασχόλησης
☐ Πλήρης απασχόληση ☐ Μερική απασχόληση
17. Σύμβαση εργασίας.
☐ Μόνιμος δημόσιος υπάλληλος ☐ Σύμβαση αορίστου χρόνου ☐ Σύμβαση ορισμένου χρόνου
18. Ωράριο εργασίας.
☐ Πρωινό ☐ Κυκλικό ☐ Άλλο
19. Σε ποια βάρδια εργάζεστε;
☐ Πρωινή ☐ Απογευματινή ☐ Βραδινή ☐ Κυκλική ☐ Εφημερία 24 ώρες ☐ Εφημερία 48 ώρες
20. Αριθμός βαρδιών ανά μήνα.
☐ 0 ☐ 1-4 ☐ 4-8 ☐ 9+
21. Ποιος ο αριθμός των νυχτερινών βαρδιών μηνιαίως;
☐ 0 ☐ 1-4 ☐ 5-8 ☐ 9 και άνω
22. Ποιος ο αριθμός των ημερών απογευματινών βαρδιών μηνιαίως;
☐ 0 ☐ 1-4 ☐ 5-8 ☐ 9 και άνω
23. Πόσο Σοββατοκύριακα και αργίες εργάζεστε μηνιαίως;
☐ 0-1 ☐ 2-3 ☐ 4 και άνω
24. Κατέχετε θέση ευθύνης; (π.χ. διευθυντής, προϊστάμενος, επιστημονικά υπεύθυνος κ.λπ.)
Απαιτείται απάντηση. Μία επιλογή.
☐ Ναι ☐ Όχι
25. Θεωρείτε ότι η δομή/τμήμα στο οποίο εργάζεστε έχει επαρκές προσωπικό;
☐ Ναι ☐ Όχι
26. Πόσο ικανοποιητικές είναι οι συνθήκες εργασίας σας σε ότι αφορά την υλικοτεχνική υποδομή (π.χ. διαθέσιμος χώρος, εξοπλισμός, υγιεινή, θέρμανση/κλιματισμός κ.λπ.);
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ ☐ Πάρα πολύ
27. Η αμοιβή σας κυμαίνεται (μικτό): Απαιτείται απάντηση. Μία επιλογή.
☐ 700-1200 ☐ 1200-1700 ☐ 1700>
28. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την αμοιβή σας (σε σχέση με την εργασία που παρέχετε);
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ ☐ Πάρα πολύ
29. Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε τη συνεργασία με τους συναδέλφους σας;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ ☐ Πάρα πολύ

Ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική εξουθένωση - OLDENBURG BURNOUT INVENTORY OLBI¹

Για κάθε ερώτηση πρέπει να βάλετε σε κύκλο το κατάλληλο γράμμα ακολουθώντας την εξής διαβάθμιση:

1. Συμφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον συμφωνώ
3. Μάλλον διαφωνώ
4. Διαφωνώ απόλυτα

		Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον Συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	Στη δουλειά μου ανακαλύπτω συνεχώς νέες, ενδιαφέρουσες πλευρές.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2	Υπάρχουν μέρες που νιώθω κουρασμένος/η πριν ακόμα έρθω στη δουλειά.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3	Μου συμβαίνει όλο και συχνότερα να εκφράζομαι αρνητικά για τη δουλειά μου.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4	Μετά τη δουλειά, χρειάζομαι περισσότερο χρόνο από ό,τι στο παρελθόν προκειμένου να χαλαρώσω και να αισθανθώ καλύτερα.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5	Η πίεση από τη δουλειά μου είναι αρκετά υποφερτή.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6	Τον τελευταίο καιρό, έχω την τάση να σκέφτομαι λιγότερο στη δουλειά μου και να την κάνω σχεδόν μηχανικά.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7	Θεωρώ ότι η δουλειά μου είναι μια θετική πρόκληση.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8	Κατά τη δουλειά μου, έχω συχνά την αίσθηση ότι η δουλειά μου με εξαντλεί συναισθηματικά.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9	Με την πάροδο του χρόνου, χάνει κανείς το ενδιαφέρον του/της για τη δουλειά.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10	Μετά τη δουλειά, έχω αρκετή ενέργεια για δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11	Μερικές φορές αισθάνομαι απέχθεια για τα εργασιακά μου καθήκοντα.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12	Μετά τη δουλειά μου αισθάνομαι εξαντλημένος/η και κουρασμένος/η.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13	Αυτό είναι το μόνο είδος εργασίας που μπορώ να φανταστώ τον εαυτό μου να κάνει.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14	Συνήθως, τα καταφέρνω με το φόρτο της εργασίας μου.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
15	Αισθάνομαι όλο και περισσότερο δεσμευμένος/η με την εργασία μου.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16	Όταν εργάζομαι, συνήθως αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

