



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

**«Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με
χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο
εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής νοσηλευτικού
προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου»**

Κυριακή Μπαλόγιαννη

Επιβλέπων Καθηγητής: Θεόδωρος Φούσκας

Πάτρα, Ιούνιος 2026

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

**«Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με
χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο
εργασιακός άγχος και στην ποιότητα ζωής νοσηλευτικού
προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου»**

Κυριακή Μπαλόγιαννη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Θεόδωρος Φούσκας

Αναπληρωτής Καθηγητής

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής

Γεώργιος Αλεξιάς

Καθηγητής

Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και

Πολιτικών Επιστημών

ΣΕΠ ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της Διπλωματικής μου Εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν στην υλοποίησή της. Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Φούσκα Θεόδωρο για την πολύτιμη επιστημονική καθοδήγηση, την διαθεσιμότητά του όποτε χρειάστηκα την βοήθειά του και την υποστήριξη στην εκπόνηση της διπλωματικής μου. Ακόμα να ευχαριστήσω τον συν-επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Γεώργιο Αλεξία για την βοήθειά του. Στην συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου και τα δύο μου παιδιά Χρήστο και Μελίνα για τη στήριξη και την υπομονή τους στο απαιτητικό αυτό ταξίδι και να τους προτρέψω να εξελίσσονται συνεχώς. Ευχαριστώ τους γονείς μου που σε όλη την διάρκεια της ζωής μου στέκονται δίπλα μου ηθικά και πρακτικά. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους που συμμετείχαν στην έρευνα αφού χωρίς εκείνους δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί η μελέτη.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	Η αύξηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα αποτελεί πρόκληση για το νοσηλευτικό προσωπικό αφού οι ασθενείς με νόσους όπως καρκίνοι, καρδιαγγειακά προβλήματα, άνοια, χρειάζονται μακροχρόνια, απαιτητική και συχνά επίπονη θεραπευτική φροντίδα. Οι επιδράσεις τις εργασίας στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα παρουσιάζουν διαφοροποίηση σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε άλλα τμήματα, με τους πρώτους να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα εργασιακού άγχους και συναισθηματικής εξάντλησης. Η Συναισθηματική νοημοσύνη βοηθά τους νοσηλευτές στη διαχείριση των συναισθημάτων τους μέσω του αυτοέλεγχου. Η αντιμετώπιση των αρνητικών επιδράσεων της εργασίας στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι εξαιρετικά σημαντική αφού επηρεάζει την Ποιότητα Ζωής τους αλλά και την επαγγελματική τους αποτελεσματικότητα.
ΣΚΟΠΟΣ:	Σκοπός είναι η διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης και εργασιακού άγχους και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου.
ΜΕΘΟΔΟΣ:	Διεξήχθη μια ποσοτική, διατομεακή μελέτη με τη χρήση επικυρωμένων εργαλείων: Το ερωτηματολόγιο WLEIS (Wong & Law, 2002), για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης, η κλίμακα Εκτεταμένης Μέτρησης Εργασιακού Άγχους των Νοσηλευτών (ENSS) και το SF-36 για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Οι στατιστικές αναλύσεις διερεύνησαν τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και των δημογραφικών/επαγγελματικών παραγόντων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ηλεκτρονικής διανομής ερωτηματολογίων και το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 106 νοσηλευτές/τριες που εργάζονται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε δημόσια νοσοκομεία.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:	Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες με ποσοστό 68,9% ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 46-55 έτη. Τα αποτελέσματα της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ήταν σχετικά υψηλά ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Εργασιακού άγχους οι συμμετέχοντες αυξημένα επίπεδα. Στην μέτρηση της ποιότητας ζωής παρατηρήθηκαν χαμηλές επιδόσεις στις διαστάσεις της ζωτικότητας και της ψυχικής ευεξίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των τριών μεταβλητών διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ Συναισθηματικής Νοημοσύνης και Ποιότητα Ζωής ($r=0.266$, $p=0.006$), ενώ διαπιστώθηκε αρνητική αλλά μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ Συναισθηματικής Νοημοσύνης και Εργασιακού άγχους ($r=-0.057$, $p=0.567$). Τα αποτελέσματα της συσχέτισης του εργασιακού άγχους και της ποιότητας ζωής παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ($r=-0.290$, $p=0.003$).
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:	Η ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα επηρεάζεται σημαντικά από τις επιδράσεις της εργασίας και το νοσηλευτικό άγχος που βιώνουν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, αφού τα αυξημένα επίπεδα εργασιακού άγχους συνδέονται με χαμηλή ποιότητα ζωής. Τα υψηλά επίπεδα ΣΝ σχετίζονται με καλύτερη ποιότητα ζωής. Είναι επιτακτική ανάγκη να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών μέσα από στρατηγικές καταπολέμησης του εργασιακού άγχους με άμεση αντιμετώπιση των παραγόντων που το προκαλούν, ενίσχυση και προαγωγή της εκπαίδευσης της ΣΝ και βελτίωση των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Λέξεις – Κλειδιά

εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα, συναισθηματική νοημοσύνη, εργασιακό άγχος, ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού, δημοσίου νοσοκομείου, Ελλάδα

“Unveiling the impact of caring for patients with chronic diseases on nursing staff's emotional intelligence, workplace stress, and quality of life in a public hospital”

Kyriaki Balogianni

Abstract

INTRODUCTION:	The increasing number of patients with chronic diseases presents a challenge for nursing staff, as patients with conditions such as cancer, cardiovascular problems, and dementia require long-term, demanding, and often painful therapeutic care. The effects of working with chronic disease patients on nursing staff differ from those seen in other departments, with the former experiencing higher levels of occupational stress and emotional exhaustion. Emotional intelligence helps nurses manage their emotions through self-control. Addressing the negative impacts of work on nursing staff is extremely important, as it affects both their quality of life and their professional effectiveness.
OBJECTIVE:	The aim is to investigate the effects of working with patients with chronic diseases on the levels of emotional intelligence, occupational stress, and health-related quality of life among nursing staff in a public hospital.
METHODS:	A quantitative, cross-sectional study was conducted using validated instruments: the WLEIS questionnaire (Wong & Law, 2002) for measuring emotional intelligence, the Expanded Nursing Stress Scale (ENSS) for occupational stress, and the SF-36 for health-related quality of life. Statistical analyses examined the correlations between variables and demographic/professional factors. Data collection was carried out via electronic distribution of questionnaires, and the study sample consisted of 106 nurses working with patients with chronic diseases in public hospitals.
RESULTS:	The majority of participants were women (68.9%), and most belonged to the 46–55 age group. Emotional intelligence scores were relatively high, while occupational stress levels were elevated. In the measurement of quality of life, low scores were observed in the dimensions of vitality and mental well-being. Statistically significant positive correlation was found between emotional intelligence and quality of life ($r=0.266$, $p=0.006$), while a negative but not statistically significant correlation was observed between emotional intelligence and occupational stress ($r=-0.057$, $p=0.567$). The correlation between occupational stress and quality of life showed a statistically significant negative association ($r=-0.290$, $p=0.003$).
CONCLUSIONS:	The quality of life of nursing staff working with patients with chronic diseases is significantly affected by the impact of their work and the occupational stress they experience while performing their duties, as increased levels of occupational stress are associated with lower quality of life. High levels of emotional intelligence are related to better quality of life. It is imperative to improve the quality of life of nurses through strategies to combat occupational stress by directly addressing its causes, enhancing and promoting emotional intelligence education, and improving working conditions for nursing staff.

Keywords

working with patients with chronic diseases, emotional intelligence, occupational stress, quality of life of nursing staff, public hospital, Greece

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	iv
Περίληψη.....	v
Abstract	vi
Περιεχόμενα	vii
Κατάλογος Γραφημάτων.....	xii
Κατάλογος Πινάκων	xvii
Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xxv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	26
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	30
1. Θεωρητικό πλαίσιο	30
1.1. Η χρόνια νόσος	30
1.1.1. Επιδράσεις των χρονίων νόσων	32
1.1.1.1. Εικόνα εαυτού	32
1.1.1.2. Οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή.....	34
1.1.2. Πάροχοι φροντίδας (τυπικοί/άτυποι)	35
1.1.3. Νοσηλευτές/τριες ασθενών με χρόνια νοσήματα	36
1.2. Η συναισθηματική νοημοσύνη.....	39
1.2.1. Θεωρητικά μοντέλα της συναισθηματικής νοημοσύνης.....	41
1.2.2. Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης.....	43
1.2.3. Παράγοντες ανάπτυξης της συναισθηματικής νοημοσύνης στο εργασιακό περιβάλλον	47
1.2.4. Η συναισθηματική νοημοσύνη νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς χρονίων νοσημάτων σε νοσοκομεία.....	49
1.2.5. Προϋπάρχουσα έρευνα.....	51
1.3. Το εργασιακό άγχος.....	54
1.3.1. Χαρακτηριστικά του εργασιακού άγχους	56
1.3.2. Θεωρητικά μοντέλα του εργασιακού άγχους.....	57
1.3.3. Μέτρηση του εργασιακού άγχους	60
1.3.4. Παράγοντες ανάπτυξης του εργασιακού άγχους.....	61
1.3.5. Εργασιακό άγχος σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε νοσοκομεία	63

1.3.6.	Προϋπάρχουσα έρευνα.....	64
1.4.	Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	68
1.4.1.	Χαρακτηριστικά της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	69
1.4.2.	Θεωρητικά μοντέλα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής.....	70
1.4.3.	Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	73
1.4.4.	Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής .	75
1.4.5.	Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα	76
1.4.6.	Προϋπάρχουσα έρευνα.....	78
1.5.	Οι επιδράσεις της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου.....	82
1.5.1.	Προϋπάρχουσα έρευνα.....	83
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....		87
2.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	87
2.3.	Εισαγωγή	87
2.4.	Σκοπός και στόχοι της έρευνας	87
2.5.	Ερευνητικά ερωτήματα	88
2.6.	Η επιλογή μεθοδολογίας και σχεδιασμός έρευνας	89
2.7.	Ερευνητικά εργαλεία	90
2.7.1.	Ερωτηματολόγιο I: Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά	90
2.7.2.	Ερωτηματολόγιο II: Κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης - Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS).....	91
2.7.3.	Ερωτηματολόγιο III: Διευρυμένη Κλίμακα Νοσηλευτικού Άγχους (Expanded Nursing Stress Scale – ENSS).....	91
2.7.4.	Ερωτηματολόγιο IV: Short Form Health Survey(SF-36)	92
2.8.	Η κύρια ερευνητική διαδικασία.....	92
2.9.	Πληθυσμός και μέθοδος δειγματοληψίας	94
2.10.	Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης.....	96
2.11.	Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.....	97
2.12.	Περιορισμοί της μελέτης	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ		99

3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ	99
3.1.	Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία	100
3.1.1.	Φύλο συμμετεχόντων	100
3.1.2.	Ηλικιακή κατανομή	101
3.1.3.	Επίπεδο εκπαίδευσης	102
3.1.4.	Αριθμός τέκνων συμμετεχόντων	103
3.1.5.	Ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια με ειδικές ανάγκες	104
3.1.6.	Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων	105
3.1.7.	Ειδικότητα συμμετεχόντων	106
3.1.8.	Εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο	107
3.1.9.	Εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα	108
3.1.10.	Αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα που φροντίζουν καθημερινά οι συμμετέχοντες	109
3.1.11.	Συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.	110
3.1.12.	Νοσηλευτικός τομέας εργασίας	112
3.1.13.	Έτη εργασίας στο νοσοκομείο	113
3.1.14.	Κύρια αιτία επιλογής επαγγέλματος	115
3.1.15.	Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	116
3.1.16.	Σχέση εργασίας	117
3.1.17.	Μορφή απασχόλησης	118
3.1.18.	Θέση ευθύνης	119
3.1.19.	Ωράριο απασχόλησης	120
3.1.20.	Μορφή απασχόλησης	121
3.1.21.	Βάρδια εργασίας	122
3.1.22.	Βάρδιες ανά μήνα	123
3.1.23.	Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα	124
3.1.24.	Απογευματινές βάρδιες ανά μήνα	126
3.1.25.	Σαββατοκύριακα και αργίες ανά μήνα	127
3.1.26.	Ύψος αμοιβής	128
3.1.27.	Ικανοποίηση από την αμοιβή	129
3.1.28.	Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική στελέχωση	130
3.1.29.	Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	131

3.1.30.	Συνεργασία με τους προϊσταμένους.....	132
3.1.31.	Συνεργασία με τους συναδέλφους.....	133
3.1.32.	Συνεργασία με τους γιατρούς.....	134
3.1.33.	Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας.....	135
3.2.	Αποτελέσματα της Κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS).....	136
3.2.1.	Περιγραφική στατιστική ανάλυση	136
3.2.2.	Υπό-κλίμακες συναισθηματικής νοημοσύνης	152
3.2.3.	Αξιοπιστία κλίμακας	154
3.3.	Αποτελέσματα της Κλίμακας Εκτεταμένης Μέτρησης Εργασιακού Άγχους των Νοσηλευτών (ENSS).....	155
3.3.1.	Περιγραφική στατιστική ανάλυση	155
3.3.2.	Αξιοπιστία κλίμακας	216
3.3.3.	Κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες.....	216
3.4.	Αποτελέσματα της Κλίμακας SF-36 Health-Survey (SF-36).....	219
3.4.1.	Περιγραφική στατιστική ανάλυση	219
3.4.2.	Αξιοπιστία υπό-κλιμάκων SF-36	255
3.4.3.	Επιμέρους Διαστάσεις ποιότητας ζωής.....	255
3.5.	Συσχετίσεις μεταξύ βασικών μεταβλητών	258
3.5.1.	Συσχέτιση συναισθηματικής νοημοσύνης και νοσηλευτικού άγχους.....	258
3.5.2.	Συσχέτιση συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής	258
3.5.3.	Συσχέτιση νοσηλευτικού άγχους και ποιότητας ζωής	259
3.5.4.	Heatmap συσχετίσεων.....	260
3.6.	Δημογραφικές διαφοροποιήσεις	262
3.6.1.	Διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο	262
3.6.2.	Διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία	264
3.6.3.	Διαφοροποιήσεις ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας.....	266
3.6.4.	Διαφοροποιήσεις ως προς τη θέση ευθύνης	268
3.6.5.	Διαφοροποιήσεις ως προς τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών που φροντίζουν καθημερινά.....	270
3.6.6.	Διαφοροποιήσεις ως προς τη συνολική προϋπηρεσία (έτη εργασίας) με ασθενείς με χρόνια νοσήματα	271
3.6.7.	Διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.....	273

3.6.8.	Διαφοροποιήσεις ως προς το ύψος της αμοιβής	275
3.6.9.	Πολύ-παραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης	278
3.2.1.	Μοντέλο 1 – Προβλεπτικοί παράγοντες νοσηλευτικού άγχους	279
3.2.2.	Μοντέλο 2 – Προβλεπτικοί παράγοντες ποιότητας ζωής	280
3.2.3.	Μέγεθος επίδρασης (Effect Sizes)	281
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ		283
4.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	283
4.1.	Επίπεδα Συναισθηματικής Νοημοσύνης.	284
4.2.	Επίπεδα Νοσηλευτικού Εργασιακού Άγχους.	285
4.3.	Ποιότητα Ζωής	286
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ		289
5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	289
5.1.	Προτάσεις Δημόσιας Υγείας	290
5.2.	Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	292
5.3.	Περιορισμοί έρευνας	293
Βιβλιογραφία		295
Ξενόγλωσση		295
Ελληνόγλωσση		307
Παράρτημα Α: «Ερωτηματολόγιο»		311

Κατάλογος Γραφημάτων

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα 3.1. Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο	100
Διάγραμμα 2: Διάγραμμα 3.2. Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων.....	101
Διάγραμμα 3: Διάγραμμα 3.3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	102
Διάγραμμα 4: Διάγραμμα 3.4. αριθμός τέκνων των συμμετεχόντων.	104
Διάγραμμα 5: Διάγραμμα 3.5. Ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια των συμμετεχόντων με ειδικές ανάγκες.....	105
Διάγραμμα 6: Διάγραμμα 3.6. Επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.	106
Διάγραμμα 7: Διάγραμμα 3.7. Ειδικότητα συμμετεχόντων.....	107
Διάγραμμα 8: Διάγραμμα 3.8. Εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο.....	108
Διάγραμμα 9: Διάγραμμα 3.9. Εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.	109
Διάγραμμα 10: Διάγραμμα 3.10. Αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα που φροντίζουν καθημερινά οι συμμετέχοντες.	110
Διάγραμμα 11: Διάγραμμα 3.11. Συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.	111
Διάγραμμα 12: Διάγραμμα 3.12. Νοσηλευτικός τομέας που εργάζονται οι συμμετέχοντες.	113
Διάγραμμα 13: Διάγραμμα 3.13. Χρόνος εργασίας των συμμετεχόντων στα νοσοκομεία.	114
Διάγραμμα 14: Διάγραμμα 3.14. Κύρια αιτία επιλογής του επαγγέλματος	116
Διάγραμμα 15: Διάγραμμα 3.15. Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	117
Διάγραμμα 16: Διάγραμμα 3.16. Σχέση εργασίας.....	118
Διάγραμμα 17: Διάγραμμα 3.17. Μορφή απασχόλησης.....	119
Διάγραμμα 18: Διάγραμμα 3.18. Θέση ευθύνης.....	120
Διάγραμμα 19: Διάγραμμα 3.19. Ωράριο απασχόλησης	121
Διάγραμμα 20: Διάγραμμα 3.20. Μορφή απασχόλησης.....	122
Διάγραμμα 21: Διάγραμμα 3.21. Βάρδια εργασίας	123
Διάγραμμα 22: Διάγραμμα 3.22. Βάρδιες ανά μήνα	124
Διάγραμμα 23: Διάγραμμα 3.23. Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα.....	125
Διάγραμμα 24: Διάγραμμα 3.24. Απογευματινές βάρδιες ανά μήνα.....	126
Διάγραμμα 25: Διάγραμμα 3.25. Σαββατοκύριακα και αργίες ανά μήνα	127
Διάγραμμα 26: Διάγραμμα 3.26. Επίπεδο αμοιβής	128
Διάγραμμα 27: Διάγραμμα 3.27. Ικανοποίηση από την αμοιβή.....	129
Διάγραμμα 28: Διάγραμμα 3.28. Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική στελέχωση.....	130
Διάγραμμα 29: Διάγραμμα 3.29. Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας.....	131
Διάγραμμα 30: Διάγραμμα 3.30. Συνεργασία με τους προϊσταμένους	132
Διάγραμμα 31: Διάγραμμα 3.31. Συνεργασία με τους συναδέλφους	133
Διάγραμμα 32: Διάγραμμα 3.32. Συνεργασία με τους γιατρούς	134
Διάγραμμα 33: Διάγραμμα 3.33. Χρόνιο πρόβλημα υγείας	135

Διάγραμμα 34: Διάγραμμα 3.34 – Ερώτηση 1	137
Διάγραμμα 35: Διάγραμμα 3.35 – Ερώτηση 2	138
Διάγραμμα 36: Διάγραμμα 3.36 – Ερώτηση 3	139
Διάγραμμα 37: Διάγραμμα 3.37 – Ερώτηση 4	140
Διάγραμμα 38: Διάγραμμα 3.38 – Ερώτηση 5	141
Διάγραμμα 39: Διάγραμμα 3.39 – Ερώτηση 6	142
Διάγραμμα 40: Διάγραμμα 3.40 – Ερώτηση 7	143
Διάγραμμα 41: Διάγραμμα 3.41 – Ερώτηση 8	144
Διάγραμμα 42: Διάγραμμα 3.42 – Ερώτηση 9	145
Διάγραμμα 43: Διάγραμμα 3.43 – Ερώτηση 10	146
Διάγραμμα 44: Διάγραμμα 3.44 – Ερώτηση 11	147
Διάγραμμα 45: Διάγραμμα 3.45 – Ερώτηση 12	148
Διάγραμμα 46: Διάγραμμα 3.46 – Ερώτηση 13	149
Διάγραμμα 47: Διάγραμμα 3.47 – Ερώτηση 14	150
Διάγραμμα 48: Διάγραμμα 3.48 – Ερώτηση 15	151
Διάγραμμα 49: Διάγραμμα 3.49 – Ερώτηση 16	152
Διάγραμμα 50: Διάγραμμα 3.50. Μέσοι όροι υπό-κλιμάκων συναισθηματικής νοημοσύνης	153
Διάγραμμα 51: Διάγραμμα 3.51 – Ερώτηση 1	156
Διάγραμμα 52: Διάγραμμα 3.52 – Ερώτηση 2	157
Διάγραμμα 53: Διάγραμμα 3.53 – Ερώτηση 3	158
Διάγραμμα 54: Διάγραμμα 3.54 – Ερώτηση 4	159
Διάγραμμα 55: Διάγραμμα 3.55 – Ερώτηση 5	160
Διάγραμμα 56: Διάγραμμα 3.56 – Ερώτηση 6	161
Διάγραμμα 57: Διάγραμμα 3.57 – Ερώτηση 7	162
Διάγραμμα 58: Διάγραμμα 3.58 – Ερώτηση 8	163
Διάγραμμα 59: Διάγραμμα 3.59 – Ερώτηση 9	164
Διάγραμμα 60: Διάγραμμα 3.60 – Ερώτηση 10	165
Διάγραμμα 61: Διάγραμμα 3.61 – Ερώτηση 11	166
Διάγραμμα 62: Διάγραμμα 3.62 – Ερώτηση 12	167
Διάγραμμα 63: Διάγραμμα 3.63 – Ερώτηση 13	168
Διάγραμμα 64: Διάγραμμα 3.64 – Ερώτηση 14	169
Διάγραμμα 65: Διάγραμμα 3.65 – Ερώτηση 15	170
Διάγραμμα 66: Διάγραμμα 3.66 – Ερώτηση 16	171
Διάγραμμα 67: Διάγραμμα 3.67 – Ερώτηση 17	172
Διάγραμμα 68: Διάγραμμα 3.68 – Ερώτηση 18	173
Διάγραμμα 69: Διάγραμμα 3.69 – Ερώτηση 19	174
Διάγραμμα 70: Διάγραμμα 3.70 – Ερώτηση 20	175
Διάγραμμα 71: Διάγραμμα 3.71 – Ερώτηση 21	176
Διάγραμμα 72: Διάγραμμα 3.72 – Ερώτηση 22	177

Διάγραμμα 73: Διάγραμμα 3.73 – Ερώτηση 23	178
Διάγραμμα 74: Διάγραμμα 3.74 – Ερώτηση 24	179
Διάγραμμα 75: Διάγραμμα 3.75 – Ερώτηση 25	180
Διάγραμμα 76: Διάγραμμα 3.76 – Ερώτηση 26	181
Διάγραμμα 77: Διάγραμμα 3.77 – Ερώτηση 27	182
Διάγραμμα 78: Διάγραμμα 3.78 – Ερώτηση 28	183
Διάγραμμα 79: Διάγραμμα 3.79 – Ερώτηση 29	184
Διάγραμμα 80: Διάγραμμα 3.80 – Ερώτηση 30	185
Διάγραμμα 81: Διάγραμμα 3.81 – Ερώτηση 31	186
Διάγραμμα 82: Διάγραμμα 3.82 – Ερώτηση 32	187
Διάγραμμα 83: Διάγραμμα 3.83 – Ερώτηση 33	188
Διάγραμμα 84: Διάγραμμα 3.84 – Ερώτηση 34	189
Διάγραμμα 85: Διάγραμμα 3.85 – Ερώτηση 35	190
Διάγραμμα 86: Διάγραμμα 3.86 – Ερώτηση 36	191
Διάγραμμα 87: Διάγραμμα 3.87 – Ερώτηση 37	192
Διάγραμμα 88: Διάγραμμα 3.88 – Ερώτηση 38	193
Διάγραμμα 89: Διάγραμμα 3.89 – Ερώτηση 39	194
Διάγραμμα 90: Διάγραμμα 3.90 – Ερώτηση 40	195
Διάγραμμα 91: Διάγραμμα 3.91 – Ερώτηση 41	196
Διάγραμμα 92: Διάγραμμα 3.92 – Ερώτηση 42	197
Διάγραμμα 93: Διάγραμμα 3.93 – Ερώτηση 43	198
Διάγραμμα 94: Διάγραμμα 3.94 – Ερώτηση 44	199
Διάγραμμα 95: Διάγραμμα 3.95 – Ερώτηση 45	200
Διάγραμμα 96: Διάγραμμα 3.96 – Ερώτηση 46	201
Διάγραμμα 97: Διάγραμμα 3.97 – Ερώτηση 47	202
Διάγραμμα 98: Διάγραμμα 3.98 – Ερώτηση 48	203
Διάγραμμα 99: Διάγραμμα 3.99 – Ερώτηση 49	204
Διάγραμμα 100: Διάγραμμα 3.100 – Ερώτηση 50	205
Διάγραμμα 101: Διάγραμμα 3.101 – Ερώτηση 51	206
Διάγραμμα 102: Διάγραμμα 3.102 – Ερώτηση 52	207
Διάγραμμα 103: Διάγραμμα 3.103 – Ερώτηση 53	208
Διάγραμμα 104: Διάγραμμα 3.104 – Ερώτηση 54	209
Διάγραμμα 105: Διάγραμμα 3.105 – Ερώτηση 55	210
Διάγραμμα 106: Διάγραμμα 3.106 – Ερώτηση 56	211
Διάγραμμα 107: Διάγραμμα 3.107 – Ερώτηση 57	212
Διάγραμμα 108: Διάγραμμα 3.108 – Ερώτηση 58	213
Διάγραμμα 109: Διάγραμμα 3.109 – Ερώτηση 59	214
Διάγραμμα 110: Διάγραμμα 3.110 – Ερώτηση 60	215
Διάγραμμα 111: Διάγραμμα 3.111. Κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες νοσηλευτικού προσωπικού.....	217

Διάγραμμα 112: Διάγραμμα 3.112 – Ερώτηση 1	220
Διάγραμμα 113: Διάγραμμα 3.113 – Ερώτηση 2	221
Διάγραμμα 114: Διάγραμμα 3.114 – Ερώτηση 3	222
Διάγραμμα 115: Διάγραμμα 3.115 – Ερώτηση 4	223
Διάγραμμα 116: Διάγραμμα 3.116 – Ερώτηση 5	224
Διάγραμμα 117: Διάγραμμα 3.117 – Ερώτηση 6	225
Διάγραμμα 118: Διάγραμμα 3.118 – Ερώτηση 7	226
Διάγραμμα 119: Διάγραμμα 3.119 – Ερώτηση 8	227
Διάγραμμα 120: Διάγραμμα 3.120 – Ερώτηση 9	228
Διάγραμμα 121: Διάγραμμα 3.121 – Ερώτηση 10	229
Διάγραμμα 122: Διάγραμμα 3.122 – Ερώτηση 11	230
Διάγραμμα 123: Διάγραμμα 3.123 – Ερώτηση 12	231
Διάγραμμα 124: Διάγραμμα 3.124 – Ερώτηση 13	232
Διάγραμμα 125: Διάγραμμα 3.125 – Ερώτηση 14	233
Διάγραμμα 126: Διάγραμμα 3.126 – Ερώτηση 15	234
Διάγραμμα 127: Διάγραμμα 3.127 – Ερώτηση 16	235
Διάγραμμα 128: Διάγραμμα 3.128 – Ερώτηση 17	236
Διάγραμμα 129: Διάγραμμα 3.129 – Ερώτηση 18	237
Διάγραμμα 130: Διάγραμμα 3.130 – Ερώτηση 19	238
Διάγραμμα 131: Διάγραμμα 3.131 – Ερώτηση 20	239
Διάγραμμα 132: Διάγραμμα 3.132 – Ερώτηση 21	240
Διάγραμμα 133: Διάγραμμα 3.133 – Ερώτηση 22	241
Διάγραμμα 134: Διάγραμμα 3.134 – Ερώτηση 23	242
Διάγραμμα 135: Διάγραμμα 3.135 – Ερώτηση 24	243
Διάγραμμα 136: Διάγραμμα 3.136 – Ερώτηση 25	244
Διάγραμμα 137: Διάγραμμα 3.137 – Ερώτηση 26	245
Διάγραμμα 138: Διάγραμμα 3.138 – Ερώτηση 27	246
Διάγραμμα 139: Διάγραμμα 3.139 – Ερώτηση 28	247
Διάγραμμα 140: Διάγραμμα 3.140 – Ερώτηση 29	248
Διάγραμμα 141: Διάγραμμα 3.141 – Ερώτηση 30	249
Διάγραμμα 142: Διάγραμμα 3.142 – Ερώτηση 31	250
Διάγραμμα 143: Διάγραμμα 3.143 – Ερώτηση 32	251
Διάγραμμα 144: Διάγραμμα 3.144 – Ερώτηση 33	252
Διάγραμμα 145: Διάγραμμα 3.145 – Ερώτηση 34	253
Διάγραμμα 146: Διάγραμμα 3.146 – Ερώτηση 35	254
Διάγραμμα 147: Διάγραμμα 3.147 – Ερώτηση 36	255
Διάγραμμα 148: Διάγραμμα 3.148	256
Διάγραμμα 149: Διάγραμμα 3.149. Συσχέτιση συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής.....	259

Διάγραμμα 150: Διάγραμμα 3.150. Συσχέτιση νοσηλευτικού άγχους και ποιότητας ζωής	260
Διάγραμμα 151: Διάγραμμα 3.151. Heatmap συσχετίσεων βασικών μεταβλητών	260
Διάγραμμα 152: Διάγραμμα 3.152. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς το φύλο. ...	264
Διάγραμμα 153: Διάγραμμα 3.153. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς την ηλικία.	266
Διάγραμμα 154: Διάγραμμα 3.154. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας.	268
Διάγραμμα 155: Διάγραμμα 3.155. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς τη θέση ευθύνης.....	269
Διάγραμμα 156: Διάγραμμα 3.156. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών.....	271
Διάγραμμα 157: Διάγραμμα 3.157. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς τα έτη εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς.	273
Διάγραμμα 158: Διάγραμμα 3.158. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.....	275
Διάγραμμα 159: Διάγραμμα 3.159. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς το ύψος αμοιβής.....	277

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Συσχέτιση ερευνητικών ερωτημάτων και στατιστικών αναλύσεων	89
Πίνακας 2: Συνοπτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	95
Πίνακας 3: Πίνακας 3.1. Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο	100
Πίνακας 4: Πίνακας 3.2. Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων	101
Πίνακας 5: Πίνακας 3.3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	102
Πίνακας 6: Πίνακας 3.4. αριθμός τέκνων των συμμετεχόντων.	103
Πίνακας 7: Πίνακας 3.5. Ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια των συμμετεχόντων με ειδικές ανάγκες.....	104
Πίνακας 8: Πίνακας 3.6. Επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.	105
Πίνακας 9: Πίνακας 3.7. Ειδικότητα συμμετεχόντων.....	107
Πίνακας 10: Πίνακας 3.8. Εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο.....	108
Πίνακας 11: Πίνακας 3.9. Εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.....	108
Πίνακας 12: Πίνακας 3.10. Αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα που φροντίζουν καθημερινά οι συμμετέχοντες.	109
Πίνακας 13: Πίνακας 3.11. Συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.	111
Πίνακας 14: Πίνακας 3.12. Νοσηλευτικός τομέας που εργάζονται οι συμμετέχοντες.....	112
Πίνακας 15: Πίνακας 3.13. Χρόνος εργασίας των συμμετεχόντων στα νοσοκομεία.	114
Πίνακας 16: Πίνακας 3.14. Κύρια αιτία επιλογής του επαγγέλματος	115
Πίνακας 17: Πίνακας 3.15. Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	116
Πίνακας 18: Πίνακας 3.16. Σχέση εργασίας	118
Πίνακας 19: Πίνακας 3.17. Μορφή απασχόλησης.....	119
Πίνακας 20: Πίνακας 3.18. Θέση ευθύνης.....	119
Πίνακας 21: Πίνακας 3.19. Ωράριο απασχόλησης	120
Πίνακας 22: Πίνακας 3.20. Μορφή απασχόλησης.....	121
Πίνακας 23: Πίνακας 3.21. Βάρδια εργασίας	122
Πίνακας 24: Πίνακας 3.22. Βάρδιες ανά μήνα	123
Πίνακας 25: Πίνακας 3.24. Απογευματινές βάρδιες ανά μήνα.....	126
Πίνακας 26: Πίνακας 3.25. Σαββατοκύριακα και αργίες ανά μήνα.....	127
Πίνακας 27: Πίνακας 3.26. Επίπεδο αμοιβής	128
Πίνακας 28: Πίνακας 3.27. Ικανοποίηση από την αμοιβή.....	129
Πίνακας 29: Πίνακας 3.28. Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική στελέχωση	130
Πίνακας 30: Πίνακας 3.29. Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας.....	131
Πίνακας 31: Πίνακας 3.30. Συνεργασία με τους προϊσταμένους	132
Πίνακας 32: Πίνακας 3.31. Συνεργασία με τους συναδέλφους	133
Πίνακας 33: Πίνακας 3.32. Συνεργασία με τους γιατρούς	134
Πίνακας 34: Πίνακας 3.33. Χρόνιο πρόβλημα υγείας	135
Πίνακας 35: Πίνακας 3.34 – Ερώτηση 1 - 1 SEA Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω (έχω μια καλή αίσθηση) το γιατί αισθάνομαι τα συναισθήματα που νιώθω (έτσι όπως αισθάνομαι).	136

Πίνακας 36: Πίνακας 3.35 – Ερώτηση 2 - 2 ΟΑΕ Πάντα μπορώ να καταλάβω πως αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση την συμπεριφορά τους	137
Πίνακας 37: Πίνακας 3.36 – Ερώτηση 3 - 3 ΟΑΕ Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω.....	138
Πίνακας 38: Πίνακας 3.37 – Ερώτηση 4 - 4 ΟΑΕ Μπορώ με την λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να ανταπεξέλθω τις δυσκολίες.....	139
Πίνακας 39: Πίνακας 3.38 – Ερώτηση 5 - 5 ΟΑΕ Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου	140
Πίνακας 40: Πίνακας 3.39 – Ερώτηση 6 - 6 ΟΑΕ Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων.....	141
Πίνακας 41: Πίνακας 3.40 – Ερώτηση 7 - 7 ΟΑΕ Πάντα 'λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο.....	142
Πίνακας 42: Πίνακας 3.41 – Ερώτηση 8 - 8 ΟΑΕ Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα συναισθήματά μου	143
Πίνακας 43: Πίνακας 3.42 – Ερώτηση 9 - 9 ΟΑΕ Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά.....	144
Πίνακας 44: Πίνακας 3.43 – Ερώτηση 10 - 10 ΟΑΕ Είμαι ευαίσθητος στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων	145
Πίνακας 45: Πίνακας 3.44 – Ερώτηση 11 - 11 ΟΑΕ Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα	146
Πίνακας 46: Πίνακας 3.45 – Ερώτηση 12 - 12 ΟΑΕ Όταν θυμώνω, πάντα μπορώ να ηρεμήσω γρήγορα	147
Πίνακας 47: Πίνακας 3.46 – Ερώτηση 13 - 13 ΟΑΕ Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι.....	148
Πίνακας 48: Πίνακας 3.47 – Ερώτηση 14 - 14 ΟΑΕ Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου.....	149
Πίνακας 49: Πίνακας 3.48 – Ερώτηση 15 - 15 ΟΑΕ Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο	150
Πίνακας 50: Πίνακας 3.49 – Ερώτηση 16 - 16 ΟΑΕ Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου.....	151
Πίνακας 51: Πίνακας 3.50. Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach α κλιμάκων και υποκλιμάκων	154
Πίνακας 52: Πίνακας 3.51 – Ερώτηση 1 - 1 Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς.....	155
Πίνακας 53: Πίνακας 3.52 – Ερώτηση 2 - 2 Κριτική από έναν γιατρό.	156
Πίνακας 54: Πίνακας 3.53 – Ερώτηση 3 - 3 Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς.....	157
Πίνακας 55: Πίνακας 3.54 – Ερώτηση 4 - 4 Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες.	158
Πίνακας 56: Πίνακας 3.55 – Ερώτηση 5 - 5 Διαμάχη με έναν προϊστάμενο.....	159
Πίνακας 57: Πίνακας 3.56 – Ερώτηση 6 - 6 Βλάβη στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές.....	160

Πίνακας 58: Πίνακας 3.57 – Ερώτηση 7 - 7 Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τους ιατρούς.....	161
Πίνακας 59: Πίνακας 3.58 – Ερώτηση 8 - 8 Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.	162
Πίνακας 60: Πίνακας 3.59 – Ερώτηση 9 - 9 Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας....	163
Πίνακας 61: Πίνακας 3.60 – Ερώτηση 10 - 10 Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς.	164
Πίνακας 62: Πίνακας 3.61 – Ερώτηση 11 -11 Διαμάχη με έναν γιατρό.....	165
Πίνακας 63: Πίνακας 3.62 – Ερώτηση 12 - 12 Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση.....	166
Πίνακας 64: Πίνακας 3.63 – Ερώτηση 13 -13 Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.	167
Πίνακας 65: Πίνακας 3.64 – Ερώτηση 14 - 14 Διαρκής μετακίνηση σε άλλα νοσηλευτικά τμήματα λόγω έλλειψης προσωπικού.	168
Πίνακας 66: Πίνακας 3.65 – Ερώτηση 15 - 15 Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα.	169
Πίνακας 67: Πίνακας 3.66 – Ερώτηση 16 - 16 Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	171
Πίνακας 68: Πίνακας 3.67 – Ερώτηση 17 -	172
Πίνακας 69: Πίνακας 3.68 – Ερώτηση 18 - 18 Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.	173
Πίνακας 70: Πίνακας 3.69 – Ερώτηση 19 -19 Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατο.	174
Πίνακας 71: Πίνακας 3.70 – Ερώτηση 20 -20 Φόβος για την πιθανότητα λάθους στη χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.	175
Πίνακας 72: Πίνακας 3.71 – Ερώτηση 21 -21 Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.	176
Πίνακας 73: Πίνακας 3.72 – Ερώτηση 22 -22 Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν την εξωτερίκευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους της ίδιας μονάδας/τμήματος.	177
Πίνακας 74: Πίνακας 3.73 – Ερώτηση 23 - 23 Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.....	178
Πίνακας 75: Πίνακας 3.74 – Ερώτηση 24 - 24 Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.....	179
Πίνακας 76: Πίνακας 3.75 – Ερώτηση 25 - 25 Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.	180
Πίνακας 77: Πίνακας 3.76 – Ερώτηση 26 - 26 Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό.	181
Πίνακας 78: Πίνακας 3.77 – Ερώτηση 27 - 27 Το να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.	182
Πίνακας 79: Πίνακας 3.78 – Ερώτηση 28 - 28 Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.....	183
Πίνακας 80: Πίνακας 3.79 – Ερώτηση 29 -29 Ο θάνατος ενός ασθενούς.....	184

Πίνακας 81: Πίνακας 3.80 – Ερώτηση 30 - 30 Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς.....	185
Πίνακας 82: Πίνακας 3.81 – Ερώτηση 31 -31 Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντά σας.	186
Πίνακας 83: Πίνακας 3.82 – Ερώτηση 32 - 32 Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενό σας.	187
Πίνακας 84: Πίνακας 3.83 – Ερώτηση 33 - 33 Κριτική από έναν προϊστάμενο.	188
Πίνακας 85: Πίνακας 3.84 – Ερώτηση 34 - 34 Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων.	189
Πίνακας 86: Πίνακας 3.85 – Ερώτηση 35 - 35 Το να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την υγεία και τη θεραπεία ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του..	190
Πίνακας 87: Πίνακας 3.86 – Ερώτηση 36 - 36 Η ευθύνη του να είστε εσείς ο υπεύθυνος που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των ασθενών.	191
Πίνακας 88: Πίνακας 3.87 – Ερώτηση 37 - 37 Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών.....	192
Πίνακας 89: Πίνακας 3.88 – Ερώτηση 38 - 38 Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλειά σας.....	193
Πίνακας 90: Πίνακας 3.89 – Ερώτηση 39 - 39 Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.	194
Πίνακας 91: Πίνακας 3.90 – Ερώτηση 40 - 40 Η λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού.	195
Πίνακας 92: Πίνακας 3.91 – Ερώτηση 41 - 41 Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.	196
Πίνακας 93: Πίνακας 3.92 – Ερώτηση 42 - 42 Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού.....	197
Πίνακας 94: Πίνακας 3.93 – Ερώτηση 43 - 43 Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου.	198
Πίνακας 95: Πίνακας 3.94 – Ερώτηση 44 - 44 Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.....	199
Πίνακας 96: Πίνακας 3.95 – Ερώτηση 45 - 45 Αβεβαιότητα που αφορά στη λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.	200
Πίνακας 97: Πίνακας 3.96 – Ερώτηση 46 - 46 Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών.	201
Πίνακας 98: Πίνακας 3.97 – Ερώτηση 47 - 47 Ανεπαρκής χρόνος για τη κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών.	202
Πίνακας 99: Πίνακας 3.98 – Ερώτηση 48 - 48 Να θεωρήστε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να έχετε τον έλεγχο.....	203
Πίνακας 100: Πίνακας 3.99 – Ερώτηση 49 - 49 Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.	204
Πίνακας 101: Πίνακας 3.100 – Ερώτηση 50 - 50 Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών.....	205
Πίνακας 102: Πίνακας 3.101 – Ερώτηση 51 - 51 Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσοκομείου.	206
Πίνακας 103: Πίνακας 3.102 – Ερώτηση 52 - 52 Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου.....	206

Πίνακας 104: Πίνακας 3.103 – Ερώτηση 53 - 53 Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.....	208
Πίνακας 105: Πίνακας 3.104 – Ερώτηση 54 - 54 Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών.....	209
Πίνακας 106: Πίνακας 3.105 – Ερώτηση 55 - 55 Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.	210
Πίνακας 107: Πίνακας 3.106 – Ερώτηση 56 - 56 Κριτική από τη νοσηλευτική διοίκηση.	211
Πίνακας 108: Πίνακας 3.107 – Ερώτηση 57 - 57 Ύπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμά σας.....	212
Πίνακας 109: Πίνακας 3.108 – Ερώτηση 58 - 58 Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.	213
Πίνακας 110: Πίνακας 3.109 – Ερώτηση 59 - 59 Λήψη αποφάσεων υπό πίεση.....	213
Πίνακας 111: Πίνακας 3.110 – Ερώτηση 60 - 60 Αν πιστεύετε ότι υπάρχουν καταστάσεις στον εργασιακό σας χώρο που σας επιφορτίζουν με στρες και δεν περιγράφονται παραπάνω, παρακαλώ αναφέρετέ τις με λίγα λόγια. Διαφορετικά σημειώστε μηδέν (0).	214
Πίνακας 112: Πίνακας 3.111. Κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες νοσηλευτικού προσωπικού.....	216
Πίνακας 113: Πίνακας 3.112 – Ερώτηση 1 - 1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	219
Πίνακας 114: Πίνακας 3.113 – Ερώτηση 2 - 2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;	220
Πίνακας 115: Πίνακας 3.114 – Ερώτηση 3 - 3. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ; Εάν ναι, πόσο;.....	221
Πίνακας 116: Πίνακας 3.115 – Ερώτηση 4 - 4. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία; Εάν ναι, πόσο;.....	222
Πίνακας 117: Πίνακας 3.116 – Ερώτηση 5 -5. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά; Εάν ναι, πόσο;	223
Πίνακας 118: Πίνακας 3.117 – Ερώτηση 6 - 6. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους; Εάν ναι, πόσο;	224
Πίνακας 119: Πίνακας 3.118 – Ερώτηση 7 - 7. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν ανεβαίνετε έναν όροφο; Εάν ναι, πόσο;	225
Πίνακας 120: Πίνακας 3.119 – Ερώτηση 8 - 8. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο; Εάν ναι, πόσο;....	226
Πίνακας 121: Πίνακας 3.120 – Ερώτηση 9 - 9. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο; Εάν ναι, πόσο;.....	227
Πίνακας 122: Πίνακας 3.121 – Ερώτηση 10 - 10. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα; Εάν ναι, πόσο;.....	228

Πίνακας 123: Πίνακας 3.122 – Ερώτηση 11 - 11. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα; Εάν ναι, πόσο;	229
Πίνακας 124: Πίνακας 3.123 – Ερώτηση 12 - 12. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε; Εάν ναι, πόσο;	230
Πίνακας 125: Πίνακας 3.124 – Ερώτηση 13 - 13. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;	231
Πίνακας 126: Πίνακας 3.125 – Ερώτηση 14 - 14. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;	232
Πίνακας 127: Πίνακας 3.126 – Ερώτηση 15 - 15. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;	233
Πίνακας 128: Πίνακας 3.127 – Ερώτηση 16 - 16. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια), εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;	234
Πίνακας 129: Πίνακας 3.128 – Ερώτηση 17 - 17. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);	235
Πίνακας 130: Πίνακας 3.129 – Ερώτηση 18 - 18. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);	236
Πίνακας 131: Πίνακας 3.130 – Ερώτηση 19 - 19. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);	237
Πίνακας 132: Πίνακας 3.131 – Ερώτηση 20 - 20. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;	238
Πίνακας 133: Πίνακας 3.132 – Ερώτηση 21 - 21. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	239
Πίνακας 134: Πίνακας 3.133 – Ερώτηση 22 - 22. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);	240
Πίνακας 135: Πίνακας 3.134 – Ερώτηση 23 -23. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε γεμάτος /η ζωντάνια;	241
Πίνακας 136: Πίνακας 3.135 – Ερώτηση 24 - 24. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα είχατε πολύ εκνευρισμό;	242

Πίνακας 137: Πίνακας 3.136 – Ερώτηση 25 - 25. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε τόσο πολύ πιεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει τι κέφι;.....	243
Πίνακας 138: Πίνακας 3.137 – Ερώτηση 26 - 26. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε ηρεμία και γαλήνη;.....	244
Πίνακας 139: Πίνακας 3.138 – Ερώτηση 27 - 27. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα είχατε πολλή ενεργητικότητα;.....	245
Πίνακας 140: Πίνακας 3.139 – Ερώτηση 28 - 28. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε απελπισία και μελαγχολία;.....	246
Πίνακας 141: Πίνακας 3.140 – Ερώτηση 29 - 29. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε εξάντληση;	247
Πίνακας 142: Πίνακας 3.141 – Ερώτηση 30 - 30. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα ήσαστε ευτυχισμένος/η;	248
Πίνακας 143: Πίνακας 3.142 – Ερώτηση 31 - 31. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε κούραση;	249
Πίνακας 144: Πίνακας 3.143 – Ερώτηση 32 - 32. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;.....	250
Πίνακας 145: Πίνακας 3.144 – Ερώτηση 33 - 33. Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι η παρακάτω πρόταση στη δική σας περίπτωση: Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	251
Πίνακας 146: Πίνακας 3.145 – Ερώτηση 34 - 34. Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι η παρακάτω πρόταση στη δική σας περίπτωση: Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	252
Πίνακας 147: Πίνακας 3.146 – Ερώτηση 35 - 35. Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι η παρακάτω πρόταση στη δική σας περίπτωση: Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει.....	253
Πίνακας 148: Πίνακας 3.147 – Ερώτηση 36 - 36. Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι η παρακάτω πρόταση στη δική σας περίπτωση: Η υγεία μου είναι εξαιρετική	254
Πίνακας 149: Πίνακας 3.148. Περιγραφικά στατιστικά διαστάσεων ποιότητας ζωής SF-36	256
Πίνακας 150: Πίνακας 3.149. Συσχετίσεις μεταξύ βασικών μεταβλητών της έρευνας.....	258
Πίνακας 151: Πίνακας 3.150. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς το φύλο.....	263
Πίνακας 152: Πίνακας 3.151. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς το φύλο	263
Πίνακας 153: Πίνακας 3.152. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς την ηλικία.....	264
Πίνακας 154: Πίνακας 3.153. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς την ηλικία	265
Πίνακας 155: Πίνακας 3.154. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας	266
Πίνακας 156: Πίνακας 3.155. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας	266

Πίνακας 157: Πίνακας 3.156. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς τη θέση ευθύνης	268
Πίνακας 158: Πίνακας 3.157. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς τη θέση ευθύνης	268
Πίνακας 159: Πίνακας 3.158. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών	270
Πίνακας 160: Πίνακας 3.159. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών	270
Πίνακας 161: Πίνακας 3.160. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς τα έτη εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς	272
Πίνακας 162: Πίνακας 3.161. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς τα έτη εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς	272
Πίνακας 163: Πίνακας 3.162. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.....	273
Πίνακας 164: Πίνακας 3.163. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.....	274
Πίνακας 165: Πίνακας 3.164. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς το ύψος αμοιβής	275
Πίνακας 166: Πίνακας 3.165. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς το ύψος αμοιβής	276
Πίνακας 167: Πίνακας 3.166. Μοντέλο παλινδρόμησης για το νοσηλευτικό άγχος.....	279
Πίνακας 168: Πίνακας 3.167. Μοντέλο παλινδρόμησης για την ποιότητα ζωής	280
Πίνακας 169: Πίνακας 3.168. Δείκτες μεγέθους επίδρασης (Effect Sizes)	281

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ProQOL/ ΠΕΖ	Professional Quality of Life	Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής
QOL/ ΠΖ	Quality of Life	Ποιότητα Ζωής
WHO/ ΠΟΥ	World Health Organization	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
SF-36	Short Form- 36 Health Survey	Ερωτηματολόγιο Υγείας SF-36

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημαντική αύξηση του αριθμού των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα βάζει σε κίνδυνο την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και επομένως, την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Desmedt et al., 2016). Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα, από ένα διευρυμένο σύνολο επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν ολοκληρωμένες και οργανωμένες υπηρεσίες μαζί με συνεχόμενη φροντίδα (Desmedt et al., 2016). Το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα μέσα από το συντονισμό της απαιτητικής μακροχρόνιας φροντίδας ,ενώ συμμετέχει ενεργά στην εφαρμογή του Μοντέλου Χρόνιας Φροντίδας (Alrabie et al., 2024) με τους νοσηλευτές/τριες να ηγούνται του συντονισμού φροντίδας των χρόνιων πασχόντων ασθενών ,προάγοντας την πρόληψη ,την λήψη αποφάσεων, την εκπαίδευση των ασθενών μέσα από την αυτοδιαχείριση (Alrabie et al., 2024). Το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρείται ως στρεσογόνο και ιδιαίτερα απαιτητικό επάγγελμα με τους νοσηλευτές/τριες να εκτίθενται σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος περισσότερο από άλλα επαγγέλματα (Wazqar, 2018). Είναι κοινά αποδεκτό ότι το εργασιακό άγχος έχει αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής στον εργασιακό χώρο του νοσηλευτικού προσωπικού, στην μικρή αύξηση των ψυχιατρικών νόσων καθώς μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές ασθένειες και προβλήματα συμπεριφοράς (Wazqar, 2018). Οι νοσηλευτές/τριες που εργάζονται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα, μέσα στα πλαίσια της συναισθηματικής εργασίας και τις ισχυρές νόρμες που τη διέπουν, επιβαρύνονται περισσότερο τόσο ψυχολογικά όσο και οργανικά εφόσον δεν εξωτερικεύουν πιθανά αρνητικά συναισθήματα, με αποτέλεσμα την δημιουργία ψυχολογικών διαταραχών που οδηγούν σε συναισθηματική εξάντληση και εργασιακή εξουθένωση (Δρένος, 2018).

Η Συναισθηματική Νοημοσύνη θεωρείται ότι λειτουργεί προστατευτικά στην ψυχική υγεία των εργαζομένων στην υγεία (Shahini et al., 2023), ενώ έχει συνδεθεί με χαμηλά επίπεδα στρες και ενδυνάμωση της ευεξίας (Karimi et al., 2014). Η Συναισθηματική νοημοσύνη είναι μια πολυδιάστατη έννοια που αναφέρεται στην ικανότητα αναγνώρισης,

κατανόησης, χρήσης και ρύθμισης των συναισθημάτων του εαυτού και των άλλων και έχει συνδεθεί με θετικά αποτελέσματα στον εργασιακό χώρο της υγείας συμπεριλαμβάνοντας την αποδοτική εργασία, την εργασιακή ικανοποίηση, την ψυχική υγεία και την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη (Soriano-Vazquez et al., 2023). Το εργασιακό άγχος αναφέρεται σε μια κατάσταση ψυχικής, σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που προκύπτει από την αντίληψη των εργαζομένων ότι οι ικανότητες και οι πόροι τους δεν επαρκούν να ανταποκριθούν στις τρέχουσες απαιτήσεις της εργασίας (Akanni et al., 2022). Έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ υψηλών επιπέδων εργασιακού άγχους και χαμηλών επιπέδων ψυχικής ευεξίας (Μουστάκα κ.α., 2011). Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της υποκειμενικής επίδρασης της κατάστασης της υγείας, της υγειονομικής περίθαλψης της πρόληψης και των δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας στην κοινότητα ενός ατόμου να διατηρήσει ένα επίπεδο λειτουργικότητας που επιτρέπει την επίτευξη στόχων ζωής και αντικατοπτρίζει τη συνολική ευεξία (Antoli-Jover et al., 2024). Η διερεύνηση της ΣΥΠΖ των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντική αφού επιδεινούμενη ψυχική και σωματική υγεία των νοσηλευτών συνδέεται με κλινικά λάθη, κατάθλιψη, μειωμένη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας ασθενών (Antoli-Jover et al., 2024).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι επιδράσεις της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης και εργασιακού άγχους και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου. Σε συνάρτηση με τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας, θα εξεταστεί επιπλέον η αλληλεπίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης με την Ποιότητα Ζωής, του Εργασιακού Άγχους με την Ποιότητα Ζωής, συσχέτιση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης με το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται στο δυο μέρη. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση και ανάλυση των θεωρητικών εννοιών της χρόνιας νόσου, της συναισθηματικής νοημοσύνης, του εργασιακού άγχους και της ποιότητας ζωής. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, περιγράφεται ο σχεδιασμός της μελέτης, τα χαρακτηριστικά του δείγματος, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η διαδικασία συλλογής δεδομένων και οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, περιγράφεται ο σχεδιασμός της μελέτης, τα χαρακτηριστικά του δείγματος, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η τα

ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η διαδικασία συλλογής δεδομένων και οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης. Στο τρίτο κεφάλαιο συμπεριλαμβάνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων. Αρχικά, παρουσιάζονται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος και ακολουθεί περιγραφική και στατιστική ανάλυση των τριών μεταβλητών και την συσχέτιση μεταξύ τους, τις δημογραφικές διαφοροποιήσεις και τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται ερμηνευτική προσέγγιση και συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας σχετικά με τις επιδράσεις της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη. Στο εργασιακό άγχος και στη ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα και τις προτάσεις για την αντιμετώπιση των επιδράσεων της εργασίας στη συναισθηματική νοημοσύνη, το εργασιακό άγχος και την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε δημόσιο νοσοκομείο.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. Θεωρητικό πλαίσιο

1.1. Η χρόνια νόσος

Χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, η καρδιαγγειακή νόσος, το εγκεφαλικό και ο καρκίνος συγκαταλέγονται ως τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως (Hacker, 2024). Στις αρχές του 1900 υπήρξε μια επιδημιολογική μετάβαση από τις μεταδιδόμενες ασθένειες στις μη μεταδιδόμενες ασθένειες, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης της δημόσιας υγείας (Hacker, 2024). Τα χρόνια νοσήματα αποτελούν σημαντική οικουμενική πρόκληση εξαιτίας της μακροχρόνιας φύσης τους, της περιπλοκότητάς τους και της σύνδεσής τους με συν νοσηρότητες (Iheduru, 2024). Εκτιμάται ότι το 2030 το οικονομικό κόστος εξαιτίας των χρόνιων νόσων θα αγγίξει τα 47 τρισεκατομμύρια δολάρια παγκοσμίως (Hacker, 2024).

Η αυξανόμενη επικράτηση των χρόνιων νόσων οφείλεται και στην γήρανση του πληθυσμού (Aijaz et al., 2025). Όσο αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής στον πλανήτη, περισσότερα άτομα κινδυνεύουν να αναπτύξουν χρόνιες ασθένειες (Aizaj et al., 2025). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα ευθύνονται για το 71% των θανάτων παγκόσμια (Aijaz et al., 2025). Οι καρδιαγγειακές παθήσεις ευθύνονται για 17,9 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, ενώ ο διαβήτης επηρεάζει 537 εκατομμύρια ενήλικες με πρόβλεψη να φτάσει τα 783 εκατομμύρια μέχρι το 2045 (Aijaz et al., 2025). Οι χρόνιες αναπνευστικές νόσοι όπως το άσθμα και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ευθύνονται για πάνω από 3,2 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, κυρίως σε χώρες χαμηλού εισοδήματος (Aijaz et al., 2025). Στην Ελλάδα, το 1/3 του συνόλου των θανάτων το 2022 αποδόθηκε στα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ μαζί με το καρκίνο αντιπροσώπευαν πάνω από το ήμισυ του αριθμού των συνολικών θανάτων (European Observatory on Health System and Policies, 2025).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει ως χρόνια νόσο, τη μη μεταδιδόμενη νόσο, η οποία έχει μακρά διάρκεια και είναι αποτέλεσμα γενετικών, σωματικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων (WHO, 2025). Χωρίζει τις

χρόνιες παθήσεις σε τέσσερις ομάδες, με την πρώτη ομάδα να περιλαμβάνει τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τη δεύτερη τους καρκίνους, την τρίτη τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και την τέταρτη το διαβήτη (WHO, 2025). Στις χρόνιες ασθένειες συμπεριλαμβάνονται: οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, η υπέρταση, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Iheduru, 2024), καρκίνοι, παχυσαρκία, άνοια (Alzheimer), αρθρίτιδα, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, επιληψία, φθορά δοντιών (CDC, 2025).

Στην ιατρική, ως χρόνια νόσος ορίζεται οποιαδήποτε οργανική διαταραχή που διαρκεί περισσότερο από τρεις μήνες ή προκύπτει νοσηλεία που ξεπερνά τον ένα μήνα, επιφέροντας περιορισμούς στο πεδίο των ικανοτήτων και συμπεριφορών του ατόμου και προκαλούν αλλαγές στην κοινωνική του ζωή (Βαλαματοπούλου, 2014). Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ορίζει ως χρόνιες ασθένειες τις καταστάσεις που έχουν διάρκεια ενός έτους ή και περισσότερο και απαιτούν συνεχιζόμενη ιατρική φροντίδα ή περιορισμό στις καθημερινές δραστηριότητες ή παρουσία και των δύο αυτών παραγόντων (CDC, 2024).

Στην εμφάνιση της χρόνιας νόσου συμβάλλουν αναλογικά παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και το τρόπο και στάση ζωής του ατόμου (WHO, 2025). Εκτιμάται ότι το 82% των πρόωρων θανάτων διαπιστώνεται σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος (WHO, 2025). Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου των χρόνιων νόσων διακρίνονται σε:

Συμπεριφορικούς παράγοντες, οι οποίοι περιλαμβάνουν τη χρήση καπνού (συμπεριλαμβανόμενου και των επιδράσεων του παθητικού καπνίσματος), την ανθυγιεινή διατροφή, την κατάχρηση αλκοόλ, την ανεπαρκή σωματική άσκηση (WHO, 2025).

Βιολογικούς/Μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι περιλαμβάνουν την αυξημένη πίεση αίματος (συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης), την αύξηση βάρους/παχυσαρκία, τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα (διαβήτης), την μη φυσιολογική εμφάνιση λιπιδίων στο αίμα (χοληστερίνη) (WHO, 2025). Οι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου συμβάλλουν στην εμφάνιση των τεσσάρων, παραπάνω μεταβολικών αλλαγών οι οποίες με τη σειρά τους αυξάνουν την εμφάνιση χρόνιων νόσων (WHO, 2025).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, συμβάλλουν στην αύξηση των χρόνιων ασθενειών, όπως η ρύπανση του ατμοσφαιρικού αέρα (WHO, 2025). Επιπλέον, η ηλικία, το φύλλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το γενετικό υπόβαθρο αποτελούν παράγοντες κινδύνου χρόνιων παθήσεων (Public Health Agency of Canada, 2024).

1.1.1. Επιδράσεις των χρονίων νόσων

Τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες νόσους συχνά αντιμετωπίζουν σωματικές αλλαγές στην καθημερινότητά τους συμπεριλαμβανομένων σωματικών περιορισμών, συναισθηματική δυσφορία και μείωση της κοινωνικής ζωής (Alruwaili et al., 2024). Οι επιπτώσεις της χρόνια νόσου στην ψυχική υγεία ποικίλουν και εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της κατάστασης, τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ατόμου και το βαθμό στήριξης που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις οικογένειες, το υγειονομικό προσωπικό και τις κοινότητες (Aijaz et al., 2025). Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι οι χρόνιες αρρώστιες και ιδιαίτερα αυτές που επιφέρουν συνεχιζόμενο πόνο ή αναπηρία, μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Aijaz et al., 2025). Οι χρόνιες νόσοι που επιφέρουν καθημερινά εμπόδια στις δραστηριότητες του ατόμου όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα η πολλαπλή σκλήρυνση, ο καρκίνος συνδέονται με υψηλότερη πιθανότητα βίωσης ψυχολογικής δυσφορίας (Aizaj et al., 2025). Η σχέση ανάμεσα στη χρόνια νόσο και την ψυχική υγεία είναι αμφίδρομη αφού η χρόνια νόσος συμβάλλει στην ανάπτυξη των διαταραχών ψυχικής υγείας αλλά και η ύπαρξη καταστάσεων ψυχικής υγείας πριν την έναρξη της χρόνιας νόσου μπορεί να διεγείρει την πρόοδο της νόσου (Aijaz et al., 2025).

Η επικράτηση των χρονίων ασθενειών αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγείας (Polanco et al., 2024). Η επιβάρυνση από τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες αυξήθηκε κατά 60% τα τελευταία 35 χρόνια, πράγμα που σημαίνει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θα αντιμετωπίσουν μακροχρόνιες καταστάσεις υγείας (Polanco et al., 2024). Η αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και το σχετιζόμενο κόστος που προκύπτει από τις χρόνιες ασθένειες επιβάλλει ένα ουσιαστικό βάρος στα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών (Polanco et al., 2024). Η επίδραση των χρονίων νόσων επηρεάζει την αγορά εργασίας. Η αύξηση του κόστους υγειονομικής φροντίδας και η μείωση της συμμετοχής του εργατικού δυναμικού επηρεάζει σημαντικά τα φορολογικά έσοδα και τη βιωσιμότητα των κοινωνικών και υγειονομικών συστημάτων. Οι επιδράσεις στη μείωση παραγωγικότητας των χώρων μπορεί να φτάσει σε ιδιαίτερα ανησυχητικά επίπεδα απειλώντας τα συστήματα υγείας (Polanco et al., 2024).

1.1.1.1. Εικόνα εαυτού

Η μειωμένη αντοχή, η τρωτότητα, η περιορισμένη κινητικότητα, η ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων, η σωματική αναπηρία, η μορφολογικές αλλαγές εξαιτίας παρενεργειών από θεραπευτικά σχήματα επιφέρουν αλλαγές στην εικόνα του σώματος των

χρόνιων πασχόντων ασθενών (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008). Η σωματική εικόνα του ατόμου είναι το σύνολο των στοιχείων που το χαρακτηρίζουν και μια πιθανή αλλαγή στη δομή ή τη λειτουργία της αποτελεί απειλή (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008). Η εικόνα εαυτού είναι το σύνολο των εννοιών και των αντιλήψεων που έχουν τα άτομα για τον εαυτό τους (Filej et al., 2018). Η εικόνα εαυτού αποτελείται από πολλές διαστάσεις και μπορεί να αλλάξει ταυτόχρονα με τη γήρανση και την ωρίμανση του ατόμου (Filej et al., 2018). Τα χρόνια νοσήματα επιδρούν στην αυτοεκτίμηση του ατόμου, η οποία είναι η ικανότητα με την οποία ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις της ζωής (Filez et al., 2018). Η χρόνια ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση του εαυτού του ατόμου και την ταυτότητά του (Nettleton, 1995). Σε αυτό συμβάλλουν μερικώς οι πραγματικές ή φαντασιακές αντιδράσεις των άλλων απέναντι στο άτομο που νοσεί όσο και το πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ζει (Nettleton, 1995). Σύμφωνα με το Bury (1988-1991), οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και/ή αναπηρίες έρχονται διαρκώς αντιμέτωποι με το ενδεχόμενο οι άλλοι να έχουν διαφορετική άποψη για μια κατάσταση, να μην δείχνουν κατανόηση και να μην συμμερίζονται την προσπάθειά τους «να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή» στην προοπτική επιδείνωσης των συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα οι σχέσεις να εξετάζονται εξονυχιστικά (Nettleton, 1995).

Η Charmaz (1983), μελετώντας τον αντίκτυπο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης στον «εαυτό» ατόμων με αναπηρίες, συμπέρανε ότι τα άτομα ανησυχούσαν για το άτομο το οποίο έβλεπαν τον εαυτό τους, και για τις χαμένες εικόνες του εαυτού τους από το παρελθόν (Nettleton, 1995). Η Charmaz, αναφέρεται στη συγκεκριμένη διαδικασία ως «απώλεια εαυτού» και επισημαίνει τέσσερα διλλήματα που προκύπτουν (Nettleton, 1995). Πρώτον, τα άτομα εξετάζουν εξονυχιστικά τις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους για δείγματα αμφισβήτησης (Nettleton, 1995). Δεύτερον, οι πάσχοντες έχουν την τάση να ενθαρρύνουν την εξάρτησή τους από τους άλλους προκειμένου να πετύχουν τον αυτοπροσδιορισμό τους, πράγμα που δημιουργεί εντάσεις στις σχέσεις (Nettleton, 1995). Τρίτον, με την πρόοδο της νόσου οι πάσχοντες συνειδητοποιούν ότι έχουν ανάγκη στενότερες σχέσεις προκειμένου να διατηρήσουν την αυτό εικόνα τους η οποία καταρρέει, ενώ δυσκολεύονται ταυτόχρονα να διατηρήσουν σχέσεις και τέταρτο δίλλημα αναφέρεται στην επίπτωση στις πολιτιστικές αξίες, δηλαδή τα άτομα που δε μπορούν να διεκπεραιώσουν τετριμμένες εργασίες τείνουν να χάνουν τα ίδια μέσα που χρειάζονται για να διατηρήσουν μια κοινωνική ζωή με νόημα (Nettleton, 1995). Η «απώλεια εαυτού», είναι μια αναστρέψιμη κατάσταση, που οι άνθρωποι μπορούν να ξεπεράσουν και να

δημιουργήσουν νέες ανασυγκροτημένες ταυτότητες (Nettleton, 1995). Η αίσθηση του εαυτού και η προσωπική κατάσταση διαμορφώνονται ανάλογα με το χρόνο και τα διάφορα στάδια της πορείας της ασθένειας (Nettleton, 1995). Στο δυτικό πολιτισμό, η αυτό εικόνα, η αυτό αντίληψη του εαυτού, συνδέεται συχνά με την εικόνα του σώματος, ενώ η προβαλλόμενη ιδεατή εικόνα διαμορφώνεται από τις βιομηχανίες της διατροφής, της διαφήμισης και της μόδας (Nettleton, 1995). Επομένως, όταν επηρεάζονται τα φυσικά χαρακτηριστικά του σώματος, τότε μπορεί να διαμορφωθεί αρνητική αυτό εικόνα (Nettleton, 1995). Η αρνητική αυτό εικόνα καθίσταται πιο πιθανή όταν υπάρχουν αρνητικές αντιδράσεις από τον περίγυρο, όταν υπάρχει έλλειψη ελέγχου των σωματικών λειτουργιών που δε συμβαδίζουν με την ενήλικη ζωή, όταν χρησιμοποιούνται ψυχρές, σκληρές και μεταλλικές συσκευές και όταν υπάρχει φόβος σεξουαλικής ή κοινωνικής απόρριψης (Nettleton, 1995). Η χρόνια νόσος, γίνεται αντιληπτή ως μια βιογραφική αποδιοργάνωση καθώς μαζί με το φυσικό σώμα καταστρέφεται η τροχιά όλης της ζωής σε διάφορα επίπεδα (Nettleton, 1995). Η βιογραφική αποδιοργάνωση μπορεί να περιλαμβάνει τη διαδικασία απώλειας εαυτού, αλλά μπορεί και να λειτουργήσει ως σημείο καμπής της ζωής του ατόμου και να οδηγήσει σε αλλαγή ταυτότητας, καθώς και σε επανεξέταση της κατεύθυνσης της ζωής του (Nettleton, 1995).

1.1.1.2. Οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή

Η ποιότητα τη ζωής των μελών της οικογένειας αλλά και του ασθενή μειώνεται δραματικά από την άποψη σωματικών επιδράσεων, ψυχολογικής αναστάτωσης και κοινωνικών προβλημάτων (Golics et al., 2013). Τα μέλη της οικογένειας του πάσχοντος ατόμου μπορεί να επηρεαστούν συναισθηματικά περισσότερο από τον ίδιο τον ασθενή (Golics et al., 2013). Στις οικογενειακές σχέσεις επικρατούν αισθήματα άγχους, εντάσεις και διαφωνίες (Golics et al. 2013). Εξαιτίας της ασθένειας και των συμπτωμάτων, διαταράσσεται η συντροφική και σεξουαλική ζωή των ζευγαριών, ενώ ζευγάρια μπορεί να οδηγηθούν σε λύση των συζυγικών ή συντροφικών σχέσεων (Golics et al., 2013). Επιπλέον, το οικονομικό κόστος των θεραπειών των οποίων είναι μακροχρόνιες στις χρόνιες νόσους επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό και τα μέλη της οικογένειας (Lin, 2025). Σε περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής εγκαταλείψει τη δουλειά του, εξαιτίας της ασθένειάς του ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας αναγκαστεί να μειώσει τις ώρες εργασίας ή να παραιτηθεί ως αποτέλεσμα της αρρώστιας του ασθενή το οικονομικό πλήγμα είναι σοβαρό για την οικογένεια (Golics et al., 2013). Στις περιπτώσεις χρόνιας σωματικής ασθένειας στο

παιδί, έρευνες δείχνουν τον αρνητικό αντίκτυπο που έχει η ασθένεια στο παιδί, αλλά και στην οικογένεια του, σε ποικίλα επίπεδα όπως το ψυχισμό, συμπεριφορά, κοινωνικότητα και οικογενειακές σχέσεις (Βαλαμουτοπούλου, 2014).

Η χρόνια νόσος μπορεί να επηρεάσει την απόφαση του ασθενή σχετικά με την επιλογή εργασίας ή αλλαγής επαγγέλματος (Bhatti et al., 2011). Η παραμονή του εργαζόμενου ασθενή στην ίδια θέση εργασίας μπορεί να επιδεινώσει την υγεία του, οι επιλογές περιορίζονται και μπορεί να οδηγηθεί στην απώλεια θέσης εργασίας (Bhatti et al., 2011). Τα νέα δεδομένα στην υγεία των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα τους αναγκάζουν να στραφούν σε ένα πιθανό, νέο επαγγελματικό προσανατολισμό ώστε να γίνουν εκ νέου παραγωγικοί (Πετρέλης, 2019). Έρευνα στην Αυστραλία, το 2011 έδειξε ότι οι εργαζόμενοι με χρόνια νοσήματα είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να συνταξιοδοτηθούν για λόγους υγείας από άλλους εργαζομένους που δεν είχαν χρόνιες νόσους, ενώ μεγάλο ποσοστό επέλεξε τη μερική απασχόληση εργασίας εξαιτίας της νόσου (Yen et al., 2011). Επιπλέον, τα άτομα με μακροχρόνιες νόσους συνήθως δεν συμπεριλαμβάνονται στο αμειβόμενο εργατικό δυναμικό (Yen et al., 2011).

Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα εκφράζουν αισθήματα κοινωνικής απομόνωσης με τη συμμετοχή τους στην κοινωνία να είναι περιορισμένη ενώ αναφέρουν ότι ο κοινωνικός τους ρόλος έχει αλλάξει εξαιτίας της ασθένειάς τους (Πετρέλης, 2019). Η χρόνια ασθένεια, λόγω της κατάστασής τους, βιώνουν φυσικό και συναισθηματικό αποχωρισμό από την οικογένειά τους, τους φίλους, το επαγγελματικό περιβάλλον (Πετρέλης, 2019). Στην κοινωνική ζωή επικρατεί περιορισμός ή και αποκλεισμός από τα γεγονότα, τις δραστηριότητες, τις συγκεντρώσεις εξαιτίας έλλειψης χρημάτων, ή εξαιτίας της ανάγκης πρόωρης αποχώρησης από τα κοινωνικά γεγονότα λόγω της κατάστασης του ασθενή ή των μελών της οικογένειάς του (Golics et al., 2013). Λόγω της ασθένειας του το άτομο είναι δύσκολο να διατηρήσει τις κοινωνικές του υποχρεώσεις ενώ συχνά το ίδιο το άτομο αντιμετωπίζει τον εαυτό του ως ασθενή με αποτέλεσμα την απομάκρυνσή του από την κοινωνική ζωή, τη μείωση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης του (Γουργουλιάνη, 2016).

1.1.2. Πάροχοι φροντίδας (τυπικοί/άτυποι)

Η φροντίδα των ασθενών, που νοσούν από χρόνιες ασθένειες είναι μακροχρόνια εξαιτίας της επιμένουσας συμπτωματολογίας για εκτεταμένο χρονικό διάστημα και ιδιαίτερα απαιτητική, εξαιτίας των υφέσεων και των εξάρσεων αλλά και της χρόνιας,

επιδεινούμενης εξέλιξης της νόσου (Ρίζος & Παπαθανασίου, 2020). Η επιτάχυνση της γήρανσης του πληθυσμού, αναμένεται να αυξήσει τη ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα, καθώς υπάρχει σύνδεση της μειωμένης λειτουργικής ικανότητας και της ανάγκης για μακροχρόνια φροντίδα με το γήρας (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022). Ως μακροχρόνια φροντίδα, ορίζεται το εύρος υπηρεσιών και υποστήριξης προς άτομα τα οποία εξαιτίας ψυχικής και/ ή σωματικής αδυναμίας, ασθένειας και/ ή αναπηρίας για μακρύ χρονικό διάστημα, έχουν ανάγκη στήριξης για τις καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης και/ή χρειάζονται κάποια μόνιμη νοσηλευτική φροντίδα (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022).

Φροντιστής, είναι το άτομο που παρέχει φροντίδα σε κάποιο συνάνθρωπο και διακρίνεται σε τυπικούς ή επαγγελματίες και άτυπους ή μη επαγγελματίες φροντιστές (Καραθάνου & Σκλάβου, 2022). Οι επαγγελματίες φροντιστές, αμείβονται οικονομικά για τις υπηρεσίες που προσφέρουν και σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι νοσηλευτές, οι βοηθοί νοσηλευτών, βοηθοί υγείας στο σπίτι (Καραθάνου & Σκλάβου, 2022). Οι άτυποι, μη επαγγελματίες φροντιστές, δεν αμείβονται οικονομικά για την παροχή υπηρεσιών και συνήθως είναι ενήλικα άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή (Καραθάνου & Σκλάβου, 2022). Στην Ευρώπη το 80% του συνόλου της μακροχρόνιας φροντίδας παρέχεται από το οικογενειακό, φιλικό και γειτονικό περιβάλλον του ασθενή ενώ 1 στους 6 πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι άτυπος φροντιστής (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2024). Η πλειοψηφία των φροντιστών είναι γυναίκες (Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2022) ενώ στις περισσότερες μεσογειακές χώρες ο βασικός φροντιστής παρέχεται από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή (Καραθάνου & Σκλάβου, 2022).

Η φροντίδα των χρονίως πασχόντων ασθενών επιβαρύνει τους φροντιστές ψυχικά, σωματικά επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής τους (Αντωνάκη κ.α., 2018). Μελέτες στην Ελλάδα, υπογραμμίζουν την αξιοσημείωτη αύξηση του στρες στους φροντιστές, ιδιαίτερα ανάμεσα στις γυναίκες φροντιστές (Albani et al., 2024).

1.1.3. Νοσηλευτές/τριες ασθενών με χρόνια νοσήματα

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει κρίσιμο ρόλο στη διαχείριση των χρόνιων νόσων, δουλεύει συνεργατικά με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τις διεπιστημονικές ομάδες υγειονομικής περίθαλψης για την ανάπτυξη και εφαρμογή ολοκληρωμένων σχεδίων φροντίδας, με στόχο να αποτραπεί η εξέλιξη της νόσου, να μειωθούν οι επιπλοκές και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών (Iheduru, 2024). Η περιπλοκότητα της φύσης των

χρόνιων ασθενειών, απαιτεί πολύπλευρες στρατηγικές φροντίδας που απευθύνονται όχι μόνο στις σωματικές πτυχές, αλλά και στις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της υγείας του ασθενή (Ibuet et al., 2024). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι ζωτικής σημασίας στη διαχείριση των χρόνιων νόσων (Alruwaili et al., 2024). Μέσα από εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες, οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αυτοδιαχειριστούν τις καταστάσεις κάτι το οποίο είναι ουσιώδες για την μακροχρόνια διαχείριση και αργή εξέλιξη της νόσου (Alruwaili et al., 2024). Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία, συμβάλλει ουσιαστικά μέσα από την παρακολούθηση, τις τακτικές αξιολογήσεις και την πρόωγη ανίχνευση στις μεταβολές των συμπτωμάτων ώστε να αποτραπούν οι επιπλοκές και οι νοσηλείες (Alruwaili et al., 2024). Οι νοσηλευτές εφαρμόζουν τεκμηριωμένες πρακτικές στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, εξασφαλίζουν τις πιο αποτελεσματικές, διαθέσιμες παρεμβάσεις, οι οποίες είναι ουσιώδεις για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών και αυξάνοντας την ποιότητα φροντίδας και τη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Sukmawati, 2024). Η τεκμηριωμένη πρακτική στη νοσηλευτική φροντίδα για τις χρόνιες ασθένειες εστιάζεται σε πέντε βασικές πτυχές:

Πρώτον, στην εκπαίδευση του ασθενή και στην υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης που είναι θεμελιώδη συστατικά στην διαχείριση της χρόνιας νόσου (Sukmawati, 2024). Οι ουσιώδης στρατηγική εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την νόσο και με την παροχή εργαλείων αυτοδιαχείρισης μπορεί να βελτιώσει την έκβαση της υγείας τους (Sukmawati, 2024).

Δεύτερον, σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις που κατευθύνονται και σχεδιάζονται από τους νοσηλευτές, αποτελούν αποτελεσματική στρατηγική στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών (Sukmawati, 2024). Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν διεύρυνση των ρόλων των νοσηλευτών, όπως τη διεξαγωγή αξιολογήσεων υγείας, την ανάπτυξη εξατομικευμένων προγραμμάτων φροντίδας και παροχή συνεχιζόμενης παρακολούθησης και φροντίδας των ασθενών (Sukmawati, 2024). Η ολιστική προσέγγιση των παρεμβάσεων που προέρχονται και δημιουργούνται από τους νοσηλευτές, διασφαλίζουν την κάλυψη κάθε πλευράς της υγείας του ασθενή και οδηγούν σε κατανοητές και βιώσιμες βελτιώσεις στην υγεία του (Sukmawati, 2024).

Τρίτον, μεταβλητότητα υλοποίησης των προγραμμάτων φροντίδας εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, όπως η οργανωτική κουλτούρα, υποστήριξη στην εφαρμογή τεκμηριωμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων από τους νοσηλευτές (Sukmawati, 2024).

Τέταρτον, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επαγγελματική ανάπτυξη του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχημένη εφαρμογή των τεκμηριωμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Sukmawati, 2024).

Τέλος, οι εξειδικευμένες και ειδικές, για συγκεκριμένο πλαίσιο αναγκών παρεμβάσεις, προσαρμοσμένες στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή, εξασφαλίζουν την αποτελεσματική και προσαρμοσμένη φροντίδα, αντιμετωπίζοντας ειδικές καταστάσεις και ποικίλες προκλήσεις στη φροντίδα των χρόνιων πασχόντων ασθενών (Sukmawati, 2024).

