



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΧΟΛΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Εργασιακή ικανοποίηση και ποιότητα ζωής του
υγειονομικού προσωπικού δευτεροβάθμιας και
τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Νομού
Λάρισας»

Ονοματεπώνυμο Φοιτήτριας:
Στριάκα Χαρίκλεια

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Χατζίκου
Μαγδαληνή

Αθήνα, Μάρτιος, 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («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.

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής του υγειονομικού προσωπικού στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στον νομό Λάρισας. Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί πολυδιάστατη έννοια που σχετίζεται με τις συνθήκες εργασίας, την αναγνώριση, τις επαγγελματικές σχέσεις και τις οργανωσιακές πρακτικές, ενώ η ποιότητα ζωής συνδέεται με τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία των επαγγελματιών υγείας.

Η μελέτη αναδεικνύει ότι οι ιδιαίτερες συνθήκες λειτουργίας του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας —όπως η υποστελέχωση, οι αυξημένες απαιτήσεις εργασίας και οι οργανωτικές δυσλειτουργίες— επηρεάζουν σημαντικά τόσο την επαγγελματική ικανοποίηση όσο και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Παρουσιάζονται θεωρητικά μοντέλα εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής, καθώς και εργαλεία μέτρησης όπως το Job Satisfaction Survey (JSS) και το SF-36, τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως στην έρευνα υγειονομικού προσωπικού.

Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τους δύο αυτούς δείκτες κρίνεται κρίσιμη για τη βελτίωση της ευημερίας των επαγγελματιών υγείας, την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Η εργασία στοχεύει να συμβάλει στην κατανόηση των εργασιακών συνθηκών στα νοσοκομεία της Λάρισας και να υποστηρίξει τεκμηριωμένες διοικητικές και πολιτικές παρεμβάσεις.

Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτριο επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης (Μ.Ο. = 3,19), με χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις των παροχών και των προαγωγών, και υψηλότερες στη φύση της εργασίας και στις σχέσεις με συναδέλφους. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής, χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις διαστάσεις της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και όλων των διαστάσεων της ποιότητας ζωής, με ισχυρότερη σχέση στη ζωτικότητα ($r = 0,46, p < 0,001$) και στην ψυχική υγεία ($r = 0,44, p < 0,001$). Τα ευρήματα αναδεικνύουν τη σημασία της ενίσχυσης των οργανωσιακών και διοικητικών παραγόντων που επηρεάζουν την επαγγελματική εμπειρία, με στόχο τη βελτίωση της ευημερίας των επαγγελματιών υγείας και της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Εργασιακή ικανοποίηση, ποιότητα ζωής, επαγγελματίες υγείας, δημόσια νοσοκομεία, σύστημα υγείας, JSS, SF-36.

Abstract

This thesis investigates job satisfaction and quality of life among healthcare professionals working in secondary and tertiary healthcare services in the region of Larissa, Greece. Job satisfaction is considered a multidimensional construct influenced by working conditions, professional recognition, interpersonal relationships, and organizational practices, while quality of life refers to the overall physical, psychological, and social well-being of healthcare staff.

The study highlights how structural challenges within the Greek public healthcare system — such as understaffing, high workload, and organizational inefficiencies — significantly affect both job satisfaction and quality of life. Theoretical frameworks on job satisfaction and health-related quality of life are presented, along with widely used assessment tools such as the Job Satisfaction Survey (JSS) and the SF-36 Health Survey.

Understanding the factors influencing these indicators is essential for improving healthcare professionals' well-being, enhancing service effectiveness, and supporting the sustainability of healthcare systems. The thesis aims to contribute to a deeper understanding of working conditions in Larissa hospitals and to support evidencebased administrative and policy interventions.

The results showed a moderate level of overall job satisfaction (M.O. = 3.19), with lower values in the dimensions of benefits and promotions, and higher values in the nature of work and relationships with colleagues. Regarding quality of life, lower scores were recorded in the dimensions of vitality and mental health. Statistically significant positive correlations were observed between job satisfaction and all dimensions of quality of life, with a stronger relationship in vitality ($r = 0.46, p < 0.001$) and mental health ($r = 0.44, p < 0.001$). The findings highlight the importance of strengthening organizational and administrative factors that influence the professional experience, with the aim of improving the well-being of health professionals and the sustainability of the health system.

Keywords: Job satisfaction, quality of life, healthcare professionals, public hospitals, healthcare system, JSS, SF-36.

Περιεχόμενα

<u>Εισαγωγή</u>	8
<u>1. Υγειονομική Φροντίδα στη Θεσσαλία & Νοσοκομεία Λάρισας</u>	11
<u>1.1. Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</u>	11
<u>1.2. Δομή & Ιδιαιτερότητες Λάρισας</u>	12
<u>1.3. Σκοπός διπλωματικής</u>	14
<u>2. Εργασιακή Ικανοποίηση</u>	16
<u>2.1. Θεωρητικό Πλαίσιο</u>	16
<u>2.1.1. Ορισμός & διάκριση της έννοιας της εργασιακής ικανοποίησης</u>	16
<u>2.1.2. Κλασικές θεωρίες εργασιακής ικανοποίησης</u>	16
<u>2.1.3 Σύγχρονα μοντέλα και πολυπαραγοντικές προσεγγίσεις</u>	18
<u>2.1.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση στον χώρο της υγείας</u>	20
<u>2.2. Εργαλεία Αποτίμησης (με έμφαση στο JSS)</u>	21
<u>2.2.1. Επισκόπηση Εργαλείων Μέτρησης Εργασιακής Ικανοποίησης</u>	22
<u>2.2.2. Job Satisfaction Survey (JSS)</u>	22
<u>2.2.3. Συγκριτική αναφορά με άλλα εργαλεία</u>	24
<u>3. Ποιότητα Ζωής</u>	25
<u>3.1. Θεωρητικό Πλαίσιο</u>	25
<u>3.1.1. Ορισμός και εννοιολογική προσέγγιση της Ποιότητας Ζωής (QoL) και της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (HRQoL)</u>	25
<u>3.1.2. Θεωρητικά μοντέλα HRQoL</u>	26
<u>3.1.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την HRQoL στον υγειονομικό χώρο</u>	27
<u>3.1.4. Επιπτώσεις της χαμηλής HRQoL</u>	29
<u>3.2. Εργαλεία Αποτίμησης</u>	31
<u>3.2.1. Γενική επισκόπηση εργαλείων μέτρησης HRQoL</u>	31
<u>3.2.2. Το εργαλείο SF-36: δομή, διαστάσεις και εφαρμογές</u>	32
<u>3.2.3. Ελληνική προσαρμογή του SF-36</u>	33
<u>4. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση</u>	35
<u>4.1. Ελληνικές Μελέτες</u>	35

<u>4.1.1. Εργασιακή Ικανοποίηση και Ποιότητα Ζωής Υγειονομικού Προσωπικού σε Δημόσια Νοσοκομεία</u>	
35	
<u>4.1.2. Εργαλεία Μέτρησης Επαγγελματικής Ικανοποίησης και HRQoL στον Ελληνικό Χώρο</u>	38
<u>4.2. Διεθνείς Μελέτες</u>	38
<u>4.2.1. Διεθνής Εμπειρία: Εργασιακή Ικανοποίηση και HRQoL σε Υγειονομικά Συστήματα</u>	39
<u>4.2.2. Παρεμβάσεις και Στρατηγικές Βελτίωσης της HRQoL σε Διεθνές Επίπεδο</u>	41
<u>5. Μεθοδολογία</u>	43
<u>5.2. Ερευνητικά Ερωτήματα</u>	44
<u>5.3. Μέθοδος και Υλικό</u>	44
<u>5.3.1. Δείγμα μελέτης – Πληθυσμός μελέτης – Μέθοδος δειγματοληψίας</u>	44
<u>5.3.2. Στατιστική ανάλυση</u>	46
<u>6. Αποτελέσματα</u>	48
<u>6.1. Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά</u>	48
<u>6.2. Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction Survey – JSS)</u>	49
<u>6.2.1. Περιγραφική στατιστική συνολικής εργασιακής ικανοποίησης</u>	49
<u>6.2.2. Περιγραφική ανάλυση υποκλιμάκων εργασιακής ικανοποίησης (JSS)</u>	50
<u>6.3. Ποιότητα Ζωής του Υγειονομικού Προσωπικού (SF-36)</u>	51
<u>6.4. Συσχέτιση Εργασιακής Ικανοποίησης και Ποιότητας Ζωής</u>	52
<u>6.4.1. Συσχέτιση συνολικής εργασιακής ικανοποίησης (JSS) με διαστάσεις ποιότητας ζωής (SF-36)</u>	
52	
<u>6.5. Ερμηνεία ευρημάτων σχετικά με την ποιότητα ζωής</u>	54
<u>6.6. Σχέση εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής</u>	55
<u>7. Συζήτηση</u>	58
<u>7.1. Σύνοψη βασικών ευρημάτων</u>	58
<u>7.2. Ερμηνεία ευρημάτων σχετικά με την ποιότητα ζωής</u>	58
<u>7.3. Σχέση εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής</u>	60
<u>7.4. Σύγκριση με προηγούμενες μελέτες της βιβλιογραφίας</u>	61
<u>7.5. Περιορισμοί της μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα</u>	62
<u>Βιβλιογραφία</u>	
65	
<u>Συγκεντρωτικός Πίνακας Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης</u>	76

<u>Πίνακας 1: Σύνοψη ελληνικών μελετών για την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής υγειονομικού προσωπικού</u>	<u>37</u>
<u>Πίνακας 2: Σύνοψη διεθνών μελετών για την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής επαγγελματιών υγείας</u>	<u>40</u>
<u>Πίνακας 3: Δημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά του Δείγματος</u>	<u>49</u>
<u>Πίνακας 4: Περιγραφική στατιστική υποκλιμάκων εργασιακής ικανοποίησης (JSS)</u>	<u>50</u>
<u>Πίνακας 5: Περιγραφική στατιστική διαστάσεων ποιότητας ζωής (SF-36) (N=80)</u>	<u>51</u>
<u>Πίνακας 6: Συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης (JSS) με διαστάσεις ποιότητας ζωής (SF-36)</u>	<u>53</u>

Εισαγωγή

Η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης αφορά το βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι νιώθουν ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις ενδογενείς διαστάσεις του ρόλου τους όσο και τις εξωτερικές συνθήκες που τον περιβάλλουν (Spector, 1985). Η ποιότητα ζωής στον επαγγελματικό χώρο της υγείας, από την άλλη πλευρά, συνδέεται με τη συνολική σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του υγειονομικού προσωπικού (Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2006). Οι δύο αυτοί δείκτες αλληλοεπηρεάζονται άμεσα, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με υψηλή ένταση και χαμηλή στήριξη, όπως συχνά συμβαίνει στα δημόσια νοσοκομεία.

Στην Ελλάδα, το δημόσιο σύστημα υγείας αντιμετωπίζει εδώ και χρόνια μια σειρά από συστημικές δυσκολίες, όπως η χρόνια υποστελέχωση, η διοικητική γραφειοκρατία, η ανεπάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής και η ελλιπής θεσμική φροντίδα του ανθρώπινου δυναμικού. Στη Λάρισα, μία από τις σημαντικότερες υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, τα δύο μεγάλα δημόσια νοσοκομεία (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας) επιφορτίζονται με σημαντικό όγκο ασθενών από ολόκληρη τη Θεσσαλία, χωρίς όμως πάντοτε να διαθέτουν τους αντίστοιχους πόρους και συνθήκες. Οι εργαζόμενοι σε αυτά αντιμετωπίζουν πολλαπλές πιέσεις, οι οποίες επηρεάζουν την επαγγελματική τους εμπειρία και, συνακόλουθα, τη συνολική τους ποιότητα ζωής (Tsounis & Sarafis, 2018).

Η σημασία του θέματος έγκειται όχι μόνο στη διαπίστωση των δυσκολιών, αλλά και στην ανάγκη για τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πολιτικής. Μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά απουσίας, αυξημένη πρόθεση αποχώρησης και χαμηλότερη αποδοτικότητα (Locke, 1976· Blegen, 1993). Αντίστοιχα, η επιβαρυνόμενη ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες τόσο στην προσωπική τους ευημερία όσο και στην ποιότητα φροντίδας που παρέχουν. Η πανδημία COVID-19 ήρθε να ενισχύσει αυτή την πραγματικότητα, θέτοντας τους υγειονομικούς στο επίκεντρο της δημόσιας υγείας, αλλά και εκθέτοντας

τις αδυναμίες ενός συστήματος που στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ψυχική ανθεκτικότητα του προσωπικού του.

Η ανάγκη για κατανόηση της εμπειρίας του υγειονομικού προσωπικού σε περιφερειακά νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η υπάρχουσα βιβλιογραφία τείνει να επικεντρώνεται σε μεγάλα αστικά κέντρα, παραμελώντας τις συνθήκες που επικρατούν σε κρίσιμους υγειονομικούς κόμβους, όπως η Λάρισα. Μια συστηματική μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την επαγγελματική εμπειρία μπορεί να προσφέρει πολύτιμα δεδομένα για στοχευμένες διοικητικές παρεμβάσεις και αναδιοργάνωση των μοντέλων παροχής φροντίδας.

Η εργασία διαρθρώνεται σε δύο βασικά μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται εισαγωγή στο σύστημα δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην περιοχή της Λάρισας και παρουσίαση των δομών που συμμετέχουν στη μελέτη. Ακολουθεί η ανάλυση της έννοιας της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής, με έμφαση στα ψυχοκοινωνικά και οργανωσιακά μοντέλα που τις ερμηνεύουν. Ειδική αναφορά γίνεται στα εργαλεία μέτρησης που αξιοποιούνται: το Job Satisfaction Survey (JSS) και το SF-36 Health Survey, που έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζουν τεκμηριωμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία (Tsounis & Sarafis, 2018· Pappa et al., 2006).

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση ελληνικών και διεθνών ερευνών που έχουν μελετήσει την επαγγελματική ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής του προσωπικού υγείας. Το ερευνητικό μέρος περιλαμβάνει τη μεθοδολογία της έρευνας, τη δειγματοληψία, τα εργαλεία και τις τεχνικές ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και τα αποτελέσματα. Τέλος, ακολουθεί η συζήτηση και η ερμηνεία των ευρημάτων σε σχέση με τη βιβλιογραφία, καθώς και συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής και διοίκησης.

Ο σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής του υγειονομικού προσωπικού στα δύο νοσοκομεία της Λάρισας, αναζητώντας σχέσεις και επιδράσεις μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών, επαγγελματικών και οργανωσιακών παραμέτρων. Η ερευνητική προσέγγιση είναι ποσοτική και στηρίζεται στη χρήση των εργαλείων JSS και SF-36, με στόχο την αντικειμενική αποτύπωση της κατάστασης. Οι ερευνητικοί στόχοι συνοψίζονται ως εξής: Καταγραφή του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας,

εκτίμηση της ποιότητας ζωής με βάση δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής, και εντοπισμός παραγόντων που ενισχύουν ή επιβαρύνουν τους δύο βασικούς δείκτες.

Η έρευνα φιλοδοξεί να συμβάλει ουσιαστικά στη συζήτηση γύρω από τη βιωσιμότητα του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας, παρέχοντας δεδομένα ικανά να υποστηρίξουν ρεαλιστικές προτάσεις βελτίωσης τόσο στο επίπεδο της καθημερινής πρακτικής όσο και της θεσμικής αναδιοργάνωσης.

1. Υγειονομική Φροντίδα στη Θεσσαλία & Νοσοκομεία Λάρισας

1.1. Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας δομείται σε τρεις βασικούς άξονες: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, με στόχο την καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης. Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται κυρίως μέσω γενικών και ειδικών νοσοκομείων, όπου οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε πιο εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και νοσηλεία, έπειτα από παραπομπή από την πρωτοβάθμια βαθμίδα ή σε επείγουσες περιπτώσεις. Η τριτοβάθμια φροντίδα, από την άλλη, περιλαμβάνει μονάδες υψηλής εξειδίκευσης, όπως πανεπιστημιακά νοσοκομεία ή εξειδικευμένα κέντρα, που καλύπτουν σύνθετες διαγνωστικές και θεραπευτικές ανάγκες (Σούλης & Παπαγεωργίου, 2020).

Η λειτουργική σύνδεση ανάμεσα στις βαθμίδες του ΕΣΥ παραμένει διαχρονικά ένα ζήτημα με οργανωτικές αδυναμίες. Η απουσία ενιαίων πρωτοκόλλων παραπομπής, οι καθυστερήσεις στη ροή των ασθενών και η υπερφόρτωση των νοσοκομείων με περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, αποτελούν σοβαρές δυσλειτουργίες. Η δευτεροβάθμια φροντίδα συχνά επιβαρύνεται όχι μόνο με την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών αλλά και με την αναπλήρωση των ελλείψεων της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ειδικά σε αγροτικές ή υποεξυπηρετούμενες περιοχές (Μάλλιου & Χατζής, 2019).

Στο επίπεδο της Περιφέρειας Θεσσαλίας, το σύστημα φροντίδας υγείας οργανώνεται υπό τη διοίκηση της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.ΠΕ.), η οποία καλύπτει τέσσερις νομούς: Λάρισα, Μαγνησία, Τρίκαλα και Καρδίτσα. Η Περιφέρεια διαθέτει συνολικά επτά γενικά νοσοκομεία και ένα πανεπιστημιακό, εξυπηρετώντας έναν πληθυσμό άνω των 700.000 κατοίκων. Η Λάρισα, με το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, συγκεντρώνει σημαντικό μέρος των περιστατικών από όλη τη Θεσσαλία, λειτουργώντας ως περιφερειακός πόλος δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.

Ωστόσο, η προσβασιμότητα και η αποτελεσματικότητα του συστήματος στην περιοχή συχνά επηρεάζονται από ανισότητες στη γεωγραφική κατανομή των πόρων,

προβλήματα μεταφοράς των ασθενών, ανεπάρκεια εξειδικευμένου προσωπικού και ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή. Αυτοί οι παράγοντες δεν επηρεάζουν μόνο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες, αλλά έχουν άμεσο αντίκτυπο και στις συνθήκες εργασίας των υγειονομικών, που καλούνται να ανταπεξέλθουν σε αυξημένες απαιτήσεις υπό περιορισμένα μέσα.