¹ Demerouti E., Mostert K. & Bakker A.B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. Journal of Occupational Health Psychology, 15, 209-222. Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. European Journal of Psychological Assessment. 18. 296-307.

Ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική ικανοποίηση - Job Satisfaction Survey JSSI¹

Για κάθε ερώτηση πρέπει να βάλετε σε κύκλο το κατάλληλο γράμμα ακολουθώντας την εξής διαβάθμιση:

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Διαφωνώ μετρίως
3. Διαφωνώ λίγο
4. Συμφωνώ λίγο
5. Συμφωνώ μετρίως
6. Συμφωνώ απόλυτα

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μετρίως	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μετρίως	Συμφωνώ απόλυτα
1	Αισθάνομαι ότι αμείβομαι δίκαια για τη δουλειά που κάνω.	1	2	3	4	5	6
2	Υπάρχει μικρή πιθανότητα προαγωγής στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
3	Ο/Η προϊστάμενός μου είναι αρκετά ικανός στη δουλειά του/της.	1	2	3	4	5	6
4	Δεν είμαι ικανοποιημένος με τα οφέλη που απολαμβάνω.	1	2	3	4	5	6
5	Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, λαμβάνω την αναγνώριση που θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
6	Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες κάνουν τη σωστή εκτέλεση της εργασίας δύσκολη.	1	2	3	4	5	6
7	Μου αρέσουν οι άνθρωποι με τους οποίους εργάζομαι.	1	2	3	4	5	6
8	Μερικές φορές αισθάνομαι πως η δουλειά μου είναι ανούσια.	1	2	3	4	5	6
9	Η επικοινωνία εντός του οργανισμού είναι καλή.	1	2	3	4	5	6
10	Οι αυξήσεις είναι λίγες και αραιές.	1	2	3	4	5	6
11	Όσο τα πηγαίνουν καλά στη δουλειά τους, διεκδικούν πιθανότητα προαγωγής.	1	2	3	4	5	6
12	Ο/Η προϊστάμενός μου είναι άδικος προς εμένα.	1	2	3	4	5	6
13	Τα οφέλη που απολαμβάνουμε είναι εξίσου καλά με αυτά που προσφέρουν άλλοι οργανισμοί.	1	2	3	4	5	6
14	Δεν αισθάνομαι πως η εργασία που κάνω εκπνέει.	1	2	3	4	5	6
15	Οι προσπάθειές μου να κάνω καλά τη δουλειά μου περιορίζονται από την γραφειοκρατία.	1	2	3	4	5	6
16	Θεωρώ ότι πρέπει να εργαστώ πιο σκληρά στη δουλειά μου λόγω της ανικανότητας των ανθρώπων με τους οποίους συνεργάζομαι.	1	2	3	4	5	6
17	Μου αρέσει να κάνω τα πράγματα που κάνω στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
18	Οι στόχοι του οργανισμού δεν είναι ξεκάθαροι σε εμένα.	1	2	3	4	5	6
19	Νιώθω μη εκπαιδευμένος από τον οργανισμό όταν σκέφτομαι αυτό για το οποίο με πληρώνουν.	1	2	3	4	5	6
20	Οι άνθρωποι προσδεύουν εδώ τόσο γρήγορα όσο και σε άλλα μέρη.	1	2	3	4	5	6
21	Ο/Η προϊστάμενός δείχνει μικρό ενδιαφέρον για τα αισθήματα των υφισταμένων του.	1	2	3	4	5	6
22	Το πακέτο παροχών που έχουμε είναι δίκαιο.	1	2	3	4	5	6
23	Υπάρχουν λίγες επιβραβεύσεις για αυτούς που δουλεύουν εδώ.	1	2	3	4	5	6
24	Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας.	1	2	3	4	5	6
25	Απολαμβάνω τους συνεργάτες μου.	1	2	3	4	5	6
26	Συχνά αισθάνομαι πως δεν γνωρίζω τι συμβαίνει στον οργανισμό.	1	2	3	4	5	6
27	Νιώθω περήφανος κάνοντας τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
28	Αισθάνομαι ικανοποιημένος με τις πιθανότητες μισθολογικής προαγωγής.	1	2	3	4	5	6
29	Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
30	Μου αρέσει ο προϊστάμενός μου.	1	2	3	4	5	6
31	Ασχολούμαι πολύ με δουλειά γραφείου.	1	2	3	4	5	6
32	Δεν νιώθω ότι οι προσπάθειές μου επιβραβεύονται με τον τρόπο που θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
33	Είμαι ικανοποιημένος με τις προοπτικές προαγωγής.	1	2	3	4	5	6
34	Υπάρχουν αρκετές διαφωνίες και διαμάχες στη δουλειά.	1	2	3	4	5	6
35	Η δουλειά μου είναι διασκεδαστική.	1	2	3	4	5	6
36	Τα εργασιακά καθήκοντα δεν εξηγούνται σαφώς.	1	2	3	4	5	6