Η ολιστική προσέγγιση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα επιτυγχάνεται μέσω του Μοντέλου του Χρόνιας Φροντίδας (Chronic Care Model) το οποίο έχει διαμορφώσει τις καλύτερες πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας στην αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου (Dadheech et al., 2025). Το Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας δίνει έμφαση στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, στη στήριξη αποφάσεων, υποστήριξη στην αυτοδιαχείριση, παροχή πληροφοριών για τα κλινικά συστήματα. (Dadheech et al., 2025) Τα στοιχεία δείχνουν ότι η υιοθέτηση τέτοιων πρακτικών από το νοσηλευτικό προσωπικό έχει ως αποτέλεσμα βελτιωμένα αποτελέσματα, μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενών και μείωση άσκοπων νοσηλείων (Dadheech et al., 2025). Η εκπαίδευση και η ενδυνάμωση του ασθενή αποτελεί μια από τις πιο επιδραστικές στρατηγικές νοσηλευτικής φροντίδας (Dadheech et al., 2025). Επηρεάζει άμεσα τη συμμόρφωση του ασθενή, την αυτοδιαχείριση και το αποτέλεσμα της θεραπείας (Dadheech et al., 2025). Εξίσου σημαντικά είναι και ο σχεδιασμός της μεταβατικής φροντίδας μετά το εξιτήριο η οποία βοηθά να αποφευχθεί μια επανείσοδος για νοσηλεία (Dadheech et al., 2025). Οι νοσηλευτές με τη χρήση των καινοτομιών στο χώρο της ηλεκτρονικής υγείας όπως η τηλε- υγεία, και των συσκευών απομακρυσμένης παρακολούθησης, ανιχνεύουν πρώιμες επιπλοκές και ενθαρρύνουν τους ασθενείς για συνεχιζόμενη παρακολούθηση της υγείας τους. (Dadheech et al., 2025). Η ψυχολογική διάσταση της χρόνιας νόσου είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, με τους νοσηλευτές να παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, της ανησυχίας και της κοινωνικής απομόνωσης που σχετίζεται με τις μακροχρόνιες νόσους (Dadheech et al., 2025). Ακόμα, η αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία είναι ζωτικής σημασίας, με τους νοσηλευτές να επιδιώκουν τη συνεργασία με διαφορετικές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας (Dadheech et al., 2025). Το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετικότητα της κουλτούρας, τις ατομικές πεποιθήσεις και αξίες των ασθενών,

διασφαλίζει ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν τις ατομικές ανάγκες και οι ευαισθησίες του ασθενή (Dadheech et al., 2025).

Το καινοτόμο πλαίσιο εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) βασίζεται στην πεποίθηση ότι η θετική έκβαση σε χρόνιες καταστάσεις υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με προετοιμασμένους και ενημερωμένους ασθενείς και οικογένειες, ομάδες υγειονομικής περίθαλψης και κοινοτική στήριξη (Κονιδάρη, 2010). Μέσα από την πρόληψη και την ποιότητα φροντίδας, οι νοσηλευτές συμβάλλουν σημαντικά στην αποτελεσματική φροντίδα και διαχείριση χρόνιων καταστάσεων ενώ οι θετικές εκβάσεις της υγείας των ασθενών είναι πιθανό να οφείλονται στην καλύτερη επικοινωνία νοσηλευτή ασθενούς (Κονιδάρη, 2010). Οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως ο καρκίνος, εργάζονται σε ιδιαίτερα στρεσογόνο και απαιτητικό περιβάλλον (Ζωγάκη κ.α., 2023). Η χρόνια έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, η αυξημένες συναισθηματικές απαιτήσεις, τα αρνητικά συναισθήματα από τη συνολική επαφή με ογκολογικούς ασθενείς καθιστά τους νοσηλευτές επιρρεπείς στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης (Ζωγάκη κ.α, 2023).

1.2. Η συναισθηματική νοημοσύνη

Η συναισθηματική νοημοσύνη (ΣΝ) παρουσιάζεται ως ατομικό χαρακτηριστικό και ικανότητα του ατόμου να συνδυάζει το συναίσθημα με τη νοημοσύνη για την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων (Διαμαντοπούλου & Λαβδανίτη, 2010). Η συναισθηματική νοημοσύνη συνιστά μια αυθύπαρκτη έννοια, ενώ ταυτίζεται ως ένα βαθμό με τη γνωστική νοημοσύνη και ακόμη περισσότερο με πολλές διαστάσεις της προσωπικότητας (Καραδήμας & Καραδήμα, 2014). Η συναισθηματική νοημοσύνη δεν είναι μια καινούργια έννοια αλλά έχει στηριχθεί και αναδιατυπώσει παλαιότερες θεωρητικές απόψεις, ερμηνεύοντας φαινόμενα τα οποία δεν έχουν αποσαφηνιστεί μέχρι σήμερα (Πλατσίδου, 2004). Στην πρώιμη εργασία του Δαρβίνου (1872), διατυπώνεται η σπουδαιότητα της έκφρασης των συναισθημάτων για επιβίωση και προσαρμογή (Bar-on, 2006). Το 1920, ο Thorndike διατυπώνει την έννοια της κοινωνικής νοημοσύνης ως ικανότητα του ανθρώπου να διαχειρίζεται ορθολογικά τους άλλους και να έχει ορθή κριτική ικανότητα στην διαχείριση καταστάσεων στην επαγγελματική, κοινωνική και προσωπική του ζωή (Καραδήμας & Καραδήμα, 2014). Το 1983, ο Gardner διατύπωσε τη θεωρία της πολλαπλής νοημοσύνης η οποία συμπεριλάμβανε δύο νέες έννοιες, τη διαπροσωπική και την ενδοπροσωπική νοημοσύνη (Πλατσίδου, 2004). Η επιστημονική διάσταση της συναισθηματικής νοημοσύνης πήρε μορφή αρχικά το 1990 ως μία πραγματική νοητική

ικανότητα, η οποία ανταποκρίνεται στα παραδοσιακά πρότυπα νοημοσύνης (Truninge et al., 2018). Οι Salovey και Mayer (1990), ήταν ανάμεσα στους πρώτους που πρότειναν τον όρο συναισθηματική νοημοσύνη για να παρουσιάσουν την ικανότητα των ατόμων να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους (Wong & Law, 2002). Όρισαν την συναισθηματική νοημοσύνη, ως υποσύνολο της κοινωνικής νοημοσύνης, που περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί τα αισθήματα και συναισθήματα του ιδίου και των άλλων, να κάνει διάκριση μεταξύ τους και να χρησιμοποιεί αυτή την πληροφορία για να καθοδηγεί τις σκέψεις και τις πράξεις του ατόμου (Wong & Law, 2002).

Αργότερα, οι Salovey και Mayer (1997), θα διευκρινίσουν τη σχέση της νοημοσύνης και του συναισθήματος, εμβαθύνοντας στη συνειδητή επεξεργασία των συναισθημάτων από το άτομο για αισθήματα που βίωσε στο παρόν και το παρελθόν (Δρένος, 2018). Η συσχέτιση της διανοητικής και συναισθηματικής επεξεργασίας αναλύονται σε τέσσερις κλάδους, αυτοί είναι: α) η αντίληψη, αξιολόγηση και έκφραση συναισθημάτων, β) η αφομοίωση του συναισθήματος στο τρόπο σκέψης, γ) η αναλυτική κατανόηση των συναισθημάτων με στόχο την κατάκτηση της συναισθηματικής γνώσης, δ) η διαχείριση των συναισθημάτων έτσι ώστε να επιτευχθεί η διανοητική και συναισθηματική πρόοδος του ατόμου (Δρένος, 2018). Ο Goleman (1995), συμπεραίνει πως η συναισθηματική νοημοσύνη υποστηρίζει τα θετικά στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου, τα οποία δεν εξαρτώνται από τον δείκτη νοημοσύνης (Καραδήμας & Καραδήμα, 2014). Σύμφωνα με τον Goleman, η συναισθηματική νοημοσύνη περιλαμβάνει : α) την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματά του (αυτοεπίγνωση), β) την ικανότητα του ατόμου να ρυθμίζει τα συναισθήματά του (αυτοδιαχείριση), γ) την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματα των άλλων (κοινωνική συνειδητοποίηση), δ) την ικανότητα του ατόμου να ρυθμίζει τα συναισθήματα των άλλων (διαχείριση σχέσης) (Καραδήμας & Καραδήμα, 2014). Ο Bar-on ορίζει, ότι η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί μια διατομή αλληλένδετων συναισθηματικών και κοινωνικών αρμοδιοτήτων, οργανωτικών ικανοτήτων, που καθορίζουν την αποτελεσματική κατανόηση και έκφραση του εαυτού μας, την κατανόηση που δείχνουμε στους άλλους, αλλά και τον τρόπο που συνδεόμαστε με αυτούς, καθώς και την ανταπόκριση στις καθημερινές δραστηριότητες (Bar-On, 2006).

Η σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης, καθώς και η αναφορά της σε ποικίλους τομείς της ανθρώπινης φύσης, ταξινομούν τις θεωρίες της ΣΝ σε τρεις κατηγορίες (Πλατσίδου, 2004):

Θεωρίες Ικανότητας, όπου η συναισθηματική νοημοσύνη είναι η ικανότητα του νου που αντιστοιχεί ως προς τη δομή και την οργάνωση με άλλα είδη νοημοσύνης που αναφέρονται σε γνωστικές ικανότητες (Πλατσίδου, 2004). Σε αυτή τη κατηγορία ανήκει η Θεωρία των Mayer, Salovey & Caruso (Πλατσίδου, 2004). Θεωρίες Προσωπικότητας, όπου η συναισθηματική νοημοσύνη ερμηνεύεται ως ο συνδυασμός των ικανοτήτων προσαρμογής και χαρακτηριστικών προσωπικότητας, Θεωρία Bar-On (Πλατσίδου, 2004). Θεωρίες Επίδοσης, όπου σε αυτή τη κατηγορία επιχειρείται να εξηγηθεί και να προβλεφθεί η αποτελεσματικότητα και η επίδοση κάποιου στην εργασία, που απορρέει από τον τρόπο οργάνωσης της προσωπικότητάς του (Πλατσίδου, 2004). Σε αυτή τη κατηγορία ανήκει η Θεωρία του Goleman (Πλατσίδου, 2004).

1.2.1. Θεωρητικά μοντέλα της συναισθηματικής νοημοσύνης

Η ύπαρξη αρκετών μοντέλων συναισθηματικής νοημοσύνης, υποδηλώνει πως η συνύπαρξη μεταξύ αυτών δεν είναι ανταγωνιστική αλλά αλληλοσυμπληρωματική (Καραδήμας & Καραδήμα, 2014). Τα επικρατέστερα μοντέλα συναισθηματικής νοημοσύνης είναι το μοντέλο των Mayer, Salovey και Caruso, το μοντέλο του Bar-On και το μοντέλο του Goleman (Spielberger, 2004). Τα μοντέλα ,ανάλογα ποια θεωρία προσεγγίζουν εννοιολογικά και με ποιο τρόπο γίνεται η μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης διακρίνονται στο μοντέλο ικανοτήτων των Mayer και Salovey (1997) και τα μεικτά μοντέλα (Goleman, 1998, Bar-On, 1997). Το μοντέλο ικανότητας, επικεντρώνεται στις γνωστικές και συναισθηματικές ικανότητες του ατόμου και τον τρόπο τον οποίο τα συναισθήματα συμβάλλουν στην κρίση και μνήμη του ατόμου (Καφέτσιος & Πετράτου, 2005). Τα μικτά μοντέλα εστιάζουν στις ατομικές διαφορές, στην οργάνωση και έκφραση των συναισθημάτων αλλά και σχετικών κοινωνικών δεξιοτήτων, ενσωματώνοντας αρκετά στοιχεία της προσωπικότητας (Καφέτσιος & Πετράτου, 2005).

A. Μοντέλο Ικανοτήτων των Mayer, Salovey & Caruso (2000): Σύμφωνα με τους Salovey et al., η συναισθηματική νοημοσύνη περιλαμβάνει τις εξής ικανότητες του ατόμου: i) Τη συναισθηματική αντίληψη, δηλαδή την ικανότητα να εκφράζει και να αναγνωρίζει τα αισθήματά του και τα αισθήματα των άλλων, να αξιολογεί με ακρίβεια τα συναισθήματά του (Τριλίβα & Πούλου, 2004). ii) Η παραγωγή και χρήση συναισθημάτων για τη διευκόλυνση της σκέψης, της κριτικής ικανότητας, της επίλυσης προβλημάτων και της δημιουργικότητας (Τριλίβα & Πούλου, 2004). iii) Τη κατανόηση και ανάλυση συναισθημάτων-εφαρμογή συναισθηματικής γνώσης, δηλαδή την ικανότητα κατανόησης

της σχέσης ανάμεσα σε ποικίλα και πολύπλοκα συναισθήματα, των αιτιών και συνεπειών αυτών και γενικά την απόκτηση συναισθηματικής γνώσης (Τριλίβα & Πούλου, 2004). iv) Τη ρύθμιση συναισθημάτων, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του και των άλλων με στόχο την προαγωγή της συναισθηματικής και νοητικής ανάπτυξης (Τριλίβα & Πούλου, 2004).

B. Μοντέλο BAR-ONQ: Ο ισραηλινός ψυχολόγος Reuven Bar-On δημιούργησε το πρώτο τεστ εκτίμησης της ΣΝ (Δρένος, 2018). Το θεωρητικό μοντέλο του Bar-On βασιζόμενο στην αυτοαξιολόγηση του υποκειμένου, αποτελείται από 5 τύπους (subtypes), συναισθηματικής νοημοσύνης που ο καθένας τους αναλύεται σε μια σειρά υποστοιχείων (subcomponents) (Δρένος, 2018). Ο πρώτος υπό τύπος αφορά την ενδοπροσωπική νοημοσύνη (intrapersonal), η οποία περιλαμβάνει την επίγνωση των συναισθημάτων, τον αυτοκαθορισμό, την αυτοπραγμάτωση, τη διεκδικητικότητα (Δρένος, 2018). Ο δεύτερος τύπος είναι η διαπροσωπική νοημοσύνη, που περιλαμβάνει τα στοιχεία της ενσυναίσθησης, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική υπευθυνότητα (Δρένος, 2018). Ο τρίτος τύπος ,περιλαμβάνει την προσαρμοστικότητα, η οποία διαχωρίζεται σε επιμέρους στοιχεία, όπως η επίλυση προβλημάτων, η αντικειμενική αξιολόγηση των συνθηκών και ευελιξία (Δρένος, 2018). Ο τέταρτος τύπος αναφέρεται στη διαχείριση του άγχους που περιλαμβάνει τα στοιχεία της ανθεκτικότητας στο άγχος και τον έλεγχο της παρόρμησης (Δρένος, 2018). Ο τελευταίος τύπος περιλαμβάνει τη γενική διάθεση με στοιχεία της ,την αισιόδοξη προδιάθεση και την αίσθηση πληρότητας (Δρένος, 2018).

Γ. Μοντέλο Συναισθηματικής Επάρκειας του Goleman. Στο μοντέλο του Goleman, η συναισθηματική νοημοσύνη απαρτίζεται από 5 διαστάσεις ικανοτήτων, οι οποίες με τη σειρά τους περιλαμβάνουν 25 συναισθηματικές δεξιότητες (Πλατσίδου, 2004). Αυτές είναι:

α) Η αυτοεπίγνωση, η οποία αποτελείται από i) την συναισθηματική αυτό επίγνωση, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα οικία αισθήματα με ακρίβεια, συμπεριλαμβανομένων των αιτιών εμφάνισης τους και των καταστάσεων που προκαλούν την εμφάνισή τους (Singh et al., 2022), ii) αυτοαξιολόγηση, αναφέρεται στη δεξιότητα του ατόμου να αξιολογεί ειλικρινά τις ικανότητες, τις αδυναμίες και περιορισμούς, iii) αυτοπεποίθηση (Singh et al., 2022).

β) Αυτοδιαχείριση, η οποία απαρτίζεται από: i) τον αυτοέλεγχο, ο οποίος αναφέρεται στην ικανότητα της διαχείρισης αρνητικών συναισθημάτων και παρορμήσεων, ii) αξιοπιστία, iii) ευσυνειδησία, iv) προσαρμοστικότητα σε καταστάσεις, v) οριοθέτηση επιτευγμάτων, η οποία αναφέρεται στην αισιόδοξη προσπάθεια να βελτιωθούν

καταστάσεις, vi) πρωτοβουλία, όπου αναφέρεται στην ανάληψη πρωτοβουλίας για την αντιμετώπιση καταστάσεων ώστε να μεγιστοποιηθεί η πιθανότητα επιτυχίας (Singh et al., 2022).

γ) Κοινωνική επίγνωση, η οποία περιλαμβάνει: i) την ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση, σύμφωνα με τον ψυχολόγο Rogers (1951), είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνει την έκφραση ευαισθησίας στα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου, τα οποία υπόκεινται σε αλλαγές και η σύνδεση συναισθηματικά με το άτομο αυτό (Di Matteo & Martin, 2011). ii) Οργανωτική επίγνωση, όπου αναφέρεται στην ικανότητα ακριβούς αντίληψης των δικτύων και των πολιτικών που αναπτύσσονται σε έναν οργανισμό, iii) προσανατολισμός παροχής υπηρεσιών, όπου αναφέρεται στην ικανότητα αντίληψης των αισθημάτων και αναγκών των άλλων, iv) επιμόρφωση, v) ηγεσία.

δ) Διαχείριση_σχέσεων, η οποία απαρτίζεται από i) οραματική ηγεσία, ii) επιρροή, iii) καταλυτική αλλαγή, διαχείριση κρίσεων, iv) δημιουργία σχέσεων, v) ομαδική συνεργασία (Singh et al., 2022).

ε) Η κινητοποίηση του εαυτού, όπου αναφέρεται στη καλύτερη κρίση του ατόμου να οδηγεί τον εαυτό του στην επίτευξη στόχων, στην ενθάρρυνση της δημιουργικότητας και στην αναζήτηση και βελτίωση του παρά τα όποια εμπόδια εμφανίζονται (Singh et al., 2022).

1.2.2. Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης

Οι παρακάτω μέθοδοι αξιολόγησης MEIS (Multifactor Emotional Intelligence Scale), MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test), EARS (Emotional Accuracy Research Scale), EISC (Emotional Intelligence Scale for Children), FNEIPT (Frendenthaler & Nebaner Emotional Intelligence Performance Test) έχουν θετικά και αρνητικά στοιχεία, με αποτέλεσμα να διαφέρει ο βαθμός αξιοπιστίας τους αλλά και η εύρεση κοινών στοιχείων μεταξύ τους (Καραδήμας, 2014).

Η κλίμακα MEIS κατασκευάστηκε από τους Mayer, Caruso και Salovey (1999,2000), για την αντικειμενική μέτρηση των ικανοτήτων και ακολούθησε η βελτιωμένη κλίμακα MSCEIT των Mayer, Salovey, Caruso (Πλατσίδου, 2004). Το κάθε τεστ αποτελείται από 4 κλίμακες οι οποίες μετρούν τις τέσσερις διαστάσεις της θεωρίας, ο εξεταζόμενος βαθμολογείται ξεχωριστά για κάθε διάσταση και συνολικά για τη μέτρηση της γενικής συναισθηματικής νοημοσύνης (Πλατσίδου, 2004).

Το τεστ MSCEIT μετρά τη συνολική συναισθηματική νοημοσύνη, επίσης μετρά την αντίληψη της συναισθηματικής νοημοσύνης, την διευκόλυνση της σκέψης, την κατανόηση και τις κλίμακες διαχείρισης και αποτελείται από 141 ερωτήσεις και οπτικά ερεθίσματα (Singh et al., 2022).

Η κλίμακα EARS αναπτύχθηκε το 1996 από τους John D. Mayer και Glenn Geher και αποτελεί ένα εξειδικευμένο ψυχομετρικό εργαλείο για την μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης και έχει το πλεονέκτημα της πρακτικής εφαρμογής (Geher et al., 2001). Σε σύγκριση με τα άλλα ερωτηματολόγια, τα αποτελέσματα του EARS, έχουν καλύτερη προγνωστική ικανότητα στην ακριβή ανίχνευση των συναισθημάτων των ατόμων- στόχων (Geher et al., 2001).

Η κλίμακα EISC αναπτύχθηκε το 1999 από το Sullivan, ενώ βασίζεται στο μοντέλο των Mayer, Salovey και Caruso (MEIS) και αξιολογεί τη συναισθηματική νοημοσύνη στα παιδιά (Rohaizad et al., 2024). Εξετάζονται διάφορες πτυχές της συναισθηματικής νοημοσύνης όπως η αναγνώριση, η κατανόηση, ο έλεγχος, η αξιοποίηση συναισθημάτων (Rohaizad et al., 2024). Η κλίμακα EISC περιλαμβάνει διάφορες υπό μετρήσεις, όπως η ερμηνεία των εκφράσεων του προσώπου, η αφήγηση ιστοριών, η κατανόηση και η διαχείριση συναισθημάτων με συγκεκριμένα στοιχεία αφιερωμένα σε κάθε τομέα (Rohaizad et al., 2024).

Η κλίμακα FNEPT αναπτύχθηκε από τους Freudenthaler και Neubauer το 2005 και μετρά την επίδοση της διαχείρισης των συναισθηματικών ικανοτήτων, απαιτώντας από τα άτομα να υποδείξουν την τυπική τους συμπεριφορά σε συναισθηματικές καταστάσεις (διδασκαλία τυπικής απόδοσης), αντί να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα διαφορετικών εναλλακτικών συμπεριφορών ή να υποδεικνύουν την πιο επαρκή απόκριση (μέγιστη απόδοση) (Freudenthaler et al., 2006).

Για την μέτρηση της ΣΝ ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας χρησιμοποιούνται οι παρακάτω κλίμακες :

EQ-1 (Bar-On Emotional Quotient Inventory): Ο Bar On υποστήριξε, ότι όπως μπορεί να μετρηθεί η γνωστική νοημοσύνη με το δείκτη νοημοσύνης, έτσι μπορεί να μετρηθεί και η ΣΝ. Η βασική δομή του ερωτηματολογίου απαρτίζεται από 133 στοιχεία διανεμημένα σε 5 κύριες κλίμακες και σε 15 μικρότερες (Singh et al., 2022). Το EQ-1 ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε για να εκτιμηθεί η ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται τις καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις (Singh et al, 2022). Το ερωτηματολόγιο

απευθύνεται σε άτομα άνω των 16 ετών και έρευνες έχουν δεξιότητες αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας και μέτρησης ΣΝ (Singh et al., 2022).

ECI (Emotional Competence Inventory): Ο Goleman, Bogiatzis και Mckee το 2002 ανέπτυξαν το ECI για να μετρήσουν τη συναισθηματική επάρκεια (Singh et al., 2022). Ένα τεστ 360 μοιρών αναπτύχθηκε για την εκτίμηση του επιπέδου συναισθηματικών ικανοτήτων των ατόμων ή οργανισμών (Singh et al., 2022). Το ECI έχει 110 στοιχεία για τη μέτρηση 20 διαφορετικών παραγόντων που περιέχουν τα 4 βασικά πεδία του ορισμού της ΣΝ : αυτοεπίγνωση, αυτοέλεγχος, κοινωνικές δεξιότητες, κοινωνική ενημερότητα (Singh et al., 2022). Το ECI χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ΣΝ στο χώρο εργασίας (Singh et al., 2022).

WLEIS (Wong & Law Emotional Intelligence Scale): Το ερωτηματολόγιο WLEIS κατασκευάστηκε από τους Wong και Law (2002) βασιζόμενο στους τέσσερις παράγοντες της ΣΝ του Mayer και Salovey (Singh et al., 2022). Δημιουργήθηκε μια κλίμακα το 1997 για να εκτιμηθεί η ΣΝ στον εργασιακό χώρο. Χρησιμοποιείται μια κλίμακα Likert 7 σημείων και το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις απαντήσεις σε 16 δηλώσεις (Singh et al., 2022). Το World Learning and Educational System (WLEIS) αξιολογεί τη ΣΝ και τις 4 διαστάσεις της αυτοεκτίμησης συναισθημάτων και έκφρασης ,στην εκτίμηση και αναγνώριση των αισθημάτων των άλλων, στην αυτοδιαχείριση των αισθημάτων και τη χρήση τους για την διευκόλυνση της σκέψης (Singh et al., 2022). Οι Wong και Law (2002) δήλωσαν ότι η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής της κλίμακας είναι εξαιρετική (Singh et al., 2022).

Άλλες κλίμακες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι :

WEIP (Workgroup Emotional Intelligence Profile): είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης το οποίο σχεδιάστηκε για την μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης των ατόμων που είναι σε ομάδες (Jordan et al., 2002). Περιλαμβάνει τις δύο διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης, την ικανότητα διαχείρισης των συναισθημάτων εαυτού, και την ικανότητα των συναισθημάτων των άλλων (Jordan et al., 2002).

SUEIT (Workplace Swinburne University Emotional Intelligence Test): αναπτύχθηκε από τους Palmer & Stough (2001) για την αξιολόγηση της συναισθηματικής νοημοσύνης στο χώρο της εργασίας το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς σχεδιασμένο για την αξιολόγηση της αντιμετώπισης των συναισθημάτων στο χώρο

εργασίας. Έχει πέντε κλίμακες που η κάθε μια αντιπροσωπεύει ένα από τα πέντε συστατικά της συναισθηματικής νοημοσύνης (Singh et al., 2022)

TEIQ (Trait Emotional Intelligence Questionnaire): είναι μία πολύγλωσση, ολοκληρωμένη και καλά ερευνημένη κλίμακα αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης (Singh et al., 2022). Η έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης της προσωπικότητας, αναπτύχθηκε από τον Petrides και τους συνεργάτες του και εφαρμόζεται με το TEIQue. Το τεστ καλύπτει 15 διαφορετικές κλίμακες, οι οποίες εμπίπτουν σε μία από της τέσσερις κατηγορίες: υγεία, αυτορρύθμιση, συναισθήματα, διαπροσωπικές δεξιότητες (Singh et al., 2022).

TMMS (Trait Meta Mood Scale): αναπτύχθηκε για να παρέχει ένα δείκτη ατομικών διαφορών σε μια διαδικασία ρύθμισης της διάθεσης, που ονομάστηκε μέτα- διάθεση, και περιλαμβάνει ανίχνευση, αξιολόγηση και ρύθμιση των συναισθημάτων (Fitness et al., 2005). Περιλαμβάνει 30 στοιχεία που βασίζονται σε τρεις παράγοντες ή υποκλίμακες, προσοχή στο συναίσθημα, σαφήνεια στη διάκριση του συναισθήματος και επανόρθωση της διάθεσης (Fitness et al., 2005).

SSEIS (Schutte Self Report Emotional Intelligence Scale): αναπτύχθηκε από τον Schutte και τους συνεργάτες του και βασίστηκε στην αρχική θεωρία των Salovey και Mayer για τη συναισθηματική νοημοσύνη (Musonda et al., 2019). Είναι ένα τεστ αυτοαναφοράς και μετρά τέσσερις παράγοντες: την έκφραση των συναισθημάτων του εαυτού, την κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων, τη διαχείριση των συναισθημάτων, και την αξιοποίηση των συναισθημάτων (Musonda et al., 2019).

EISRS (Emotional Intelligence Self-Regulation Scale): αναπτύχθηκε από τον Manuel Martinez-Pons, ερωτηματολόγιο 52 στοιχείων και βασίζεται στη γνωστική θεωρία της αυτορρύθμισης (Martinez-Pons, 2000). Σύμφωνα με τον Martinez-Pons, η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελείται από τέσσερις μηχανισμούς: την αυτοεκτίμηση, τη θέσπιση κινήτρων, την επίτευξη στόχων, τη χρήση στρατηγικής σε σχέση με την επαφή, ταξινόμηση και διαχείριση της διάθεσης και των συναισθημάτων (Martinez-Pons, 2000).

Τα παραπάνω εργαλεία, αποτελούνται από ερωτήσεις που είναι καταγεγραμμένες σε ερωτηματολόγια και υπολογίζονται ανάλογα με το βαθμό που έχει η αντίστοιχη κλίμακα βαθμολόγησης της κάθε ερώτησης (Καραδήμας & Καραδήμα, 2014).

1.2.3. Παράγοντες ανάπτυξης της συναισθηματικής νοημοσύνης στο εργασιακό περιβάλλον

Η συναισθηματική νοημοσύνη, αποτελεί πολύτιμο στοιχείο στο εργασιακό περιβάλλον (Agora, 2017). Σε συγκεκριμένες συνθήκες εργασιακού περιβάλλοντος, οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης μπορούν να συνεργαστούν καλύτερα, να διαχειριστούμε το εργασιακό στρες, να επιλύσουν συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο, ενώ μπορούν να προσαρμόζονται στις αλλαγές και να επιδεικνύουν ευελιξία σε καταστάσεις (Agora, 2017). Η συναισθηματική νοημοσύνη επηρεάζεται από δημογραφικούς παράγοντες (Oztimurlenk, 2019), όπως είναι η ηλικία, το φύλο, αλλά και από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Alnjadat, Al-Rawashdeh, 2021).

Ηλικία. Η ηλικία συνδέεται με το επίπεδο ικανοτήτων της κοινωνικής προσφοράς και επίγνωσης, ενώ τα μεγαλύτερα άτομα σε ηλικία αναπτύσσουν καλύτερα ευελιξία και προσαρμοστικότητα στην κοινωνική τους ζωή και διαχειρίζονται καλύτερα τα συναισθήματά τους (Oztimurlenk, 2019). Σε έρευνες, ο ηλικιακός παράγοντας φαίνεται να επηρεάζει τη συναισθηματική νοημοσύνη, με την ηλικία ανάμεσα στα 36-50 έτη να καταγράφονται τα υψηλότερα επίπεδα αξιών συναισθηματικής νοημοσύνης (Konstantinou et al., 2017).

Οικογενειακοί παράγοντες. Οικογενειακές επιρροές, είναι από τις πιο κρίσιμες πτυχές των δημογραφικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη (Alnjadat & Al-Rawashdeh, 2021). Οι γονείς, επιδρούν άμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη των παιδιών ενώ ο βαθμός της συναισθηματικής νοημοσύνης συχνά επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση της οικογένειας (Alnjadat & Al-Rawashdeh, 2021). Στο έγγαμο νοσηλευτικό προσωπικό, εμφανίζονται υψηλότερα αξίες συναισθηματικής νοημοσύνης σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό, η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια δεν επηρεάζει θετικά την αναγνώριση και εμφάνιση συναισθημάτων, την ενσυναισθήση και το ενδιαφέρον για τους άλλους (Konstantinou et al., 2017).

Εκπαίδευση- Χρόνια εργασίας. Έρευνες έχουν δείξει, ότι το αυξημένο επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων και εκπαίδευσης, συνδέεται με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης στους νοσηλευτές (Sakali & Timucin, 2023). Τα χρόνια εργασίας στη νοσηλευτική, η εμπειρία, δείχνει να επηρεάζει την αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων, τη χρήση στοχευμένων συναισθημάτων στη διευκόλυνση της κρίσης, την ενσυναισθήση και το ενδιαφέρον για τους άλλους (Konstantinou et al., 2017).

Φύλο. Σχετικές έρευνες που αφορούσαν τη συσχέτιση των ανδρών νοσηλευτών και των γυναικών νοσηλευτριών με τα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης, τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης άλλοτε στους άνδρες νοσηλευτές και άλλοτε στις γυναίκες νοσηλεύτριες (Sakali & Timucin, 2023).

Περιβάλλον. Έχει παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές που ζουν και εργάζονται στις πόλεις παρουσιάζουν αυξημένη ικανότητα να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους για να διευκολύνουν τη σκέψη τους σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται στην επαρχία (Konstantinou et al., 2017).

Συνεργασία στο εργασιακό περιβάλλον. Η συνεργασία μεταξύ των εργαζόμενων και η εργασία σε ομάδες, καθώς και η συναισθηματική νοημοσύνη που επιδεικνύουν οι ομάδες είναι κρίσιμη για την απόδοση της ομάδας (Agora, 2017). Η ΣΝ βοηθά τις ομάδες να ενωθούν και να επιδείξουν αποτελεσματικότητα στις λειτουργίες τους. Ομάδες που δεν λειτουργούν με ΣΝ δεν σημειώνουν επιτυχίες (Agora, 2017). Επιπλέον, η ικανότητα του ηγέτη να καθοδηγεί μια ομάδα αποτελεσματικά επηρεάζεται σημαντικά από το επίπεδο της ΣΝ του (Agora, 2017). Η αύξηση της παραγωγικότητας μπορεί να επιτευχθεί από εργοδότες που έχουν ΣΝ και εμπνέουν τους εργαζόμενους παρακινώντας τους μέσα στο εργασιακό περιβάλλον, με εποικοδομητική κριτική, ενθάρρυνση και επαίνους (Kargeti, 2021).

Οι χρόνιοι ασθενείς, παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων της χαμηλής αυτοπεποίθησης, προβλήματα συμπεριφοράς και διαχείριση συναισθημάτων (Supramanian et al., 2021). Οι μέθοδοι θεραπείας, οι επιπλοκές, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, το άγχος, η κοινωνική απομόνωση, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Supramanian et al., 2021). Τα διαπροσωπικά και επιπλέον, προσωπικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού, επηρεάζουν την έκβαση υγείας των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους (Supramanian et al., 2021). Η αυτό συμπόνια περιλαμβάνει στοιχεία όπως η ανθρωπιά, η καλοσύνη η επίγνωση. Το στοιχείο της ανθρωπιάς επιτρέπει την αναγνώριση των διαφορετικών βιωμάτων των ατόμων και την επίδειξη κατανόησης και αποδοχής (Supramanian et al., 2021). Η καλοσύνη, συμβάλλει στην αντιμετώπιση επικίνδυνων καταστάσεων με ηρεμία και ορθολογισμό (Supramanian et al., 2021). Η επίγνωση είναι μια πνευματική κατάσταση, που βοηθά στην παρατήρηση συναισθημάτων και καταστάσεων χωρίς υπερβολές, άρνηση ή καταπίεση αυτών, επιτρέποντας μεγαλύτερες προοπτικές αντιμετώπισης των καταστάσεων (Supramanian et al., 2021).

1.2.4. Η συναισθηματική νοημοσύνη νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς χρονίων νοσημάτων σε νοσοκομεία

Το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά εκτίθεται σε πιεστικές συνθήκες εργασίας, ενώ καλείται να λάβει εξαιρετικά γρήγορες και υπεύθυνες αποφάσεις, αντιμετωπίζει τον πόνο, την ταλαιπωρία και την απώλεια των ατόμων (Busac & Simunic, 2024). Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι, από όλο το υγειονομικό προσωπικό, που περνούν τον περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς, δημιουργώντας μια ιδιαίτερη σχέση που βασίζεται στην εμπιστοσύνη (Busac & Simunic, 2024). Η φυσική κούραση για τους νοσηλευτές είναι μικρότερο πρόβλημα από την συναισθηματική εξάντληση και συμπονετική κόπωση που βιώνουν (Busac & Simunic, 2024). Επομένως, η αποτελεσματική διαχείριση των συναισθημάτων των νοσηλευτών είναι απαραίτητη και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης (Busac & Simunic, 2024). Έχει αποδειχθεί, ότι η συναισθηματική νοημοσύνη βοηθά στη λήψη κλινικών αποφάσεων, στη σωστή χρήση της γνώσης στο νοσοκομειακό περιβάλλον, στις σχέσεις μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και στη δημιουργία αληθινών και ενσυναισθητικών σχέσεων με τους ασθενείς (Κουράκος κ.α, 2017). Η άμεση σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης φαίνεται ιδιαίτερα έντονα στα επαγγέλματα που ασχολούνται με συναισθηματική εργασία (emotional labor), όπως η νοσηλευτική (Δρένος, 2018). Η συναισθηματική εργασία μπορεί να επιβαρύνει την ψυχολογική και σωματική υγεία του εργαζόμενου, καθώς η λανθασμένη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων προκαλεί τη διαταραχή της ψυχολογίας του εργαζόμενου και οδηγεί σε συναισθηματική και εργασιακή εξάντληση (Δρένος, 2018).

Μια περίπλοκη, δυναμική και αμοιβαία συμμαχία δημιουργείται μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, η οποία περιλαμβάνει διαπροσωπική αλληλεπίδραση, κοινή λήψη αποφάσεων, και συλλογικό καθορισμός στόχων (Al-Suwait et al., 2024). Μια ισχυρή θεραπευτική σχέση χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη, σεβασμό, ενσυναίσθηση, αποτελεσματική επικοινωνία και φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (Al-Suwait et al., 2024). Αντίθετα, μια σχέση μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή που χαρακτηρίζεται από αποπροσανατολισμό, έλλειψη εμπιστοσύνης και παράβλεψη των επιθυμιών του ασθενή, μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή συμμόρφωση της θεραπείας, με δυσμενή έκβαση για την υγεία του ασθενή και δυσαρέσκεια για την προσφερόμενη φροντίδα (Al-Suwait et al., 2024).

Οι νοσηλευτές που έχουν αυτοεπίγνωση, μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους σε κάθε στιγμή και γνωρίζουν πώς τα αισθήματα και οι πράξεις τους,

επηρεάζουν τους άλλους (White & Grason, 2019). Η αυτοεπίγνωση επιτρέπει την προσωπική ανάπτυξη, την αναγνώριση των προσωπικών δυνατοτήτων και αδυναμιών, αλλά και την διαχείριση συναισθημάτων δυσφορίας (White & Grason, 2019). Οι νοσηλευτές με αυτοέλεγχο, σπάνια εμπλέκονται σε καταστάσεις λεκτικής επίθεσης, λήψης βιαστικών και συναισθηματικών αποφάσεων, κατηγοριοποίηση ασθενών ή συμβιβασμό των αξιών τους (White & Grason, 2019). Ακριβώς επειδή το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε στρεσογόνες καταστάσεις, η ανάπτυξη του αυτοελέγχου βοηθά να μη δημιουργηθεί χάος (White & Grason, 2019). Οι νοσηλευτές με αυτοέλεγχο ακούν περισσότερο και μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα ασθενείς που βρίσκονται σε άρνηση για τη νόσο τους (White & Grason, 2019). Η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντικό στοιχείο της συναισθηματικής νοημοσύνης. Έχει παρατηρηθεί, ότι όταν εφαρμόζεται η ενσυναίσθηση από τους νοσηλευτές στη θεραπευτική σχέση τους με τους ασθενείς, οι ασθενείς συμμορφώνονται με τη θεραπεία, εκφράζουν ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και αισθάνονται συναισθηματική ευεξία (Al- Suwait et al., 2024). Το νοσηλευτικό προσωπικό επιδεικνύει ενσυναίσθηση στους ασθενείς με το να αναγνωρίζει τα αισθήματά τους, να τους παρέχει καθυσχάση και ατομική υποστήριξη (Al-Suwait et al., 2024). Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι ένα άλλο στοιχείο της συναισθηματικής νοημοσύνης, που παίζουν σημαντικό ρόλο στη νοσηλευτική (White & Grason, 2019). Οι νοσηλευτές που επιδιώκουν να έχουν καλές σχέσεις με τους ασθενείς, επιδεικνύουν συναισθηματική νοημοσύνη και παρέχουν στους άλλους το συναίσθημα της φροντίδας (White & Grason, 2019). Η αποτελεσματική επικοινωνία έχει προτεραιότητα την ακρόαση και επιπλέον εκπέμπει το αίσθημα της ζεστασιάς στις συνομιλίες με άλλους (White & Grason, 2019). Το νοσηλευτικό προσωπικό, χρησιμοποιώντας τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονα, κάνει την επαφή φιλική, προσιτή, επιδεικνύοντας ευγένεια (White, Grason, 2019). Οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης είναι λιγότερο πιθανό να εγκαταλείψουν το νοσηλευτικό επάγγελμα εξαιτίας της θετικής αντίληψης που έχουν διαμορφώσει για το χώρο εργασίας τους, ενώ διαχειρίζονται καλύτερα τα συναισθήματά τους (Κουράκος κ.α., 2017). Η συναισθηματική νοημοσύνη συμβάλλει επιπλέον στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών που και αυτή συμβάλλει στην ικανοποίηση των ασθενών (Κουράκος κ.α., 2017).

Η Συναισθηματική νοημοσύνη έχει συνδεθεί με την Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας (QoNC), η οποία αναφέρεται στην προσέγγιση των αναγκών του ασθενή μέσα από κατάλληλη και ασφαλή φροντίδα, ενσυναίσθηση, επικοινωνία και σεβασμό στον

ασθενή (Khademi et al., 2021). Η ΣΝ φαίνεται να έχει άμεση επίδραση σε όλες της διαστάσεις της Ποιότητας Νοσηλευτικής Φροντίδας, συμπεριλαμβανόμενης της αυτογνωσίας, της αυτοδιαχείρισης, της κοινωνικής επίγνωσης και της διαχείρισης σχέσεων (Khademi et al., 2021).

1.2.5. Προϋπάρχουσα έρευνα

Η χρήση συναισθηματικών δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του απαιτητικού εργασιακού περιβάλλοντος του νοσοκομείου, την απόδοση του νοσηλευτικού προσωπικού και την προστασία του ασθενή είναι επιτακτική.

Έρευνα στην Ελλάδα, που διεξήχθη από τους Παπαγεωργίου κ.α. (2010) είχε σκοπό τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης των νοσηλευτών σε δημόσια νοσοκομεία, για διάστημα από το Μάιο του 2007 έως τον Μάιο του 2008. Το δείγμα ήταν 251 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Δόθηκε ερωτηματολόγιο 69 ερωτήσεων που περιείχαν τις 7 διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης, αυτοεπίγνωση, αυτορρύθμιση, κίνητρα συμπεριφοράς, ενσυναίσθηση, κοινωνικές δεξιότητες, χιούμορ, κριτική σκέψη. Οι απαντήσεις δόθηκαν βάσει της κλίμακας Likert 4 σημείων. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 14.0 (Statistical Package for Social Sciences). Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το 50,5% των νοσηλευτών έχει ικανοποιητικό επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης, το 29,2% υψηλό επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης και το 20,4% κάτω του μετρίου. Η περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων στον άξονα «αυτοεπίγνωση» έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (54,2%) αναγνωρίζει ικανοποιητικά τα συναισθήματά του, το 53,9% έχει ικανοποιητική αυτοπεποίθηση, το 42% μπορεί να χειριστεί τα διασπαστικά συναισθήματα και παρορμήσεις, το 39,3% αναλαμβάνει πλήρως την ευθύνη για την προσωπική επίδοση. Το 80,5% κατανοεί σε ικανοποιητικό βαθμό τα συναισθήματα και τις απόψεις των ασθενών και δείχνει ενεργό ενδιαφέρον για τις ανησυχίες τους, ενώ το 65,7% διαθέτει τις δεξιότητες που απαιτούνται για να κερδίσουν τους άλλους (Παπαγεωργίου κ.α., 2010).

Στην Ελλάδα, έρευνα που διεξήχθη από τους Chatzidimitriou et al. (2025), σκοπό είχε να εξετάσει το ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης στη δεοντολογική συμπεριφορά, τη διαχείριση κρίσεων και στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα φροντίδας ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο νοσοκομείο της Ελλάδας. Διεξήχθη

συγχρονική επισκόπηση ανάμεσα στους νοσηλευτές, χρησιμοποιήθηκαν επικαιροποιημένα εργαλεία για την αξιολόγηση της συναισθηματικής νοημοσύνης, την ηθική συμμόρφωση, τις δεξιότητες στη διαχείριση κρίσεων, και την ποιότητα φροντίδας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με Μοντελοποίηση Δομικών εξισώσεων, βασισμένη στη διακύμανση (CBSEM) για την εξέταση της άμεσης και έμμεσης σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν, ότι η εκπαίδευση της συναισθηματικής νοημοσύνης είχε δυνατή και σημαντική επίδραση στην ηθική συμπεριφορά των νοσηλευτών και την ικανότητα διαχείρισης κρίσεων. Παρ' όλα αυτά τα άμεσα αποτελέσματα της συναισθηματικής νοημοσύνης στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα φροντίδας δεν ήταν σημαντικά, αντίθετα η επιρροή ήταν μέτρια μέσω βελτιώσεων στην ηθική και τη διαχείριση κρίσεων. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι τα οφέλη της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι περισσότερο προφανή όταν ενσωματώνονται με υποστηρικτικές οργανωτικές πρακτικές και συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη. Συνοψίζοντας η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για ολοκληρωμένη εκπαίδευση συναισθηματικής νοημοσύνης και υποστηρικτική εργασιακή κουλτούρα, για την ενίσχυση των ηθικών προτύπων, την ανθεκτικότητα και την ποιότητα φροντίδας των ασθενών (Chatzidimitriou et al., 2025).

Έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα, από τους Galanis et al. (2024) είχε σκοπό να ερευνήσει την επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επαγγελματική απόδοση σε δείγμα νοσηλευτών στην Ελλάδα. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν μια συγχρονική μελέτη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από νοσηλευτές στη διάρκεια του Γενάρη του 2024. Η μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης έγινε με το ερωτηματολόγιο Trait Emotional Questionnaire-Short Form (TEIQue-SF), Και η επαγγελματική απόδοση μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο Individual Work Performance Questionnaire (INPQ). Δημιουργήθηκε μια διαμορφωμένη πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα χαρακτηριστικά της συναισθηματικής νοημοσύνης όπως η ευημερία, ο αυτοέλεγχος, η συναισθηματικότητα και η κοινωνικότητα αυξάνουν την επαγγελματική απόδοση στους νοσηλευτές. Συγκεκριμένα, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ευημερίας και της εκτέλεσης καθηκόντων και στην απόδοση του αποτελέσματος αυτού. Παρόμοια, υπάρχει θετική σχέση μεταξύ του αυτοελέγχου και της απόδοσης στην εκτέλεση καθηκόντων. Επιπλέον, η συναισθηματικότητα και η κοινωνικότητα μειώνουν την αντιπαραγωγική συμπεριφορά. Η συναισθηματική νοημοσύνη συνδέεται θετικά με την επαγγελματική απόδοση (Galanis et al., 2024).

Η ικανοποίηση των ασθενών και η σχέση της με την ενσυναισθητική φροντίδα των νοσηλευτών απασχόλησε αρκετές μελέτες.

Στην Τουρκία, διεξήχθη έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών και στις δεξιότητες που στηρίζονται στην συναισθηματική νοημοσύνη των νοσηλευτών. Η έρευνα διεξήχθη από τον Celic (2015). Στη μέθοδο που ακολούθησε υπήρξαν 2 γκρουπ, στο ένα 179 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο σε χειρουργική κλινική και στο άλλο γκρουπ 113 ασθενείς. Η έρευνα διεξήχθη από τις 01/01 έως τις 20/02/2015. Για τους νοσηλευτές χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης και ένα ερωτηματολόγιο 12 ερωτήσεων αυτοαναφοράς. Για τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Ικανοποίησης Νοσηλευτικής Φροντίδας με 11 ερωτήσεις αυτοαναφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν, θετική και στατιστικά σημαντική σύνδεση μεταξύ των αποτελεσμάτων ικανοποίησης και έντονης ανησυχίας, χρήση αισθημάτων και συναισθηματικής επίγνωσης των ασθενών ($P < 0,05$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προτείνεται, ότι η συναισθηματική νοημοσύνη θα πρέπει να είναι μία από τις παραμέτρους και θα πρέπει να αναγνωρίζεται ως παράγοντας ποιότητας για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Gulay Oyr Celic, 2015).

Το νοσηλευτικό προσωπικό που δουλεύει με ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως ο καρκίνος αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις. Η διαχείριση έντονων συναισθημάτων, προϋποθέτει την εξισορρόπηση περίπλοκων κλινικών ευθυνών με ενσυναίσθηση και επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή.

Έρευνα στη Μ. Ανατολή από τον Alodhialah (2025), σκοπό είχε να μελετήσει πως η ΣΝ αλληλοεπιδρά με την εξουθένωση και πως επηρεάζεται η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή από αυτή την αλληλοεπίδραση. Διεξήχθη συγχρονική μελέτη σε 172 ογκολογικούς νοσηλευτές στο Ριάντ της Σ. Αραβίας. Χρησιμοποιήθηκε το Schutte Self Self-Reported Emotional Test στην αραβική έκδοση και το Copenhagen Burnout Inventory και το Patient Centered Questionnaire. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετική σύνδεση μεταξύ της ΣΝ και της επικοινωνίας με κέντρο τον ασθενή και αρνητική σύνδεση μεταξύ της προσωπικής επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής εξουθένωσης σχέση με τον ασθενή. Αποδεικνύεται η προστατευτική επίδραση της ΣΝ στην επαγγελματική εξουθένωση (Alodhialah, 2025).

1.3. Το εργασιακό άγχος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πάνω από 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι έχουν διαγνωστεί με ψυχικές διαταραχές, ανάμεσα σε αυτές και το άγχος (WHO, 2025). Οι στατιστικές των σχετιζόμενων με το άγχος θανάτων παγκόσμια, είναι ανησυχητικές, ενώ ο ΠΟΥ αναγνωρίζει ότι το άγχος συμβάλλει σημαντικά στους θανάτους παγκοσμίως. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπολογίζεται ότι το εργασιακό άγχος προκαλεί 120.000 θανάτους ετησίως (Neurolaunch, 2025).

Ο τρόπος που αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το άτομο τα γεγονότα και η αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει δεν βρίσκονται μέσα στο πεδίο ακαταλληλότητας του συστήματος των νοητικών κατασκευών, αναφέρεται ως άγχος (Κοϊνης κ.α., 2014). Υπάρχουν τρεις κύριες μορφές άγχους, η πρώτη μορφή αναφέρεται στο ήπιο ή ενοχλητικό άγχος, το οποίο μπορεί να προκαλέσει υποτιθέμενες μικροεπιθέσεις και μπορεί να ενισχυθεί από υπερευαισθησία η/και γεγονότα στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Liu & Boyatzis, 2021). Η δεύτερη μορφή άγχους αναφέρεται στο οξύ άγχος, όπως για παράδειγμα όταν μαθαίνουμε ότι ένα αγαπημένο άτομο έχει καρκίνο τελικού σταδίου (Liu & Boyatzis, 2021). Η τρίτη μορφή άγχους αναφέρεται στο μετατραυματικό άγχος, όπως όταν βρίσκεσαι σε κατάσταση ένοπλης βίας (Liu & Boyatzis, 2021). Η κάθε μορφή άγχους ενεργοποιεί το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (Liu & Boyatzis, 2021). Το συσσωρευτικό αποτέλεσμα του χρόνιου ενοχλητικού ή ήπιου άγχους είναι αυτό που προκαλεί την περισσότερη βλάβη στη γνωστική συναισθηματική και πνευματική λειτουργία (Liu & Boyatzis, 2021). Όταν το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα ενεργοποιείται επαναλαμβανόμενα, το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου συμβιβάζεται, η νευρογένεση καταστέλλεται, αυξάνεται η αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός ρυθμός, η αναπνοή γίνεται γρηγορότερη και κόφτη (λαχάνιασμα) (Liu & Boyatzis, 2021). Αποτέλεσμα των παραπάνω επιδράσεων είναι η αίσθηση δυσαρέσκειας και απειλής για το άτομο, ενώ το γνωστικό και πνευματικό πεδίο του ατόμου περιορίζεται και εμφανίζονται αισθήματα εγκλωβισμού και απελπισίας (Liu & Boyatzis, 2021). Το οξύ άγχος προκαλεί μια προσωρινή, ταχεία νευρο-ενδοκρινολογική απόκριση (Liu & Boyatzis, 2021). Η κορτιζόλη, αποτελεί έναν από τους σημαντικούς δείκτες απόκρισης στο στρες, μπορεί να προκαλέσει προσωρινά αρνητικό αντίκτυπο στη μνήμη και την προσοχή (Liu & Boyatzis, 2021).

Το άγχος χωρίζεται σε δύο είδη, το αρνητικό και το θετικό (Μουστάκα κ.α., 2010). Το αρνητικό, μπλοκάρει και απειλεί την όμοιο σύσταση του οργανισμού, διαταράσσοντας

την αρμονία και ισορροπία του πνεύματος και του σώματος (Μουστάκα κ.α., 2010). Το θετικό στρες, σε μικρή ένταση και διάρκεια, έχει ευεργετικές ιδιότητες για τον οργανισμό, δίνοντας ώθηση στο άτομο να δημιουργεί, να παράγει, και να αυτό προστατεύεται όταν το κρίνει απαραίτητο (Μουστάκα κ.α., 2010).

Το εργασιακό άγχος, είναι μια αποδεδειγμένη κατάσταση που προέρχεται από τη διάδραση των συνθηκών εργασίας και των ατομικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων και μπορεί να επιδρά αρνητικά στην υγεία τους, αλλά και στην παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητά τους (Τούκας κ.α., 2011). Ως εργασιακό άγχος καθορίζεται ως η αντίδραση των εργαζομένων στις πιέσεις και απαιτήσεις της εργασίας τους, που υπερβαίνουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους (Φράγκου κ.α., 2021). Το εργασιακό άγχος καθορίζεται ως σωματική, συναισθηματική και ψυχολογική απόκριση, η οποία ενεργοποιείται όταν οι εργαζόμενοι θεωρούν τους εαυτούς τους ανίκανους να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Προέρχεται από υπερβολικές απαιτήσεις και πιέσεις, που ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης του ατόμου (Ebeh & Ezirim, 2025). Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια Εργασίας, το εργασιακό στρες δεν είναι ασθένεια, αλλά μια κατάσταση που βιώνει το άτομο όταν εκτίθεται σε αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις και που μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες επιπτώσεις στην υγεία του εργαζομένου, όπως την εκδήλωση μιας ασθένειας, τον τραυματισμό ή αλλαγές στην εργασιακή συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του ατόμου (Μουστάκα κ.α., 2010).

Στον τομέα της εφαρμοσμένης υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, το επαγγελματικό άγχος περιγράφεται ως μία κατάσταση που προκύπτει από την συνεχή αλληλεπίδραση 4 μεταβλητών: i) αυτών που αφορούν τις εξωτερικές απαιτήσεις, όπως η εργασιακή πίεση, ii) τις εσωτερικές απαιτήσεις που αφαιρούν τις ατομικές προσδοκίες, iii) το εσωτερικό υπόβαθρο του εργαζόμενου που αφορά την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις και τέλος της εξωτερικής υποστήριξης (Τούκας & Τούκα, 2011). Σύμφωνα με αυτές τις μεταβλητές, αναπτύσσονται οι στρατηγικές ανάλυσης και αντιμετώπισης του άγχους (Τούκας & Τούκα, 2011). Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία, το νοσηλευτικό προσωπικό, εκτίθεται περισσότερο σε αγχογόνους παράγοντες που οδηγούν σε εκδηλώσεις χρόνιου άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης (Τούκας & Τούκα, 2011).

Σε μια έρευνα ορόσημο, υπό τη χρηματοδότηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που διεξήχθη το 2024 σε 29 χώρες, βρέθηκε ότι οι

γιατροί και οι νοσηλευτές εργάζονται σε συνθήκες τέτοιες, που βλάπτουν την ψυχική υγεία και την ευημερία τους (United Nations, 2025). Σε άλλη έρευνα, που διεξήχθη στην Αμερική το 2025, σε 2600 νοσηλευτές, βρέθηκε ότι το 65% βιώνει στρες και εξουθένωση σε υψηλά επίπεδα ενώ από αυτούς το 60% θα επέλεγε ως επάγγελμα τη νοσηλευτική (Galoustian, 2026).

1.3.1. Χαρακτηριστικά του εργασιακού άγχους

Τα χαρακτηριστικά-επιπτώσεις του εργασιακού άγχους διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες :

Α. Σωματικά: Οι επιπτώσεις του άγχους στη σωματική υγεία διακρίνονται σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες επιπτώσεις συναντάμε έντονα τις μυοσκελετικές παθήσεις (Μουστάκα, 2010). Οι μυοσκελετικές παθήσεις άνω άκρων και αυχένα είναι συχνό φαινόμενο και αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή επαγγελματικής ασθένειας στην Ευρώπη, με ποσοστό ως άνω των 45% επί του συνόλου των ασθενειών που προέρχονται από την εργασία (Μουστάκα, 2010). Προβλήματα όπως πονοκέφαλοι, ασθένειες του δέρματος, διαταραχές ύπνου, πόνοι στην πλάτη, εφίδρωση, ευερεθιστότητα, είναι συχνά στο νοσηλευτικό προσωπικό (Μουστάκα, 2010). Στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο σώμα συναντάμε σοβαρές καρδιαγγειακές παθήσεις (Μουστακα, 2010). Το στρες συνδέεται άμεσα και έμμεσα με την αιτία των καρδιαγγειακών παθήσεων αφού έχει συνδεθεί το στρες με τη στεφανιαία νόσο, το έμφραγμα και την υψηλή αρτηριακή πίεση. Ψυχολόγοι έχουν υποστηρίξει τη συσχέτιση του εργασιακού άγχους με τον καρκίνο (Μουστάκα, 2010).

Β. Συμπεριφορά: Η πίεση στον εργασιακό χώρο επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά του εργαζόμενου που εκδηλώνονται με ευερεθιστότητα, απροθυμία ανάληψης επιπλέον καθηκόντων, τεταμένες συναδελφικές σχέσεις (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014)). Υιοθέτηση επιβλαβών συνηθειών όπως η χρήση αλκοόλ, οι ναρκωτικές ουσίες, η αύξηση του καπνίσματος και η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες (Sohail & Rehman, 2015). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν αναποφασιστικότητα, ανευθυνότητα, απομόνωση, κακή παροχή υπηρεσιών και ανησυχία (Sohail & Rehman, 2015). Το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε ατυχήματα στον εργασιακό χώρο όταν το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τους κινδύνους και τις απειλές για την υγεία του (Sohail & Rehman, 2015). Έρευνες έχουν δείξει ότι όταν οι συνθήκες εργασίας είναι δυσάρεστες, αυξάνονται οι απουσίες από την εργασία (absenteeism) και υπάρχει πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας από τους υπαλλήλους (Sohail & Rehman, 2015).

Γ. Ψυχολογικά: Οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους στην ψυχική υγεία του εργαζόμενου εκδηλώνεται με αισθήματα θυμού, ή λύπης, έντασης, αδιαφορίας, τρωτότητας, απελπισίας, εγκλωβισμού, έλλειψης ενδιαφέροντος και κατάθλιψης (Sohail, Rehman, 2015). Οι νοσηλευτές οδηγούνται σταδιακά στην απώλεια της ικανότητας της ενσυναίσθησης για τον ασθενή (Κοϊνης, 2014). Το χρόνιο εργασιακό στρες είναι δυνατόν να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (burnout) (Gorter et al., 1998). Η εξουθένωση αποτελείται από 3 συνιστώσες. Δίνει έμφαση στο να καθίσταται κανείς πνευματικά και συναισθηματικά εξαντλημένος (Gorter et al., 1998). Την ίδια στιγμή η ανάπτυξη μιας αρνητικής, κινητικής συμπεριφοράς απέναντι στον πελάτη ή τον ασθενή είναι κρίσιμη. Αυτό ονομάζεται αποπροσωποποίηση ή απανθρωποποίηση (έλλειψη ανθρωπιάς) (Gorter et al., 1998). Η τρίτη συνιστώσα είναι η τάση να αξιολογεί κάποιος αρνητικά τον εαυτό του οι επαγγελματίες νιώθουν δυστυχισμένοι με τον εαυτό τους και μη ικανοποιημένοι με ό τι έχουν πετύχει (Gorter et al., 1988). Η εργασιακή εξουθένωση έχει δραματικά αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής της εργασίας, στις επαγγελματικές σχέσεις και στην προσωπική ευημερία (Gorter et al., 1998). Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι το εργασιακό άγχος επηρεάζει την σωματική, ψυχική κοινωνική ευεξία του νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοση στην εργασία και επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Τούκας & Τούκα, 2011).

1.3.2. Θεωρητικά μοντέλα του εργασιακού άγχους

Οι προσπάθειες ερμηνείας του εργασιακού άγχους οδήγησαν στη διατύπωση αρκετών θεωρητικών μοντέλων (Ebeh & Ezirim, 2025). Ακολουθούν μερικά από τα πιο σημαντικά.

Η Θεωρία Προσαρμογής Ατόμου – Περιβάλλοντος (Person-Environment Fit Theory) (PEFT): Αυτή η θεωρία υποστηρίζει, ότι το άγχος εμφανίζεται στο χώρο της εργασίας σαν αποτέλεσμα αναντιστοιχίας ανάμεσα στα έμφυτα χαρακτηριστικά του ατόμου και του περιβάλλοντος της εργασίας του (Ebeh & Ezirim, 2025). Τα ατομικά χαρακτηριστικά όπως οι ικανότητες, οι ανάγκες, οι αξίες, η προσωπικότητα πρέπει να συμφωνούν με τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως τις απαιτήσεις εργασίας, τους πόρους εργασίας, την οργανωσιακή κουλτούρα και την κοινωνική υποστήριξη (Ebeh & Ezirim, 2025). Η θεωρία υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά και η ευεξία, επηρεάζονται από την προσαρμογή ανάμεσα στα χαρακτηριστικά του ατόμου (προσωπικότητα, ικανότητες)

και τις απαιτήσεις και πηγές του περιβάλλοντος(εργασία, σπίτι, κοινωνία) (Ebeh & Ezirim, 2025). Η θεωρία επικεντρώνεται στη βελτιστοποίηση της προσαρμογής ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του και στην προώθηση της ευελιξίας των υπαλλήλων και την αύξηση της παραγωγικότητας (Ebeh & Ezirim, 2025). Υπάρχουν τρεις τύποι ζευγαριών προσαρμογής: Προσαρμογή Απαίτησης-Ικανότητας, όπου οι ικανότητες του ατόμου πρέπει να ταιριάζουν με τις απαιτήσεις εργασίας. Προσαρμογή Ζήτησης-Προμήθειας, όπου οι πηγές εργασίας πρέπει να είναι ικανές ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες του εργαζόμενου (Ebeh & Ezirim, 2025). Προσαρμογή Αξίας-Στόχου, όπου οι οργανωσιακές αξίες πρέπει να ευθυγραμμίζονται με τις αξίες του ατόμου για να αποφευχθεί το στρες, την εξουθένωση, η μείωση της εργασιακής ικανοποίησης, η χαμηλή απόδοση και η μείωση της εγκατάλειψης του επαγγέλματος (Ebeh & Ezirim, 2025).

Το Μοντέλο Υποστήριξης Ελέγχου Ζήτησης (Demand-Control-Support Model) (DCS): Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε αρχικά από τον Robert Karasek (1979) και εξελίχθηκε στη συνέχεια, υποστηρίζοντας ότι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στην αντίληψη των απαιτήσεων της εργασίας, όπως ο φόρτος εργασίας, η πίεση χρόνου, η περιπλοκότητα, ο βαθμός υποστήριξης που αντιλαμβάνεται ο εργαζόμενος από το εργασιακό περιβάλλον που περιλαμβάνει στήριξη από προϊσταμένους, συναδέλφους, υποστήριξη από τον οργανισμό και η αντίληψη του βαθμού ελέγχου της εργασίας που περιλαμβάνει έλεγχο μεθόδων, εργασιών και χρονικών ορίων επηρεάζει την ανάπτυξη του στρες στη δουλειά (Ebeh & Ezirim, 2025). Η υποστήριξη στην εργασία προωθεί την ευημερία, την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής και λειτουργεί ρυθμιστικά (Ebeh & Ezirim, 2025). Το μοντέλο υποστήριξης ελέγχου ζήτησης προτείνει ότι οι οργανισμοί πρέπει να επανασχεδιάσουν την εργασία για να μειωθεί η ζήτηση και να αναπτυχθεί υποστήριξη και έλεγχος με όραμα να αυξηθεί η παραγωγικότητα και η δέσμευση των εργαζομένων (Ebeh & Ezirim, 2025).

Μοντέλο Ανισορροπίας Προσπάθειας - Ανταμοιβής (Effort Reward Imbalance Model- Siegrist): Το συγκεκριμένο μοντέλο υποστηρίζει ότι η αποτυχημένη αλληλεπίδραση της υψηλής προσπάθειας που καταβάλλεται στην εργασία και η λήψη χαμηλής ανταμοιβής, είναι πιθανό να δημιουργήσει αρνητικά αισθήματα και επίμονο άγχος στους εργαζομένους (Duesseldorf University, 2008). Αντίθετα, θετικά αισθήματα διεγείρονται μέσα από κατάλληλες κοινωνικές ανταμοιβές που προάγουν την ευημερία, την υγεία και την επιβίωση (Duesseldorf University, 2008). Σύμφωνα με το μοντέλο, η προσπάθεια στην εργασία υπολογίζεται ως μέρος ενός κοινωνικού συμβολαίου που ανταποδίδει την προσπάθεια με επαρκή ανταμοιβή (Duesseldorf University, 2008). Οι αμοιβές διανέμονται από τρία

συστήματα πομπών: χρήματα, εκτίμηση, επαγγελματικές ευκαιρίες ενώ συμπεριλαμβάνεται και η ασφάλεια εργασίας (Duesseldorf University, 2008).

Μοντέλο Εργασιακού Στρες του Cooper (1988): Το μοντέλο εργασιακό στρες του Cooper, λαμβάνει υπόψη την πολυπαραγοντική φύση του εργασιακού άγχους (Καρρά & Σαρίδη, 2015). Στο συγκεκριμένο μοντέλο ομαδοποιούνται οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου σε 6 μεγάλες κατηγορίες: εσωγενείς παράγοντες στην εργασία, παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό ρόλο, παράγοντες που αναφέρονται στις εργασιακές σχέσεις, παράγοντες που έχουν σχέση με την ανάπτυξη της επαγγελματικής σταδιοδρομίας του ατόμου, παράγοντες που έχουν σχέση με την οργάνωση της δομής του εργασιακού χώρου, παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή και επαγγελματική ζωή (Καρρά & Σαρίδη, 2015). Οι παραπάνω παράγοντες, έχουν αρνητική επίδραση στο άτομο με αποτέλεσμα την εμφάνιση σωματικών, ψυχολογικών ή και ψυχοσωματικών νοσημάτων (Καρρά & Σαρίδη, 2015).

Μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων -Πόρων (Job Demands-Resources Model), (JD-R): Η κύρια υπόθεση του Μοντέλου Εργασιακών Απαιτήσεων- Πόρων(JD-R), είναι ότι κάθε επάγγελμα έχει τους δικούς του παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με το εργασιακό άγχος (Demerouti & Baker, 2011). Αυτοί οι παράγοντες, κατατάσσονται σε δύο γενικές κατηγορίες(εργασιακές απαιτήσεις και εργασιακοί πόροι), αποτελώντας έτσι ένα διασυνδεδεμένο μοντέλο που μπορεί να εφαρμοστεί σε ποικίλες επαγγελματικές ρυθμίσεις, ανεξάρτητα των ιδιαίτερων εργασιακών απαιτήσεων και πόρων που εμπλέκονται (Demerouti & Baker, 2011). Οι εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται στις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οργανωσιακές πτυχές της εργασίας που απαιτούν σωματικές και/ή ψυχολογικές(γνωστικές και αισθηματικές) προσπάθειες και ικανότητες από τον εργαζόμενο και συνδέονται με συγκεκριμένο σωματικό και/ή ψυχολογικό κόστος (Demerouti & Baker, 2011). Οι εργασιακές απαιτήσεις αν και δεν είναι απαραίτητα αρνητικές μπορεί να γίνουν παράγοντες εργασιακού άγχους (Demerouti & Baker, 2011). Οι εργασιακοί πόροι, αναφέρονται στις σωματικές,, ψυχολογικές κοινωνικές και οργανωτικές πτυχές της εργασίας, οι οποίοι είναι λειτουργικοί στο αποτυγχάνουν εργασιακούς στόχους, μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις και τα σχετιζόμενα σωματικά και ψυχολογικά κόστη, διεγείρουν την προσωπική ανάπτυξη, τη μάθηση και επαγγελματική ανάπτυξη (Demerouti & Baker,2011).

1.3.3. Μέτρηση του εργασιακού άγχους

A. Κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές (Expanded Nursing Stress Scale),(ENSS), των French et al. (2000). Η κλίμακα του στρες (ENSS) χρησιμοποιείται για να μετρήσει στρεσογόνες καταστάσεις και εμπειρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό (Μουστάκα, 2010). Αποτελείται από 59 αντικείμενα που ομαδοποιούνται σε 9 παράγοντες. Οι απαντήσεις καταγράφονται σε κλίμακα Likert 5 σημείων και βαθμολογούνται από 0 έως 4 (Μουστάκα, 2010). Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερη είναι η ένταση του στρες (Μουστάκα,2010).

B. Κλίμακα Maslach Burnout Inventory (BMI): Είναι το πιο γνωστό εργαλείο που χρησιμοποιείται για την αποτύπωση του βιώματος του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ατόμων (Khatatbeh et al., 2021). Η κλίμακα μετράει 3 πτυχές του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή τη συναισθηματική εξουθένωση, την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα (Khatatbeh et al., 2021). Η κλίμακα αποτελείται από 16 έως 22 αντικείμενα τύπου Likert τα οποία εξαρτώνται από την εκδοχή για την οποία εφαρμόζεται, όπως σε νοσηλευτικό προσωπικό, ανθρωπιστικές υπηρεσίες, εκπαιδευτική εκδοχή, φοιτητές (Khatatbeh et al.,2021).

Γ. Κλίμακα Μέτρησης Εργασιακού Άγχους (Job Stress Measure): Αποτελείται από 16 αντικείμενα αυτοαναφοράς βαθμολογημένα σε κλίμακα Likert από 1-5, ανάλογα του μεγέθους επέκτασης του εργασιακού άγχους που παράγεται από το κάθε αντικείμενο ξεχωριστά (Sakketou et all, 2014). Στην κλίμακα, το 1 υποδηλώνει ότι το αντικείμενο παράγει καθόλου άγχος, Το 2 παράγει λίγο άγχος, f το 3 παράγει μερικό άγχος, το 4 παράγει αρκετό άγχος, το 5 παράγει πάρα πολύ άγχος (Sakketou et al., 2014). Η κλίμακα (Job Stress Measure) μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό για τη μέτρηση του εργασιακού στρες ενώ η εγκυρότητα της κατασκευής της εξακριβώθηκε μέσα από ελληνική έρευνα το 2014 από τους A.Sakketou et all (Sakketou et al.,2014).

Δ. Το ερωτηματολόγιο Περιεχομένου Εργασίας (Job Questionnaire) (JCQ): Το ερωτηματολόγιο περιεχομένου εργασίας, έχει σχεδιαστεί να μετρά κλίμακες που αξιολογούν τις ψυχολογικές απαιτήσεις, τα περιθώρια λήψης αποφάσεων, την κοινωνική στήριξη, τις σωματικές απαιτήσεις και την εργασιακή ανασφάλεια (Karasek et al., 1998). Η αξιοπιστία της κλίμακας είναι καλή(Karasek et al.,1998). Η κλίμακα βασίζεται στο μοντέλο Απαιτήσεων - Ελέγχου του Karasek (Karasek et al, 1998).

E. Το ερωτηματολόγιο Ανισορροπίας Προσπάθειας- Ανταμοιβής (Efford-Reward Questionnaire στην Ελληνική Εκδοχή, είναι ένα αξιόπιστο ψυχομετρικό, έγκυρο, εργαλείο

για την αξιολόγηση ασύμμετρων αλλαγών ανάμεσα στην προσπάθεια που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι και της ανταμοιβής στον τομέα της υγείας (Msaouel et al., 2012). Το ελληνικό ερωτηματολόγιο προσπάθειας ανταμοιβής, χρησιμοποιείται για επιδημιολογικές μελέτες πάνω στο εργασιακό στρες και την υγεία και μπορεί να προάγει μελλοντικές παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο και επίπεδο οργανισμών (Msaouel et al., 2012).

ΣΤ. Το Copenhagen Psychological Questionnaire (COPSOQ): Το ερωτηματολόγιο COPSOQ είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο για την εκτίμηση και βελτίωση του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος εργασίας (Kristensen et al., 2005). Το ερωτηματολόγιο εκτιμά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην εργασία, το στρες και την ευημερία των εργαζομένων υπαλλήλων συμπεριλαμβάνοντας μερικούς παράγοντες προσωπικότητας (Kristensen et al., 2005).

1.3.4. Παράγοντες ανάπτυξης του εργασιακού άγχους

Οι κυριότεροι παράγοντες που αυξάνουν το εργασιακό άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό περιγράφονται παρακάτω. Η επαφή με το θάνατο και τη διαδικασία θανάτου έχει αποδειχθεί από τις πιο στρεσογόνες καταστάσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό (Sarafis et al., 2016). Τα μεγαλύτερα επίπεδα άγχους όμως σχετίστηκαν με τη διαχείριση της πραγματικότητας ενός ασθενή που υποφέρει, πριν ακόμα τη διαδικασία θανάτου, παρά από τον ίδιο το θάνατο (Sarafis et al., 2016). Σε αυτή τη διαδικασία οι νοσηλευτές/τριες βιώνουν ανεκπλήρωτες προσδοκίες και αισθήματα λύπης που δεν μπόρεσαν να αποτρέψουν ένα αναπόφευκτο θάνατο, με αποτέλεσμα αυτή η σημαντική πηγή στρες να επηρεάζει την ικανότητα του νοσηλευτή να λειτουργήσει αποτελεσματικά (Sarafis et al., 2016). Ο φόρτος εργασίας έχει διαπιστωθεί μέσα από μελέτες ότι συμβάλλει στην αύξηση του εργασιακού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό (Φράγκου κ.α., 2020). Τα κλινικά περιστατικά και η νοσηρότητες των ασθενών, η έλλειψη προσωπικού, η οργάνωση και η λειτουργία του νοσοκομείου είναι παράγοντες που αυξάνουν τον εργασιακό φόρτο των νοσηλευτών (Galanis et al., 2024). Επιπλέον, η έλλειψη διαθέσιμων υλικών πόρων, ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι κακές σχέσεις με τους συναδέλφους αυξάνουν τις πιθανότητες επαγγελματικής εξουθένωσης (Galanis et al., 2024). Ο φόρτος εργασίας σχετίζεται θετικά με το φαινόμενο της σιωπηλής παραίτησης (quite quitting) και τη διάθεση παραίτησης από το νοσηλευτικό επάγγελμα (Galanis et al., 2024). Ένας άλλος σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας είναι τα προβλήματα με τους προϊσταμένους (Sarafis et al. 2016). Η ανεπαρκής εκπαίδευση των προϊσταμένων και η κουλτούρα της διαμάχης για την εξουσία που επικρατεί στην Ελλάδα

επιτείνουν το πρόβλημα (Sarafis et al., 2016). Η έλλειψη κατανόησης και στήριξης από τους προϊσταμένους συμβάλλει σημαντικά στο εργασιακό στρες.(Sarafis et al., 2016).

Ο παράγοντας που αναφέρεται στην αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα προκαλεί άγχος στο χώρο της εργασίας των νοσηλευτών, όταν ο γιατρός απουσιάζει και προκύπτει επείγον ιατρικό περιστατικό (Μουστάκα, 2010). Άλλη στρεσογόνα διαδικασία αναδεικνύεται και η χορήγηση της θεραπείας στον ασθενή από το νοσηλευτή, αφού καταγράφεται φόβος για την πιθανότητα λάθους(Μουστάκα, 2010). Ακόμα, η θετική έκβαση της θεραπείας συνδέεται με την προσωπική ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού με αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους όταν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το αποτέλεσμα της θεραπείας ο νοσηλευτής αισθάνεται ανασφαλής σχετικά με την ευθύνη που φέρει(Φράγκου κ.α., 2020).

Η χαμηλή κοινωνική αναγνώριση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, συμβάλλει στην αύξηση της έντασης του εργατικού εργασιακού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα (Μουστάκα, 2010). Η έλλειψη της κοινωνικής αναγνώρισης της προσφοράς του νοσηλευτή από τους ασθενείς, αλλά και οι αυξημένες νυχτερινές βάρδιες δημιουργούν στο προσωπικό την πεποίθηση μειωμένης κοινωνικής αναγνώρισης, αυξάνοντας το στρες εξαιτίας αυτού (Μουστάκα, 2010). Το κυκλικό ωράριο, ως ιδιομορφία του νοσηλευτικού επαγγέλματος, προκαλεί δυσλειτουργίες στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των νοσηλευτών, ενώ έρευνες κατέγραψαν μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλεύτριες που εργάζονταν με βάρδιες σε σχέση με εκείνες που είχαν σταθερό ωράριο (Κοϊνης, 2014). Η συνεχής αλληλεπίδραση των νοσηλευτών με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα (Sarafis et al., 2016). Η έλλειψη συνεργασίας και η αίσθηση του νοσηλευτικού προσωπικού ότι πρέπει να προλαμβάνει και να διαχειρίζεται διαφορετικές συναισθηματικές ανάγκες προκαλεί θυμό, απογοήτευση, φόβο και αυξάνει τα επίπεδα άγχους (Sarafis et al., 2016). Το οικογενειακό περιβάλλον, η οικογενειακή ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, εφόσον είναι καλή βοηθά στην κατανόηση των στρεσογόνων περιστατικών από την πλευρά των νοσηλευτών (Zhong et al., 2025). Έρευνες παρουσίασαν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους σε νοσηλευτές που είχαν χαμηλό επίπεδο οικογενειακής ζωής (Zhong et al., 2025). Το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει ποικίλους εργασιακούς παράγοντες που διεγείρουν το άγχος, όπως τη διαχείριση επικίνδυνων χημικών, έκθεση σε ακτινοβολία, βία, παρενόχληση, μολύνσεις (Zhong et al., 2025).

1.3.5. Εργασιακό άγχος σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε νοσοκομεία

Από τα μέσα της δεκαετίας του '50, το άγχος συγκαταλέγεται στους επαγγελματικούς κινδύνους (Jennings, 2008). Στην πραγματικότητα το εργασιακό άγχος αναφέρεται ως σημαντικό πρόβλημα υγείας (Jennings, 2008). Το εργασιακό άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογήθηκε για πρώτη φορά το 1960 όταν η Menzies αναγνώρισε 4 πηγές ανησυχίας ανάμεσα στις νοσηλεύτριες: τη φροντίδα των ασθενών, τη λήψη αποφάσεων, την ανάληψη ευθύνης και την αλλαγή (Jennings, 2008). Ο ρόλος του νοσηλευτή, θεωρείται εδώ και καιρό εξαιρετικά στρεσογόνο με βάση τη σωματική εργασία, τον ανθρώπινο πόνο, τις ώρες εργασίας, τη στελέχωση του προσωπικού, τις διαπροσωπικές σχέσεις τα οποία είναι κεντρικής σημασίας για την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού (Jennings, 2008).

Οι νοσηλευτές έρχονται καθημερινά σε επαφή με σοβαρές ασθένειες και τον θάνατο ασθενών, κάτι το οποίο καθιστά τη νοσηλευτική, ως υψηλά στρεσογόνο επάγγελμα (Tsegaw et al., 2022). Το εργασιακό άγχος στους νοσηλευτές έχει ως αποτέλεσμα την οργανωτική ανικανότητα, τα υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης του επαγγέλματος από τους νοσηλευτές, τη δήλωση ασθένειας, τις απουσίες, τη μείωση της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας, την αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και τη μείωση της ικανοποίησης από την εργασία (Tsegaw et al., 2022). Έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής αποκάλυψε ότι το 93% των νοσηλευτών είχαν αυξημένα επίπεδα άγχους (Tsegaw et al., 2022). Μελέτη στην Κίνα υπέδειξε ότι το 68,3% των νοσηλευτών είχαν υψηλό εργασιακό άγχος (Tsegaw et al., 2022). Άλλη μελέτη στο Ιράν έδειξε ότι οι περισσότερες νοσηλεύτριες είχαν εργασιακό άγχος 63,47% ενώ στη Σαουδική Αραβία το 34,7% των νοσηλευτριών υποφέρουν από εργασιακό άγχος (Tsegaw et al., 2022). Σε έρευνα που διεξήχθη ανάμεσα σε 12 ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ αποκαλύφθηκε ότι οι νοσηλεύτριες στην Ελλάδα, αναφέρουν υψηλότερες τιμές εξουθένωσης, πρόθεση εγκατάλειψης του επαγγέλματος και χαμηλές τιμές εργασιακής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους νοσηλευτές των άλλων χωρών (Chatzigianni et al., 20).

Δεν παρουσιάζουν όλες οι ειδικότητες νοσηλευτών τα ίδια επίπεδα εργασιακού άγχους και συναισθηματικής εξουθένωσης (Almeida-Meza et al., 2025). Έρευνες έδειξαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε συγκεκριμένα τμήματα όπως οι ογκολογικοί νοσηλευτές παρουσιάζουν επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης που κυμαίνονται από 3 έως 65% (Almeida-Meza et al., 2025) ενώ νοσηλευτές που ασχολούνται με ασθενείς που

πάσχουν από άνοια αναφέρουν ότι βιώνουν περισσότερο στρες κατά τη διάρκεια φροντίδας των ασθενών αυτών (Jennings, 2008).

Οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με χρόνιες νόσους όπως είναι ο καρκίνος, έχουν κεντρικό ρόλο στη φροντίδα τους προσφέροντας συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας τους (Faraj et al., 2025). Ωστόσο, η φύση της δουλειάς τους, τους εκθέτει σε μια σειρά στρεσογόνων παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την ευαισθησία τους και την επαγγελματική τους απόδοση (Faraj et al., 2025). Οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές που ασχολούνται με χρόνιους πάσχοντες (όπως η ογκολογικοί νοσηλευτές) αντιμετωπίζουν συναισθηματική εξάντληση, μείωση της εργασιακής απόδοσης αυξημένες τιμές παραίτησης από το επάγγελμα και διακινδυνευμένη ποιότητα φροντίδας του ασθενή (Faraj et al., 2025). Η συναισθηματική εξάντληση, που προέρχεται από την συχνή επαφή του νοσηλευτή με την ταλαιπωρία του ασθενή και το θάνατο, οδηγεί σε έλλειψη συμπόνιας (Faraj et al., 2025). Ο νοσηλευτής έρχεται αντιμέτωπος με ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με τη φροντίδα τελικού σταδίου και με αποφάσεις φροντίδας που προσθέτουν ακόμα ένα επίπεδο πολυπλοκότητας στον ρόλο τους αυξάνοντας τα επίπεδα άγχους (Faraj et al., 2025).

Το εργασιακό άγχος συνδέεται με αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, κατάθλιψης, ανησυχίας, αισθηματικής ανεπάρκειας τα οποία θεωρούνται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ήπιας ψυχιατρικής νόσου (Babapour et al., 2022). Οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με χρόνιες νόσους όπως καρκίνο αναφέρουν υψηλό βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης και επαγγελματικής εξουθένωσης (Μπακή κ.α., 2022). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2020 σε ελληνικό δημόσιο αντικαρκινικό νοσοκομείο το 81,2% των νοσηλευτών παρουσίασε υψηλή συναισθηματική εξάντληση εμφανίζοντας υψηλό κίνδυνο κόπωσης συμπόνιας, ενώ η υψηλή αποπροσωποποίηση που ανιχνεύθηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό και σχετίζεται με τις συνθήκες εργασίας και τις οικονομικές απολαβές έχει αντίκτυπο στις προσφερόμενες υπηρεσίες τους ασθενείς (Μπακή κ.α., 2022). Οι νοσηλευτές εξαιτίας της κόπωσης και της συναισθηματικής εξάντλησης δεν επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς και προσπαθούν να κρατήσουν αποστάσεις από οποιονδήποτε θεωρούν αιτία της εξάντλησης τους (Μπακή κ.α., 2022).

1.3.6. Προϋπάρχουσα έρευνα

Σε πλαίσιο ανασκοπήσεων η σχέση του εργασιακού άγχους και η σύνδεσή του με χαμένη φροντίδα των ασθενών, ερευνήθηκε από τους Pakpahan et al. (2025) στην

Ινδονησία. Σκοπός της έρευνας ήταν εκτιμήσει και να συνθέσει διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα, όσον αφορά τη συσχέτιση ανάμεσα στο εργασιακό άγχος των κλινικών νοσηλευτών και της χαμένης φροντίδας στα νοσοκομεία. Σαν μέθοδος ακολουθήθηκε η συστηματική ανασκόπηση σύμφωνα με την καθοδήγηση PRISMA. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το PubMed, Scopus, EBSCO ανάμεσα στο Γενάρη του 2014 ως τον Ιούνιο του 2025. Από τις 3 βάσεις ανιχνεύτηκαν 244 άρθρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότερες μελέτες ανέφεραν το εργασιακό άγχος, αισθηματική κόπωση και εξουθένωση συνδέονταν θετικά με τη χαμένη φροντίδα ασθενών. Η μεγαλύτερη παραμέληση από την πλευρά των νοσηλευτών, γινόταν στην κάλυψη της φροντίδας των ασθενών όπως η μη καταγραφή ζωτικών σημείων, παραμέληση φροντίδας δέρματος/πληγών, φροντίδα στόματος (Pakpahan et al, 2026).

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Moisoglou et al. (2025) στην Ελλάδα, έχοντας σκοπό να ερευνήσει τις επιδράσεις του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών και τη συσχέτιση τους με συναισθηματική εξάντληση και την πρόθεση παραίτησης ανάμεσα στους νοσηλευτές/τριες. Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη (Moisoglou et al., 2025). Χρησιμοποιήθηκε το Practice Environmental Scale-5 για να αξιολογηθεί το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης μία μόνο ερώτηση (Moisoglou et al., 2025). Για τη μέτρηση της πρόθεσης παραίτησης χρησιμοποιήθηκε μία μόνο ερώτηση. Για την προσαρμογή των δημογραφικών στοιχείων και τις μεταβλητές εργασίας, μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 56,7% στο νοσηλευτών ανέφεραν υψηλό επίπεδο πρόθεσης παραίτησης, το νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης και πρόθεση παραίτησης (Moisoglou et al., 2025).

Έρευνα των Faraj et al., (2025) στο Μπαχρέιν, σε ογκολογικό κέντρο, είχε σκοπό να ερευνηθεί το εργασιακό στρες και η πρόθεση παραίτησης στους ογκολογικούς νοσηλευτές/τριες. Μια συγχρονική περιγραφική σχεδίαση χρησιμοποιήθηκε, ενώ τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ογκολογικούς νοσηλευτές μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η μελέτη χρησιμοποίησε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που περιείχε 3 τμήματα, τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, την κλίμακα Revised Nursing Stress Scale (RNSS), για την αξιολόγηση των στρεσογόνων παραγόντων και την κλίμακα Nurses Turnover Invention Scale, για την αξιολόγηση της πρόθεσης παραίτησης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου για τις κοινωνικές επιστήμες (SPSS). Τα

αποτελέσματα αποκάλυψαν σημαντικό εργασιακό άγχος ανάμεσα στο ογκολογικό νοσηλευτικό προσωπικό εξαιτίας παραγόντων όπως μεγάλο φόρτο εργασίας, αισθηματικές απαιτήσεις, έλλειψη προσωπικού και ηθικά διλήμματα (Faraj et al., 2025).

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Τσομάκου κ.α. (2022) στο Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», είχε σκοπό τον προσδιορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης, καθώς και τη σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, λαμβάνοντας υπ' όψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε έγινε με χρήση ανώνυμου σταθμισμένου ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 3 τμήματα το πρώτο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά το δεύτερο το Maslach Burnout Inventory για την αποτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και το τρίτο Employee Satisfaction Inventory για την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 νοσηλευτές όλων των βαθμίδων του νοσοκομείου «Μεταξά». Η ανάλυση δεδομένων έγινε με λογισμικό πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων(53%) βίωναν μεγάλη συναισθηματική εξάντληση, το 38% είχε έντονα συμπτώματα αποπροσωποποίησης και το 43% επιτύγχανε πολλά προσωπικά επιτεύγματα. Οι εργαζόμενοι δήλωσαν απογοήτευση από τις συνθήκες εργασίας, το μισθό και δεν ήταν ικανοποιημένοι από τη θέση της εργασίας τους, την αξιοκρατία στον οργανισμό, ενώ ήταν ικανοποιημένοι από τους προϊσταμένους και το επάγγελμά τους. Επιβεβαιώθηκε στατιστικά η αντιστροφή σχέση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης (Τσομάκου κ.α, 2022).

Το στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον προκαλεί επαγγελματική εξουθένωση και σύγχυση. Έρευνα στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε από την Dima (2025) με σκοπό να εξακριβώσει την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης του υγειονομικού προσωπικού στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών. Ακολούθησε αφηγηματική ανασκόπηση βασιζόμενη σε βιβλιογραφικές κριτικές και ερευνητικές μελέτες που ανασύρθηκαν από διεθνείς βάσεις δεδομένων. Βρέθηκε ότι οι επαγγελματικές απαιτήσεις, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και οι ανεπαρκής στήριξη, συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των υγειονομικών. Οι επαγγελματίες υγειονομικοί βίωναν υψηλά επίπεδα στρες, μεγάλη κόπωση και συναισθηματική αποξένωση από τους ασθενείς. Σε σοβαρές περιπτώσεις οι νοσηλευτές υπέφεραν από σωματικά προβλήματα. Η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας και οδηγεί σε αυξημένα ιατρικά λάθη ως αποτέλεσμα της μειωμένη ενσυναίσθησης και επαγγελματικής κόπωσης (Dima, 2025).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής διεξήχθη έρευνα με σκοπό την αναγνώριση του οξέος και χρόνιου άγχους και της υπερκόπωσης στους νοσηλευτές σαν δύο από τους πιο ανησυχητικούς παράγοντες για την ασφάλεια και την υγεία. Η έρευνα διεξήχθη από τους Roberts et al. (2014), ενώ χρηματοδοτήθηκε από τον αμερικανικό σύνδεσμο νοσηλευτών. Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση για να ερευνηθεί η επίπτωση του εργασιακού άγχους στην υγεία και την ασφάλεια επαγγελματιών νοσηλευτών και το ρόλο που παίζουν οι εργασιακές συνθήκες και τα εργασιακά χαρακτηριστικά στην υπόθαλψη του εργασιακού στρες. Ισχυρά ευρήματα βρέθηκαν να υποστηρίζουν τη σύνδεση μεταξύ εργασιακού άγχους, ασφάλειας και υγείας γενικά και μέσα σε διαφορετικούς τύπους του νοσηλευτικού πληθυσμού. Επίσης βρέθηκε ότι οι συνθήκες εργασίας συμβάλλουν στην ανάπτυξη εργασιακού στρες (Roberts et al., 2014).

Το εργασιακό άγχος και η εργασιακή ικανοποίηση νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς με χρόνιες νεφρολογικές νόσους απασχόλησε την έρευνα των Μαρνέρα κ.α. (2010). Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης και του παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους των νοσηλευτών των νεφρολογικών μονάδων. Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια κλειστού τύπου για την εργασιακή ικανοποίηση από 120 νοσηλευτές της 6^{ης} Υγειονομικής περιφέρειας, ενώ για το άγχος χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα State – Trait Anxiety Inventory (STAI). Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα (SPSS) 3.0. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέση τιμή στη κλίμακα του περιστασιακού άγχους ήταν 41,4 (TA=11,8) ενώ η μέση τιμή στη κλίμακα του μόνιμου άγχους ήταν 38,6 (TA=11,0). Το 58,3% των νοσηλευτών ανέφερε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας ενώ το 57,5% ανέφερε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από τη θέση εργασίας. Τα επίπεδα εργασιακού άγχους βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στους νοσηλευτές που ήταν μέτρια ή καθόλου ικανοποιημένοι από την εργασία τους σε σχέση με αυτούς που ήταν πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας τους. Μικρότερη ικανοποίηση βρέθηκε από τις ενημερώσεις που λάμβαναν από τη διοίκηση του νοσοκομείου και τους προϊσταμένους σχετικά με τη πολιτική του νοσοκομείου. Επομένως η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών στις μονάδες νεφρού είναι μέτρια και τα υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με την χαμηλή ικανοποίησης (Μαρνέρας κ.α, 2010).

1.4.Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Ο όρος ποιότητα ζωής, είναι μια πλούσια σε περιεχόμενο έννοια και ενέχει πολλαπλές διαστάσεις που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους (Υφαντόπουλος, 2001). Η έννοια έχει δεχτεί διαφορετικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις από διαφορετικά επιστημονικά πεδία όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ψυχολογία, τις οικονομικές επιστήμες, την ανθρωπολογία, επιστήμες που ερευνούν τον άνθρωπο και το περιβάλλον του (Μηναδάκη κ.α., 2019). Τα βιώματα του ατόμου για τη ζωή του και η αξιολόγηση των εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, οι υποκειμενικές και αντικειμενικές διαστάσεις αντίστοιχα, γίνονται η μελέτη της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος, 2001). Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι γνωστή από την αρχαιότητα, αφού απασχόλησε τους αρχαίους φιλοσόφους με τον Αριστοτέλη να περιγράφει με τη λέξη «ευδαιμονία» τους όρους ποιότητα ζωής και ευημερία (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Ακολούθησαν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί ανάλογα με την οπτική γωνία του στοχαστή ή του ερευνητή που εξετάζει το θέμα. Πρόσφατες εννοιολογικές προσπάθειες για τον ορισμό της ποιότητας ζωής την αναφέρουν σαν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητα που έχει το άτομο να ανταπεξέρχεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του, ανεξάρτητα τις συνθήκες διαβίωσης, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα (Θεοφίλου, 2010). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών μέσα στο οποίο ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους και τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (WHO, 2012).

Η ποιότητα ζωής έχει τρεις διαστάσεις, τη σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία και την κοινωνική ευεξία (Μηναδάκη κ.α., 2019). Η σωματική ευεξία αναφέρεται στην άποψη του ατόμου για την υγεία του, η ψυχική ευεξία αφορά την ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου και η κοινωνική ευεξία δείχνει το επίπεδο της γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του (Μηναδάκη κ.α., 2019). Η πρώτη αναφορά του όρου «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» έγινε στη βιβλιογραφία από τον Schipper το 1990, και δηλώνει την επίδραση της νόσου στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική πτυχή του ατόμου και με ποιο τρόπο αντιμετωπίζεται από τον ίδιο τον ασθενή ή ασθένειά του (Μηναδάκη κ.α., 2020). Ο ορισμός της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής χαρακτηρίζεται ως προβληματικός (Karimi et al., 2016), περιέχοντας ασάφειες και ενέχει

δυσκολία στον προσδιορισμό των στοιχείων που τη συνθέτουν (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Στη βιβλιογραφία συναντώνται τουλάχιστον τέσσερις ορισμοί σύμφωνα με τον Karimi et al. (2016). Αρχικά, η ΣΥΠΖ μπορεί να οριστεί, ως το πόσο καλά λειτουργεί ένα άτομο στη ζωή του και η αντιληπτή ευαισθησία που έχει στις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές πτυχές της υγείας του (Karimi et al., 2016). Μια δεύτερη ερμηνεία, σχετίζει τη ΣΥΠΖ κατευθείαν με την ποιότητα ζωής και αναφέρεται, ότι η ποιότητα ζωής είναι μια καθολική διάσταση που ενσωματώνει όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου (Karimi et al., 2016). Η ΣΥΠΖ περιλαμβάνει μόνο τους παράγοντες που είναι μέρος της υγείας του ατόμου (Karimi et al., 2016). Η άλλη ερμηνεία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής εστιάζει στις πτυχές της ποιότητας ζωής που επηρεάζονται από την υγεία, όπως για παράδειγμα οι πτυχές της αντιληπτόμενης από το άτομο ευεξίας που σχετίζεται ή επηρεάζεται από την ασθένεια ή τη θεραπεία (Karimi et al., 2016). Η τέταρτη και τελευταία ερμηνεία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής εστιάζει στην αξία της υγείας (Karimi et al., 2016). Οι αξίες ή οι χρησιμότητες χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των Ποιοτικώς Σταθμισμένων Ετών Ζωής, (QUALYS) και για την αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων των τεχνολογιών υγείας (Karimi et al., 2017). Η ΣΥΠΖ συνθέτει μια δυναμική έννοια που αλλάζει μαζί με το επίπεδο υγείας, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου (Σαράφης κ.α, 2020). Αποτελεί το κενό μεταξύ των προσδοκιών για την υγεία του ατόμου και τις εμπειρίες από αυτήν (Carret et al., 2001). Η αντίληψη της ποιότητας ζωής μεταξύ ατόμων ποικίλλει και είναι δυναμική μέσα τους (Carret et al., 2001).

1.4.1. Χαρακτηριστικά της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα ζωής περιέχει έξι τομείς, οι οποίοι με τη σειρά τους έχουν ενσωματωμένα στοιχεία όπου αποτυπώνεται η ποιότητα ζωής του ατόμου (European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026). Οι τομείς αυτοί είναι: α) Σωματική υγεία (ενέργεια και κόπωση, πόνος και δυσφορία, ύπνος και ανάπαυση) (European Patients Academy on Therapeutic Innovation, 2026), β) Ψυχολογική υγεία (εικόνα σώματος και εμφάνιση, αρνητικά συναισθήματα, θετικά συναισθήματα, αυτοεκτίμηση, σκέψη, μάθηση, μνήμη και συγκέντρωση) (European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026), γ) Επίπεδο ανεξαρτησίας με τα με ενσωματωμένα στοιχεία της κινητικότητας, τις δραστηριότητες της καθημερινότητας, την εξάρτηση από φάρμακα και ιατρικά βοηθήματα και την ικανότητα της εργασίας (European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026). δ) Κοινωνικές σχέσεις, με

ενσωματωμένα τα στοιχεία των προσωπικών σχέσεων, της κοινωνικής υποστήριξης, τη σεξουαλική δραστηριότητα (European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026). ε) Περιβάλλον, με ενσωματωμένα τα στοιχεία της ελευθερίας, της σωματικής ασφάλειας και προστασίας, τους οικονομικούς πόρους, την υγεία και κοινωνική φροντίδα(προσβασιμότητα και ποιότητα),το οικιακό περιβάλλον, τις δυνατότητες και απαιτήσεις των νέων πληροφοριών και δεξιοτήτων, τη συμμετοχή και τις ευκαιρίες για αναψυχή και τον ελεύθερο χρόνο, το φυσικό περιβάλλον(ρύπανση, θόρυβος, κυκλοφορία, κλίμα) (European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026).). Προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις με ενσωματωμένα τα στοιχεία της θρησκείας, της πνευματικότητας και τις προσωπικές πεποιθήσεις(European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026) Οι τέσσερις πρώτοι τομείς περιέχουν στοιχεία που μπορεί να επηρεαστούν άμεσα από την υγεία, τη χρήση φαρμάκων και τεχνολογιών υγείας (European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026). Οι δύο τελευταίοι τομείς, συγκεκριμένα το περιβάλλον και οι προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις, παρόλο που είναι η σημαντικοί, υπάρχει περίπτωση να επηρεάζονται λιγότερο συχνά από την εφαρμογή των τεχνολογιών υγείας και των φαρμάκων (European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026). Αυτή η πιο εστιασμένη προσέγγιση στην ποιότητα ζωής, εξαιτίας της κατάστασης υγείας, ονομάζεται ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία(ΣΥΠΖ) (European Patient's Academy on Therapeutic Innovation, 2026).

1.4.2. Θεωρητικά μοντέλα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Εξαιτίας των πολυδιάστατων πτυχών της ΣΥΠΖ και τις ποικίλες χρήσεις του όρου σε πολλές διαφορετικές καταστάσεις υγείας και ασθένειας, οι ερευνητές χρησιμοποιούν μια ποικιλία μοντέλων ΣΥΠΖ για τις έρευνές τους (Bakas et al., 2012). Τα εννοιολογικά ή θεωρητικά μοντέλα είναι μια σχηματική αναπαράσταση της θεωρίας, που λειτουργούν σα συσκευή εύρεσης για την παροχή καλύτερης κατανόησης του φαινομένου, απεικονίζοντας την αλληλεξάρτηση μεταξύ των εννοιών (Bakas et al., 2012). Τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα που συναντάμε στη βιβλιογραφία είναι:

Α) Το μοντέλο Wilson and Cleary Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (1995): Το μοντέλο παρουσιάζει μια ταξινόμηση των αποτελεσμάτων των ασθενών, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε πέντε βασικές πτυχές υγείας και προτείνει περιστασιακούς συνδέσμους μεταξύ αυτών των πτυχών υγείας (Ojelabi et al., 2017). Η υποκείμενη υπόθεση των ερευνητών Wilson & Cleary, είναι ότι η κατανόηση της σχέσης μεταξύ των πτυχών

υγείας θα οδηγήσει σε βέλτιστα αποτελέσματα κλινικών πρακτικών (Ojelabi et al., 2017). Οι πέντε κατηγορίες των πτυχών υγείας είναι οι βιολογικοί παράγοντες, οι σωματικοί παράγοντες, η κατάσταση-εικόνα συμπτωμάτων, η λειτουργικότητα, η αντίληψη της γενικής υγείας και κυρίως η ποιότητα ζωής (Ojelabi et al., 2017). Οι βιολογικοί και σωματικοί παράγοντες εστιάζουν στη λειτουργία των κυττάρων, των οργάνων και στο οργανικό σύστημα (Ojelabi et al., 2017). Η κατάσταση των συμπτωμάτων περιγράφεται, σαν την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς της μη φυσιολογικής λειτουργίας της σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής κατάστασής τους (Ojelabi et al., 2017). Η λειτουργικότητα σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να εκτελεί συγκεκριμένες εργασίες (Ojelabi et al., 2017). Οι αντιλήψεις της γενικής υγείας αποτελούν μια υποκειμενική εκτίμηση που περικλείει όλες τις προαναφερθείσες πτυχές υγείας και επιπλέον την ψυχική υγεία η οποία ακολουθείται από την ολική ή παγκόσμια σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Ojelabi et al., 2017).

B) Το Μοντέλο Ferrans και συνεργατών (2005): Το Μοντέλο Ferrans και των συνεργατών αποτελεί αναθεώρηση του Μοντέλου των Wilson και Cleary (1995) (Bakas et al., 2012). Οι πέντε βασικές αφηρημένες έννοιες του μοντέλου των Wilson & Cleary διατηρήθηκαν ενώ ο Ferrans και οι συνεργάτες του αποσαφήνισαν τους προσωπικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά και απλοποίησαν την απεικόνιση του μοντέλου, αφαιρώντας τους μη ιατρικούς παράγοντες και τις ετικέτες που απεικόνιζαν τις σχέσεις στο σχήμα του μοντέλου (Bakas et al., 2012). Σύμφωνα με τους Ferrans et al. (2005) η βιολογική λειτουργία επηρεάζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά αλλά και από το περιβάλλον (Ferrans et al., 2005). Οι πέντε βασικές κατηγορίες όπως διαμορφώθηκαν είναι η βιολογική λειτουργία, τα συμπτώματα, η λειτουργική εικόνα, η γενική αντίληψη της υγείας και τέλος η ολική ποιότητα ζωής που περιγράφεται σαν την υποκειμενική ευημερία του ατόμου (Ferrans et al., 2005).

Γ) Το Διεθνές Μοντέλο Λειτουργικότητας Αναπηρίας και Υγείας του ΠΟΥ (World Health Organization International Classification of Functioning Disability and Health, WHO ICF): Το συγκεκριμένο μοντέλο σχεδιάστηκε για να παρέχει μια περιγραφή της υγείας και των καταστάσεων υγείας, ενώ είναι δομημένο σε μια ενοποιημένη και σταθερή γλώσσα, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορους κλάδους και πολιτισμούς (Bakas et al., 2012). Συμπεριλαμβάνει έξι αφηρημένες έννοιες, τη σωματική λειτουργία, την δομή σώματος, τη δραστηριότητα, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τους προσωπικούς παράγοντες (Bakas et al., 2012). Το WHO ICF μοντέλο περιλαμβάνει τις παραπάνω έννοιες

σε δύο βασικά μέρη (Bakas et al., 2012). Το πρώτο μέρος εστιάζει στη λειτουργικότητα και την ανικανότητα/αναπηρία(σωματική λειτουργία και σωματική δομή, δραστηριότητες συμμετοχή) (Bakas et al., 2012). Το δεύτερο μέρος ασχολείται με τους περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες (Bakas et al., 2012).

Εδώ θα πρέπει να αναφερθούν τα θεωρητικά μοντέλα που δημιουργήθηκαν για να αποσαφηνιστούν οι βιο- φυσιο- κοινωνικοί παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής στο πεδίο των χρόνιων νόσων όπως ο καρκίνος (Sosnowski et al., 2017). Τρία θεωρητικά μοντέλα εμφανίζονται: Το Κεντρικό για την Προώθηση της Υγείας Μοντέλο (The Center of Health Promotion Model), το οποίο δημιουργήθηκε από τους Raphael et al. το 2002, και σχετίζεται με την ποιότητα ζωής σε σχέση με την ασθένεια γενικά (Sosnowski et al., 2017). Το δεύτερο είναι το Συμφραζόμενο Μοντέλο HRQoL (CH-HRQoL), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Kimlin Tam-Ashim-Giwa το 2005 Και εφαρμόζεται ειδικά για την κατάσταση υγείας των ασθενών με καρκίνο (Sosnowski et al., 2017). Το τρίτο είναι το Εννοιολογικό Μοντέλο Αποτελεσμάτων των Ασθενών που δημιουργήθηκε από τους Ira Wilson και Paul Grey (Sosnowski et al., 2017). Σύμφωνα με το Κεντρικό για την Προώθηση της Υγείας Μοντέλο, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο χρησιμοποιεί τις ευκαιρίες που του δίνει η ζωή, ιδιαίτερα σε συνάρτηση με τις τρεις πιο σημαντικές διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής: του να ανήκεις κάπου, του να είσαι και του να γίνεσαι (Sosnowski et al., 2017). Το «είναι» περιλαμβάνει τρεις κύριους τομείς που ο καθένας τους μπορεί να οροθετηθεί περεταίρω σε πιο ακριβείς κατηγορίες. Ο πρώτος τομέας, του είμαι, είναι η φυσική ύπαρξη, η οποία περιλαμβάνει τη σωματική υγεία, την προσωπική υγιεινή, τη διατροφή την άσκηση ,το καλλωπισμό, την ένδυση και τη γενική φυσική εμφάνιση (Sosnowski et al., 2017). Ο δεύτερος τομέας είναι η ψυχολογική ύπαρξη, η οποία περιλαμβάνει την ψυχική υγεία και προσαρμογή, αντίληψη και ο τρίτος τομέας είναι η πνευματική ύπαρξη συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών αξιών, προσωπικών πρότυπων συμπεριφοράς και πνευματικών πεποιθήσεων (Sosnowski et al., 2017). Η διάσταση «του ανήκω», περιλαμβάνει επίσης τρεις τομείς, την φυσική αίσθηση του ανήκειν, την κοινωνική αίσθηση του ανήκειν και την αίσθηση του ανήκειν στη κοινότητα (Sosnowski et al., 2017). Τέλος, το «γίνομαι» που περιλαμβάνει τους τομείς του πρακτικού γίνεσθαι, του ελεύθερου χρόνου γίνεσθαι και του γίνεσθαι της ανάπτυξης και δραστηριοτήτων (Sosnowski et al., 2017). Το δεύτερο μοντέλο, Ashing-Giwa's CM-HRQoL, δημιουργήθηκε ειδικά για να εξηγήσει τη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο και περιλαμβάνει δύο επίπεδα μικρο και μακρο. Το μακρο επίπεδο, το οποίο ονομάζεται

και συστημικό επίπεδο, περιλαμβάνει παράγοντες εκτός του ατόμου που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την διαδικασία ανάρρωσής του. Το μάκρο επίπεδο συμπεριλαμβάνει τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, το βάρος ζωής και η κοινωνική υποστήριξη, η κουλτούρα, τα δημογραφικά, ιατρική περίθαλψη. Το μικρό επίπεδο περιλαμβάνει τα ατομικά χαρακτηριστικά (Sosnowski et al., 2017). Επίσης, σημαντικό μοντέλο είναι εκείνο που αναπτύχθηκε από τους Wilson & Cleary το οποίο υποστηρίζει ότι η γενική ποιότητα ζωής γίνεται αντιληπτή ως υποκειμενικό αίσθημα ευτυχίας και ικανοποίησης με τη ζωή και καθορίζεται από ατομικούς παράγοντες, κοινωνικο περιβαλλοντικούς παράγοντες, βιολογικούς παράγοντες, και βιο ψυχολογικούς παράγοντες (Sosnowski et al., 2017).

1.4.3. Μέτρηση της σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Στη βιβλιογραφία συναντάμε περισσότερα από 800 εργαλεία μέτρησης της Σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Τα εργαλεία αυτά χωρίζονται σε γενικά, τα οποία περιλαμβάνουν ερωτηματολόγια που εστιάζουν κατά περίπτωση στη γενική κατάσταση υγείας του ατόμου και στα ειδικά, που εστιάζουν σε περιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων της ποιότητας ζωής (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Τα εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής βασίζονται σε ψυχομετρικές μεθόδους, σε κλινικές πρακτικές, σε μεθόδους εκτίμησης της χρησιμότητας προερχόμενες από τις οικονομικές επιστήμες και τη θεωρία των αποφάσεων ή και σε συνδυασμό των αποφάσεων αυτών (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Γενικά εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση πολλαπλών πλευρών του επιπέδου της υγείας ανεξάρτητα από το φύλο την ασθένεια και την κοινωνικο οικονομική κατάσταση του ατόμου (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Αξιολογούν μεγάλους πληθυσμούς, συγκρίσεις πληθυσμών χωρών και δεν είναι ευαίσθητα για την καταγραφή χαρακτηριστικών προβλημάτων μιας ασθένειας (Δημητρόπουλος κ.α., 2021):

i) Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky Performance Index, KPI): Επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Η εκτίμηση και η βαθμολογία γίνεται από το γιατρό σε μια ποσοστιαία κλίμακα από το μηδέν έως το 10 με 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Ο ασθενής, με χαμηλή επί τοις 100 βαθμολογία, θεωρείται ότι έχει κακή ποιότητα ζωής ενώ αντίθετα ασθενής με υψηλή βαθμολογία θεωρείται ότι έχει καλή ποιότητα ζωής (Δημητρόπουλος κ.α., 2021).

Το συγκεκριμένο εργαλείο αποφέρει πολύ άρδη εκτίμηση της ποιότητας ζωής αφού δεν σχεδιάστηκε ως εργαλείο μέτρησης της (Δημητρόπουλος κ.α, 2021).

ii) Δείκτης λειτουργικότητας του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (WHO Performance Status): Αποτελείται από 5 κλίμακες από το 0 έως το 4 στις οποίες κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας ή ικανότητας (Θεοφίλου, 2010). Η βαθμολογία αντιπροσωπεύει την απεριόριστη σωματική ικανότητα του αρρώστου, ενώ η βαθμολογία 4 δηλώνει την παντελή ανικανότητα του αρρώστου η αξιολόγηση γίνεται από γιατρό χωρίς αναφορά στη ψυχοκοινωνική διάσταση (Θεοφίλου, 2010).

iii) Δείκτης των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (Katz Index of Activities of Daily Living): Αρχικά, ο δείκτης δημιουργήθηκε για την αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Η αξιολόγηση γίνεται από γιατρό ή νοσηλεύτη με ερωτηματολόγιο 6 ερωτήσεων που αφορούν την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Οι ερωτήσεις είναι διατεταγμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας. Ο δείκτης.. Έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για το συγκεκριμένο πληθυσμό αρρώστων αλλά δεν έχει ιδιαίτερη καταλληλότητα στη χρήση μελέτης της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

iv) Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα της Ζωής (Spitzer Quality of Life Index): Ο δείκτης Spitzer αρχικά σχεδιάστηκε για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών αλλά εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Αξιολογούνται 5 βασικοί τομείς (η καθημερινή ζωή, δραστηριότητες, αντίληψη για την υγεία, κοινωνική υποστήριξη, άποψη για τη ζωή) (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Ο ασθενής είτε αυτό βαθμολογείται, είτε βαθμολογείται από τον γιατρό για κάθε ένα από τους τομείς που αναφέρθηκαν σε μια κλίμακα 3 βαθμίδων από το μηδέν έως το 2 (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Ο συγκεκριμένος δείκτης παρουσιάζεται εύκολο στη χρήση και εμφανίζει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων και αρρώστων (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001)

v) Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (General Health Questionnaire): Το 1972 ο Goldberg δημιούργησε το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας το οποίο κυκλοφορεί σε 3 εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Η πρώτη έκδοση περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις η δεύτερη έκδοση περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και η τρίτη έκδοση 60 ερωτήσεις (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Στην πρώτη έκδοση των 28 ερωτήσεων οι οποίες αφορούν την κατάθλιψη, το άγχος, την κοινωνική λειτουργία και τα σωματικά συμπτώματα (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς αλλά και σε υγιείς πληθυσμούς με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Περιορίζεται στην αποτύπωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, παραβλέποντας άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

vi) Επισκόπηση της Υγείας του Nottingham(Nottingham Health Profile): Δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEvan το 1980 για την μελέτη αποτελεσμάτων θεραπευτικών πράξεων (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Το ερωτηματολόγιο διαθέτει αξιοπιστία και είναι αυτό συμπληρωμένο, περιγράφει σύντομα και περιεκτικά τις σωματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Δημητρόπουλος κ.α., 2021). Οι απαντήσεις είναι θετικές και αρνητικές και η υψηλή βαθμολογία ή υπονοεί την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων(Δημητρόπουλος κ.α., 2021).

vii) Επισκόπηση υγείας SF-36(SF-36 Health Survey): Η επισκόπηση υγείας SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας, περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 κλίμακες από 2 μέχρι 10 ερωτήσεις η κάθε μία (σωματική λειτουργικότητα, ρόλος σώματος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Οι 8 κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις στις γενικές κλίμακες της ψυχικής και σωματικής υγείας (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Η SF-36 φορά άτομα άνω των 14 ετών και είναι κατάλληλη για συμπλήρωση, συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής γενικού πληθυσμού και είναι σύντομο έγκυρο και αξιόπιστο (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

viii) Επισκόπηση υγείας EQ-5D (EuroQol): Έχει 5 βασικές διαστάσεις που μετρούν την ποιότητα ζωής: την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο και το άγχος καθώς και την κατάθλιψη (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Κάθε διάσταση διαβαθμίζεται σε 3 επίπεδα. Αποτελεί από τα πλέον έγκυρα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

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

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου ή των ομάδων πληθυσμού κατηγοριοποιούνται ακόλουθα: α) Κοινωνικο οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας (Θεοφίλου, 2010). Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται ο τρόπος παραγωγής, οι σχέσεις παραγωγής, ο καταμερισμός εργασίας, η κοινωνική διαστρωμάτωση (Θεοφίλου, 2010). β) Οικονομικοί πολιτικοί παράγοντες (Θεοφίλου, 2010). Σε αυτή την κατηγορία συναντάμε το επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τους τύπους διανομής εισοδήματος, τον προγραμματισμό και την αποδοτικότητα καθώς και την αποτελεσματικότητα στους τομείς της οικονομίας (Θεοφίλου, 2010). γ) Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες (Θεοφίλου, 2010). Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τον τρόπο ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, ανισότητες της κοινωνίας και της οικονομίας

(Θεοφίλου, 2010). δ) Ψυχό κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες (Θεοφίλου, 2010). Εδώ περιλαμβάνονται τα ήθη και τα έθιμα, το επίπεδο αναλφαβητισμού, η ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, η νοοτροπία, οι τάσεις και οι στάσεις, η κοινωνική συμπεριφορά και η άσκηση κοινωνικών ρόλων (Θεοφίλου, 2010). ε) Περιβαλλοντικοί παράγοντες (Θεοφίλου, 2010). Σε αυτή την κατηγορία αναφέρετε το επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος και τα μέτρα προστασίας των οικοσυστημάτων (Θεοφίλου, 2010). στ) Γεωφυσικοί παράγοντες (Θεοφίλου, 2010). Εδώ αναφέρονται ο φυσικός πλούτος, οι πρώτες ύλες, η γονιμότητα του εδάφους (Θεοφίλου, 2010). ζ) Δημογραφικοί παράγοντες (Θεοφίλου, 2010). Εδώ συμπεριλαμβάνεται η δημογραφική εξέλιξη, η αστική και αγροτική πυκνότητα, η εγχώρια και εξωτερική μετανάστευση και η σύνθεση του πληθυσμού (Θεοφίλου, 2010). η) Υγειονομική και ιατρικοί παράγοντες (Θεοφίλου, 2010). Η κατηγορία αυτή αναφέρεται στην ανάπτυξη ιατρικών, υγειονομικών και επιδημιολογικών μεθόδων (Θεοφίλου, 2010).

1.4.5. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Η ΣΥΠΖ στο νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που είναι γνωστό ότι επηρεάζει θετικά την προσωπική τους ευεξία, την ποιότητα φροντίδας, την εργασιακή ικανοποίηση και τη διατήρηση της θέσης εργασίας τους (Lee, 2024). Η ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, επηρεάζεται από την ίδια τη φύση του επαγγέλματος (Κουρκούνη κ.α., 2020). Ο νοσηλευτής, η νοσηλεύτρια, μέσα στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου μπορεί να αντιμετωπίσει αρνητικές εργασιακές σχέσεις, την έλλειψη προσωπικού σε επικίνδυνα επίπεδα, την αδιάκοπη πίεση για ποιοτική φροντίδα με χαμηλότερους πόρους, τις οργανωτικές συνθήκες, την υπερωριακή απασχόληση, την κόπωση, το άγχος, τις χαμηλές οικονομικές απολαβές τα οποία επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους (Κουρκούνη κ.α., 2020). Σε έρευνα (Jung et al., 2025), διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν το στρες, το οικονομικό υπόβαθρο και η κατανάλωση αλκοόλ (Jung et al., 2025). Η υποκατηγορία, σχετιζόμενη με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής, επηρεαζόταν από το στρες και το οικονομικό υπόβαθρο ενώ η υποκατηγορία της σχετιζόμενης με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής επηρεαζόταν από την κατάθλιψη, το οικονομικό υπόβαθρο, την κατανάλωση αλκοόλ και την ποιότητα ύπνου (Jung et al., 2025). Στα γενικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού, η θρησκεία και η συχνή η

σωματική άσκηση φαίνονται να συνδέονται θετικά με την ΣΥΠΖ των νοσηλευτών (Jung et al., 2025). Η θρησκεία είναι στενά συνδεδεμένη με ψυχολογικές πτυχές και την ψυχική υγεία. Η συστηματική άσκηση βελτιώνει τη φυσική κατάσταση, εμποδίζει ιατρικές καταστάσεις και μειώνει το στρες (Jung et al., 2025). Η οικονομική κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζει τη ΣΥΠΖ του. Έρευνες (Karanikola et al., 2022) δείχνουν αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σχέση με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα και τα οικονομικά προβλήματα που συνδέονται με αυτή (Karanikola et al., 2022). Τα προβλήματα ύπνου, όπως η απνία παραμένουν σε υψηλά επίπεδα, αφού σε έρευνα βρέθηκε, ότι οι μισές νοσηλεύτριες υποφέρουν από απνία (Sikaras et al., 2025). Τα προβλήματα στον ύπνο επηρεάζουν αρνητικά την αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος επεμβαίνοντας στους καθημερινούς ρυθμούς του σώματος, αυξάνοντας την ευαισθησία στις μολύνσεις και έχοντας ισχυρή επιρροή σε προβλήματα ψυχικής υγείας όπως στρες και κατάθλιψη (Jung et al., 2025). Επιπλέον, η έλλειψη ύπνου περιορίζει τη γνωστική λειτουργία, εξασθενεί την ικανότητα λήψης αποφάσεων, μειώνει την απόδοση της κλινικής εργασίας και συμβάλλει στην αύξηση κινδύνου για πιθανά ιατρικά λάθη (Jung et al., 2025).

Η διατάραξη της ψυχοκοινωνικής υγείας των νοσηλευτών έχει αρνητική κλιμακωτή επίδραση στην ψυχική υγεία των ασθενών (Σαρρή κ.α., 2017)ν. Οι απαιτητικές συνθήκες εργασίας, οι ατομικές και γενικές αντιλήψεις και ατομικές προβολές σχετικά με την υγεία και την εργασία επιδρούν στη ζωτικότητα του νοσηλευτικού δυναμικού (Σαρρή κ.α., 2017). Η χαμηλή εκτίμηση της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας συνδέεται με ζητήματα εργασιακής κόπωσης και εξουθένωσης (Σαρρή κ.α., 2017). Το εργασιακό περιβάλλον και οι εργασιακές συνθήκες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα (Ruiz-Fernandez, 2020). Η κόπωση συμπίονιας και η εργασιακή συμπίονια συνδέονται με τις εργασιακές συνθήκες και το εργασιακό περιβάλλον (Ruiz-Fernandez, 2020). Έρευνα, σε ογκολογικούς νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων, έδειξε ότι η εργασιακή εμπειρία και η εργασία στα δευτεροβάθμια νοσοκομεία επιδρούν την εμφάνιση της κόπωσης συμπίονιας (Ruiz-Fernandez, 2020).

Η ικανοποίηση συμπίονιας και η κόπωση συμπίονιας αποτελούν διαστάσεις της εργασιακής ποιότητας ζωής με θετικά και αρνητικά αποτελέσματα αντίστοιχα για κάθε μία διάσταση (Brajkovic et al, 2025). Η ικανοποίηση συμπίονιας, αντανakλά μια αίσθηση πληρότητας και σκοπού, που προέρχεται από την προσφερόμενη βοήθεια και υποστήριξη

ατόμων που βίωσαν ή αναρρώνουν από τραύμα (Brajkovic et al., 2025). Ενώ, η κόπωση συμπίπτει χαρακτηρίζεται από συναισθηματικό και σωματικό βάρος που προέρχεται από συνεχόμενη έκθεση στον πόνο των ασθενών, σε υψηλό απαιτητικό κλινικό περιβάλλον, όπως είναι οι ογκολογικές μονάδες (Brajkovic et al., 2025). Η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές μετατραυματικό στρες αποτελούν στοιχεία της κόπωσης συμπίπτει (Brajkovic et al., 2025). Το δευτερογενές μετατραυματικό στρες αποδίδεται στη συνεχόμενη έκθεση των νοσηλευτών στον πόνο των ασθενών, ιδιαίτερα σε εργασιακά περιβάλλοντα υψηλής έντασης μπορεί να υπερβεί τους μηχανισμούς αντιμετώπισης από το άτομο και να οδηγήσει σε μακροχρόνιες ψυχολογικές επιπτώσεις (Brajkovic et al., 2025). Οι επιπτώσεις της εργασίας των νοσηλευτών που ασχολούνται με ασθενείς με νοσήματα όπως ο καρκίνος, στη σωματική και ψυχική υγεία συνδέεται με την ποιότητα ζωής στον επαγγελματικό χώρο και επηρεάζει τη γενικότερη ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού (Ζωγάκη κ.α., 2023). Η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι το κύριο μέλημα του νοσηλευτικού επαγγέλματος καθώς οι νοσηλευτές στοχεύουν στην προώθηση της βελτίωσης των ασθενών, παρόλα αυτά πολλοί νοσηλευτές χρειάζεται να συνειδητοποιήσουν ότι η εργασία τους επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους (Kim et al., 2025).

1.4.6. Προϋπάρχουσα έρευνα

Το ενδιαφέρον των ερευνητών σχετικά με την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού εκδηλώνεται με πολυάριθμες μελέτες στην Ελλάδα αλλά και σε διεθνές επίπεδο (Hashmi et al., 2024; Al-Suwait et al., 2024; Φράγκου κ.α., 2018; Μηναδάκη κ.α., 2019). Οι έρευνες όμως που συνδέουν τη φροντίδα των χρόνιων ασθενών με τη ΣΥΠΖ του νοσηλευτικού προσωπικού είναι περιορισμένες.

Έρευνα που διεξήχθη από τους Fradelos et al. (2014), είχε σκοπό να ερευνήσει τις επιδράσεις της εξουθένωσης στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, διερευνήθηκε η σχέση της κοινωνικής στήριξης με της εξουθένωσης και την ΣΥΠΖ. 139 άτομα που εργάζονταν σε γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας συμμετείχαν στην έρευνα. Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI), το SF-36 Health Survey και η Πολυδιάστατη Κλίμακα της Αντιληπτής Κοινωνικής Στήριξης. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν τις επιδράσεις της εξουθένωσης στην ποιότητα ζωής και τα θετικά αποτελέσματα της κοινωνικής στήριξης στα επίπεδα της εξουθένωσης για το νοσηλευτικό προσωπικό (Fradelos et al., 2014).

Άλλη έρευνα στην Ελλάδα, από τους Ζωγάκη κ.α. (2023), είχε σκοπό τη διερεύνηση της κόπωσης συμπόνιας, του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες, της ικανοποίησης από τη συμπόνια και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικού νοσοκομείου. Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 71 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγια δημογραφικών στοιχείων και την κλίμακα Professional Quality of Life Scale(ProQOLR-N). Καταγράφηκαν μέτριες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες, καθώς η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση στην ικανοποίηση από τη συμπόνια ήταν 35,73_{+6,85}, στην εργασιακή εξουθένωση ήταν 26,72_{+6,85}, και στην κόπωση από συμπόνια 24,63_{+6,84}. Η σημαντική επίδραση του εργασιακού κλίματος καταγράφηκε στατιστικά στην υποκλίμακα ικανοποίηση από συμπόνια($p=0,04$) και η επαγγελματική εξουθένωση($p=0.001$). Η ομαδική εργασία επέδρασε σημαντικά στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλευτές με υψηλή επαγγελματική εξουθένωση δήλωσαν επιθυμία αποχώρησης από το τμήμα που εργάζονταν. Καταγράφηκε επίσης αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπόνια και της εργασιακής εξουθένωσης και θετική συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενές μετατραυματικού στρες(Ζωγάκη κ.α., 2023).

Η Λάτσιου et al. (2022) διεξήγαν έρευνα με σκοπό να μελετήσουν την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας και του εργασιακού άγχους στην περίοδο της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα. Μια συγχρονική μελέτη διεξήχθη μεταξύ του Οκτωβρίου και του Δεκεμβρίου του 2020 σε νοσοκομεία αναφοράς COVID-19. Ακολουθήθηκε η μέθοδος εύκολης δειγματοληψίας, με τη συλλογή δεδομένων μέσω ανώνυμων αυτό αναφερόμενων ερωτηματολογίων. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Professional Quality of Life Scale (ProQOL) και η Job Stress Measure. Συμπληρώθηκαν 186 ερωτηματολόγια, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειονότητα είχε μέτρια ικανοποίηση συμπόνοιας και επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ το 48,8% είχε μέτρια επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικού στρες. Το εργασιακό άγχος σχετιζόταν θετικά με την εξουθένωση και το δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Υποδεικνύεται ότι μια αύξηση στο εργασιακό άγχος αντιστοιχεί σε μια ταυτόχρονη αύξηση στην επαγγελματική ποιότητα ζωής (Latsou et al., 2022).

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Naif Alanzi et al. (2024), μελετήθηκαν οι επιδράσεις των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα. Υπογραμμίζεται, το πώς οι καθοδηγούμενες και οι συντονισμένες νοσηλευτικές πρακτικές φροντίδας συμπεριλαμβανομένων της εκπαίδευσης των ασθενών,

την στήριξη της αυτοδιαχείρισης, τη διαχείριση των φαρμάκων, την ψυχολογική υποστήριξη, την αξιολόγηση συμπτωμάτων, συμβάλλουν στην προώθηση της κινητοποίησης των ασθενών, βελτιώνουν την τήρηση της θεραπείας. Η έρευνα χρησιμοποίησε την προσέγγιση μιας αφηγηματικής ανασκόπησης, καθοδηγούμενη από PICO διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων για την σύνθεση στοιχείων από διεθνή βιβλιογραφία, κλινικές εργασίες και επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης όπως SF-35, EQ-5D, WHOQOL-BREF. Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι η ενδυνάμωση του ρόλου των νοσηλευτών στη διαχείριση χρόνιων νόσων είναι σημαντική για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων που αφορούν τον ασθενή και συνολικά την ποιότητα ζωής και υπογραμμίζουν την ανάγκη των συστημάτων υγείας να επενδύσουν σε βελτιωμένους νοσηλευτικούς ρόλους και υποστηρικτικές πολιτικές για τη βελτιστοποίηση της μακροχρόνιας φροντίδας το χρόνιων πασχόντων ασθενών (Naif Alanzi et al., 2024).

Στην Ιταλία, από τους Cilluffo et al. (2024) διεξήχθη έρευνα σε πέντε τριτοβάθμια νοσοκομεία με στόχο την να ερευνηθεί η σχέση μεταξύ αμοιβαιότητας και ποιότητας ζωής σε δυάδες νοσηλευτή-ασθενή. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν νοσηλευόμενοι και εξωτερικοί ασθενείς με χρόνια νοσήματα και οι νοσηλευτές τους. Συμμετείχαν 192 δυάδες νοσηλευτή- ασθενή. Χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία Short-Form 12 Health Survey (SF-12), Nurse Patient Mutuality in Chronic Illness scale (NPM-CI scale), σε δυο παραλλαγές, ένα για τους νοσηλευτές, ένα για τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συσχέτιση στις αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών σχετικά με την αμοιβαιότητα των σχέσεων τους. Για την ποιότητα ψυχικής υγείας των ασθενών υπήρχε στατιστικά σημαντική επίδραση δρώντος παράγοντα και στους ασθενείς και στους νοσηλευτές. Επίσης υπήρχε μια σημαντική στατιστική επίδραση συνεργάτη στην ποιότητα της ψυχικής υγείας των ασθενών. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις δρώντος παράγοντα συνεργάτη παράγοντα για την σωματική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών και των ασθενών. Η αμοιβαιότητα στις σχέσεις ασθενή -νοσηλευτή στις χρόνιες νόσους επηρεάζουν και τους νοσηλευτές και τους ασθενείς (Cilluffo et al., 2024).

Έρευνα στην Ελλάδα που διενεργήθηκε από τους Tountas et al. (2003), είχε σκοπό να αξιολογηθεί η κατάσταση υγείας και ΣΥΠΖ του Ελληνικού Δικτύου των νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο μέτρησης SF-36, ενώ ένας επιπλέον στόχος ήταν η συνεισφορά στην εγκυρότητα της SF-36. Επιλέχθηκαν 347 υπάλληλοι από 7 νοσοκομεία της Αθήνας και συμπληρώθηκαν 292 ερωτηματολόγια τελικώς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γιατροί και οι τεχνικοί ανέφεραν καλύτερη κατάσταση υγείας

από τις νοσηλεύτριες και το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, οι γυναίκες σημείωσαν φτωχότερη κατάσταση υγείας από τους άντρες και οι νέοι εργαζόμενοι σε σχέση με τους παλαιότερους δήλωσαν φτωχότερη υγεία. Τα αναφερόμενα αποτελέσματα σε όλες τις διαστάσεις της SF-36 βρέθηκαν χαμηλότερα σε σχέση από εθνικά πρότυπα των ΗΠΑ και της Ευρώπης. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν σημαντικές και έντονες ανισότητες στην υγεία μεταξύ των εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία (Tountas et al., 2003).

1.5.Οι επιδράσεις της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου

Με την αυξανόμενη επικράτηση των χρόνιων νόσων όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, το εγκεφαλικό και ο καρκίνος, επισημαίνεται ο σημαντικός και καθοριστικός ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση και τον σχεδιασμό της μακροχρόνιας θεραπείας και νοσηλευτικής φροντίδας (Guo, 2025). Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα, αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών αφού αντιμετωπίζουν πολυάριθμα σωματικά, ψυχολογικά και γνωστικά προβλήματα, που μαζί με τα συμπτώματα της νόσου τους (Κατσαρού κ.α., 2024), είναι πρόκληση για το νοσηλευτικό προσωπικό. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή στην περίπτωση των χρόνιων πασχόντων μπορεί να διαρκέσει χρόνια (Holmen et al., 2020). Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα εκτίθεται σε ποικίλους στρεσογονους παράγοντες στο χώρο εργασίας, οι οποίοι κυμαίνονται από οργανωτικούς παράγοντες ,μέχρι το βαρύ φόρτο εργασίας και την πίεση του ωραρίου (Szczygiel et al., 2018), αλλά και την συχνή έκθεση σε καταληκτικές ασθένειες ,τον θάνατο και τον ανθρώπινο πόνο (Alodhialah, 2025). Οι παραπάνω καταστάσεις καθιστούν τους νοσηλευτές ευάλωτους στο στρες και στην δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων που οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση(Szczygiel et al.2018) .

Η επαγγελματική εξουθένωση δημιουργείται όταν κυριαρχούν υψηλές απαιτήσεις και πίεση στο χώρο της εργασίας και ο εργαζόμενος καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια επενδύοντας χρόνο και εμπλέκεται συναισθηματικά ενώ λαμβάνει χαμηλή ικανοποίηση (Φουντουλάκης, 2019). Η εργασία στα νοσοκομεία μπορεί να είναι πιεστική λόγω της λεπτής διάκρισης ανάμεσα στο ενδιαφέρον και την αποστασιοποίηση και αποτελεί πηγή άγχους (Φουντουλάκης, 2019). Η συναισθηματική νοημοσύνη λειτουργεί ως αποτρεπτικός παράγοντας του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Alodhialah, 2025). Έρευνες έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης στο νοσηλευτικό προσωπικό συνδέονται με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ,ενώ μετριάζει την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή (Alodhialah, 2025). Επομένως οι συναισθηματικά νοήμονες νοσηλευτές-νοσηλεύτριες, είναι περισσότερο εύελικτοι στη διατήρηση υψηλής ποιότητας αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς, ενώ στην έρευνα υπογραμμίζεται ότι ΣΝ προωθεί την

ευεξία των νοσηλευτών-τριων και αυξάνει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Alodhialah, 2025).

Η αντίσταση στο εργασιακό άγχος, συνδέεται με υψηλά επίπεδα ΣΝ στο νοσηλευτικό προσωπικό με αποτέλεσμα την αποτροπή της εξουθένωσης (Hashmi et al., 2024). Η Ποιότητα Ζωής των νοσηλευτών-νοσηλευτριών επηρεάζεται αρνητικά από την επαγγελματική εξουθένωση (Khatabeh et al., 2021). Επιπλέον, η υγεία και η ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζεται από πειστικούς παράγοντες στην εργασία με την εκδήλωση συμπτωμάτων ανησυχίας και κατάθλιψης (Khani, 2025).

1.5.1. Προϋπάρχουσα έρευνα

Στην έρευνα των (Akanni et al., 2022) το ενδιαφέρον των ερευνητών επικεντρώνεται στην μελέτη της ψυχολογικής ευεξίας του νοσηλευτικού προσωπικού στη Νιγηρία και πως αυτή επηρεάζεται από το εργασιακό άγχος και τη συναισθηματική νοημοσύνη. Σε έρευνα που διεξήχθη σε 270 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες και χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία μέτρησης της ευεξίας η Scale of Psychological Wellbeing (SPWB), το εργασιακό άγχος το Occupational Stress Inventory (OSI), για τη μέτρηση της ΣΝ το Emotional Intelligence Scale (EIS). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε σύνδεση του εργασιακού άγχους με την ψυχική ευεξία, αλλά η συναισθηματική νοημοσύνη προβλέπει την ψυχική ευεξία. Επιπλέον η προϋπηρεσία δεν προέβλεπε σημαντικά την ψυχική ευεξία, ενώ βρέθηκε ότι το εργασιακό άγχος, η ΣΝ και η προϋπηρεσία όταν αλληλοεπιδρούν μπορεί να προβλέψουν την ψυχική ευεξία. Τονίζεται δε ότι η εκπαίδευση και δημιουργία ευκαιριών για την προώθηση της ΣΝ πρέπει να ενθαρρύνονται από τα δημόσια νοσοκομεία για να μεγιστοποιηθεί η ψυχολογική ευεξία των νοσηλευτών (Akanni et al., 2022).

Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει επιρρέπεια στην κόπωση συμπίπτει εξαιτίας της φύσης των ευθυνών του επαγγέλματός τους.

Έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2025, από τους Topi et al. (2025), είχε σκοπό να διερευνήσει τη σχέση της κόπωσης συμπίπτει και τα επίπεδα ανησυχίας και κατάθλιψης καθώς και τη ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολείται με ασθενείς με άνοια. Μια συγχρονική μελέτη ενεργήθηκε σε 115 νοσηλευτές-τριες που εργάζονταν σε δομές φροντίδας άνοιας. Χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία η Νοσοκομειακή Κλίμακα Μέτρησης Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL-5) και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες και το υψηλό οικογενειακό εισόδημα

συνδέονταν θετικά με την ικανοποίηση συμπόνιας ενώ τα αυξημένα επίπεδα ανησυχίας και κατάθλιψης βρέθηκε να συνδέονται με μειωμένη ικανοποίηση συμπόνιας και αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και υψηλό δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Μείωση της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που δουλεύουν με ασθενείς με άνοια σχετίζεται με τη κόπωση συμπόνιας, με την σωματική κόπωση, με το ψυχολογικό στρες και το πόνο.(Topi et al.,2025).

Η έρευνα των Zhang et al. (2025) διενεργήθηκε με σκοπό να εξετάσει την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος, της συναισθηματικής νοημοσύνης και της κόπωσης συμπόνιας στην παρουσία των νοσηλευτών και να αξιολογήσει το διαμεσολαβητικό ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης και της κόπωσης συμπόνιας. Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη από το Απρίλιο έως τον Ιούλιο σε 1375 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες από έξι νοσοκομεία της Κίνας. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών, το Nursing Practice Scale, το Emotional Intelligence Scale, το Empathy Fatigue Scale και το Stanford Presenteeism Scale. Έγινε στατιστική ανάλυση και δημιουργήθηκε ένα δομικό μοντέλο εξίσωσης ενώ χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Bootstrap. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν μια διαμεσολαβητική επίδραση μεταξύ του εργασιακού περιβάλλοντος, της συναισθηματικής νοημοσύνης, της κόπωσης ενσυναίσθησης της παρουσίας νοσηλευτών. Το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει αρνητικά την παρουσία των νοσηλευτών άμεσα αλλά και έμμεσα μέσα από το διαμεσολαβητικό ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης και της κόπωσης ενσυναίσθησης. Επιπλέον, η συναισθηματική νοημοσύνη και κόπωση ενσυναίσθησης λειτουργούν διαμεσολαβητικά μεταξύ εργασιακού περιβάλλοντος και παρουσίας στην εργασία των νοσηλευτών (Zhang et al., 2025).

Οι Huang et al. (2019) εξέτασαν επιδράσεις των συνθηκών εργασίας ,του εργασιακού άγχους και της συναισθηματικής νοημοσύνης στη χρόνια κόπωση των νοσηλευτών της Κίνας διερευνήθηκε σε συγχρονική μελέτη. Η έρευνα απευθύνθηκε σε 700 νοσηλευτές και ανταποκρίθηκαν 566.Χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της χρόνιας κόπωσης το Fatigue Scale¹¹, για το εργασιακό άγχος το Effort Reward Imbalance Questionnaire, για την συναισθηματική νοημοσύνη το Wong and Law Emotional Scale. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο έγγαμος νοσηλευτής, οι βάρδιες, η δουλειά χωρίς ρεπό η αποσύνδεση της σχέσης μεταξύ νοσηλευτή -ασθενή σχετίζονταν θετικά με τη χρόνια κόπωση. Η σχέση προσπάθειας ανταμοιβής, η υπερβολική δέσμευση και η συναισθηματική νοημοσύνη αποδείχθηκαν σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονταν με τη χρόνια κόπωση.

Η συναισθηματική νοημοσύνη έπαιξε ρυθμιστικό ρόλο στη σχέση προσπάθειας-ανταμοιβής και τη χρόνια κόπωση. Όταν η συναισθηματική νοημοσύνη ήταν υψηλότερη η επίδραση προσπάθεια – ανταμοιβής στη χρόνια κόπωση ήταν ασθενέστερη (Huang et al., 2019).

Οι Anshasi et al. (2020) επεσήμαναν ότι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν συνήθως ποικίλα, χρόνια προβλήματα υγείας και η διαχείρισή τους αποτελεί παράγοντα άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό (Anshasi, 2020). Έρευνα που διεξήχθη στο Λίβανο, με σκοπό να καθορίσουν τις πηγές του εργασιακού άγχους και το επίπεδο της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που ασχολούνται με ηλικιωμένους ασθενείς, καθώς να εξεταστούν και οι υποκείμενοι παράγοντες που προβλέπουν την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. Σχεδιάστηκε μια περιγραφική σχεδιαστική μελέτη και συλλέχθηκαν δεδομένα από 119 νοσηλεύτριες, ενώ χρησιμοποιήθηκε το Nursing Stress Scale και WHO-Quality of Life Brief. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα αναφερόμενα με υψηλότερη συχνότητα γεγονότα συνδέονται με το φόρτο εργασίας, ακολουθεί ο θάνατος και η διαδικασία θανάτου. Οι νοσηλευτές ανέφεραν την σωματική υγεία σαν την διάσταση της ποιότητας ζωής που είχαν τα υψηλότερα επίπεδα, ενώ η διάσταση του περιβάλλοντος είχε τα χαμηλότερα επίπεδα. Το εργασιακό άγχος βρέθηκε να έχει μοναδική συνεισφορά στη ποιότητα ζωής των νοσηλευτών έχοντας μεγάλη διακύμανση στη σχέση σωματικής και κοινωνικής διάστασης της ποιότητας ζωής (Anshasi et al., 2020).

Συνοψίζοντας, η καθημερινή εργασία με χρονίως πάσχοντες ασθενείς, αποτελεί πρόκληση για το νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων όπου καλούνται να διαχειριστούν σύνθετες κλινικές ανάγκες αλλά και αυξημένες συναισθηματικές απαιτήσεις. Οι συνθήκες αυτές επηρεάζουν ουσιαστικά τη συναισθηματική κατάσταση και την επαγγελματική λειτουργικότητα με αποτέλεσμα να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα επαγγελματικού άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης και ψυχολογικής επιβάρυνσης (Hashmi et al., 2024; Al-Suwait et al., 2024). Η συναισθηματική νοημοσύνη λειτουργεί προστατευτικά στην διαχείριση του εργασιακού άγχους και αυξάνει την επαγγελματική λειτουργικότητα ενώ συνδέεται θετικά με την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού (Akanni et al., 2022; Busac & Simunic, 2024). Με βάση τα παραπάνω, η βασική υπόθεση της παρούσας έρευνας είναι ότι η επίδραση της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς με χρόνια νοσήματα ενδέχεται να χαρακτηρίζεται από αυξημένη επιβάρυνση στην συναισθηματική νοημοσύνη, το εργασιακό άγχος και την ποιότητα ζωής τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

2.3.Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Ειδικότερα, περιγράφονται ο σχεδιασμός της μελέτης, τα χαρακτηριστικά του δείγματος, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, καθώς και οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης που εφαρμόστηκαν. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στα ηθικά ζητήματα της έρευνας. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων. Προς επίτευξη του σκοπού αυτού, επιλέχθηκε ποσοτική ερευνητική προσέγγιση μέσω της χρήσης δομημένου ερωτηματολογίου. Η συγκεκριμένη μεθοδολογική προσέγγιση επιλέχθηκε ως η πλέον κατάλληλη, καθώς παρέχει τη δυνατότητα συλλογής μεγάλου όγκου δεδομένων, ποσοτικής αποτύπωσης των υπό μελέτη μεταβλητών και διερεύνησης πιθανών σχέσεων μεταξύ τους (Polit & Beck, 2021).

2.4.Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι επιδράσεις της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης και εργασιακού άγχους και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου. Η καθημερινή ενασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς που αντιμετωπίζουν μακροχρόνιες και συχνά επιβαρυντικές καταστάσεις υγείας συνοδεύεται από αυξημένες συναισθηματικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές απαιτήσεις, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την επαγγελματική εμπειρία και την ψυχική ευημερία των νοσηλευτών. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αναγνωριστούν οι επιβαρυντικοί εργασιακοί παράγοντες και πως επιδρούν στην συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Η μελέτη

στοχεύει στην καλύτερη κατανόηση των σύνθετων σχέσεων μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης, εργασιακού άγχους και ποιότητα ζωής στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας χρόνιων πασχόντων. Συγκεκριμένα, η μελέτη πρόκειται να ερευνήσει την σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ποιότητας ζωής, τη σχέση μεταξύ εργασιακού άγχους και ποιότητας ζωής, τη συσχέτιση του εργασιακού άγχους με την συναισθηματική νοημοσύνη, την αξιολόγηση των διαφοροποιήσεων των βασικών μεταβλητών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Με τα ευρήματα από την παρούσα έρευνα, αναμένεται η συμβολή, μέσο προτάσεων, στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, η ενίσχυση πρακτικών βελτίωσης της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης, η ενίσχυση ποιοτικής φροντίδας των χρόνιων ασθενών και αντιμετώπιση των επιπτώσεων του εργασιακού άγχους.

2.5. Ερευνητικά ερωτήματα

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται συνοπτικά τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης που διερευνήθηκαν, καθώς και οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν επ' αυτού. Η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας βασίστηκε σε διεθνώς αναγνωρισμένες ερευνητικές πρακτικές ποσοτικής ανάλυσης, χρησιμοποιώντας παράλληλα έγκυρα και αξιόπιστα ερευνητικά εργαλεία που έχουν εφαρμοστεί εκτενώς στον χώρο των επιστημών υγείας. Η επιλογή των στατιστικών μεθόδων βασίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία ποσοτικής έρευνας και κρίθηκε ως η πλέον ενδεδειγμένη για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης.

Κύριο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης είναι πως επιδρά η εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης και εργασιακού άγχους και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου. Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα που θα διερευνηθούν είναι τα εξής:

Πίνακας 1: Συσχέτιση ερευνητικών ερωτημάτων και στατιστικών αναλύσεων

Ερευνητικό ερώτημα	Μεταβλητές	Στατιστική μέθοδος
Υπάρχει σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής;	WLEIS – SF-36	Pearson correlation
Υπάρχει σχέση μεταξύ νοσηλευτικού άγχους και ποιότητας ζωής;	ENSS – SF-36	Pearson correlation
Σχετίζεται η συναισθηματική νοημοσύνη με το νοσηλευτικό άγχος;	WLEIS – ENSS	Pearson correlation
Υπάρχουν διαφοροποιήσεις των βασικών μεταβλητών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά;	Δημογραφικές μεταβλητές – WLEIS/ENSS/SF-36	t-test / ANOVA
Ποιοι παράγοντες προβλέπουν το νοσηλευτικό άγχος;	Δημογραφικά χαρακτηριστικά – ENSS	Multiple Linear Regression
Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής;	WLEIS / ENSS / Δημογραφικά – SF-36	Multiple Linear Regression

Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει συνοπτικά τη σύνδεση μεταξύ των ερευνητικών στόχων και των στατιστικών διαδικασιών που εφαρμόστηκαν, διευκολύνοντας έτσι, την κατανόηση της συνολικής ερευνητικής στρατηγικής.

2.6.Η επιλογή μεθοδολογίας και σχεδιασμός έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί ποσοτική, περιγραφική και συσχετιστική έρευνα διατομεακού χαρακτήρα (cross-sectional study). Ο συγκεκριμένος ερευνητικός σχεδιασμός χρησιμοποιείται συχνά στις επιστήμες υγείας για τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ψυχοκοινωνικών μεταβλητών (Polit & Beck, 2021). Η ποσοτική ερευνητική μέθοδος επιλέχθηκε λόγω της δυνατότητας που παρέχει για συστηματική καταγραφή και στατιστική ανάλυση των δεδομένων που σχετίζονται με τη συναισθηματική νοημοσύνη, το νοσηλευτικό άγχος και την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Η έρευνα είχε περιγραφικό χαρακτήρα, καθώς επιδίωξε την αποτύπωση των κυρίαρχων χαρακτηριστικών και επιπέδων των βασικών μεταβλητών της μελέτης, ενώ παράλληλα είχε και συσχετιστικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι διερευνήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης, του

εργασιακού άγχους και της ποιότητας ζωής. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, χωρίς παρέμβαση της ερευνήτριας, ή πειραματικό χειρισμό των μεταβλητών, γεγονός που κατατάσσει την έρευνα στις διατομικές μελέτες. Η επιλογή της συγκεκριμένης ερευνητικής στρατηγικής χρησιμοποιείται ευρέως στις κοινωνικές επιστήμες για την ανάλυση αντιλήψεων και συμπεριφορών και επιτρέπει την εξαγωγή γενικεύσιμων συμπερασμάτων για μελέτες που απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις ή εμπειρίες από τους συμμετέχοντες. Ως εκ τούτου, κρίθηκε κατάλληλη για τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με το επαγγελματικό περιβάλλον των νοσηλευτών και την καθημερινή παροχή φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

2.7.Ερευνητικά εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ηλεκτρονικά ένα ανώνυμο ατομικό ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Αποτελούνταν από τέσσερις βασικές ενότητες. Οι ενότητες αυτές αφορούσαν τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τη συναισθηματική νοημοσύνη, το νοσηλευτικό άγχος και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η επιλογή των συγκεκριμένων ερευνητικών εργαλείων πραγματοποιήθηκε με βάση την ευρεία χρήση τους στη διεθνή βιβλιογραφία, τα ερευνητικά ερωτήματα, καθώς και τα υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας που παρουσιάζουν σε έρευνες επαγγελματιών υγείας.

2.7.1. Ερωτηματολόγιο Ι: Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε 33 ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και εστιάζουν κυρίως σε παράγοντες οι οποίοι σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία φαίνεται ότι εμπλέκονται με κάποιον τρόπο με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με το επαγγελματικό περιβάλλον των νοσηλευτών και την καθημερινή παροχή φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Συγκεκριμένα συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική εμπειρία, τη θέση και το είδος εργασίας (βάρδιες εργασίας), την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας, καθώς και άλλα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το επαγγελματικό περιβάλλον των νοσηλευτών. Οι συγκεκριμένες μεταβλητές επιλέχθηκαν προκειμένου να χρησιμοποιηθούν

τόσο για την περιγραφική παρουσίαση του δείγματος όσο και για τη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ των ομάδων.

2.7.2. Ερωτηματολόγιο II: Κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης - Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS)

Για την αξιολόγηση της συναισθηματικής νοημοσύνης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS), η οποία αναπτύχθηκε από τους Wong και Law. Εν προκειμένω, η κλίμακα αποτελείται από 16 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και αξιολογεί τέσσερις βασικές διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης. Ειδικότερα: την αυτοεκτίμηση συναισθημάτων και έκφρασης, την εκτίμηση και αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων, την αυτοδιαχείριση των συναισθημάτων, και τη χρήση των συναισθημάτων για την διευκόλυνση της σκέψης. Οι απαντήσεις δίνονται σε επταβάθμια κλίμακα Likert, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας τους με κάθε πρόταση (1: Διαφωνώ απόλυτα, 2: Διαφωνώ πολύ, 3: Διαφωνώ λίγο, 4: Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 5: Συμφωνώ λίγο, 6: Συμφωνώ πολύ, 7: Συμφωνώ απόλυτα) (Likert, 1932). Η κλίμακα WLEIS έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε έρευνες επαγγελματιών υγείας και παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Wong & Law, 2002) και για τη χρήση της στη συγκεκριμένη έρευνα λήφθηκε άδεια. Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α της συνολικής κλίμακας υπολογίστηκε σε $\alpha = 0.936$, γεγονός που υποδηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνοχή σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης αξιοπιστίας που προτείνονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Field, 2018).

2.7.3. Ερωτηματολόγιο III: Διευρυμένη Κλίμακα Νοσηλευτικού Άγχους (Expanded Nursing Stress Scale – ENSS)

Για τη μέτρηση του επαγγελματικού άγχους χρησιμοποιήθηκε -κατόπιν εξασφάλισης της σχετικής άδειας χρήσης της- η Διευρυμένη Κλίμακα Νοσηλευτικού Άγχους (Expanded Nursing Stress Scale – ENSS). Η κλίμακα ENSS αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης επαγγελματικού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό και περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις που σχετίζονται με διαφορετικές πηγές επαγγελματικής επιβάρυνσης (French et al., 2000). Οι ερωτήσεις της κλίμακας αφορούν ζητήματα όπως: ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις με ιατρούς ή συναδέλφους, η αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία, η επαφή με τον θάνατο και τον πόνο, η έλλειψη προσωπικού, και οι απαιτήσεις του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Οι απαντήσεις δίνονται

μέσω πενταβάθμιας κλίμακας Likert, η οποία αποτυπώνει τη συχνότητα ή την ένταση του άγχους που βιώνουν οι συμμετέχοντες (1: Καθόλου Στρεσογόνο, 2: Λίγο Στρεσογόνο, 3: Αρκετά Στρεσογόνο, 4: Εξαιρετικά Στρεσογόνο, 5: Δεν Ισχύει) (Likert, 1932). Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α της κλίμακας υπολογίστηκε σε $\alpha = 0.958$, γεγονός που καταδεικνύει εξαιρετικά υψηλή αξιοπιστία.

2.7.4. Ερωτηματολόγιο IV: Short Form Health Survey(SF-36)

Για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 (Short Form Health Survey). Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο λήφθηκε άδεια χρήσης του. Το SF-36 αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Στο παρόν ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν οκτώ βασικές διαστάσεις (Ware & Sherbourne, 1992) και συγκεκριμένα: τη σωματική λειτουργικότητα, τους περιορισμούς λόγω σωματικής υγείας (ρόλος σώματος), τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, τους περιορισμούς λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (συναισθηματικός ρόλος), και την ψυχική υγεία. Οι επιμέρους διαστάσεις του εργαλείου παρέχουν συνολική εικόνα της σωματικής και ψυχικής κατάστασης των συμμετεχόντων. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε διεθνείς και ελληνικές έρευνες επαγγελματιών υγείας και παρουσιάζει υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001). Στην παρούσα έρευνα οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach α των υπό-κλιμάκων κυμάνθηκαν από 0.794 έως 0.915, γεγονός που υποδηλώνει ικανοποιητική έως εξαιρετική εσωτερική συνοχή.

2.8. Η κύρια ερευνητική διαδικασία

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας (<https://forms.cloud.microsoft/e/x7tJ2q3jzM>) αναρτήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή σε μία πλατφόρμα στο διαδίκτυο που εξασφαλίζει την πλήρη ανωνυμία των συμμετεχόντων και διανεμήθηκε διαμέσου των μέσων κοινωνικής δικτύωσης με ανάρτηση του συνδέσμου και του παρακάτω QR code σε ομάδες μελών/εργαζομένων στην πλατφόρμα Facebook και μελών/εργαζομένων στην πλατφόρμα Viber.



Η συλλογή δεδομένων αποτελεί σημαντικό μέρος του σχεδιασμού της έρευνας. Περιλαμβάνει την επιλογή της πλέον ενδεδειγμένης μεθόδου για τη διαδικασία συλλογής δεδομένων (Saunders et al., 2009). Η διαδικασία συλλογής δεδομένων ολοκληρώθηκε σε χρονικό διάστημα πέντε εβδομάδων μεταξύ 01/04/2026 – 05/05/2026. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο. Η χρήση του ερωτηματολογίου γενικά είναι οικονομική και άμεση και επιτρέπει στους συμμετέχοντες να απαντούν χωρίς περιορισμούς (Bryman & Bell, 2007; Saunders et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε και διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες μέσω μιας ειδικής ηλεκτρονικής φόρμας που δημιουργήθηκε μέσω της Microsoft Forms για την ασφαλή συλλογή των δεδομένων σε ένα αρχείο Excel. Η επιλογή της χρήσης ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου κρίθηκε κατάλληλη, καθώς εξασφάλισε την εξοικονόμηση χρόνου, πόρων, διευκόλυνε τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα, σε δημόσια νοσοκομεία σε δημόσια νοσοκομεία στη γεωγραφική Περιφέρεια της Αττικής και συνέβαλε στη συλλογή ειλικρινών και αξιόπιστων απαντήσεων. Επιπροσθέτως, διευκόλυνε την προσέγγιση μεγαλύτερου αριθμού συμμετεχόντων και τη συλλογή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο (Wright, 2005).

Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε έλεγχος πληρότητας και καταλληλότητας των δεδομένων, προκειμένου να διασφαλιστεί η ορθότητα και η αξιοπιστία της στατιστικής ανάλυσης. Συνολικά 106 συμμετέχοντες ανταποκρίθηκαν στην

πρόσκληση της έρευνας, συμπληρώνοντας άπαντες την φόρμα επιτυχώς. Δεδομένων των περιορισμών της παρούσας έρευνας και της έλλειψης χρόνου και πόρων, το δείγμα των 106 συμμετεχόντων αποτιμάται θετικά.

2.9.Πληθυσμός και μέθοδος δειγματοληψίας

Ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας αποτελούνταν από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία στη γεωγραφική Περιφέρεια της Αττικής και παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Δεδομένου του μεγάλου μεγέθους του πληθυσμού που πληροί τα κριτήρια συμμετοχής στην παρούσα έρευνα, και της δεδομένης δυσκολίας απόκτησης ενός κατάλληλου πλαισίου δειγματοληψίας, η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), καθώς οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση τη εγγραφή τους σε ομάδες εργαζομένων στις προαναφερθείσες πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης. Το δείγμα της έρευνας απαρτιζόταν από 106 επαγγελματίες νοσηλευτές, οι οποίοι συμμετείχαν εθελοντικά σε αυτήν μέσω συμπλήρωσης ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν επαγγελματίες νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία, παρείχαν άμεσα νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και αποδέχθηκαν εθελοντικά τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Αντίθετα, δεν συμπεριλήφθηκαν επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων ή άτομα που δεν ολοκλήρωσαν πλήρως το ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανώνυμη και εθελοντική, ενώ διασφαλίστηκε πλήρως η εμπιστευτικότητα των δεδομένων και η προστασία των προσωπικών πληροφοριών των συμμετεχόντων. Στον Πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 2: Συνοπτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Μεταβλητή	Κυρίαρχη κατηγορία	N	%
Συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα μελέτη.	Αποδέχομαι τη συμμετοχή; Αποδέχομαι την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων;	105	99.1
Φύλο:	Θύλη	73	68.9
Ηλικία:	46-55	43	40.6
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμος/η	50	47.2
Αριθμός τέκνων:	0	44	41.5
Ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια με ειδικές ανάγκες	Όχι	95	89.6
6. Επίπεδο εκπαίδευσης:	Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	51	48.1
Ειδικότητα	Νοσηλεύτης-Νοσηλεύτρια Γενικής Νοσηλευτικής	46	43.4
Εργάζεστε σε δημόσιο Νοσοκομείο;	Ναι	106	100
Εργάζεστε με ασθενείς με Χρόνια Νοσήματα;	Ναι	106	100
Πόσους ασθενείς με χρόνια νοσήματα φροντίζετε καθημερινά;	8+	62	58.5
Συνολική προϋπηρεσία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα;	20-24 έτη	20	18.9
Νοσηλευτικός τομέας που εργάζεστε;	Παθολογικός	33	31.1
Πόσο καιρό εργάζεστε στο νοσοκομείο;	20-24 έτη	21	19.8
Ποια ήταν η κύρια αιτία που επιλέξατε το επάγγελμά σας;	Η προσφορά φροντίδας στο συνάνθρωπο	41	38.7
Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμά σας (συμπληρώστε αριθμό)	10	10	9.4
Σχέση Εργασίας;	Μόνιμος δημόσιος υπάλληλος	95	89.6
Ποια είναι η μορφή της απασχόλησης;	Πλήρης απασχόληση	105	99.1
Κατέχετε κάποια θέση ευθύνης; (π.χ. διευθυντής/ντρια, προϊστάμενος/η κλπ)	Όχι	90	84.9
Ωράριο απασχόλησης	Κυκλικό	75	70.8
Μορφή απασχόλησης	Πλήρης απασχόληση	105	99.1
Σε ποια βάρδια εργάζεστε;	Κυκλική	75	70.8
Πόσες βάρδιες κάνετε το μήνα;	5-8	52	49.1
Πόσες νυχτερινές βάρδιες κάνετε μηνιαίως;	5-8	48	45.3
Πόσες απογευματινές βάρδιες κάνετε μηνιαίως;	1-4	38	35.8
Πόσα Σαββατοκύριακα και αργίες εργάζεστε μηνιαίως;	2-3	65	61.3
Η αμειβόμενη εργασία σας κυμαίνεται (μεικτά). Μία επιλογή.	1200-1700	63	59.4
17. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την αμοιβή σας;	Μέτρια	46	43.4
Είστε ευχαριστημένος/η με τη νοσηλευτική στελέχωση του τμήματός σας;	Όχι	79	74.5
Είστε ευχαριστημένος/η από τις συνθήκες εργασίας σε ότι αφορά τη υλικοτεχνική υποδομή (διαθέσιμος χώρος, εξοπλισμός, υγιεινή, θέρμανση/κλιματισμός);	Μέτρια	59	55.7
Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους προϊστάμενούς σας;	Πολύ	50	47.2
Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους υπόλοιπους συναδέλφους, νοσηλευτές/τριες;	Πολύ	68	64.2
Πόσο ικανοποιητική θεωρείτε την συνεργασία σας με τους ιατρούς;	Πολύ	59	55.7
Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;	Όχι	80	75.5

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς αποτυπώνουν τη σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα και συμβάλλουν στην καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων που παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο. Το δείγμα περιλάμβανε υπαλλήλους και των δύο φύλων, διαφορετικών ηλικιών, ετών υπηρεσίας και επιπέδων εκπαίδευσης, ώστε να υπάρχει ευρεία αντιπροσώπευση των συμμετεχόντων και δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της έρευνας.