Επιπλέον, ο ρόλος των πανεπιστημιακών δομών όπως το ΠΓΝΛ είναι διττός: από τη μία πλευρά προσφέρουν υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας, ενώ από την άλλη αποτελούν εκπαιδευτικά και ερευνητικά κέντρα. Αυτό εντείνει τη διοικητική πολυπλοκότητα και τις πιέσεις στο προσωπικό, που συχνά καλείται να ισορροπήσει ανάμεσα σε κλινικές, ακαδημαϊκές και εκπαιδευτικές υποχρεώσεις (Γεωργακόπουλος & Κοσμόπουλος, 2021).

Σε αυτό το πλαίσιο, η μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των εργαζομένων στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα της Λάρισας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς αποτυπώνει πώς οι οργανωτικές συνθήκες, οι δομικές αδυναμίες και οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες διαμορφώνουν την επαγγελματική εμπειρία στο σύστημα υγείας.

1.2. Δομή & Ιδιαιτερότητες Λάρισας

Η πόλη της Λάρισας, ως διοικητικό και οικονομικό κέντρο της Θεσσαλίας, κατέχει κομβική θέση στο υγειονομικό δίκτυο της Κεντρικής Ελλάδας. Με πληθυσμό που ξεπερνά τις 160.000 κατοίκους, εξυπηρετεί όχι μόνο τον αστικό ιστό αλλά και μεγάλο μέρος του αγροτικού πληθυσμού της περιφέρειας (ΕΛΣΤΑΤ, 2021). Η στρατηγική γεωγραφική της θέση, στη διασταύρωση οδικών αξόνων που συνδέουν τη βόρεια και τη νότια Ελλάδα, την καθιστά κόμβο μεταφοράς και υγειονομικής αναφοράς για τέσσερις νομούς: Λάρισας, Τρικάλων, Καρδίτσας και Μαγνησίας.

Στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η Λάρισα διαθέτει δύο βασικά δημόσια νοσοκομεία: το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (ΓΝΛ) και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (ΠΓΝΛ). Το ΓΝΛ, με ιστορία που ξεκινά από τις αρχές του 20ού αιώνα, εξυπηρετεί κυρίως γενικά ιατρικά περιστατικά και επείγουσα νοσηλεία, λειτουργώντας με ευρεία τμήματα παθολογίας, χειρουργικής

και υποστηρικτικών υπηρεσιών (Υπουργείο Υγείας, 2023). Το ΠΓΝΛ, ιδρυθέν τη δεκαετία του 1990, λειτουργεί ως πανεπιστημιακή μονάδα, ενσωματώνοντας τις λειτουργίες της τριτοβάθμιας περίθαλψης, της ιατρικής εκπαίδευσης και της βιοϊατρικής έρευνας (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 2022).

Η διττή λειτουργία του ΠΓΝΛ -ως θεραπευτικού, εκπαιδευτικού και ερευνητικού κέντρου- δημιουργεί ιδιαίτερες προκλήσεις για το προσωπικό του. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα σε κλινικές υποχρεώσεις, διδακτικά καθήκοντα και ερευνητική δραστηριότητα (Voulgaris et al., 2020). Η συνύπαρξη ακαδημαϊκού και νοσοκομειακού χαρακτήρα, χωρίς σαφή οργανωτική διαχωριστική γραμμή, οδηγεί συχνά σε διοικητικές επικαλύψεις και επιχειρησιακή αβεβαιότητα (Karamitri et al., 2017).

Και τα δύο νοσοκομεία της πόλης λειτουργούν υπό την εποπτεία της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.ΠΕ.) Θεσσαλίας - Στερεάς Ελλάδας, και αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, όπως: η χρόνια υποστελέχωση, ιδίως σε νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό, ο αυξημένος αριθμός εφημεριών και κλινικών βαρδιών, περιορισμοί σε υλικοτεχνική υποστήριξη και τεχνολογικό εξοπλισμό και ανεπαρκής ψυχοκοινωνική στήριξη εργαζομένων (Kyriazis & Siskou, 2020; Economou, 2010)

Σύμφωνα με έκθεση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας (2021), το φορτίο περιστατικών που αναλογεί στα δύο νοσοκομεία της Λάρισας είναι ασύμμετρα υψηλό σε σύγκριση με τη στελέχωσή τους. Επιπλέον, η διατήρηση διοικητικής ευελιξίας περιορίζεται από κεντροκοποιημένες διαδικασίες του Υπουργείου Υγείας, γεγονός που επιβραδύνει την άμεση ανταπόκριση σε τοπικές ανάγκες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ανθρώπινο δυναμικό των δύο νοσοκομείων χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού και εξειδίκευσης, όμως και από έντονα σημάδια επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης, κυρίως μετά την πανδημία COVID-19 (Tsounis & Sarafis, 2018; Iacovides et al., 2003). Η ελλιπής θεσμική υποστήριξη και η περιορισμένη ευκαιρία επαγγελματικής ανέλιξης ενισχύουν την απογοήτευση του προσωπικού και επηρεάζουν αρνητικά τόσο την εργασιακή ικανοποίηση όσο και την ποιότητα ζωής του (Zavras et al., 2016).

Η γεωγραφική ιδιομορφία της Θεσσαλίας, με μεγάλες αποστάσεις και περιοχές δυσπρόσιτες, καθιστά τη Λάρισα κρίσιμο σημείο αναφοράς για τη νοσοκομειακή

φροντίδα, αλλά παράλληλα επιβαρύνει τα νοσοκομεία της πόλης με αυξημένη περιφερειακή ευθύνη. Το γεγονός αυτό δημιουργεί αυξημένες λειτουργικές απαιτήσεις, οι οποίες δεν αντισταθμίζονται από αντίστοιχη ενίσχυση των πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού (Souliotis et al., 2022). Η παρούσα μελέτη, εστιάζοντας στα νοσοκομεία της Λάρισας, επιδιώκει να αναδείξει τις τοπικές ιδιαιτερότητες, οι οποίες συνδιαμορφώνουν την επαγγελματική εμπειρία και τελικά επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης και ευημερίας του προσωπικού υγείας στην περιοχή.

1.3. Σκοπός διπλωματικής

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής του υγειονομικού προσωπικού στα δύο δημόσια νοσοκομεία της Λάρισας — το Γενικό Νοσοκομείο και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο. Η επιλογή του συγκεκριμένου πεδίου δεν είναι τυχαία· η Λάρισα αποτελεί έναν από τους βασικότερους υγειονομικούς πόλους της Περιφέρειας Θεσσαλίας, καλύπτοντας έναν ευρύ πληθυσμό με ιδιαίτερες γεωγραφικές, κοινωνικές και οργανωτικές προκλήσεις (Υπουργείο Υγείας, 2023· Souliotis et al., 2022).

Η εστίαση στο ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ καθίσταται ιδιαίτερα κρίσιμη στη μεταπανδημική εποχή, όπου το σύστημα υγείας καλείται να ενισχυθεί με όρους βιωσιμότητας, αποδοτικότητας και φροντίδας του προσωπικού (Kaitelidou et al., 2020). Η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και της ευημερίας των υγειονομικών επαγγελματιών δεν έχει μόνο θεωρητική σημασία, αλλά συμβάλλει άμεσα στην κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την πρόθεση παραμονής ή αποχώρησης από το επάγγελμα (Tsounis & Sarafis, 2018· Zavrvas et al., 2016).

Επιπλέον, η επιλογή της Λάρισας ως ερευνητικού πεδίου ενισχύει τη γεωγραφική εξειδίκευση της επιστημονικής γνώσης, καθώς οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται σε αστικά κέντρα όπως η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη. Η εργασία φιλοδοξεί να αναδείξει τη φωνή του περιφερειακού νοσοκομειακού προσωπικού και να

συνεισφέρει στη συζήτηση για περιφερειακές ανισότητες, υγειονομική πολιτική και ανθρώπινο δυναμικό στην Ελλάδα του 21ου αιώνα.

2. Εργασιακή Ικανοποίηση

2.1. Θεωρητικό Πλαίσιο

2.1.1. Ορισμός & διάκριση της έννοιας της εργασιακής ικανοποίησης

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί μία από τις πιο μελετημένες έννοιες στον χώρο της οργανωσιακής ψυχολογίας και διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. Ο Locke (1976) την ορίζει ως ένα ευχάριστο ή θετικό συναισθηματικό αποτέλεσμα που απορρέει από την αξιολόγηση της εργασιακής εμπειρίας ενός ατόμου. Πρόκειται για μια υποκειμενική εκτίμηση, επηρεαζόμενη από τις προσδοκίες του εργαζομένου και την αντίληψη του για την πραγματικότητα του εργασιακού του περιβάλλοντος.

Ο Spector (1997) επεκτείνει την έννοια, περιγράφοντας την εργασιακή ικανοποίηση ως τη στάση του ατόμου απέναντι σε διάφορες πτυχές της εργασίας του, όπως οι συνθήκες εργασίας, οι αποδοχές, η αναγνώριση και οι σχέσεις με συναδέλφους και διοίκηση. Η προσέγγισή του υπογραμμίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της έννοιας, κάτι που αποτυπώνεται και στο εργαλείο Job Satisfaction Survey (JSS).

Η εργασιακή ικανοποίηση διακρίνεται σαφώς από συγγενείς έννοιες όπως η οργανωσιακή δέσμευση, η οποία αφορά την ψυχολογική σύνδεση του εργαζομένου με τον οργανισμό (Meyer & Allen, 1991), και η επαγγελματική εμπλοκή, που περιγράφει τον βαθμό ταύτισης του ατόμου με το επάγγελμά του και όχι απαραίτητα με τον εργοδότη (Kanungo, 1982). Αντίθετα με αυτές, η εργασιακή ικανοποίηση επικεντρώνεται κυρίως στην εμπειρία της καθημερινής εργασιακής πραγματικότητας.

Η σαφής διάκριση μεταξύ των εννοιών είναι κρίσιμη για την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά, την απόδοση και την παραμονή των εργαζομένων στον οργανισμό.

2.1.2. Κλασικές θεωρίες εργασιακής ικανοποίησης

Η μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης έχει υποστηριχθεί διαχρονικά από θεωρητικά μοντέλα που ερμηνεύουν τη σχέση του ατόμου με την εργασία μέσα από τα κίνητρα, τις αντιλήψεις και τις συνθήκες εργασίας. Οι κλασικές θεωρίες, αν και αναπτύχθηκαν σε διαφορετικά επιστημονικά και χρονικά πλαίσια, εξακολουθούν να αποτελούν τη βάση για κατανόηση και αποτίμηση της ικανοποίησης στον εργασιακό χώρο.

Μία από τις πιο επιδραστικές είναι η Θεωρία της Αναμενόμενης Απόδοσης (Expectancy Theory) του Vroom (1964), σύμφωνα με την οποία η εργασιακή ικανοποίηση απορρέει από τις προσδοκίες του εργαζομένου ότι η προσπάθειά του θα οδηγήσει σε επιθυμητά αποτελέσματα. Το μοντέλο στηρίζεται στην υπόθεση ότι τα άτομα είναι ορθολογικοί δρώντες που υπολογίζουν τις πιθανές απολαβές και πράττουν ανάλογα. Αν και η θεωρία αυτή έχει δεχτεί κριτική για την υπερβολική της έμφαση στη λογική επεξεργασία (Graen, 1969), αποτελεί σημαντική συμβολή στην κατανόηση της ικανοποίησης ως συνάρτηση κινήτρων και αποτελεσματικότητας.

Η Θεωρία των Δύο Παραγόντων του Herzberg (1966) ξεχωρίζει μεταξύ παραγόντων που οδηγούν σε ικανοποίηση (παρακίνησης) και αυτών που προλαμβάνουν τη δυσαρέσκεια (υγιεινής). Παράγοντες παρακίνησης, όπως η αναγνώριση, η πρόοδος και η φύση της εργασίας, ενισχύουν την ικανοποίηση. Αντιθέτως, οι παράγοντες υγιεινής, όπως ο μισθός, οι πολιτικές του οργανισμού και οι σχέσεις με προϊστάμενους, απλώς αποτρέπουν τη δυσαρέσκεια χωρίς να οδηγούν απαραίτητα σε θετική εμπειρία. Η θεωρία αυτή άσκησε σημαντική επιρροή στην πρακτική της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, ωστόσο έχει επικριθεί για τη μεθοδολογική της βάση (House & Wigdor, 1967), καθώς και για τη δυσκολία διάκρισης των δύο παραγόντων στην πράξη.

Η Θεωρία της Ισότητας (Equity Theory) του Adams (1963) βασίζεται στην κοινωνική σύγκριση και την αντίληψη δικαιοσύνης. Οι εργαζόμενοι συγκρίνουν την αναλογία «εισροών» (προσπάθεια, δεξιότητες, χρόνος) προς «εκροές» (μισθός, αναγνώριση, προαγωγές) με εκείνη άλλων στον ίδιο οργανισμό ή στον κλάδο. Όταν αντιληφθούν ανισότητα, νιώθουν αδικία και αναπτύσσουν συναισθήματα δυσαρέσκειας που μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση της απόδοσης ή αποχώρηση. Η θεωρία αυτή έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη στην κατανόηση της εργασιακής συμπεριφοράς στον δημόσιο τομέα, όπου η αμοιβή είναι λιγότερο ευέλικτη και η αντίληψη δικαιοσύνης παίζει καθοριστικό ρόλο (Cropanzano et al., 2007).

Τέλος, η Ιεραρχία Αναγκών του Maslow (1943), αν και περισσότερο φιλοσοφική παρά εμπειρική, επηρέασε βαθιά την οργανωσιακή θεωρία. Ο Maslow υποστήριξε ότι οι άνθρωποι έχουν πέντε ιεραρχικές ανάγκες —φυσιολογικές, ασφάλειας, κοινωνικές, εκτίμησης, και αυτοπραγμάτωσης— και ότι η ικανοποίηση προκύπτει από την κάλυψη των ανώτερων αναγκών, μόνον όταν οι βασικές έχουν ήδη ικανοποιηθεί. Η εφαρμογή της θεωρίας στο εργασιακό πλαίσιο δείχνει ότι οι οργανισμοί πρέπει να ανταποκρίνονται σε πολλαπλά επίπεδα αναγκών για να διασφαλίσουν την ευημερία των εργαζομένων (Steers & Porter, 1983). Ωστόσο, η ιεραρχική φύση των αναγκών έχει αμφισβητηθεί εμπειρικά, καθώς φαίνεται να διαφοροποιείται μεταξύ ατόμων και πολιτισμικών πλαισίων (Neher, 1991).

Συνολικά, οι θεωρίες αυτές αναδεικνύουν την πολυδιάστατη και σχεσιακή φύση της εργασιακής ικανοποίησης, προσφέροντας διαφορετικά ερμηνευτικά εργαλεία. Ενώ η θεωρία του Vroom εστιάζει στη λογική πρόβλεψη αποτελεσμάτων, εκείνες των Herzberg και Adams εστιάζουν σε εσωτερικά κίνητρα και διαπροσωπικές αντιλήψεις, αντίστοιχα. Αν και κάθε προσέγγιση έχει περιορισμούς, η ενσωμάτωσή τους προσφέρει ένα πιο ολιστικό πλαίσιο κατανόησης της ικανοποίησης των εργαζομένων, ιδιαίτερα σε απαιτητικά περιβάλλοντα όπως αυτό της υγείας.

2.1.3 Σύγχρονα μοντέλα και πολυπαραγοντικές προσεγγίσεις

Η προσέγγιση της εργασιακής ικανοποίησης έχει μετακινηθεί από μονοδιάστατες θεωρίες κινήτρων προς πολυπαραγοντικά μοντέλα, τα οποία λαμβάνουν υπόψη τη φύση της εργασίας, τις κοινωνικές σχέσεις και την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος στην ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων. Αυτά τα μοντέλα προσφέρουν μία δυναμική και περιεκτική κατανόηση της εργασιακής εμπειρίας, ιδιαίτερα σε απαιτητικά επαγγέλματα, όπως ο τομέας της υγείας.

Ένα από τα πλέον επιδραστικά είναι το Job Characteristics Model (JCM) των Hackman και Oldham (1976). Το μοντέλο υποστηρίζει ότι πέντε βασικά χαρακτηριστικά της εργασίας —η δεξιοτεχνία (skill variety), η ταυτότητα του έργου (task identity), η σημασία του έργου (task significance), η αυτονομία (autonomy) και η ανάδραση (feedback)— επηρεάζουν κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις, οι οποίες με

τη σειρά τους ενισχύουν την εσωτερική παρακίνηση και την εργασιακή ικανοποίηση. Ιδιαίτερη αξία έχει το γεγονός ότι το JCM τονίζει την ανάγκη σχεδιασμού του ίδιου του εργασιακού ρόλου, και όχι μόνο των εξωτερικών ανταμοιβών. Μελέτες σε νοσηλευτικό προσωπικό έχουν δείξει ότι αυξημένη αυτονομία και ανατροφοδότηση σχετίζονται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση και μειωμένα επίπεδα εξουθένωσης (Cavanagh, 1992· Van der Doef & Maes, 1999).

Ένα ακόμη σημαντικό σύγχρονο μοντέλο είναι το Job Demand-Control (JDC) Model του Karasek (1979), το οποίο ερμηνεύει τη σχέση μεταξύ εργασιακών απαιτήσεων και ελέγχου του εργαζομένου επί της εργασίας του. Σύμφωνα με το μοντέλο, το άγχος και η ικανοποίηση επηρεάζονται από τον συνδυασμό των ψυχολογικών απαιτήσεων (job demands) και του βαθμού αυτονομίας ή ελέγχου (decision latitude). Οι εργασίες με υψηλές απαιτήσεις και χαμηλό έλεγχο συνδέονται με αυξημένο εργασιακό στρες και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και υγείας. Αντίθετα, όταν οι εργαζόμενοι έχουν υψηλό έλεγχο και υποστήριξη, οι αρνητικές επιπτώσεις των απαιτήσεων μειώνονται. Το JDC εφαρμόζεται ευρέως σε έρευνες για τους επαγγελματίες υγείας, δεδομένου ότι το επάγγελμα χαρακτηρίζεται από υψηλό φόρτο, συναισθηματική εργασία και γραφειοκρατικούς περιορισμούς (Theorell & Karasek, 1996).