¹ Spector P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: development of the Job Satisfaction Survey. American journal of community psychology, 13(6), 693-713. <https://doi.org/10.1007/BF00829796>

Β. Ερωτηματολόγιο για την σχετιζόμενη με την με την υγεία ποιότητα ζωής¹ SF-36

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:
(βάλτε έναν κύκλο)

Άριστη ☐1 Πολύ Καλή ☐2 Καλή ☐3 Μέτρια ☐4 Κακή ☐5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;
(βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη τώρα από ό,τι ένα χρόνο πριν ☐1
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν ☐2
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν ☐3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν ☐4
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν ☐5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;
(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Ναι, με περιορίζει Πολύ ☐ 1	Ναι, με περιορίζει Λίγο ☐ 2	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου ☐ 3
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	☐ 1	☐ 2	☐ 3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	☐ 1	☐ 2	☐ 3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	☐ 1	☐ 2	☐ 3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους	☐ 1	☐ 2	☐ 3
ε. Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο	☐ 1	☐ 2	☐ 3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	☐ 1	☐ 2	☐ 3
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	☐ 1	☐ 2	☐ 3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	☐ 1	☐ 2	☐ 3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	☐ 1	☐ 2	☐ 3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύεστε	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;
(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 2
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐ 1	☐ 2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	☐ 1	☐ 2
γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	☐ 1	☐ 2
δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια)	☐ 1	☐ 2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);
(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 2
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐ 1	☐ 2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	☐ 1	☐ 2
γ. Κσσάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως	☐ 1	☐ 2

¹ Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute; 1993. Κωνσταντίνου Ν, Φρανκούλη Δ, Παππά Ε, Νιάκας Δ., Στατισικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελληνικού SF-36, Αρχία Ελληνικής Ιατρικής 2004, 21(Ε): 451-465, 28. Παππά Ε., Κωνσταντίνου Ν., Νιάκας Δ., Εγκυρότητα και πρωτοτυπότητα της Επισκόπησης Υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού, Αρχία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(2): 159-166.

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;
(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου ☐ 1 Ελάχιστα ☐ 2 Μέτρια ☐ 3 Αρκετά ☐ 4 Πάρα πολύ ☐ 5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;
(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου ☐ 1 Πολύ ήπιο ☐ 2 Ήπιο ☐ 3 Μέτριο ☐ 4 Έντονο ☐ 5 Πολύ έντονο ☐ 6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);
(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου ☐ 1 Λίγο ☐ 2 Μέτρια ☐ 3 Αρκετά ☐ 4 Πάρα πολύ ☐ 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:
(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
η. Ήσαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;
(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς ☐ 1 Το μεγαλύτερο διάστημα ☐ 2 Μερικές φορές ☐ 3 Μικρό διάστημα ☐ 4 Καθόλου ☐ 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;
(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.