2.10. Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

Για την περιγραφική, αλλά και την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), το οποίο παρήγαγε πίνακες που περιείχαν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος καθώς και τους μέσους όρους, τις συχνότητες και τις τυπικές αποκλίσεις όλων των στοιχείων που αξιολογήθηκαν (Cohen et al., 2018, Bryman, 2016, Field, 2013).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση κατάλληλων στατιστικών μεθόδων και του στατιστικού λογισμικού Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), για την περιγραφή και διερεύνηση των μεταβλητών της έρευνας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες αρχές της σύγχρονης ποσοτικής στατιστικής ανάλυσης (Field, 2018; Marôco, 2021).

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών του δείγματος και των βασικών μεταβλητών της μελέτης. Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές, ενώ για τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των ερευνητικών εργαλείων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach α , ο οποίος αποτελεί μία από τις πλέον διαδεδομένες μεθόδους αξιολόγησης της αξιοπιστίας ψυχομετρικών εργαλείων (Field, 2018; Marôco, 2021).

Προκειμένου να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης, του νοσηλευτικού άγχους και της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson, ο οποίος χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση γραμμικών σχέσεων μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών (Field, 2018).

Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις διαφοροποίησης μεταξύ ομάδων μέσω: t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, και ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA).

Η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν το νοσηλευτικό άγχος και την ποιότητα ζωής πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση (multiple linear regression). Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται εκτενώς για τη διερεύνηση προβλεπτικών σχέσεων μεταξύ πολλαπλών μεταβλητών και την εκτίμηση της επίδρασης ανεξάρτητων παραγόντων σε εξαρτημένες μεταβλητές (Hayes, 2022; Tabachnick & Fidell, 2019).

Παράλληλα υπολογίστηκαν δείκτες μεγέθους επίδρασης (effect sizes), όπως ο δείκτης Cohen's d και ο δείκτης η^2 , προκειμένου να εκτιμηθεί η πρακτική σημασία των ευρημάτων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της διεθνούς βιβλιογραφίας (Cohen, 1988).

Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με τη χρήση σχετικών πινάκων και γραφικών απεικονίσεων, όπως ραβδογράμματα, κυκλικά διαγράμματα, scatterplots και heatmaps, με στόχο τη σαφέστερη οπτικοποίηση και ερμηνεία των δεδομένων.

Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.05$.

Η συνδυαστική χρήση περιγραφικών, επαγωγικών και πολυπαραγοντικών στατιστικών μεθόδων κρίθηκε κατάλληλη για την πληρέστερη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της παρούσας μελέτης.

2.11. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας τηρήθηκαν οι βασικές αρχές δεοντολογίας που διέπουν την επιστημονική έρευνα στον χώρο των επιστημών υγείας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε επιστημονική έρευνα με τίτλο «Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου», η οποία διεξήχθη στο πλαίσιο εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Σκοπός της παρούσας επιστημονικής έρευνας ήταν η διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου. Η έρευνα απευθυνόταν σε νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων στη γεωγραφική Περιφέρεια της Αττικής. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν

εθελοντική και οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν. Η συμμετοχή δεν συνεπαγόταν κάποιον ιδιαίτερο κίνδυνο ή οικονομική επιβάρυνση. Όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για στατιστική επεξεργασία μαζί με τα αποτελέσματα των υπολοίπων συμμετεχόντων, χωρίς να εμφανίζονται προσωπικά στοιχεία. Η ανωνυμία διασφαλίστηκε καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, καθώς και κατά τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων σε συνέδρια, επιστημονικά περιοδικά κ.λπ. Επισημαίνεται ότι οι συμμετέχοντες δεν ήταν δυνατόν να ταυτοποιηθούν, ούτε μέσω των απαντήσεών τους ούτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο, καθώς δεν ζητήθηκαν προσωπικά στοιχεία ταυτοποίησης και δεν συλλέχθηκαν διευθύνσεις IP. Η βάση δεδομένων με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων φυλάχθηκε σε ασφαλές μέρος, με πρόσβαση μόνο από την ερευνήτρια. Ενημερωθήκαν ότι υπάρχει η δυνατότητα επικοινωνίας με την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές προστασίας προσωπικών δεδομένων και εμπιστευτικότητας, όπως προβλέπονται από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR).

2.12. Περιορισμοί της μελέτης

Βεβαίως, υφίστανται και περιορισμοί στη χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου, οι οποίοι εντοπίζονται στον πιθανό αποκλεισμό ατόμων που δεν έχουν πρόσβαση σε διαδίκτυο ή δεν έχουν τις γνώσεις χειρισμού σχετικών ηλεκτρονικών εφαρμογών (Babbie, 2011; Tanner, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω του δομημένου ερωτηματολογίου από 106 νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε στοχεύοντας στη διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού.

Αρχικά παρουσιάζονται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ακολουθεί η περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση των βασικών μεταβλητών της έρευνας, δηλαδή της συναισθηματικής νοημοσύνης, του νοσηλευτικού άγχους και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Επιπροσθέτως, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, οι δημογραφικές διαφοροποιήσεις, καθώς και τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης παλινδρόμησης.

3.1. Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της έρευνας.

3.1.1. Φύλο συμμετεχόντων

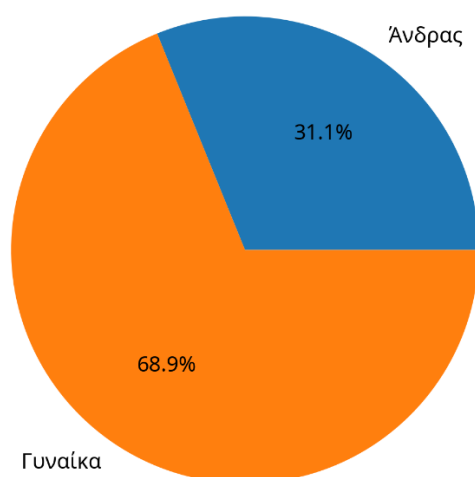
Στον Πίνακα 3.1 και το Διάγραμμα 3.1 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

Πίνακας 3: Πίνακας 3.1. Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο

Φύλο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Άνδρας	33	31,1
Γυναίκα	73	68,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα 3.1. Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο

Διάγραμμα 3.1 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο



Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι η πλειονότητα του δείγματος της έρευνας ήταν γυναίκες, καθώς αποτελούσαν το 68.9% του συνολικού δείγματος, ενώ οι άνδρες αντιστοιχούσαν μόλις στο 31.1%. Γεγονός το οποίο αντανακλά τη γενικότερη

σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, όπου οι γυναίκες αποτελούν διαχρονικά την κυρίαρχη επαγγελματική ομάδα.

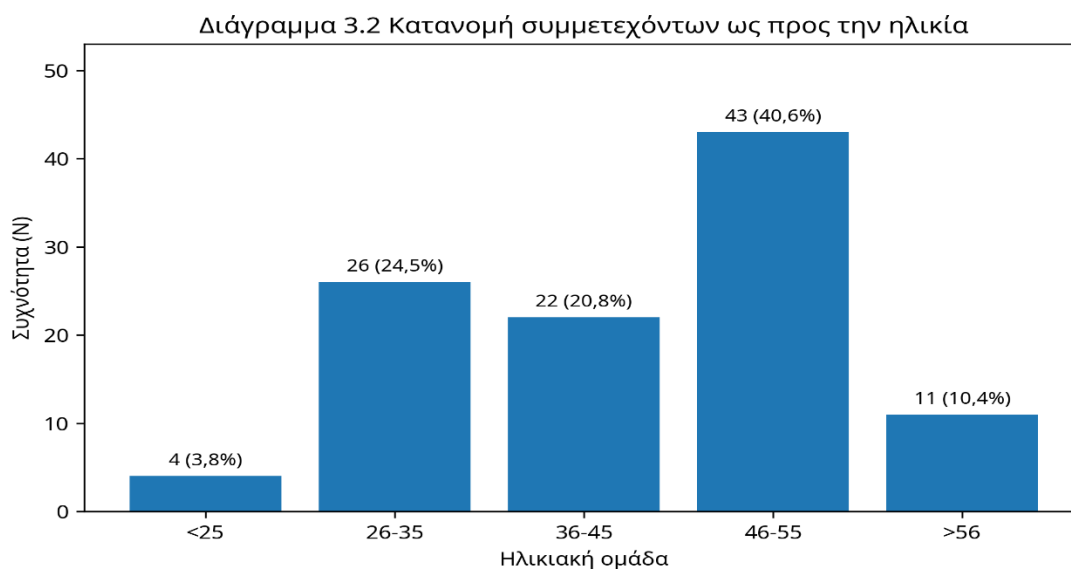
3.1.2. Ηλικιακή κατανομή

Στον Πίνακα 3.2 και το Διάγραμμα 3.2 παρουσιάζονται οι ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων.

Πίνακας 4: Πίνακας 3.2. Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων

Ηλικία	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
<25	4	3,8
26-35	26	24,5
36-45	22	20,8
46-55	43	40,6
>56	11	10,4
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 2: Διάγραμμα 3.2. Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων



Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ανήκε στις μεσαίες ηλικιακές ομάδες, γεγονός που υποδηλώνει σημαντική επαγγελματική εμπειρία και μακροχρόνια έκθεση στις απαιτήσεις του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων ήταν η ομάδα 46-55 ετών, με ποσοστό

40.6%. Έπονται οι συμμετέχοντες ηλικίας 26-35 ετών με ποσοστό 24.5% και 36-45 ετών με 20.8%. Στις ηλικιακές ομάδες >56 ετών και <25 ετών, καταγράφηκαν μικρότερα ποσοστά (10.6% και 3.8% αντίστοιχα), γεγονός που δείχνει ότι το δείγμα αποτελείται κυρίως από νοσηλευτές μέσης επαγγελματικής ηλικίας..

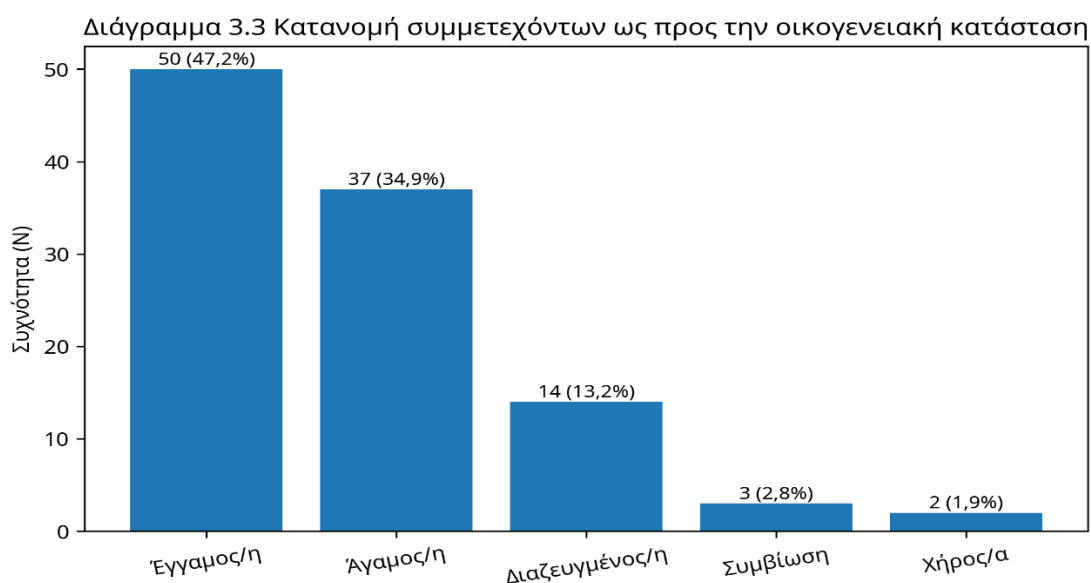
3.1.3. Επίπεδο εκπαίδευσης

Στον Πίνακα 3.3 και το Διάγραμμα 3.3 παρουσιάζονται οι ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων.

Πίνακας 5: Πίνακας 3.3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Έγγαμος/η	50	47,2
Άγαμος/η	37	34,9
Διαζευγμένος/η	14	13,2
Συμβίωση	3	2,8
Χήρος/α	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 3: Διάγραμμα 3.3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων



Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι το ήμισυ περίπου του δείγματος (47.2%) αποτελούνταν από έγγαμους/ες συμμετέχοντες, ενώ σημαντικό ποσοστό καταγράφηκε και στους άγαμους/ες (34.9%). Μικρότερα ποσοστά εμφάνισαν οι διαζευγμένοι/ες, όσοι βρίσκονταν σε συμβίωση και οι χήροι/ες. Τα παραπάνω μαρτυρούν ότι το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος διατηρεί σταθερό οικογενειακό πλαίσιο.

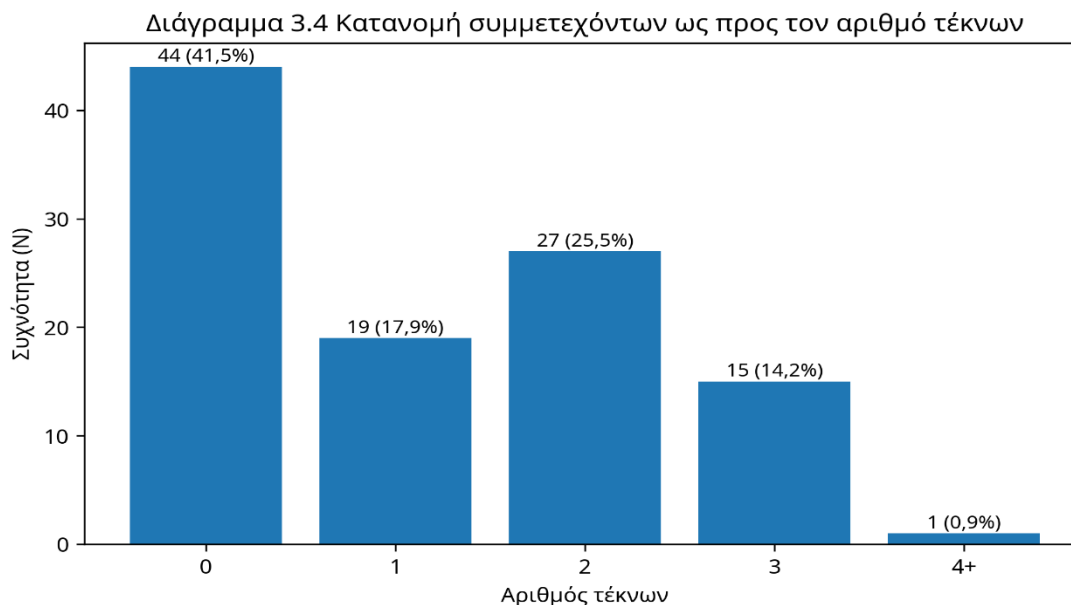
3.1.4. Αριθμός τέκνων συμμετεχόντων

Στον Πίνακα 3.4 και το Διάγραμμα 3.4 παρουσιάζεται ο αριθμός τέκνων των συμμετεχόντων.

Πίνακας 6: Πίνακας 3.4. αριθμός τέκνων των συμμετεχόντων.

Αριθμός τέκνων	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
0	44	41,5
1	19	17,9
2	27	25,5
3	15	14,2
4+	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 4: Διάγραμμα 3.4. αριθμός τέκνων των συμμετεχόντων.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν άτεκνοι (41.5%). Παράλληλα, σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών δήλωσε ότι έχει δύο τέκνα (25.5%), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν σε όσους είχαν ένα ή τρία τέκνα (17.9% και 14.2% αντίστοιχα). Τέλος, μόλις το 0.9% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι έχουν περισσότερα από τέσσερα τέκνα. Η εικόνα αυτή αποτυπώνει τη διαφοροποίηση της οικογενειακής κατάστασης και των οικογενειακών υποχρεώσεων του υπό μελέτη νοσηλευτικού προσωπικού.

3.1.5. Ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια με ειδικές ανάγκες

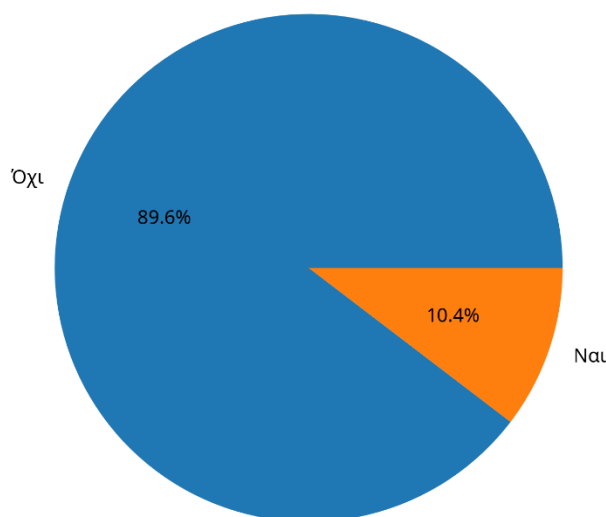
Στον Πίνακα 3.5 και το Διάγραμμα 3.5 παρουσιάζεται η ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια των συμμετεχόντων με ειδικές ανάγκες.

Πίνακας 7: Πίνακας 3.5. Ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια των συμμετεχόντων με ειδικές ανάγκες.

Ύπαρξη ατόμων με ειδικές ανάγκες	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Όχι	95	89,6
Ναι	11	10,4
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 5: Διάγραμμα 3.5. Ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια των συμμετεχόντων με ειδικές ανάγκες.

Διάγραμμα 3.5 Ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια με ειδικές ανάγκες



Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (89.6%) δήλωσε ότι δεν υπάρχουν άτομα με ειδικές ανάγκες στο οικογενειακό τους περιβάλλον, ενώ μόλις το 10.4% ανέφερε την ύπαρξη ατόμων με ειδικές ανάγκες στην οικογένειά τους. Το εύρημα αυτό αποτυπώνει ότι ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού ενδέχεται να επιβαρύνεται επιπρόσθετα με αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις.

3.1.6. Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων

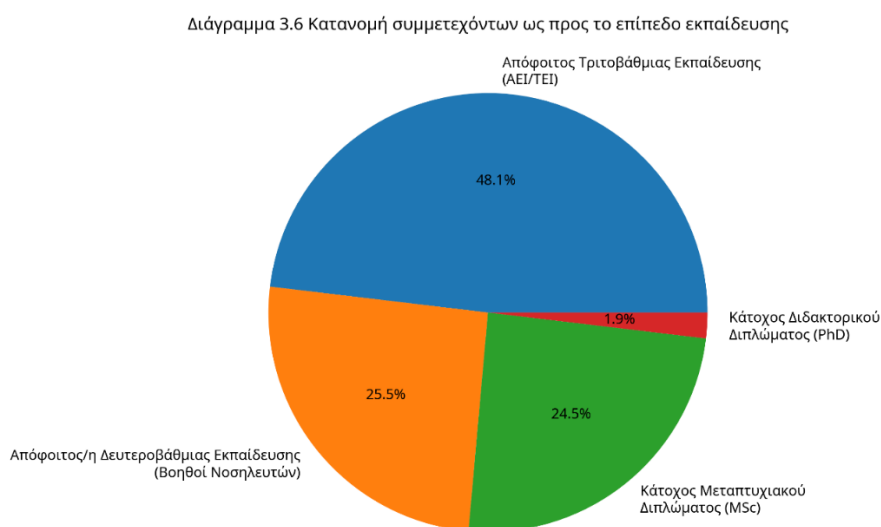
Στον Πίνακα 3.6 και το Διάγραμμα 3.6 παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8: Πίνακας 3.6. Επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	51	48,1
Απόφοιτος/η Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Βοηθοί Νοσηλευτών)	27	25,5
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος (MSc)	26	24,5

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος (PhD)	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 6: Διάγραμμα 3.6. Επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.



Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (48.1%). Ταυτόχρονα, σημαντικό ποσοστό του δείγματος αποτελούνταν από βοηθούς νοσηλευτών απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (25.5%), ενώ ανάλογο ποσοστό (24.5%) διέθετε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Τέλος, ελάχιστοι συμμετέχοντες ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος (1.9%). Τα ευρήματα καταδεικνύουν σχετικά υψηλό μορφωτικό επίπεδο του υπό έρευνα νοσηλευτικού προσωπικού.

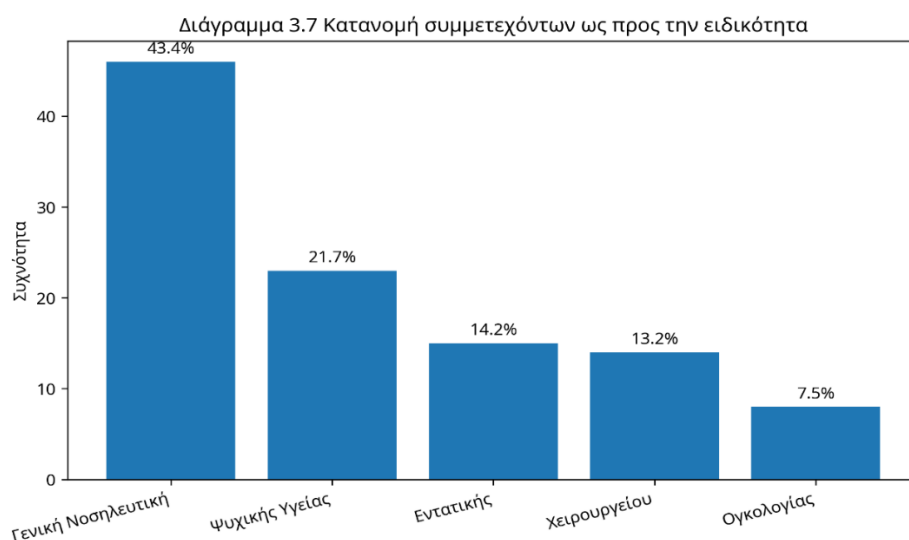
3.1.7. Ειδικότητα συμμετεχόντων

Στον Πίνακα 3.7 και το Διάγραμμα 3.7 παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 9: Πίνακας 3.7. Ειδικότητα συμμετεχόντων.

Ειδικότητα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Γενικής Νοσηλευτικής	46	43,4
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας	23	21,7
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Εντατικής	15	14,2
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Χειρουργείου	14	13,2
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια Ογκολογίας	8	7,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 7: Διάγραμμα 3.7. Ειδικότητα συμμετεχόντων.



Η κατανομή των συμμετεχόντων ως προς την ειδικότητα κατέδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκε στη Γενική Νοσηλευτική (43.4%). Ακολουθούσαν οι νοσηλεύτες Ψυχικής Υγείας με ποσοστό 21.7%, ενώ χαμηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν στις ειδικότητες Εντατικής Νοσηλευτικής (14.2%), Χειρουργείου (13.2%) και Ογκολογίας (7.5%). Τα αποτελέσματα φανερώνουν τη συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού από διαφορετικά εξειδικευμένα πεδία παροχής φροντίδας στους ασθενείς, γεγονός που ενισχύει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

3.1.8. Εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο

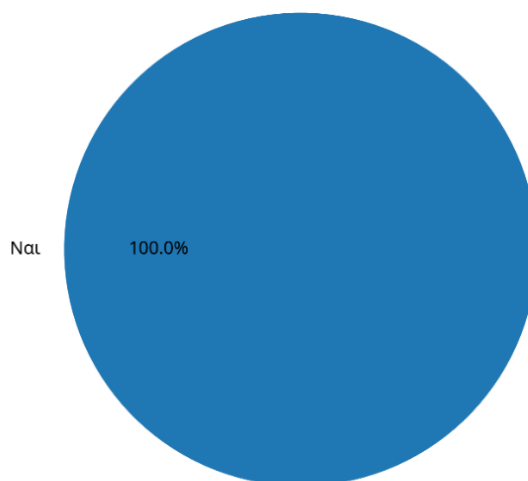
Στον Πίνακα 3.8 και το Διάγραμμα 3.8 παρουσιάζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Πίνακας 10: Πίνακας 3.8. Εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο.

Εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ναι	106	100,0
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 8: Διάγραμμα 3.8. Εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο.

Διάγραμμα 3.8 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο



Το σύνολο των συμμετεχόντων της έρευνας (100%) δήλωσε ότι εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο, γεγονός αναμενόμενο, καθώς η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται αποκλειστικά στο νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων που εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

3.1.9. Εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα

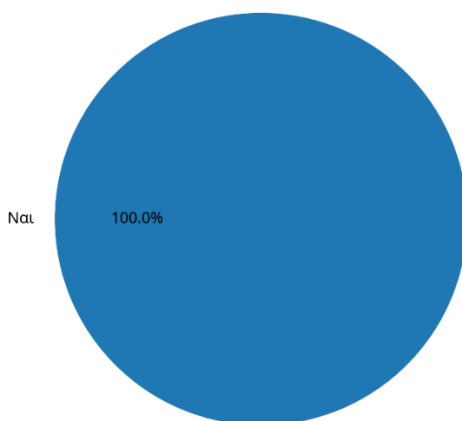
Στον Πίνακα 3.9 και το Διάγραμμα 3.9 παρουσιάζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που εργάζονται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Πίνακας 11: Πίνακας 3.9. Εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ναι	106	100,0
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 9: Διάγραμμα 3.9. Εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Διάγραμμα 3.8 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο



Και σε αυτή την ερώτηση το σύνολο των συμμετεχόντων της έρευνας (100%) δήλωσε ότι εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει ότι το ερευνητικό δείγμα πληροί απόλυτα τα κριτήρια επιλογής του ερευνητικού σχεδιασμού και είναι κατάλληλο για τη διερεύνηση των παραμέτρων της συναισθηματικής νοημοσύνης, του νοσηλευτικού άγχους και της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν χρόνιους πάσχοντες.

3.1.10. Αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα που φροντίζουν καθημερινά οι συμμετέχοντες

Στον Πίνακα 3.10 και το Διάγραμμα 3.10 παρουσιάζεται ο αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα που φροντίζουν καθημερινά οι συμμετέχοντες.

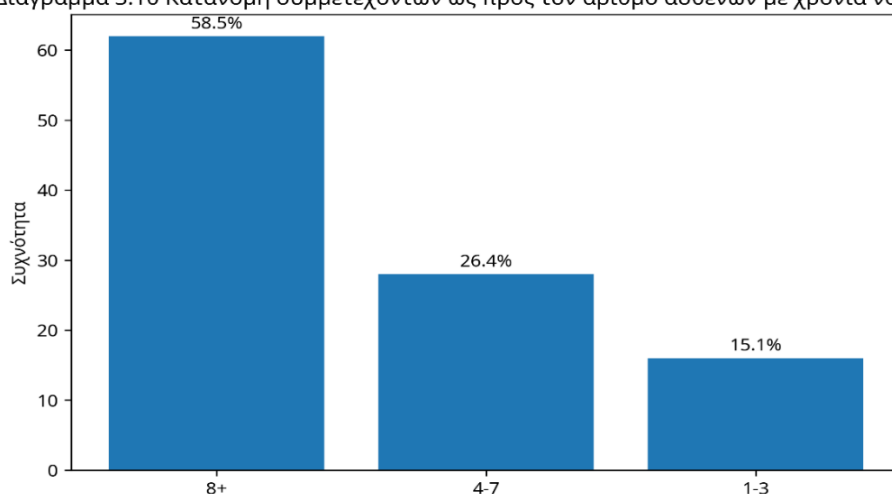
Πίνακας 12: Πίνακας 3.10. Αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα που φροντίζουν καθημερινά οι συμμετέχοντες.

Αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
8+	62	58,5

Αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
4-7	28	26,4
1-3	16	15,1
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 10: Διάγραμμα 3.10. Αριθμός ασθενών με χρόνια νοσήματα που φροντίζουν καθημερινά οι συμμετέχοντες.

Διάγραμμα 3.10 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τον αριθμό ασθενών με χρόνια νοσήματα



Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (58.5%) φροντίζουν καθημερινά Πλέον των οκτώ ασθενών με χρόνια νοσήματα. Περίπου ένας στους τέσσερις (26.4%) δήλωσε ότι φροντίζει από τέσσερις έως επτά ασθενείς, ενώ μικρότερο ποσοστό (15.1%) φροντίζει έναν έως τρεις ασθενείς ημερησίως. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα φανερώνουν τον αυξημένο φόρτο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με χρόνιους πάσχοντες στα δημόσια νοσοκομεία.

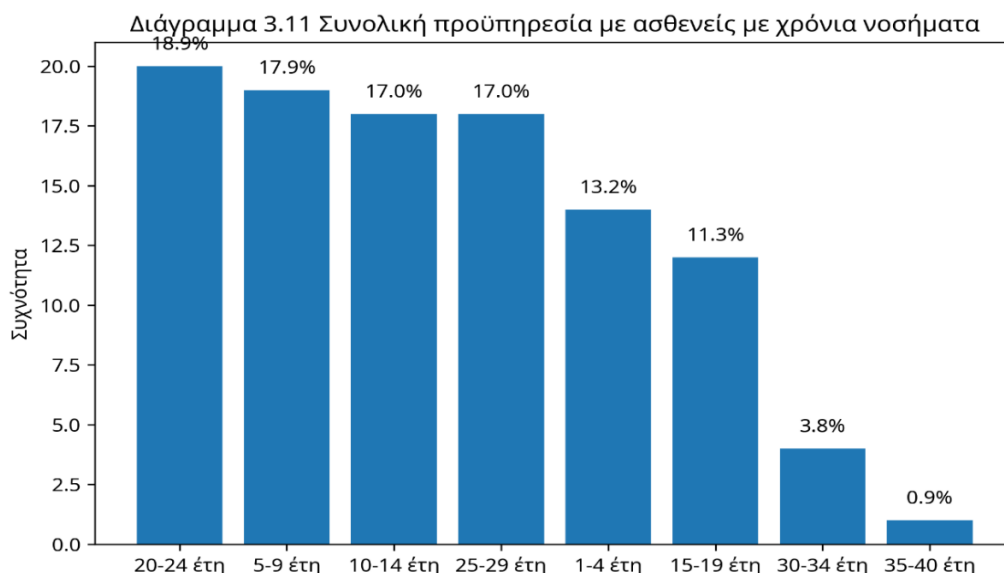
3.1.11. Συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Στον Πίνακα 3.11 και το Διάγραμμα 3.11 παρουσιάζεται η συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Πίνακας 13: Πίνακας 3.11. Συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Συνολική προϋπηρεσία	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
20-24 έτη	20	18,9
5-9 έτη	19	17,9
10-14 έτη	18	17,0
25-29 έτη	18	17,0
1-4 έτη	14	13,2
15-19 έτη	12	11,3
30-34 έτη	4	3,8
35-40 έτη	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 11: Διάγραμμα 3.11. Συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων με ασθενείς με χρόνια νοσήματα.



Προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες διέθεταν σημαντική επαγγελματική εμπειρία στη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών δήλωσε προϋπηρεσία 20-24 ετών (18.9%). Ταυτόχρονα, υψηλά ποσοστά καταγράφηκαν επίσης στις κατηγορίες 5-9 ετών (17.9%), 10-14 ετών (17%) και 25-29 ετών (17%). Σε ποσοστά 13.2% και 11.3% δήλωσαν προϋπηρεσία 1-4 και 15-19 έτη αντίστοιχα, ενώ μόλις το 0.9% διέθετε

προϋπηρεσία πλέον των 30 ετών. Τα παραπάνω αποδεικνύουν ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείται από επαγγελματίες με πολυετή εμπειρία στη διαχείριση χρόνιων πασχόντων.

3.1.12. Νοσηλευτικός τομέας εργασίας

Στον Πίνακα 3.12 και το Διάγραμμα 3.12 παρουσιάζεται ο νοσηλευτικός τομέας που εργάζονται οι συμμετέχοντες.

Πίνακας 14: Πίνακας 3.12. Νοσηλευτικός τομέας που εργάζονται οι συμμετέχοντες.

Νοσηλευτικός τομέας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Παθολογικός	33	31,1
Ψυχιατρικός	23	21,7
Χειρουργικός	16	15,1
Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας	11	10,4
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	4	3,8
Μονάδα εμφραγμάτων	3	2,8
Γυναικολογικός	2	1,9
Εξωτερικά Ιατρεία	2	1,9
Ορθοπαιδικός	2	1,9
Πνευμονολογικός	2	1,9
Παιδοψυχιατρικός	1	0,9
Χειρουργείο	1	0,9
Ογκολογικός	1	0,9
Νευρολογικό	1	0,9
Μεσογειακή αναιμία	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 3.12 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τον νοσηλευτικό τομέα εργασίας

Νοσηλευτικός Τομέας	Συχνότητα (%)
Παθολογικός	31.1%
Ψυχιατρικός	21.7%
Χειρουργικός	15.1%
Φροντίδας	10.4%
Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών	3.8%
Γυναίκοι	1.9%
Εξωτερικά	1.9%
Ιατρεία	1.9%
Πνευμονολογικός	1.9%
Παιδοψυχιατρικός	1.9%
Πνευμονολογικός	0.9%
Πνευμονολογικός	0.9%
Χειρουργείο	0.9%
Ογκολογικός	0.9%
Νευρολογικός	0.9%
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	0.9%
Μεσογειακή αναμία	0.9%
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ	0.9%
Μονάδα εμφραγμάτων	0.9%

Περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες (31.1%) εργαζόταν στον παθολογικό τομέα. Ακολουθεί ο ψυχιατρικός τομέας (21.7%) και ο χειρουργικός τομέας (15.1%). Σημαντική παρουσία καταγράφηκε επίσης στις Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (10,4%). Μικρότερα ποσοστά συμμετεχόντων που κυμαίνονταν από 0.9% έως και 3.8%, προέρχονταν από εξειδικευμένα τμήματα και μονάδες, αποτυπώνοντας έτσι την ετερογένεια του δείγματος και τη συμμετοχή νοσηλευτών από πολλά και διαφορετικά πεδία κλινικής φροντίδας.

3.1.13. Έτη εργασίας στο νοσοκομείο.

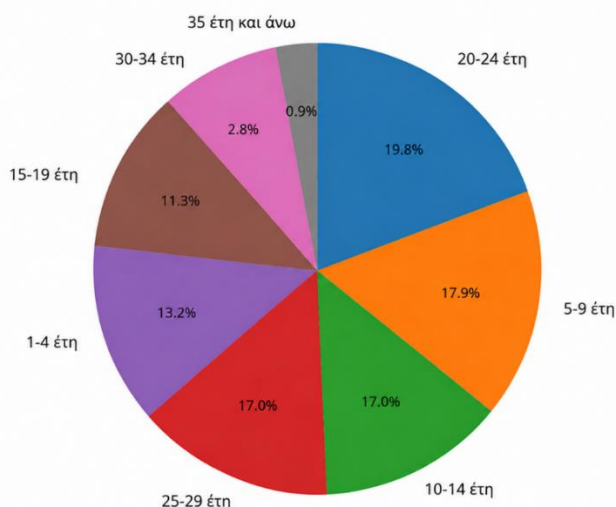
Στον Πίνακα 3.13 και το Διάγραμμα 3.13 παρουσιάζεται ο χρόνος εργασίας των συμμετεχόντων στα νοσοκομεία.

Πίνακας 15: Πίνακας 3.13. Χρόνος εργασίας των συμμετεχόντων στα νοσοκομεία.

Χρόνια εργασίας στο νοσοκομείο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
20-24 έτη	21	19,8
5-9 έτη	19	17,9
10-14 έτη	18	17,0
25-29 έτη	18	17,0
1-4 έτη	14	13,2
15-19 έτη	12	11,3
30-34 έτη	3	2,8
35 έτη και άνω	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 13: Διάγραμμα 3.13. Χρόνος εργασίας των συμμετεχόντων στα νοσοκομεία.

Διάγραμμα 3.13 Χρόνια εργασίας στο νοσοκομείο



Προέκυψε πως σημαντικό ποσοστό του δείγματος της έρευνας εργαζόταν στο νοσοκομείο για 20-24 έτη (19.8%), ενώ υψηλές συχνότητες καταγράφηκαν και στις

κατηγορίες 5-9 ετών (17.9%), 10-14 ετών (17%) και 25-29 ετών (17%). Εργασιακή απασχόληση μικρότερη των τεσσάρων ετών δήλωσε το 13.2%, 15-19 έτη το 11.3% και μόλις το 3.7% εργαζόταν για περισσότερα από 30 έτη στο νοσοκομείο. Συνεπώς, το δείγμα περιλάμβανε νοσηλευτές με σημαντική επαγγελματική εμπειρία και μακροχρόνια παρουσία στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ενισχύοντας σημαντικά την αξιοπιστία των απαντήσεών τους σχετικά με τις εργασιακές συνθήκες και την ποιότητα ζωής.

3.1.14. Κύρια αιτία επιλογής επαγγέλματος

Στον Πίνακα 3.14 και το Διάγραμμα 3.14 παρουσιάζεται η κύρια αιτία επιλογής του επαγγέλματος των συμμετεχόντων.

Πίνακας 16: Πίνακας 3.14. Κύρια αιτία επιλογής του επαγγέλματος

Κύρια αιτία επιλογής επαγγέλματος	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Η προσφορά φροντίδας στο συνάνθρωπο	41	38,7
Η επαγγελματική αποκατάσταση	33	31,1
Παρότρυνση από οικείους	20	18,9
Τυχαία επιλογή	10	9,4
Άλλο	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 14: Διάγραμμα 3.14. Κύρια αιτία επιλογής του επαγγέλματος



Ως σημαντικότερη αιτία επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος από τους συμμετέχοντες προέκυψε η προσφορά φροντίδας στο συνάνθρωπο (38.7%), καταδεικνύοντας τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα του επαγγέλματος. Ακολουθεί η επαγγελματική αποκατάσταση με ποσοστό 31.1%, ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στην παρότρυνση από οικείους (18.9%) και στην τυχαία επιλογή (9.4%). Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν άλλους λόγους επιλογής του επαγγέλματος αποτέλεσαν μόλις το 1.9% του δείγματος.

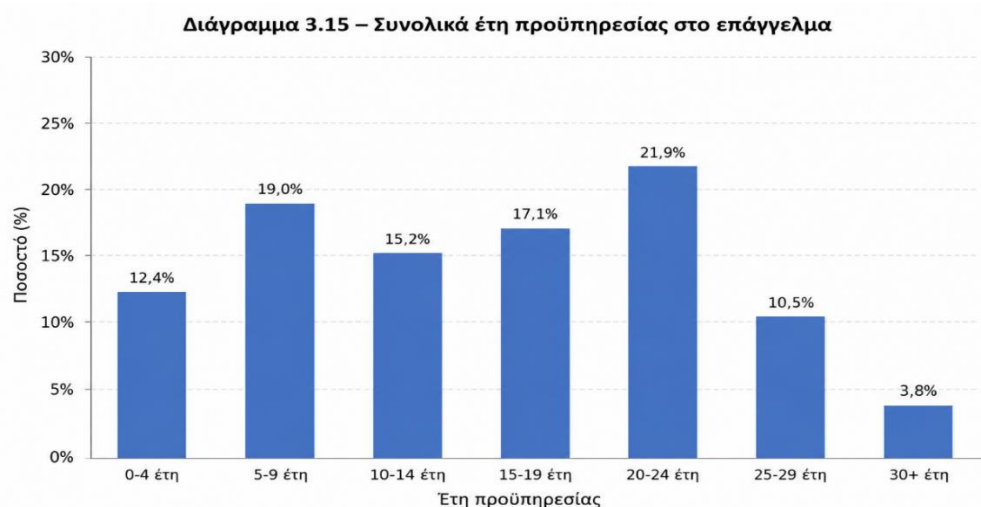
3.1.15. Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα

Στον Πίνακα 3.15 και το Διάγραμμα 3.15 παρουσιάζονται τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων στο επάγγελμα τους.

Πίνακας 17: Πίνακας 3.15. Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα

Στατιστικό μέτρο	Τιμή
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	32
Μέση τιμή	15,99
Τυπική απόκλιση	8,71
Διακύμανση	75,82
Έγκυρες απαντήσεις (N)	105

Διάγραμμα 15: Διάγραμμα 3.15. Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα



Το δείγμα αποτελείται κυρίως από επαγγελματίες με σημαντική εργασιακή εμπειρία, καθώς η μέση συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων στο νοσηλευτικό επάγγελμα ανήλθε στα 15.99 έτη. Η ελάχιστη τιμή ήταν 0 έτη και η μέγιστη 32 έτη προϋπηρεσίας, ενώ η σχετικά αυξημένη τυπική απόκλιση (8,71) καταδεικνύει αξιοσημείωτη διασπορά ως προς τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας των συμμετεχόντων. Η μεγαλύτερη αναλογία των συμμετεχόντων διαθέτει 20–24 έτη προϋπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα (21.9%). Ελαφρώς χαμηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν στις κατηγορίες 5–9 έτη (19%) και 15–19 έτη (17.1%). Ακολουθούν κατά φθίνουσα σειρά οι κατηγορίες: 10-14 έτη (15.2%), 0-4 έτη (12.4%), 25-29 έτη (10.5%) και πλέον των 30 ετών (3.8%). Εκ των προαναφερθέντων συνάγεται το συμπέρασμα πως το δείγμα αποτελείται κυρίως από νοσηλευτές με σημαντική επαγγελματική εμπειρία. Το γεγονός αυτό ενισχύει σαφώς την αξιοπιστία των απαντήσεων αναφορικά με τις εργασιακές συνθήκες, το νοσηλευτικό άγχος και την ποιότητα ζωής.

3.1.16. Σχέση εργασίας

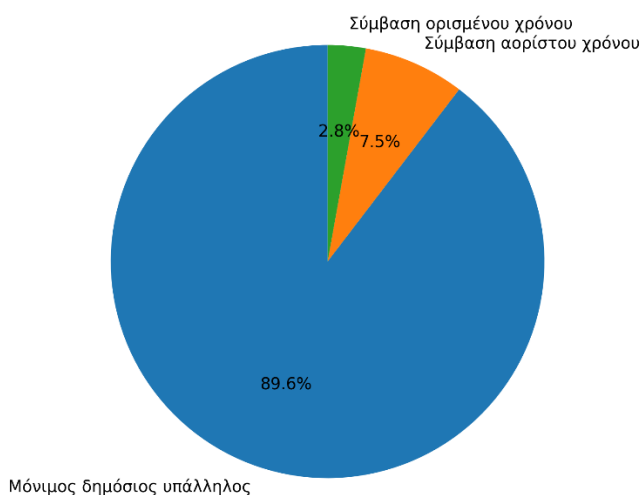
Στον Πίνακα 3.16 και το Διάγραμμα 3.16 παρουσιάζεται η σχέση εργασίας των συμμετεχόντων με το φορέα απασχόλησης τους.

Πίνακας 18: Πίνακας 3.16. Σχέση εργασίας

Σχέση εργασίας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μόνιμος δημόσιος υπάλληλος	95	89,6
Σύμβαση αορίστου χρόνου	8	7,5
Σύμβαση ορισμένου χρόνου	3	2,8
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 16: Διάγραμμα 3.16. Σχέση εργασίας

Διάγραμμα 3.16 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τη σχέση εργασίας



Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζονται ως μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι (89.6%). Σαφώς μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για εργαζομένους με σύμβαση αορίστου χρόνου (7.5%) και σύμβαση ορισμένου χρόνου (2.8%). Συνεπώς, το ερευνητικό δείγμα αποτελείται κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό με σταθερή σχέση εργασίας στο δημόσιο σύστημα υγείας.

3.1.17. Μορφή απασχόλησης

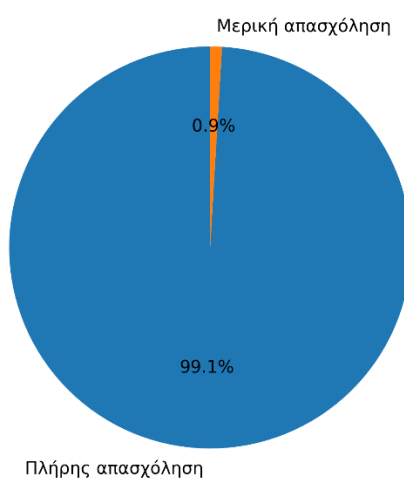
Στον Πίνακα 3.17 και το Διάγραμμα 3.17 παρουσιάζεται η μορφή απασχόλησης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 19: Πίνακας 3.17. Μορφή απασχόλησης

Μορφή απασχόλησης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Πλήρης απασχόληση	105	99,1
Μερική απασχόληση	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 17: Διάγραμμα 3.17. Μορφή απασχόλησης

Διάγραμμα 3.17 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τη μορφή απασχόλησης



Το σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται με καθεστώς πλήρους απασχόλησης (99.1%), ενώ μόλις ένας εξ αυτών ανέφερε μερική απασχόληση (0.9%). Προκύπτει λοιπόν, πως το δείγμα της έρευνας αποτελείται σχεδόν αποκλειστικά από νοσηλευτικό προσωπικό πλήρους εργασιακής απασχόλησης στο δημόσιο σύστημα υγείας.

3.1.18. Θέση ευθύνης

Στον Πίνακα 3.18 και το Διάγραμμα 3.18 παρουσιάζεται εάν οι συμμετέχοντες κατέχουν θέση ευθύνης ή όχι.

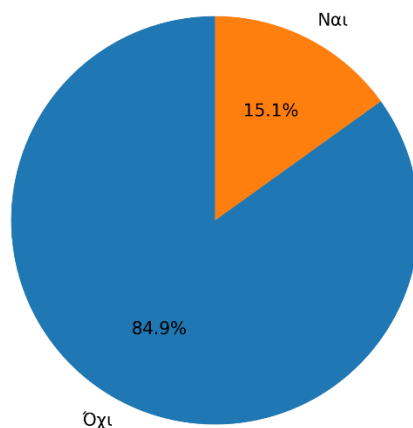
Πίνακας 20: Πίνακας 3.18. Θέση ευθύνης

Θέση ευθύνης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Όχι	90	84,9
Ναι	16	15,1

Θέση ευθύνης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 18: Διάγραμμα 3.18. Θέση ευθύνης

Διάγραμμα 3.18 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τη θέση ευθύνης



Σε ποσοστό 84.9% οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως δεν κατέχουν θέση ευθύνης στο νοσοκομείο όπου εργάζονται, ενώ σε ποσοστό 15.1% ανέφεραν ότι κατέχουν κάποια διοικητική ή εποπτική θέση. Το συγκεκριμένο εύρημα αυτό ερμηνεύει πως το δείγμα αποτελείται κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς διοικητικά ή εποπτικά καθήκοντα.

3.1.19. Ωράριο απασχόλησης

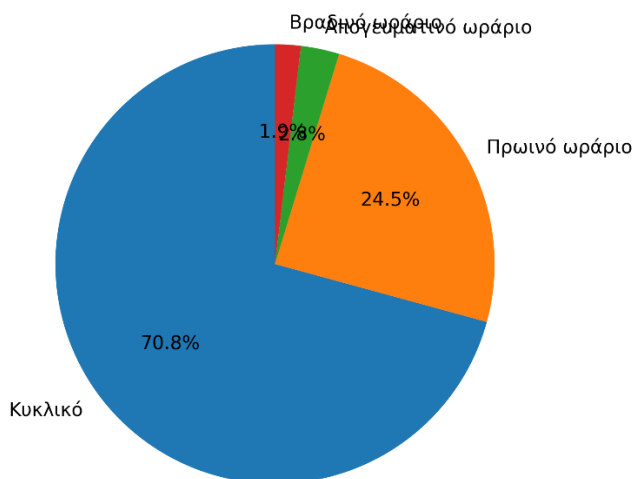
Στον Πίνακα 3.19 και το Διάγραμμα 3.19 παρουσιάζεται το ωράριο απασχόλησης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 21: Πίνακας 3.19. Ωράριο απασχόλησης

Ωράριο απασχόλησης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Κυκλικό	75	70,8
Πρωινό ωράριο	26	24,5
Απογευματινό ωράριο	3	2,8
Βραδινό ωράριο	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 19: Διάγραμμα 3.19. Ωράριο απασχόλησης

Διάγραμμα 3.19 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το ωράριο απασχόλησης



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται με κυκλικό ωράριο (70.8%), ενώ σημαντικά μικρότερο ποσοστό εργάζεται αποκλειστικά σε πρωινό ωράριο (24.5%). Όσον αφορά το απογευματινό (2.8%) και το βραδινό ωράριο (1.9%) καταγράφηκαν αισθητά χαμηλότερα ποσοστά. Αποτυπώνεται επομένως η επικράτηση της κυκλικής εργασίας στο νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων.

3.1.20. Μορφή απασχόλησης

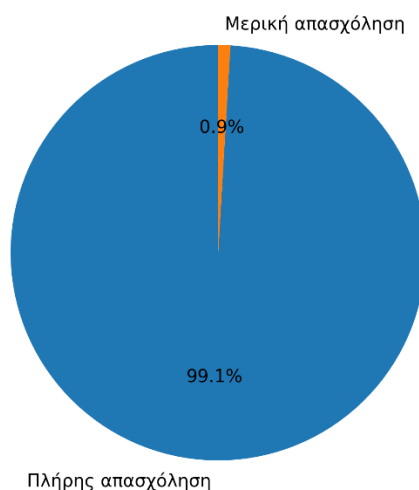
Στον Πίνακα 3.20 και το Διάγραμμα 3.20 παρουσιάζεται η μορφή απασχόλησης των συμμετεχόντων.

Πίνακας 22: Πίνακας 3.20. Μορφή απασχόλησης

Μορφή απασχόλησης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Πλήρης απασχόληση	105	99,1
Μερική απασχόληση	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 20: Διάγραμμα 3.20. Μορφή απασχόλησης

Διάγραμμα 3.20 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τη μορφή απασχόλησης



Από το σύνολο των 106 συμμετεχόντων του ερευνητικού δείγματος, οι 105 δήλωσαν ότι εργάζονται με καθεστώς πλήρους απασχόλησης (99.1%), ενώ μόνο ένας συμμετέχων δήλωσε μερική απασχόληση (0.9%), επιβεβαιώνοντας έτσι ότι το δείγμα αποτελείται σχεδόν αποκλειστικά από νοσηλευτές πλήρους επαγγελματικής απασχόλησης στο δημόσιο σύστημα υγείας.

3.1.21. Βάρδια εργασίας

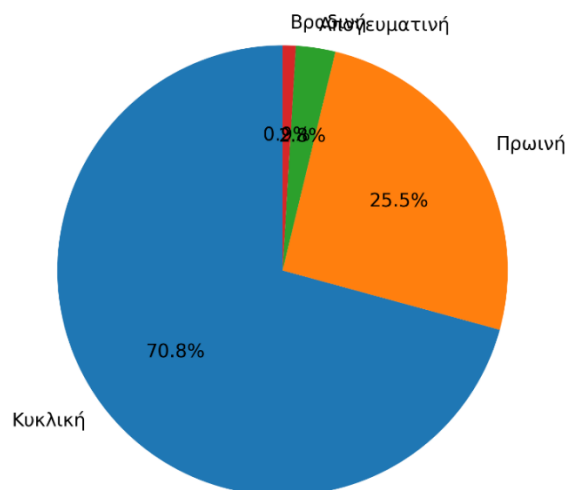
Στον Πίνακα 3.21 και το Διάγραμμα 3.21 παρουσιάζεται η βάρδια εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 23: Πίνακας 3.21. Βάρδια εργασίας

Βάρδια εργασίας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Κυκλική	75	70,8
Πρωινή	27	25,5
Απογευματινή	3	2,8
Βραδινή	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 21: Διάγραμμα 3.21. Βάρδια εργασίας

Διάγραμμα 3.21 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τη βάρδια εργασίας



Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (70.8%) δήλωσαν πως εργάζονται σε κυκλική βάρδια, ενώ περίπου ένας στους τέσσερις (25.5%) εργάζεται αποκλειστικά σε πρωινή βάρδια. Σαφώς μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για την απογευματινή (2.8%) και τη βραδινή βάρδια (0.9%). Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν και πάλι ότι το κυκλικό σύστημα βαρδιών αποτελεί την κυρίαρχη μορφή εργασιακής οργάνωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων.

3.1.22. Βάρδιες ανά μήνα

Στον Πίνακα 3.22 και το Διάγραμμα 3.22 παρουσιάζεται το πλήθος βαρδιών που εργάζονται οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια ενός μήνα.

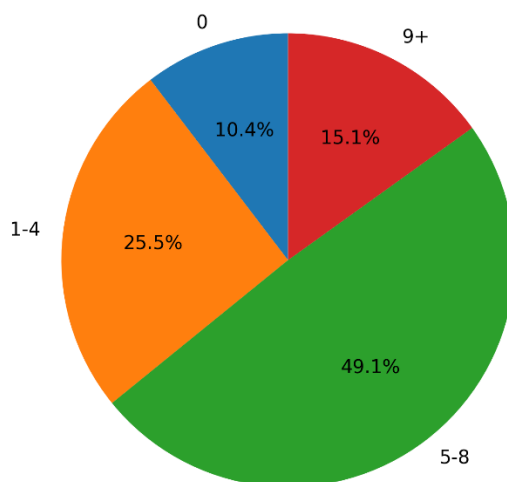
Πίνακας 24: Πίνακας 3.22. Βάρδιες ανά μήνα

Βάρδιες ανά μήνα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
0	11	10,4
1-4	27	25,5
5-8	52	49,1
9+	16	15,1

Βάρδιες ανά μήνα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 22: Διάγραμμα 3.22. Βάρδιες ανά μήνα

Διάγραμμα 3.22 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τις βάρδιες ανά μήνα



Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες (49.1%) δήλωσαν ότι πραγματοποιούν 5–8 βάρδιες μηνιαίως. Σε ποσοστό 25,5% ανέφεραν 1–4 βάρδιες ανά μήνα, το 15.1% από αυτούς πραγματοποιεί περισσότερες από 9 βάρδιες μηνιαίως, ενώ το 10.4% δεν εκτελεί βάρδιες. Τα αποτελέσματα καταγράφουν τη σημαντική συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε κυκλικά ωράρια εργασίας και βαρδιών, καθώς μόλις ένας στους δέκα δεν εκτελεί καμία βάρδια σε μηνιαία βάση. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να επιβαρύνει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία τους. Η αδιάκοπη εναλλαγή βαρδιών, καθώς και η εργασία στο απαιτητικό νοσοκομειακό περιβάλλον φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επαγγελματικής επιβάρυνσης.

3.1.23. Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα

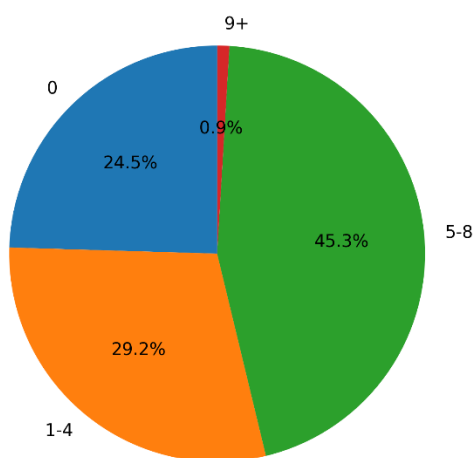
Στον Πίνακα 3.23 και το Διάγραμμα 3.23 παρουσιάζεται το πλήθος νυχτερινών βαρδιών που εργάζονται οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια ενός μήνα.

Πίνακας 3.23 Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα

Νυχτερινές βάρδιες μηνιαίως	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
0	26	24,5
1-4	31	29,2
5-8	48	45,3
9+	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 23: Διάγραμμα 3.23. Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα

Διάγραμμα 3.23 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τις νυχτερινές βάρδιες μηνιαίως



Η μεγαλύτερη αναλογία των συμμετεχόντων (45.3%), δήλωσε ότι πραγματοποιεί 5–8 νυχτερινές βάρδιες μηνιαίως. Ακολουθούν σε φθίνουσα πορεία ποσοστών η επιλογή των 1–4 νυχτερινών βαρδιών (29.2%), το 24.5% ανέφερε ότι δεν πραγματοποιεί καθόλου νυχτερινές βάρδιες, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 0.9% το οποίο εκτελεί περισσότερες από 9 νυχτερινές βάρδιες μηνιαίως-γεγονός που σίγουρα χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Τα ευρήματα καταδεικνύουν τη συχνή συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε νυχτερινή εργασία. Ειδικότερα, προκύπτει πως περίπου τρεις στους τέσσερις νοσηλευτές καλούνται να εκτελέσουν 1-8 νυχτερινές βάρδιες μηνιαίως.

3.1.24. Απογευματινές βάρδιες ανά μήνα

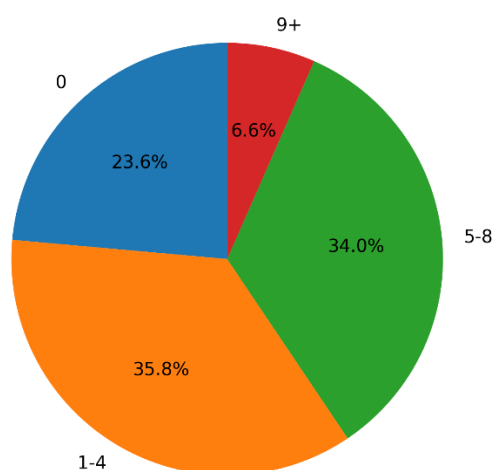
Στον Πίνακα 3.24 και το Διάγραμμα 3.24 παρουσιάζεται το πλήθος απογευματινών βαρδιών που εργάζονται οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια ενός μήνα.

Πίνακας 25: Πίνακας 3.24. Απογευματινές βάρδιες ανά μήνα

Απογευματινές βάρδιες μηνιαίως	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
0	25	23,6
1-4	38	35,8
5-8	36	34,0
9+	7	6,6
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 24: Διάγραμμα 3.24. Απογευματινές βάρδιες ανά μήνα

Διάγραμμα 3.24 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τις απογευματινές βάρδιες μηνιαίως



Περίπου ένας στους τρεις εκ των συμμετεχόντων δήλωσε ότι πραγματοποιεί 1–4 απογευματινές βάρδιες μηνιαίως (35.8%), ενώ ανάλογο ήταν και το ποσοστό όσων εκτελούν 5–8 απογευματινές βάρδιες (34%). Επιπλέον, περίπου ένας στους τέσσερις

(23.6%) ανέφερε ότι δεν πραγματοποιεί καθόλου απογευματινές βάρδιες, ενώ το 6.6% εκτελεί περισσότερες από 9 απογευματινές βάρδιες κάθε μήνα. Τα αποτελέσματα αποτυπώνουν όπως και στη νυχτερινή απασχόληση, τη συχνή συμμετοχή των νοσηλευτών στην απογευματινή εργασία στο πλαίσιο της κυκλικής λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων.

3.1.25. Σαββατοκύριακα και αργίες ανά μήνα

Στον Πίνακα 3.25 και το Διάγραμμα 3.25 παρουσιάζεται το πλήθος των Σαββατοκύριακων και των αργιών που εργάζονται οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια ενός μήνα.

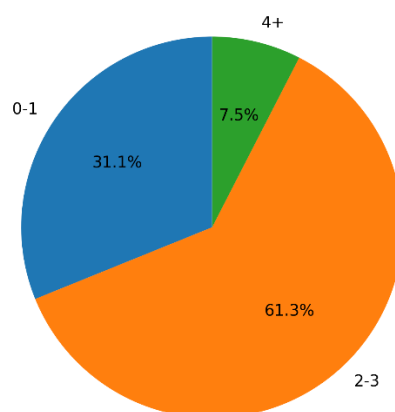
Πίνακας 26: Πίνακας 3.25. Σαββατοκύριακα και αργίες ανά μήνα

Σαββατοκύριακα και αργίες μηνιαίως Συχνότητα (N) Ποσοστό (%)

0-1	33	31,1
2-3	65	61,3
4+	8	7,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 25: Διάγραμμα 3.25. Σαββατοκύριακα και αργίες ανά μήνα

Διάγραμμα 3.25 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες εργασίας



Άξιο αναφοράς είναι πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται 2–3 Σαββατοκύριακα ή αργίες μηνιαίως (61.3%), ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό, ενώ σε ποσοστό 31.1% εργάζονται 0–1 Σαββατοκύριακα ή αργίες κάθε μήνα. Μικρότερο-αλλά όχι

ασήμαντο εξαιτίας του αντίκτυπου που έχει στην προσωπική ζωή των νοσηλευτών-ποσοστό συμμετεχόντων (7.5%), ανέφερε ότι εργάζεται περισσότερα από 4 Σαββατοκύριακα ή αργίες μηνιαίως. Τα αποτελέσματα αποτυπώνουν την καταπόνηση του νοσηλευτικού προσωπικού, εξαιτίας της συχνής συμμετοχής του σε εργασία πέραν των τυπικών εργάσιμων ημερών.

3.1.26. Ύψος αμοιβής

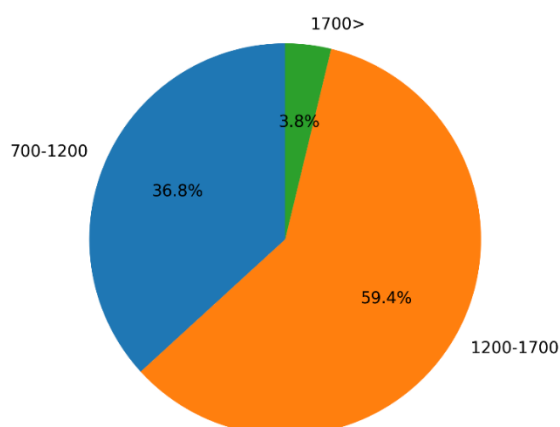
Στον Πίνακα 3.26 και το Διάγραμμα 3.26 παρουσιάζεται το επίπεδο αμοιβής των συμμετεχόντων.

Πίνακας 27: Πίνακας 3.26. Επίπεδο αμοιβής

Επίπεδο αμοιβής (μεικτά)	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
700-1200	39	36,8
1200-1700	63	59,4
1700>	4	3,8
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 26: Διάγραμμα 3.26. Επίπεδο αμοιβής

Διάγραμμα 3.26 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το επίπεδο αμοιβής



Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (59.4%), δήλωσαν ότι οι μηνιαίες μεικτές αποδοχές τους κυμαίνονται μεταξύ 1.200–1.700 ευρώ. Το 36.8% εξ αυτών δήλωσε αποδοχές μεταξύ

700–1.200 ευρώ και μόλις το 3.8% των συμμετεχόντων δήλωσε αποδοχές άνω των 1.700 ευρώ. Τα αποτελέσματα αποτυπώνουν πως στη συντριπτική του πλειοψηφία το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα, αμείβεται με ποσά που δεν ξεπερνούν μεικτά τα 1.700 ευρώ. Δεδομένων των παραπάνω αποτελεσμάτων σχετικά με τις συνθήκες και ωράρια εργασίας τους, το εύρημα αυτό χρήζει σίγουρα περαιτέρω διερεύνησης.

3.1.27. Ικανοποίηση από την αμοιβή

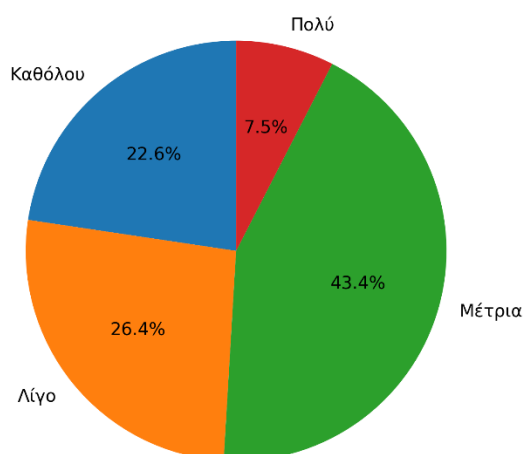
Στον Πίνακα 3.27 και το Διάγραμμα 3.27 παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την αμοιβή που λαμβάνουν από την εργασία τους.

Πίνακας 28: Πίνακας 3.27. Ικανοποίηση από την αμοιβή

Ικανοποίηση από την αμοιβή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Καθόλου	24	22,6
Λίγο	28	26,4
Μέτρια	46	43,4
Πολύ	8	7,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 27: Διάγραμμα 3.27. Ικανοποίηση από την αμοιβή

Διάγραμμα 3.27 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την ικανοποίηση από την αμοιβή



Η μεγαλύτερη αναλογία των συμμετεχόντων δήλωσε μέτρια ικανοποίηση από την αμοιβή της εργασίας τους (43.4%), ενώ σημαντικά ποσοστά ανέφεραν μικρή (26.4%) ή καθόλου ικανοποίηση (22.6%). Μόλις το 7.5% των συμμετεχόντων δήλωσε υψηλή ικανοποίηση από τις αποδοχές του. Παρατηρείται επομένως, πως αθροιστικά το άκρως αξιοσημείωτο ποσοστό του 48% των νοσηλευτών δηλώνει καθόλου έως λίγο ικανοποιημένο από το ύψος της αμοιβής που λαμβάνει, ενώ λιγότεροι από το ήμισυ του δείγματος δηλώνει μέτρια ικανοποίηση. Τα αποτελέσματα μαρτυρούν εμφανώς ότι η οικονομική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού καταγράφεται γενικά περιορισμένη.

3.1.28. Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική στελέχωση

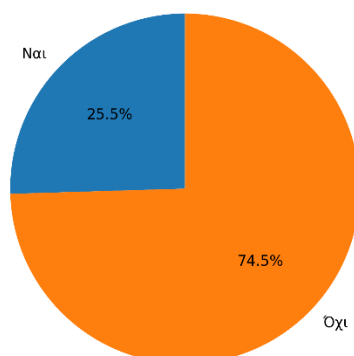
Στον Πίνακα 3.28 και το Διάγραμμα 3.28 παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων, από τη νοσηλευτική στελέχωση των τμημάτων που εργάζονται.

Πίνακας 29: Πίνακας 3.28. Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική στελέχωση

Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική στελέχωση	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ναι	27	25,5
Όχι	79	74,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 28: Διάγραμμα 3.28. Ικανοποίηση από τη νοσηλευτική στελέχωση

Διάγραμμα 3.28 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική στελέχωση



Μόλις ένας στους τέσσερις εκ των συμμετεχόντων δήλωσε ότι είναι ευχαριστημένος/η από τη νοσηλευτική στελέχωση του τμήματός του/ης (25.5%), ενώ το υπόλοιπο 74.5%

απάντησε αρνητικά. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα καταδεικνύει ότι σημαντική μερίδα του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ανεπαρκή τη στελέχωση των τμημάτων στα δημόσια νοσοκομεία.

3.1.29. Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας

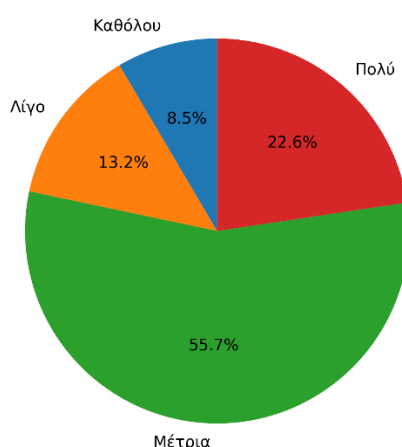
Στον Πίνακα 3.29 και το Διάγραμμα 3.29 παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων, από τις συνθήκες εργασίας σε ότι αφορά την υλικό-τεχνική υποδομή των τμημάτων που εργάζονται.

Πίνακας 30: Πίνακας 3.29. Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας

Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Καθόλου	9	8,5
Λίγο	14	13,2
Μέτρια	59	55,7
Πολύ	24	22,6
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 29: Διάγραμμα 3.29. Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας

Διάγραμμα 3.29 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (55.7%), δήλωσε μέτρια ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας και την υλικοτεχνική υποδομή του νοσοκομείου που εργάζονται, ενώ σε ποσοστό 22.6% ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση. Αντίθετα, το 21.7% των συμμετεχόντων

δήλωσαν λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας. Συνεπώς, σε γενικές γραμμές, οι συνθήκες εργασίας αξιολογούνται συνολικά έως μέτρια ικανοποιητικές από το νοσηλευτικό προσωπικό.

3.1.30. Συνεργασία με τους προϊσταμένους

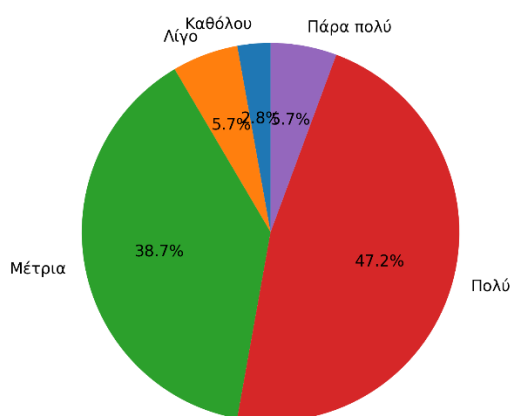
Στον Πίνακα 3.30 και το Διάγραμμα 3.30 παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων, από τη συνεργασία τους με τους προϊσταμένους τους.

Πίνακας 31: Πίνακας 3.30. Συνεργασία με τους προϊσταμένους

Συνεργασία με προϊσταμένους	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Καθόλου	3	2,8
Λίγο	6	5,7
Μέτρια	41	38,7
Πολύ	50	47,2
Πάρα πολύ	6	5,7
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 30: Διάγραμμα 3.30. Συνεργασία με τους προϊσταμένους

Διάγραμμα 3.30 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τη συνεργασία με τους προϊσταμένους



Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (52.9%) αξιολόγησαν θετικά τη συνεργασία με τους προϊσταμένους της, καθώς το 47.2% δήλωσε υψηλή και το 5.7% πολύ υψηλή ικανοποίηση. Παράλληλα, ποσοστό 38.7% αξιολόγησε τη συνεργασία ως μέτρια

ικανοποιητική, ενώ μόλις το 8.5% εξέφρασε μικρή ή καθόλου ικανοποίηση. Τα αποτελέσματα καταγράφουν μια γενικά θετική εικόνα ως προς τις σχέσεις συνεργασίας των νοσηλευτών με τους ιεραρχικά ανωτέρους τους.

3.1.31. Συνεργασία με τους συναδέλφους

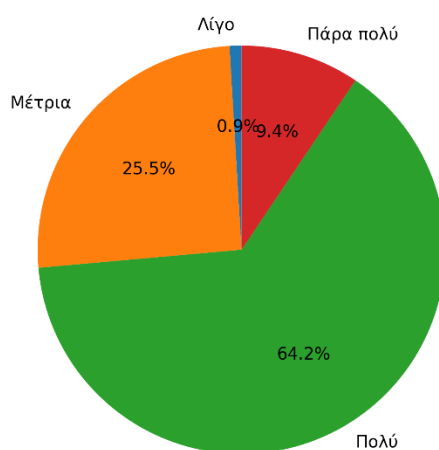
Στον Πίνακα 3.31 και το Διάγραμμα 3.31 παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων, από τη συνεργασία τους με τους συναδέλφους τους.

Πίνακας 32: Πίνακας 3.31. Συνεργασία με τους συναδέλφους

Συνεργασία με συναδέλφους	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Λίγο	1	0,9
Μέτρια	27	25,5
Πολύ	68	64,2
Πάρα πολύ	10	9,4
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 31: Διάγραμμα 3.31. Συνεργασία με τους συναδέλφους

Διάγραμμα 3.31 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τη συνεργασία με τους συναδέλφους



Το 73.6% των συμμετεχόντων αξιολόγησε θετικά τη συνεργασία με τους συναδέλφους τους, καθώς το 64.2% δήλωσε υψηλή και το 9.4% πολύ υψηλή ικανοποίηση. Ταυτόχρονα, ποσοστό 25.5% αξιολόγησε τη συνεργασία τους ως μέτρια ικανοποιητική,

ενώ μόλις το 0.9% εξέφρασε μικρή ικανοποίηση. Εκ των αποτελεσμάτων προκύπτει ένα θετικό κλίμα συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.

3.1.32. Συνεργασία με τους γιατρούς

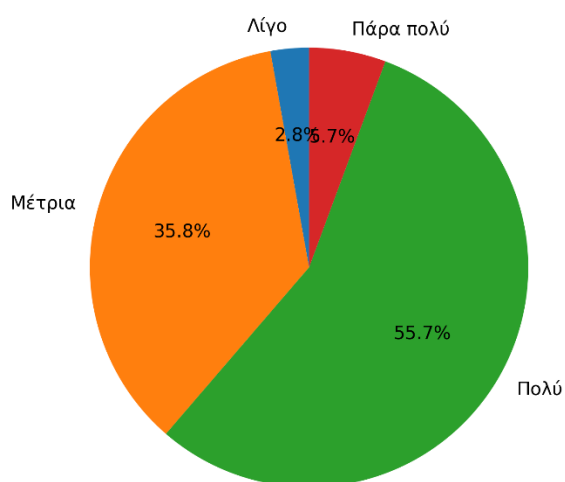
Στον Πίνακα 3.32 και το Διάγραμμα 3.32 παρουσιάζεται ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων, από τη συνεργασία τους με τους γιατρούς.

Πίνακας 33: Πίνακας 3.32. Συνεργασία με τους γιατρούς

Συνεργασία με ιατρούς	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Λίγο	3	2,8
Μέτρια	38	35,8
Πολύ	59	55,7
Πάρα πολύ	6	5,7
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 32: Διάγραμμα 3.32. Συνεργασία με τους γιατρούς

Διάγραμμα 3.32 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς τη συνεργασία με τους ιατρούς



Θετικά αξιολόγησαν κατά πλειοψηφία οι συμμετέχοντες τη συνεργασία τους με τους γιατρούς, καθώς το 55.7% δήλωσαν υψηλή και το 5.7% πολύ υψηλή ικανοποίηση. Σημαντικό ποσοστό (35.8%) αξιολόγησε τη συνεργασία ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ

μόλις το 2.8% εξέφρασε μικρή ικανοποίηση. Συνεπώς καταγράφεται γενικά θετικό επίπεδο συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

3.1.33. Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας

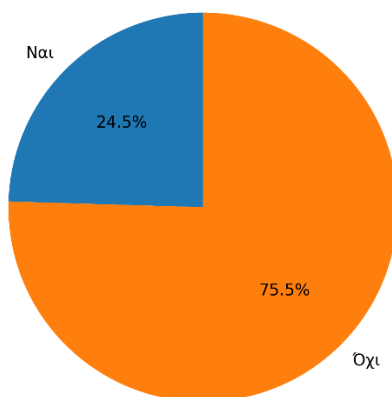
Στον Πίνακα 3.33 και το Διάγραμμα 3.33 παρουσιάζεται η ύπαρξη κάποιου χρόνιου προβλήματος στην υγεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 34: Πίνακας 3.33. Χρόνιο πρόβλημα υγείας

Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ναι	26	24,5
Όχι	80	75,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 33: Διάγραμμα 3.33. Χρόνιο πρόβλημα υγείας

Διάγραμμα 3.33 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας



Σε σημαντική πλειοψηφία οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως δεν αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (75.5%), ενώ σε ποσοστό 24.5%, που δεν περνά απαρατήρητο, ανέφερε την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας. Επομένως, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι περίπου ένας στους τέσσερις νοσηλευτές του δείγματος αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας.

3.2. Αποτελέσματα της Κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS)

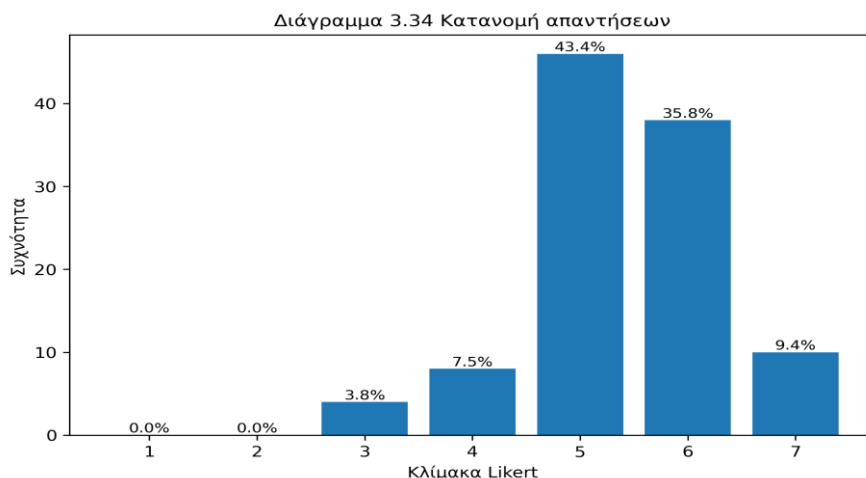
3.2.1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται ξεχωριστά τα αποτελέσματα και μία σύντομη ερμηνεία για κάθε μία από τις δεκαέξι ερωτήσεις που την απαρτίζουν. Συγκεκριμένα, στην ανάλυση που ακολουθεί παρουσιάζονται διαδοχικά όλες οι ερωτήσεις με τη σειρά που απαντήθηκαν από τους ερωτώμενους. Την κάθε ερώτηση συνοδεύει ένας πίνακας αποτελεσμάτων που εμπεριέχει βάσει των απαντήσεων που συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, την ελάχιστη, τη μέγιστη και τη μέση τιμή της. Επιπροσθέτως, τον μέσο όρο των απαντήσεων, καθώς και την τυπική απόκλιση και τη διακύμανση τους. Ακολουθεί η κατάλληλη διαγραμματική απεικόνιση των προαναφερθέντων αποτελεσμάτων και μια σύντομη ερμηνεία αυτών. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε επταβάθμια κλίμακα Likert, με τιμές: 1: Διαφωνώ απόλυτα, 2: Διαφωνώ πολύ, 3: Διαφωνώ λίγο, 4: Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 5: Συμφωνώ λίγο, 6: Συμφωνώ πολύ, 7: Συμφωνώ απόλυτα. (Likert, 1932).

Πίνακας 35: Πίνακας 3.34 – Ερώτηση 1 - 1 SEA Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω (έχω μια καλή αίσθηση) το γιατί αισθάνομαι τα συναισθήματα που νιώθω (έτσι όπως αισθάνομαι).

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,4	7	77,1	0,9	0,81

Διάγραμμα 34: Διάγραμμα 3.34 – Ερώτηση 1

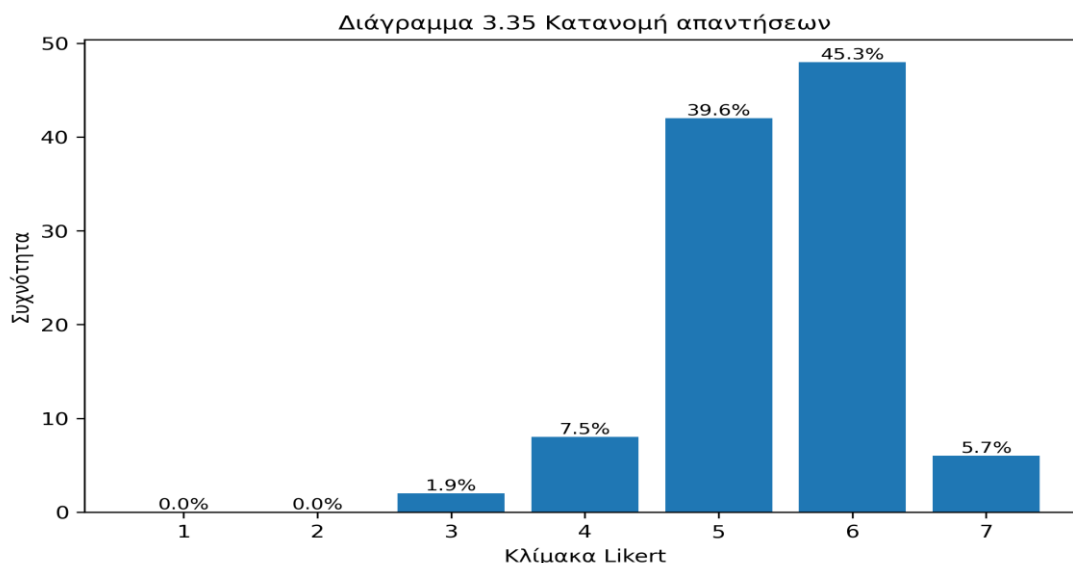


Η μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης διαμορφώθηκε στο 5.4 (77.1% της μέγιστης δυνατής τιμής της κλίμακας), με ελάχιστη παρατηρούμενη τιμή το 3. Ως εκ τούτου, παρατηρείται μέτριο προς υψηλό επίπεδο της συγκεκριμένης διάστασης της συναισθηματικής νοημοσύνης, ενώ κανείς νοσηλευτής δεν δήλωσε σημαντική διαφωνία. Το εύρημα αυτό καταγράφει πως η εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά την ικανότητα των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους, παράμετρος που συνδέεται άμεσα με το εργασιακό άγχος και την ποιότητα ζωής τους.