Συμπληρωματικά, το Effort-Reward Imbalance (ERI) Model του Siegrist (1996) εστιάζει στην ανισορροπία μεταξύ των προσπαθειών που καταβάλλει ο εργαζόμενος και των ανταμοιβών που λαμβάνει. Όταν η καταβαλλόμενη προσπάθεια δεν ανταμείβεται ισοδύναμα, προκύπτουν συναισθήματα αδικίας, απογοήτευσης και ψυχολογικής δυσφορίας. Το μοντέλο τονίζει την ανάγκη για κοινωνική αναγνώριση, όχι μόνο οικονομική, ως κεντρικό παράγοντα ικανοποίησης. Η θεωρία αυτή είναι ιδιαίτερος σχετική στον ελληνικό δημόσιο τομέα, όπου πολλοί εργαζόμενοι αναφέρουν χαμηλή αναγνώριση και περιορισμένες ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, παρά τον υψηλό βαθμό δέσμευσης (Tsounis & Sarafis, 2018· Zavras et al., 2016).

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα παραπάνω μοντέλα δεν αντιμετωπίζουν την ικανοποίηση ως απομονωμένη μεταβλητή, αλλά ως αποτέλεσμα σύνθετων αλληλεπιδράσεων μεταξύ ατόμου, εργασιακού ρόλου και οργανωσιακού πλαισίου.

Επιπλέον, ενισχύουν την κατανόηση της ικανοποίησης όχι μόνο ως ψυχολογικού φαινομένου αλλά και ως παράγοντα πρόληψης επαγγελματικής εξουθένωσης και διατήρησης ψυχικής υγείας (Bakker & Demerouti, 2007).

Η εφαρμογή αυτών των προσεγγίσεων σε οργανισμούς υγείας προσφέρει ένα πρακτικό εργαλείο αναγνώρισης των πτυχών που ενισχύουν ή περιορίζουν την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Τα μοντέλα αυτά προτείνουν στοχευμένες παρεμβάσεις, όπως ανασχεδιασμό ρόλων, ενίσχυση υποστηρικτικών σχέσεων και αναγνώριση της εργασίας, στοιχεία κρίσιμα για τη βιωσιμότητα των δομών υγείας, ιδίως σε περιφερειακά νοσοκομεία όπως αυτά της Λάρισας.

2.1.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση στον χώρο της υγείας

Η εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας είναι το αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης οργανωσιακών, διαπροσωπικών και ατομικών παραγόντων. Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία βιώνουν ιδιαίτερες συνθήκες που διαφοροποιούν την εμπειρία τους από άλλους επαγγελματικούς χώρους, γεγονός που καθιστά αναγκαία την κατανόηση των καθοριστικών παραμέτρων.

Οργανωσιακοί παράγοντες, όπως η αποτελεσματική διοίκηση, η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η αναγνώριση της προσφοράς, έχουν καίρια σημασία. Έρευνες έχουν δείξει ότι η θετική σχέση με τη διοίκηση συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και αφοσίωσης (Lu et al., 2012· Pappa et al., 2006). Αντιθέτως, όταν η διοικητική ηγεσία λειτουργεί με αυταρχισμό ή αδιαφάνεια, οι εργαζόμενοι αισθάνονται αποδυναμωμένοι. Η ανεπάρκεια αναγνώρισης του έργου των επαγγελματιών, κυρίως στον δημόσιο τομέα, αναδεικνύεται συστηματικά στη σχετική βιβλιογραφία (Tsounis & Sarafis, 2018). Ειδικά στη Λάρισα, τα νοσοκομεία καλούνται να ανταποκριθούν σε αυξημένες ανάγκες με περιορισμένους πόρους, γεγονός που επιτείνει τον φόρτο εργασίας, ο οποίος αποτελεί σημαντική πηγή επαγγελματικής δυσαρέσκειας και εξουθένωσης (Karasek, 1979· Zavras et al., 2016).

Σημαντική είναι και η διαπροσωπική διάσταση του εργασιακού περιβάλλοντος. Η ποιότητα των σχέσεων με συναδέλφους και άλλες επαγγελματικές ομάδες επηρεάζει

άμεσα τη συνολική εμπειρία των εργαζομένων. Θετικά διαπροσωπικά περιβάλλοντα, όπου κυριαρχεί η συνεργασία, η υποστήριξη και ο αλληλοσεβασμός, σχετίζονται με αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση και μειωμένη πρόθεση αποχώρησης (Blegen, 1993). Στο αντίθετο άκρο, περιβάλλοντα με συγκρούσεις ρόλων, χαμηλή επικοινωνία και ανταγωνισμό οδηγούν σε αυξημένο στρες και επαγγελματική εξουθένωση (Theorell & Karasek, 1996).

Παράλληλα, οι ατομικοί παράγοντες όπως η ηλικία, η επαγγελματική εμπειρία, και η ταύτιση με τον επαγγελματικό ρόλο παίζουν κρίσιμο ρόλο. Νεότεροι εργαζόμενοι τείνουν να εστιάζουν σε εξωτερικούς δείκτες (π.χ. αποδοχές, ευκαιρίες εξέλιξης), ενώ οι πιο έμπειροι δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αναγνώριση και στην εργασιακή σταθερότητα (Meyer & Allen, 1991). Επιπλέον, η επαγγελματική ταυτότητα —το βαθμό δηλαδή στον οποίο ο εργαζόμενος βιώνει το επάγγελμα ως μέρος της προσωπικής του ταυτότητας— έχει συσχετιστεί με αυξημένη ανθεκτικότητα και ικανοποίηση, ακόμη και υπό συνθήκες πίεσης (Kanungo, 1982).

Στην Ελλάδα, μελέτες δείχνουν ότι η διοικητική ασυνέχεια, οι χαμηλοί μισθοί και οι διαχρονικές ελλείψεις προσωπικού αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες χαμηλής ικανοποίησης, κυρίως σε περιφερειακά νοσοκομεία (Pappa et al., 2006· Tsounis & Sarafis, 2018). Η έρευνα της Pappa και συνεργατών (2006) που αξιοποιεί το εργαλείο SF-36, επισημαίνει χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε ελληνικά νοσοκομεία. Παρόμοια, το Job Satisfaction Survey (JSS) δείχνει ότι η αντίληψη δικαιοσύνης και υποστήριξης από τη διοίκηση είναι από τους ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες για την εργασιακή ικανοποίηση (Spector, 1997· Tsounis & Sarafis, 2018).

Συνοψίζοντας, η εργασιακή ικανοποίηση στον χώρο της υγείας δεν αποτελεί στατικό μέγεθος, αλλά προϊόν πολλαπλών επιπέδων αλληλεπίδρασης. Για να βελτιωθεί, απαιτείται ταυτόχρονη παρέμβαση στη δομή, στις σχέσεις και στην προσωπική ενδυνάμωση των επαγγελματιών.

2.2. Εργαλεία Αποτίμησης (με έμφαση στο JSS)

2.1.1. Επισκόπηση Εργαλείων Μέτρησης Εργασιακής Ικανοποίησης

Η αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης απαιτεί τη χρήση ψυχομετρικά τεκμηριωμένων εργαλείων, ικανών να αποτυπώσουν τις πολλαπλές διαστάσεις της έννοιας. Η επιστημονική κοινότητα έχει αναπτύξει ποικιλία εργαλείων που ανταποκρίνονται σε διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα και ερευνητικές ανάγκες.

Ένα από τα πλέον διαδεδομένα είναι το Job Satisfaction Survey (JSS) του Spector (1997), το οποίο αποτυπώνει εννέα επιμέρους διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης, όπως η αμοιβή, οι συνθήκες εργασίας, η προαγωγή, η φύση της εργασίας και οι σχέσεις με τη διοίκηση. Το JSS είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε δημόσιες υπηρεσίες και οργανισμούς υγείας, λόγω της πολυδιάστατης προσέγγισής του (Tsounis & Sarafis, 2018).

Άλλα αξιόπιστα εργαλεία περιλαμβάνουν τη Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ), που διαφοροποιείται σε εσωτερική και εξωτερική ικανοποίηση (Weiss et al., 1967), και την Job Descriptive Index (JDI), η οποία εστιάζει σε πέντε επιμέρους τομείς, όπως η φύση της εργασίας και οι προϊστάμενοι (Smith et al., 1969). Αυτά τα εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς διεθνώς και παρουσιάζουν υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, με επαναλαμβανόμενες στατιστικές επαληθεύσεις σε διάφορους πληθυσμούς.

Κρίσιμα κριτήρια επιλογής εργαλείου είναι η εσωτερική συνοχή (π.χ., Cronbach's alpha), η σταθερότητα στον χρόνο (test-retest reliability) και η δομική εγκυρότητα. Στην Ελλάδα, το JSS έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί με ικανοποιητικούς δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's $\alpha > 0.80$), γεγονός που το καθιστά κατάλληλο για έρευνες σε υγειονομικό προσωπικό (Tsounis & Sarafis, 2018).

2.2.2. Job Satisfaction Survey (JSS)

Το Job Satisfaction Survey (JSS) είναι ένα από τα πλέον διαδεδομένα ψυχομετρικά εργαλεία για την αποτίμηση της εργασιακής ικανοποίησης, σχεδιασμένο από τον Paul Spector το 1985 και εκτενώς αναλυμένο το 1997. Το JSS βασίζεται στην παραδοχή ότι η εργασιακή ικανοποίηση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, που δεν περιορίζεται σε μία ενιαία συνολική εντύπωση, αλλά διαμορφώνεται μέσα από πολλές διαφορετικές πτυχές της επαγγελματικής εμπειρίας (Spector, 1997).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 δηλώσεις, οργανωμένες σε εννέα θεματικές διαστάσεις, με τέσσερα ερωτήματα ανά διάσταση. Οι διαστάσεις αυτές είναι: (1) Αμοιβή, (2) Προαγωγές, (3) Εποπτεία, (4) Παροχές, (5) Αναγνώριση αποδοτικότητας, (6) Λειτουργικές διαδικασίες, (7) Συνεργασία με συναδέλφους, (8) Φύση της εργασίας και (9) Επικοινωνία. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (1 = Διαφωνώ απόλυτα έως 5 = Συμφωνώ απόλυτα), επιτρέποντας την αξιολόγηση τόσο του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης όσο και των επιμέρους πτυχών.

Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα του JSS είναι η ικανότητά του να εντοπίζει τις πηγές δυσαρέσκειας ή ικανοποίησης με λεπτομέρεια, προσφέροντας ένα εργαλείο χρήσιμο τόσο για ερευνητές όσο και για διοικητικά στελέχη οργανισμών. Επιπλέον, είναι κατάλληλο για χρήση σε δημόσιους οργανισμούς, όπου η τυπική δομή και οι διοικητικές ιδιαιτερότητες απαιτούν πιο εξειδικευμένη μέτρηση (Spector, 1997). Παράλληλα, παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's alpha > 0.70 σε όλες τις διαστάσεις) και έχει αποδειχθεί αξιόπιστο σε διαφορετικά γλωσσικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα.

Ωστόσο, το εργαλείο δεν στερείται περιορισμών. Έχει δεχτεί κριτική για τη σχετική παλαιότητά του και για το γεγονός ότι ορισμένες διαστάσεις του ενδέχεται να μην ανταποκρίνονται στις σύγχρονες εξελίξεις της αγοράς εργασίας, όπως η τηλεργασία ή οι υβριδικές μορφές απασχόλησης. Επίσης, η στατική του μορφή ενδέχεται να μην καταγράφει δυναμικά τις αλλαγές στην εργασιακή εμπειρία, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα υψηλού στρες, όπως τα νοσοκομεία (Lu et al., 2012).

Στην ελληνική πραγματικότητα, το JSS έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί από τους Tsounis και Sarafis (2018), οι οποίοι το εφάρμοσαν σε δείγμα εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Η μελέτη τους επιβεβαίωσε τη δομική εγκυρότητα και την αξιοπιστία του εργαλείου, με ικανοποιητικές τιμές Cronbach's α για όλες τις υποκλίμακες (0.72–0.86). Το ελληνικό JSS χρησιμοποιήθηκε επιτυχώς για την αποτίμηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών σε δημόσια νοσοκομεία, αναδεικνύοντας χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις της διοικητικής αναγνώρισης και της επικοινωνίας —παράγοντες που αναφέρονται συχνά ως κρίσιμοι στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Συνοψίζοντας, το JSS παραμένει ένα χρήσιμο και αξιόπιστο εργαλείο για τη συστηματική καταγραφή της εργασιακής ικανοποίησης. Η προσαρμογή του στην

ελληνική γλώσσα και πραγματικότητα ενισχύει τη χρησιμότητά του στην έρευνα και πρακτική διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας.

2.2.3. Συγκριτική αναφορά με άλλα εργαλεία

Η αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη διαφόρων αξιόπιστων εργαλείων, με τα πιο διαδεδομένα να είναι το Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) και η Warr-Cook-Wall (WCW) Scale. Το MSQ, αναπτυγμένο από τους Weiss et al. (1967), διακρίνει μεταξύ εσωτερικής και εξωτερικής ικανοποίησης και προσφέρει τόσο μακρά όσο και σύντομη μορφή, επιτρέποντας ευελιξία στη χρήση. Η WCW, από την άλλη, επικεντρώνεται κυρίως σε συγκεκριμένες πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως η προαγωγή, οι απολαβές και οι σχέσεις με τη διοίκηση (Warr et al., 1979), προσφέροντας σύντομη αλλά στοχευμένη αποτύπωση.

Σε σύγκριση με αυτά, το Job Satisfaction Survey (JSS) υπερτερεί σε πολυδιάστατη προσέγγιση και καταλληλότητα για δημόσιους οργανισμούς, καθώς εξετάζει εννέα διακριτές διαστάσεις σχετικές με την οργανωσιακή κουλτούρα και τις διοικητικές πρακτικές (Spector, 1997). Επιπλέον, είναι ευρέως επικυρωμένο και διαθέτει ελληνική προσαρμογή (Tsounis & Sarafis, 2018), καθιστώντας το ιδανικό για χρήση στην παρούσα μελέτη, που επικεντρώνεται σε δημόσια νοσοκομεία.

3. Ποιότητα Ζωής

3.1. Θεωρητικό Πλαίσιο

3.1.1. Ορισμός και εννοιολογική προσέγγιση της Ποιότητας Ζωής (QoL) και της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (HRQoL)

Η έννοια της ποιότητας ζωής (Quality of Life – QoL) έχει μακρά θεωρητική και φιλοσοφική ιστορία, όμως μόλις τις τελευταίες δεκαετίες απέκτησε σαφή λειτουργική χρήση στους τομείς της ιατρικής, της δημόσιας υγείας και της πολιτικής υγείας. Αρχικά, η QoL συνδεόταν με την ευδαιμονία, την ικανοποίηση από τη ζωή και την εκπλήρωση των προσωπικών στόχων, χωρίς να υπάρχει ενιαίος μεθοδολογικός ορισμός (Felce & Perry, 1995). Σήμερα, οι περισσότεροι ορισμοί υιοθετούν μια υποκειμενική και πολυδιάστατη προσέγγιση, που ενσωματώνει παραμέτρους όπως η σωματική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, οι κοινωνικές σχέσεις και η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον (WHOQOL Group, 1995).

Στο πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health-Related Quality of Life – HRQoL) αποτελεί ειδικότερη υποκατηγορία της QoL, εστιάζοντας στις επιπτώσεις της υγείας, της ασθένειας και της θεραπείας στη ζωή των ατόμων (CDC, 2018). Η HRQoL δεν αποτιμά μόνο την απουσία ασθένειας, αλλά τη συνολική λειτουργικότητα και ψυχοκοινωνική ευημερία του ατόμου υπό το πρίσμα της υγειονομικής του κατάστασης (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ορίζει την ποιότητα ζωής ως "την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμικού και αξιακού συστήματος στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του" (WHO, 1997, σ. 1). Παρόμοια, το Centers for Disease Control and Prevention (CDC) τονίζει ότι η HRQoL σχετίζεται με τις αναφορές των ατόμων σχετικά με τη σωματική και ψυχική τους υγεία και τις επιδράσεις αυτών στην καθημερινότητά τους (CDC, 2018).

Η διάκριση μεταξύ QoL και HRQoL έχει σημασία τόσο θεωρητικά όσο και μεθοδολογικά. Ενώ η πρώτη αποτελεί ευρύτερη έννοια, η δεύτερη εστιάζει ειδικά στις παραμέτρους της υγείας και της λειτουργικότητας, επιτρέποντας τη χρήση κατάλληλων εργαλείων μέτρησης, όπως το SF-36, σε κλινικά και ερευνητικά περιβάλλοντα (Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2006).

Συνοψίζοντας, η HRQoL αποτελεί κρίσιμο δείκτη για την αξιολόγηση της επίδρασης των υγειονομικών συνθηκών στη ζωή των ατόμων και ειδικά των επαγγελματιών υγείας, των οποίων η ευημερία συχνά υποβαθμίζεται σε παραδοσιακά μοντέλα αξιολόγησης αποτελεσματικότητας.

3.1.2. Θεωρητικά μοντέλα HRQoL

Η κατανόηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (Health-Related Quality of Life – HRQoL) βασίζεται σε θεωρητικά μοντέλα που αποτυπώνουν τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ υγείας, προσωπικής λειτουργικότητας και κοινωνικού περιβάλλοντος. Τα κυρίαρχα μοντέλα —του Wilson & Cleary, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL) και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel— έχουν προσφέρει σημαντική θεωρητική θεμελίωση αλλά και πρακτικές εφαρμογές σε κλινικά, ερευνητικά και διοικητικά περιβάλλοντα.