Πίνακας 36: Πίνακας 3.35 – Ερώτηση 2 - 2 ΟΑΕ Πάντα μπορώ να καταλάβω πως αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση την συμπεριφορά τους

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,45	7	77,9	0,79	0,63

Διάγραμμα 35: Διάγραμμα 3.35 – Ερώτηση 2

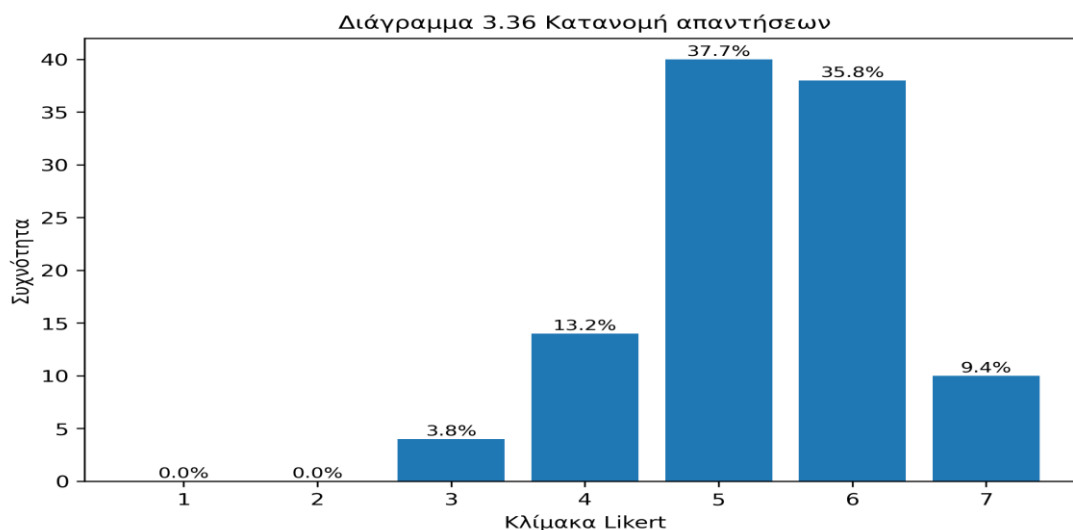


Η μέση τιμή των απαντήσεων διαμορφώθηκε στο 5.45, με το 84.9% των συμμετεχόντων να συμφωνεί λίγο ή περισσότερο σε αυτή τη διάσταση της συναισθηματικής νοημοσύνης, με τη διακύμανση των απαντήσεων να καταγράφεται στο 0.63. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα φαίνεται να επηρεάζει αρκετά την ικανότητα των νοσηλευτών να αντιλαμβάνονται τα συναισθήματα των φίλων τους, βάσει της συμπεριφοράς τους.

Πίνακας 37: Πίνακας 3.36 – Ερώτηση 3 - 3 UOE Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,34	7	76,3	0,96	0,91

Διάγραμμα 36: Διάγραμμα 3.36 – Ερώτηση 3

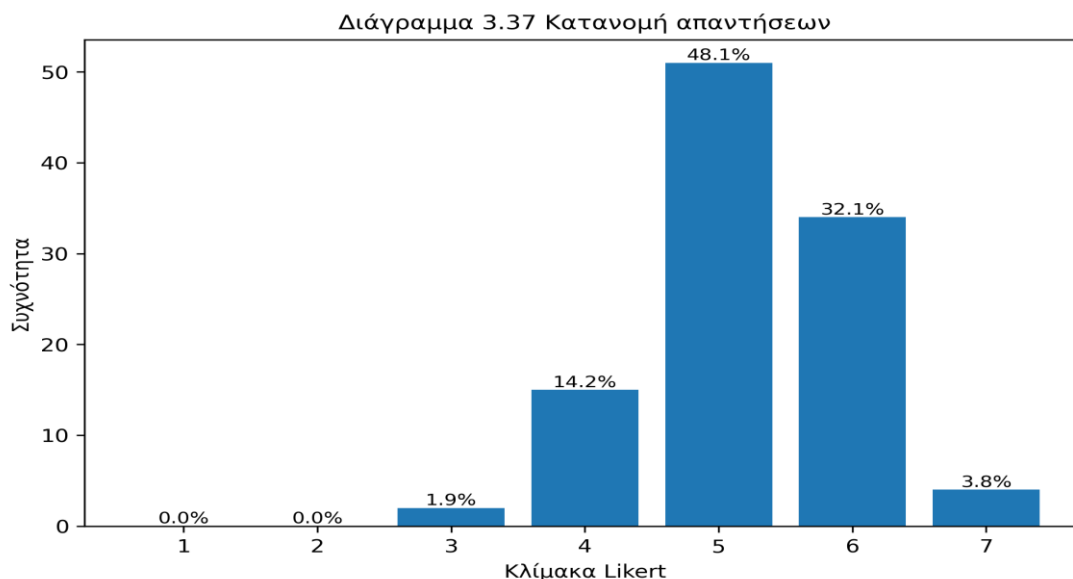


Κανείς από τους ερωτώμενους δεν διαφώνησε σημαντικά σε αυτή την ερώτηση, η μέση τιμή της οποίας, διαμορφώθηκε στο 5.34. Συνολικά το 73.5% των συμμετεχόντων συμφωνεί με τη συγκεκριμένη πρόταση, ενώ καταγράφηκε και ένα αξιοσημείωτο ποσοστό της τάξης του 9.4%, το οποίο δήλωσε απόλυτα σύμφωνο. Επιπλέον, η σχετικά αυξημένη διακύμανση μαρτυρά μια σχετική διασπορά των απαντήσεων σε αυτή την πρόταση. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα αποτυπώνουν την υψηλή θέληση που επιδεικνύουν οι νοσηλευτές που εργάζονται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα να επιτυγχάνουν τους στόχους που οι ίδιοι θέτουν στον εαυτό τους.

Πίνακας 38: Πίνακας 3.37 – Ερώτηση 4 - 4 ROE Μπορώ με την λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να ανταπεξέλθω τις δυσκολίες.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,22	7	74,6	0,8	0,65

Διάγραμμα 37: Διάγραμμα 3.37 – Ερώτηση 4

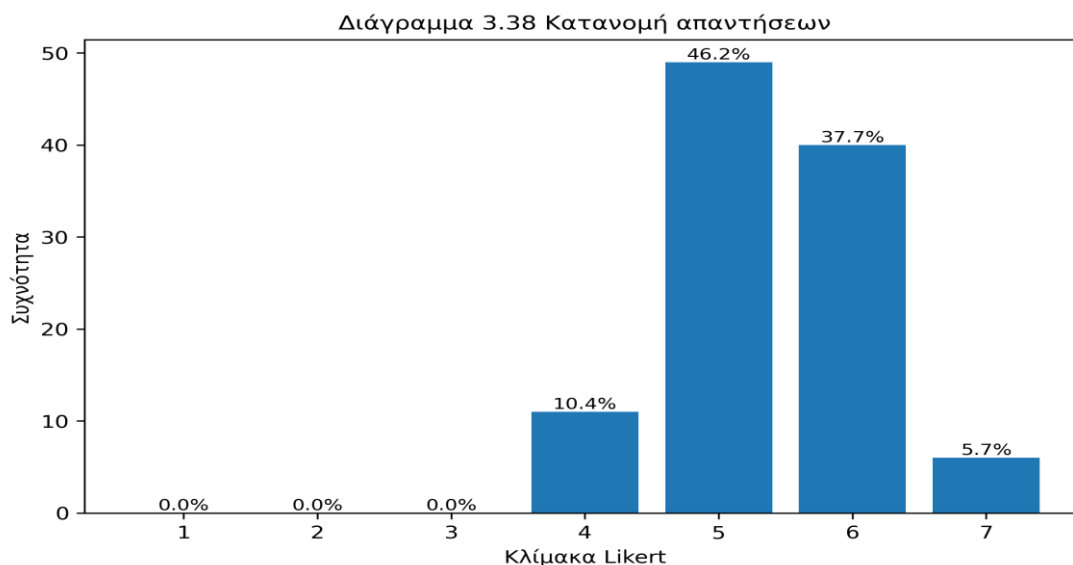


Σε ποσοστό 48.1% οι συμμετέχοντες συμφωνούν λίγο στη συγκεκριμένη ερώτηση, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (32.1%) δήλωσε πως συμφωνεί πολύ. Η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 5.22, υποδηλώνοντας μέτρια προς υψηλά επίπεδα ικανότητας ελέγχου του θυμού τους βασιζόμενοι στη λογική τους, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την πλήρη απουσία σημαντικής διαφωνίας των συμμετεχόντων ως προς αυτή τη διάσταση.

Πίνακας 39: Πίνακας 3.38 – Ερώτηση 5 - 5 SEA Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
4	5,39	7	77,0	0,75	0,56

Διάγραμμα 38: Διάγραμμα 3.38 – Ερώτηση 5

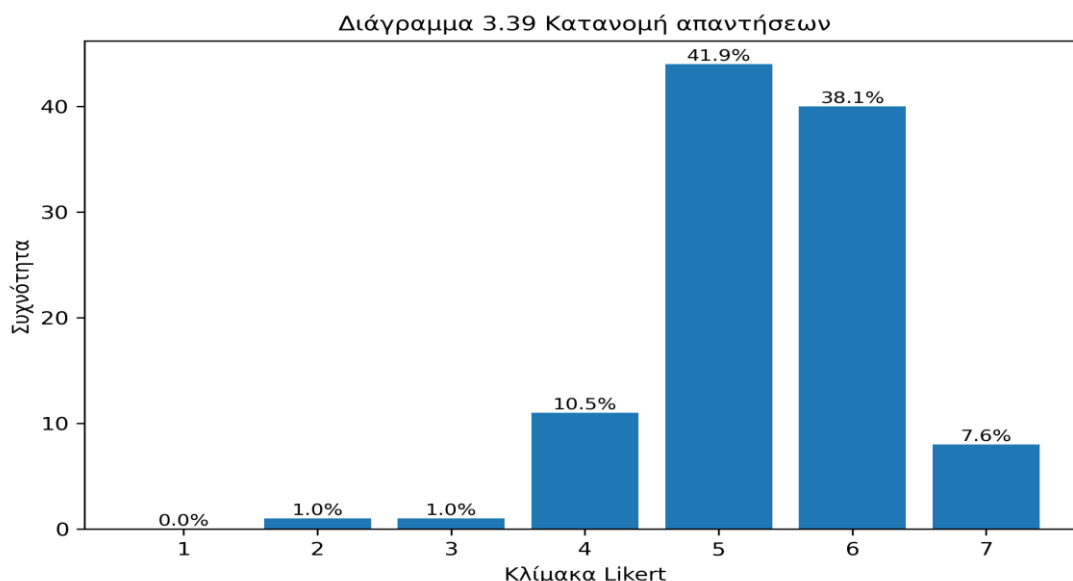


Ως προς την ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων τους, οι ερωτώμενοι επέδειξαν από ουδετερότητα (10.4%), έως απόλυτη συμφωνία (5.7%). Η μέση τιμή των απαντήσεων της συγκεκριμένης διάστασης της συναισθηματικής νοημοσύνης διαμορφώθηκε στο 5.39 τιμή που αντιστοιχεί στο 77,0% της μέγιστης δυνατής τιμής της κλίμακας. Οι δοθείσες απαντήσεις χαρακτηρίστηκαν από μικρή διασπορά, αποτέλεσμα που πιστοποιεί πως οι ερωτώμενοι διαθέτουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα αναγνώρισης των συναισθημάτων τους.

Πίνακας 40: Πίνακας 3.39 – Ερώτηση 6 - 6 ΟΑΕ Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2	5,38	7	76,9	0,88	0,78

Διάγραμμα 39: Διάγραμμα 3.39 – Ερώτηση 6

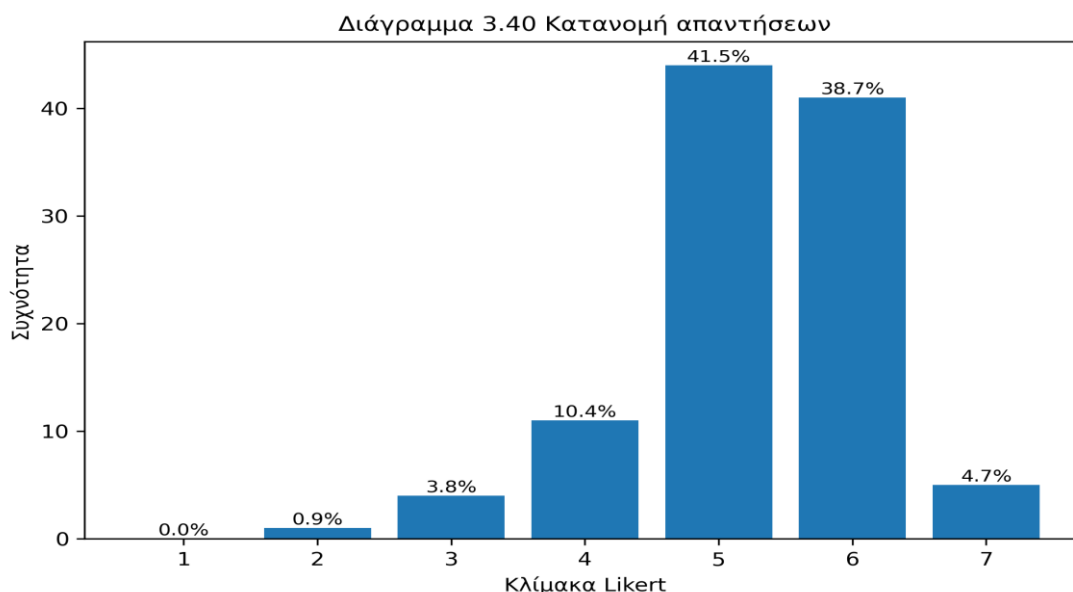


Σε αυτή τη ερώτηση απάντησαν θετικά περίπου εννέα στους δέκα ερωτώμενους (87.6%), με τη μέση τιμή να διαμορφώνεται στο 5.38. Οι διαφωνούντες δεν ξεπέρασαν συνολικά το 2%, ενώ περίπου ένας στους δέκα δήλωσε ουδετερότητα. Προκύπτει συνεπώς ανεπτυγμένη ικανότητα των νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά των άλλων, γεγονός που έχει επιπτώσεις στην ενσυναίσθηση, την ποιότητα των υπηρεσιών και της φροντίδας που παρέχουν προς τους ασθενείς.

Πίνακας 41: Πίνακας 3.40 – Ερώτηση 7 - 7 UOE Πάντα ‘λέω στον εαυτό μου’ ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2	5,27	7	75,3	0,92	0,85

Διάγραμμα 40: Διάγραμμα 3.40 – Ερώτηση 7

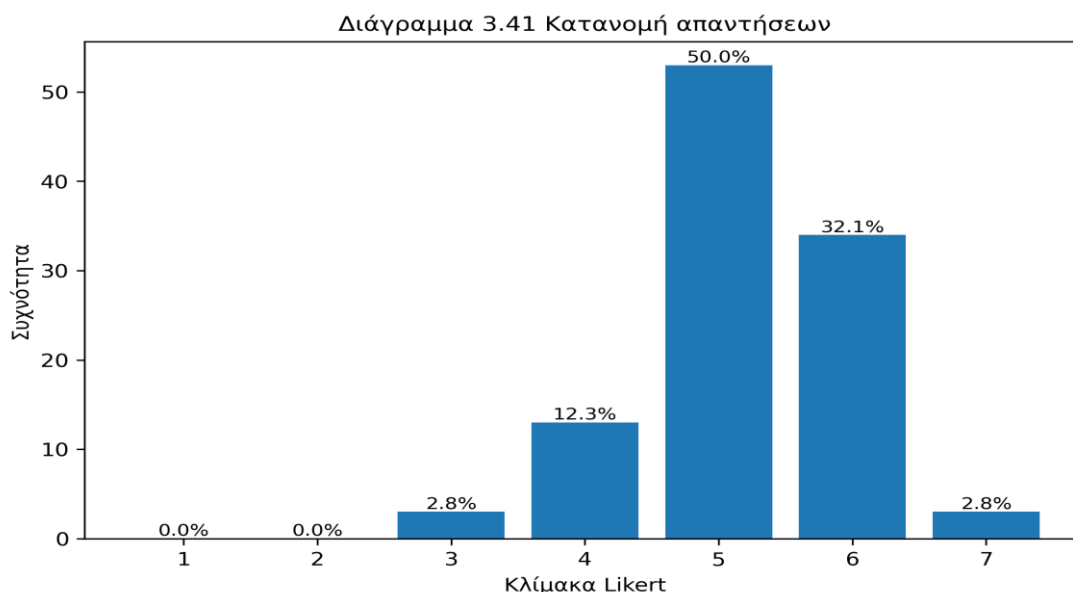


Σε αυτή την ερώτηση παρατηρείται μεγαλύτερη διασπορά συγκριτικά με τις προηγούμενες. Η μέση τιμή της ερώτησης μετρήθηκε στο 5.27, δηλαδή το 75.3% της μέγιστης δυνατής τιμής της κλίμακας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνουν και πάλι σύμφωνοι, γεγονός που ερμηνεύεται ως υψηλή ικανότητα των νοσηλευτών να χρησιμοποιούν τα συναισθήματα τους παραγωγικά και να μετατρέπουν τη συναισθηματική εμπειρία τους σε λειτουργικά εργαλεία κατά την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων.

Πίνακας 42: Πίνακας 3.41 – Ερώτηση 8 - 8 ROE Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα συναισθήματά μου

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,2	7	74,3	0,8	0,64

Διάγραμμα 41: Διάγραμμα 3.41 – Ερώτηση 8

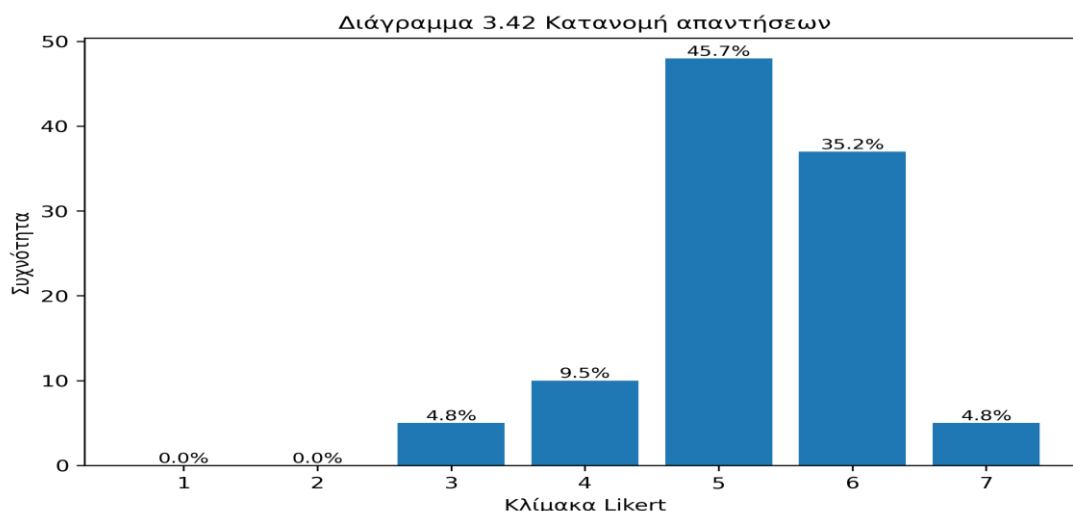


Η συγκεκριμένη ερώτηση αφορά την ικανότητα των ερωτώμενων νοσηλευτών να ελέγξουν τα συναισθήματα τους. Οι απαντήσεις τους κυμάνθηκαν κατά συντριπτική πλειοψηφία (83.9%), στο θετικό φάσμα της χρησιμοποιούμενης κλίμακας. Οι μισοί εξ αυτών δηλώνουν έστω και λίγο σύμφωνοι, ενώ μόλις το 2.8% δηλώνει ανίκανο να ελέγξει τα συναισθήματα του. Η μέση τιμή διαμορφώθηκε στο 5.2 με διακύμανση ίση με 0.6. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δείχνουν αυξημένη ικανότητα των νοσηλευτών να διαχειρίζονται την πίεση και το εργασιακό στρες καθώς και υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας στο περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας τους.

Πίνακας 43: Πίνακας 3.42 – Ερώτηση 9 - 9 SEA Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,26	7	75,1	0,88	0,77

Διάγραμμα 42: Διάγραμμα 3.42 – Ερώτηση 9

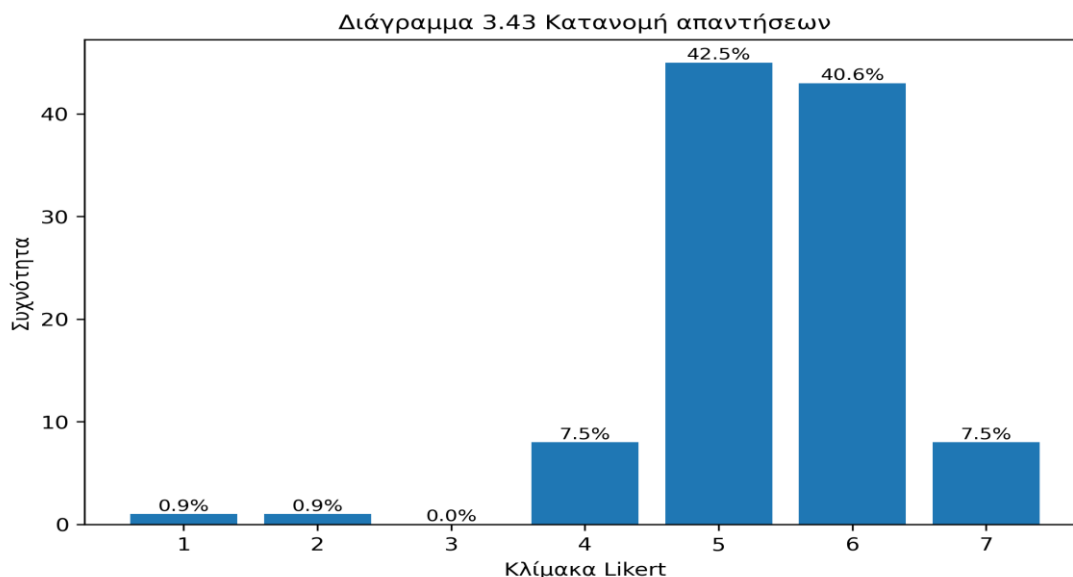


Ως ελάχιστη παρατηρούμενη τιμή σε αυτή την ερώτηση καταγράφηκε η τιμή 3 (Διαφωνώ λίγο). Παράλληλα, η μέση τιμή της ερώτησης μετρήθηκε στο 5.26. Προέκυψε λοιπόν υψηλό επίπεδο αυτό-αξιολόγησης και αυτογνωσίας των νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Αυτό συνεπάγεται ψυχική ανθεκτικότητα και καλύτερη διαχείριση στρες, παράγοντες ιδιαίτερα σημαντικοί στο απαιτητικό περιβάλλον φροντίδας χρονίως πασχόντων ασθενών.

Πίνακας 44: Πίνακας 3.43 – Ερώτηση 10 - 10 ΟΑΕ Είμαι ευαίσθητος στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1	5,42	7	77,4	0,92	0,85

Διάγραμμα 43: Διάγραμμα 3.43 – Ερώτηση 10

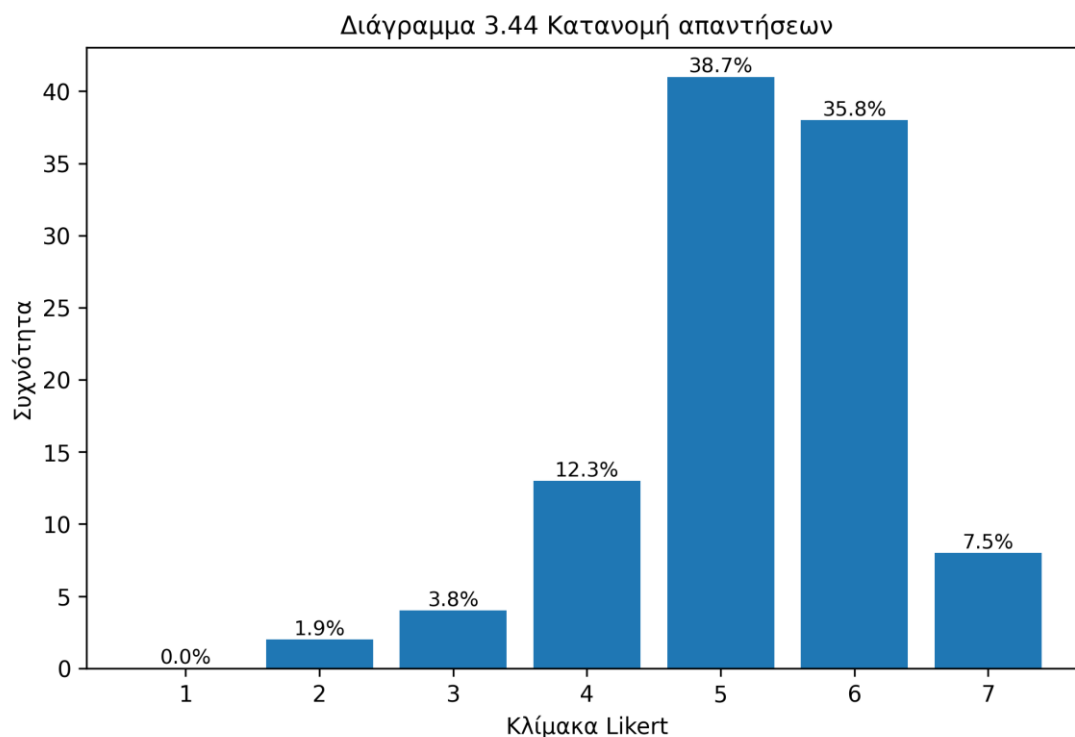


Η μέση τιμή των απαντήσεων σε αυτή την ερώτηση καταγράφηκε στο 5.42, γεγονός που υποδηλώνει μέτρια προς υψηλά επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης της συναισθηματικής νοημοσύνης. Οι νοσηλευτές δήλωσαν κατά συντριπτική πλειοψηφία (90.6%) ευαίσθητοι στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των συνανθρώπων τους. Αυτό σημαίνει και αυξημένη ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων τους και αντίληψης της συναισθηματικής κατάστασης ασθενών και συναδέλφων. Επομένως, μπορούν και αναπτύσσουν καλύτερη θεραπευτική επικοινωνία με τους ασθενείς που φροντίζουν και συνεργασία με τους συναδέλφους τους.

Πίνακας 45: Πίνακας 3.44 – Ερώτηση 11 - 11 UOE Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2	5,25	7	75,0	1,02	1,05

Διάγραμμα 44: Διάγραμμα 3.44 – Ερώτηση 11

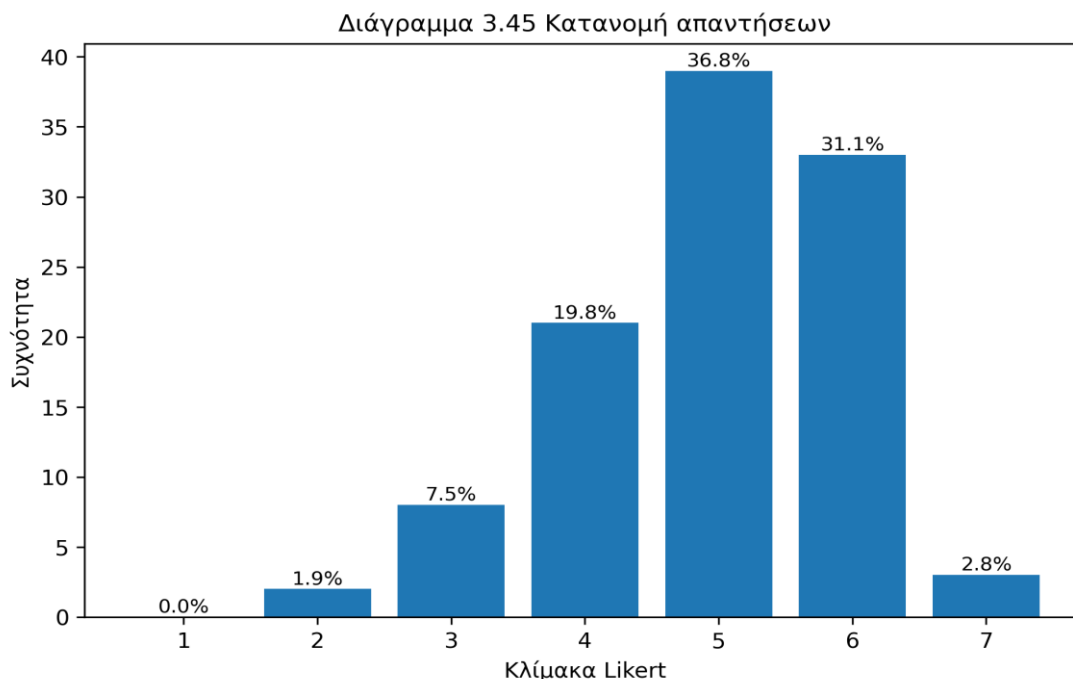


Στη συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρήθηκε σχετικά μεγάλη διασπορά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, με την πλειοψηφία τους ωστόσο, να αυτοχαρακτηρίζονται ως άτομα με ισχυρά κίνητρα. Οι δοθείσες απαντήσεις κυμάνθηκαν μεταξύ των τιμών: 2 και 7, με την μέση τιμή να διαμορφώνεται στο μέτριο προς υψηλό επίπεδο του 5.25. Τα ευρήματα αυτά πιστοποιούν την ικανότητα των νοσηλευτών να χρησιμοποιούν τα συναισθήματά τους παραγωγικά, προκειμένου να βελτιώσουν την εργασιακή τους απόδοση, την ικανότητα λήψης αποφάσεων, και τη συμπεριφοράς του στο περιβάλλον εργασίας τους.

Πίνακας 46: Πίνακας 3.45 – Ερώτηση 12 - 12 ROE Όταν θυμώνω, πάντα μπορώ να ηρεμήσω γρήγορα

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2	4,96	7	70,9	1,05	1,1

Διάγραμμα 45: Διάγραμμα 3.45 – Ερώτηση 12

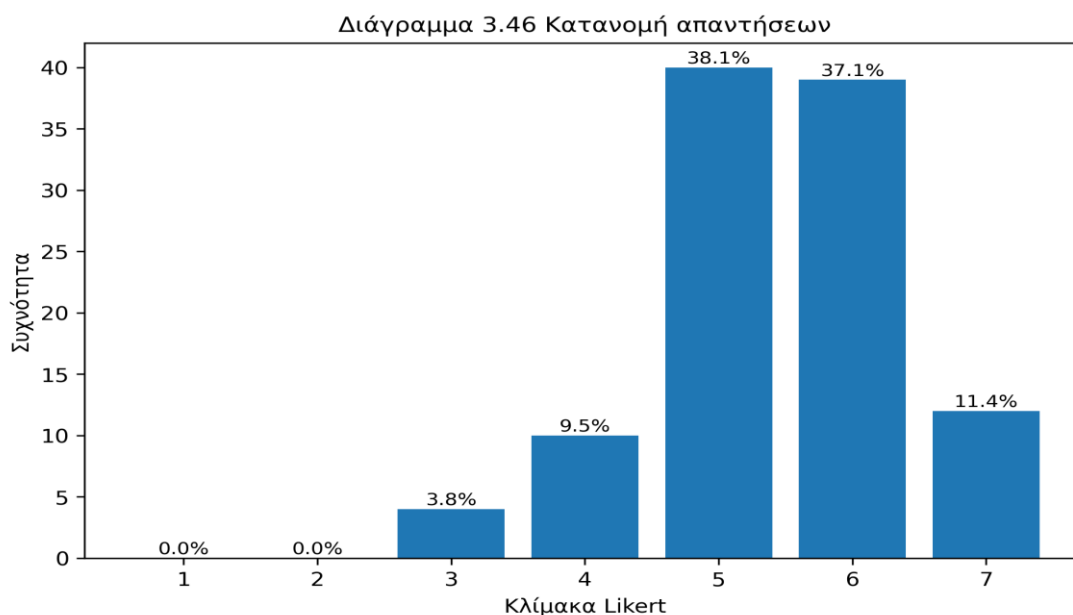


Στην ερώτηση αυτή καταγράφηκε η χαμηλότερη μέση τιμή (4.96%), στη συγκεκριμένη ομάδα ερωτήσεων. Βέβαια και πάλι η πλειοψηφία απάντησε θετικά στην ικανότητα αναγνώρισης, διαχείρισης και ρύθμισης των συναισθημάτων τους, εν προκειμένω του θυμού τους, με ποσοστό 70.7%. Η παράμετρος αυτή συνδέεται άμεσα με το εργασιακό άγχος και την ποιότητα ζωής τους. Προκύπτει λοιπόν αυξημένη ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων τους ακόμη και σε δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις, γεγονός που επιδρά και στη συναισθηματική κόπωση που βιώνουν και την ψυχική ανθεκτικότητά τους. Κατ' επέκταση και στην ποιότητα της ζωής τους.

Πίνακας 47: Πίνακας 3.46 – Ερώτηση 13 - 13 SEA Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,43	7	77,6	0,95	0,9

Διάγραμμα 46: Διάγραμμα 3.46 – Ερώτηση 13

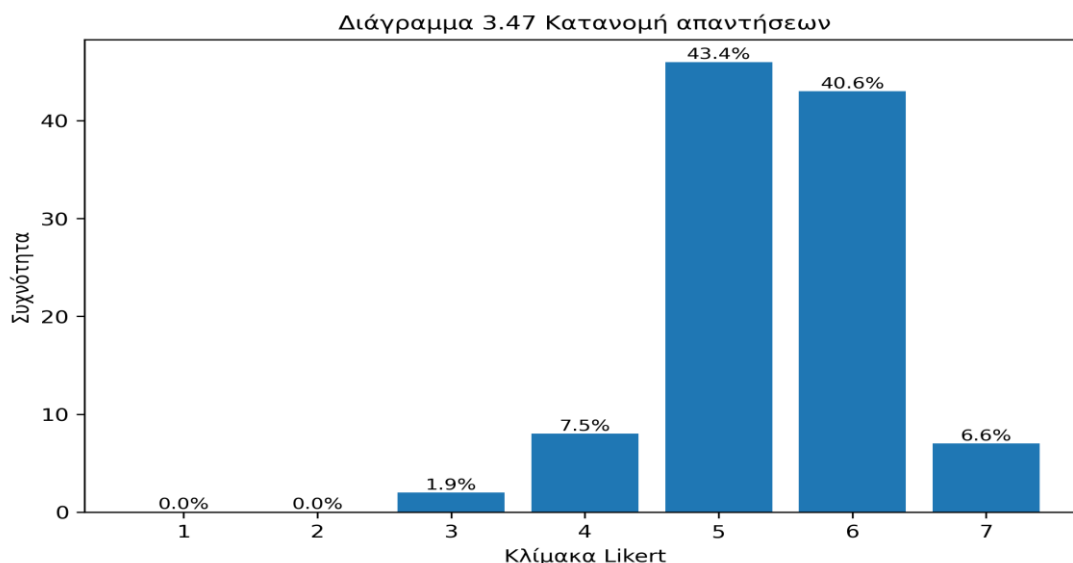


Η μέση τιμή των απαντήσεων προέκυψε ίση με 5.43, δηλαδή ίση με το 77.6% της μέγιστης δυνατής τιμής της κλίμακας. Ως ελάχιστη και μέγιστη τιμή καταγράφηκαν οι τιμές 3 και 7 αντίστοιχα και η τυπική απόκλιση βρέθηκε ίση με 0.95. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν κατά ισχυρή πλειοψηφία (86.6%), πως πάντα γνωρίζουν κατά πόσο είναι χαρούμενοι ή όχι. Συνεπώς προκύπτει ανεπτυγμένη ικανότητα των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν, κατανοούν, και εκφράζουν σωστά τα συναισθήματά τους. Στα περιβάλλοντα εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα τα παραπάνω σχετίζονται με υψηλό επίπεδο αυτογνωσίας, αναγνώριση επαγγελματικής εξουθένωσης και καλύτερη διαχείριση στρες από πλευράς νοσηλευτών.

Πίνακας 48: Πίνακας 3.47 – Ερώτηση 14 - 14 ΟΑΕ Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,42	7	77,4	0,8	0,65

Διάγραμμα 47: Διάγραμμα 3.47 – Ερώτηση 14

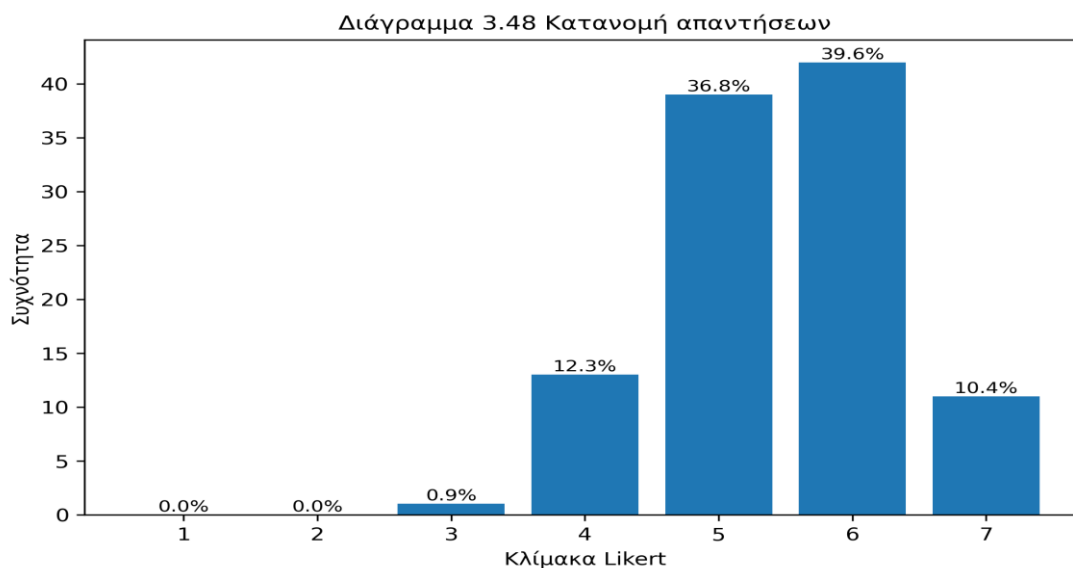


Η συγκεκριμένη ερώτηση αφορά την ικανότητα των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα των ασθενών που φροντίζουν, αλλά και των συνεργατών τους στο περιβάλλον εργασίας τους. Η μέση τιμή των απαντήσεων μετρήθηκε ίση με 5.42 με τους περισσότερους ερωτώμενους (90.6%), να δηλώνουν υψηλή ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων των ανθρώπων που συναναστρέφονται. Συνεπώς και αντίστοιχη ενσυναίσθηση. Επομένως είναι σε θέση να επικοινωνούν και να συνεργάζονται με ασθενείς και συναδέλφους αποτελεσματικότερα. Να κατανοούν καλύτερα τις ανάγκες τους και να παρέχουν αυξημένη φροντίδα στους ασθενείς τους.

Πίνακας 49: Πίνακας 3.48 – Ερώτηση 15 - 15 UOE Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
3	5,46	7	78,0	0,87	0,77

Διάγραμμα 48: Διάγραμμα 3.48 – Ερώτηση 15

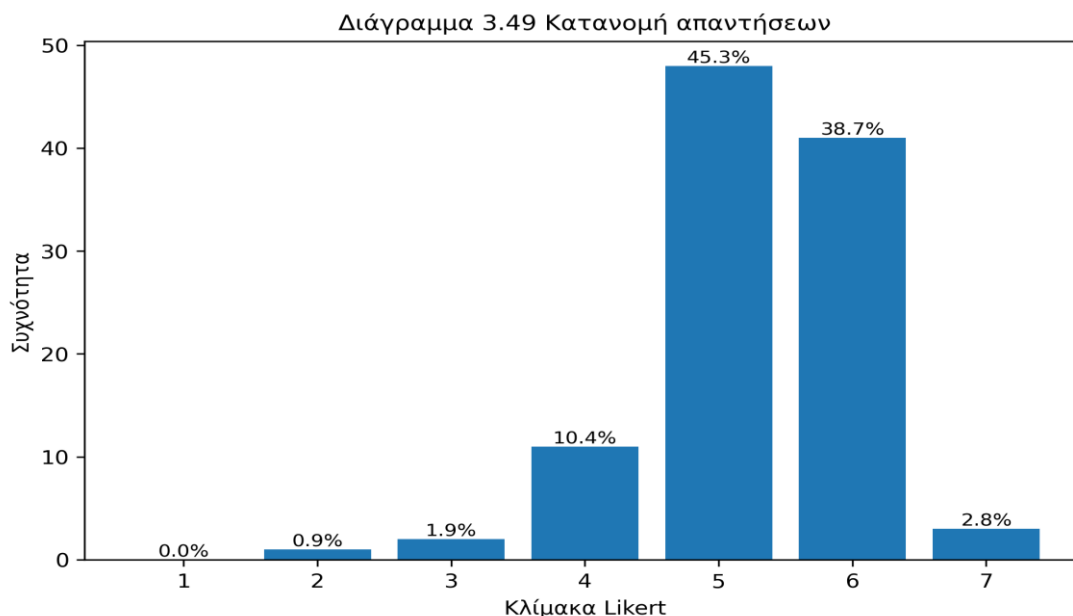


Στόχος της συγκεκριμένης ερώτησης ήταν η αξιολόγηση της ικανότητας των νοσηλευτών να χρησιμοποιούν τα συναισθήματά τους παραγωγικά. Η μέση τιμή των απαντήσεων διαμορφώθηκε στο 5.46 με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (86.8%), να συμφωνούν ως προς τη διαρκή παρακίνηση του εαυτού τους για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος, γεγονός που μπορεί να μειώνει την επαγγελματική εξουθένωση και να ενισχύει την ποιότητα ζωής τους. Η στάση αυτή βελτιώνει την εργασιακή απόδοση τους, την ικανότητα λήψης αποφάσεων και την εν γένει συμπεριφορά τους στο περιβάλλον εργασίας τους. Τα παραπάνω συνδέονται με διαρκή επαγγελματική κινητοποίηση, αυξημένη προσαρμοστικότητα, αποτελεσματική διαχείριση απαιτητικών περιστατικών και καλύτερη επαγγελματική λειτουργικότητα.

Πίνακας 50: Πίνακας 3.49 – Ερώτηση 16 - 16 ROE Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2	5,27	7	75,3	0,83	0,7

Διάγραμμα 49: Διάγραμμα 3.49 – Ερώτηση 16



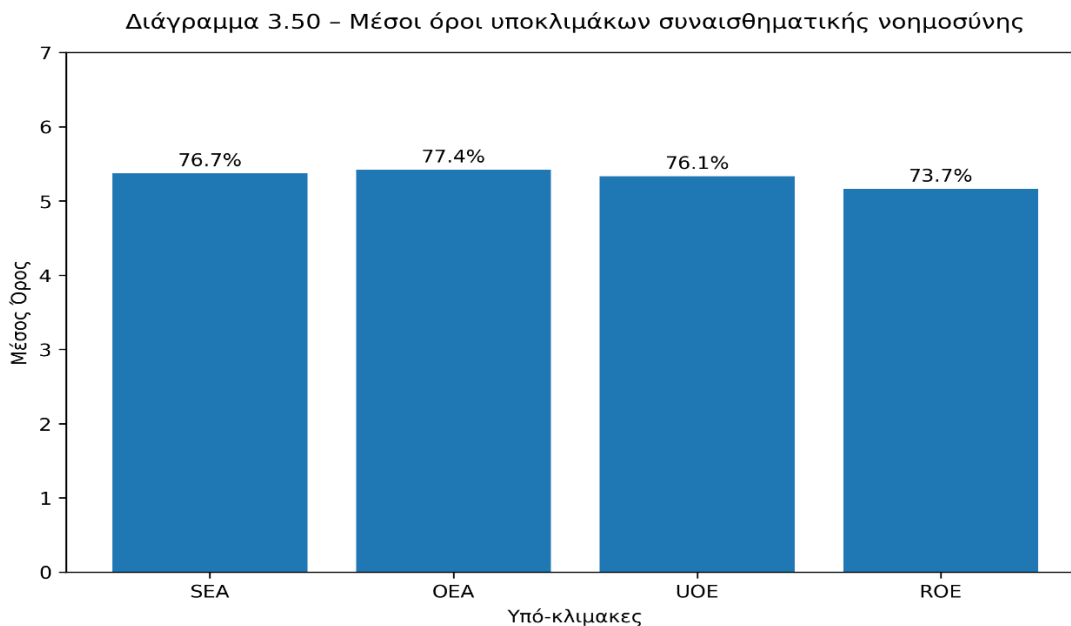
Περίπου εννέα στους δέκα νοσηλευτές δήλωσαν υψηλή ικανότητα να αναγνωρίζουν, ελέγχουν, διαχειρίζονται και ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους. Η μέση τιμή των απαντήσεων αυτής της ερώτησης καταγράφηκε ίση με 5.27. Τα συγκεκριμένα μέτρια προς υψηλά επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης της συναισθηματικής νοημοσύνης, αντικατοπτρίζουν την αυξημένη ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων από πλευράς νοσηλευτών, ακόμη και στις δύσκολες καταστάσεις που προκύπτουν κατά την εργασία τους με ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Αποτελεσματικότερης διαχείρισης της πίεσης, του επαγγελματικού στρες, των συγκρούσεων στο περιβάλλον εργασίας, της συναισθηματικής κόπωσης και της ψυχικής ανθεκτικότητας. Επιπλέον, υποδηλώνουν καλύτερη συναισθηματική αυτορρύθμιση, μικρότερη επιρροή από το εργασιακό άγχος και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στο περιβάλλον νοσοκομειακής φροντίδας.

3.2.2. Υπό-κλίμακες συναισθηματικής νοημοσύνης

Για την εμβάθυνση της έρευνας οι 16 ερωτήσεις της ενότητας που αφορά τη συναισθηματική νοημοσύνη χωρίστηκαν στις τέσσερις βασικές υπό-κατηγορίες κλίμακας και συγκεκριμένα στις: SEA, OEA, UOE, ROE και αξιολογήθηκαν ως προς την μέση τιμή τους.

Στο Διάγραμμα 3.50 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των τεσσάρων επιμέρους κλιμάκων της συναισθηματικής νοημοσύνης, ενώ ακολουθεί και ένας συνοπτικός σχολιασμός των αποτελεσμάτων.

Διάγραμμα 50: Διάγραμμα 3.50. Μέσοι όροι υπό-κλιμάκων συναισθηματικής νοημοσύνης



Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σχετικά υψηλές τιμές σε όλες τις υπό-κλίμακες της συναισθηματικής νοημοσύνης, με υψηλότερη μέση τιμή στην αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων (OEA/OAE: 5.42 – 77.4%) και ακολούθως στην αυτό-αναγνώριση των συναισθημάτων τους (SEA: 5.37 – 76.7%). Υψηλές τιμές καταγράφηκαν επίσης στη χρήση των συναισθημάτων τους (UOE: 5.33 – 76.1%) και στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους (ROE: 5.16 – 73.7%). Το γεγονός αυτό ενδεχομένως αντανακλά την ανάγκη ανάπτυξης αυξημένων δεξιοτήτων συναισθηματικής διαχείρισης στο πλαίσιο της καθημερινής νοσηλευτικής πρακτικής.

Τα παραπάνω ευρήματα, καταδεικνύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζει αυξημένη συναισθηματική επίγνωση, προσαρμοστικότητα, ενσυναίσθηση και ικανότητα διαχείρισης των συναισθηματικά απαιτητικών καταστάσεων. Τα στοιχεία αυτά θεωρούνται υψίστης σημασίας στο πλαίσιο της φροντίδας ασθενών με χρόνια νοσήματα. Επιπροσθέτως, η σχετικά υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στο εργασιακό άγχος και να συμβάλλει θετικά στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών.

3.2.3. Αξιοπιστία κλίμακας

Ο Cronbach (α) αποτελεί έναν δείκτη αξιοπιστίας που χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει ότι όλες οι μεταβλητές της έρευνας παρέχουν συνεπείς μετρήσεις. Η ανάλυση αυτή χρησιμεύει στο να ελεγχθεί εάν όλα τα χρησιμοποιούμενα στοιχεία σε ένα μέτρο κλίμακας εμφανίζουν εσωτερική συνέπεια. Στη διεθνή βιβλιογραφία, τιμές του δείκτη Cronbach α υψηλότερες από 0.90 είναι εξαιρετικές, από 0.80 είναι γενικά καλές, από 0.70 είναι γενικά αποδεκτές, ενώ μικρότερες από 0.60 είναι κακές (Sekaran and Bougie, 2016).

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α της συνολικής κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης WLEIS υπολογίστηκε σε $\alpha = 0.936$, υποδηλώνοντας έτσι εξαιρετική εσωτερική συνοχή της κλίμακας.

Στον Πίνακα 3.50 παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι τιμές αξιοπιστίας των κλιμάκων και υπό-κλιμάκων της έρευνας, οι οποίες εμφανίζουν γενικότερα ένα καλό επίπεδο αξιοπιστίας.

Πίνακας 51: Πίνακας 3.50. Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach α κλιμάκων και υποκλιμάκων

Κλίμακα / Υπό-κλίμακα	Αριθμός Ερωτήσεων	Cronbach α
WLEIS – Συνολική Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης	16	0.936
ENSS – Διευρυμένη Κλίμακα Νοσηλευτικού Άγχους	59	0.958
SF-36 Physical Functioning	10	0.912
SF-36 Role Physical	4	0.843
SF-36 Bodily Pain	2	0.915
SF-36 General Health	5	0.847
SF-36 Vitality	4	0.819
SF-36 Social Functioning	2	0.847
SF-36 Role Emotional	3	0.794
SF-36 Mental Health	5	0.879

3.3. Αποτελέσματα της Κλίμακας Εκτεταμένης Μέτρησης Εργασιακού Άγχους των Νοσηλευτών (ENSS)

Ακολούθως εξετάστηκε η Διευρυμένη Κλίμακα Νοσηλευτικού Άγχους (Expanded Nursing Stress Scale – ENSS). Στη συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας για τη συγκεκριμένη κλίμακα. Η ανάλυση επικεντρώθηκε τόσο στο συνολικό επίπεδο επαγγελματικού άγχους, όσο και στους επιμέρους στρεσογόνους παράγοντες επιρροής της καθημερινής λειτουργίας των νοσηλευτών.

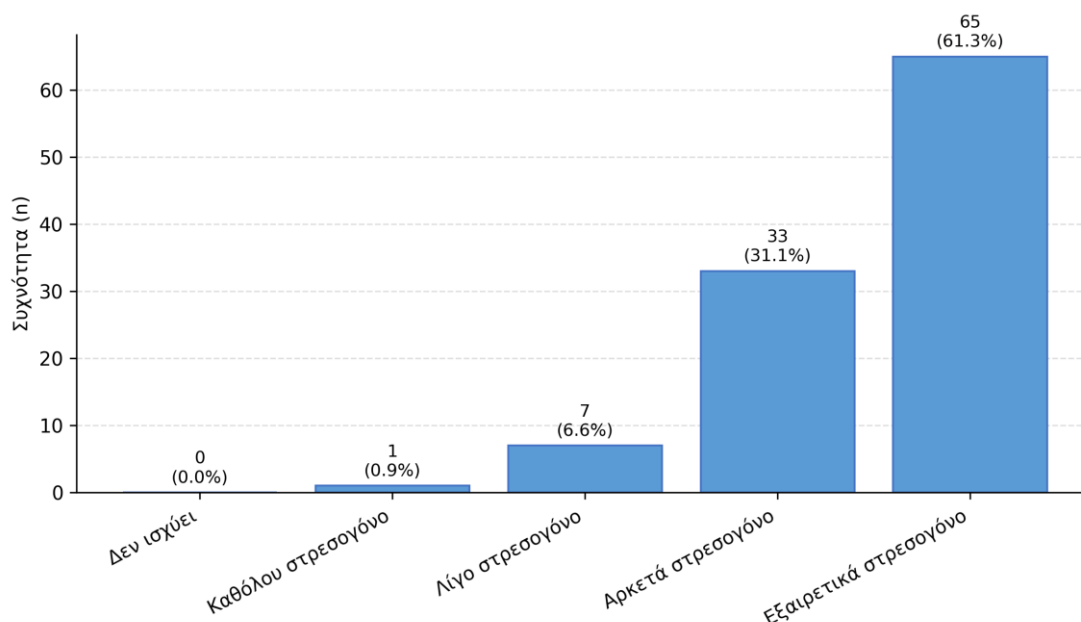
3.3.1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται όπως και προηγουμένως, ξεχωριστά τα αποτελέσματα και μία σύντομη ερμηνεία για κάθε μία από τις εξήντα ερωτήσεις που την απαρτίζουν. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται και πάλι διαδοχικά όλες οι ερωτήσεις με τη σειρά που απαντήθηκαν από τους ερωτώμενους, συνοδευόμενες από έναν πίνακα αποτελεσμάτων, την κατάλληλη διαγραμματική απεικόνιση τους και μια σύντομη ερμηνεία τους. Ειδικότερα, στους πίνακες απεικονίζονται τα βασικά περιγραφικά της κάθε ερώτησης και στα αντίστοιχα διαγράμματα το πλήθος των απαντήσεων που δόθηκαν σε κάθε επιλογή και το εκατοστιαίο ποσοστό τους επί του συνόλου των απαντήσεων. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, με επιλογές/τιμές: 1: Καθόλου Στρεσογόνο, 2: Λίγο Στρεσογόνο, 3: Αρκετά Στρεσογόνο, 4: Εξαιρετικά Στρεσογόνο, 0: Δεν ισχύει.

Πίνακας 52: Πίνακας 3.51 – Ερώτηση 1 - 1 Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	3,53	4,00	100,0	0,66	0,44

Διάγραμμα 51: Διάγραμμα 3.51 – Ερώτηση 1

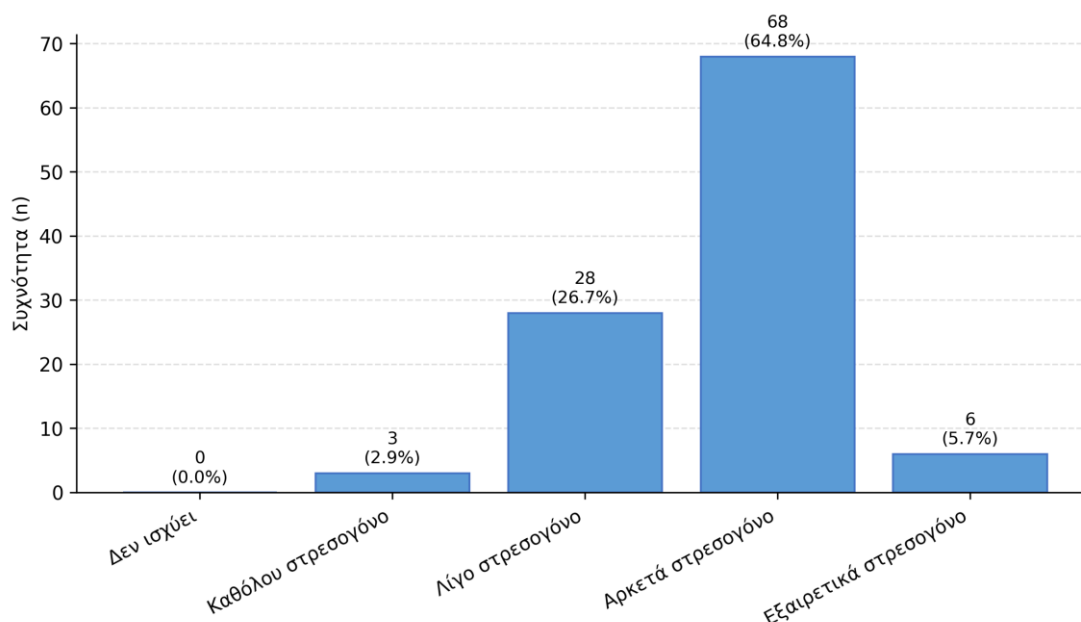


Η εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς αναδείχθηκε ως ο πλέον έντονος στρεσογόνος παράγοντας. Η μέση τιμή ανέρχεται σε 3.53 και το 92.4% των συμμετεχόντων τη χαρακτήρισε αρκετά ως εξαιρετικά στρεσογόνα, με το 61.3% εξ αυτών μάλιστα, να επιλέγει την υψηλότερη βαθμίδα της κλίμακας εργασιακού άγχους. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συνδέεται άμεσα με την ιδιαιτερότητα της νοσηλευτικής φροντίδας των χρονίως πασχόντων ασθενών, όπου οι επώδυνες ή δυσάρεστες παρεμβάσεις αποτελούν συχνό μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής.

Πίνακας 53: Πίνακας 3.52 – Ερώτηση 2 - 2 Κριτική από έναν γιατρό.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	2,73	4,00	100,0	0,61	0,37

Διάγραμμα 52: Διάγραμμα 3.52 – Ερώτηση 2

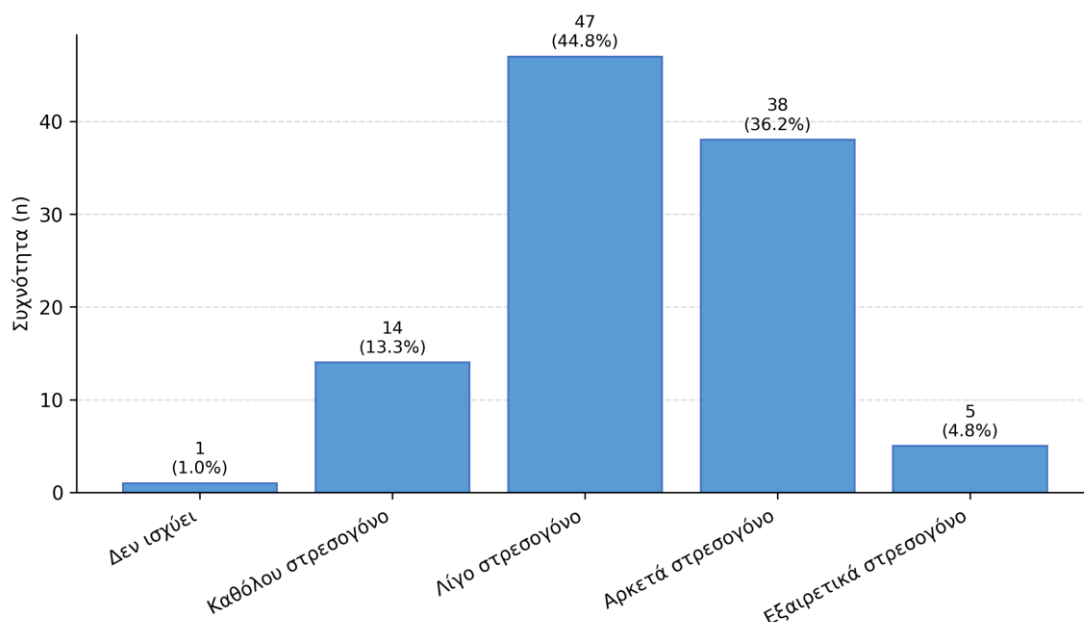


Η κριτική από έναν γιατρό αξιολογήθηκε ως αρκετά στρεσογόνος παράγοντας, καθώς το 64,8% των συμμετεχόντων επέλεξε τη συγκεκριμένη κατηγορία. Η διαπίστωση αυτή υποδηλώνει ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελούν σημαντική διάσταση του νοσηλευτικού άγχους, ιδιαίτερα σε απαιτητικά περιβάλλοντα όπως οι δημόσιες δομές υγείας που παρέχουν φροντίδα σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς.

Πίνακας 54: Πίνακας 3.53 – Ερώτηση 3 - 3 Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,30	4,00	100,0	0,79	0,63

Διάγραμμα 53: Διάγραμμα 3.53 – Ερώτηση 3

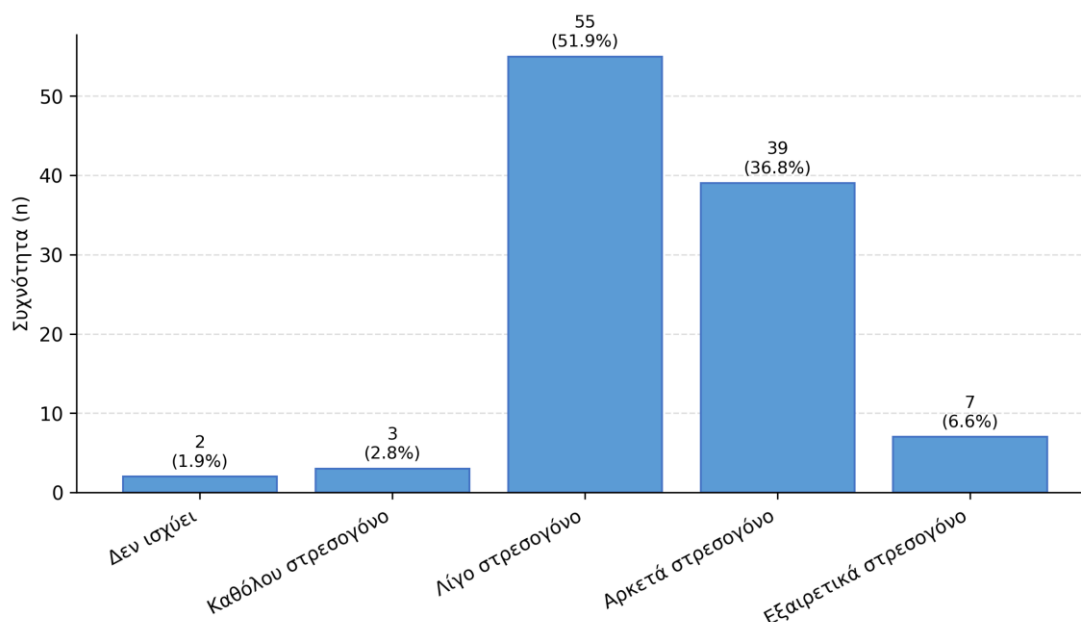


Το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς φαίνεται να προκαλεί ήπια έως μέτρια επίπεδα άγχους στους συμμετέχοντες νοσηλευτές. Κατά πλειοψηφία (81%), επέλεξαν τις απαντήσεις «Λίγο στρεσογόνο» και «Αρκετά στρεσογόνο», αναδεικνύοντας τη σημασία της επικοινωνίας και της υποστήριξης των οικογενειών των ασθενών με χρόνια νοσήματα, η οποία συχνά αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του νοσηλευτικού ρόλου στα δημόσια νοσοκομεία.

Πίνακας 55: Πίνακας 3.54 – Ερώτηση 4 - 4 Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,43	4,00	100,0	0,74	0,55

Διάγραμμα 54: Διάγραμμα 3.54 – Ερώτηση 4

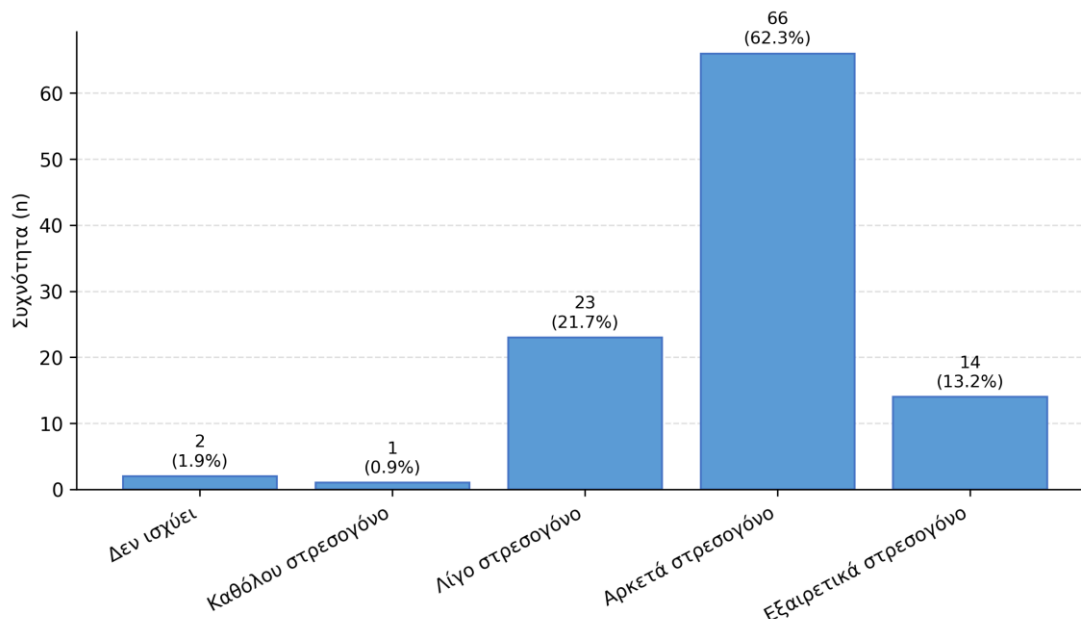


Ήπια έως μέτρια επίπεδα άγχους στους συμμετέχοντες φαίνεται πως προκαλεί και η έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση των προβλημάτων που προκύπτουν στο εργασιακό περιβάλλον. Η εικόνα αυτή αποτυπώνει τη σημασία της επικοινωνίας και της διεπιστημονικής συνεργασίας στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η δυνατότητα ανταλλαγής απόψεων και εμπειριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά για τους νοσηλευτές που διαχειρίζονται καθημερινά σύνθετα περιστατικά χρονίως πασχόντων ασθενών.

Πίνακας 56: Πίνακας 3.55 – Ερώτηση 5 - 5 Διαμάχη με έναν προϊστάμενο.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,84	4,00	100,0	0,73	0,53

Διάγραμμα 55: Διάγραμμα 3.55 – Ερώτηση 5

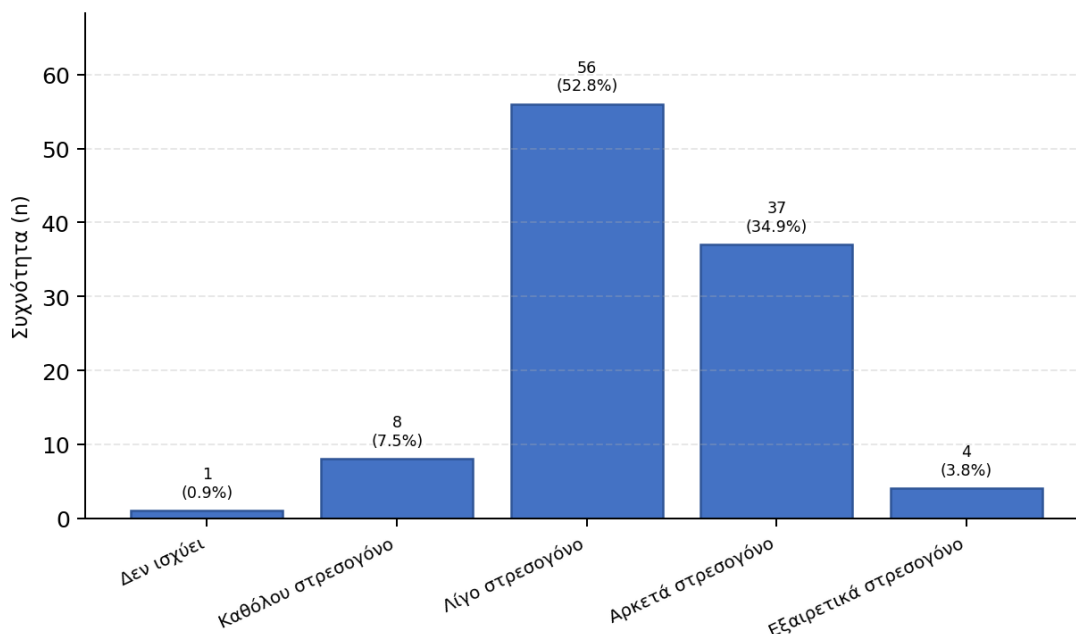


Η διαμάχη με έναν προϊστάμενο μετρήθηκε ως σημαντικός παράγοντας εργασιακού άγχους. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες χαρακτήρισαν τη συγκεκριμένη μεταβλητή αρκετά στρεσογόνα (62.3%). Τούτο καταγράφει ότι η ποιότητα των σχέσεων με τα διοικητικά και ιεραρχικά ανώτερα στελέχη επηρεάζει ουσιαστικά την επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών και ενδέχεται να επηρεάζει την εργασιακή τους ικανοποίηση και την αποτελεσματική παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

Πίνακας 57: Πίνακας 3.56 – Ερώτηση 6 - 6 Βλάβη στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,33	4,00	100,0	0,71	0,50

Διάγραμμα 56: Διάγραμμα 3.56 – Ερώτηση 6

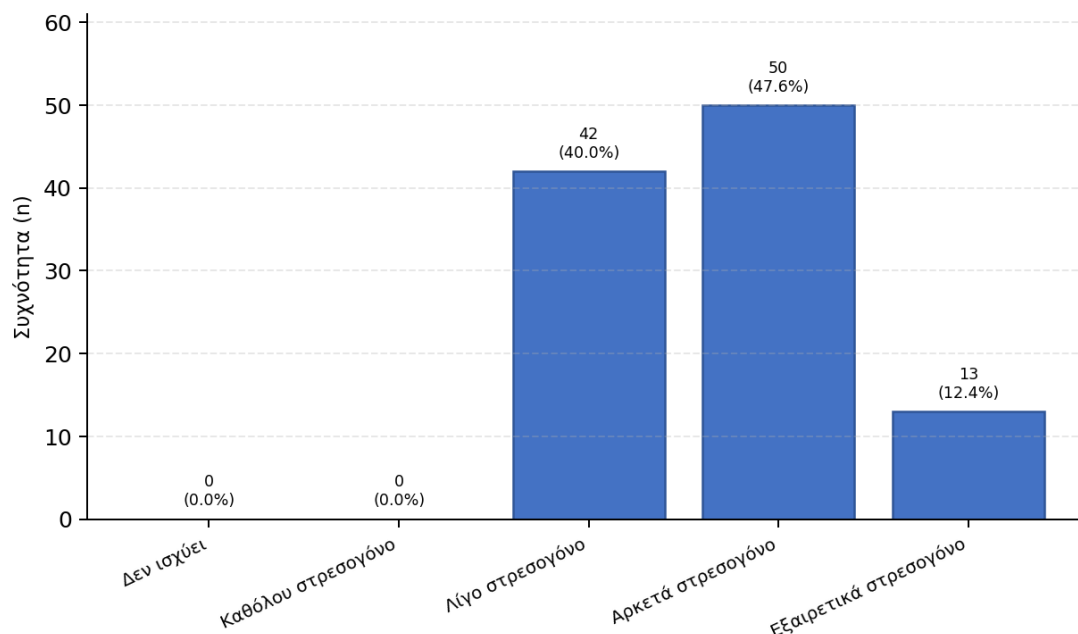


Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι βλάβες στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές αποτελούν παράγοντα εργασιακού άγχους για σημαντικό μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού. Οριακά περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (52.8%) αξιολόγησαν το συγκεκριμένο γεγονός ως λίγο στρεσογόνο, ενώ το 34.9% το χαρακτήρισε αρκετά στρεσογόνο, ενώ η μέση τιμή της μεταβλητής (2.33) υποδηλώνει μέτριο επίπεδο αντιλαμβανόμενου στρες. Το φαινόμενο αυτό πιθανώς συνδέεται με την αυξανόμενη εξάρτηση των σύγχρονων δημόσιων νοσοκομείων από τα πληροφοριακά συστήματα για την καταγραφή, παρακολούθηση και διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα. Οι τεχνικές δυσλειτουργίες ενδέχεται να επιβαρύνουν τη ροή εργασίας των νοσηλευτών και να δυσχεραίνουν την παροχή έγκαιρης φροντίδας.

Πίνακας 58: Πίνακας 3.57 – Ερώτηση 7 - 7 Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τους ιατρούς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2,00	2,72	4,00	100,0	0,67	0,45

Διάγραμμα 57: Διάγραμμα 3.57 – Ερώτηση 7

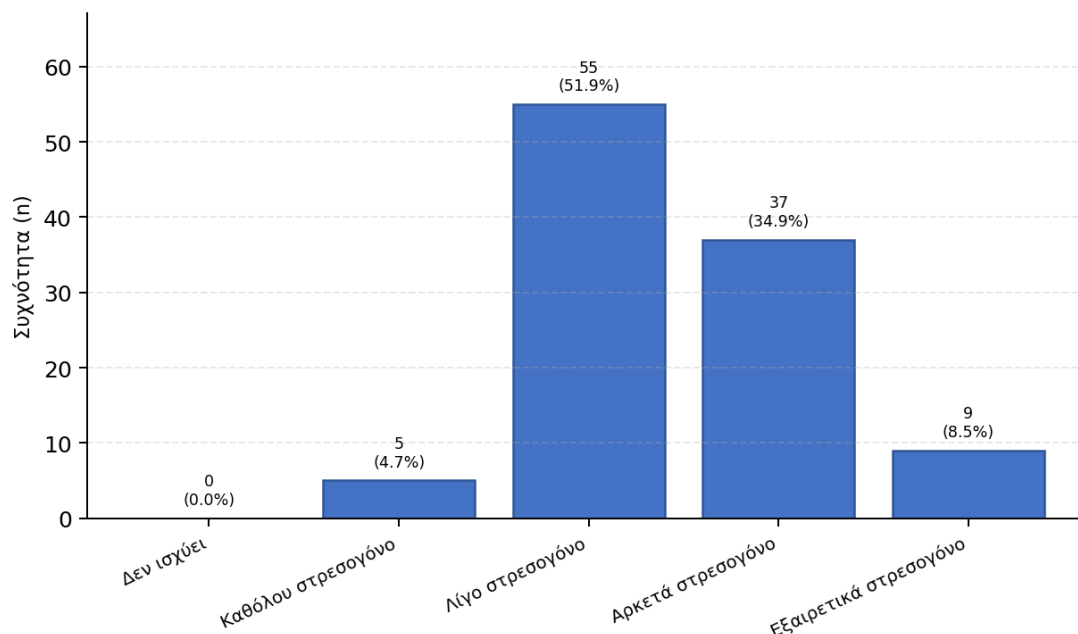


Ως ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας εργασιακού άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφηκε η ανεπαρκής ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την κλινική κατάσταση των ασθενών. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (47.6%) αξιολόγησαν το συγκεκριμένο ζήτημα ως αρκετά στρεσογόνο, ενώ ένα επιπλέον 12.4% το χαρακτήρισε εξαιρετικά στρεσογόνο. Η σχετικά υψηλή μέση τιμή (2.72) καταγράφει την κρισιμότητα της αποτελεσματικής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την ομαλή παροχή φροντίδας. Η ελλιπής πληροφόρηση μπορεί να αυξήσει την αβεβαιότητα, να δυσχεράνει τη λήψη αποφάσεων και να εντείνει το εργασιακό στρες.

Πίνακας 59: Πίνακας 3.58 – Ερώτηση 8 - 8 Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	2,47	4,00	100,0	0,72	0,51

Διάγραμμα 58: Διάγραμμα 3.58 – Ερώτηση 8

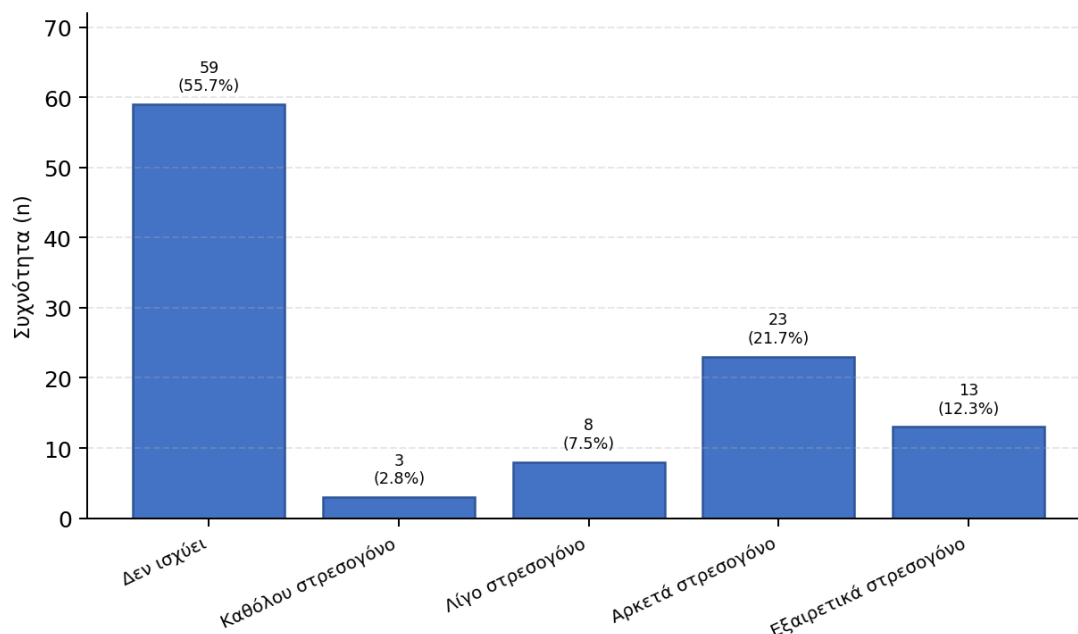


Αξιοσημείωτο παράγοντα εργασιακού άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να αποτελούν και οι παράλογες απαιτήσεις από πλευράς ασθενών. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (51.9%) αξιολόγησαν το συγκεκριμένο παράγοντα ως λίγο στρεσογόνο. Μάλιστα, το 43,4% τον χαρακτήρισε αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο, ενώ η μέση τιμή (2.47) μαρτυρά μέτριο επίπεδο επιβάρυνσης. Το αποτέλεσμα αυτό αντανακλά τις αυξημένες απαιτήσεις που συχνά καλούνται να διαχειριστούν οι νοσηλευτές στο πλαίσιο της καθημερινής φροντίδας, όπου η ανάγκη συνεχούς επικοινωνίας και υποστήριξης μπορεί να ενισχύσει την ψυχολογική πίεση όταν οι προσδοκίες των ασθενών υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνατότητες ή τους περιορισμούς του συστήματος υγείας.

Πίνακας 60: Πίνακας 3.59 – Ερώτηση 9 - 9 Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	1,32	4,00	100,0	1,58	2,50

Διάγραμμα 59: Διάγραμμα 3.59 – Ερώτηση 9

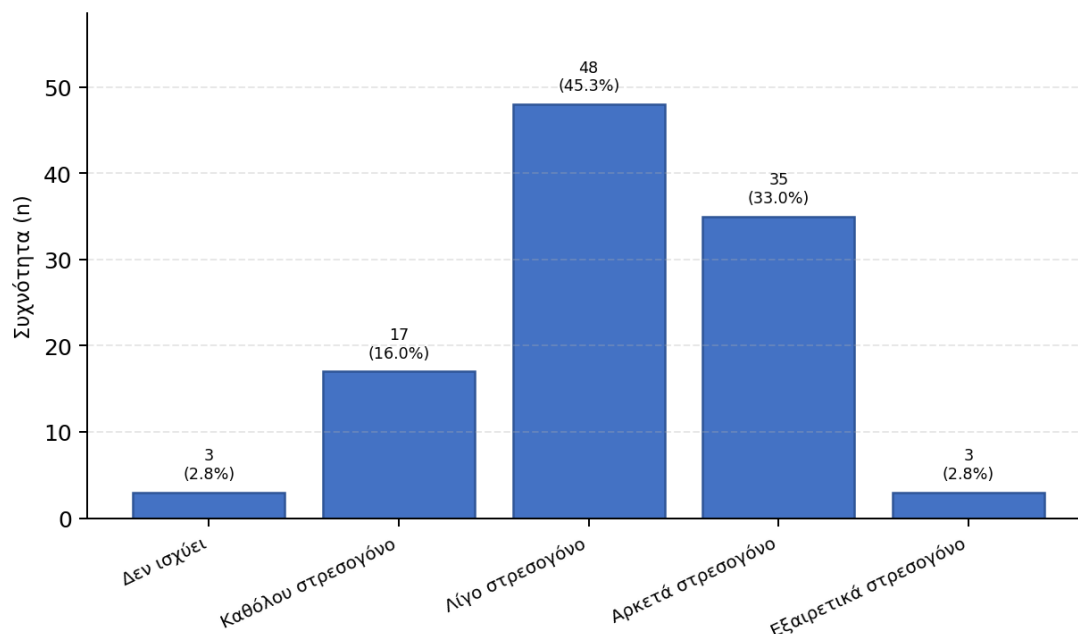


Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (55.7%) δήλωσε πως το συγκεκριμένο περιστατικό δεν ισχύει για το εργασιακό τους περιβάλλον. Ωστόσο, μεταξύ όσων έχουν έρθει αντιμέτωποι με ανάλογες συμπεριφορές, η σεξουαλική παρενόχληση μετρήθηκε να αποτελεί ιδιαίτερα σοβαρή πηγή εργασιακού άγχους. Συγκεκριμένα, το 34% των νοσηλευτών τη χαρακτήρισε αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Συνεπώς, παρότι το φαινόμενο της σεξουαλικής παρενόχλησης δεν εμφανίζεται συχνά στο συγκεκριμένο ερευνητικό δείγμα, όταν εκδηλώνεται επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική ευημερία και το αίσθημα ασφάλειας των επαγγελματιών υγείας και μπορεί να επιβαρύνει περαιτέρω το ήδη αυξημένο επίπεδο εργασιακού στρες των νοσηλευτών.

Πίνακας 61: Πίνακας 3.60 – Ερώτηση 10 - 10 Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,17	4,00	100,0	0,83	0,69

Διάγραμμα 60: Διάγραμμα 3.60 – Ερώτηση 10

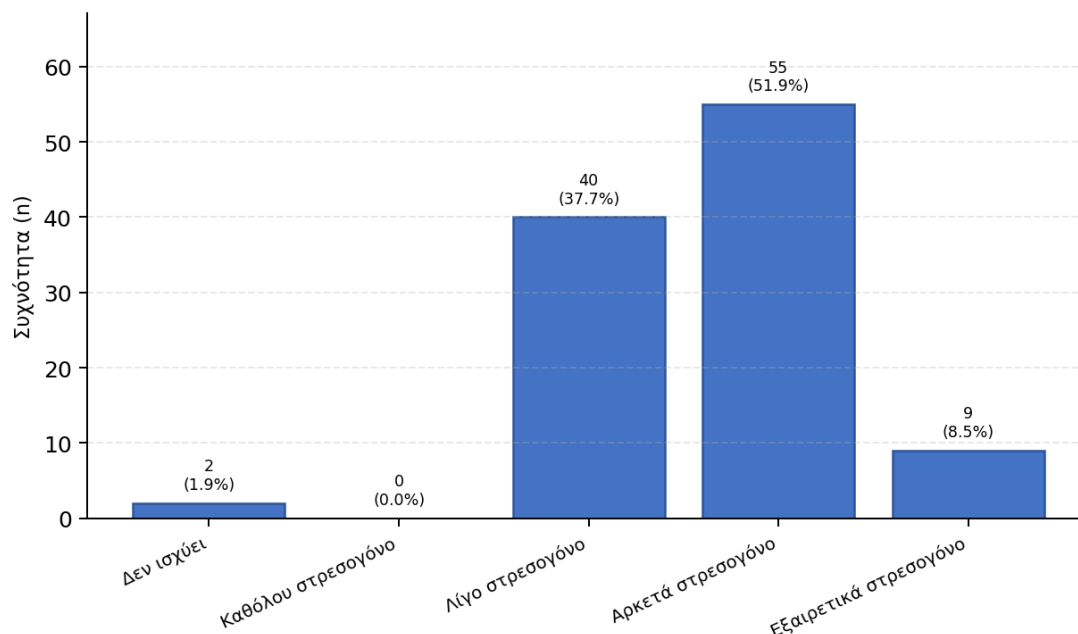


Το αίσθημα ανεπάρκειας όταν δεν παρατηρείται βελτίωση στην κατάσταση του ασθενούς αποτελεί μια υπαρκτή πηγή εργασιακού άγχους για τους νοσηλευτές. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (45.3%) αξιολόγησαν τον συγκεκριμένο παράγοντα ως λίγο στρεσογόνο, την ίδια ώρα που το 35.8% τον χαρακτήρισε αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο. Καταγράφεται επομένως η συναισθηματική εμπλοκή των νοσηλευτών που συχνά αναπτύσσεται κατά τη φροντίδα ασθενών, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων, όπου η πορεία της υγείας δεν είναι πάντοτε άμεσα βελτιούμενη. Η μέση τιμή (2.17) δηλώνει ότι η επαγγελματική ευθύνη και η επιθυμία παροχής ποιοτικής φροντίδας μπορούν να λειτουργήσουν ως παράγοντες ψυχολογικής επιβάρυνσης για το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 62: Πίνακας 3.61 – Ερώτηση 11 -11 Διαμάχη με έναν γιατρό.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,65	4,00	100,0	0,71	0,51

Διάγραμμα 61: Διάγραμμα 3.61 – Ερώτηση 11

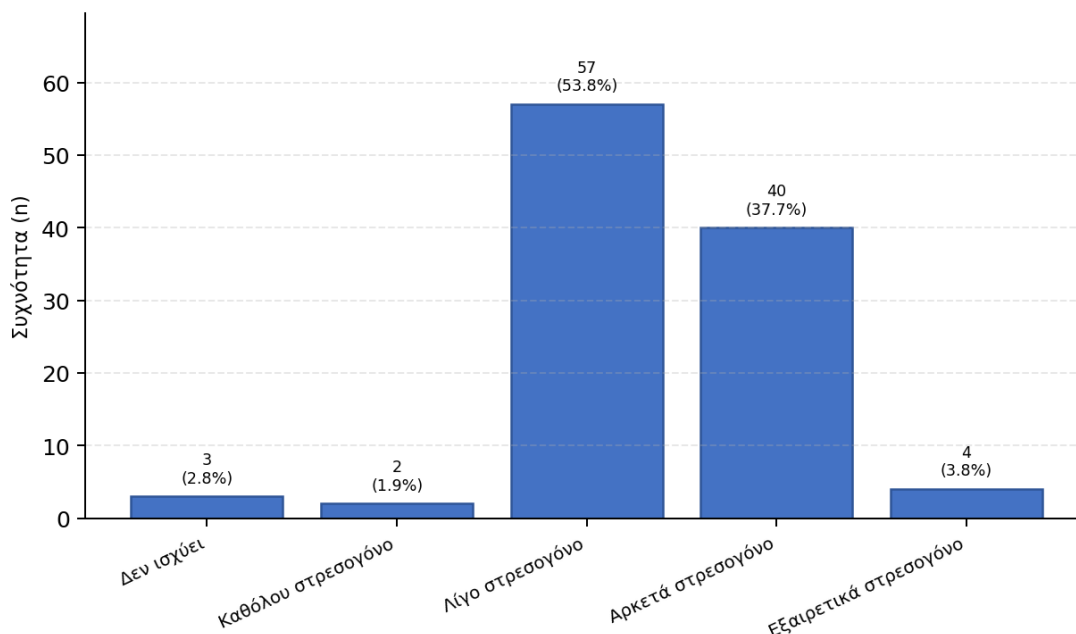


Η διαμάχη με έναν ιατρό αναδεικνύεται ως ένας από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες εργασιακού άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (51.9%) αξιολόγησαν το συγκεκριμένο γεγονός ως αρκετά στρεσογόνο, ενώ ένα επιπλέον 8.5% το χαρακτήρισε εξαιρετικά στρεσογόνο. Η μέση τιμή της μεταβλητής (2,64) καταγράφει ένα σχετικά υψηλό επίπεδο ψυχολογικής επιβάρυνσης, επιβεβαιώνοντας τη σημασία της αποτελεσματικής διεπιστημονικής συνεργασίας στο περιβάλλον εργασίας. Οι συγκρούσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την επικοινωνία και το εργασιακό κλίμα, αυξάνοντας το άγχος των νοσηλευτών. Ταυτόχρονα, δυσχεραίνουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.

Πίνακας 63: Πίνακας 3.62 – Ερώτηση 12 - 12 Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,38	4,00	100,0	0,72	0,52

Διάγραμμα 62: Διάγραμμα 3.62 – Ερώτηση 12

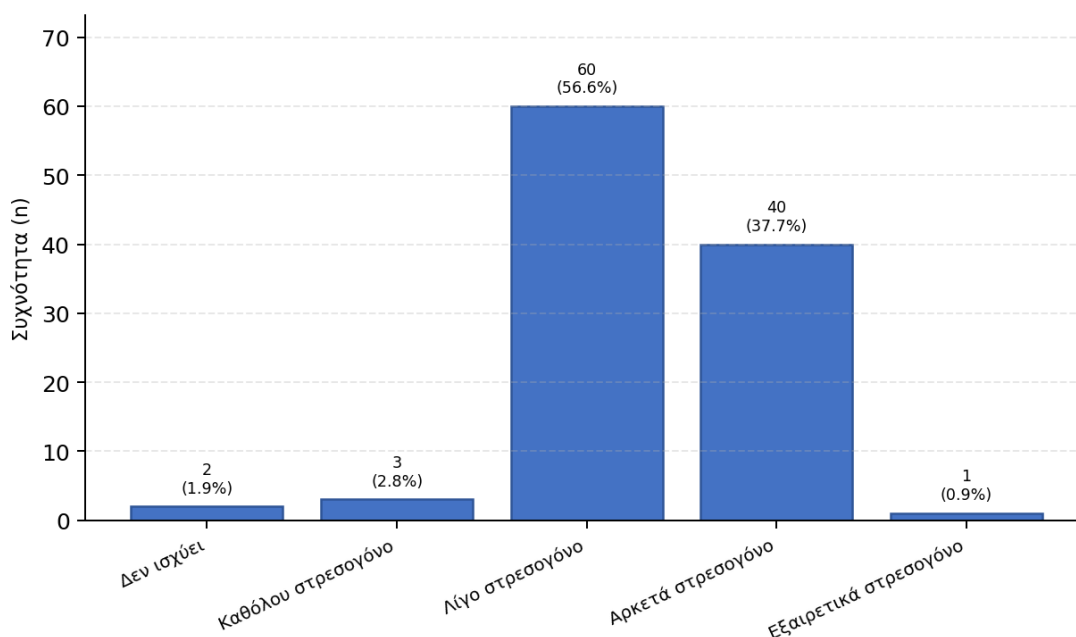


Η αδυναμία παροχής μιας πλήρως ικανοποιητικής απάντησης στις ερωτήσεις των ασθενών αποτελεί Ως παράγοντα που τους προκαλεί μέτριο επίπεδο εργασιακού άγχους δήλωσαν οι νοσηλευτές την αδυναμία παροχής μιας πλήρως ικανοποιητικής απάντησης στις ερωτήσεις των ασθενών. Η πλειονότητα τους (53.8%) χαρακτήρισε το συγκεκριμένο ζήτημα ως λίγο στρεσογόνο, ενώ το 41.5% το αξιολόγησε ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο. Ταυτόχρονα, η μέση τιμή της μεταβλητής (2.38) αποτυπώνει την πίεση που βιώνουν συχνά οι νοσηλευτές όταν καλούνται να ανταποκριθούν στις ερωτήσεις των ασθενών χωρίς να διαθέτουν πάντοτε επαρκή στοιχεία ή αρμοδιότητα για την παροχή εξειδικευμένων απαντήσεων. Ειδικά μάλιστα στη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα, όπου οι ανάγκες ενημέρωσης είναι αυξημένες και η συνεχής επικοινωνία αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης.

Πίνακας 64: Πίνακας 3.63 – Ερώτηση 13 -13 Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,33	4,00	100,0	0,64	0,41

Διάγραμμα 63: Διάγραμμα 3.63 – Ερώτηση 13

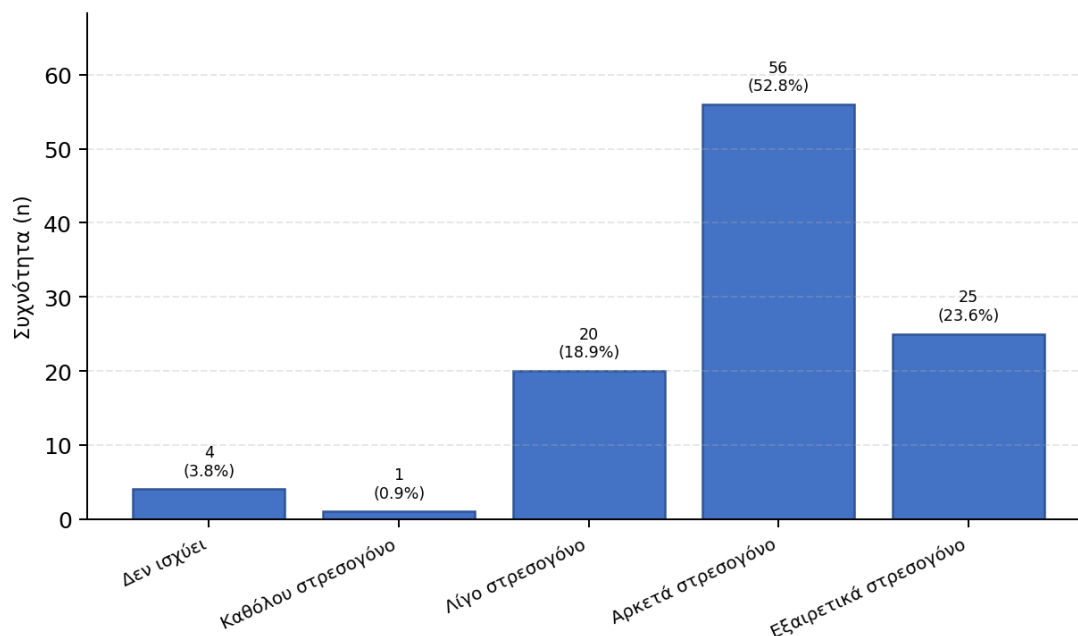


Η δυνατότητα επικοινωνίας και ανταλλαγής εμπειριών μεταξύ συναδέλφων αποτελεί σημαντικό στοιχείο ψυχολογικής υποστήριξης στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Στην παρούσα έρευνα, περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές (56.6%) αξιολόγησαν την έλλειψη τέτοιων ευκαιριών ως λίγο στρεσογόνο παράγοντα, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (37.7%) τη θεώρησε αρκετά στρεσογόνα. Το αποτέλεσμα αυτό φανερώνει πως παρότι η συγκεκριμένη διάσταση δεν συγκαταλέγεται στις εντονότερες πηγές άγχους, επηρεάζει αισθητά την καθημερινή εργασιακή εμπειρία των επαγγελματιών υγείας. Η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κλίματος συνεργασίας μπορεί να συμβάλει στη διαχείριση των συναισθηματικών απαιτήσεων που συνοδεύουν τη φροντίδα ασθενών, ιδιαίτερα σε απαιτητικά περιβάλλοντα όπως τα δημόσια νοσοκομεία.

Πίνακας 65: Πίνακας 3.64 – Ερώτηση 14 - 14 Διαρκής μετακίνηση σε άλλα νοσηλευτικά τμήματα λόγω έλλειψης προσωπικού.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,92	4,00	100,0	0,89	0,79

Διάγραμμα 64: Διάγραμμα 3.64 – Ερώτηση 14

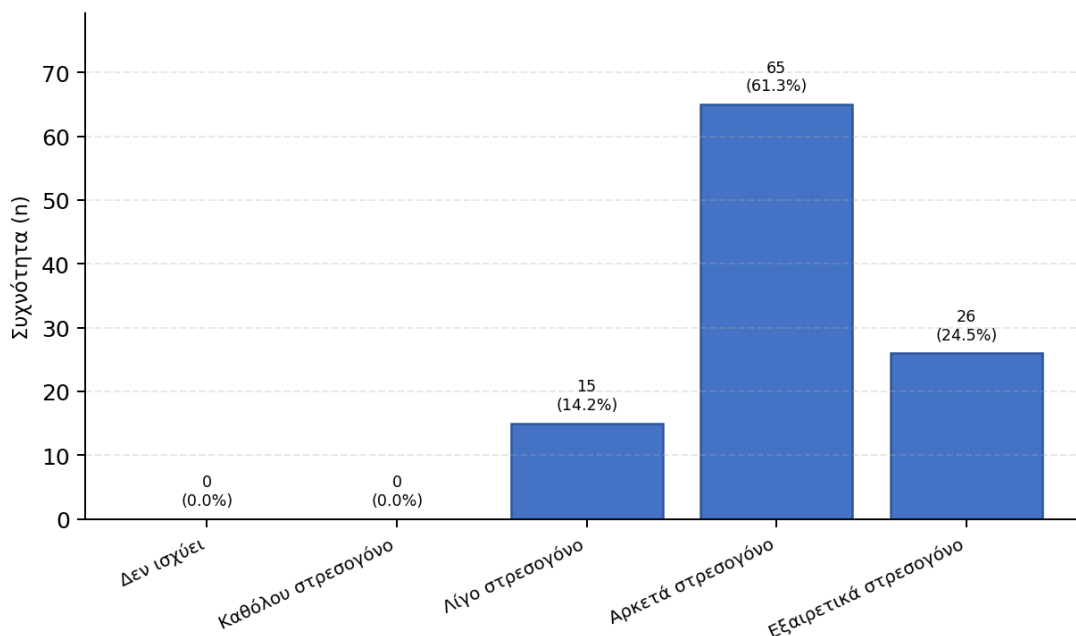


Η συνεχής μετακίνηση νοσηλευτών μεταξύ διαφορετικών τμημάτων λόγω ελλείψεων προσωπικού, αποτελεί συχνό φαινόμενο στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Εν προκειμένω, καταγράφεται ως ένας από τους σημαντικότερους στρεσογόνους παράγοντες του δείγματος. Είναι ενδεικτικό ότι περισσότεροι από τρεις στους τέσσερις συμμετέχοντες (76.4%) αξιολόγησαν τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Η υψηλή μέση τιμή (2.92) μαρτυρά ότι η ανάγκη προσαρμογής στις διαφορετικές απαιτήσεις του εκάστοτε περιβάλλοντος εργασίας και ομάδες συνεργασίας επιβαρύνει σημαντικά τους νοσηλευτές. Παράλληλα αποτυπώνει το διαχρονικό πρόβλημα στελέχωσης των δημόσιων νοσοκομείων, το οποίο φαίνεται να επηρεάζει πέραν της οργάνωσης των υπηρεσιών και την ψυχολογική ευημερία του προσωπικού.

Πίνακας 66: Πίνακας 3.65 – Ερώτηση 15 - 15 Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2,00	3,10	4,00	100,0	0,61	0,38

Διάγραμμα 65: Διάγραμμα 3.65 – Ερώτηση 15

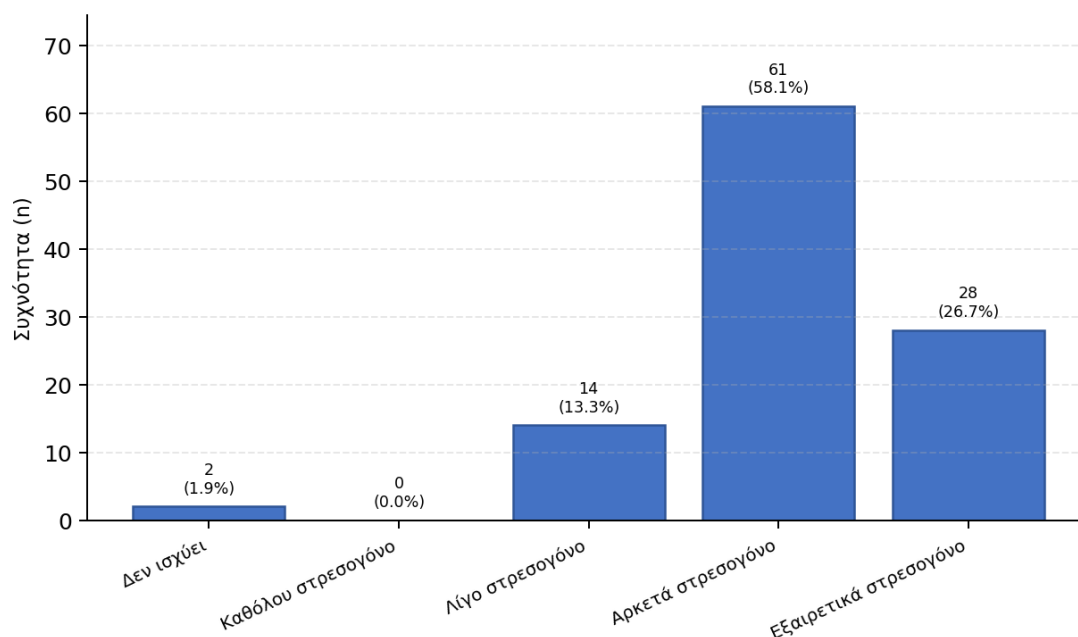


Η αστάθεια στη στελέχωση και στον προγραμματισμό των βαρδιών αποτελεί επίσης μία από τις εντονότερες πηγές εργασιακού άγχους για τους νοσηλευτές του ερευνητικού δείγματος. Συνολικά, το 85.8% των συμμετεχόντων αξιολόγησε το συγκεκριμένο παράγοντα ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο. Το υψηλό αυτό ποσοστό καταδεικνύει τη βαρύτητα του προβλήματος στην καθημερινή λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Η υψηλή μέση τιμή (3.10) καταγράφει την αβεβαιότητα σχετικά με τη διαθεσιμότητα προσωπικού και τις εργασιακές υποχρεώσεις, η οποία επηρεάζει ουσιαστικά την επαγγελματική σταθερότητα και την ψυχολογική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών. Παράλληλα, οι συχνές αλλαγές στον προγραμματισμό ενδέχεται να δυσχεραίνουν την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, ενισχύοντας περαιτέρω τα επίπεδα στρες.

Πίνακας 67: Πίνακας 3.66 – Ερώτηση 16 - 16 Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,08	4,00	100,0	0,75	0,57

Διάγραμμα 66: Διάγραμμα 3.66 – Ερώτηση 16



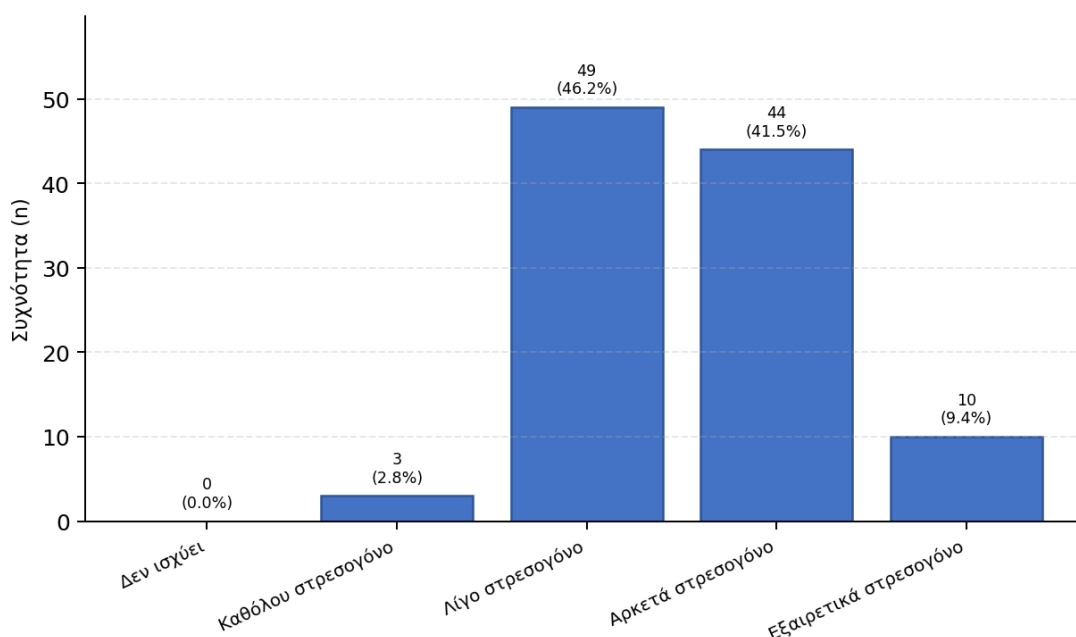
Η συγκεκριμένη ερώτηση κατέγραψε ένα από τα υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου εργασιακού άγχους μεταξύ των νοσηλευτών. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (84.8%) αξιολόγησε το ενδεχόμενο χορήγησης ακατάλληλης θεραπείας ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο. Αποτέλεσμα αναμενόμενο, καθώς αγγίζει άμεσα ζητήματα ασφάλειας των ασθενών, αλλά και επαγγελματικής ευθύνης και ηθικών διλημμάτων στην κλινική πρακτική. Όταν ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται πιθανό κίνδυνο για τον ασθενή, καλείται να ισορροπήσει μεταξύ της τήρησης των ιατρικών δοθέντων οδηγιών και της υποχρέωσης προστασίας της υγείας του ασθενούς. Η διαχείριση τέτοιων καταστάσεων μπορεί να προκαλέσει ιδιαίτερα αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση. Η υψηλή μέση τιμή (3.12) επιβεβαιώνει τη βαρύτητα του συγκεκριμένου στρεσογόνου παράγοντα.

Πίνακας 68: Πίνακας 3.67 – Ερώτηση 17 -

17 Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	2,58	4,00	100,0	0,70	0,49

Διάγραμμα 67: Διάγραμμα 3.67 – Ερώτηση 17

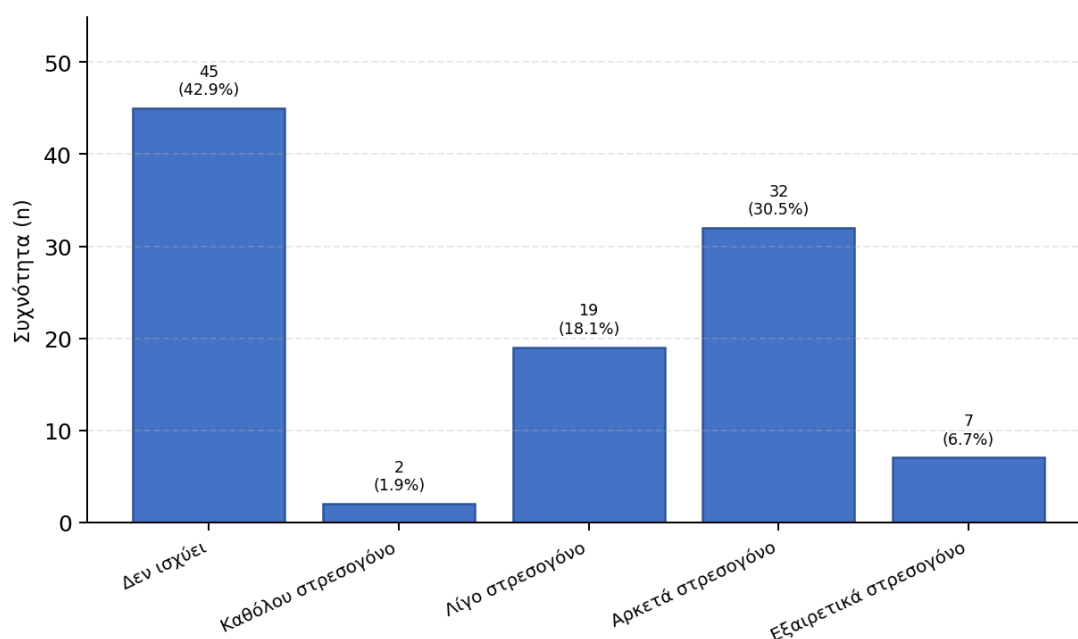


Οι παράλογες απαιτήσεις των συγγενών των ασθενών φαίνεται επίσης να αποτελούν πηγή εργασιακής πίεσης για το νοσηλευτικό προσωπικό. Περισσότεροι τους μισούς νοσηλευτές (50.9%) αξιολόγησαν τον συγκεκριμένο παράγοντα ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο και το 46.2 εξ αυτών λιγότερο στρεσογόνο, γεγονός που αναδεικνύει τις δυσκολίες που συχνά προκύπτουν κατά την επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών. Η έντονη αγωνία και αβεβαιότητα που βιώνουν συχνά οι συγγενείς, ειδικά στις περιπτώσεις σοβαρών ή χρόνιων νοσημάτων, ενίοτε εκφράζεται μέσω αυξημένων απαιτήσεων προς το προσωπικό. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνει επιπλέον τους νοσηλευτές, οι οποίοι καλούνται να ανταποκριθούν ταυτόχρονα πέραν από τις ανάγκες των ασθενών και σε αυτές των οικογενειών τους.

Πίνακας 69: Πίνακας 3.68 – Ερώτηση 18 - 18 Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	1,56	4,00	100,0	1,45	2,11

Διάγραμμα 68: Διάγραμμα 3.68 – Ερώτηση 18

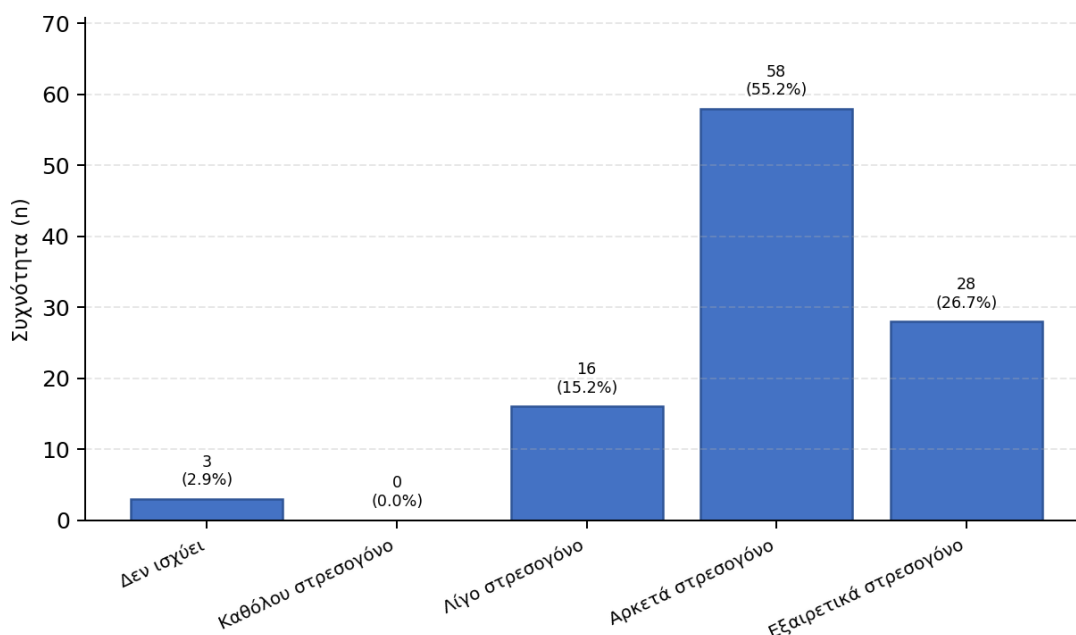


Σε αντίθεση με άλλους παράγοντες της κλίμακας ENSS, η διάκριση λόγω φυλής ή εθνικότητας δεν φαίνεται να αποτελεί συχνή πηγή άγχους για τους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας. Περίπου τέσσερις στους δέκα νοσηλευτές (42.9%) δήλωσαν ότι η συγκεκριμένη κατάσταση δεν ισχύει στο εργασιακό τους περιβάλλον. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι μεταξύ όσων έχουν βιώσει αντίστοιχες συμπεριφορές, οι περισσότεροι τις αξιολογούν ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνες (37.2%). Επομένως, παρότι το φαινόμενο εμφανίζεται σχετικά περιορισμένα στο συγκεκριμένο ερευνητικό δείγμα, όταν εκδηλώνεται δείχνει να επηρεάζει αρνητικά το αίσθημα επαγγελματικής ασφάλειας, την εργασιακή ικανοποίηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο εργασίας.

Πίνακας 70: Πίνακας 3.69 – Ερώτηση 19 -19 Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατο.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,03	4,00	100,0	0,82	0,68

Διάγραμμα 69: Διάγραμμα 3.69 – Ερώτηση 19

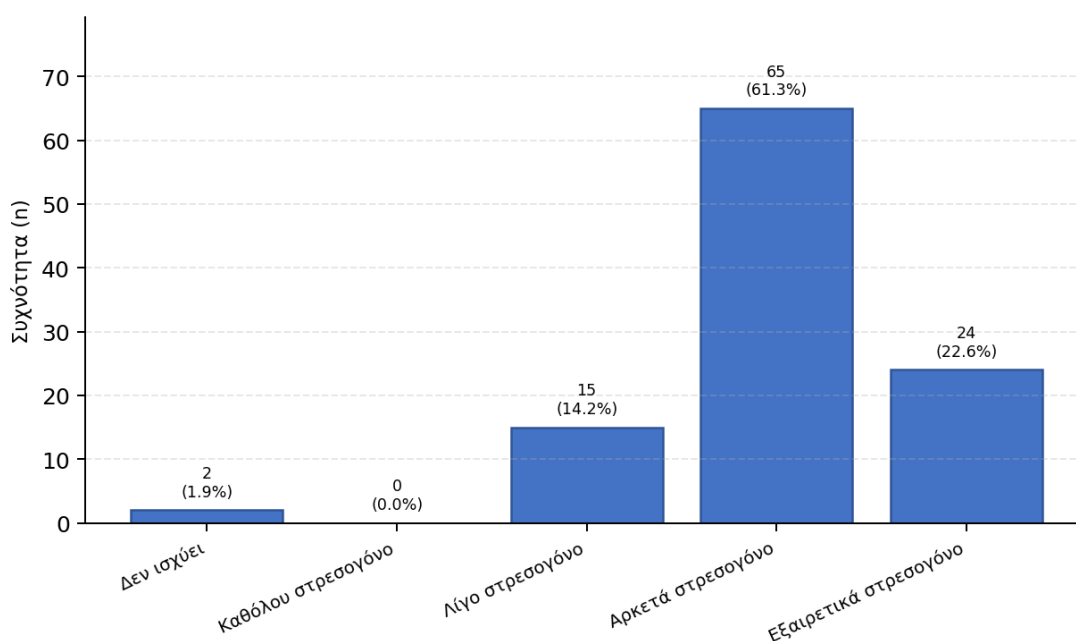


Η επικοινωνία με έναν ασθενή σχετικά με το ενδεχόμενο του επικείμενου θανάτου αποτελεί αναμφισβήτητα μία από τις πιο απαιτητικές συναισθηματικά πτυχές της νοσηλευτικής πρακτικής. Η διαπίστωση αυτή καταγράφεται και στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, όπου το 81.9% εξ αυτών αξιολόγησε τη συγκεκριμένη κατάσταση αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Το αποτέλεσμα αυτό αντιστακλά το ιδιαίτερο ψυχολογικό φορτίο που συνοδεύει τις συζητήσεις γύρω από το τέλος της ζωής, όπου οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διαχειριστούν όχι μόνο τα συναισθήματα των ασθενών αλλά και τις δικές τους συναισθηματικές αντιδράσεις. Η ανάγκη επίδειξης ενσυναίσθησης, ειλικρίνειας και επαγγελματισμού σε τέτοιες περιστάσεις καθιστά τη συγκεκριμένη διάσταση μία ουσιαστική πηγή εργασιακού στρες.

Πίνακας 71: Πίνακας 3.70 – Ερώτηση 20 -20 Φόβος για την πιθανότητα λάθους στη χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,03	4,00	100,0	0,73	0,54

Διάγραμμα 70: Διάγραμμα 3.70 – Ερώτηση 20

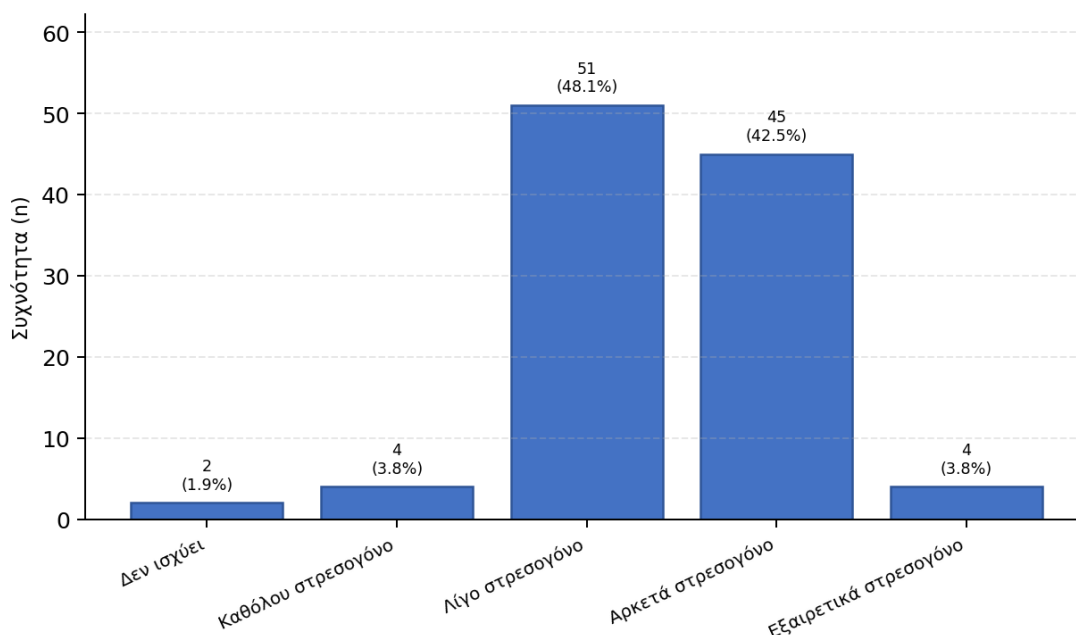


Ο φόβος ενδεχόμενου λάθους κατά τη χορήγηση της θεραπείας αναδεικνύεται ως ένας από τους εντονότερους στρεσογόνους παράγοντες του συνόλου της κλίμακας. Συγκεκριμένα, το 83.9% των νοσηλευτών αξιολόγησε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα, ενώ η μέση τιμή (3.03) συγκαταλέγεται στις υψηλότερες που καταγράφηκαν. Καθώς τα πιθανά σφάλματα στη φαρμακευτική αγωγή συνδέονται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών και τις επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών, τα παραπάνω αποτελέσματα είναι λίγο πολύ αναμενόμενα. Σε συνθήκες αυξημένου φόρτου εργασίας και σύνθετων θεραπευτικών παρεμβάσεων, η ανησυχία για πιθανό λάθος αποτελεί μόνιμη πηγή ψυχολογικής επιβάρυνσης, επηρεάζοντας σημαντικά το επίπεδο εργασιακού άγχους.

Πίνακας 72: Πίνακας 3.71 – Ερώτηση 21 -21 Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,42	4,00	100,0	0,71	0,51

Διάγραμμα 71: Διάγραμμα 3.71 – Ερώτηση 21

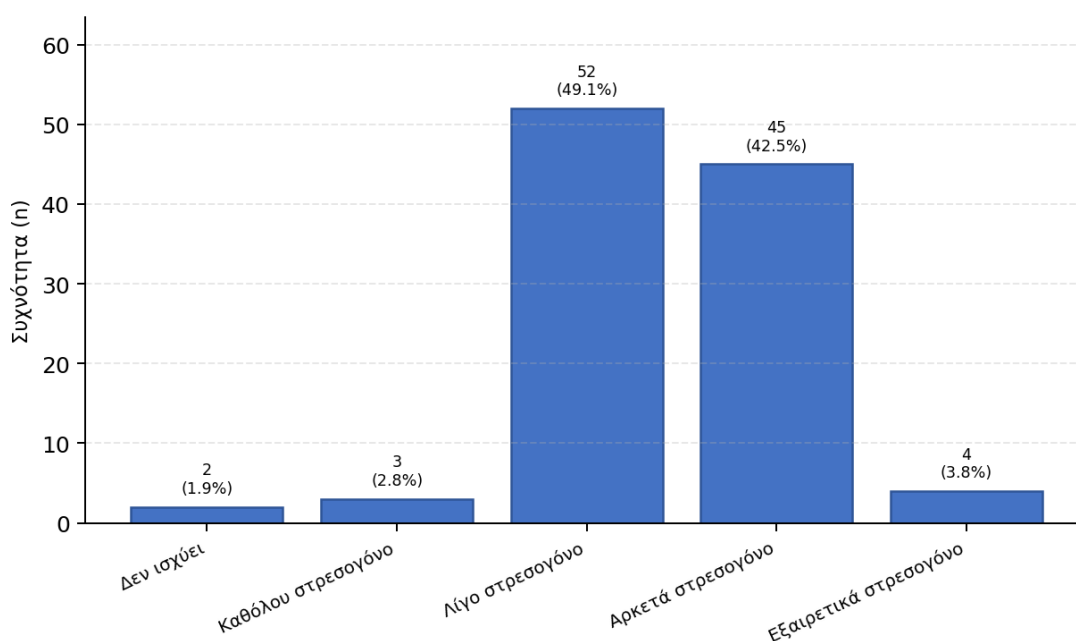


Η φροντίδα των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του νοσηλευτικού ρόλου, ωστόσο δεν είναι πάντοτε εύκολο να υποστηριχθεί αποτελεσματικά. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι κατά συντριπτική πλειοψηφία οι συμμετέχοντες (90.6%) βιώνουν το αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας ως λίγο ή αρκετά στρεσογόνο παράγοντα. Κατά συνήθη πρακτική, η νοσηλευτική εκπαίδευση και η καθημερινή κλινική πρακτική δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις τεχνικές και κλινικές δεξιότητες παρά στη διαχείριση σύνθετων συναισθηματικών καταστάσεων. Ωστόσο, στους ασθενείς που πάσχουν με χρόνια νοσήματα, η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας. Κατά συνέπεια, η αίσθηση ανεπαρκούς προετοιμασίας μπορεί να ενισχύσει το εργασιακό άγχος και το αίσθημα επαγγελματικής ευθύνης.

Πίνακας 73: Πίνακας 3.72 – Ερώτηση 22 -22 Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν την εξωτερίκευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους της ίδιας μονάδας/τμήματος.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,43	4,00	100,0	0,70	0,49

Διάγραμμα 72: Διάγραμμα 3.72 – Ερώτηση 22

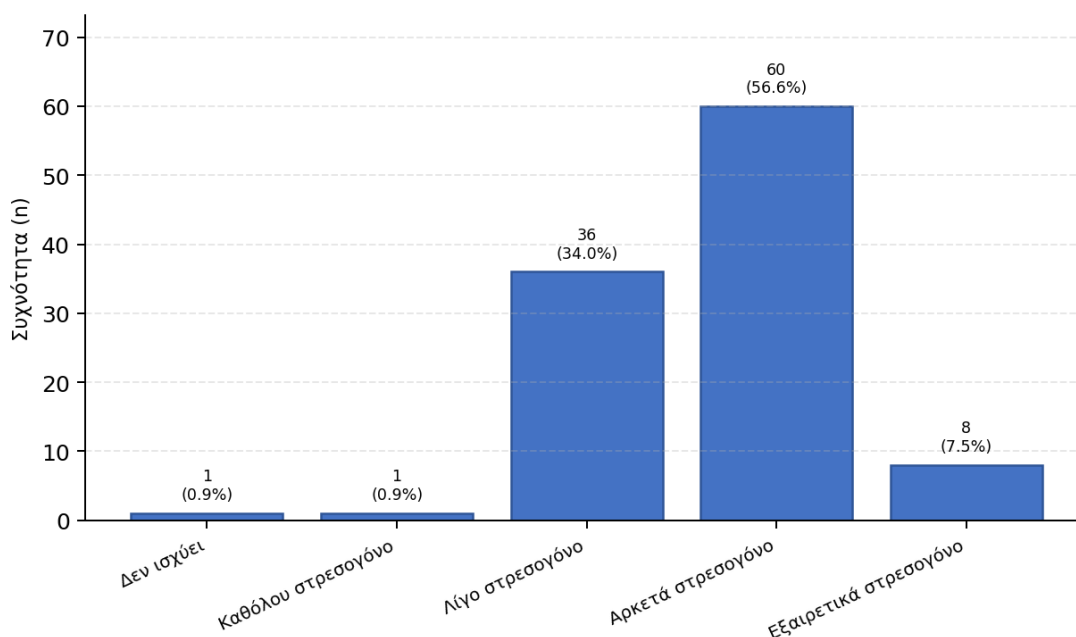


Η δυνατότητα έκφρασης και επεξεργασίας δύσκολων συναισθημάτων στο εργασιακό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό μηχανισμό ψυχολογικής αποφόρτισης για τους επαγγελματίες υγείας. Παρότι το 49.1% των νοσηλευτών αξιολόγησε την απουσία αυτής της δυνατότητας ως λίγο στρεσογόνο παράγοντα, περίπου ανάλογο ποσοστό (46.3%) τη θεώρησαν αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Το αποτέλεσμα αυτό μαρτυρά ότι η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων και η δυνατότητα ανταλλαγής εμπειριών και προβληματισμών μεταξύ συναδέλφων μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση και στη διαχείριση του εργασιακού άγχους.

Πίνακας 74: Πίνακας 3.73 – Ερώτηση 23 - 23 Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,69	4,00	100,0	0,66	0,44

Διάγραμμα 73: Διάγραμμα 3.73 – Ερώτηση 23

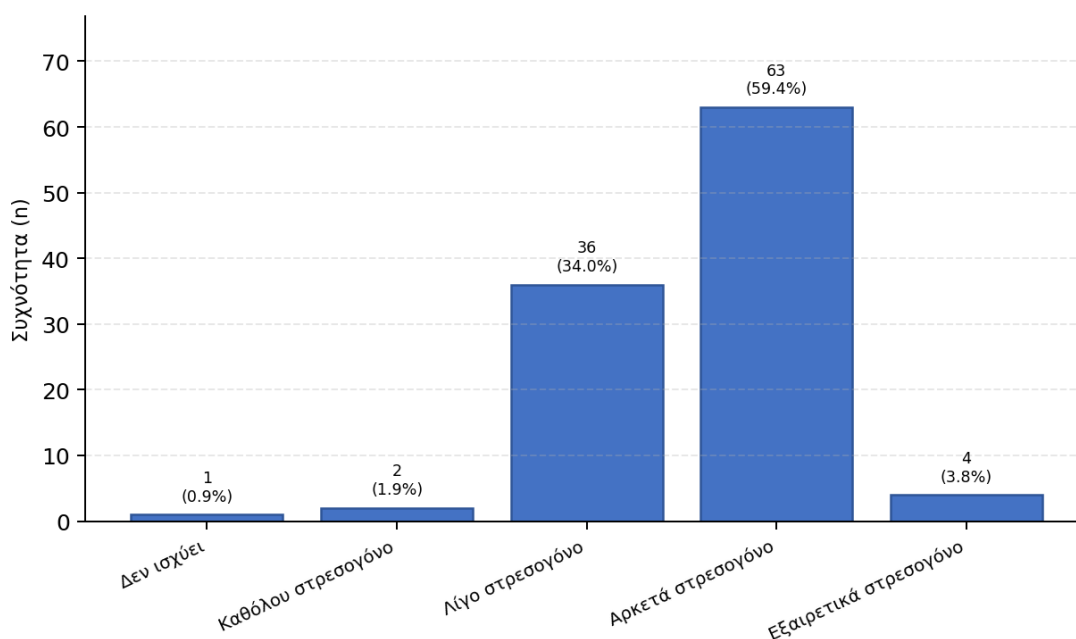


Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής ομάδας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ασφαλή και ποιοτική παροχή φροντίδας. Στην παρούσα έρευνα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (64.1%) αξιολόγησαν τις δυσκολίες συνεργασίας με συναδέλφους του άμεσου εργασιακού τους περιβάλλοντος ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνες, αναδεικνύοντας τη σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων στην καθημερινή λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων. Οι συγκρούσεις και η ελλιπής επικοινωνία φορτίζουν αρνητικά το κλίμα εργασίας, οδηγούν σε περιορισμένη συνεργασία μεταξύ συναδέλφων και κατά κανόνα αυξάνουν την εργασιακή πίεση και δυσχεραίνουν τον συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μέση τιμή της μεταβλητής (2.48) επιβεβαιώνει ότι πρόκειται για έναν παράγοντα μέτριας προς υψηλής έντασης όσον αφορά το νοσηλευτικό άγχος.

Πίνακας 75: Πίνακας 3.74 – Ερώτηση 24 - 24 Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλευτές) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,63	4,00	100,0	0,63	0,40

Διάγραμμα 74: Διάγραμμα 3.74 – Ερώτηση 24

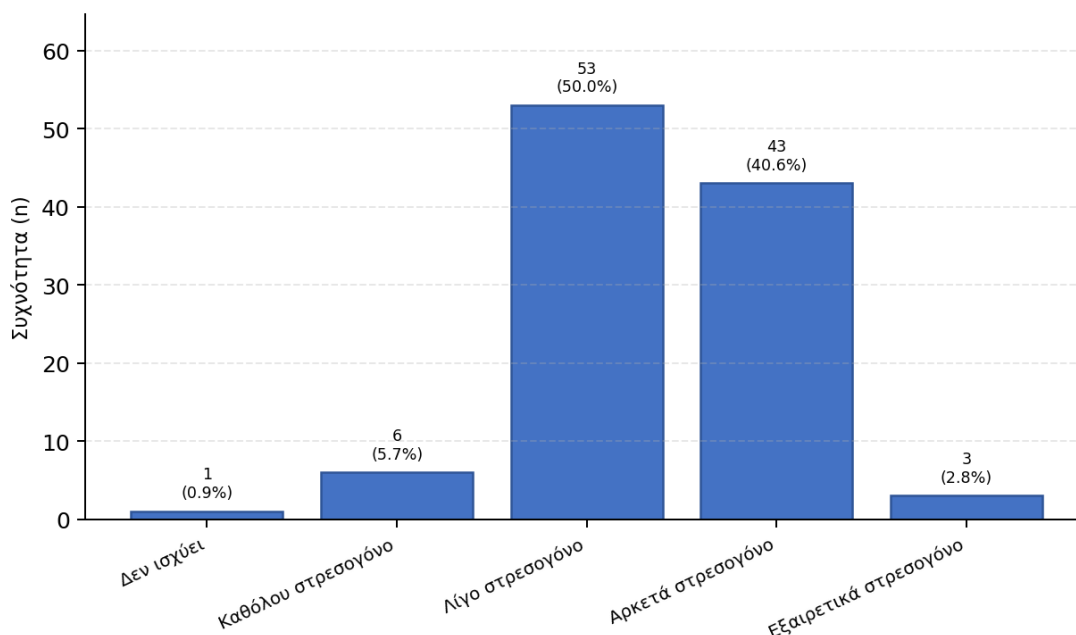


Σε σύγκριση με τις δυσκολίες συνεργασίας που αφορούν το άμεσο εργασιακό περιβάλλον, οι αντίστοιχες δυσλειτουργίες με νοσηλευτές άλλων τμημάτων ή μονάδων με μέση τιμή 2.63, φαίνεται να προκαλούν ελαφρώς χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Συγκεκριμένα το 63.2% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν τον συγκεκριμένο παράγοντα ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο, καταγράφοντας την κρισιμότητα της δια-τμηματικής συνεργασίας για την αποτελεσματική λειτουργία των δημόσιων δομών υγείας. Πιθανά προβλήματα στην επικοινωνία και το συντονισμό μεταξύ διαφορετικών ομάδων προσωπικού, ενδέχεται να δημιουργούν καθυστερήσεις, παρερμηνείες και πρόσθετη πίεση στους νοσηλευτές.

Πίνακας 76: Πίνακας 3.75 – Ερώτηση 25 - 25 Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,39	4,00	100,0	0,68	0,46

Διάγραμμα 75: Διάγραμμα 3.75 – Ερώτηση 25

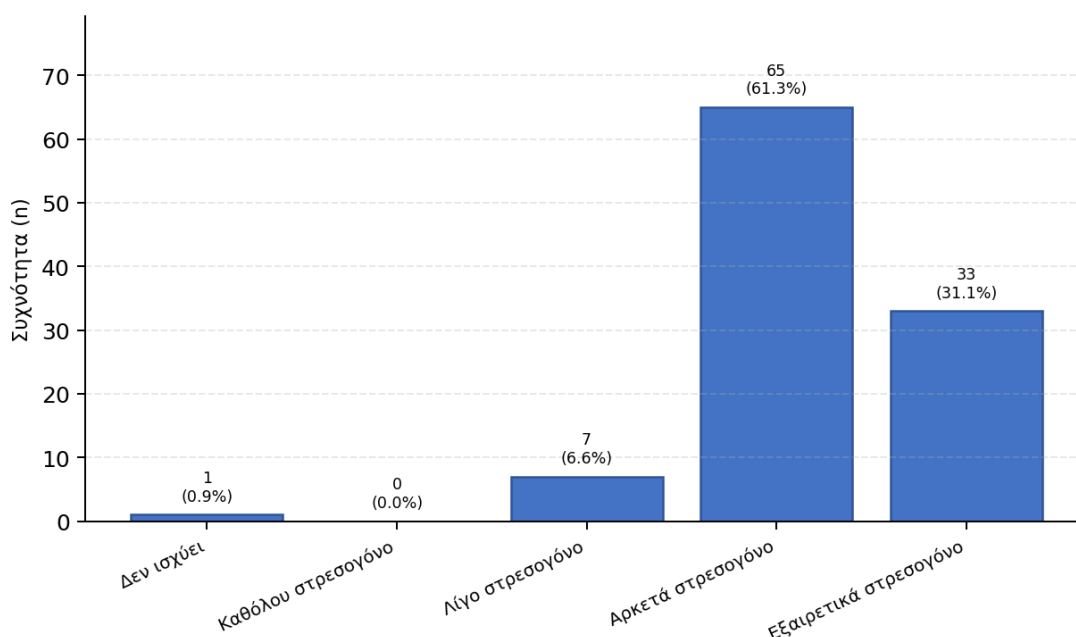


Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι ο περιορισμένος χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης προς τους ασθενείς αποτελεί αξιοσημείωτη πηγή εργασιακού άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, το 43.4% των συμμετεχόντων αξιολόγησε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Σε δομές όπου νοσηλεύονται ασθενείς με χρόνια νοσήματα η συναισθηματική υποστήριξη αποτελεί ουσιώδες στοιχείο της ολιστικής φροντίδας. Η υψηλή μέση τιμή (2.39) φανερώνει ότι οι νοσηλευτές συχνά αντιλαμβάνονται πως οι αυξημένες απαιτήσεις της καθημερινής εργασίας και ο φόρτος καθηκόντων περιορίζουν τη δυνατότητά τους να ανταποκριθούν πλήρως στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών. Το γεγονός αυτό πιθανόν ενισχύει το αίσθημα επαγγελματικής πίεσης και δυσαρέσκειας.

Πίνακας 77: Πίνακας 3.76 – Ερώτηση 26 - 26 Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,22	4,00	100,0	0,64	0,42

Διάγραμμα 76: Διάγραμμα 3.76 – Ερώτηση 26

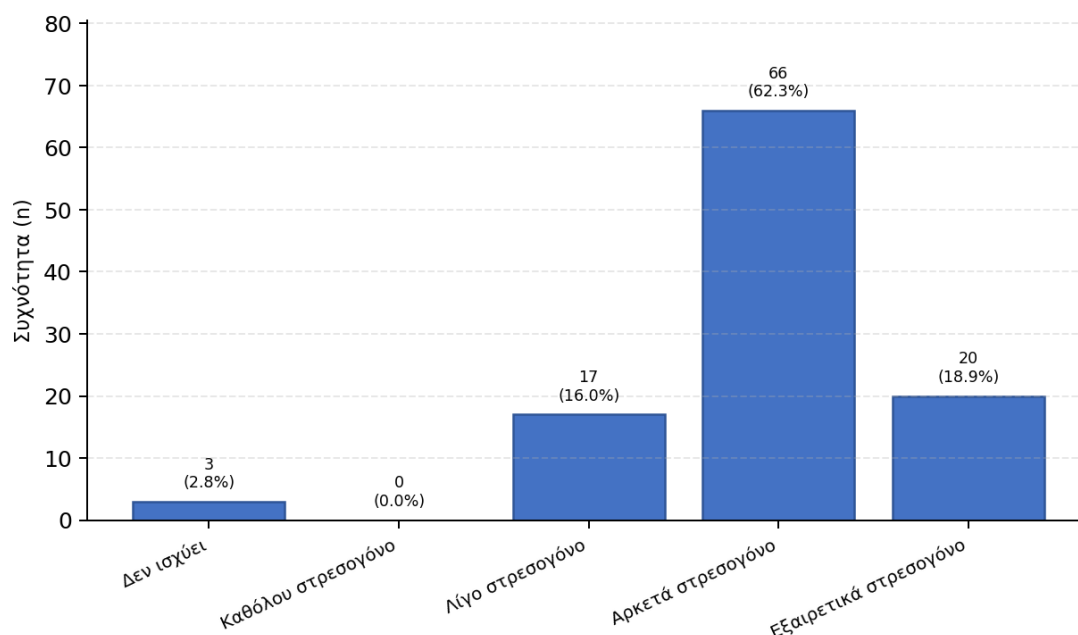


Η απουσία ιατρού κατά τη διαχείριση ενός επείγοντος περιστατικού αποτελεί έναν από τους πιο έντονα στρεσογόνους παράγοντες που καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 92.4% των συμμετεχόντων αξιολόγησε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα, ενώ κανείς νοσηλευτής δεν τη θεώρησε καθόλου στρεσογόνα. Η ιδιαίτερα υψηλή μέση τιμή (3.22) αποτυπώνει το αίσθημα ευθύνης και την πίεση που βιώνουν οι νοσηλευτές όταν καλούνται να ανταποκριθούν σε κρίσιμες καταστάσεις χωρίς την άμεση παρουσία ιατρού. Αποτυπώνεται συνεπώς η σημασία της επαρκούς στελέχωσης και της άμεσης διαθεσιμότητας εξειδικευμένου προσωπικού, ιδίως σε περιβάλλοντα όπου η ταχεία λήψη αποφάσεων μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά την έκβαση της υγείας των ασθενών.

Πίνακας 78: Πίνακας 3.77 – Ερώτηση 27 - 27 Το να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,94	4,00	100,0	0,77	0,60

Διάγραμμα 77: Διάγραμμα 3.77 – Ερώτηση 27

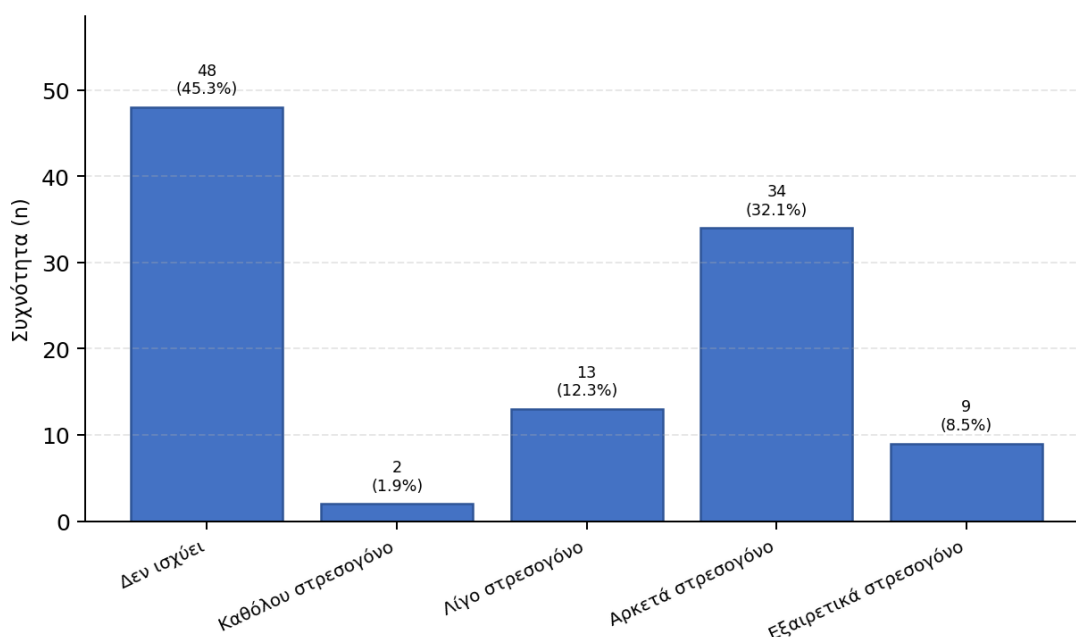


Η απόδοση ευθυνών στους νοσηλευτές για προβλήματα ή δυσλειτουργίες που δεν εξαρτώνται απαραίτητα από τους ίδιους, αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική πηγή εργασιακού άγχους. Το 81.2% των συμμετεχόντων αξιολόγησε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Επομένως, η αίσθηση άδικης κριτικής ή στοχοποίησης επηρεάζει ουσιαστικά την επαγγελματική τους καθημερινότητα. Στα δημόσια νοσοκομεία, τα προβλήματα συχνά προκύπτουν από πολλαπλούς παράγοντες, ωστόσο καθώς οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της παροχής υπηρεσιών, γίνονται αποδέκτες παραπόνων ή αρνητικών σχολίων. Η κατάσταση αυτή σαφώς επιβαρύνει το ψυχολογικό κλίμα εργασίας και ενισχύει το αίσθημα επαγγελματικής πίεσης.

Πίνακας 79: Πίνακας 3.78 – Ερώτηση 28 - 28 Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	1,57	4,00	100,0	1,52	2,30

Διάγραμμα 78: Διάγραμμα 3.78 – Ερώτηση 28

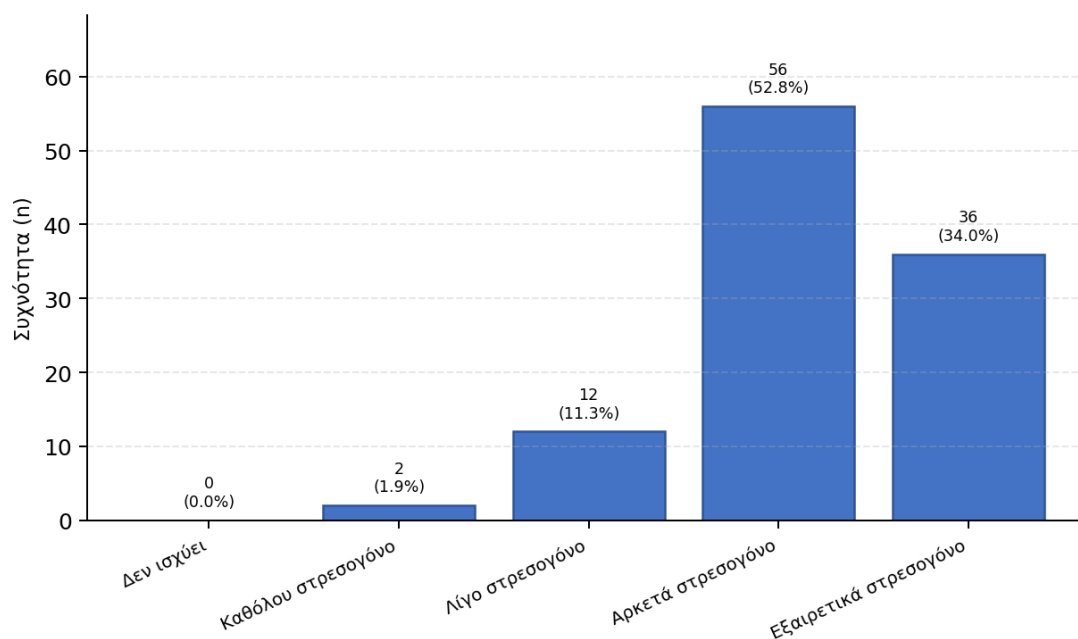


Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η διάκριση λόγω φύλου δεν αποτελεί συχνό φαινόμενο για τους μισούς περίπου νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα, καθώς το 45.3% δήλωσε ότι η συγκεκριμένη κατάσταση δεν ισχύει στον εργασιακό του χώρο. Παρόλα αυτά, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό συμμετεχόντων (40.6%), ανέφερε ότι έχει βιώσει ανάλογες εμπειρίες και τις αξιολόγησε ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνες. Κατά συνέπεια, καταγράφεται πως ακόμη και όταν τέτοια περιστατικά εμφανίζονται σποραδικά, δύνανται να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχολογική ευημερία, το αίσθημα δικαιοσύνης και την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων. Η διατήρηση ενός περιβάλλοντος ίσων ευκαιριών και αμοιβαίου σεβασμού αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία των δημόσιων δομών υγείας.

Πίνακας 80: Πίνακας 3.79 – Ερώτηση 29 -29 Ο θάνατος ενός ασθενούς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	3,19	4,00	100,0	0,70	0,49

Διάγραμμα 79: Διάγραμμα 3.79 – Ερώτηση 29

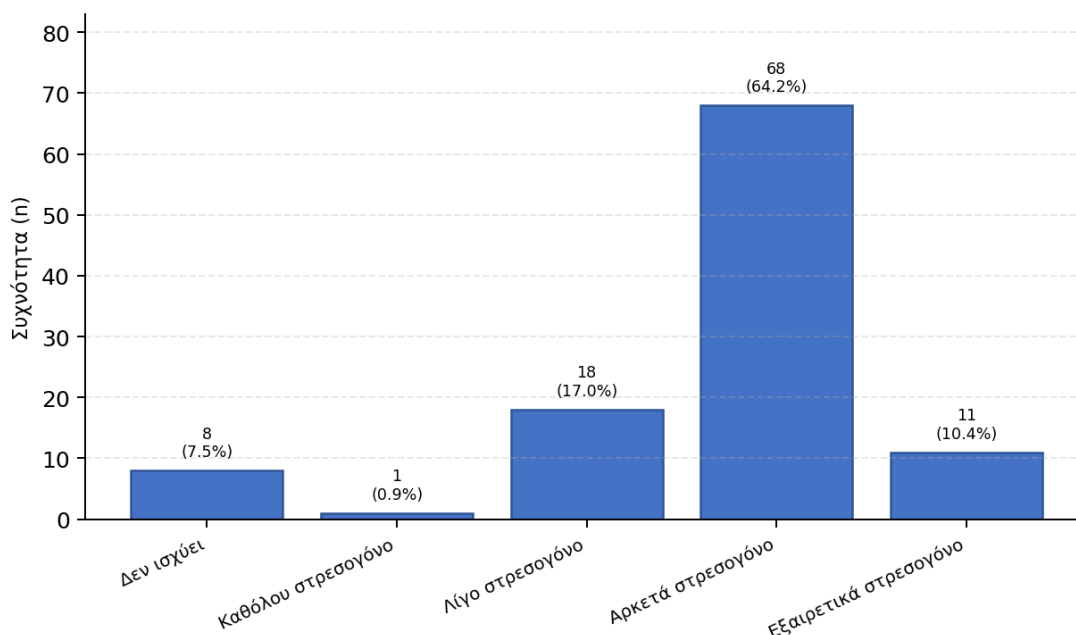


Ο θάνατος ενός ασθενούς αποτελεί μία από τις πλέον δύσκολες εμπειρίες που καλείται να διαχειριστεί ένας επαγγελματίας υγείας. Στην παρούσα έρευνα, το 86.8% των συμμετεχόντων αξιολόγησε το συγκεκριμένο γεγονός ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο, γεγονός που αναδεικνύει το σημαντικό συναισθηματικό του αποτύπωμα. Παρά την επαγγελματική εμπειρία που αποκτούν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους, η απώλεια ενός ασθενούς εξακολουθεί να συνδέεται με αισθήματα θλίψης και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Ιδιαίτερος σε κλινικές όπου νοσηλεύονται ασθενείς με σοβαρά ή χρόνια νοσήματα, η συχνότερη έκθεση σε περιστατικά θανάτου ενδέχεται να αυξάνει τη συναισθηματική καταπόνηση του προσωπικού.

Πίνακας 81: Πίνακας 3.80 – Ερώτηση 30 - 30 Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,69	4,00	100,0	0,95	0,89

Διάγραμμα 80: Διάγραμμα 3.80 – Ερώτηση 30

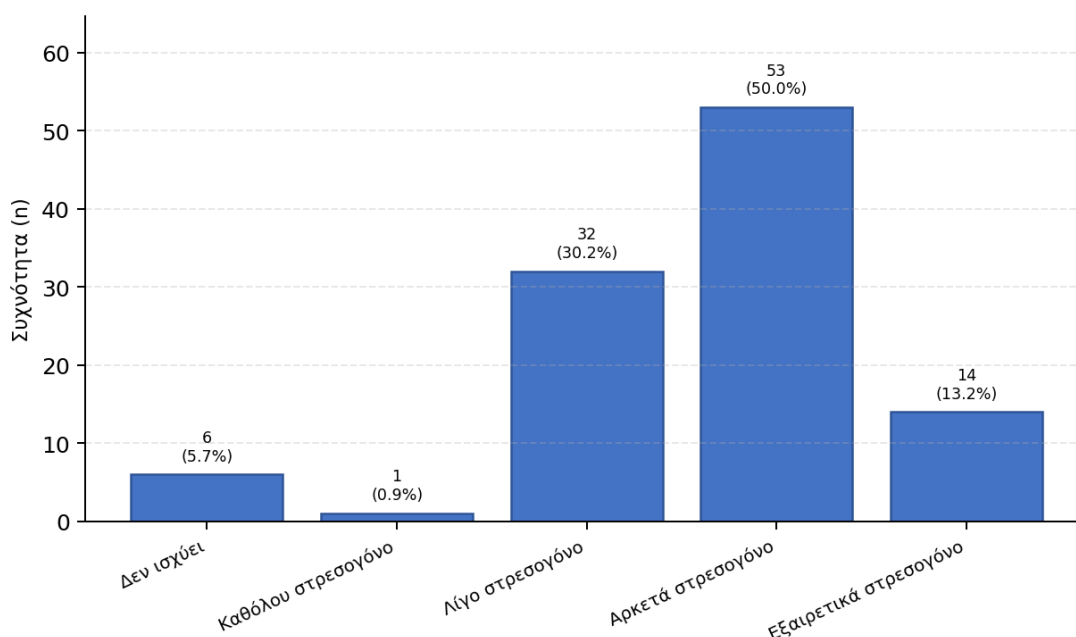


Οι διαφωνίες που σχετίζονται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ασθενούς εμφανίζονται να προκαλούν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό. Συνολικά, το 74.6% των συμμετεχόντων χαρακτήρισε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Το αποτέλεσμα αυτό μαρτυρά πως οι περιπτώσεις στις οποίες υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με την ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση δημιουργούν αβεβαιότητα και αυξημένη ψυχολογική πίεση. Παράλληλα, τέτοιες καταστάσεις ενδεχομένως επηρεάζουν την ομαλή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και δυσχεραίνουν τη λήψη έγκαιρων αποφάσεων. Η σχετικά υψηλή μέση τιμή (2.95) επιβεβαιώνει ότι οι κλινικές διαφωνίες αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα νοσηλευτικού άγχους στο σύγχρονο περιβάλλον εργασίας των δημόσιων δομών υγείας.

Πίνακας 82: Πίνακας 3.81 – Ερώτηση 31 -31 Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντά σας.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,64	4,00	100,0	0,92	0,85

Διάγραμμα 81: Διάγραμμα 3.81 – Ερώτηση 31

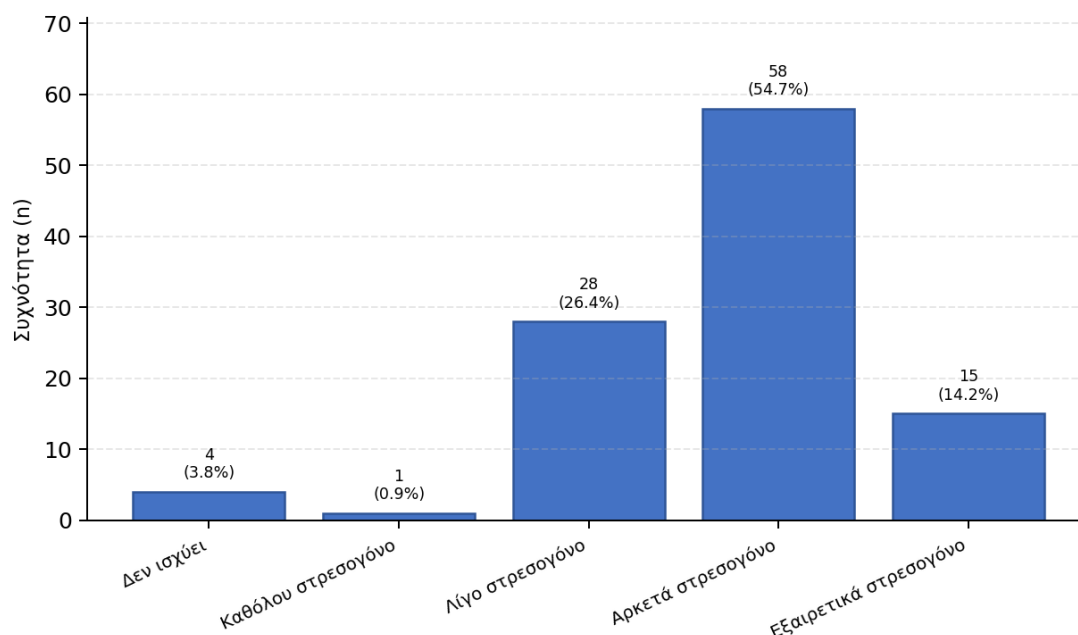


Το αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης επηρεάζει σε πιο ήπιο βαθμό το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος. Περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες (30.2%) αξιολόγησαν τον συγκεκριμένο παράγοντα ως λίγο στρεσογόνο, ενώ οι μισοί εξ αυτών (50%) το χαρακτήρισε αρκετά στρεσογόνο. Συνεπώς, παρότι οι περισσότεροι νοσηλευτές αισθάνονται επαρκώς καταρτισμένοι για την άσκηση των καθηκόντων τους, εξακολουθούν να υπάρχουν τομείς στους οποίους αναγνωρίζονται ανάγκες περαιτέρω εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης. Η συνεχής εξέλιξη των θεραπευτικών πρακτικών και των τεχνολογιών υγείας, καθιστούν τη δια βίου μάθηση απαραίτητο στοιχείο για τη διατήρηση της επαγγελματικής επάρκειας και τη μείωση του εργασιακού άγχους.

Πίνακας 83: Πίνακας 3.82 – Ερώτηση 32 - 32 Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενό σας.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,75	4,00	100,0	0,85	0,72

Διάγραμμα 82: Διάγραμμα 3.82 – Ερώτηση 32

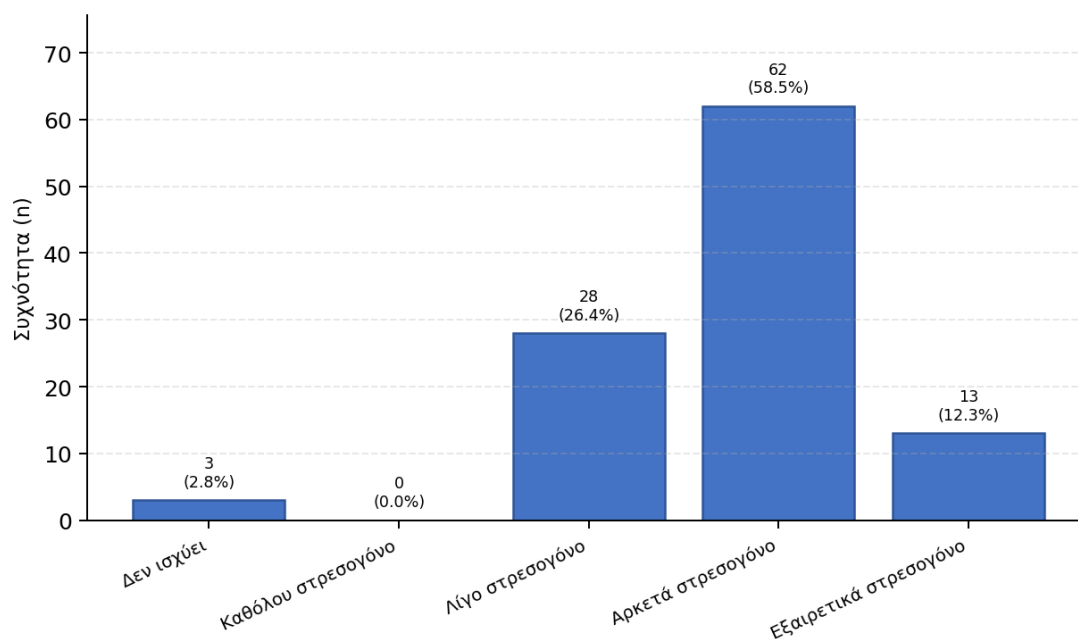


Η υποστήριξη από τον άμεσο προϊστάμενο αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. Στην παρούσα μελέτη, περίπου οκτώ στους δέκα νοσηλευτές (81.1%) αξιολόγησαν την έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενό τους ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Παράλληλα το 14.2% τη χαρακτήρισε ως εξαιρετικά στρεσογόνα. Το αποτέλεσμα αυτό καταγράφει τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει η διοικητική και συναισθηματική υποστήριξη στη διαχείριση των απαιτήσεων της καθημερινής εργασίας. Όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι δεν λαμβάνουν την απαραίτητη καθοδήγηση ή ενθάρρυνση, είναι πιθανό να ενισχύεται το αίσθημα επαγγελματικής απομόνωσης και να αυξάνονται τα επίπεδα εργασιακού άγχους. Η σχετικά υψηλή μέση τιμή (2.75) επιβεβαιώνει τη σημασία της αποτελεσματικής ηγεσίας στις υπηρεσίες νοσηλείας.

Πίνακας 84: Πίνακας 3.83 – Ερώτηση 33 - 33 Κριτική από έναν προϊστάμενο.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,77	4,00	100,0	0,77	0,59

Διάγραμμα 83: Διάγραμμα 3.83 – Ερώτηση 33

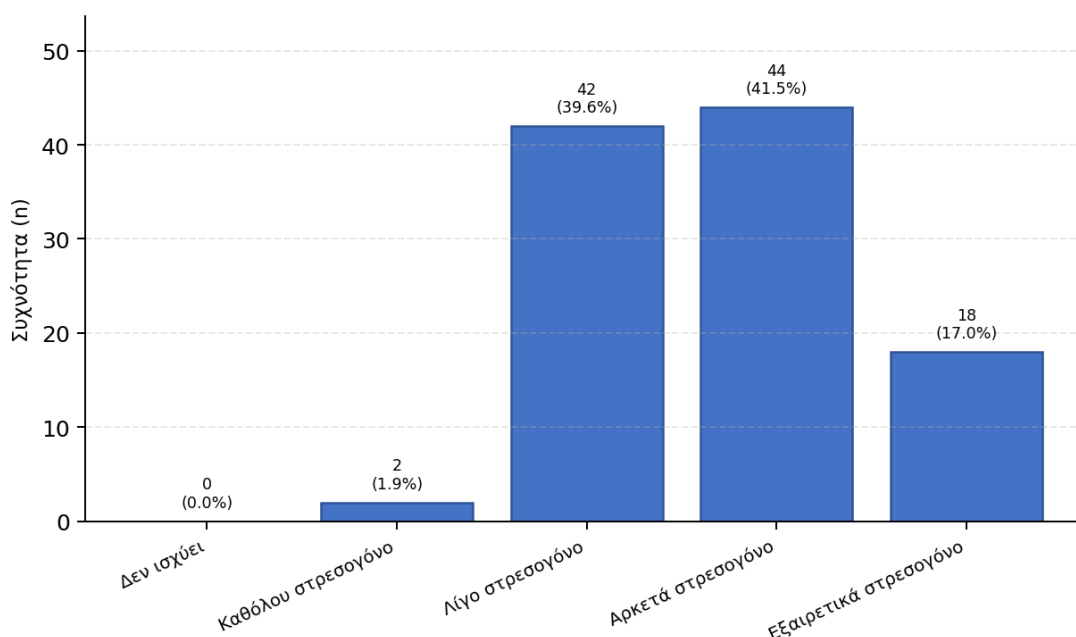


Η κριτική από έναν προϊστάμενο αποτελεί σημαντική πηγή εργασιακού άγχους για ένα μεγάλο μέρος των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, το 70.8% των συμμετεχόντων αξιολόγησε τη συγκεκριμένη εμπειρία ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Το αποτέλεσμα αυτό καταδεικνύει ότι ο τρόπος με τον οποίο ασκείται η διοίκηση και παρέχεται ανατροφοδότηση επηρεάζει ουσιαστικά το εργασιακό κλίμα. Αν και η εποικοδομητική κριτική μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της επαγγελματικής απόδοσης, όταν γίνεται αντιληπτή ως άδικη, υπερβολική ή μη υποστηρικτική, ενδέχεται να ενισχύσει την ψυχολογική πίεση των εργαζομένων. Το φαινόμενο αυτό αναδεικνύει τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας και των ηγετικών δεξιοτήτων στη διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Πίνακας 85: Πίνακας 3.84 – Ερώτηση 34 - 34 Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	2,74	4,00	100,0	0,76	0,57

Διάγραμμα 84: Διάγραμμα 3.84 – Ερώτηση 34

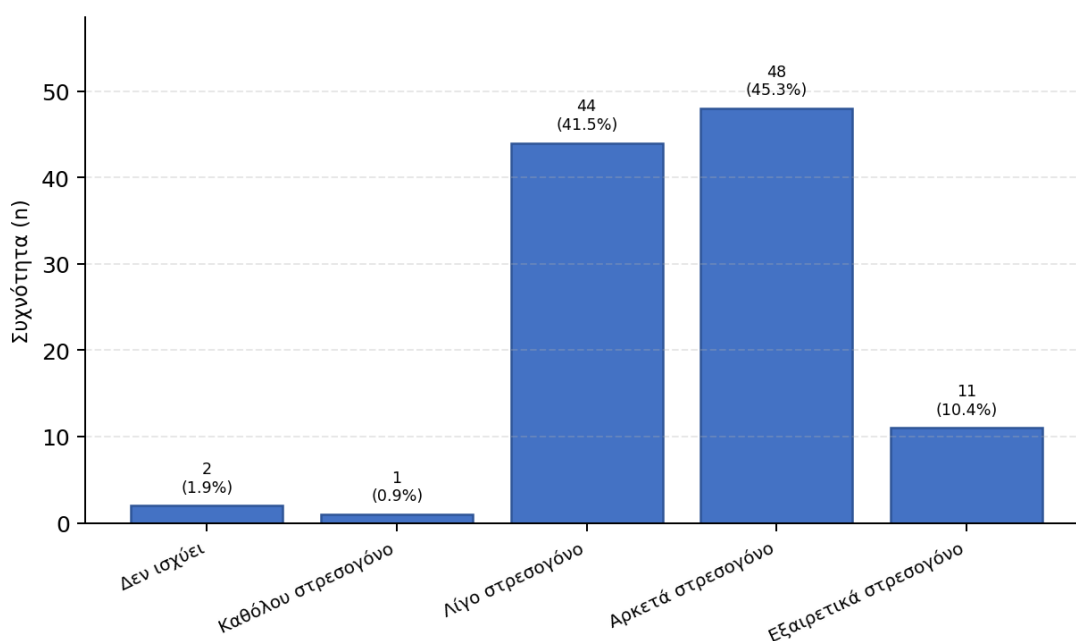


Ο ανεπαρκής χρόνος για την ολοκλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων αξιολογείται ως σημαντικός παράγοντας εργασιακού άγχους στο δείγμα της μελέτης. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (58.5%) αξιολόγησε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα, καταγράφοντας την ένταση της καθημερινής πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές. Η σχετικά υψηλή μέση τιμή (2.74) αποτυπώνει ότι οι αυξημένες απαιτήσεις και ο μεγάλος φόρτος εργασίας συνδυαστικά με τους περιορισμένους ανθρώπινους πόρους, δυσχεραίνουν την αποτελεσματική άσκηση του νοσηλευτικού έργου. Επιπλέον, η αίσθηση ότι δεν υπάρχει επαρκής χρόνος για την ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών ενδέχεται να ενισχύει την επαγγελματική εξουθένωση και να επηρεάζει αρνητικά τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και την ψυχολογική ευημερία του προσωπικού.