Το μοντέλο Wilson και Cleary (1995) αποτελεί ένα από τα πρώτα οργανωμένα σχήματα που γεφύρωσαν το χάσμα μεταξύ βιοϊατρικής επιστήμης και κοινωνικών επιστημών. Το μοντέλο αυτό περιγράφει πέντε διαδοχικά επίπεδα: (1) βιολογικές και φυσιολογικές παραμέτρους, (2) συμπτώματα, (3) λειτουργική κατάσταση, (4) υποκειμενική αντίληψη υγείας, και (5) συνολική ποιότητα ζωής. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στους ενδιάμεσους παράγοντες, όπως το κοινωνικό περιβάλλον και τα ατομικά χαρακτηριστικά, οι οποίοι μετριάζουν ή ενισχύουν τη σχέση μεταξύ των επιπέδων αυτών (Ferrans et al., 2005). Χρησιμοποιείται ευρέως σε ποσοτικές μελέτες για τη μέτρηση συσχετίσεων και αιτιακών αλυσίδων, ιδίως σε χρονίως πάσχοντες και σε πληθυσμούς με λειτουργικούς περιορισμούς.

Αντίθετα, το μοντέλο WHOQOL σχεδιάστηκε με σκοπό την διεθνή συγκρισιμότητα και πολιτισμική προσαρμογή. Αναπτύχθηκε με τη συμμετοχή δεκάδων χωρών και περιλαμβάνει έξι βασικές διαστάσεις: σωματική και ψυχολογική υγεία, ανεξαρτησία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον και πνευματικότητα/προσωπικά πιστεύω (WHOQOL Group, 1995). Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στην υποκειμενική αντίληψη της υγείας, αποφεύγοντας τον αποκλειστικά βιοϊατρικό προσδιορισμό. Παράλληλα, καθιστά τη φωνή του ασθενούς κεντρική στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας, ενισχύοντας την προσωποκεντρική προσέγγιση στην υγεία.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (1977) προτείνει ένα ολιστικό πλαίσιο κατανόησης της υγείας και της HRQoL, αναγνωρίζοντας ότι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν αμοιβαία την υγειονομική εμπειρία. Η προσέγγιση αυτή είναι πιο δυναμική, καθώς απορρίπτει την ιεραρχική γραμμικότητα και ενισχύει την έννοια της αλληλεξάρτησης των επιπέδων υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει σημαντικές εφαρμογές στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενών και επαγγελματιών, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα υψηλού στρες, όπως τα νοσοκομεία (Borrell-Carrió et al., 2004).

Η σύγκριση των τριών μοντέλων αποκαλύπτει ουσιώδεις διαφορές αλλά και δυνατότητες συνδυαστικής εφαρμογής. Το μοντέλο Wilson & Cleary είναι ιδανικό για ερευνητικά πρωτόκολλα που βασίζονται σε μετρήσιμες μεταβλητές. Το WHOQOL υπερέχει στην πολιτισμική ευαισθησία και ενσωματώνει τη ποιοτική διάσταση της εμπειρίας του ατόμου. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προβάλλει ως το καταλληλότερο πλαίσιο για κλινικές παρεμβάσεις και συμβουλευτικές πρακτικές, καθώς ενσωματώνει τη συνολική βίωση της υγείας και όχι απλώς την αντικειμενική της μέτρηση.

Συνολικά, τα μοντέλα αυτά δεν λειτουργούν ανταγωνιστικά αλλά συμπληρωματικά. Στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας, των οποίων η HRQoL επηρεάζεται ταυτόχρονα από βιολογικά, ψυχικά και εργασιακά δεδομένα, η υιοθέτηση ενός πολυπαραγοντικού θεωρητικού πλαισίου καθίσταται επιτακτική. Η συνδυαστική αξιοποίηση των τριών μοντέλων προσφέρει τη δυνατότητα πολύπλευρης κατανόησης και παρέμβασης, με στόχο την ενίσχυση της ευημερίας, της επαγγελματικής ικανοποίησης και της ανθεκτικότητας του υγειονομικού προσωπικού.

3.1.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την HRQoL στον υγειονομικό χώρο

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQoL) των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επηρεάζεται από ατομικά χαρακτηριστικά, συνθήκες εργασίας και το ευρύτερο κοινωνικο-οργανωσιακό περιβάλλον. Η συστηματική κατανόηση των παραγόντων που την επηρεάζουν είναι κρίσιμη, καθώς επηρεάζει όχι μόνο την ευημερία των επαγγελματιών αλλά και την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς (Aiken et al., 2012).

Η σωματική και ψυχική υγεία βρίσκεται στον πυρήνα της HRQoL. Οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, είναι εκτεθειμένοι σε σωματική καταπόνηση, όπως μακρές βάρδιες, ορθοστασία, ανεπαρκής ύπνος και ελλιπής διατροφή, παράγοντες που οδηγούν σε αυξημένο σωματικό stress και συχνά σε μυοσκελετικά προβλήματα (Pappa et al., 2006· Ferri et al., 2016). Εξίσου σημαντική είναι η ψυχική επιβάρυνση, η οποία προκύπτει από την έκθεση σε ανθρώπινο πόνο, θάνατο, συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις και υψηλές προσδοκίες. Το αποτέλεσμα είναι η αύξηση της συχνότητας αγχωδών διαταραχών, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μειωμένης ψυχολογικής ανθεκτικότητας (Basu et al., 2017).

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) είναι ένας από τους ισχυρότερους αρνητικούς προβλεπτικούς παράγοντες της HRQoL στον χώρο της υγείας. Η Maslach et al. (2001) περιγράφουν την εξουθένωση ως κατάσταση συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής επίτευξης, με σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην απόδοση όσο και στη συνολική ποιότητα ζωής του επαγγελματία. Η κυκλική εργασία (shift work), κυρίως σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή επείγοντα, επιτείνει το φαινόμενο. Η απορρύθμιση του κερκάδιου ρυθμού λόγω εναλλασσόμενων ωραρίων προκαλεί διαταραχές ύπνου, κόπωση, διαταραχές στη μνήμη και δυσκολία στη συναισθηματική ρύθμιση (Ruggiero, 2003). Σύμφωνα με μελέτες, το μη σταθερό ωράριο και η έλλειψη περιθωρίου ανάπαυσης συνδέονται με χαμηλότερες τιμές HRQoL σε κλίμακες όπως το SF-36 (Tsounis & Sarafis, 2018).

Η κοινωνική στήριξη, τόσο ενδοοργανωσιακή όσο και εξωτερική (π.χ. οικογένεια, φίλοι), παίζει ρόλο ρυθμιστικό απέναντι στο στρες. Ο Theorell και ο Karasek (1996) έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι που λαμβάνουν υποστήριξη έχουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Στο ελληνικό περιβάλλον, η κοινωνική συνοχή στον χώρο εργασίας —συνεργατικό πνεύμα, διαφάνεια, συναδελφικότητα— σχετίζεται άμεσα με την αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση και τη βελτιωμένη HRQoL (Zavras et al., 2016). Αντιθέτως, η απομόνωση, η έλλειψη αναγνώρισης και οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις συμβάλλουν στην επαγγελματική αποξένωση.

Η οργανωσιακή κουλτούρα και οι διοικητικές πρακτικές συνιστούν σημαντικούς διαμορφωτές της HRQoL. Χαμηλή εμπιστοσύνη προς τη διοίκηση, έλλειψη σαφών διαδικασιών, ανεπαρκής ενημέρωση και αίσθηση αδικίας έχουν

αποδειχθεί επιβαρυντικοί παράγοντες (Kaitelidou et al., 2020). Ενδεικτικά, η απουσία ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης και αναγνώρισης των επιτευγμάτων συσχετίζεται με μειωμένη δέσμευση και αυξημένη πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα (Lu et al., 2012).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάλυση της HRQoL στα επαγγέλματα φροντίδας, όπως η νοσηλευτική. Οι επαγγελματίες αυτοί εκτελούν καθημερινά συναισθηματική εργασία, δηλαδή καλούνται να εκφράζουν συναισθήματα φροντίδας και ενσυναίσθησης, ακόμα και σε καταστάσεις εσωτερικής έντασης ή εξάντλησης (Mann, 2005). Η ασυνέπεια μεταξύ πραγματικής και απαιτούμενης συναισθηματικής έκφρασης οδηγεί συχνά σε εσωτερική διάσπαση, κόπωση και μειωμένη HRQoL.

Η ελληνική βιβλιογραφία επιβεβαιώνει τις διεθνείς τάσεις. Σε έρευνες όπου χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο SF-36 σε Έλληνες επαγγελματίες υγείας, παρατηρήθηκαν χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας, της ζωτικότητας και της κοινωνικής λειτουργικότητας, με τις γυναίκες να εμφανίζουν συχνότερα σημάδια ψυχολογικής επιβάρυνσης (Pappa et al., 2006). Αυτά τα ευρήματα τονίζουν τη σημασία της πολιτικής παρέμβασης και της διαμόρφωσης φιλικών προς το προσωπικό υγειονομικών συστημάτων.

Συνοψίζοντας, η HRQoL στον υγειονομικό χώρο είναι προϊόν σύνθετης και πολυεπίπεδης διεργασίας. Η κατανόηση των παραγόντων που την επηρεάζουν πρέπει να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο την υγεία ως ιατρική διάγνωση, αλλά και τις οργανωσιακές δομές, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και την εσωτερική εμπειρία των επαγγελματιών, διαμορφώνοντας έτσι μια πληρέστερη εικόνα για την ευημερία τους.

3.1.4. Επιπτώσεις της χαμηλής HRQoL

Η χαμηλή ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQoL) στους επαγγελματίες υγείας δεν αποτελεί μόνο πρόβλημα ευημερίας, αλλά συνιστά έναν πολυπαραγοντικό κινδυνολογικό παράγοντα που επιδρά αρνητικά στην απόδοση, την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σε επίπεδο ατομικής απόδοσης, η μειωμένη HRQoL σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και δυσκολιών στη συγκέντρωση, γεγονός που επηρεάζει άμεσα τη λειτουργική ικανότητα του εργαζομένου (Lu et al., 2012). Μελέτες έχουν δείξει ότι επαγγελματίες με χαμηλή HRQoL παρουσιάζουν χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση, αυξημένη πρόθεση αποχώρησης και περιορισμένη επαγγελματική εμπλοκή (Bakker & Demerouti, 2007).

Παράλληλα, η HRQoL έχει συνδεθεί με το φαινόμενο του absenteeism — δηλαδή τη συστηματική ή επαναλαμβανόμενη απουσία από την εργασία. Η έλλειψη ενεργειακών πόρων, η σωματική καταπόνηση και η ψυχική εξάντληση οδηγούν πολλούς εργαζόμενους είτε σε βραχυχρόνια άδεια είτε σε μακροχρόνια αδυναμία συμμετοχής, με σοβαρές επιπτώσεις στη στελέχωση των δομών υγείας (Pappa et al., 2006· Zavras et al., 2016).

Οι επιπτώσεις δεν περιορίζονται στον ίδιο τον εργαζόμενο. Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υποβαθμίζεται σημαντικά όταν το προσωπικό εμφανίζει υψηλά επίπεδα άγχους και χαμηλή συναισθηματική διαθεσιμότητα. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως η εξουθένωση και η χαμηλή HRQoL συσχετίζονται με σφάλματα στην κλινική πράξη, μειωμένη ενσυναίσθηση και δυσκολία στην επικοινωνία με τους ασθενείς (Aiken et al., 2012).

Σε αυτό το πλαίσιο, αναδεικνύεται η ανάγκη για θεσμικές παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στη διαμόρφωση υποστηρικτικών εργασιακών περιβαλλόντων. Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν τη διαχείριση του φόρτου εργασίας, την ενίσχυση της διοικητικής αναγνώρισης, την παροχή προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και την ενσωμάτωση πολιτικών ευελιξίας και ισορροπίας επαγγελματικής και προσωπικής ζωής. Η ενίσχυση της HRQoL πρέπει να αναγνωριστεί ως στρατηγικός στόχος για τη βιωσιμότητα και ποιότητα του συστήματος υγείας.

3.2. Εργαλεία Αποτίμησης

3.2.1. Γενική επισκόπηση εργαλείων μέτρησης HRQoL

Η αποτίμηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (HRQoL) προϋποθέτει τη χρήση αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων, ικανών να αποτυπώσουν τις

πολλαπλές διαστάσεις της υγειονομικής εμπειρίας. Μεταξύ των σημαντικότερων εργαλείων καταγραφής HRQoL συγκαταλέγονται τα WHOQOL-BREF, EQ-5D, SF36 και SF-12.

Το WHOQOL-BREF, προϊόν του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις που καλύπτουν τέσσερις τομείς: σωματική υγεία, ψυχολογική κατάσταση, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον (WHOQOL Group, 1995). Διακρίνεται για τη διεθνή του επικύρωση, την πολιτισμική ευαισθησία και την ικανότητά του να προσαρμόζεται σε ποικίλα πολιτισμικά πλαίσια.

Το EQ-5D είναι ένα πιο σύντομο εργαλείο που αξιολογεί πέντε διαστάσεις (κινητικότητα, αυτοφροντίδα, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία, άγχος/κατάθλιψη), μαζί με μία οπτική αναλογική κλίμακα (VAS). Παρά την απλότητά του, χρησιμοποιείται εκτενώς σε οικονομικές αξιολογήσεις και πολιτικές υγείας λόγω της ευκολίας στη χρήση και της συγκρισιμότητας (EuroQol Group, 1990).

Το SF-36 και η συντομευμένη του μορφή, το SF-12, είναι από τα πλέον διαδεδομένα γενικά εργαλεία HRQoL. Το SF-36 αξιολογεί οκτώ διαστάσεις, ενώ το SF-12 παρέχει συγκρίσιμα αποτελέσματα με μικρότερη επιβάρυνση για τον ερωτώμενο (Ware et al., 1992). Και τα δύο έχουν εκτενή ψυχομετρική τεκμηρίωση και χρησιμοποιούνται ευρέως σε κλινικές και ερευνητικές μελέτες.

Η επιλογή εργαλείου πρέπει να λαμβάνει υπόψη την πληρότητα, την ευαισθησία στην αλλαγή, την εγκυρότητα περιεχομένου και την πολιτισμική προσαρμογή. Επιπλέον, κριτήρια όπως ο χρόνος συμπλήρωσης, η συμβατότητα με το δείγμα και ο σκοπός της μελέτης καθορίζουν την καταλληλότητα κάθε εργαλείου.

3.2.2. Το εργαλείο SF-36: δομή, διαστάσεις και εφαρμογές

Το SF-36 (Short Form Health Survey) είναι ένα από τα πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία αποτίμησης της HRQoL, με εφαρμογή τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και σε ειδικές ομάδες, όπως οι επαγγελματίες υγείας. Αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της μελέτης Medical Outcomes Study (Ware & Sherbourne, 1992) και έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί σε πολλές γλώσσες, συμπεριλαμβανομένων των ελληνικών (Pappa et al., 2006).

Το εργαλείο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που οργανώνονται σε οκτώ βασικές κλίμακες (domains): Physical Functioning (PF) - Σωματική λειτουργικότητα, Role Physical (RP) - Περιορισμοί λόγω σωματικής κατάστασης, Bodily Pain (BP) – Πόνος, General Health (GH) - Γενική υγεία, Vitality (VT) - Ζωτικότητα, Social Functioning (SF) - Κοινωνική λειτουργικότητα, Role Emotional (RE) - Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής κατάστασης και Mental Health (MH) - Ψυχική υγεία.

Οι οκτώ κλίμακες ομαδοποιούνται σε δύο σύνθετες διαστάσεις: σωματική και ψυχική υγεία, επιτρέποντας μια συνοπτική αλλά πολυδιάστατη αποτύπωση της HRQoL. Το εργαλείο έχει αποδείξει υψηλή ψυχομετρική εγκυρότητα, με τιμές Cronbach's alpha που συχνά υπερβαίνουν το 0.80 σε όλες τις υποκλίμακες (Ware et al., 1994).

Η χρήση του SF-36 στον υγειονομικό χώρο έχει αυξηθεί σημαντικά, καθώς επιτρέπει την αποτύπωση των επιπτώσεων του επαγγέλματος στην υγεία των εργαζομένων. Σε μελέτες που εφαρμόστηκαν σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οι χαμηλότερες τιμές παρατηρούνται συστηματικά στις κλίμακες της ζωτικότητας, της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής λειτουργικότητας — ένδειξη της επίδρασης του επαγγελματικού στρες και της συναισθηματικής κόπωσης (Pappa et al., 2006· Tsounis & Sarafis, 2018).

Το SF-36 έχει επίσης αξιοποιηθεί σε παρεμβατικές μελέτες, προκειμένου να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα προγραμμάτων υποστήριξης, εργονομικών παρεμβάσεων ή βελτιώσεων στις οργανωσιακές συνθήκες. Η ευαισθησία του εργαλείου στην ανίχνευση αλλαγών με την πάροδο του χρόνου το καθιστά ιδανικό για εφαρμογές στην αξιολόγηση πολιτικών υγείας, ειδικά στο πλαίσιο κρίσεων, όπως η πανδημία COVID-19.

Συνολικά, το SF-36 αποτελεί εργαλείο-κλειδί για τη μελέτη της HRQoL στον χώρο της υγείας, προσφέροντας ισχυρή θεωρητική και εμπειρική βάση για ερευνητική και διοικητική αξιολόγηση.

3.2.3. Ελληνική προσαρμογή του SF-36

Το SF-36 έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα και πολιτισμική πραγματικότητα από την ερευνητική ομάδα των Pappa, Kontodimopoulos και Niakas (2006). Η διαδικασία ακολούθησε τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές για τη διαπολιτισμική προσαρμογή εργαλείων, περιλαμβάνοντας διπλή μετάφραση, οπισθόφραση και πιλοτική εφαρμογή σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του ελληνικού πληθυσμού.

Η μελέτη επικύρωσης επιβεβαίωσε την ψυχομετρική εγκυρότητα και αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης. Οι τιμές του Cronbach's alpha στις περισσότερες υποκλίμακες κυμάνθηκαν από 0.73 έως 0.93, υποδηλώνοντας υψηλή εσωτερική συνοχή. Παράλληλα, οι αναλύσεις παραγοντικής εγκυρότητας έδειξαν καλή προσαρμογή του εργαλείου στη διμερή δομή του (σωματική vs. ψυχική υγεία), παρόμοια με τα διεθνή πρότυπα (Pappa et al., 2006). Τα αποτελέσματα κατέδειξαν χαμηλότερες τιμές στις ψυχολογικές διαστάσεις, κυρίως στις γυναίκες και σε άτομα με χρόνια νοσήματα ή κοινωνική επισφάλεια.

Η εφαρμογή του SF-36 στον ελληνικό χώρο επεκτάθηκε σε μελέτες που αφορούν τόσο τον γενικό πληθυσμό όσο και ειδικές ομάδες, όπως οι επαγγελματίες υγείας. Η χρήση του εργαλείου έχει αποδείξει την ικανότητά του να καταγράφει με ευαισθησία τις επιπτώσεις των εργασιακών και κοινωνικών συνθηκών στην HRQoL, ακόμη και σε περιφερειακά ή υποστελεχωμένα νοσοκομεία (Zavras et al., 2016).

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η ελληνική έκδοση του SF-36 είναι ιδιαίτερα κατάλληλη, καθώς πληροί όλα τα κριτήρια αξιοπιστίας, εγκυρότητας και πολιτισμικής εφαρμοσιμότητας. Επιπλέον, προσφέρει τη δυνατότητα σύγκρισης με υπάρχοντα ελληνικά δεδομένα σε παρόμοιες πληθυσμιακές ομάδες και διευκολύνει την επιστημονική γενίκευση των ευρημάτων για το υγειονομικό προσωπικό της Λάρισας.

4. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

4.1. Ελληνικές Μελέτες

4.1.1. Εργασιακή Ικανοποίηση και Ποιότητα Ζωής Υγειονομικού Προσωπικού σε Δημόσια Νοσοκομεία

Η μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του υγειονομικού προσωπικού έχει απασχολήσει σημαντικά την ελληνική ερευνητική κοινότητα τα τελευταία χρόνια, κυρίως μετά την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις της στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Η εστίαση σε νοσηλευτές, ιατρούς και λοιπό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων αποκαλύπτει έναν σύνθετο συνδυασμό

επαγγελματικών, οργανωσιακών και ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την εργασιακή εμπειρία.

Η μελέτη των Tsounis και Sarafis (2018) αποτέλεσε σταθμό στην αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης στο ελληνικό πλαίσιο, μέσω της επικύρωσης του Job Satisfaction Survey (JSS). Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι βασικές πηγές δυσαρέσκειας ήταν η έλλειψη αναγνώρισης, η αδυναμία επαγγελματικής εξέλιξης και οι προβληματικές σχέσεις με τη διοίκηση. Ταυτόχρονα, υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συσχετίστηκαν με καλές σχέσεις με συναδέλφους και αίσθημα επαγγελματικής ταυτότητας.

Παρόμοια, στη μελέτη των Zavras et al. (2016) εξετάστηκε η επίδραση του μοντέλου προσπάθειας-ανταμοιβής (effort-reward imbalance) στην ποιότητα ζωής και στην επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. Οι ερευνητές ανέδειξαν ότι το υψηλό επίπεδο ανισορροπίας μεταξύ προσπαθειών και ανταμοιβών — όπως μισθός, αναγνώριση, εργασιακή ασφάλεια— συνδέεται άμεσα με χαμηλότερη HRQoL και αυξημένο stress. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν έντονη δυσαρέσκεια κυρίως στους νοσηλευτές και στις γυναίκες εργαζόμενες.

Επιπλέον, αρκετές μεταπτυχιακές εργασίες σε ελληνικά πανεπιστήμια καταγράφουν ευρήματα που συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι η γραφειοκρατία, η έλλειψη συμμετοχικής διοίκησης και ο φόρτος εργασίας λειτουργούν ως ανασταλτικοί παράγοντες στην εργασιακή ικανοποίηση. Οι περισσότεροι ερευνητές υπογραμμίζουν την ανάγκη θεσμικών αλλαγών και ανάπτυξης μηχανισμών υποστήριξης του προσωπικού.

Οι περιφερειακές δομές υγείας, όπως τα νοσοκομεία της Θεσσαλίας και ειδικά της Λάρισας, παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες που επηρεάζουν άμεσα την HRQoL των εργαζομένων. Η γεωγραφική απομόνωση, οι περιορισμένοι πόροι, και το υποστελεχωμένο προσωπικό σε συνδυασμό με αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών επιβαρύνουν σημαντικά την εμπειρία των επαγγελματιών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης του Pappa et al. (2006), που χρησιμοποίησε το εργαλείο SF-36, οι επαγγελματίες σε δημόσια ιδρύματα εμφάνιζαν χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις ψυχικής υγείας και κοινωνικής λειτουργικότητας, ιδιαίτερα σε μονάδες της επαρχίας. Οι γυναίκες και οι νεότεροι σε

ηλικία εργαζόμενοι φάνηκε να είναι πιο ευάλωτοι σε συμπτώματα κόπωσης και χαμηλής ζωτικότητας.

Σε άλλες περιφερειακές μελέτες, όπως σε ιδρύματα της Ανατολικής Μακεδονίας ή της Πελοποννήσου, αναδεικνύονται κοινά μοτίβα: χαμηλή επαγγελματική αναγνώριση, περιορισμένη δυνατότητα εκπαίδευσης και αίσθημα εγκατάλειψης από την κεντρική διοίκηση. Οι δείκτες HRQoL εμφανίζονται σταθερά χαμηλότεροι σε σχέση με μεγάλα αστικά κέντρα όπως η Αθήνα ή η Θεσσαλονίκη (Kaitelidou et al., 2020).

Η περίπτωση της Λάρισας, ως υγειονομικού κόμβου της Θεσσαλίας, προσφέρει ένα αντιπροσωπευτικό πεδίο για την κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει το προσωπικό δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο. Παρά τη σημασία των νοσοκομείων της πόλης, τα δομικά προβλήματα, η αυξημένη πίεση και η περιορισμένη στήριξη καθιστούν την HRQoL των εργαζομένων ευάλωτη και καθοριστική για την αποδοτικότητα του συστήματος.

Πίνακας 1: Σύνοψη ελληνικών μελετών για την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής υγειονομικού προσωπικού

Συγγραφέας & Σκοπός Μελέτης Αποτελέσματα Έτος

Επικύρωση του Job Χαμηλή ικανοποίηση λόγω έλλειψης Satisfaction Survey (JSS) αναγνώρισης, περιορισμένων Tsounis & Sarafis και διερεύνηση προοπτικών εξέλιξης και προβλημάτων (2018) εργασιακής διοίκησης. Θετικές σχέσεις συναδέλφων ικανοποίησης και επαγγελματική ταυτότητα υγειονομικών σχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση.

Διερεύνηση σχέσης Ανισορροπία προσπάθειας–ανταμοιβής effort–reward imbalance σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής, Zavras et al. με HRQoL και αυξημένο στρες και μεγαλύτερη (2016) επαγγελματική επαγγελματική εξουθένωση, ιδιαίτερα εξουθένωση σε νοσηλευτές και γυναίκες.

Χαμηλότερες βαθμολογίες σε ψυχική

Αξιολόγηση HRQoL υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα, Pappa et al. (2006) επαγγελματιών υγείας με κυρίως σε επαγγελματίες περιφέρειας.

χρήση SF-36

Μεγαλύτερη ευαλωτότητα σε γυναίκες και νεότερους εργαζόμενους.

Διερεύνηση

Περιφερειακά νοσοκομεία εμφανίζουν συνθηκών χαμηλότερη HRQoL λόγω

Kaitelidou et al. (2020) εργασίας και ποιότητας περιορισμένων πόρων, μειωμένων ζωής σε ελληνικά ευκαιριών εκπαίδευσης και αίσθησης νοσοκομεία διοικητικής εγκατάλειψης.

Ελληνικές έλλειψη μεταπτυχιακές

Γραφειοκρατία, φόρτος εργασίας και συμμετοχικής διοίκησης Καταγραφή συνθηκών μειώνουν την εργασιακή ικανοποίηση

μελέτες (διάφορα εργασίας στο ΕΣΥ και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα έτη) ζωής.

4.1.2. Εργαλεία Μέτρησης Επαγγελματικής Ικανοποίησης και HRQoL στον Ελληνικό Χώρο

Η χρήση των εργαλείων Job Satisfaction Survey (JSS) και SF-36 Health Survey στον ελληνικό χώρο έχει γνωρίσει αξιοσημείωτη ανάπτυξη, ιδίως τα τελευταία χρόνια, καθώς αυξήθηκε η ανάγκη για αξιόπιστες μετρήσεις της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής στο πλαίσιο του ΕΣΥ.

Το JSS, όπως μεταφράστηκε και επικυρώθηκε από τους Tsounis και Sarafis (2018), αποτελεί το μοναδικό πολυδιάστατο εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης που έχει δοκιμαστεί εκτενώς στον δημόσιο τομέα υγείας στην Ελλάδα. Η μελέτη έδειξε ικανοποιητική εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha > 0.70$ σε όλες τις υποκλίμακες), καθώς και επαρκή διαχωριστική εγκυρότητα, επιτρέποντας την ασφαλή χρήση του εργαλείου σε ποσοτικές μελέτες. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι οι χαμηλότερες βαθμολογίες εντοπίζονται στις διαστάσεις που σχετίζονται με τη διοίκηση, τις παροχές και τις διαδικασίες, ενώ υψηλότερη ικανοποίηση διαπιστώνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Αντίστοιχα, το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αποτίμηση της HRQoL στον ελληνικό πληθυσμό, αλλά και σε ειδικές ομάδες, όπως το νοσηλευτικό

και ιατρικό προσωπικό. Η μελέτη των Pappa et al. (2006) επικύρωσε την ελληνική εκδοχή του εργαλείου, αποδεικνύοντας υψηλή ψυχομετρική αξιοπιστία και καλή εννοιολογική προσαρμογή. Σε εφαρμογές σε νοσοκομειακό προσωπικό, έχουν παρατηρηθεί χαμηλές τιμές στις κλίμακες ψυχικής υγείας, ζωτικότητας και κοινωνικής λειτουργικότητας, αντανακλώντας τις επιπτώσεις της καθημερινής εργασιακής επιβάρυνσης.

Η παράλληλη χρήση των εργαλείων JSS και SF-36 παρέχει μια ολιστική εικόνα της επαγγελματικής εμπειρίας, προσφέροντας πολύτιμα δεδομένα για ερευνητική, διοικητική και πολιτική αξιοποίηση στον χώρο της υγείας.

4.2. Διεθνείς Μελέτες

4.2.1. Διεθνής Εμπειρία: Εργασιακή Ικανοποίηση και HRQoL σε Υγειονομικά Συστήματα

Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας είναι ένας κρίσιμος δείκτης για τη διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ανθρώπινης δυναμικής στον χώρο της υγειονομικής φροντίδας. Σημαντικές συγκριτικές μελέτες έχουν αναδείξει διαφορές μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθώς και μεταξύ χωρών με διαφορετικά συστήματα υγείας.

Σύμφωνα με πολυκεντρική μελέτη σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, οι εργαζόμενοι σε δημόσια νοσοκομεία εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε διαστάσεις όπως αναγνώριση, αμοιβές και δυνατότητες ανέλιξης, αλλά υψηλότερη δέσμευση στην αποστολή του οργανισμού (Aiken et al., 2012). Στον αντίποδα, στον ιδιωτικό τομέα, η εργασιακή ικανοποίηση συχνά αυξάνεται λόγω καλύτερων παροχών και ευέλικτων συνθηκών, αλλά συνυπάρχει με αυξημένη πίεση για απόδοση και παραγωγικότητα (Pfeffer, 2010).

Επιπλέον, το θεσμικό πλαίσιο κάθε χώρας επηρεάζει τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην εργασία τους. Για παράδειγμα, στις σκανδιναβικές χώρες, όπου εφαρμόζονται ανθρωποκεντρικές πολιτικές διοίκησης, καταγράφονται υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και μειωμένοι δείκτες burnout, σε σύγκριση με χώρες

της Νότιας Ευρώπης ή της Ανατολικής Ευρώπης, όπου η γραφειοκρατία και η υποστελέχωση είναι πιο έντονες (Trybou et al., 2014).

Η HRQoL των επαγγελματιών υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης σε πλήθος διεθνών συγκρίσεων. Οι παράγοντες που επηρεάζουν συστηματικά την ποιότητα ζωής τους περιλαμβάνουν το burnout, τη νυχτερινή εργασία, την απουσία αναγνώρισης, και τη φύση της διοικητικής κουλτούρας στον οργανισμό.

Στις ΗΠΑ, η μελέτη των Shanafelt et al. (2015) αποκάλυψε ότι πάνω από το 50% των ιατρών παρουσιάζει σημάδια εξουθένωσης, με αρνητικές συνέπειες στην HRQoL, την απόδοση και την ασφάλεια των ασθενών. Αντίστοιχα, στον Καναδά, οι συνθήκες εργασιακής αστάθειας και η απουσία μηχανισμών στήριξης σχετίζονται με χαμηλές βαθμολογίες στις κλίμακες ψυχικής υγείας του SF-36 (Guille et al., 2017).

Σε χώρες της ΕΕ, μελέτες δείχνουν ότι η κυκλική εργασία (rotating shifts) επηρεάζει αρνητικά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία, προκαλώντας προβλήματα ύπνου, άγχος και κόπωση (Ferri et al., 2016). Η αναγνώριση από τη διοίκηση και η ύπαρξη ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης λειτουργούν ως αντισταθμιστικοί παράγοντες, μειώνοντας την αρνητική επίδραση της επαγγελματικής κόπωσης (Laschinger & Fida, 2015).

Στο σύνολο της διεθνούς βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ότι η HRQoL επηρεάζεται όχι μόνο από ατομικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, ειδικότητα), αλλά κυρίως από οργανωσιακές και συστημικές συνθήκες. Η έλλειψη στήριξης και η υπερβολική απαίτηση για αποδοτικότητα χωρίς ανάλογη ανταμοιβή αποτελούν σταθερούς παράγοντες επιδείνωσης της HRQoL σε όλες τις χώρες (Basu et al., 2017).

Η μελέτη αυτών των διεθνών εμπειριών είναι κρίσιμη για την ελληνική πραγματικότητα, ιδίως σε περιφέρειες όπως η Λάρισα, όπου η επαγγελματική επιβάρυνση είναι υψηλή και η πρόσβαση σε υποστηρικτικούς μηχανισμούς περιορισμένη. Τα διεθνή δεδομένα μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες κατευθύνσεις για θεσμικές παρεμβάσεις, βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ενίσχυση της επαγγελματικής ανθεκτικότητας των υγειονομικών.

Συγγραφέας & Έτος	Σκοπός Μελέτης	Αποτελέσματα
Aiken (2012)	Συγκριτική μελέτη et al. δημόσιο τομέα ικανοποίησης σε 12 ευρωπαϊκές χώρες οργανωσιακή δέσμευση.	Χαμηλότερη ικανοποίηση στον (αμοιβές, αναγνώριση, εργασιακής εξέλιξη), αλλά υψηλότερη
Pfeffer (2010)	Σύγκριση εργασιών δημόσιου-ιδιωτικού τομέα παραγωγικότητας.	Υψηλότερη ικανοποίηση στον ιδιωτικό τομέα λόγω παροχών και ευελιξίας, αλλά αυξημένη πίεση
Συγγραφέας & Έτος	Σκοπός Μελέτης	Αποτελέσματα
(2014)	Διερεύνηση επίδρασης εθνικών πολιτικών υγείας στην ικανοποίηση υγειονομικών	Σκανδιναβικές χώρες εμφανίζουν Trybou et al. χαμηλότερο burnout λόγω ανθρωποκεντρικών πολιτικών.
(2015)	σε ιατρούς στις ΗΠΑ απόδοση και ασφάλεια ασθενών.	Πάνω από 50% εμφάνισε εξουθένωση, με επιπτώσεις σε ποιότητα ζωής,
(2017)	Επίδραση εργασιακής αστάθειας στην HRQoL συνδέονται με χαμηλή ψυχική υγεία	Guille et al.
(2016)	στον Καναδά (SF-36). Επιπτώσεις κυκλικής εργασίας σε επαγγελματίες κόπωση, διαταραχές ύπνου και υγείας	και μειωμένη HRQoL. Ferrri et al.
Laschinger Fida (2015)	Ρόλος & υποστήριξης βελτιώνουν επαγγελματικής ανάπτυξης	διοικητικής Αναγνώριση και ευκαιρίες εξέλιξης και μειώνουν burnout και εργασιακή ικανοποίηση.

Συστηματική διερεύνηση Η έλλειψη στήριξης και η υπερβολική Basu et al. παραγόντων HRQoL σε απαίτηση απόδοσης επιδεινώνουν την (2017) επαγγελματίες υγείας ποιότητα ζωής διεθνώς.

4.2.2. Παρεμβάσεις και Στρατηγικές Βελτίωσης της HRQoL σε Διεθνές Επίπεδο

Η αυξανόμενη αναγνώριση της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας (HRQoL) ως παράγοντα κλειδί για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη πλήθους παρεμβατικών μελετών και στρατηγικών πολιτικής σε διεθνές επίπεδο. Οι παρεμβάσεις αυτές επιδιώκουν να ενισχύσουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία των εργαζομένων, με όρους τόσο πρόληψης όσο και αποκατάστασης.

Η αξιολόγηση των παρεμβάσεων βασίζεται κυρίως σε πολυδιάστατα εργαλεία HRQoL, όπως το SF-36 και το WHOQOL-BREF. Το SF-36 χρησιμοποιείται συχνά για να μετρηθούν οι επιπτώσεις από προγράμματα ενίσχυσης της ψυχοκοινωνικής υγείας, βελτιώσεις στις συνθήκες εργασίας ή παρεμβάσεις εργονομίας. Για παράδειγμα, σε κλινικές μελέτες στην Ολλανδία και στον Καναδά, έχει παρατηρηθεί βελτίωση στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας και της ζωτικότητας, μετά την εφαρμογή συστηματικών ομάδων υποστήριξης και μείωσης των υπερωριών (Basu et al., 2017· Laschinger & Fida, 2015).

Αντίστοιχα, το WHOQOL-BREF αξιοποιείται κυρίως για την αποτύπωση πολιτισμικά ευαίσθητων μεταβολών, σε χώρες με μεταναστευτικό προσωπικό ή πολυπολιτισμικό εργασιακό περιβάλλον. Οι εφαρμογές του επιβεβαιώνουν ότι η διοικητική αναγνώριση, η ευελιξία στο ωράριο και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων συνδέονται με ουσιαστική βελτίωση της HRQoL.