Πίνακας 86: Πίνακας 3.85 – Ερώτηση 35 - 35 Το να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την υγεία και τη θεραπεία ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,61	4,00	100,0	0,76	0,5

Διάγραμμα 85: Διάγραμμα 3.85 – Ερώτηση 35

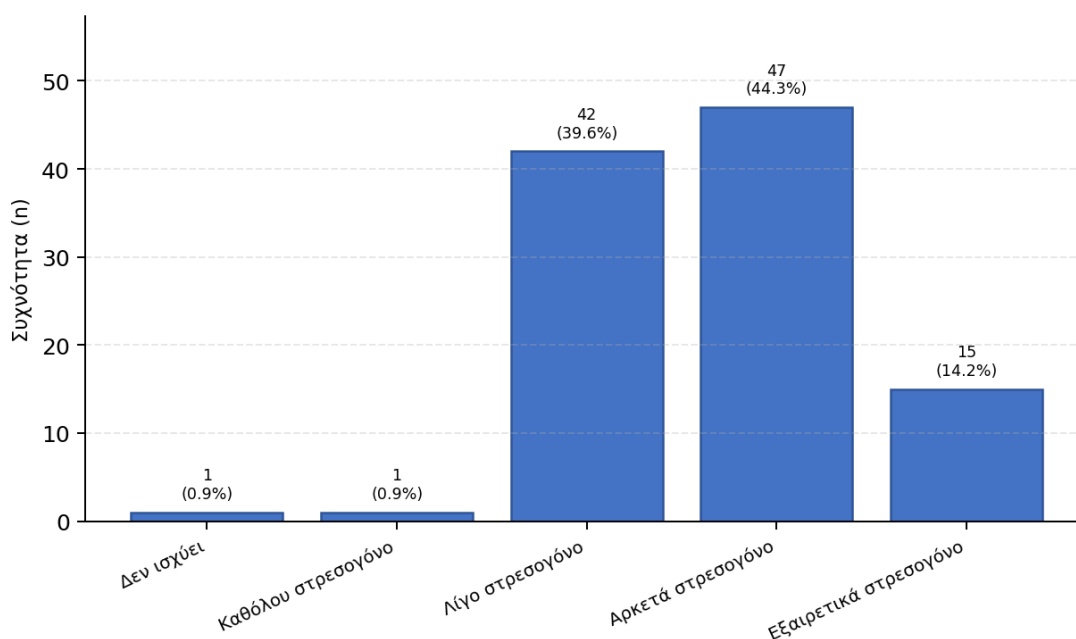


Η επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας. Ταυτόχρονα όμως, μπορεί να δημιουργήσει σημαντική ψυχολογική πίεση όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι βέβαιοι για το περιεχόμενο ή τα όρια της πληροφόρησης που μπορούν να παρέχουν. Στην παρούσα έρευνα, το 55.7% των συμμετεχόντων αξιολόγησε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα, γεγονός που πιστοποιεί ότι η διαχείριση δύσκολων ερωτήσεων, η ανάγκη σαφούς επικοινωνίας και η αποφυγή παρερμηνειών αποτελούν σημαντικές προκλήσεις στην καθημερινή κλινική πρακτική των δομών φιλοξενίας ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Πίνακας 87: Πίνακας 3.86 – Ερώτηση 36 - 36 Η ευθύνη του να είστε εσείς ο υπεύθυνος που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των ασθενών.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,70	4,00	100,0	0,75	0,57

Διάγραμμα 86: Διάγραμμα 3.86 – Ερώτηση 36

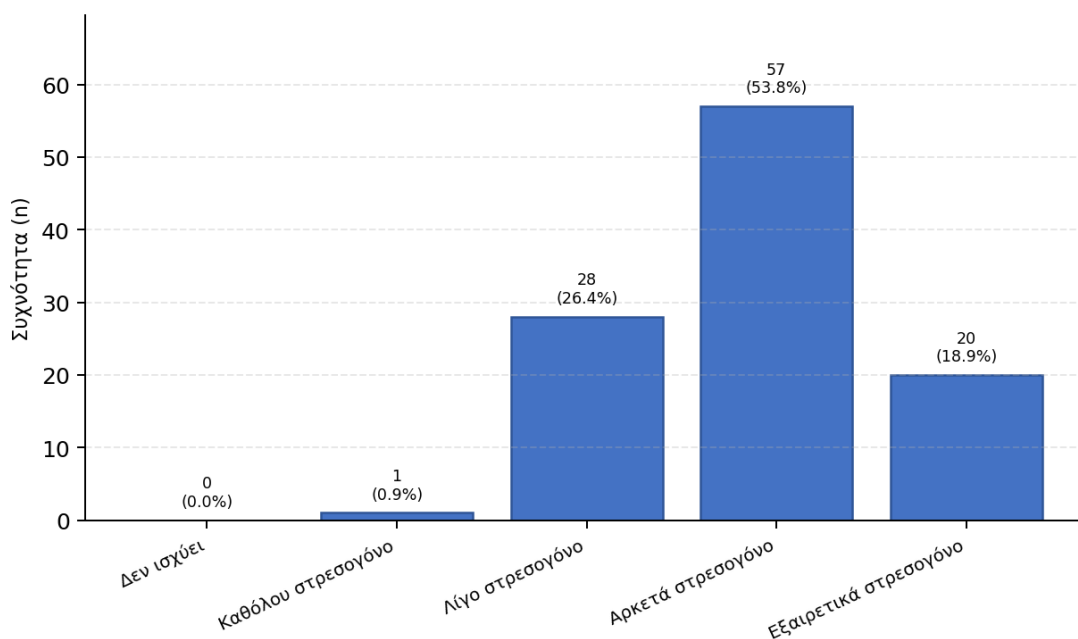


Η ανάληψη της ευθύνης επικοινωνίας με τις οικογένειες των ασθενών αποτελεί σημαντική πηγή εργασιακού άγχους για τους νοσηλευτές. Συνολικά, το 58.5% των συμμετεχόντων έκρινε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Η διαχείριση των προσδοκιών, των ανησυχιών και των συναισθηματικών αντιδράσεων των συγγενών απαιτεί επαγγελματική γνώση και ανεπτυγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων οι οικογένειες συνήθως αναζητούν διαρκή ενημέρωση και υποστήριξη. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με αυξημένες απαιτήσεις και σύνθετες διαπροσωπικές καταστάσεις. Το γεγονός αυτό εξηγεί τη σχετικά υψηλή μέση τιμή της μεταβλητής (2.70) και αναδεικνύει τη σημασία της εκπαίδευσης στην επικοινωνία και τη διαχείριση δύσκολων συνομιλιών.

Πίνακας 88: Πίνακας 3.87 – Ερώτηση 37 - 37 Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	2,91	4,00	100,0	0,69	0,48

Διάγραμμα 87: Διάγραμμα 3.87 – Ερώτηση 37

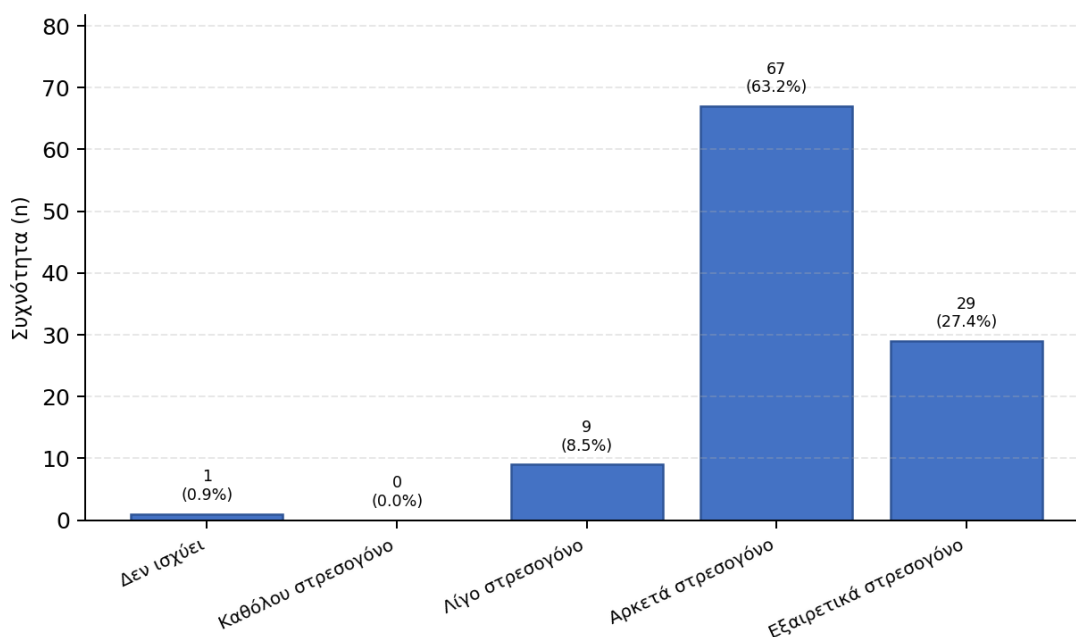


Η αντιμετώπιση βίαιων ασθενών καταγράφεται ως ένας από τους πλέον επιβαρυντικούς παράγοντες της κλίμακας νοσηλευτικού άγχους. Το 72.7% των συμμετεχόντων αξιολόγησε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Το αποτέλεσμα αυτό καταγράφει το έντονο αίσθημα ανασφάλειας και ψυχολογικής πίεσης που μπορεί να προκαλέσει η συγκεκριμένη μεταβλητή. Η έκθεση σε επιθετικές ή απειλητικές συμπεριφορές επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση των νοσηλευτών. Ενδέχεται ωστόσο να επηρεάσει και την αίσθηση προσωπικής ασφάλειας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Η υψηλή μέση τιμή (2.91) επιβεβαιώνει ότι η διαχείριση περιστατικών βίας αποτελεί σημαντική πρόκληση για το νοσηλευτικό προσωπικό και αναδεικνύει την ανάγκη ύπαρξης κατάλληλων πρωτοκόλλων προστασίας και υποστήριξης των εργαζομένων.

Πίνακας 89: Πίνακας 3.88 – Ερώτηση 38 - 38 Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλειά σας

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,16	4,00	100,0	0,65	0,42

Διάγραμμα 88: Διάγραμμα 3.88 – Ερώτηση 38

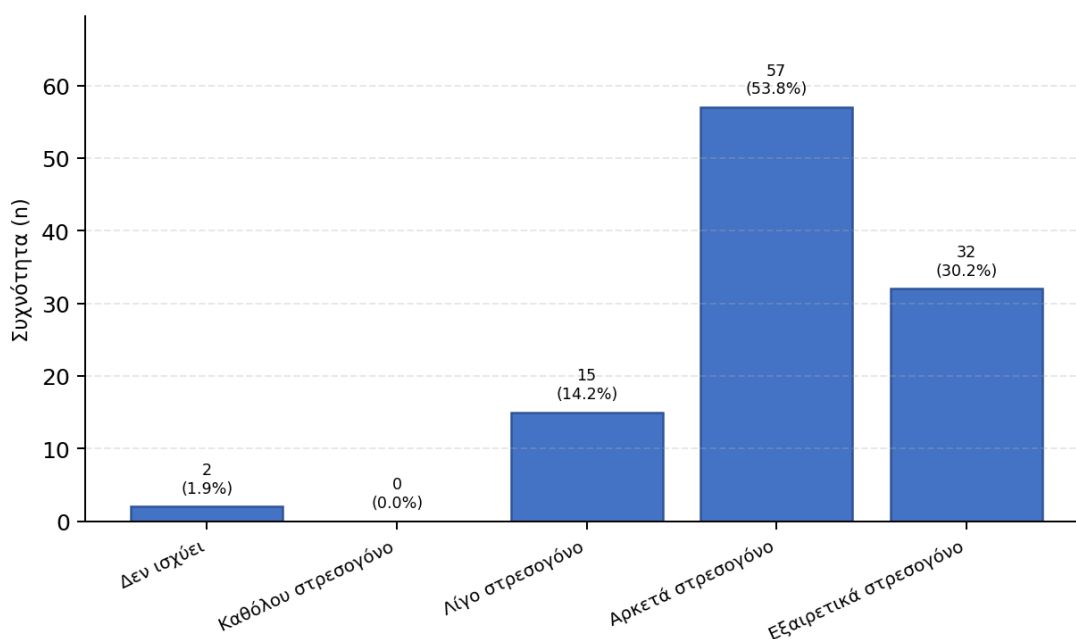


Η έκθεση σε παράγοντες που ενδέχεται να απειλήσουν την υγεία και την ασφάλεια των νοσηλευτών αποτελεί αδιαμφισβήτητα έναν από τους σημαντικότερους στρεσογόνους παράγοντες της παρούσας μελέτης. Το 90.6% των συμμετεχόντων αξιολόγησε τη συγκεκριμένη διάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα, αποτυπώνοντας την αυξημένη ευαισθητοποίηση του προσωπικού απέναντι στους επαγγελματικούς κινδύνους. Η καθημερινή επαφή με λοιμογόνους παράγοντες, βιολογικά υλικά, αιχμηρά αντικείμενα ή άλλες επικίνδυνες συνθήκες εργασίας δημιουργεί ένα διαρκές αίσθημα επαγρύπνησης. Η υψηλή μέση τιμή (3.16) επιβεβαιώνει ότι η προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων παραμένει ζήτημα πρωταρχικής σημασίας για τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων και τη διατήρηση της ψυχολογικής ευημερίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 90: Πίνακας 3.89 – Ερώτηση 39 - 39 Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,10	4,00	100,0	0,78	0,60

Διάγραμμα 89: Διάγραμμα 3.89 – Ερώτηση 39

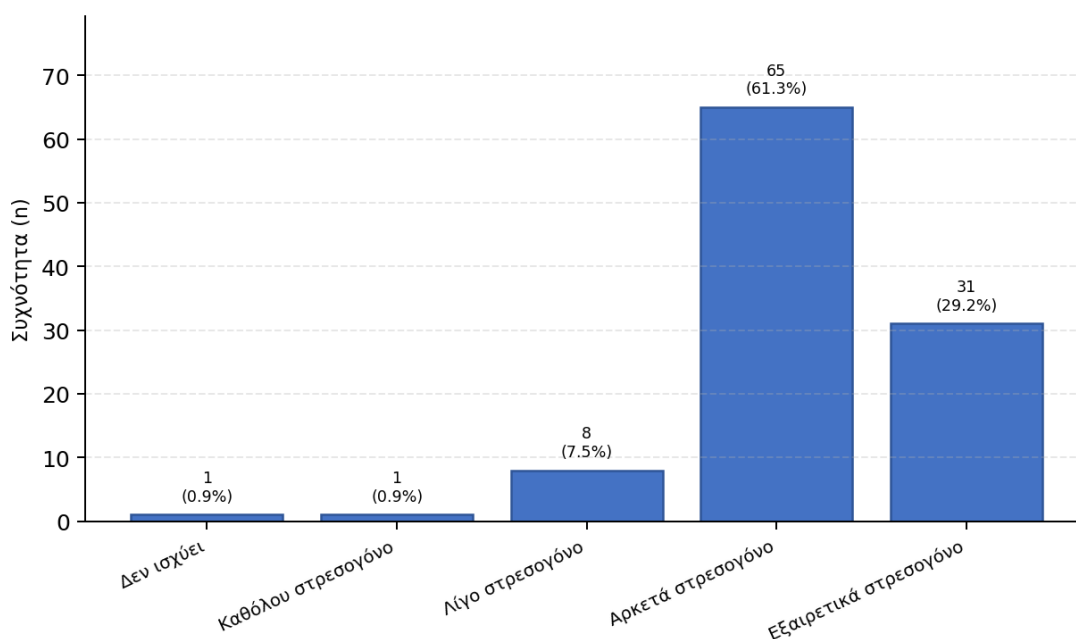


Σε αντίθεση με τον θάνατο ενός ασθενούς γενικά, η απώλεια ενός ασθενούς με τον οποίο ο νοσηλευτής έχει αναπτύξει μια κοντινή σχέση, προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη συναισθηματική επιβάρυνση. Το 84% των συμμετεχόντων αξιολόγησε το συγκεκριμένο γεγονός ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο, ποσοστό που συγκαταλέγεται στα υψηλότερα της κλίμακας. Η μακροχρόνια φροντίδα ασθενών, όπως αυτή που απαιτείται στις περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων, συχνά οδηγεί στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και συναισθηματικής σύνδεσης. Όταν αυτές οι σχέσεις διακόπτονται λόγω θανάτου, οι νοσηλευτές καλούνται να διαχειριστούν όχι μόνο την επαγγελματική αλλά και την προσωπική διάσταση της απώλειας. Η υψηλή μέση τιμή (3.10) αποτυπώνει με σαφήνεια το έντονο ψυχολογικό φορτίο που συνοδεύει τέτοιες εμπειρίες.

Πίνακας 91: Πίνακας 3.90 – Ερώτηση 40 - 40 Η λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,17	4,00	100,0	0,68	0,46

Διάγραμμα 90: Διάγραμμα 3.90 – Ερώτηση 40

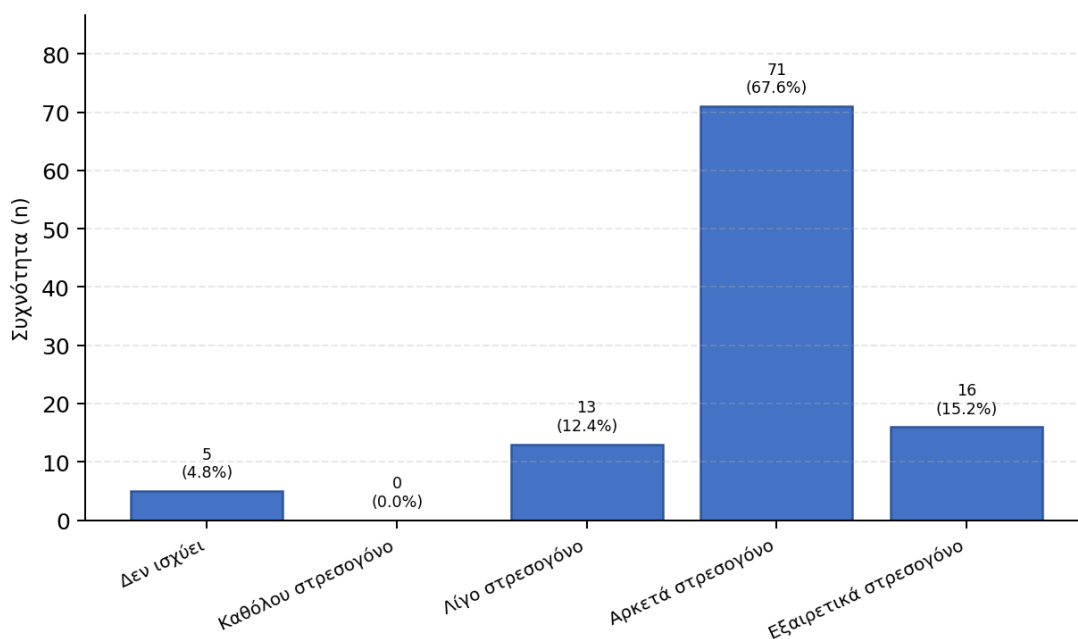


Η ανάγκη λήψης αποφάσεων που αφορούν την κατάσταση ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ασθενούς κατά την απουσία ιατρού αποτελεί έναν από τους πλέον επιβαρυντικούς παράγοντες για το νοσηλευτικό προσωπικό. Η έντονη αίσθηση ευθύνης που συνοδεύει τέτοιες περιστάσεις αποτυπώνεται και από το ποσοστό του 90.5% των συμμετεχόντων που χαρακτήρισε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Οι νοσηλευτές καλούνται συχνά να εκτιμήσουν άμεσα την κλινική κατάσταση των ασθενών και να ενεργήσουν με ταχύτητα και επαγγελματική κρίση μέχρις ότου να υπάρξει ιατρική παρέμβαση. Η ιδιαίτερα υψηλή μέση τιμή (Μ.Τ. = 3.17) μαρτυρά ότι η αβεβαιότητα και ο φόβος πιθανών συνεπειών για την υγεία του ασθενούς αποτελούν σημαντικές πηγές εργασιακού άγχους.

Πίνακας 92: Πίνακας 3.91 – Ερώτηση 41 - 41 Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,89	4,00	100,0	0,83	0,69

Διάγραμμα 91: Διάγραμμα 3.91 – Ερώτηση 41

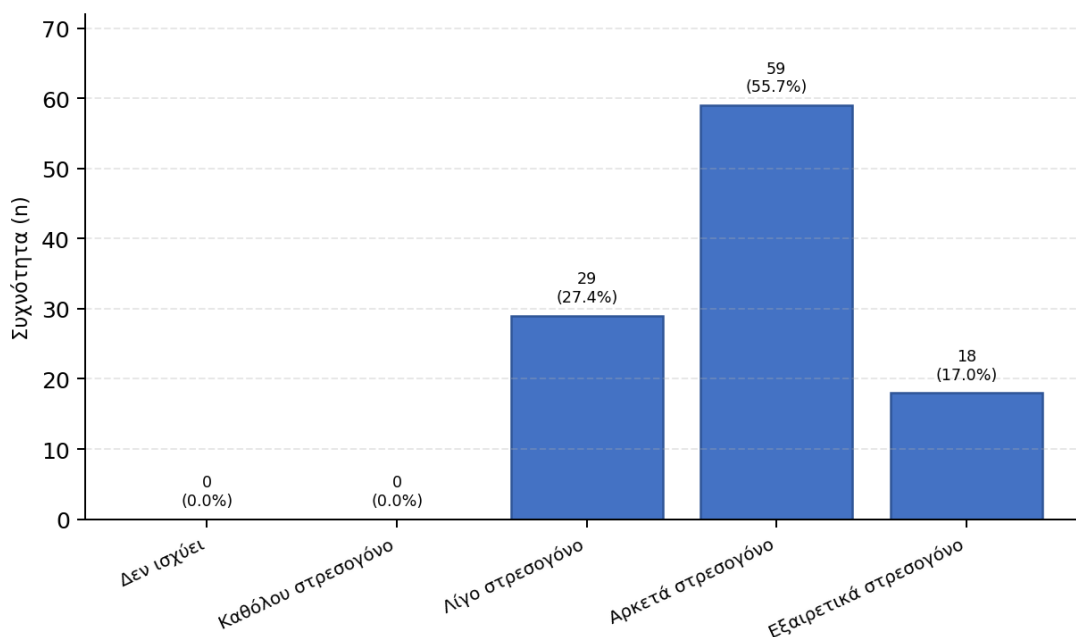


Συνολικά, το 82.8% των συμμετεχόντων αξιολόγησε την ανάληψη αυξημένων ευθυνών χωρίς την αντίστοιχη εμπειρία ως σημαντική πηγή άγχους και συγκεκριμένα αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα με τη μέση τιμή της μεταβλητής να ισούται με 2.96. Οι θέσεις ευθύνης συνδέονται με αυξημένες απαιτήσεις λήψης αποφάσεων, συντονισμού προσωπικού και διαχείρισης κρίσιμων περιστατικών. Συνεπώς, η επάρκεια εμπειρίας αποτελεί βασικό παράγοντα για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και τη μείωση του εργασιακού στρες. Όταν οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι δεν διαθέτουν ακόμη την απαιτούμενη εμπειρία, είναι πιθανό να αυξάνεται η ανασφάλεια και ο φόβος λανθασμένων ενεργειών.

Πίνακας 93: Πίνακας 3.92 – Ερώτηση 42 - 42 Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2,00	2,90	4,00	100,0	0,66	0,43

Διάγραμμα 92: Διάγραμμα 3.92 – Ερώτηση 42

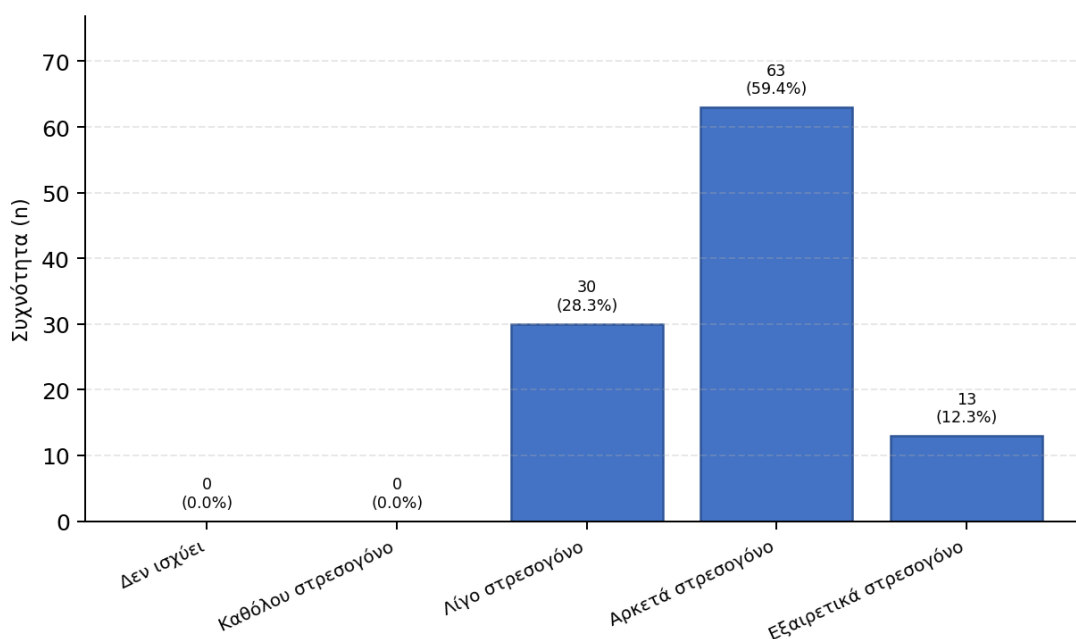


Η παροχή υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσηλευτικού προσωπικού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του εργασιακού κλίματος. Στην παρούσα έρευνα, το 83.1% των συμμετεχόντων χαρακτήρισαν την έλλειψη υποστήριξης ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο παράγοντα. Επομένως, οι νοσηλευτές αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στη διαθεσιμότητα καθοδήγησης και πρακτικής βοήθειας από τα διοικητικά στελέχη. Το περιβάλλον που εργάζονται παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξημένες απαιτήσεις. Συνεπώς, η αίσθηση ότι η διοίκηση δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες του προσωπικού μπορεί να ενισχύσει την επαγγελματική εξουθένωση και να μειώσει την εργασιακή ικανοποίηση.

Πίνακας 94: Πίνακας 3.93 – Ερώτηση 43 - 43 Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2,00	2,84	4,00	100,0	0,62	0,38

Διάγραμμα 93: Διάγραμμα 3.93 – Ερώτηση 43

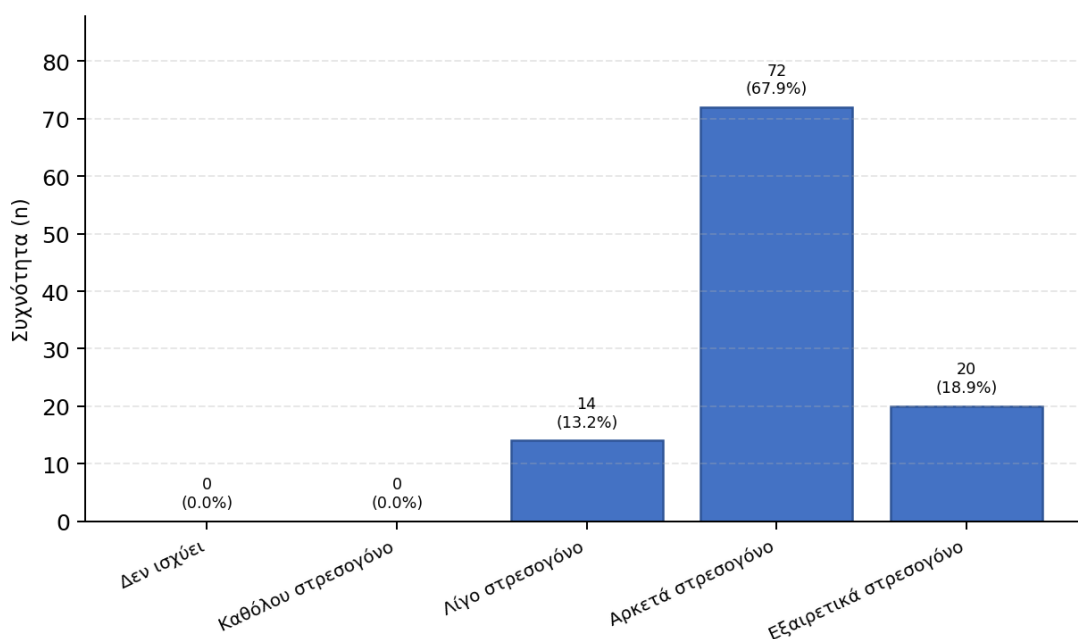


Η ανάθεση διοικητικών και λοιπών μη νοσηλευτικών εργασιών φαίνεται να επιβαρύνει σημαντικά το νοσηλευτικό προσωπικό σύμφωνα με το 71.7% των συμμετεχόντων που χαρακτήρισε την πληθώρα τέτοιων καθηκόντων ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο παράγοντα. Η ενασχόληση με γραφειοκρατικές διαδικασίες περιορίζει τον διαθέσιμο χρόνο για άμεση φροντίδα των ασθενών, γεγονός που συχνά δημιουργεί αίσθημα πίεσης και επαγγελματικής δυσaráεσκειας. Παράλληλα, η αυξανόμενη ανάγκη καταγραφής και τεκμηρίωσης δεδομένων στα σύγχρονα συστήματα υγείας φαίνεται να μεταβάλλει σημαντικά την καθημερινότητα των νοσηλευτών. Η μέση τιμή της μεταβλητής (2.84) επιβεβαιώνει τη δυσκολία των νοσηλευτών να εξισορροπήσουν μεταξύ κλινικών και διοικητικών καθηκόντων.

Πίνακας 95: Πίνακας 3.94 – Ερώτηση 44 - 44 Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2,00	3,06	4,00	100,0	0,56	0,32

Διάγραμμα 94: Διάγραμμα 3.94 – Ερώτηση 44

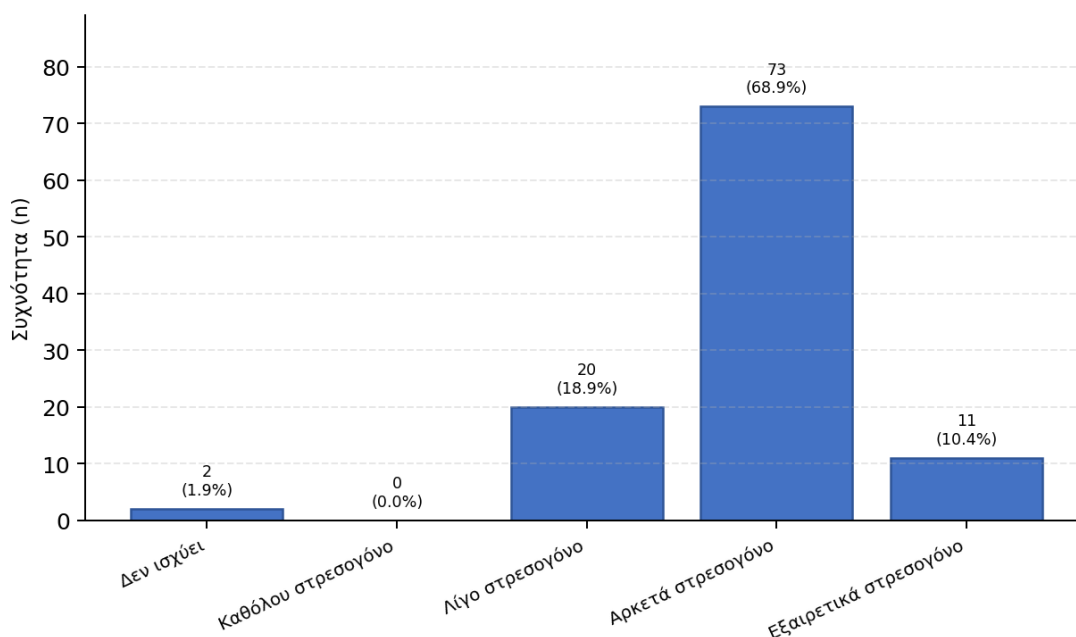


Το 86.8% των νοσηλευτών αξιολόγησε την ανεπαρκή στελέχωση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα, αναδεικνύοντας τη βαρύτητα του συγκεκριμένου παράγοντα στους στρεσογόνους παράγοντες της κλίμακας ENSS. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα αποτυπώνει ένα διαχρονικό πρόβλημα των δημόσιων νοσοκομείων, όπου οι αυξημένες ανάγκες περίθαλψης συχνά δεν συνοδεύονται από αντίστοιχη επάρκεια ανθρώπινων πόρων. Η έλλειψη προσωπικού αυξάνει τον φόρτο εργασίας, περιορίζει τον διαθέσιμο χρόνο για κάθε ασθενή και ενισχύει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν και η υψηλή μέση τιμή (3.06) της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Πίνακας 96: Πίνακας 3.95 – Ερώτηση 45 - 45 Αβεβαιότητα που αφορά στη λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,86	4,00	100,0	0,67	0,44

Διάγραμμα 95: Διάγραμμα 3.95 – Ερώτηση 45

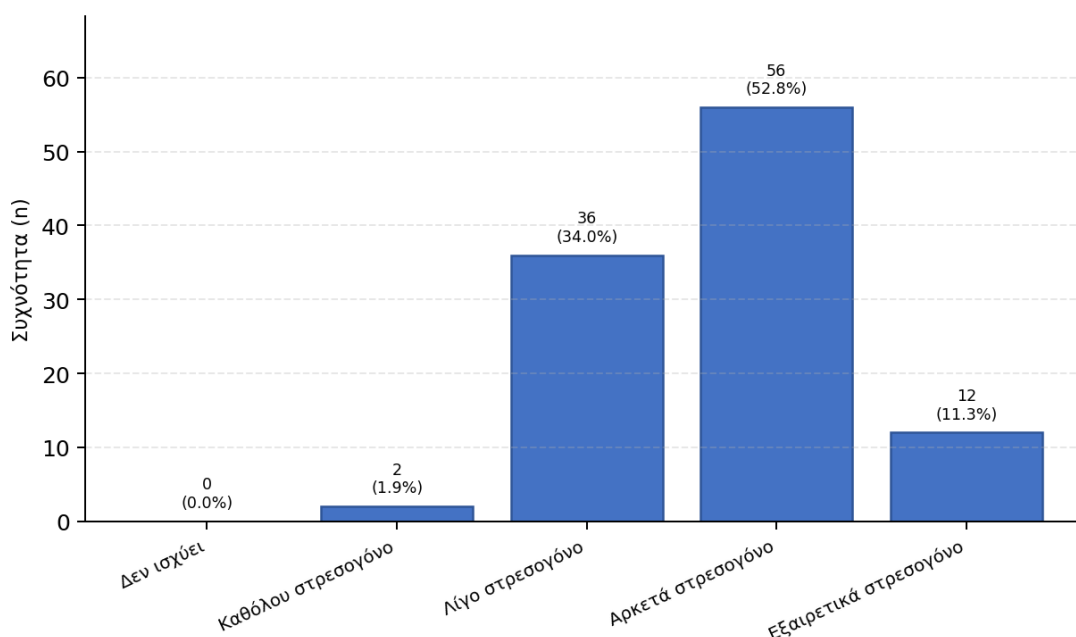


Η αβεβαιότητα σχετικά με τη σωστή λειτουργία ή τη λειτουργικότητα εξειδικευμένου ιατρό-τεχνολογικού εξοπλισμού αποτελεί σημαντική πηγή άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό. Σε ποσοστό 79.3% οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τον συγκεκριμένο παράγοντα ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο, εύρημα εύλογο, καθώς η ασφαλής χρήση των μηχανημάτων συνδέεται άμεσα με την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον, πιθανές δυσλειτουργίες ή αμφιβολίες ως προς την ορθή λειτουργία του εξοπλισμού μπορούν να δημιουργήσουν αίσθημα ανασφάλειας και αυξημένης ευθύνης στους νοσηλευτές. Στο σύγχρονο περιβάλλον εργασίας των δομών υγείας, όπου η τεχνολογία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής, η επαρκής εκπαίδευση και τεχνική υποστήριξη καθίσταται κρίσιμη για τη μείωση του εργασιακού στρες.

Πίνακας 97: Πίνακας 3.96 – Ερώτηση 46 - 46 Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	2,74	4,00	100,0	0,67	0,44

Διάγραμμα 96: Διάγραμμα 3.96 – Ερώτηση 46

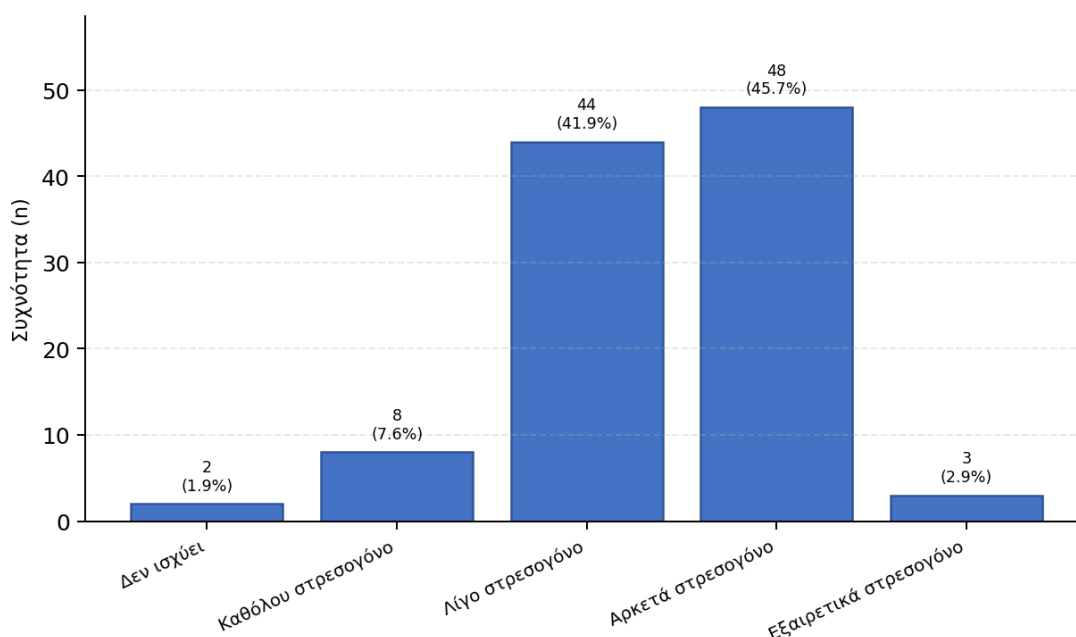


Ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για το νοσηλευτικό προσωπικό εκτιμήθηκε και η έκθεση σε υβριστική συμπεριφορά από ασθενείς. Βάσει των αποτελεσμάτων, το 64.1% των συμμετεχόντων εκτίμησε τη σημαντική ψυχολογική επίδραση που μπορεί να έχει η λεκτική επιθετικότητα στην καθημερινή επαγγελματική πρακτική ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Οι νοσηλευτές καλούνται να διατηρούν επαγγελματική στάση ακόμη και σε συνθήκες έντασης, διαχειριζόμενοι ταυτόχρονα τις ανάγκες των ασθενών και τις δικές τους συναισθηματικές αντιδράσεις. Η υψηλή μέση τιμή (2.74) επιβεβαιώνει ότι τέτοιες συμπεριφορές επηρεάζουν ουσιαστικά το επίπεδο εργασιακού άγχους και ενδέχεται να συμβάλλουν στη μακροχρόνια επαγγελματική εξουθένωση.

Πίνακας 98: Πίνακας 3.97 – Ερώτηση 47 - 47 Ανεπαρκής χρόνος για τη κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,40	4,00	100,0	0,75	0,56

Διάγραμμα 97: Διάγραμμα 3.97 – Ερώτηση 47

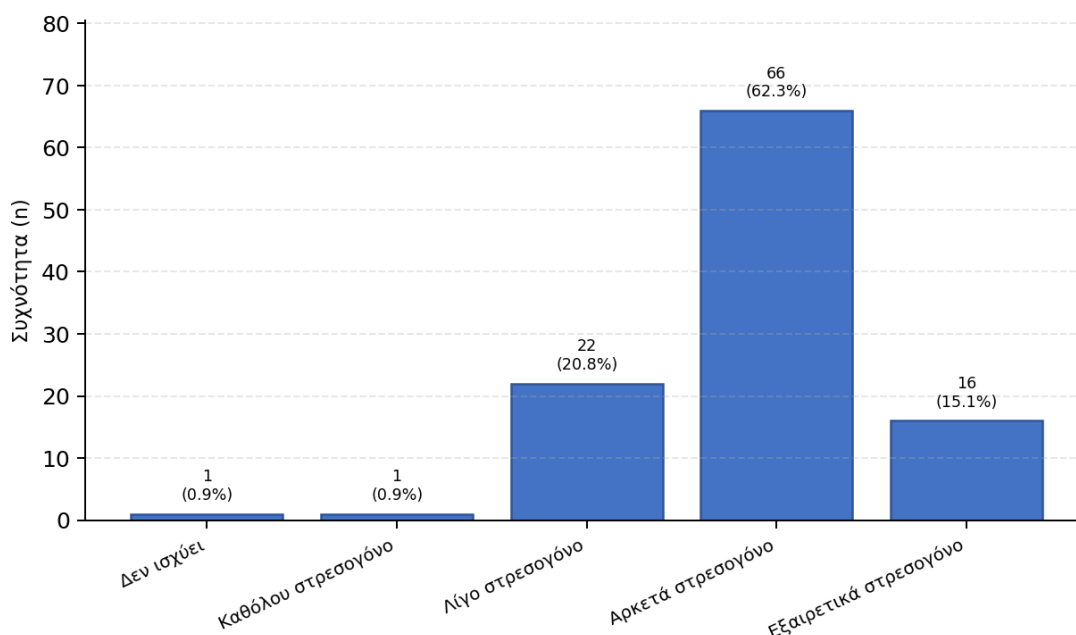


Σημαντικό μέρος της σύγχρονης νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί μεταξύ άλλων και η κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών και ειδικά σε περιπτώσεις σοβαρών ή χρόνιων νοσημάτων όπου οι συγγενείς αναζητούν συνεχή ενημέρωση και υποστήριξη. Στην παρούσα έρευνα, περίπου το ήμισυ του δείγματος (48.6%) χαρακτήρισε αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο παράγοντα τον ανεπαρκή χρόνο για την εξυπηρέτηση των οικογενειών. Οι αυξημένες κλινικές απαιτήσεις και ο φόρτος εργασίας συχνά περιορίζουν τη δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών. Η χρονική πίεση δεν επηρεάζει μόνο την παροχή άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και τη δυνατότητα ανάπτυξης μιας ολοκληρωμένης και υποστηρικτικής σχέσης με τις οικογένειες των ασθενών, κάτι που αποτυπώνεται και από τη σχετικά υψηλή μέση τιμή (2.40).

Πίνακας 99: Πίνακας 3.98 – Ερώτηση 48 - 48 Να θεωρήσετε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να έχετε τον έλεγχο.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,90	4,00	100,0	0,69	0,47

Διάγραμμα 98: Διάγραμμα 3.98 – Ερώτηση 48

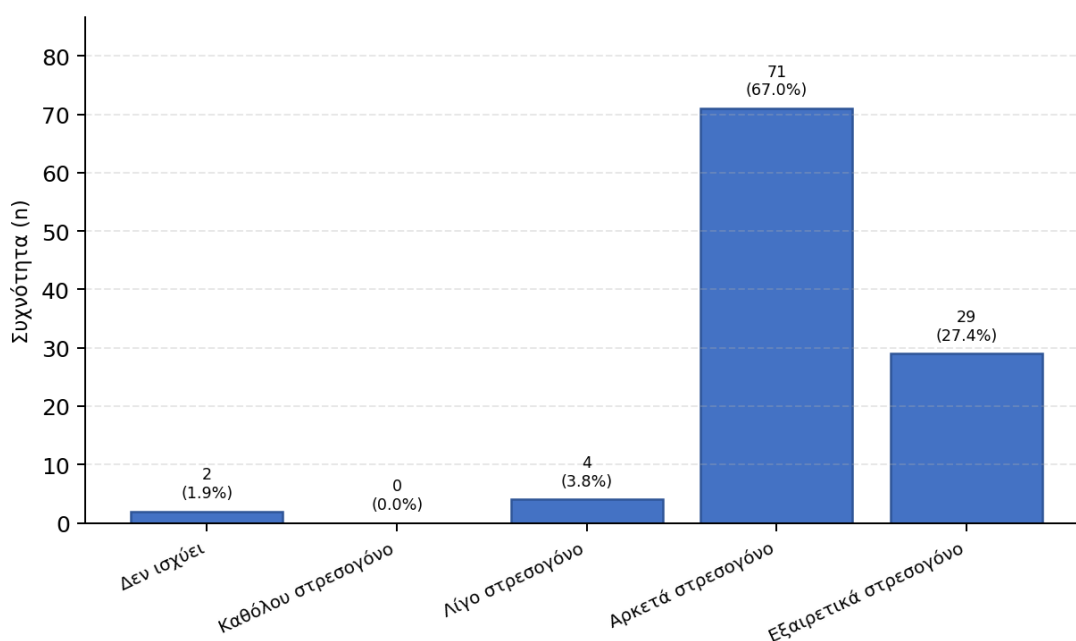


Η απόδοση ευθυνών στους νοσηλευτές για γεγονότα ή καταστάσεις που δεν βρίσκονται υπό τον άμεσο έλεγχό τους αποδείχθηκε ιδιαίτερα σημαντική πηγή εργασιακού άγχους. Η έλλειψη ελέγχου σε συνδυασμό με την ανάληψη ευθυνών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηλευτικού άγχους. Το 77.4% των συμμετεχόντων ανέδειξε την έντονη ψυχολογική επιβάρυνση που μπορεί να προκαλέσει η αίσθηση αδικίας στον χώρο εργασίας ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Σε σύνθετα εργασιακά περιβάλλοντα, όπως αυτά των δημόσιων νοσοκομείων, τα προβλήματα συχνά οφείλονται σε συστημικούς ή διοικητικούς παράγοντες, ωστόσο οι νοσηλευτές είναι συχνά οι πρώτοι που καλούνται να λογοδοτήσουν απέναντι σε ασθενείς, συγγενείς ή ανώτερα στελέχη.

Πίνακας 100: Πίνακας 3.99 – Ερώτηση 49 - 49 Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,18	4,00	100,0	0,67	0,45

Διάγραμμα 99: Διάγραμμα 3.99 – Ερώτηση 49

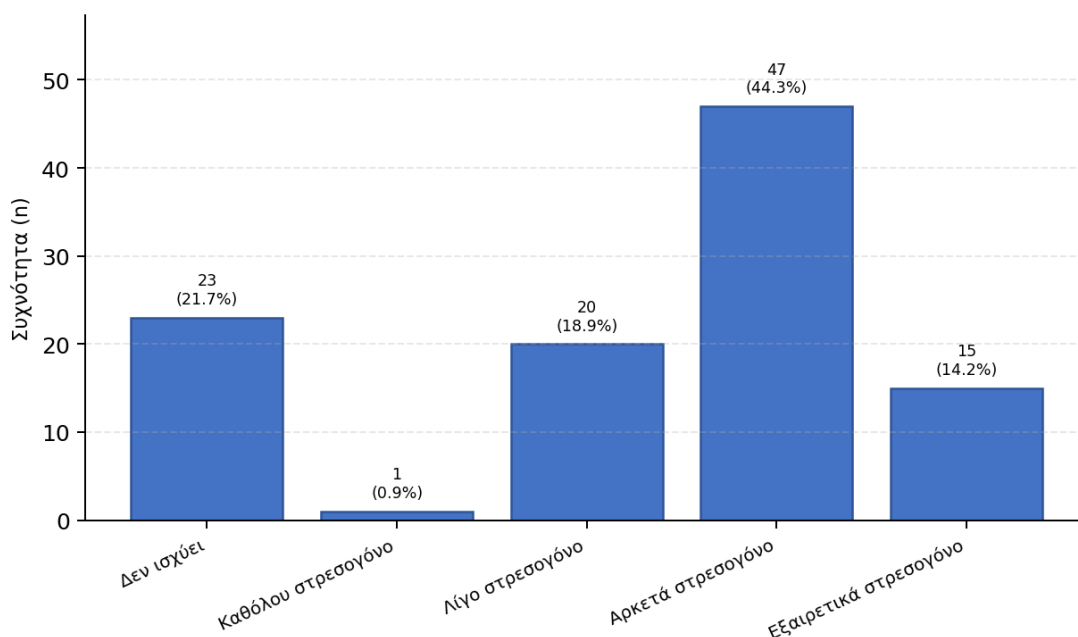


Η απουσία ιατρού κατά τη στιγμή του θανάτου ενός ασθενούς καταγράφεται ως ένας από τους ισχυρότερους στρεσογόνους παράγοντες της παρούσας έρευνας με μέση τιμή 3.18. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (94.4%) επιβεβαιώνει ότι η συγκεκριμένη συνθήκη δημιουργεί έντονο αίσθημα πίεσης και επαγγελματικής επιβάρυνσης, αξιολογώντας τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Γεγονός που καταγράφει το υψηλό επίπεδο ευθύνης και συναισθηματικής πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές σε τέτοιες περιστάσεις. Η διαχείριση του τέλους της ζωής ενός ασθενούς είναι από μόνη της μια απαιτητική εμπειρία· όταν μάλιστα απουσιάζει ο θεράπων ιατρός, οι νοσηλευτές καλούνται συχνά να διαχειριστούν μόνοι τους κρίσιμες διαδικασίες και την επικοινωνία με τους συγγενείς.

Πίνακας 101: Πίνακας 3.100 – Ερώτηση 50 - 50 Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,28	4,00	100,0	1,34	1,81

Διάγραμμα 100: Διάγραμμα 3.100 – Ερώτηση 50

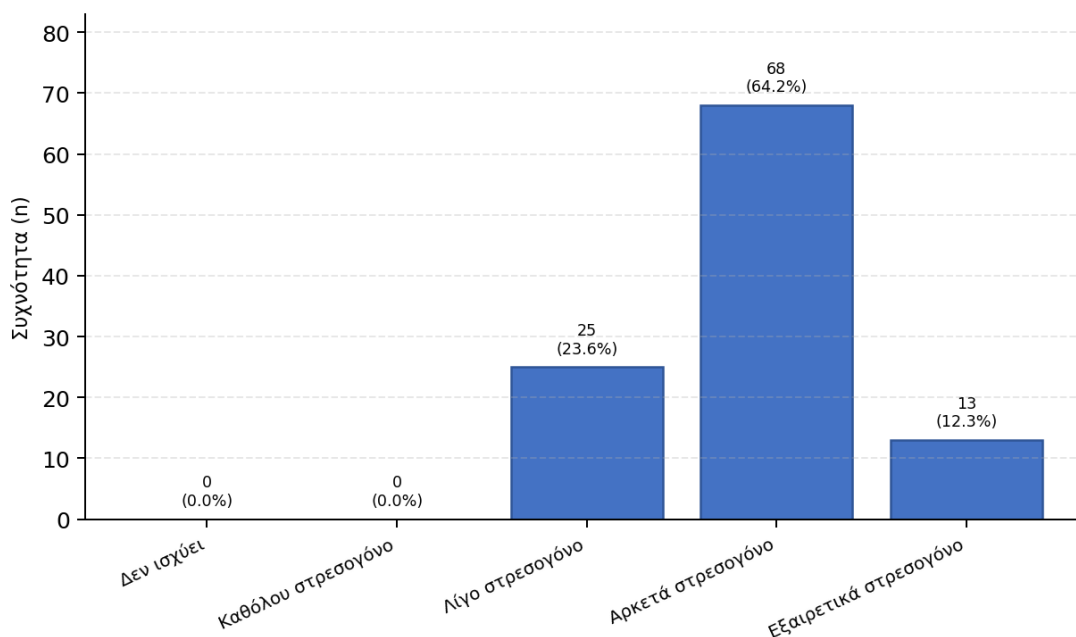


Η ανάγκη ανάληψης αρμοδιοτήτων που σχετίζονται με τον συντονισμό ή την οργάνωση της εργασίας των ιατρών φαίνεται να δημιουργεί σημαντική πίεση στο νοσηλευτικό προσωπικό. Σχεδόν έξι στους δέκα συμμετέχοντες (58.5%) επιβεβαίωσαν ότι πρόκειται για έναν παράγοντα με ουσιαστική συμβολή στο εργασιακό άγχος τους, αξιολογώντας τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα ενδέχεται να αντανακλά περιπτώσεις στις οποίες οι νοσηλευτές καλούνται να αναλάβουν καθήκοντα πέραν του τυπικού τους ρόλου, προς διασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας του τμήματος. Επιπλέον, η εκτέλεση καθηκόντων χωρίς την αντίστοιχη θεσμική αρμοδιότητα μπορεί να προκαλεί αβεβαιότητα, πρόσθετο φόρτο εργασίας και αυξημένο αίσθημα ευθύνης.

Πίνακας 102: Πίνακας 3.101 – Ερώτηση 51 - 51 Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσοκομείου.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
2,00	2,89	4,00	100,0	0,59	0,35

Διάγραμμα 101: Διάγραμμα 3.101 – Ερώτηση 51

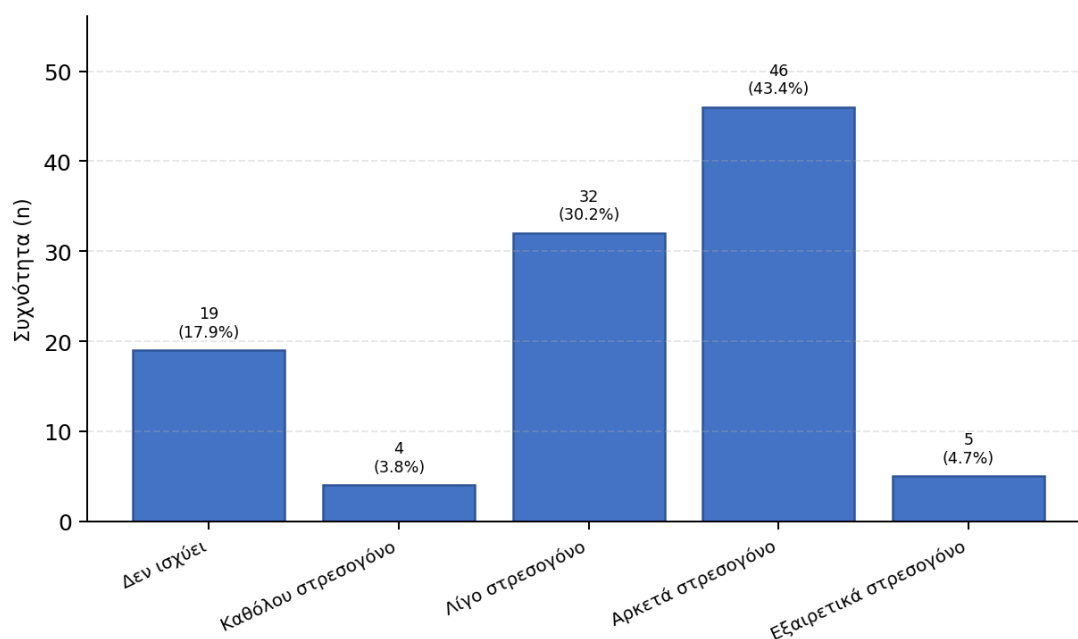


Η διοικητική υποστήριξη αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την αποτελεσματική λειτουργία των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τη διατήρηση ενός θετικού εργασιακού περιβάλλοντος. Όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι δεν υποστηρίζονται επαρκώς από τη διοίκηση, είναι πιθανό να ενισχύεται το αίσθημα επαγγελματικής απογοήτευσης και να αυξάνεται η ψυχολογική επιβάρυνση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 76.5% των συμμετεχόντων θεωρεί την έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσοκομείου αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Κατά συνέπεια, οι νοσηλευτές αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στη θεσμική αναγνώριση, στην παροχή πόρων και στη διοικητική μέριμνα για την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων. Η υψηλή μέση τιμή (2.89) καταγράφει τη βαρύτητα του συγκεκριμένου παράγοντα στη διαμόρφωση του νοσηλευτικού άγχους.

Πίνακας 103: Πίνακας 3.102 – Ερώτηση 52 - 52 Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,13	4,00	100,0	1,17	1,36

Διάγραμμα 102: Διάγραμμα 3.102 – Ερώτηση 52

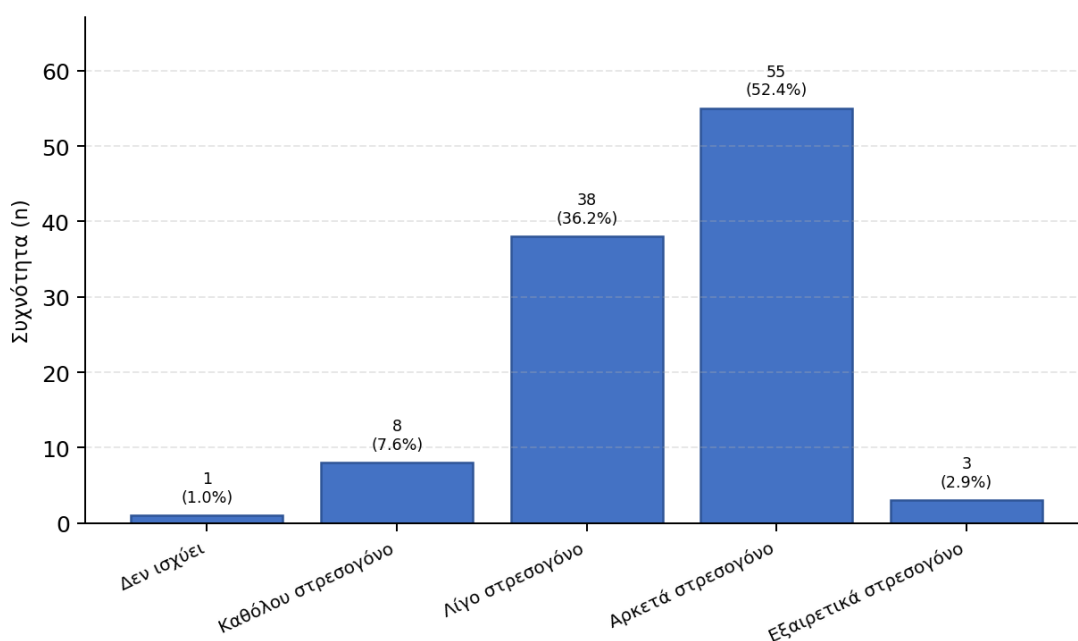


Η δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου δεν φαίνεται να αποτελεί σημαντική πηγή εργασιακού άγχους για την πλειονότητα των συμμετεχόντων. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 34% δήλωσε πως η συγκεκριμένη κατάσταση είναι από καθόλου έως λίγο στρεσογόνα, ενώ το 17.9% δήλωσε πως δεν ισχύει στο εργασιακό του περιβάλλον. Προκύπτει συνεπώς πως οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν αποτελούν, κατά κανόνα, πεδίο έντασης ή σύγκρουσης. Ωστόσο σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (48.1%) τη χαρακτήρισαν ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Συνοψίζοντας, παρά τη σχετικά χαμηλή συνολική επίδραση του συγκεκριμένου παράγοντα, η ύπαρξη ενός αξιολογού ποσοστού εργαζομένων που βιώνει σχετικές δυσκολίες υπενθυμίζει τη σημασία της προώθησης ενός εργασιακού περιβάλλοντος που βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό, τη συνεργασία και την ισότιμη αντιμετώπιση όλων των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 104: Πίνακας 3.103 – Ερώτηση 53 - 53 Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,49	4,00	100,0	0,72	0,52

Διάγραμμα 103: Διάγραμμα 3.103 – Ερώτηση 53

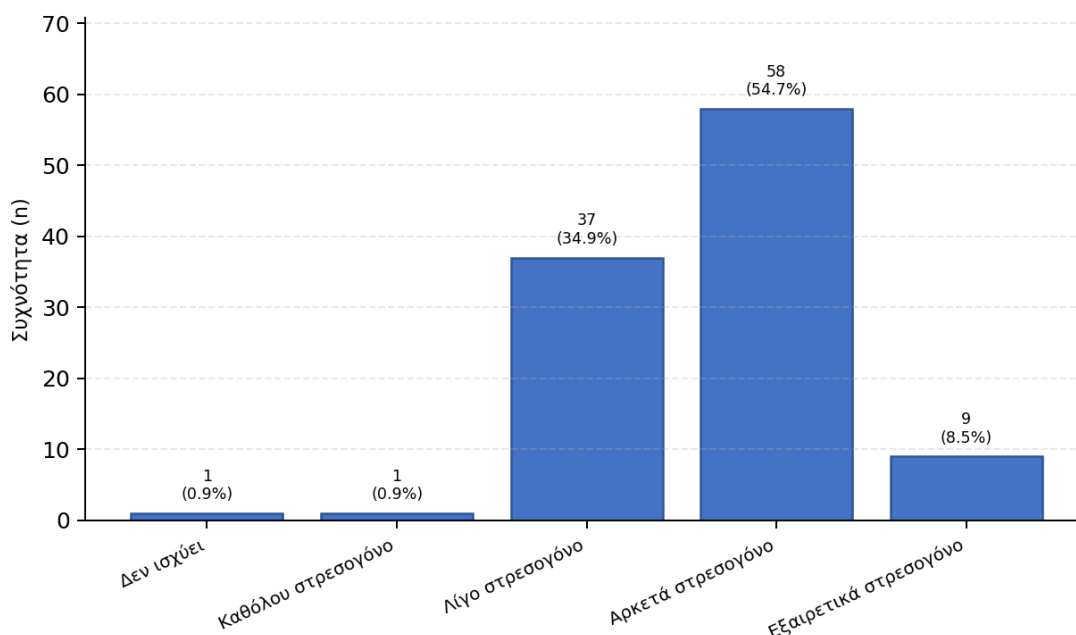


Η υποχρέωση συνεχούς καταχώρησης και ενημέρωσης στοιχείων στα ηλεκτρονικά πληροφοριακά συστήματα αποτελεί σημαντική πηγή πίεσης για το νοσηλευτικό προσωπικό, με το 52.4% των συμμετεχόντων να την αξιολογεί ως αρκετά στρεσογόνα. Αν και τα ηλεκτρονικά συστήματα συμβάλλουν στη βελτίωση της οργάνωσης, της ιχνηλασιμότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αυξημένη ανάγκη τεκμηρίωσης συχνά περιορίζει τον χρόνο που μπορεί να αφιερωθεί στην άμεση φροντίδα των ασθενών. Επίσης, οι διοικητικές απαιτήσεις απορροφούν σημαντικό μέρος του διαθέσιμου χρόνου εργασίας. Η μέση τιμή της μεταβλητής ισούται με 2.9, υποδηλώνοντας ότι η γραφειοκρατική διάσταση της νοσηλευτικής εργασίας αποτελεί πλέον έναν ουσιαστικό παράγοντα νοσηλευτικού άγχους.

Πίνακας 105: Πίνακας 3.104 – Ερώτηση 54 - 54 Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,69	4,00	100,0	0,68	0,46

Διάγραμμα 104: Διάγραμμα 3.104 – Ερώτηση 54

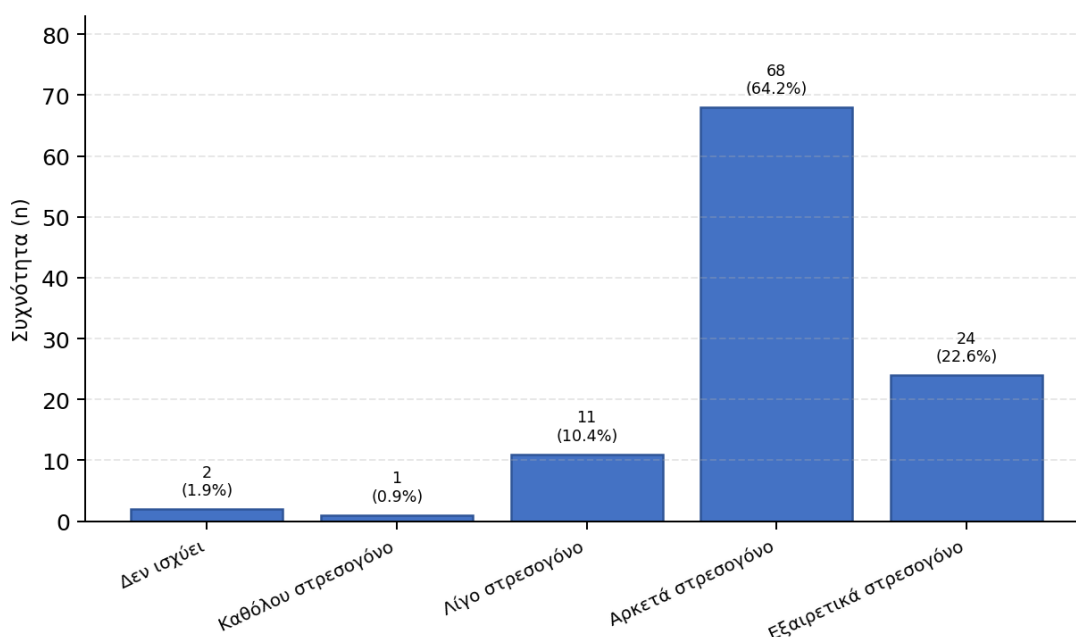


Η αντιμετώπιση υβριστικών συμπεριφορών από συγγενείς και συνοδούς ασθενών συγκαταλέγεται στους επιβαρυντικούς παράγοντες της κλίμακας νοσηλευτικού άγχους, καθώς το 63.2% δήλωσε πως η συγκεκριμένη εμπειρία είναι αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Τέτοιες καταστάσεις επηρεάζουν ουσιαστικά την εργασιακή εμπειρία των νοσηλευτών και ενισχύουν το αίσθημα επαγγελματικής εξουθένωσης και συναισθηματικής κόπωσης, μαρτυρώντας το σημαντικό ψυχολογικό φορτίο που προκαλούν οι λεκτικές επιθέσεις στον χώρο εργασίας. Σε περιόδους έντονης ανησυχίας για την πορεία της υγείας ενός αγαπημένου προσώπου, οι οικογένειες των ασθενών ενδέχεται να εκδηλώνουν συμπεριφορές έντασης ή επιθετικότητας, οι οποίες συχνά κατευθύνονται προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 106: Πίνακας 3.105 – Ερώτηση 55 - 55 Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	3,05	4,00	100,0	0,73	0,54

Διάγραμμα 105: Διάγραμμα 3.105 – Ερώτηση 55

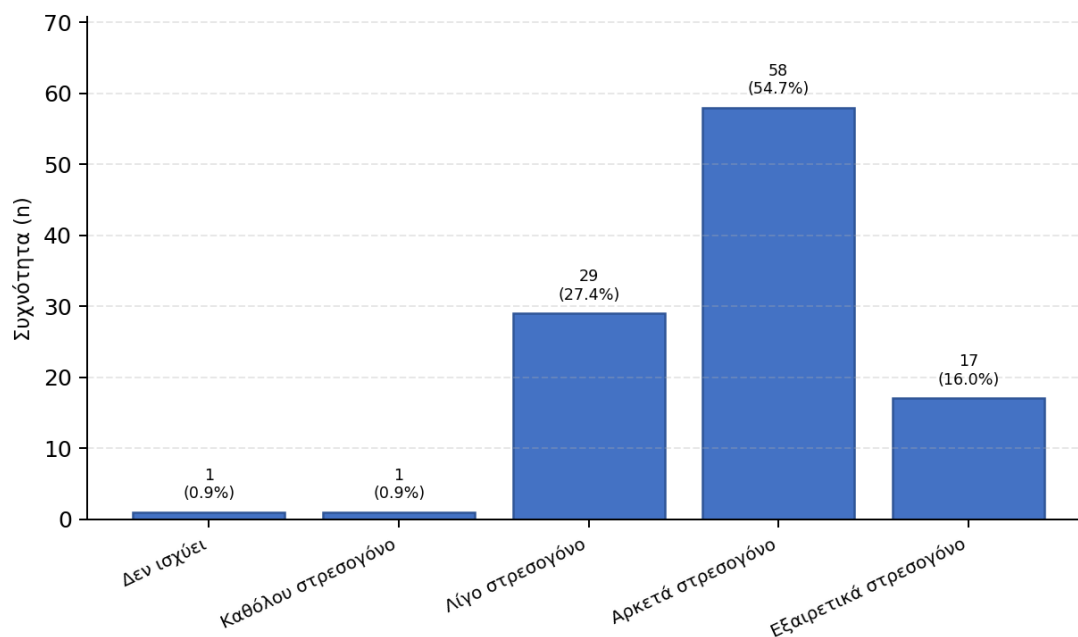


Η παρακολούθηση της σωματικής ή ψυχικής οδύνης ενός ασθενούς αποτελεί μία από τις πιο φορτισμένες συναισθηματικά εμπειρίες της νοσηλευτικής πρακτικής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 86.8% των συμμετεχόντων θεωρεί τη συγκεκριμένη κατάσταση αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα, γεγονός που την κατατάσσει μεταξύ των σημαντικότερων παραγόντων νοσηλευτικού άγχους. Η συνεχής έκθεση στον πόνο, στην αγωνία και στην επιδείνωση της υγείας των ασθενών μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά τη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας. Ειδικά σε τμήματα όπου νοσηλεύονται ασθενείς με χρόνια ή σοβαρά νοσήματα, όπου η επαναλαμβανόμενη επαφή με την ανθρώπινη δυστυχία αυξάνει τον κίνδυνο συναισθηματικής εξάντλησης. Την έντονη ψυχολογική επιβάρυνση που συνοδεύει τέτοιες εμπειρίες επιβεβαιώνει και η υψηλή μέση τιμή (3.05) της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Πίνακας 107: Πίνακας 3.106 – Ερώτηση 56 - 56 Κριτική από τη νοσηλευτική διοίκηση.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,84	4,00	100,0	0,73	0,53

Διάγραμμα 106: Διάγραμμα 3.106 – Ερώτηση 56

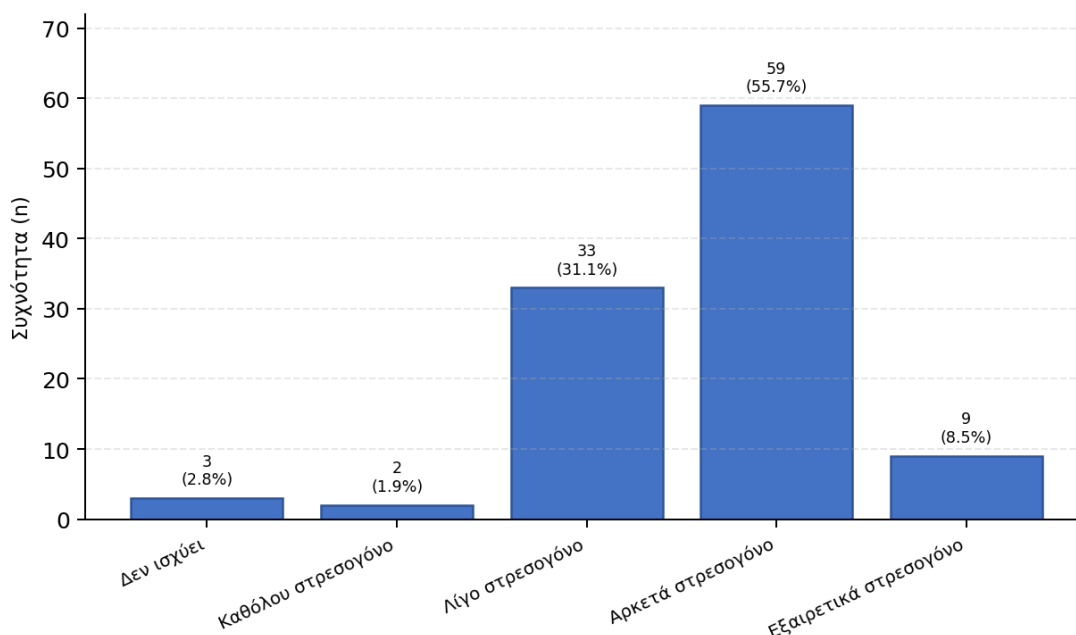


Η κριτική που προέρχεται από τη νοσηλευτική διοίκηση επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο εργασιακού άγχους των νοσηλευτών. Σε ποσοστό 70.7% οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ο τρόπος άσκησης της διοίκησης και της αξιολόγησης επηρεάζει ουσιαστικά το ψυχοκοινωνικό κλίμα στο νοσηλευτικό περιβάλλον, εκτιμώντας τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Αναδεικνύοντας κατ' αυτό τον τρόπο τη βαρύτητα που αποδίδουν οι εργαζόμενοι στις σχέσεις τους με τα διοικητικά στελέχη. Η ανατροφοδότηση αποτελεί αναγκαίο στοιχείο της επαγγελματικής λειτουργίας, ωστόσο όταν εκλαμβάνεται ως υπερβολικά αυστηρή ή μη υποστηρικτική μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα αμφισβήτησης και επαγγελματικής ανασφάλειας.

Πίνακας 108: Πίνακας 3.107 – Ερώτηση 57 - 57 Ύπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμά σας.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,65	4,00	100,0	0,78	0,60

Διάγραμμα 107: Διάγραμμα 3.107 – Ερώτηση 57

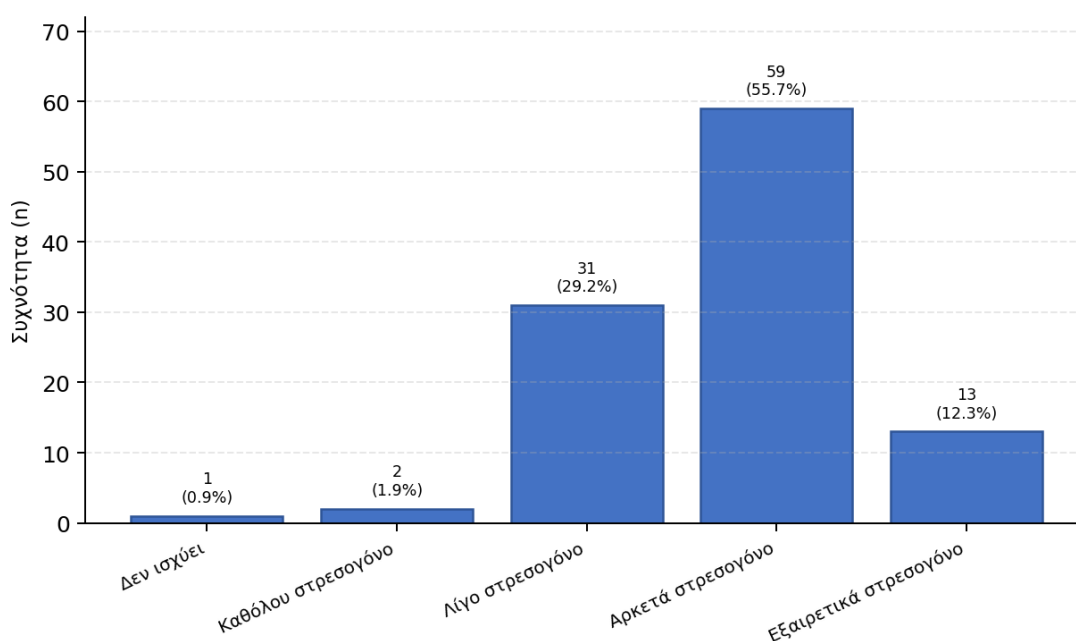


Επιβαρυντικό παράγοντα για το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί και η ανάγκη συνέχισης της εργασίας κατά τη διάρκεια του προβλεπόμενου διαλείμματος. Περίπου ένας στους τρεις νοσηλευτές (31.1%) εκτίμησε το συγκεκριμένο γεγονός ως λίγο στρεσογόνο, ενώ το 64.2% αυτών, ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνο. Η αδυναμία εξασφάλισης επαρκούς χρόνου ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της βάρδιας για αποφόρτιση, ακόμη και για σύντομο χρονικό διάστημα, μπορεί να οδηγήσει σε σωματική και ψυχική κόπωση, μειώνοντας την αντοχή των εργαζομένων απέναντι στις απαιτήσεις της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Το αποτέλεσμα αυτό συνδέεται άμεσα με ζητήματα στελέχωσης και φόρτου εργασίας, τα οποία αναδείχθηκαν ως σημαντικές πηγές άγχους στις προηγούμενες ερωτήσεις της κλίμακας.

Πίνακας 109: Πίνακας 3.108 – Ερώτηση 58 - 58 Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
0,00	2,76	4,00	100,0	0,72	0,52

Διάγραμμα 108: Διάγραμμα 3.108 – Ερώτηση 58

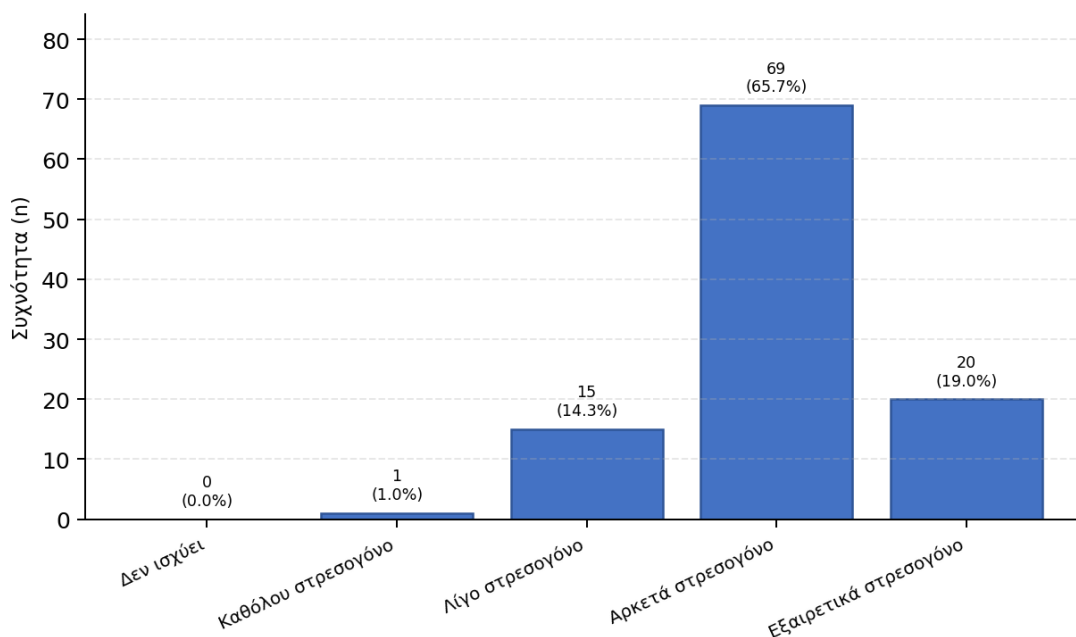


Ο φόβος πιθανής αναφοράς ή καταγγελίας από την οικογένεια ενός ασθενούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα εργασιακής πίεσης για τους νοσηλευτές. Όπως προκύπτει από τα δεδομένα, μόλις το 1.9% των συμμετεχόντων δεν τον θεωρεί στρεσογόνο, σε αντίθεση με το 97.2% που του προκαλεί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό εργασιακό άγχος. Αναδεικνύεται συνεπώς το αυξημένο αίσθημα επαγγελματικής ευθύνης που συνοδεύει την παροχή φροντίδας, αλλά και η ανησυχία για πιθανές συνέπειες σε περιπτώσεις παρερμηνειών, παραπόνων ή ανεπιθύμητων εξελίξεων. Σε ένα περιβάλλον όπου οι απαιτήσεις των ασθενών και των συγγενών είναι ιδιαίτερα αυξημένες, η συνεχής ανησυχία για πιθανή αναφορά μπορεί να ενισχύσει το αίσθημα πίεσης και να επηρεάσει αρνητικά την ψυχολογική ευημερία των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 110: Πίνακας 3.109 – Ερώτηση 59 - 59 Λήψη αποφάσεων υπό πίεση.