Σε επίπεδο πολιτικής υγείας, διεθνείς οργανισμοί όπως ο WHO και η OECD προτείνουν πλέον πολυτομεακές στρατηγικές πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι προσεγγίσεις αυτές περιλαμβάνουν: Ενσωμάτωση δεικτών HRQoL σε αξιολογήσεις ποιότητας φροντίδας, αναδιοργάνωση των εργασιακών βαρδιών, εφαρμογή προγραμμάτων ηγεσίας που ενισχύουν την υποστηρικτική κουλτούρα και παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ψυχολογικής ενδυνάμωσης.

Παρεμβάσεις σε χώρες όπως η Σουηδία και η Γερμανία έχουν δείξει ότι όταν οι πολιτικές φροντίδας του προσωπικού συνδέονται με δεσμευτικούς δείκτες HRQoL, οι επιδόσεις των μονάδων υγείας βελτιώνονται αισθητά σε όρους ποιότητας και ασφάλειας (Trybou et al., 2014· WHO, 2019).

Συνολικά, οι παρεμβατικές μελέτες αναδεικνύουν ότι η βελτίωση της HRQoL δεν είναι ζήτημα ατομικής διαχείρισης, αλλά ζήτημα συστημικής πολιτικής. Τα διεθνή παραδείγματα μπορούν να προσφέρουν κρίσιμες κατευθύνσεις και για το ελληνικό σύστημα, ιδιαίτερα σε περιφέρειες με έντονα δομικά προβλήματα, όπως η Λάρισα. Τα παραπάνω συγκεντρωτικά αναφέρονται στο πίνακα που εντοπίζεται στο Παράρτημα Α.

5. Μεθοδολογία

5.1. Σκοπός έρευνας – Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής του υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται στα δύο δημόσια νοσοκομεία της Λάρισας (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας). Η μελέτη αποσκοπεί στην αποτύπωση των συνθηκών εργασίας, των παραγόντων που επηρεάζουν την επαγγελματική εμπειρία, καθώς και των συσχετίσεων ανάμεσα σε κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, εργασιακές παραμέτρους και δείκτες ψυχοκοινωνικής ευημερίας.

Ειδικότερα, επιδιώκεται:

1. Η καταγραφή του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας, μέσα από τη χρήση του ψυχομετρικού εργαλείου *JobSatisfactionSurvey (JSS)*.
2. Η αποτίμηση της ποιότητας ζωής του υγειονομικού προσωπικού με τη χρήση του *SF-36 Health Survey*, το οποίο αξιολογεί σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις.

3. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής, με στόχο να αναδειχθεί σε ποιον βαθμό η επαγγελματική εμπειρία επηρεάζει την προσωπική και κοινωνική ευημερία.
4. Η ανάλυση των διαφοροποιήσεων στα επίπεδα ικανοποίησης και ποιότητας ζωής σε συνάρτηση με δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, έτη υπηρεσίας, κατηγορία προσωπικού, τμήμα εργασίας).
5. Η ανάδειξη κρίσιμων οργανωσιακών και διοικητικών παραγόντων που λειτουργούν είτε ως ενισχυτικοί είτε ως επιβαρυντικοί στη διαμόρφωση της εμπειρίας του προσωπικού.

Η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να προσφέρει χρήσιμα ερευνητικά δεδομένα που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν τόσο για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και της επαγγελματικής ευημερίας των υγειονομικών, όσο και για τον στρατηγικό σχεδιασμό πολιτικών που αφορούν τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα του δημόσιου συστήματος υγείας στη Θεσσαλία.

5.2. Ερευνητικά Ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής του υγειονομικού προσωπικού των δύο δημόσιων νοσοκομείων της Λάρισας. Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται (JSS και SF-36), τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται ως εξής:

1. Ποιο είναι το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας (ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού) στα δύο νοσοκομεία;
2. Πώς αξιολογείται η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, στις διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας;
3. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής των υγειονομικών;
4. Παρατηρούνται διαφορές στα επίπεδα ικανοποίησης και ποιότητας ζωής ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) και επαγγελματικούς παράγοντες (ειδικότητα, έτη προϋπηρεσίας, εργασιακός χώρος);

5. Ποιοι είναι οι βασικοί προβλεπτικοί παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής στο υγειονομικό προσωπικό;

Η διατύπωση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων επιτρέπει την ολιστική αποτύπωση της επαγγελματικής εμπειρίας των υγειονομικών, καθώς και την κατανόηση κρίσιμων οργανωσιακών παραμέτρων που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική τους ευημερία.

5.3. Μέθοδος και Υλικό

5.3.1. Δείγμα μελέτης – Πληθυσμός μελέτης – Μέθοδος δειγματοληψίας

Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης αποτελείται από το υγειονομικό προσωπικό που εργάζεται σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Λάρισας, το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται επαγγελματίες υγείας από διαφορετικές ειδικότητες, όπως ιατροί, νοσηλευτές και λοιπό παραϊατρικό προσωπικό. Η επιλογή των δύο συγκεκριμένων νοσοκομείων έγινε με κριτήριο την αντιπροσωπευτικότητά τους στον τοπικό πληθυσμό, καθώς εξυπηρετούν μεγάλο αριθμό ασθενών και συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο μέρος του υγειονομικού προσωπικού της Περιφέρειας Θεσσαλίας.

Ο συνολικός αριθμός του προσωπικού που θα μπορούσε να συμμετάσχει στην έρευνα αντιστοιχεί στον πληθυσμό-στόχο. Ωστόσο, λόγω πρακτικών περιορισμών (διαθεσιμότητα, χρόνος, φόρτος εργασίας), επιλέχθηκε η χρήση δείγματος. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική, με σαφή ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο μέσω φόρμας Google, γεγονός που διευκόλυνε την προσβασιμότητα και επέτρεψε τη συλλογή μεγάλου όγκου δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), καθώς τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά σε όσους επαγγελματίες είχαν τη δυνατότητα και τη διάθεση να συμμετάσχουν. Αν και η μέθοδος αυτή παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς ως προς τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε έρευνες στον χώρο της υγείας, όπου

συχνά υπάρχουν περιορισμοί πρόσβασης και υψηλές απαιτήσεις χρόνου (Etikan, Musa, & Alkassim, 2016).

Το τελικό δείγμα αποτελείται από XXX συμμετέχοντες (θα συμπληρωθεί ο αριθμός από το αρχείο απαντήσεων), οι οποίοι κατανέμονται σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Συλλέχθηκαν επίσης βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως φύλο, ηλικιακή ομάδα, οικογενειακή κατάσταση, έτη προϋπηρεσίας και τμήμα εργασίας, προκειμένου να εξεταστούν πιθανές διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις. Η ανάλυση των δημογραφικών παραμέτρων είναι κρίσιμη, καθώς προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και η επαγγελματική εμπειρία σχετίζονται άμεσα με την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής (Luetal., 2012· Ayalewetal., 2019).

Για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το JobSatisfactionSurvey (JSS), ένα ψυχομετρικό εργαλείο που αναπτύχθηκε από τον Spector (1997) και έχει εφαρμοστεί εκτενώς σε έρευνες σχετικές με επαγγελματική ικανοποίηση σε διάφορους κλάδους, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών υγείας. Το εργαλείο αξιολογεί εννέα διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης, όπως η αμοιβή, οι δυνατότητες προαγωγής, οι παροχές, οι σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους, καθώς και οι συνθήκες εργασίας.

Η ποιότητα ζωής διερευνήθηκε με τη χρήση του SF-36 Health Survey, ενός από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευημερίας (Ware&Sherbourne, 1992). Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί οκτώ διαστάσεις της υγείας, μεταξύ των οποίων η σωματική λειτουργικότητα, η ψυχική υγεία, ο σωματικός πόνος, η κοινωνική λειτουργικότητα και η γενική αντίληψη για την υγεία.

Η επιλογή των συγκεκριμένων εργαλείων βασίζεται στην αξιοπιστία και εγκυρότητά τους, όπως έχει τεκμηριωθεί σε προηγούμενες ερευνητικές μελέτες στον χώρο της υγείας (Yunusetal., 2019). Παράλληλα, η χρήση διεθνώς αναγνωρισμένων εργαλείων επιτρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με αντίστοιχες μελέτες άλλων χωρών, προσδίδοντας μεγαλύτερη αξία και ερμηνευτική ισχύ στα ευρήματα της έρευνας.

Τέλος, η παρούσα μελέτη συμμορφώθηκε με τις βασικές αρχές της έρευνας με ανθρώπινους συμμετέχοντες, ακολουθώντας τις οδηγίες της Διακήρυξης του Ελσίνκι (World Medical Association, 2013). Η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική, ενώ δόθηκε έμφαση στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

Συνοψίζοντας, το δείγμα μελέτης συγκροτήθηκε από υγειονομικό προσωπικό των δύο μεγαλύτερων δημόσιων νοσοκομείων της Λάρισας, με χρήση δειγματοληψίας ευκολίας, και αξιολογήθηκε μέσω δύο διεθνώς αναγνωρισμένων εργαλείων. Η μεθοδολογική αυτή προσέγγιση θεωρείται κατάλληλη για την επίτευξη των ερευνητικών στόχων, ενώ ταυτόχρονα παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την επαγγελματική εμπειρία και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού-στόχου.

5.3.2. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), έκδοση XX (θα συμπληρωθεί). Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική, προκειμένου να παρουσιαστούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και να υπολογιστούν βασικοί δείκτες (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ποσοστά).

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές και μη παραμετρικές μέθοδοι για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ ομάδων, όπως το t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), καθώς και οι έλεγχοι Mann–Whitney U και Kruskal–Wallis, όπου δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας.

Για τη μελέτη των συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών εφαρμόστηκαν συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman, ανάλογα με τη μορφή των δεδομένων. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για την ανάδειξη προβλεπτικών παραγόντων που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

Η ανάλυση αυτή επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής του υγειονομικού

προσωπικού, καθώς και την αναγνώριση κρίσιμων παραγόντων που επηρεάζουν τις δύο μεταβλητές.

6. Αποτελέσματα

6.1. Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από συνολικά 80 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 40 (50%) είναι γυναίκες και οι 40 (50%) άνδρες, γεγονός που διασφαλίζει ισορροπημένη εκπροσώπηση ως προς το φύλο.

Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή, η μεγαλύτερη ομάδα αφορά άτομα ηλικίας 26–35 ετών (36,2%), ενώ ακολουθούν οι ηλικιακές κατηγορίες 36–45 ετών (21,2%), 46–55 ετών (20%), 18–25 ετών (11,3%) και τέλος 56 ετών και άνω (11,3%). Η πλειονότητα, συνεπώς, ανήκει στη νεότερη και μέσης ηλικίας επαγγελματική ομάδα, στοιχείο που αντικατοπτρίζει το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων.

Σε επίπεδο ειδικότητας, το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την πολυπληθέστερη κατηγορία (37,5%), ακολουθούμενο από το ιατρικό προσωπικό (27,5%), το διοικητικό προσωπικό (20%) και το εργαστηριακό προσωπικό (15%). Η κατανομή αυτή καταδεικνύει ότι η έρευνα καλύπτει επαρκώς τους βασικούς επαγγελματικούς κλάδους των νοσοκομείων.

Ως προς την εργασιακή εμπειρία, το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά επαγγελματίες με 0–5 έτη υπηρεσίας (37,5%), ενώ σημαντική είναι και η παρουσία των κατηγοριών

με 6–10 έτη (23,7%) και 21–25 έτη (12,5%). Οι υπόλοιπες κατηγορίες εμφανίζονται σε μικρότερα ποσοστά, γεγονός που αποτυπώνει την ύπαρξη τόσο νέων εργαζομένων όσο και πιο έμπειρων στελεχών.

Τέλος, ως προς το νοσοκομείο απασχόλησης, 45 άτομα (56,2%) εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, ενώ 35 άτομα (43,8%) στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Η σχετική ισορροπία επιτρέπει τη συγκριτική αποτίμηση των δύο οργανισμών.

Συνολικά, τα παραπάνω χαρακτηριστικά επιβεβαιώνουν ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του υγειονομικού προσωπικού των δύο νοσοκομείων, καθώς καλύπτει ισόρροπα φύλο, ηλικιακές ομάδες, επαγγελματικές κατηγορίες και επίπεδα εμπειρίας. Η ποικιλομορφία αυτή προσδίδει αξιοπιστία στα ευρήματα της έρευνας, καθώς διευκολύνει την ανάλυση διαφοροποιήσεων με βάση κοινωνικο-δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες.

Πίνακας 3: Δημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Μεταβλητή	Κατηγορία	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Γυναίκα	40	50,0
	Άνδρας	40	50,0
Ηλικία	18–25	9	11,3
	26–35	29	36,2
	36–45	17	21,2
	46–55	16	20,0
	56 και άνω	9	11,3
Ειδικότητα	Νοσηλευτικό προσωπικό	30	37,5
	Ιατρικό προσωπικό	22	27,5
	Διοικητικό προσωπικό	16	20,0
	Εργαστηριακό προσωπικό	12	15,0
Έτη προϋπηρεσίας	0–5	30	37,5

	6–10	19	23,7
	11–15	9	11,3
	16–20	6	7,5
	21–25	10	12,5
	26 και άνω	6	7,5
Νοσοκομείο	Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας	45	56,2
εργασίας	Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας	Γενικό 35	43,8

6.2. Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction Survey – JSS)

6.2.1. Περιγραφική στατιστική συνολικής εργασιακής ικανοποίησης

Η εργασιακή ικανοποίηση του υγειονομικού προσωπικού αξιολογήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου JobSatisfactionSurvey (JSS).

Ο συνολικός δείκτης εργασιακής ικανοποίησης προέκυψε από τον μέσο όρο των απαντήσεων όλων των ερωτήσεων του εργαλείου.

Ο μέσος όρος της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης ήταν $M.O. = 3,19$ με $T.A. = 0,84$, σε κλίμακα από 1 έως 6.

6.2.2. Περιγραφική ανάλυση υποκλιμάκων εργασιακής ικανοποίησης (JSS)

Στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζονται οι μέσοι όροι (M.O.) και οι τυπικές αποκλίσεις (T.A.) για καθεμία από τις εννέα υποκλίμακες του JSS.

Πίνακας 4: Περιγραφική στατιστική υποκλιμάκων εργασιακής ικανοποίησης (JSS)

Υποκλίμακα JSS	M.O.	T.A.
Αμοιβή	2,88	0,63
Προαγωγές	2,80	1,23
Εποπτεία	3,76	1,17
Παροχές	2,77	1,25

Αναγνώριση	2,88	1,19
Λειτουργικές διαδικασίες	2,97	0,80
Σχέσεις με συναδέλφους	3,56	1,23
Φύση της εργασίας	3,89	1,22
Επικοινωνία	3,26	1,13
Συνολική εργασιακή ικανοποίηση	3,19	0,84

(Κλίμακα βαθμολόγησης: 1 = Διαφωνώ απόλυτα έως 6 = Συμφωνώ απόλυτα)

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στους μέσους όρους των επιμέρους διαστάσεων της εργασιακής ικανοποίησης. Οι τιμές των υποκλιμάκων κυμαίνονται από Μ.Ο. = 2,77 έως Μ.Ο. = 3,89, αποτυπώνοντας διαφορετικές πτυχές της εργασιακής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

6.3. Ποιότητα Ζωής του Υγειονομικού Προσωπικού (SF-36)

Η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων αξιολογήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου Short Form-36 Health Survey (SF-36), το οποίο αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο και ψυχομετρικά τεκμηριωμένο εργαλείο μέτρησης της αντιλαμβανόμενης κατάστασης υγείας.

Το SF-36 περιλαμβάνει οκτώ επιμέρους διαστάσεις που αποτυπώνουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής. Οι διαστάσεις αυτές είναι: η Σωματική Λειτουργικότητα, ο Ρόλος – Σωματικός, ο Σωματικός Πόνος, η Γενική Υγεία, η Ζωτικότητα, η Κοινωνική Λειτουργικότητα, ο Ρόλος – Συναισθηματικός και η Ψυχική Υγεία.

Η βαθμολόγηση των απαντήσεων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με το επίσημο πρωτόκολλο βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου SF-36, με τις τιμές των επιμέρους κλιμάκων να μετατρέπονται σε κλίμακα από 0 έως 100, όπου οι υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι (Μ.Ο.) και οι τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) για καθεμία από τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής του δείγματος.

Πίνακας 5: Περιγραφική στατιστική διαστάσεων ποιότητας ζωής (SF-36) (N=80)

Διάσταση Ποιότητας Ζωής (SF-36)	M.O.	T.A.
36)		
Σωματική λειτουργικότητα	68,17	24,41
Ρόλος – Σωματικός	60,00	42,21
Σωματικός πόνος	63,38	27,51
Γενική υγεία	55,81	25,14
Ζωτικότητα	39,63	18,91
Κοινωνική λειτουργικότητα	65,69	25,97
Ρόλος – Συναισθηματικός	61,25	42,91
Ψυχική υγεία	56,30	24,12

(Κλίμακα 0–100, υψηλότερες τιμές = καλύτερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής.)

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στις τιμές των επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας ζωής, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες βιώνουν διαφορετικά επίπεδα σωματικής και ψυχικής ευεξίας. Οι διακυμάνσεις στους μέσους όρους των κλιμάκων αντικατοπτρίζουν τις ποικίλες εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού τόσο σε σχέση με τη λειτουργικότητα και τη σωματική υγεία όσο και με την ψυχική κατάσταση και την κοινωνική του λειτουργία.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων περιορίζεται στην περιγραφική ανάλυση των δεδομένων, χωρίς ερμηνευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες θα αναπτυχθούν διεξοδικά στην ενότητα της συζήτησης.

6.4. Συσχέτιση Εργασιακής Ικανοποίησης και Ποιότητας Ζωής

6.4.1. Συσχέτιση συνολικής εργασιακής ικανοποίησης (JSS) με διαστάσεις ποιότητας ζωής (SF-36)

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης. Ειδικότερα, εξετάστηκε η συσχέτιση του συνολικού σκορ εργασιακής ικανοποίησης (JSS) με τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως αυτές προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο SF-36.

Ανάλογα με την κανονικότητα των κατανομών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (r). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης με τον συντελεστή Pearson (r), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$. Εξετάστηκε η σχέση της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης (JSS) με τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής (SF-36).

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν **θετικές συσχετίσεις** μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και όλων των διαστάσεων της ποιότητας ζωής, με ισχυρότερες συσχετίσεις στις διαστάσεις της **Ζωτικότητας**, της **Ψυχικής Υγείας** και της **Γενικής Υγείας**.

Πίνακας 6: Συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης (JSS) με διαστάσεις ποιότητας ζωής (SF-36)

Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής (SF-36)	r	p
Σωματική λειτουργικότητα	0,30	0,007
Ρόλος – Σωματικός	0,27	0,015
Σωματικός πόνος	0,34	0,003
Γενική υγεία	0,41	<0,001
Ζωτικότητα	0,46	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,38	0,001
Ρόλος – Συναισθηματικός	0,29	0,010

Ψυχική υγεία		0,44	<0,001
Σημείωση:	Στατιστικός έλεγχος:	Pearson	correlation
coefficient	(r).	Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$	

(two-tailed).

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4, η εργασιακή ικανοποίηση εμφανίζει θετικές συσχετίσεις με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με στατιστικά σημαντικές σχέσεις στις διαστάσεις της γενικής υγείας, ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας. Η ερμηνεία των ευρημάτων αναπτύσσεται στην ενότητα της συζήτησης.

Φυσικά χρειάζεται αναλυτικότερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

6.5. Ερμηνεία ευρημάτων σχετικά με την ποιότητα ζωής

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σκιαγραφούν μια πολυδιάστατη εικόνα της ποιότητας ζωής (HRQoL) του υγειονομικού προσωπικού, η οποία φαίνεται να διαμορφώνεται από τη δυναμική αλληλεπίδραση επαγγελματικών απαιτήσεων, οργανωσιακών συνθηκών και ψυχοκοινωνικών διεργασιών. Ιδιαίτερη βαρύτητα φαίνεται να έχουν οι διαστάσεις που σχετίζονται με τη ζωτικότητα και την ψυχική ευεξία, εύρημα που είναι αναμενόμενο σε επαγγέλματα υψηλής συναισθηματικής εμπλοκής, όπως ο χώρος της υγείας, όπου η καθημερινή έκθεση σε επείγοντα περιστατικά, ανθρώπινο πόνο και αυξημένη ευθύνη λειτουργεί ως χρόνιος στρεσογόνος παράγοντας.

Η παρατηρούμενη επιβάρυνση σε δείκτες ψυχικής υγείας και ζωτικότητας μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία συνδέεται με συναισθηματική εξάντληση, μειωμένα αποθέματα ενέργειας και σταδιακή φθορά της ψυχολογικής ανθεκτικότητας (Maslach & Leiter, 2016). Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η εξουθένωση δεν αποτελεί μόνο ατομικό βίωμα, αλλά επηρεάζει και την επαγγελματική λειτουργικότητα, με συνέπειες σε δείκτες ευεξίας και ενίοτε σε παραμέτρους ασφάλειας της φροντίδας (Shanafelt et al., 2015). Επιπλέον, σε επίπεδο θεωρητικής ερμηνείας, η προσέγγιση Job Demands–Resources (JD-R) υποστηρίζει ότι οι υψηλές απαιτήσεις (φόρτος, συναισθηματική εργασία, χρονική πίεση) οδηγούν σε εξάντληση, όταν δεν αντισταθμίζονται από επαρκείς πόρους (υποστήριξη, αυτονομία, αναγνώριση, δίκαιες διαδικασίες). Έτσι, η μειωμένη ζωτικότητα και η επιβάρυνση της ψυχικής υγείας μπορούν να ιδωθούν ως “αποτύπωμα”

μιας παρατεταμένης ανισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και διαθέσιμων πόρων στο εργασιακό πλαίσιο.

Παράλληλα, οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αφορούν τη σωματική λειτουργικότητα και τον σωματικό ρόλο εμφανίζουν ηπιότερη αλλά υπαρκτή επιβάρυνση. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τις αυξημένες σωματικές απαιτήσεις της νοσοκομειακής εργασίας (παρατεταμένη ορθοστασία, διαχείριση μετακινήσεων/ανυψώσεων, ακανόνιστες βάρδιες), οι οποίες έχουν συσχετιστεί με μυοσκελετική επιβάρυνση και σωματική κόπωση. Ιδίως, συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν καταδείξει ότι εργασιακοί παράγοντες αποτελούν σημαντικούς κινδύνους για μυοσκελετικές διαταραχές. Επιπλέον, διαχρονικά δεδομένα σε νοσηλευτικούς πληθυσμούς δείχνουν ότι χαρακτηριστικά προγράμματος εργασίας (π.χ. πολύωρα ωράρια, off-shifts, εργασία σε ρεπό/χωρίς διαλείμματα, υπερωρίες) αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μυοσκελετικών προβλημάτων. Η σωματική διάσταση, επομένως, δεν είναι ανεξάρτητη από το εργασιακό πλαίσιο, αλλά αντανακλά τη συστηματική καταπόνηση που επιβάλλει η καθημερινή κλινική πρακτική.

Η γενική αντίληψη της υγείας φαίνεται να λειτουργεί ως «συνθετικός» δείκτης, ο οποίος ενσωματώνει σωματικές εμπειρίες, ψυχολογική κατάσταση και την υποκειμενική αίσθηση λειτουργικότητας. Η σημασία αυτού του δείκτη ενισχύεται από το θεωρητικό πλαίσιο του SF-36, όπου η γενική υγεία αντανακλά μια συνολική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας και της καθημερινής επίδρασής της στη ζωή του ατόμου. Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα ζωής των υγειονομικών επαγγελματιών δεν μπορεί να εξεταστεί αποκομμένα από τις οργανωσιακές συνθήκες και το επίπεδο υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς οι τελευταίοι παράγοντες μπορούν να επιδρούν τόσο στη ψυχική όσο και στη σωματική ευεξία.

Συνολικά, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι η HRQoL του υγειονομικού προσωπικού αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται από τη συνεχή αλληλεπίδραση απαιτήσεων, πόρων, ψυχολογικών διεργασιών και σωματικής καταπόνησης. Η κατανόηση αυτών των παραμέτρων είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων (π.χ. ενίσχυση υποστηρικτικών πόρων, βελτίωση προγραμματισμού βαρδιών, πολιτικές πρόληψης εξουθένωσης), με στόχο όχι μόνο τη βελτίωση της ευεξίας, αλλά και τη διατήρηση της επαγγελματικής βιωσιμότητας του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας.

6.6. Σχέση εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής στην παρούσα μελέτη ανέδειξε τη στενή αλληλεξάρτηση των δύο εννοιών στο πλαίσιο της επαγγελματικής ζωής των υγειονομικών επαγγελματιών. Η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να λειτουργεί όχι μόνο ως δείκτης αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος, αλλά και ως ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ευεξία, τη λειτουργικότητα και την ψυχοσωματική υγεία των εργαζομένων.

Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν θετική συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης με πολλαπλές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα με τη ζωτικότητα, την ψυχική υγεία και τη γενική αντίληψη υγείας. Η εικόνα αυτή συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης συνδέονται με καλύτερη ψυχική ευεξία, αυξημένα επίπεδα ενέργειας και θετικότερη αξιολόγηση της συνολικής υγείας (Faragher, Cass, & Cooper, 2005). Η συσχέτιση αυτή φαίνεται να υποδηλώνει ότι η εμπειρία της εργασίας επηρεάζει όχι μόνο την επαγγελματική στάση των εργαζομένων, αλλά και την ευρύτερη ποιότητα της καθημερινής τους ζωής.

Η σχέση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από το θεωρητικό πλαίσιο του εργασιακού στρες και ειδικότερα το μοντέλο Job Demands–Resources, σύμφωνα με το οποίο ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον με επαρκείς πόρους (όπως αναγνώριση, επαγγελματική αυτονομία, συνεργασία και δίκαιη διοίκηση) λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχολογική καταπόνηση (Bakker & Demerouti, 2017). Αντίθετα, η έλλειψη τέτοιων πόρων μπορεί να ενισχύσει το στρες, να μειώσει την ικανοποίηση από την εργασία και να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής.

Ιδιαίτερα σημαντική φαίνεται η σχέση της εργασιακής ικανοποίησης με τις ψυχικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Έρευνες έχουν δείξει ότι χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και επαγγελματικής εξουθένωσης, ειδικά στον χώρο της υγείας όπου οι συναισθηματικές απαιτήσεις είναι υψηλές (Shanafelt et al., 2015· Maslach & Leiter, 2016). Αντίθετα, υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία φαίνεται να ενισχύει

την ψυχολογική ανθεκτικότητα, τη συναισθηματική σταθερότητα και τη συνολική ψυχική ευεξία των επαγγελματιών υγείας.

Παράλληλα, η συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης με σωματικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής υποδηλώνει ότι οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες της εργασίας μπορούν να επηρεάσουν και τη σωματική λειτουργικότητα των εργαζομένων. Το χρόνιο εργασιακό στρες και η δυσαρέσκεια από το εργασιακό περιβάλλον έχουν συνδεθεί με σωματικά συμπτώματα, μυοσκελετικές ενοχλήσεις και αυξημένη σωματική κόπωση, ιδιαίτερα σε επαγγέλματα με υψηλές φυσικές απαιτήσεις όπως η υγειονομική φροντίδα (da Costa & Vieira, 2010). Συνεπώς, η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει συνολικά την εμπειρία της εργασίας, τόσο σε ψυχικό όσο και σε σωματικό επίπεδο.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την άποψη ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής των υγειονομικών επαγγελματιών. Η ενίσχυση της οργανωσιακής υποστήριξης, η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και η ανάπτυξη ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά όχι μόνο στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης, αλλά και στη συνολική ευεξία, ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας.

7. Συζήτηση

7.1. Σύνοψη βασικών ευρημάτων

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής του υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται σε νοσοκομεία της Λάρισας, με στόχο την αποτύπωση της συνολικής εικόνας της επαγγελματικής και προσωπικής ευεξίας των συμμετεχόντων. Μέσα από τη χρήση έγκυρων και αξιόπιστων ερευνητικών εργαλείων, καταγράφηκαν τόσο οι αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με το εργασιακό τους περιβάλλον όσο και οι διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής τους υγείας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται με πολλαπλές πτυχές της ποιότητας ζωής. Ειδικότερα, διαφαίνεται ότι η εργασιακή εμπειρία των υγειονομικών σχετίζεται όχι μόνο με ψυχολογικές διαστάσεις, όπως η ψυχική ευεξία και η ζωτικότητα, αλλά και με σωματικές πτυχές της καθημερινής λειτουργικότητας και της γενικής κατάστασης υγείας. Συνολικά, τα ευρήματα αναδεικνύουν τη σημασία της εργασιακής ικανοποίησης ως βασικού παράγοντα που επηρεάζει την ευρύτερη ποιότητα ζωής του υγειονομικού προσωπικού.

7.2. Ερμηνεία ευρημάτων σχετικά με την ποιότητα ζωής

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σκιαγραφούν μια πολυδιάστατη εικόνα της ποιότητας ζωής (HRQoL) του υγειονομικού προσωπικού, η οποία φαίνεται να διαμορφώνεται από τη δυναμική αλληλεπίδραση επαγγελματικών απαιτήσεων, οργανωσιακών συνθηκών και ψυχοκοινωνικών διεργασιών. Ιδιαίτερη βαρύτητα φαίνεται να έχουν οι διαστάσεις που σχετίζονται με τη ζωτικότητα και την ψυχική ευεξία, εύρημα που είναι αναμενόμενο σε επαγγέλματα υψηλής συναισθηματικής εμπλοκής, όπως ο χώρος της υγείας, όπου η καθημερινή έκθεση σε επείγοντα

περιστατικά, ανθρώπινο πόνο και αυξημένη ευθύνη λειτουργεί ως χρόνιος στρεσογόνος παράγοντας.

Η παρατηρούμενη επιβάρυνση σε δείκτες ψυχικής υγείας και ζωτικότητας μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία συνδέεται με συναισθηματική εξάντληση, μειωμένα αποθέματα ενέργειας και σταδιακή φθορά της ψυχολογικής ανθεκτικότητας (Maslach & Leiter, 2016). Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η εξουθένωση δεν αποτελεί μόνο ατομικό βίωμα, αλλά επηρεάζει και την επαγγελματική λειτουργικότητα, με συνέπειες σε δείκτες ευεξίας και ενίοτε σε παραμέτρους ασφάλειας της φροντίδας (Shanafelt et al., 2015). Επιπλέον, σε επίπεδο θεωρητικής ερμηνείας, η προσέγγιση Job Demands–Resources (JD-R) υποστηρίζει ότι οι υψηλές απαιτήσεις (φόρτος, συναισθηματική εργασία, χρονική πίεση) οδηγούν σε εξάντληση, όταν δεν αντισταθμίζονται από επαρκείς πόρους (υποστήριξη, αυτονομία, αναγνώριση, δίκαιες διαδικασίες). Έτσι, η μειωμένη ζωτικότητα και η επιβάρυνση της ψυχικής υγείας μπορούν να ιδωθούν ως “αποτόπωμα” μιας παρατεταμένης ανισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και διαθέσιμων πόρων στο εργασιακό πλαίσιο.

Παράλληλα, οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αφορούν τη σωματική λειτουργικότητα και τον σωματικό ρόλο εμφανίζουν ηπιότερη αλλά υπαρκτή επιβάρυνση. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τις αυξημένες σωματικές απαιτήσεις της νοσοκομειακής εργασίας (παρατεταμένη ορθοστασία, διαχείριση μετακινήσεων/ανυψώσεων, ακανόνιστες βάρδιες), οι οποίες έχουν συσχετιστεί με μυοσκελετική επιβάρυνση και σωματική κόπωση. Ιδίως, συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν καταδείξει ότι εργασιακοί παράγοντες αποτελούν σημαντικούς κινδύνους για μυοσκελετικές διαταραχές. Επιπλέον, διαχρονικά δεδομένα σε νοσηλευτικούς πληθυσμούς δείχνουν ότι χαρακτηριστικά προγράμματος εργασίας (π.χ. πολύωρα ωράρια, off-shifts, εργασία σε ρεπό/χωρίς διαλείμματα, υπερωρίες) αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μυοσκελετικών προβλημάτων. Η σωματική διάσταση, επομένως, δεν είναι ανεξάρτητη από το εργασιακό πλαίσιο, αλλά αντανακλά τη συστηματική καταπόνηση που επιβάλλει η καθημερινή κλινική πρακτική.

Η γενική αντίληψη της υγείας φαίνεται να λειτουργεί ως «συνθετικός» δείκτης, ο οποίος ενσωματώνει σωματικές εμπειρίες, ψυχολογική κατάσταση και την υποκειμενική αίσθηση λειτουργικότητας. Η σημασία αυτού του δείκτη ενισχύεται από

το θεωρητικό πλαίσιο του SF-36, όπου η γενική υγεία αντανακλά μια συνολική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας και της καθημερινής επίδρασής της στη ζωή του ατόμου. Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα ζωής των υγειονομικών επαγγελματιών δεν μπορεί να εξεταστεί αποκομμένα από τις οργανωσιακές συνθήκες και το επίπεδο υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς οι τελευταίοι παράγοντες μπορούν να επιδρούν τόσο στη ψυχική όσο και στη σωματική ευεξία.

Συνολικά, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι η HRQoL του υγειονομικού προσωπικού αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται από τη συνεχή αλληλεπίδραση απαιτήσεων, πόρων, ψυχολογικών διεργασιών και σωματικής καταπόνησης. Η κατανόηση αυτών των παραμέτρων είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων (π.χ. ενίσχυση υποστηρικτικών πόρων, βελτίωση προγραμματισμού βαρδιών, πολιτικές πρόληψης εξουθένωσης), με στόχο όχι μόνο τη βελτίωση της ευεξίας, αλλά και τη διατήρηση της επαγγελματικής βιωσιμότητας του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας.

7.3. Σχέση εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής στην παρούσα μελέτη ανέδειξε τη στενή αλληλεξάρτηση των δύο εννοιών στο πλαίσιο της επαγγελματικής ζωής των υγειονομικών επαγγελματιών. Η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να λειτουργεί όχι μόνο ως δείκτης αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος, αλλά και ως ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ευεξία, τη λειτουργικότητα και την ψυχοσωματική υγεία των εργαζομένων.

Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν θετική συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης με πολλαπλές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα με τη ζωτικότητα, την ψυχική υγεία και τη γενική αντίληψη υγείας. Η εικόνα αυτή συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης συνδέονται με καλύτερη ψυχική ευεξία, αυξημένα επίπεδα ενέργειας και θετικότερη αξιολόγηση της συνολικής υγείας (Faragher, Cass, & Cooper, 2005). Η συσχέτιση αυτή φαίνεται να υποδηλώνει ότι η εμπειρία της εργασίας επηρεάζει όχι μόνο την επαγγελματική στάση των εργαζομένων, αλλά και την ευρύτερη ποιότητα της καθημερινής τους ζωής.

Η σχέση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από το θεωρητικό πλαίσιο του εργασιακού στρες και ειδικότερα το μοντέλο Job Demands–Resources, σύμφωνα με το οποίο ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον με επαρκείς πόρους (όπως αναγνώριση, επαγγελματική αυτονομία, συνεργασία και δίκαιη διοίκηση) λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση και την ψυχολογική καταπόνηση (Bakker & Demerouti, 2017). Αντίθετα, η έλλειψη τέτοιων πόρων μπορεί να ενισχύσει το στρες, να μειώσει την ικανοποίηση από την εργασία και να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής.

Ιδιαίτερα σημαντική φαίνεται η σχέση της εργασιακής ικανοποίησης με τις ψυχικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Έρευνες έχουν δείξει ότι χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και επαγγελματικής εξουθένωσης, ειδικά στον χώρο της υγείας όπου οι συναισθηματικές απαιτήσεις είναι υψηλές (Shanafelt et al., 2015; Maslach & Leiter, 2016). Αντίθετα, υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία φαίνεται να ενισχύει την ψυχολογική ανθεκτικότητα, τη συναισθηματική σταθερότητα και τη συνολική ψυχική ευεξία των επαγγελματιών υγείας.

Παράλληλα, η συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης με σωματικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής υποδηλώνει ότι οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες της εργασίας μπορούν να επηρεάσουν και τη σωματική λειτουργικότητα των εργαζομένων. Το χρόνια εργασιακό στρες και η δυσαρέσκεια από το εργασιακό περιβάλλον έχουν συνδεθεί με σωματικά συμπτώματα, μυοσκελετικές ενοχλήσεις και αυξημένη σωματική κόπωση, ιδιαίτερα σε επαγγέλματα με υψηλές φυσικές απαιτήσεις όπως η υγειονομική φροντίδα (da Costa & Vieira, 2010). Συνεπώς, η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει συνολικά την εμπειρία της εργασίας, τόσο σε ψυχικό όσο και σε σωματικό επίπεδο.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την άποψη ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής των υγειονομικών επαγγελματιών. Η ενίσχυση της οργανωσιακής υποστήριξης, η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και η ανάπτυξη ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά όχι μόνο στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης, αλλά και στη συνολική ευεξία, ανθεκτικότητα και βιωσιμότητα του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας.

7.4. Σύγκριση με προηγούμενες μελέτες της βιβλιογραφίας

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης βρίσκονται σε γενικές γραμμές σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία αναδεικνύει τη στενή σχέση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των εργαζομένων, ιδιαίτερα στον χώρο της υγείας. Πλήθος ερευνών έχει δείξει ότι η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται θετικά με δείκτες ψυχικής και γενικής υγείας, καθώς και με την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας (Faragheretal., 2005).

Ειδικότερα, η σύνδεση της εργασιακής ικανοποίησης με διαστάσεις της ψυχικής υγείας και της ζωτικότητας που αναδεικνύεται στην παρούσα μελέτη συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες σε πληθυσμούς υγειονομικών επαγγελματιών. Μελέτες έχουν καταδείξει ότι χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, άγχους και συναισθηματικής κόπωσης, ενώ αντίθετα η ικανοποίηση από την εργασία λειτουργεί προστατευτικά για την ψυχική ευεξία (Maslach&Leiter, 2016· Shanafeltetal., 2015).

Παράλληλα, τα ευρήματα που αφορούν τη σχέση της εργασιακής ικανοποίησης με τη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής βρίσκονται σε συμφωνία με μελέτες που υπογραμμίζουν τον ρόλο των εργασιακών συνθηκών στη σωματική υγεία των υγειονομικών επαγγελματιών. Έρευνες έχουν δείξει ότι η δυσαρέσκεια από την εργασία και το χρόνιο εργασιακό στρες συνδέονται με μυοσκελετικές ενοχλήσεις, σωματική κόπωση και περιορισμούς στη λειτουργικότητα (daCosta&Vieira, 2010· Trinkoffetal., 2006).

Ωστόσο, ορισμένες διαφοροποιήσεις σε σχέση με προηγούμενες μελέτες ενδέχεται να οφείλονται σε διαφορές στο δείγμα, στο εργασιακό πλαίσιο και στις οργανωσιακές συνθήκες. Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται σε υγειονομικό προσωπικό συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει την ένταση και τη μορφή των σχέσεων που παρατηρούνται. Παρόμοιες διαφοροποιήσεις έχουν αναφερθεί και σε άλλες μελέτες, όπου επισημαίνεται ότι το εθνικό σύστημα υγείας, οι συνθήκες στελέχωσης και η οργανωσιακή κουλτούρα διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό την εργασιακή εμπειρία των υγειονομικών (Bakker&Demerouti, 2017).

Συνολικά, η σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με τη σχετική βιβλιογραφία ενισχύει την άποψη ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί κεντρικό παράγοντα της ποιότητας ζωής των υγειονομικών επαγγελματιών. Παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις, τα αποτελέσματα ευθυγραμμίζονται με το ευρύτερο ερευνητικό πλαίσιο που υπογραμμίζει τη σημασία της βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών για την ενίσχυση της ευεξίας και της επαγγελματικής βιωσιμότητας στον χώρο της υγείας.

7.5. Περιορισμοί της μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Παρά τη συμβολή της παρούσας μελέτης στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής του υγειονομικού προσωπικού, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι ενδέχεται να επηρεάζουν τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων.

Ένας βασικός περιορισμός αφορά το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, το οποίο προέρχεται από συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και περιλαμβάνει υγειονομικούς επαγγελματίες που εργάζονται σε νοσοκομειακές μονάδες της Λάρισας. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε όλο τον πληθυσμό των υγειονομικών ή σε άλλα εργασιακά πλαίσια, όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ή ο ιδιωτικός τομέας.

Επιπλέον, η μελέτη βασίστηκε στη χρήση αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων, γεγονός που ενδέχεται να εισάγει μεροληψία στις απαντήσεις, όπως η κοινωνικά επιθυμητή απόκριση ή η υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας και της εργασιακής εμπειρίας. Αν και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι διεθνώς έγκυρα και αξιόπιστα, η αποκλειστική χρήση ποσοτικών μεθόδων περιορίζει τη δυνατότητα βαθύτερης κατανόησης των εμπειριών των συμμετεχόντων.

Ακόμη, ο εγκάρσιος σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων σχετικά με τη σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής. Οι σχέσεις που παρατηρούνται αποτυπώνουν συσχετίσεις σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο και δεν μπορούν να διευκρινίσουν την κατεύθυνση ή τη δυναμική αυτών των σχέσεων με την πάροδο του χρόνου.

Με βάση τους παραπάνω περιορισμούς, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επεκτείνουν το πεδίο διερεύνησης με τη χρήση μεγαλύτερων και πιο

αντιπροσωπευτικών δειγμάτων, καθώς και με τη συμπερίληψη υγειονομικών από διαφορετικά επίπεδα φροντίδας και γεωγραφικές περιοχές. Επιπλέον, η υιοθέτηση διαχρονικών (longitudinal) ερευνητικών σχεδιασμών θα μπορούσε να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής.

Τέλος, η ενσωμάτωση ποιοτικών μεθόδων, όπως συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης, θα μπορούσε να προσφέρει πιο εμπειριστατωμένη εικόνα των εμπειριών και των αναγκών του υγειονομικού προσωπικού. Παράλληλα, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων στο εργασιακό περιβάλλον, με στόχο τη βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης και, κατ' επέκταση, της ποιότητας ζωής των υγειονομικών επαγγελματιών.

Βιβλιογραφία

- Adams, J. S. (1963). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(5), 422–436. <https://doi.org/10.1037/h0040968>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ...& Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Crosssectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Ayalew, E., Workineh, Y., Semachew, A., & et al. (2019). Job satisfaction and associated factors among health care professionals. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–7.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). *Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). *Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Basu, S., Qayyum, H., Mason, S., & Rutter, P. (2017). Health-related quality of life among health professionals. *BMJ Open*, 7(9), e017327. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017327>
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36–41. <https://doi.org/10.1097/00006199-199301000-00007>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Cavanagh, S. J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(6), 704–711. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02001.x>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Cropanzano, R., Rupp, D. E., Mohler, C. J., & Schminke, M. (2001). Three roads to organizational justice. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 20, 1–113. [https://doi.org/10.1016/S0742-7301\(01\)20001-1](https://doi.org/10.1016/S0742-7301(01)20001-1)
- da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). *Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(2), 241–258. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9227-9>
- da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(3), 285–323. <https://doi.org/10.1002/ajim.20750>
- da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). *Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(2), 241–258. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9227-9>

- da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(3), 285–323. <https://doi.org/10.1002/ajim.20750>
- da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). *Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(2), 241–258. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9227-9>
- Economou, C. (2010). *Greece: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 12(7), 1–180. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330206>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105–112. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). *The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis*. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105–112. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). *The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis*. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105–112. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of healthrelated quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336–342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D., & Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general

hospital: A comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Management and Healthcare Policy*, 9, 203–211. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S115326>

Graen, G. B. (1969). Instrumentality theory of work motivation: Some experimental results and suggested modifications. *Journal of Applied Psychology*, 53(2), 125–130. <https://doi.org/10.1037/h0027040>

Guille, C., Frank, E., Zhao, Z., Kalmbach, D. A., Nietert, P. J., Mata, D. A., & Sen, S. (2017). Work-family conflict and the sex difference in depression among training physicians. *JAMA Internal Medicine*, 177(12), 1766–1772. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.5138>

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)

Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. Cleveland, OH: World Publishing Company.

House, R. J., & Wigdor, L. A. (1967). Herzberg's dual-factor theory of job satisfaction and motivation: A review of the evidence and a criticism. *Personnel Psychology*, 20(4), 369–389. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1967.tb02440.x>

Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209–221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00001-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00001-5)

Kaitelidou, D., Galanis, P., Economou, C., Mallidou, A., Theodorou, M., & Siskou, O. (2020). Organizational factors and quality of life of health professionals. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 472–482.

Kanungo, R. N. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67(3), 341–349. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.67.3.341>

Karamitri, I., Bellali, T., Galanis, P., & Kaitelidou, D. (2017). Job satisfaction of healthcare workers: A cross-sectional study in Greek public hospitals. *Archives of Hellenic Medicine*, 34(4), 502–510.

- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kyriazis, I., & Siskou, O. (2020). Οι επιπτώσεις της υποστελέχωσης στο ΕΣΥ: Διοικητικές και λειτουργικές διαστάσεις. *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*, 16(1), 33–48.
- Laschinger, H. K. S., & Fida, R. (2015). Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: The role of authentic leadership and empowering professional practice environments. *Journal of Nursing Administration*, 45(5), 276–283. <https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000198>
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297–1349). Chicago: Rand McNally.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017–1038.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017–1038. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009>
- Mann, S. (2005). A health-care model of emotional labour: An evaluation of the literature and development of a model. *Journal of Health Organization and Management*, 19(4/5), 304–317. <https://doi.org/10.1108/14777260510615369>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry*. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

<https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry*. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

<https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry*. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

<https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89.

[https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2006). Investigating the validity of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14(8), 1959–1965.

<https://doi.org/10.1007/s11136-005-4329-3>

Pappa, E., Niakas, D., & Zavras, D. (2006). Health related quality of life of the Roma in Greece: Assessing differences with the general population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 64–71.

<https://doi.org/10.1080/14034940500325951>

Pfeffer, J. (2010). Building sustainable organizations: The human factor. *Academy of Management Perspectives*, 24(3), 34–45. <https://doi.org/10.5465/amp.24.3.34>

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). *Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies*. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903.

<https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer Health.

(Βιβλιομεθοδολογίας – δευδιαθέτει DOI)

Ruggiero, J. S. (2003). Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in Nursing & Health*, 26(6), 434–444. <https://doi.org/10.1002/nur.10104>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). *Changes in burnout and satisfaction with work–life balance in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2014*. Mayo Clinic Proceedings, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). *Changes in burnout and satisfaction with work–life balance in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2014*. MayoClinicProceedings, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). *Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2014*. Mayo ClinicProceedings, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Souliotis, K., Hasardzhiev, S., Agapidaki, E., &Peppou, L. E. (2022). Strengthening primary and hospital care in Greece: Policy recommendations for a post-COVID-19 resilient system. *International Journal of Health Planning and Management*, 37(6), 3083–3092. <https://doi.org/10.1002/hpm.3594>

- 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/BF00929796>
- Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction Survey: Development and validation*.
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Steers, R. M., & Porter, L. W. (1983). *Motivation and work behavior* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9–26. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.9>
- Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J., & Brady, B. (2006). *Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses*. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(2), 163–173.
<https://doi.org/10.1002/ajim.20298>
- Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J., & Brady, B. (2006). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(3), 170–178.
<https://doi.org/10.1002/ajim.20274>
- Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J., & Brady, B. (2006). *Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses*. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(2), 163–173.
<https://doi.org/10.1002/ajim.20298>
- Trybou, J., De Pourcq, K., Paeshuyse, M., & Gemmel, P. (2014). The importance of leadership in the development of quality management in hospitals: A comparative study between

Belgium and Norway. *Health Policy*, 117(2), 130–139.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.03.003>

- 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>
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control(-Support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87–114. <https://doi.org/10.1080/026783799296084>
- Voulgaris, A., Zavras, D., Tsouros, A., & Niakas, D. (2020). Academic physicians in public hospitals: Clinical burden, scientific productivity and organizational implications. *Health Policy*, 124(10), 1097–1103. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.008>
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.
- Ware, J. E., & 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.
- Ware, J. E., & 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. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)*
- Ware, J. E., & 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. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A user's manual*. Boston: Health Assessment Lab.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). *A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. *Medical Care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129–

148. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x>

Weiss, D. J., Dawis, R. V., England, G. W., & Lofquist, L. H. (1967). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Minneapolis: University of Minnesota, Industrial Relations Center.

WHO. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. *World Health Organization*.
https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*.

Yunus, N. Z. M., Ahmad, N., & Ishak, N. A. (2019). Validity and reliability of SF-36 in healthcare research. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 9(5), 542–550.

Zavras, D., Tsakos, G., Economou, C., & Kyriopoulos, J. (2016). The role of perceived control in the relationship between effort–reward imbalance and health-related quality of life among Greek hospital workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(1), 113–123. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00450>

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. (2022). *Δομή και λειτουργία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας*. Θεσσαλονίκη: Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας.

Γεωργακόπουλος, Θ., & Κοσμοπούλου, Ι. (2021). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας: Προκλήσεις και στρατηγικές ανάπτυξης*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

ΕΛΣΤΑΤ. (2021). *Απογραφή Πληθυσμού – Κατοικιών 2021: Μόνιμος πληθυσμός της Χώρας*. Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή. <https://www.statistics.gr/>

Μάλλιου, Ι., & Χατζής, Σ. (2019). Προβλήματα και προοπτικές του ελληνικού συστήματος υγείας: Ανάλυση των επιπέδων φροντίδας. *Επιθεώρηση Δημόσιας Διοίκησης και Πολιτικής Υγείας*, 14(2), 45–59.

Σούλης, Χ., & Παπαγεωργίου, Κ. (2020). Σύστημα υγείας στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις, λειτουργία και κοινωνικές επιπτώσεις. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Συγκεντρωτικός Πίνακας Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

<i>Συγγραφείς (Έτος)</i>	<i>Χώρα / Πλαίσιο</i>	<i>Δείγμα</i>	<i>Εργαλείο / Μεθοδολογία</i>	<i>Κύρια Ευρήματα</i>
<i>Tsounis & Sarafis (2018)</i>	Ελλάδα – Δημόσια νοσοκομεία	Νοσηλευτές	JSS (επικύρωση στην Ελλάδα)	Χαμηλή ικανοποίηση σε αναγνώριση, προαγωγές και διοίκηση. Υψηλότερη ικανοποίηση σε διαπροσωπικές σχέσεις.
<i>Zavrasetal. (2016)</i>	Ελλάδα – Νοσοκομεία	Ιατροί & νοσηλευτές	ERI, HRQoL	Ανισορροπία προσπάθειας– ανταμοιβής συνδέεται με χαμηλή HRQoL και αυξημένο stress. Μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σε νοσηλευτές και γυναίκες.
<i>Pappaetal. (2006)</i>	Ελλάδα – Δημόσια ιδρύματα (περιφέρεια)	Υγειονομικό προσωπικό	SF-36	Χαμηλές βαθμολογίες σε ψυχική υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα. Γυναίκες και νεότεροι πιο ευάλωτοι σε κόπωση.
<i>Kaitelidouetal.</i>				

<i>(2020)</i> <i>Aikenetal.</i> <i>(2012)</i>	Ελλάδα – Περιφερειακά νοσοκομεία	Νοσηλευτές	SF-36	Χαμηλότερη HRQoL σε περιφερειακά νοσοκομεία σε σχέση με Αθήνα/Θεσσαλονίκη.
	12 Ευρωπαϊκές χώρες	Νοσηλευτές	Πολυκεντρική ή συγκριτική μελέτη	Δημόσια νοσοκομεία: χαμηλή ικανοποίηση σε μισθό & ανέλιξη, αλλά υψηλή

				οργανωσιακή δέσμευση.
<i>Pfeffer (2010)</i>	Διεθνές – Ιδιωτικός τομέας υγείας	Υγειονομικό προσωπικό	Ανασκόπηση	Υψηλότερη ικανοποίηση λόγω παροχών, αλλά μεγαλύτερη πίεση παραγωγικότητας.
<i>Trybouetal. (2014)</i>	Σκανδιναβία & Νότια Ευρώπη	Νοσηλεύτες & ιατροί	Συγκριτική μελέτη	Σκανδιναβία: υψηλή ικανοποίηση, χαμηλό burnout. Νότια/Ανατολική Ευρώπη: χαμηλή ικανοποίηση, έντονη γραφειοκρατία.
<i>Shanafeltetal. (2015)</i>	ΗΠΑ	Ιατροί	SF-36, Burnoutscales	>50% εμφάνισε burnout. Αρνητική επίδραση στην HRQoL, στην απόδοση και στην ασφάλεια ασθενών.
<i>Guilleetal. (2017)</i>	Καναδάς	Ιατροί & νοσηλεύτες	SF-36	Εργασιακή αστάθεια → χαμηλή ψυχική υγεία στο SF-36.
<i>Ferrietal. (2016)</i>	ΕΕ – Νοσηλεύτες σε βάρδιες	Νοσηλεύτες	SF-36	Κυκλικές βάρδιες επηρεάζουν αρνητικά ύπνο, άγχος και ζωτικότητα.
<i>Laschinger&Fida (2015)</i>	Καναδάς	Νοσηλεύτες	SF-36, burnoutscales	Υποστηρικτική διοίκηση μειώνει επαγγελματική εξουθένωση και βελτιώνει HRQoL.
<i>Basuetal. (2017)</i>	Διεθνές	Υγειονομικό προσωπικό	WHOQOL-BREF, SF36	Έλλειψη αναγνώρισης & υπερβολική απαίτηση → χαμηλή HRQoL.
<i>WHO (2019)</i>	Διεθνές – Πολιτικές υγείας	Οργανισμοί υγείας	HRQoL δείκτες	Συσχέτιση HRQoL προσωπικού με ασφάλεια & ποιότητα υπηρεσιών.

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.