Ελάχιστη τιμή	Μέση τιμή	Μέγιστη τιμή	Ποσοστό (%)	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
1,00	3,03	4,00	100,0	0,61	0,37

Διάγραμμα 109: **Διάγραμμα 3.109 – Ερώτηση 59**



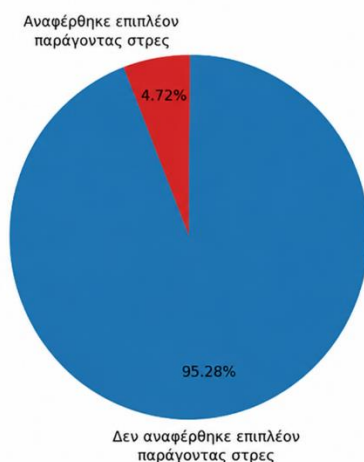
Η λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες χρονικής πίεσης καταγράφεται ως ένας από τους εντονότερους στρεσογόνους παράγοντες της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, το 84.7% των νοσηλευτών θεωρεί τη συγκεκριμένη κατάσταση ως αρκετά ή εξαιρετικά στρεσογόνα. Το εύρημα αυτό είναι απολύτως συμβατό με τη φύση της νοσηλευτικής εργασίας, όπου συχνά απαιτείται ταχεία αξιολόγηση καταστάσεων και άμεση λήψη αποφάσεων που ενδέχεται να επηρεάσουν την υγεία ή ακόμη και τη ζωή των ασθενών. Η ιδιαίτερα υψηλή μέση τιμή (3.03) υποδηλώνει ότι η πίεση χρόνου, σε συνδυασμό με την αυξημένη ευθύνη, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης του εργασιακού άγχους των νοσηλευτών.

Πίνακας 111: Πίνακας 3.110 – Ερώτηση 60 - 60 Αν πιστεύετε ότι υπάρχουν καταστάσεις στον εργασιακό σας χώρο που σας επιφορτίζουν με στρες και δεν περιγράφονται παραπάνω, παρακαλώ αναφέρετέ τις με λίγα λόγια. Διαφορετικά σημειώστε μηδέν (0).

Κατηγορία	n	%
Δεν αναφέρθηκε επιπλέον παράγοντας στρες	101	95,28
Αναφέρθηκε επιπλέον παράγοντας στρες	5	4,72
Σύνολο	106	100,00

Διάγραμμα 110: Διάγραμμα 3.110 – Ερώτηση 60

Διάγραμμα 3.110 Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την αναφορά πρόσθετων πηγών εργασιακού στρες



Στην ανοικτή τελευταία ερώτηση της κλίμακας ENSS, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αναφέρουν πρόσθετους παράγοντες εργασιακού στρες που δεν καλύπτονταν από τις προηγούμενες ερωτήσεις της κλίμακας. Από την ανάλυση των απαντήσεων προέκυψε ότι πέντε συμμετέχοντες (4.72%) κατέγραψαν επιπλέον πηγές άγχους, ενώ οι υπόλοιποι 101 από αυτούς (95.28%) δήλωσαν ότι δεν υφίστανται άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες πέραν αυτών που ήδη περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο.

Οι πρόσθετοι παράγοντες που αναφέρθηκαν αφορούσαν κυρίως ζητήματα διοικητικής λειτουργίας, εργασιακού κλίματος και επαγγελματικής ανάπτυξης. Ειδικότερα, καταγράφηκαν η συκοφαντική δυσφήμιση από ανώτερους, η επιβολή ποινών ή απειλών από τη διοίκηση του νοσοκομείου ως αντίποινα για τη διεκδίκηση εργασιακών δικαιωμάτων, η ελλιπής γνώση των επαγγελματικών αρμοδιοτήτων μεταξύ των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού, η συνεχής έκθεση σε κινδύνους λόγω έλλειψης προσωπικού και αυξημένης παρουσίας συνοδών, καθώς και η έλλειψη ευκαιριών προσωπικής εξέλιξης και αξιοκρατικής μεταχείρισης στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Το γεγονός ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων (4,72%) ανέφερε πρόσθετες πηγές εργασιακού άγχους φανερώνει ότι η κλίμακα ENSS καλύπτει σε μεγάλο

βαθμό τις βασικές διαστάσεις του εργασιακού στρες που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων. Παράλληλα, οι επιπλέον παρατηρήσεις που καταγράφηκαν αναδεικνύουν ορισμένες οργανωτικές και διοικητικές πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος, οι οποίες, αν και δεν εμφανίζονται συχνά, είναι δυνατόν να επηρεάσουν αρνητικά την εργασιακή εμπειρία και την ψυχολογική ευημερία των νοσηλευτών. Συνολικά, τα ευρήματα ενισχύουν την άποψη ότι το εργαλείο ENSS αποτυπώνει επαρκώς τις κυριότερες πηγές επαγγελματικής πίεσης που συνδέονται με τη νοσηλευτική πρακτική στο περιβάλλον της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης.

3.3.2. Αξιοπιστία κλίμακας

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α της διευρυμένης κλίμακας νοσηλευτικού άγχους ENSS υπολογίστηκε σε $\alpha = 0.958$. Επομένως και σε αυτή την κλίμακα υφίσταται εξαιρετική εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία της.

3.3.3. Κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες

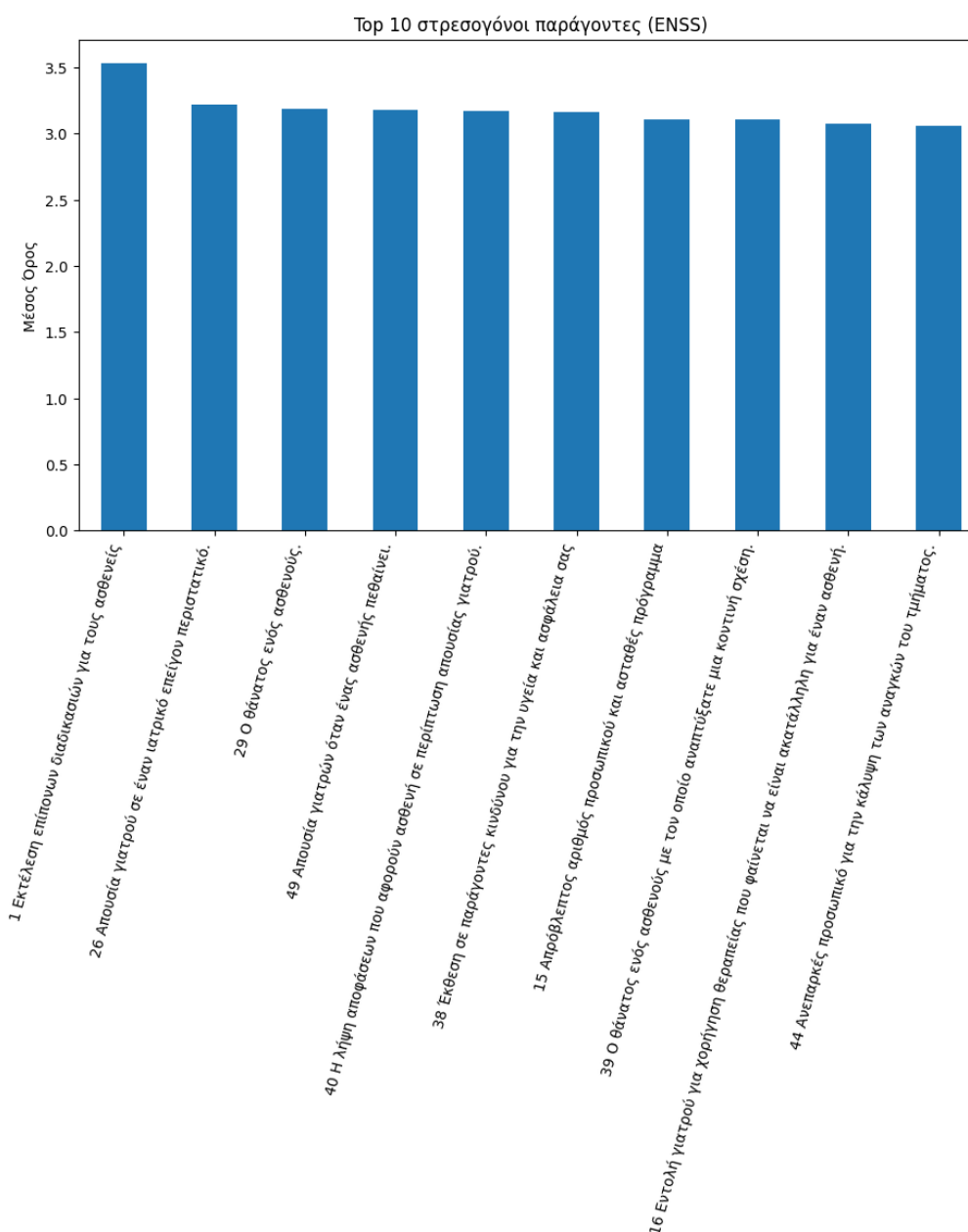
Στον Πίνακα 3.111 και το Διάγραμμα 3.111 παρουσιάζονται οι δέκα σημαντικότεροι στρεσογόνοι παράγοντες του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 112: Πίνακας 3.111. Κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες νοσηλευτικού προσωπικού

Ερώτηση	Κατάσταση	Μέση Τιμή
1	Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς	3.53
26	Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό.	3.22
29	Ο θάνατος ενός ασθενούς.	3.19
49	Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.	3.18
40	Η λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού.	3.17
38	Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας	3.16
15	Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα	3.10

39	Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.	3.10
16	Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	3.08
44	Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.	3.06

Διάγραμμα 111: Διάγραμμα 3.111. Κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες νοσηλευτικού προσωπικού



Η έρευνα καταδεικνύει πως οι σημαντικότεροι στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονταν κυρίως με την εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς, την απουσία ιατρού σε επείγον περιστατικό, τον θάνατο ασθενούς, τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων και τη γενικότερη εργασιακή επιβάρυνση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Τα συγκεκριμένα ευρήματα επιβεβαιώνουν τον ούτως ή άλλως ιδιαίτερα απαιτητικό χαρακτήρα της νοσηλευτικής εργασίας, όπως και την αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση που συνοδεύει την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

3.4. Αποτελέσματα της Κλίμακας SF-36 Health-Survey (SF-36)

Στη συνέχεια η μελέτη εστίασε στην έρευνα των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου SF-36 που αφορά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η αξιολόγηση αυτής της μεταβλητής διεξήχθη αρχικά αναλυτικά για όλες τις ερωτήσεις της συγκεκριμένης ενότητας, και στη συνέχεια, μέσω των επιμέρους διαστάσεων του εργαλείου, οι οποίες αποτυπώνουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων.

3.4.1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση

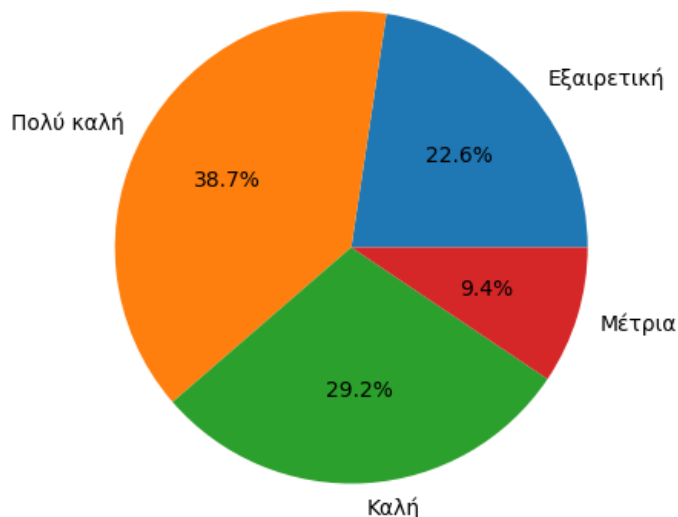
Στην ενότητα αυτή καταγράφονται ξεχωριστά τα αποτελέσματα και ένας σύντομος σχολιασμός για κάθε μία από τις τριάντα έξι ερωτήσεις που την αποτελούν. Στην ακόλουθη ανάλυση παρουσιάζονται κατά σειρά όλες οι ερωτήσεις με τη σειρά που απαντήθηκαν από τους ερωτώμενους. Όπως και προηγουμένως, την κάθε ερώτηση συνοδεύει ένας πίνακας συχνοτήτων βάσει των απαντήσεων που συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, η κατάλληλη διαγραμματική απεικόνιση των αποτελεσμάτων και μια σύντομη ερμηνεία αυτών.

Πίνακας 113: Πίνακας 3.112 – Ερώτηση 1 - 1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Κατηγορία απάντησης	n	%
Εξαιρετική	24	22,6
Πολύ καλή	41	38,7
Καλή	31	29,2
Μέτρια	10	9,4
Κακή	0	0,0
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 112: Διάγραμμα 3.112 – Ερώτηση 1

Διάγραμμα 3.112. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι;



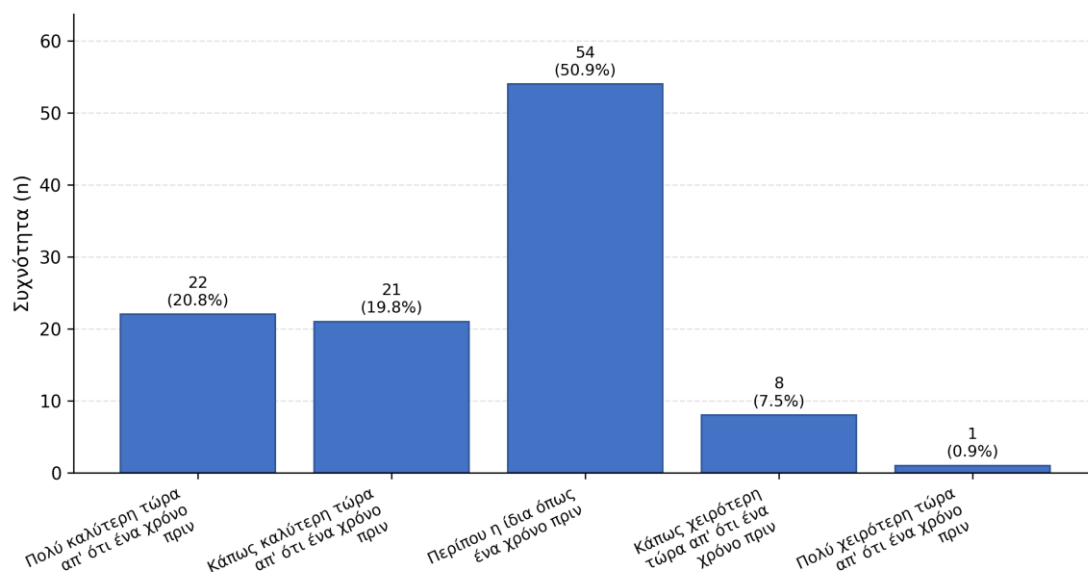
Η επικράτηση θετικών αυτό-αξιολογήσεων (38.7%) υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται γενικότερα την κατάσταση της υγείας τους ως ικανοποιητική. Το εύρημα αυτό αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιότητας ζωής και συνδέεται με αυξημένη λειτουργικότητα, μεγαλύτερη επαγγελματική ανθεκτικότητα και ικανότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της φροντίδας χρονίως πασχόντων ασθενών.

Πίνακας 114: Πίνακας 3.113 – Ερώτηση 2 - 2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Πολύ καλύτερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	22	20,8
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	21	19,8
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	54	50,9
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	8	7,5
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 113: Διάγραμμα 3.113 – Ερώτηση 2

Διάγραμμα 3.113 Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση 2

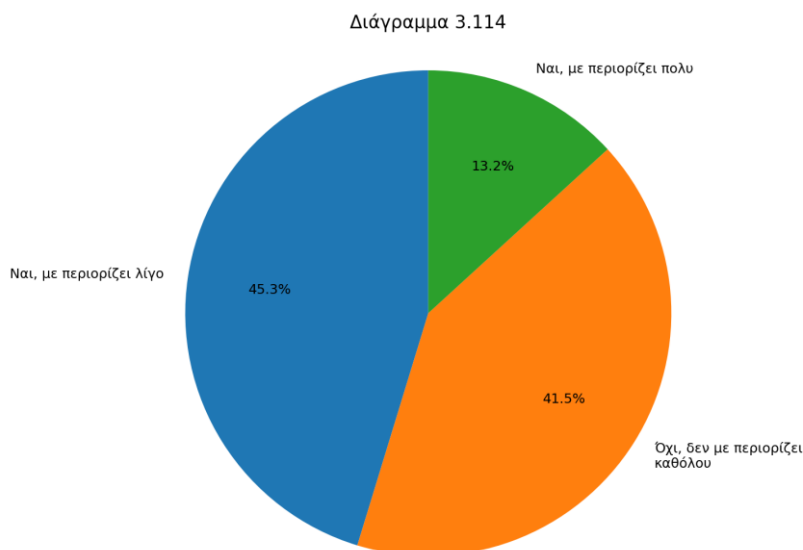


Η αξιολόγηση της υγείας σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος δείχνει ότι σημαντικό μέρος των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του παραμένει σταθερή (50.9%), ή βελτιωμένη (40.6%). Η κατανομή των απαντήσεων υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές διατηρούν συνολικά ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας και προσαρμογής στις απαιτήσεις της φροντίδας χρονίως πασχόντων ασθενών, σχετική διατήρηση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας και θετική πορεία της συνολικής ποιότητας ζωής.

Πίνακας 115: Πίνακας 3.114 – Ερώτηση 3 - 3. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	14	13,2
Ναι, με περιορίζει λίγο	48	45,3
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	44	41,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 114: Διάγραμμα 3.114 – Ερώτηση 3

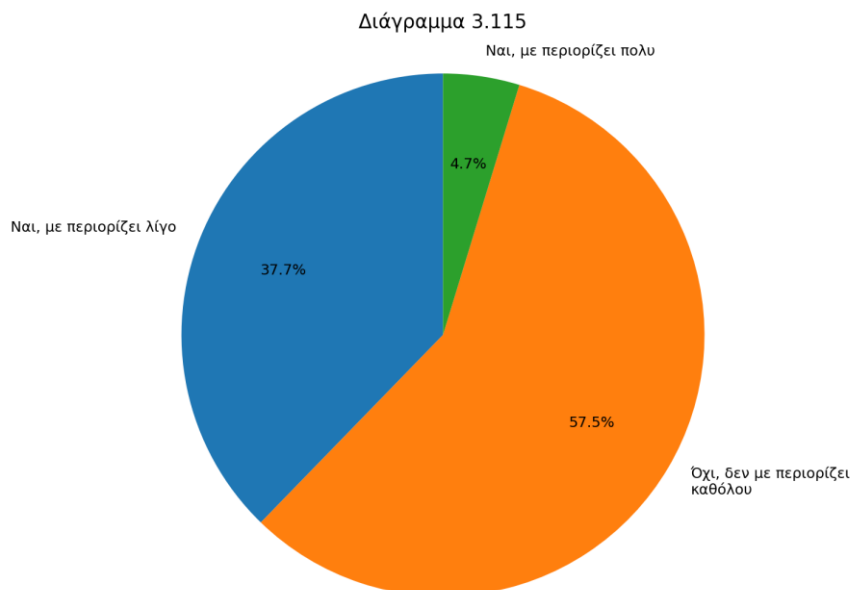


Η διατήρηση υψηλής φυσικής λειτουργικότητας αποτελεί βασικό στοιχείο καλής ποιότητας ζωής. Εν προκειμένω, η συχνότερη επιλογή ήταν η απάντηση «Ναι, με περιορίζει λίγο» (45.3%). Το εύρημα υποδηλώνει ότι ένα μέρος των συμμετεχόντων βιώνει περιορισμούς στη συγκεκριμένη διάσταση, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη συνεχούς υποστήριξης της υγείας και της ευημερίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 116: Πίνακας 3.115 – Ερώτηση 4 - 4. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	5	4,7
Ναι, με περιορίζει λίγο	40	37,7
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	61	57,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 115: Διάγραμμα 3.115 – Ερώτηση 4

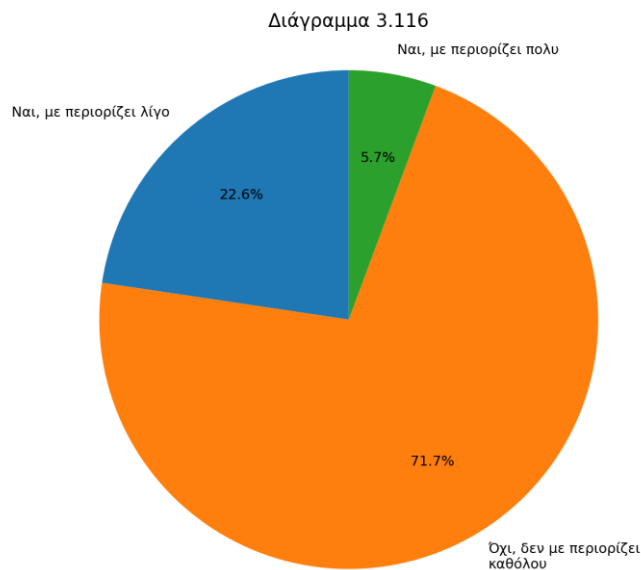


Η κυριαρχία της απάντησης «Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου» (57.5%) δείχνει ότι η συγκεκριμένη διάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά την καθημερινή ή επαγγελματική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων, οι οποίοι δείχνουν να διατηρούν ικανοποιητική σωματική κατάσταση. Το στοιχείο αυτό λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στη σωματική καταπόνηση της νοσηλευτικής εργασίας και αποτελεί θετική ένδειξη για την ποιότητα ζωής και την ικανότητα προσαρμογής τους.

Πίνακας 117: Πίνακας 3.116 – Ερώτηση 5 -5. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	6	5,7
Ναι, με περιορίζει λίγο	24	22,6
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	76	71,7
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 116: Διάγραμμα 3.116 – Ερώτηση 5

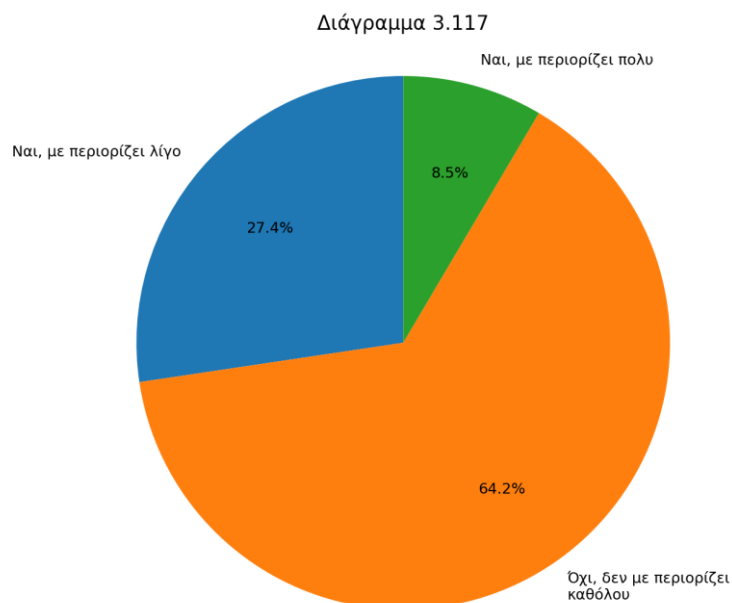


Η επαρκής ικανότητα μεταφοράς αντικειμένων και εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων αντανακλά ικανοποιητικά επίπεδα φυσικής και σωματικής λειτουργικότητας. Κατά πλειοψηφία (71.7%) οι συμμετέχοντες απάντησαν όχι στη συγκεκριμένη ερώτηση. Συνεπώς, φαίνεται πως η συγκεκριμένη διάσταση δεν επηρεάζει ουσιαστικά την καθημερινή ή επαγγελματική λειτουργικότητα τους. Η εικόνα αυτή αποτελεί θετική ένδειξη για την ποιότητα ζωής και την ικανότητα προσαρμογής τους.

Πίνακας 118: Πίνακας 3.117 – Ερώτηση 6 - 6. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	9	8,5
Ναι, με περιορίζει λίγο	29	27,4
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	68	64,2
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 117: Διάγραμμα 3.117 – Ερώτηση 6

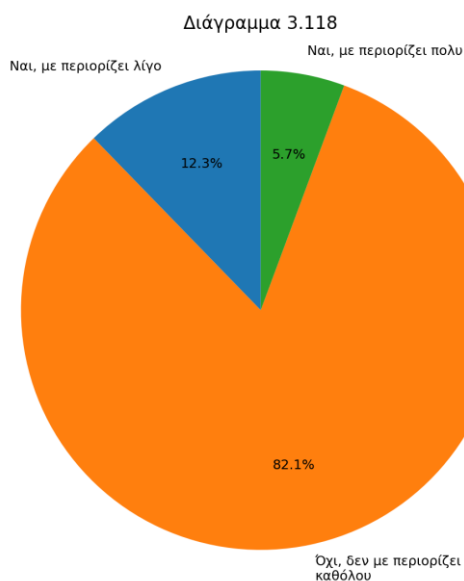


Η δυνατότητα ανόδου σκάλας χωρίς σημαντικές δυσκολίες αποτελεί ένδειξη καλής φυσικής κατάστασης και επαρκούς κινητικότητας και επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συγκεκριμένη παράμετρος σχετίζεται άμεσα με υψηλότερα επίπεδα ανεξαρτησίας και καλύτερη αντίληψη της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 119: Πίνακας 3.118 – Ερώτηση 7 - 7. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν ανεβαίνετε έναν όροφο; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	6	5,7
Ναι, με περιορίζει λίγο	13	12,3
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	87	82,1
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 118: Διάγραμμα 3.118 – Ερώτηση 7



Περισσότεροι από οκτώ στους δέκα ερωτώμενους (82.1%), απάντησαν αρνητικά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Η διατήρηση της ικανότητας εκτέλεσης δραστηριοτήτων που απαιτούν μέτρια κινητικότητα υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές παρουσιάζουν ικανοποιητική φυσική αντοχή και λειτουργικότητα. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την ποιότητα ζωής και την ικανότητα προσαρμογής των εργαζομένων που εκτίθενται καθημερινά σε αυξημένες σωματικές απαιτήσεις.

Πίνακας 120: Πίνακας 3.119 – Ερώτηση 8 - 8. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	12	11,3
Ναι, με περιορίζει λίγο	22	20,8
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	72	67,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 119: Διάγραμμα 3.119 – Ερώτηση 8

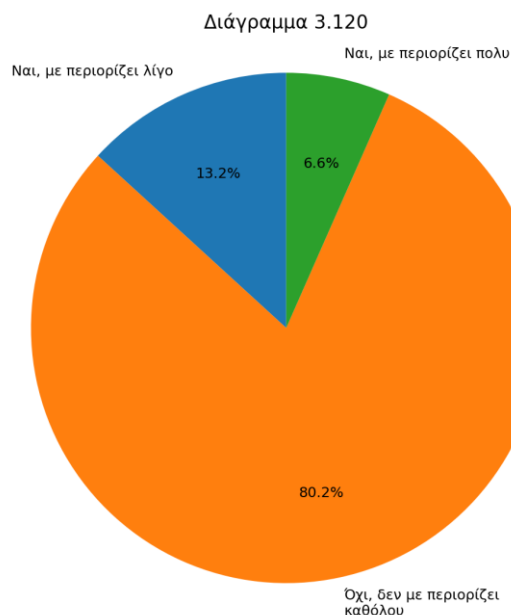


Η συγκεκριμένη διάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζει ουσιαστικά την καθημερινή ή επαγγελματική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων σε ποσοστό (67.9%). Η δυνατότητα σωματικών ελιγμών χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς αποτελεί θετικό δείκτη φυσικής υγείας και λειτουργικότητας. Η επαρκής κινητικότητα συμβάλλει σημαντικά στη συνολική ευημερία και ποιότητα ζωής.

Πίνακας 121: Πίνακας 3.120 – Ερώτηση 9 - 9. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	7	6,6
Ναι, με περιορίζει λίγο	14	13,2
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	85	80,2
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 120: Διάγραμμα 3.120 – Ερώτηση 9

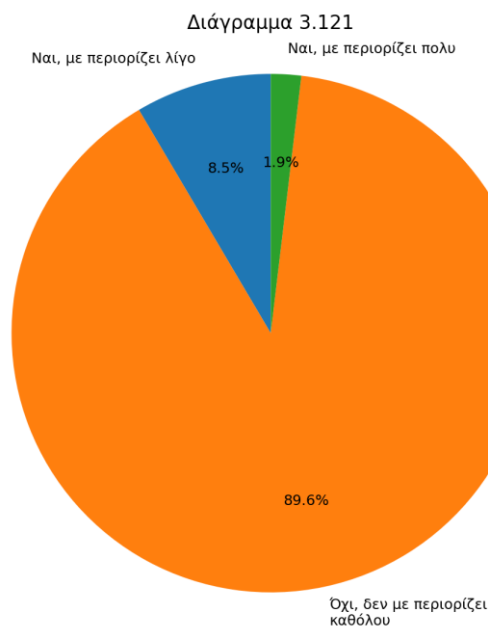


Η απάντηση «Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου» δόθηκε κατά πλειονότητα (80.2%) από τους συμμετέχοντες σε αυτό το ερώτημα. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές μπορούν να ανταποκριθούν σε δραστηριότητες που απαιτούν μετακίνηση χωρίς δυσκολία. Η διατήρηση της κινητικότητας αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα για την καθημερινή ή επαγγελματική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων και καλής ποιότητας ζωής.

Πίνακας 122: Πίνακας 3.121 – Ερώτηση 10 - 10. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	2	1,9
Ναι, με περιορίζει λίγο	9	8,5
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	95	89,6
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 121: Διάγραμμα 3.121 – Ερώτηση 10

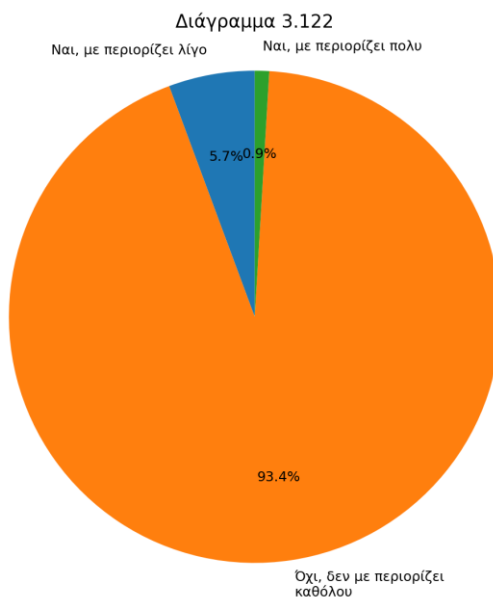


Η ικανότητα βάδισης μικρών αποστάσεων χωρίς περιορισμούς δείχνει ότι οι βασικές λειτουργικές ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Σε συνέχεια των αποτελεσμάτων παραπάνω, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (89.6%) απάντησε αρνητικά και σε αυτό το ερώτημα, στοιχείο που αποτυπώνει μια θετική ένδειξη επάρκειας στην καθημερινή λειτουργικότητα και την ποιότητα τους.

Πίνακας 123: Πίνακας 3.122 – Ερώτηση 11 - 11. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	1	0,9
Ναι, με περιορίζει λίγο	6	5,7
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	99	93,4
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 122: Διάγραμμα 3.122 – Ερώτηση 11

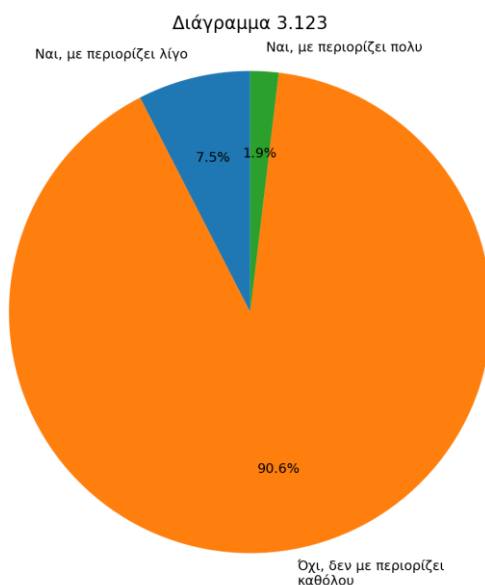


Η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και εκτέλεσης βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής αποτελεί βασικό δείκτη ποιότητας ζωής. Η κυριαρχία της απάντησης «Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου» (93.4%) υποδηλώνει υψηλά επίπεδα αυτονομίας και λειτουργικής ανεξαρτησίας, με ανάλογες προεκτάσεις στην καθημερινή ή επαγγελματική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων.

Πίνακας 124: Πίνακας 3.123 – Ερώτηση 12 - 12. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε; Εάν ναι, πόσο;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Ναι, με περιορίζει πολύ	2	1,9
Ναι, με περιορίζει λίγο	8	7,5
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	96	90,6
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 123: Διάγραμμα 3.123 – Ερώτηση 12

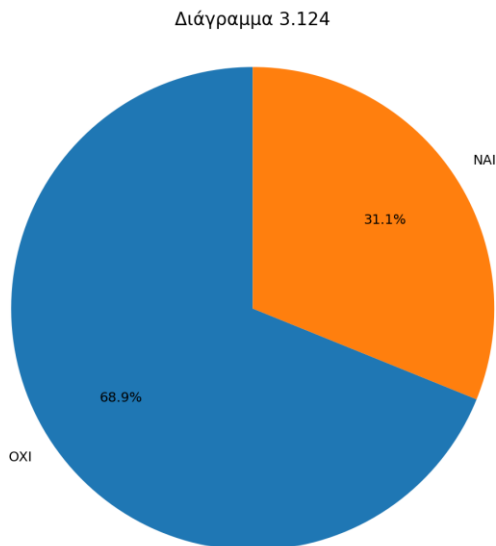


Η συνολική εικόνα της φυσικής λειτουργικότητας δείχνει ότι οι συμμετέχοντες μπορούν κατά συντριπτική πλειοψηφία (90.6%) να ανταποκριθούν στις καθημερινές προσωπικές και επαγγελματικές απαιτήσεις χωρίς σημαντικούς περιορισμούς. Το εύρημα αυτό αποτυπώνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διατηρούν επαρκή σωματική ικανότητα συνδέεται με θετικά επίπεδα καθημερινής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής.

Πίνακας 125: Πίνακας 3.124 – Ερώτηση 13 - 13. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Κατηγορία απάντησης	n	%
ΝΑΙ	33	31,1
ΟΧΙ	73	68,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 124: Διάγραμμα 3.124 – Ερώτηση 13



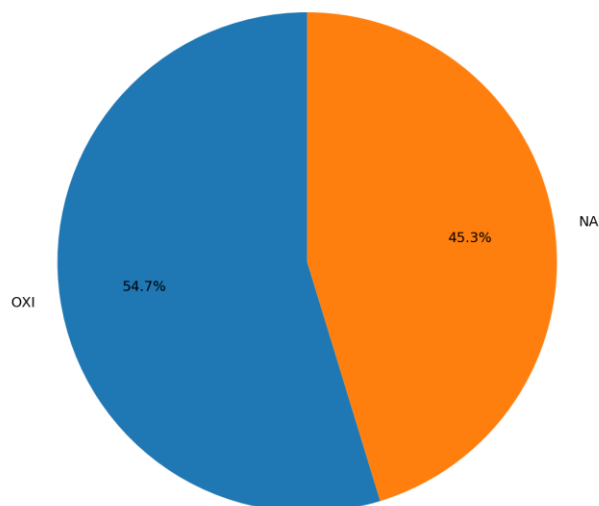
Οι περιορισμοί στην εργασία λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας εμφανίζονται σχετικά περιορισμένοι (31.1%) στους συμμετέχοντες στην έρευνα. Η διατήρηση της επαγγελματικής λειτουργικότητας αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών και της προσαρμογής τους στις απαιτήσεις της φροντίδας χρονίως πασχόντων.

Πίνακας 126: Πίνακας 3.125 – Ερώτηση 14 - 14. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Κατηγορία απάντησης	n	%
ΝΑΙ	48	45,3
ΟΧΙ	58	54,7
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 125: Διάγραμμα 3.125 – Ερώτηση 14

Διάγραμμα 3.125

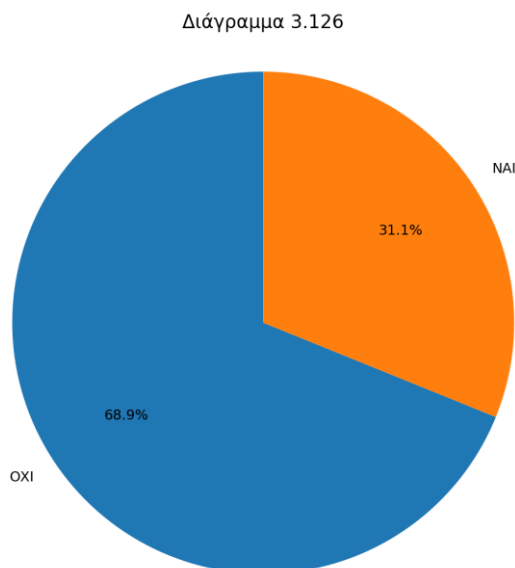


Η επικρατέστερη απάντηση ήταν το «OXI» σε ποσοστό 54.7%. Η σωματική κατάσταση των συμμετεχόντων επομένως φαίνεται να μην επηρεάζει ουσιαστικά την ολοκλήρωση των προσωπικών και επαγγελματικών τους υποχρεώσεων. Κατά συνέπεια και την ποιότητα ζωής τους. Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει ικανοποιητική λειτουργική και επαγγελματική επάρκεια.

Πίνακας 127: Πίνακας 3.126 – Ερώτηση 15 - 15. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Κατηγορία απάντησης	n	%
NAI	33	31,1
OXI	73	68,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 126: Διάγραμμα 3.126 – Ερώτηση 15



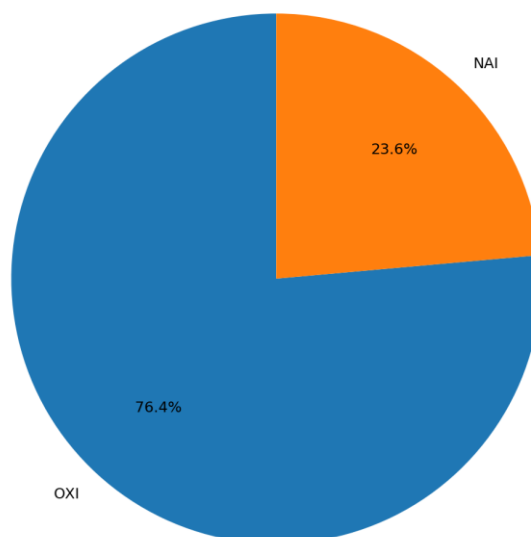
Οι περισσότεροι νοσηλευτές (68.9%) φαίνεται να διατηρούν σε υψηλό βαθμό την ικανότητα εκτέλεσης της εργασίας τους και των υπολοίπων δραστηριοτήτων τους, χωρίς σημαντικούς χρονικούς ή λειτουργικούς περιορισμούς λόγω σωματικής υγείας. Η διαπίστωση αυτή συνδέεται με θετικό επίπεδο ανταπόκρισης στην ένταση της εργασίας και επομένως την επαγγελματική τους λειτουργικότητα.

Πίνακας 128: Πίνακας 3.127 – Ερώτηση 16 - 16. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια), εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Κατηγορία απάντησης	n	%
NAI	25	23,6
OXI	81	76,4
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 127: Διάγραμμα 3.127 – Ερώτηση 16

Διάγραμμα 3.127

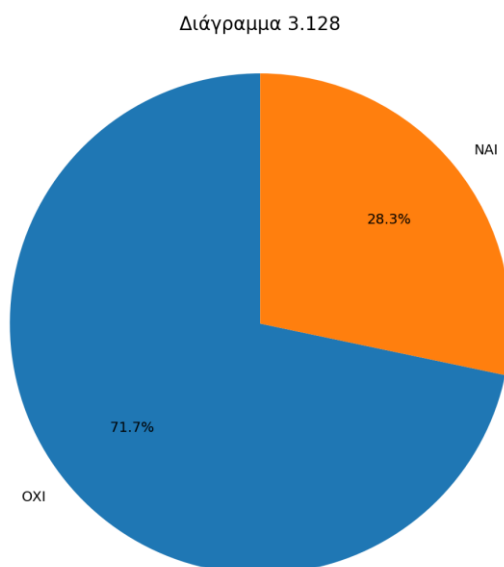


Παρόμοια εικόνα και σε αυτό το ερώτημα. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (76.4%), δήλωσε ικανοποιητική δυνατότητα διατήρησης της παραγωγικότητας και της επαγγελματικής τους απόδοσης, παρά τις αυξημένες απαιτήσεις του επαγγέλματος τους. Βάσει αυτής της εικόνας, οι νοσηλευτές διατηρούν συνολικά ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας στο εργασιακό τους περιβάλλον, σωματικής ευεξίας και στη συνολική ποιότητα ζωής τους.

Πίνακας 129: Πίνακας 3.128 – Ερώτηση 17 - 17. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Κατηγορία απάντησης	n	%
NAI	30	28,3
OXI	76	71,7
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 128: Διάγραμμα 3.128 – Ερώτηση 17

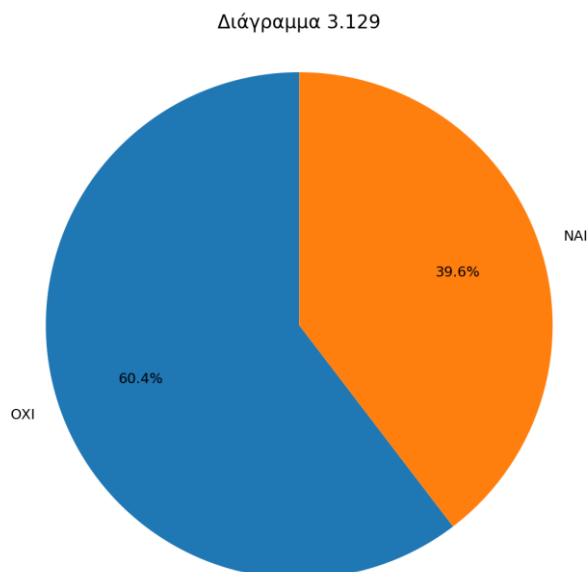


Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η καθημερινή λειτουργικότητα και εργασία των περισσότερων συμμετεχόντων (71.7%), δεν περιορίζεται σημαντικά από προβλήματα που σχετίζονται με συναισθηματικούς παράγοντες. Η διατήρηση της λειτουργικότητας ενισχύει τη συνολική ποιότητα ζωής.

Πίνακας 130: Πίνακας 3.129 – Ερώτηση 18 - 18. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Κατηγορία απάντησης	n	%
NAI	42	39,6
OXI	64	60,4
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 129: Διάγραμμα 3.129 – Ερώτηση 18

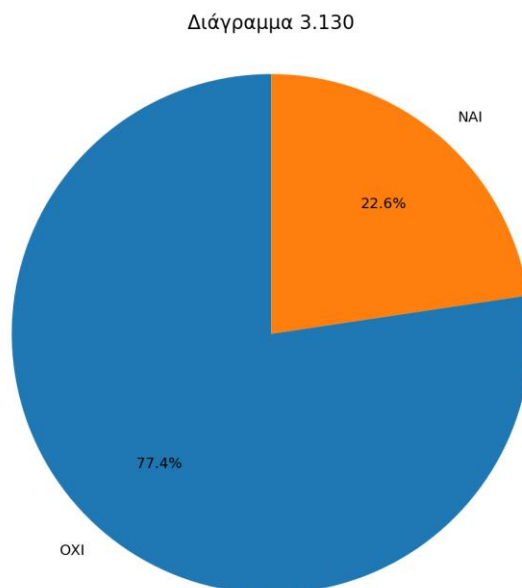


Σε ποσοστό 36.6% οι συμμετέχοντες εξέφρασαν μια έστω και περιορισμένη επίδραση της συναισθηματικής τους κατάστασης στην καθημερινότητα και την επαγγελματική τους απόδοση. Παρότι το συγκεκριμένο ποσοστό είναι άξιο αναφοράς, εντούτοις υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές καταφέρνουν και διατηρούν ικανοποιητικά επίπεδα φυσικής αντοχής και λειτουργικής επάρκειας.

Πίνακας 131: Πίνακας 3.130 – Ερώτηση 19 - 19. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Κατηγορία απάντησης	n	%
ΝΑΙ	24	22,6
ΟΧΙ	82	77,4
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 130: Διάγραμμα 3.130 – Ερώτηση 19

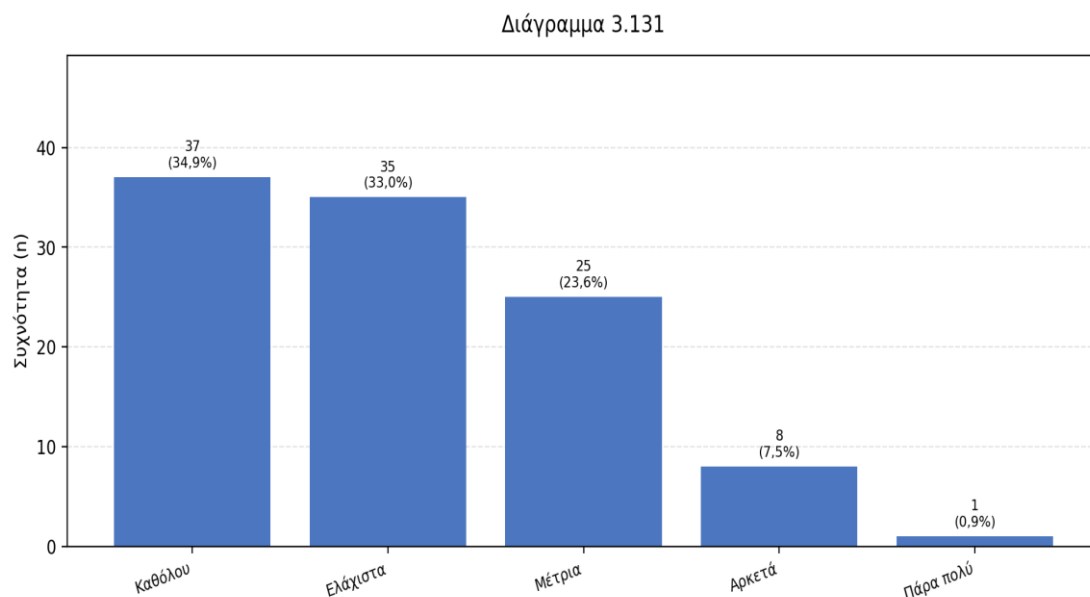


Η συνολική εικόνα των απαντήσεων δείχνει ότι τα προβλήματα συναισθηματικής φύσεως δεν φαίνεται να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινή ή/και επαγγελματική δραστηριότητα των νοσηλευτών, γεγονός που συμβάλλει θετικά στην ποιότητα ζωής τους.

Πίνακας 132: Πίνακας 3.131 – Ερώτηση 20 - 20. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Καθόλου	37	34,9
Ελάχιστα	35	33,0
Μέτρια	25	23,6
Αρκετά	8	7,5
Πάρα πολύ	1	0,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 131: Διάγραμμα 3.131 – Ερώτηση 20

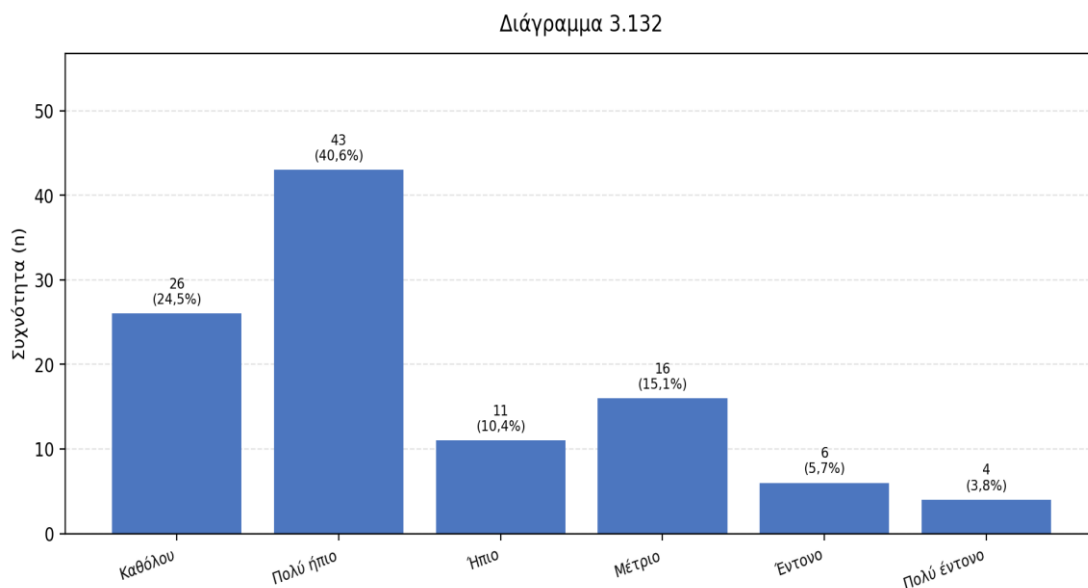


Παρατηρείται μια συμμετρία στην κατανομή των απαντήσεων αυτής της ερώτησης. Τα σωματικά ή συναισθηματικά προβλήματα σε περίπου έναν στους τρεις νοσηλευτές δεν επηρέασαν καθόλου τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Σε ανάλογο ποσοστό επηρεάστηκαν ελάχιστα και στους υπολοίπους μέτρια έως αρκετά. Συνεπώς, οι σωματικοί και ψυχολογικοί παράγοντες δεν περιορίζουν σημαντικά την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία της πλειονότητας των νοσηλευτών.

Πίνακας 133: Πίνακας 3.132 – Ερώτηση 21 - 21. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Καθόλου	26	24,5
Πολύ ήπιο	43	40,6
Ήπιο	11	10,4
Μέτριο	16	15,1
Έντονο	6	5,7
Πολύ έντονο	4	3,8
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 132: Διάγραμμα 3.132 – Ερώτηση 21

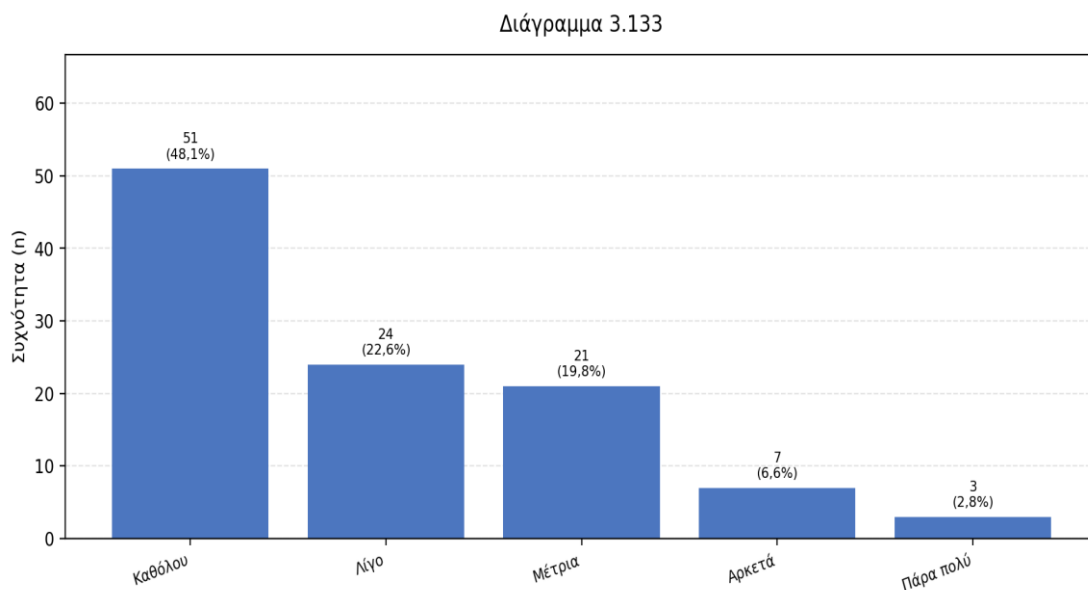


Σε αυτό το ερώτημα αναδεικνύεται η σημαντικότητα των διαστάσεων του σωματικού ρόλου και σωματικού πόνου. Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων συγκέντρωσε η επιλογή «Πολύ ήπιο» (40.6%), γεγονός που αποτυπώνει μια γενική τάση από πλευράς συμμετεχόντων στη δυνατότητα διατήρησης της επαγγελματικής τους απόδοσης παρά τις αυξημένες σωματικές απαιτήσεις της φροντίδας χρονίως πασχόντων ασθενών. Η συνολική κατανομή των απαντήσεων υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές διατηρούν γενικά ικανοποιητικό επίπεδο σωματικής αντοχής και λειτουργικότητας.

Πίνακας 134: Πίνακας 3.133 – Ερώτηση 22 - 22. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Κατηγορία απάντησης	n	%
Καθόλου	51	48,1
Λίγο	24	22,6
Μέτρια	21	19,8
Αρκετά	7	6,6
Πάρα πολύ	3	2,8
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 133: Διάγραμμα 3.133 – Ερώτηση 22

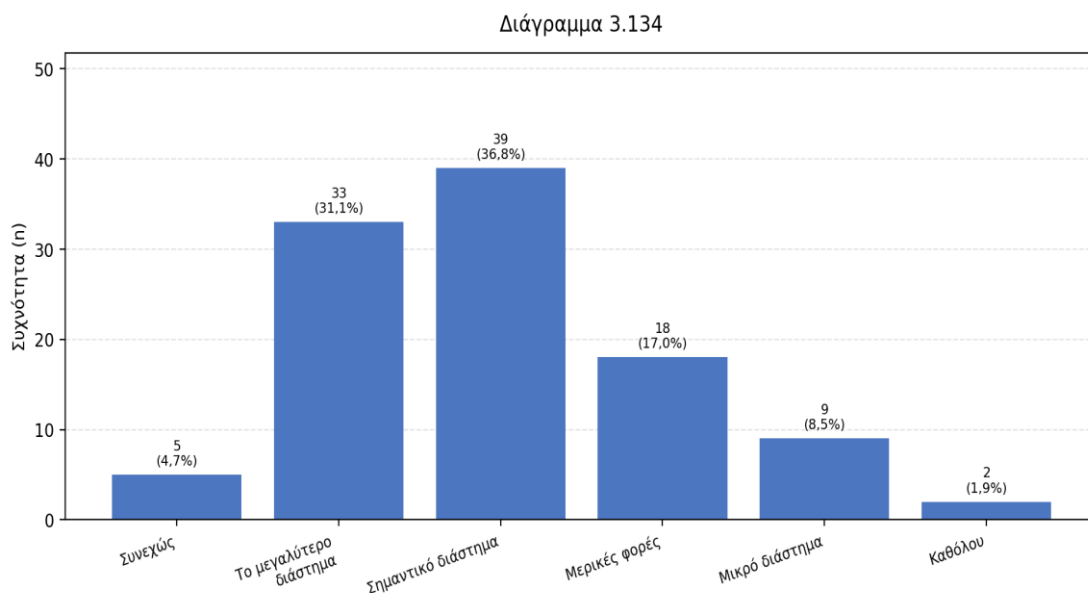


Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (48.1%) δήλωσαν πως ο πόνος δεν επηρέασε καθόλου τη συνηθισμένη εργασία τους τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα αποτυπώνει ότι οι νοσηλευτές διατηρούν συνολικά ικανοποιητικό επίπεδο υγείας και λειτουργικότητας. Επιπλέον, η περιορισμένη επίδραση του σωματικού πόνου στην ολοκλήρωση των προσωπικών και επαγγελματικών υποχρεώσεων συνδέεται με θετικό επίπεδο σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας.

Πίνακας 135: Πίνακας 3.134 – Ερώτηση 23 -23. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε γεμάτος /η ζωντάνια;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	5	4,7
Το μεγαλύτερο διάστημα	33	31,1
Σημαντικό διάστημα	39	36,8
Μερικές φορές	18	17,0
Μικρό διάστημα	9	8,5
Καθόλου	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 134: Διάγραμμα 3.134 – Ερώτηση 23

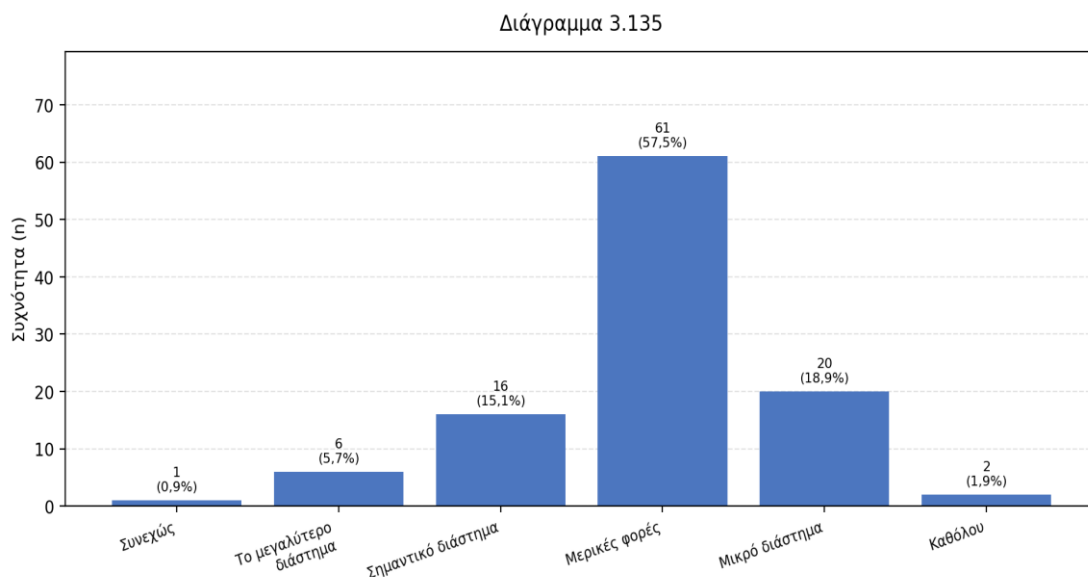


Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες διατηρούν ικανοποιητικό επίπεδο ζωτικότητας, ευεξίας και ψυχικής υγείας. Κατ' επέκταση, σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, παράγοντες κρίσιμοι αφενός για την εκτέλεση των εργασιακών τους καθηκόντων, και αφετέρου για τη συνολική ποιότητα ζωής τους.

Πίνακας 136: Πίνακας 3.135 – Ερώτηση 24 - 24. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα είχατε πολύ εκνευρισμό;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	1	0,9
Το μεγαλύτερο διάστημα	6	5,7
Σημαντικό διάστημα	16	15,1
Μερικές φορές	61	57,5
Μικρό διάστημα	20	18,9
Καθόλου	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 135: Διάγραμμα 3.135 – Ερώτηση 24

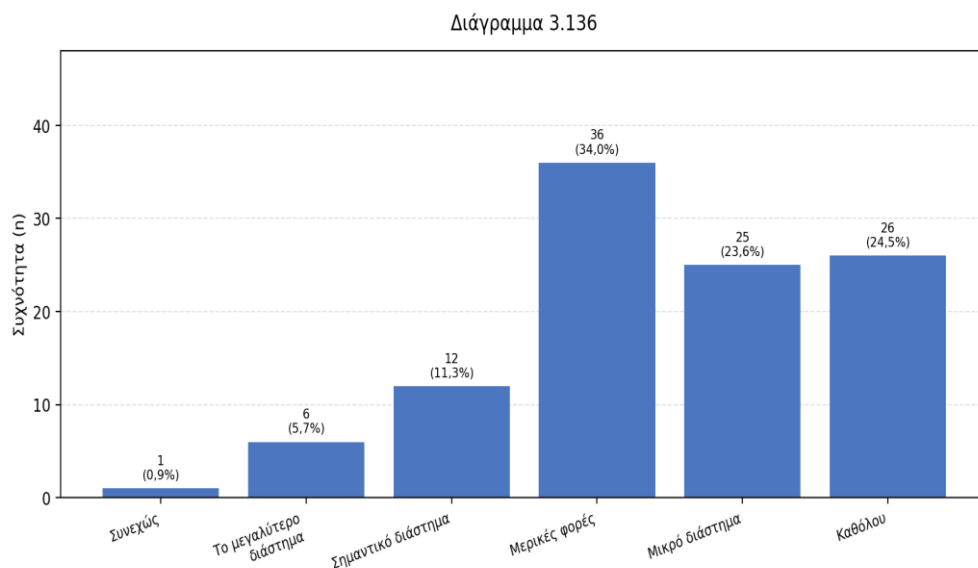


Η ένταση του συναισθηματικού ρόλου και της ψυχικής υγείας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής. Όσον αφορά το αίσθημα του εκνευρισμού, τα αποτελέσματα παρέχουν ενδείξεις για το κατά πόσο οι συμμετέχοντες βιώνουν δυσφορία που μπορεί να επηρεάζει την προσωπική και επαγγελματική καθημερινότητά και την κοινωνική λειτουργικότητά τους. Εν προκειμένω, υποδηλώνουν ότι, παρά τη συναισθηματική, μεταξύ άλλων, επιβάρυνση του επαγγέλματος τους, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν βιώνουν ιδιαίτερα υψηλά συναισθηματικής κόπωσης.

Πίνακας 137: Πίνακας 3.136 – Ερώτηση 25 - 25. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε τόσο πολύ πιεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει τι κέφι;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	1	0,9
Το μεγαλύτερο διάστημα	6	5,7
Σημαντικό διάστημα	12	11,3
Μερικές φορές	36	34,0
Μικρό διάστημα	25	23,6
Καθόλου	26	24,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 136: Διάγραμμα 3.136 – Ερώτηση 25

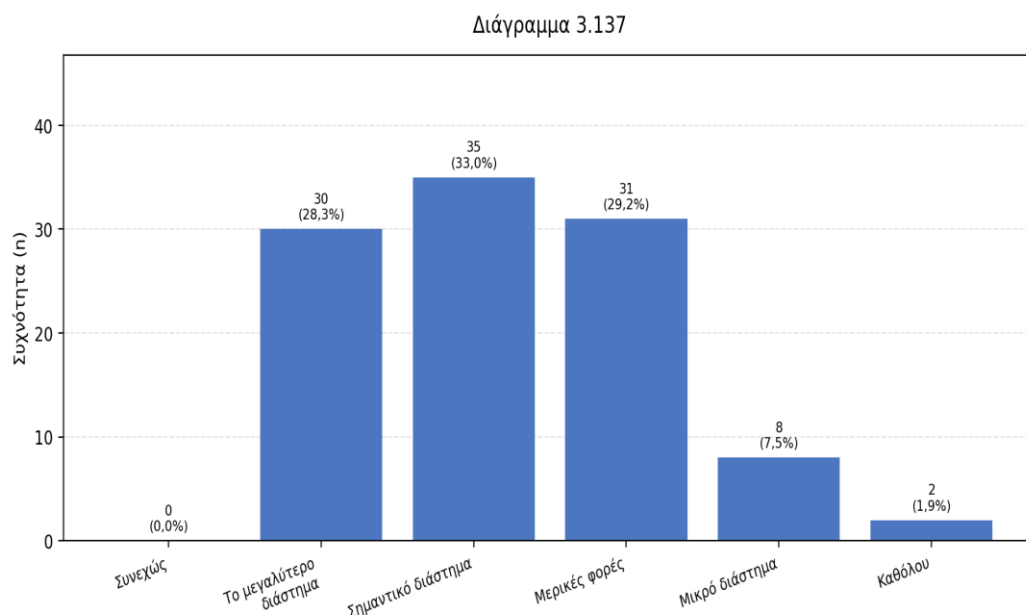


Η επίδραση των ψυχολογικά επιβαρυντικών παραγόντων στις καθημερινές δραστηριότητες και στην εργασία αποτελεί σημαντικό δείκτη λειτουργικότητας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, καταγράφεται η τάση των νοσηλευτών να διατηρούν συνολικά ικανοποιητικό επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας. Η δυνατότητα διατήρησης της επαγγελματικής απόδοσης παρά τις συναισθηματικές απαιτήσεις της νοσηλευτικής εργασίας αποτελεί ένδειξη ψυχικής ανθεκτικότητας και αποτελεσματικής διαχείρισης του εργασιακού στρες. Επιπλέον, η σχετικά περιορισμένη επίδραση υποδηλώνει υψηλή λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής.

Πίνακας 138: Πίνακας 3.137 – Ερώτηση 26 - 26. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε ηρεμία και γαλήνη;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	0	0,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	30	28,3
Σημαντικό διάστημα	35	33,0
Μερικές φορές	31	29,2
Μικρό διάστημα	8	7,5
Καθόλου	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 137: Διάγραμμα 3.137 – Ερώτηση 26

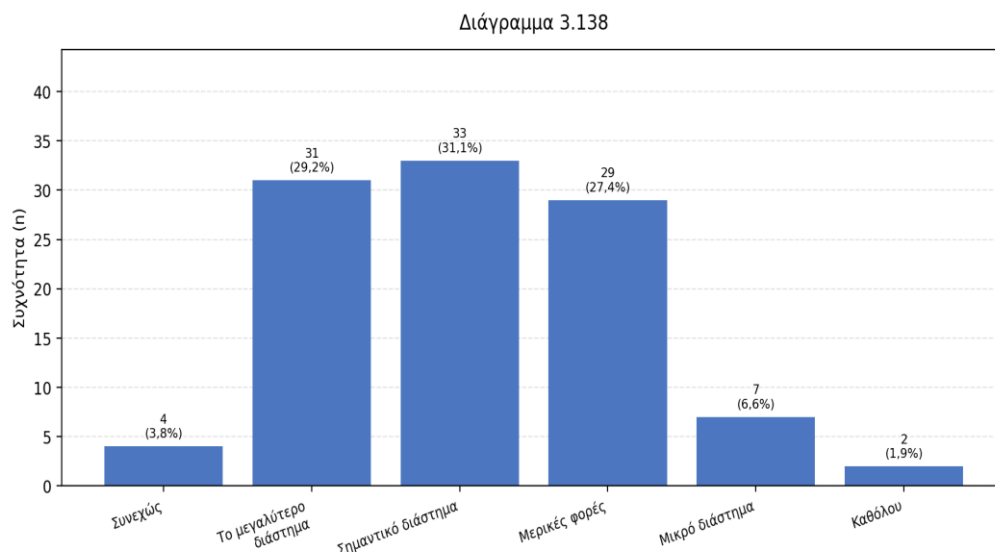


Τα επίπεδα ενεργητικότητας, ζωτικότητας και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών φαίνεται να παραμένουν ικανοποιητικά, παρά τις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς. Η εικόνα των αποτελεσμάτων αντανακλά την ικανότητα των νοσηλευτών να ανταποκρίνονται στις αυξημένες απαιτήσεις του επαγγέλματος. Υψηλότερα επίπεδα ευχάριστων συναισθημάτων συνδέονται με την ευεξία και θετικότερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 139: Πίνακας 3.138 – Ερώτηση 27 - 27. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα είχατε πολλή ενεργητικότητα;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	4	3,8
Το μεγαλύτερο διάστημα	31	29,2
Σημαντικό διάστημα	33	31,1
Μερικές φορές	29	27,4
Μικρό διάστημα	7	6,6
Καθόλου	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 138: Διάγραμμα 3.138 – Ερώτηση 27

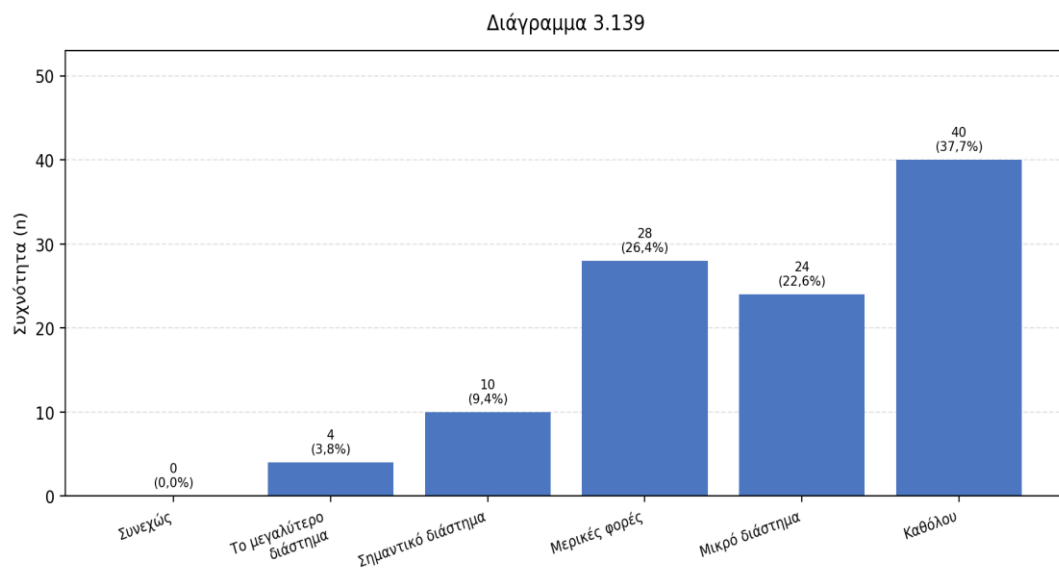


Η αίσθηση κόπωσης και εξάντλησης αποτελεί συχνό φαινόμενο σε επαγγέλματα υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τη φυσική και ψυχική επιβάρυνση των συμμετεχόντων. Ως επικρατέστερη απάντηση καταγράφεται η «Σημαντικό διάστημα» (31.1%), υποδηλώνοντας ότι οι νοσηλευτές διατηρούν συνολικά ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας και ανταπόκρισης στις αυξημένες επαγγελματικές απαιτήσεις και την ψυχοσωματική επιβάρυνση της νοσηλευτικής εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς.

Πίνακας 140: Πίνακας 3.139 – Ερώτηση 28 - 28. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε απελπισία και μελαγχολία;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	0	0,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	4	3,8
Σημαντικό διάστημα	10	9,4
Μερικές φορές	28	26,4
Μικρό διάστημα	24	22,6
Καθόλου	40	37,7
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 139: Διάγραμμα 3.139 – Ερώτηση 28

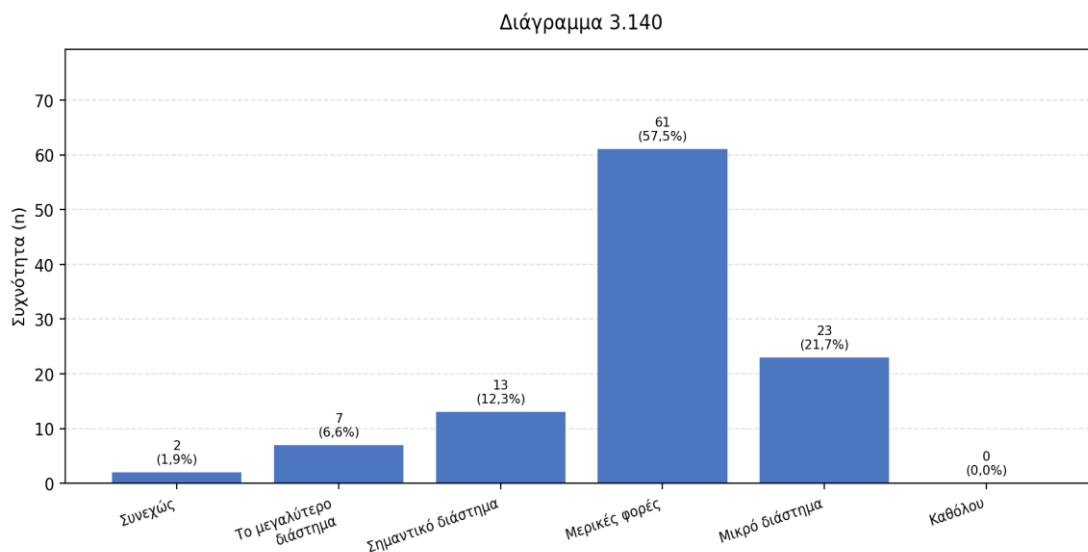


Σε ποσοστό 60.3% οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως ένιωσαν από καθόλου έως για μικρό διάστημα απελπισία και μελαγχολία το τελευταίο διάστημα. Γεγονός που σημαίνει πως διατηρούν συνολικά ικανοποιητικό επίπεδο ψυχικής υγείας και κοινωνικής λειτουργικότητας, παράγοντες που αποτελούν θεμελιώδεις παραμέτρους της ποιότητας ζωής. Η απουσία αρνητικών συναισθημάτων αποτελεί θετικό δείκτη ψυχικής υγείας, συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή στις επαγγελματικές απαιτήσεις και συνεπώς ενισχύει την επαγγελματική και προσωπική λειτουργικότητα.

Πίνακας 141: Πίνακας 3.140 – Ερώτηση 29 - 29. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε εξάντληση;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	2	1,9
Το μεγαλύτερο διάστημα	7	6,6
Σημαντικό διάστημα	13	12,3
Μερικές φορές	61	57,5
Μικρό διάστημα	23	21,7
Καθόλου	0	0,0
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 140: Διάγραμμα 3.140 – Ερώτηση 29

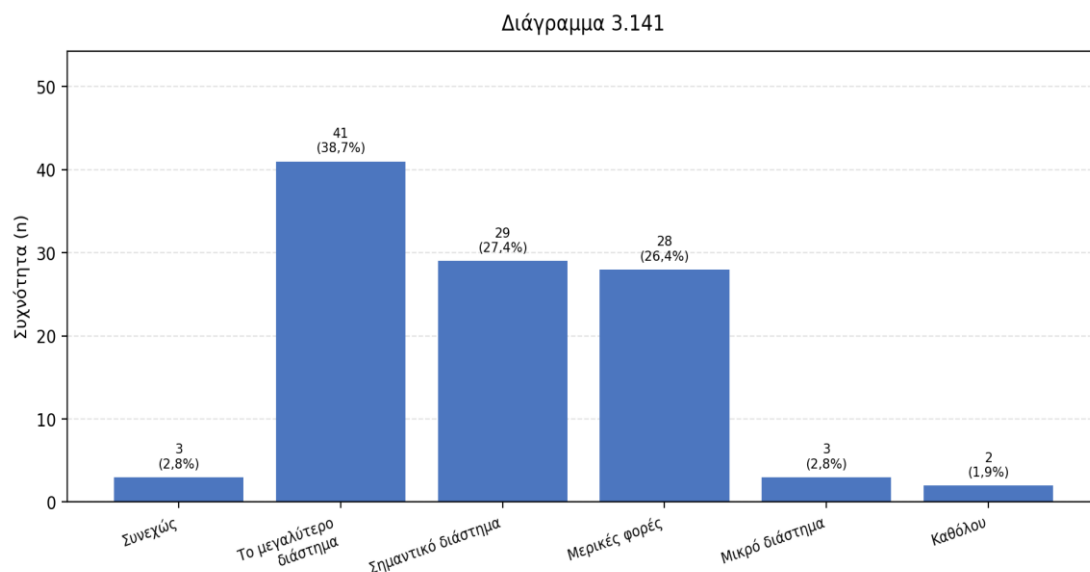


Η συχνότητα εμφάνισης σωματικής ή/και ψυχικής εξάντλησης ή μειωμένης διάθεσης συνδέεται άμεσα με τη συνολική σωματική και ψυχική υγεία. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι μέρος των συμμετεχόντων επιβαρύνεται ψυχολογικά από τις καθημερινές απαιτήσεις της εργασίας τους, με αντίστοιχες συνέπειες στη ζωτικότητα, την ευεξία, τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα τους.

Πίνακας 142: Πίνακας 3.141 – Ερώτηση 30 - 30. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα ήσαστε ευτυχισμένος/η;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	3	2,8
Το μεγαλύτερο διάστημα	41	38,7
Σημαντικό διάστημα	29	27,4
Μερικές φορές	28	26,4
Μικρό διάστημα	3	2,8
Καθόλου	2	1,9
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 141: Διάγραμμα 3.141 – Ερώτηση 30

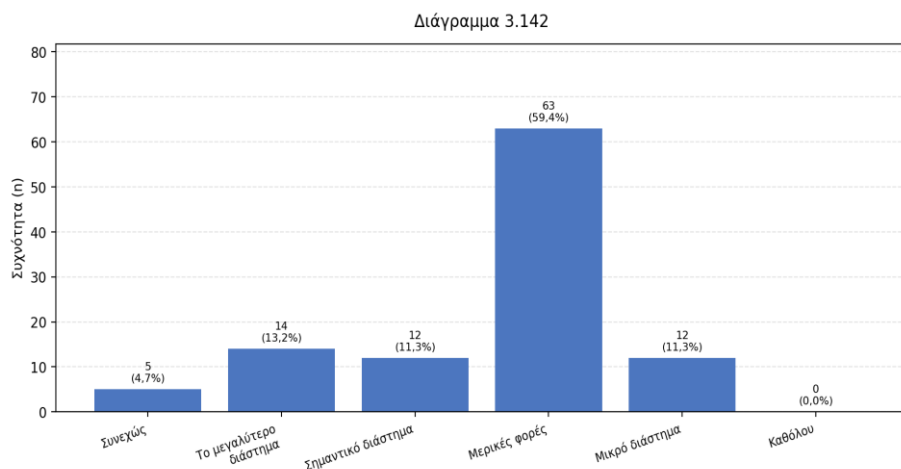


Σε ποσοστό (38.7%) οι νοσηλευτές δήλωσαν ευτυχισμένοι το μεγαλύτερο διάστημα τελευταίως, γεγονός που αποτυπώνει συνολικά ικανοποιητικό επίπεδο ψυχικής υγείας, ευεξίας και κοινωνικής λειτουργικότητας. Η κοινωνική λειτουργικότητα αποτελεί βασική διάσταση της ποιότητας ζωής. Η διατήρηση ικανοποιητικών κοινωνικών σχέσεων λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στο επαγγελματικό στρες και στην επαγγελματική εξουθένωση.

Πίνακας 143: Πίνακας 3.142 – Ερώτηση 31 - 31. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνεστε κούραση;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	5	4,7
Το μεγαλύτερο διάστημα	14	13,2
Σημαντικό διάστημα	12	11,3
Μερικές φορές	63	59,4
Μικρό διάστημα	12	11,3
Καθόλου	0	0,0
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 142: Διάγραμμα 3.142 – Ερώτηση 31

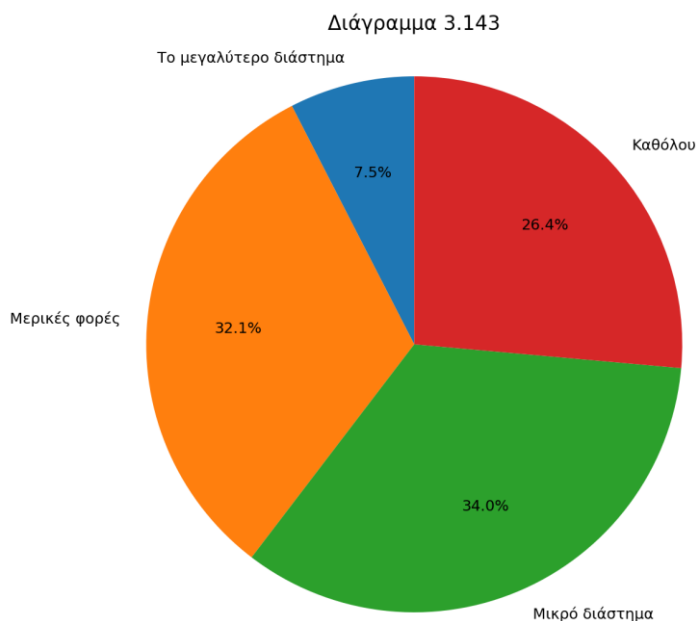


Η σωματική και ψυχική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διατήρηση της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας και της συνολικής ποιότητας ζωής. Η επίδραση της κόπωσης στις σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες παρέχει πληροφορίες για την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής των συμμετεχόντων. Επικρατέστερη απάντηση στο αίσθημα κούρασης ήταν η «Μερικές φορές» (59.4%), ενώ κανείς από τους συμμετέχοντες δεν δήλωσε καθόλου. Αποτυπώνεται επομένως η αρνητική επίδραση των ιδιαίτερα απαιτητικών συνθηκών εργασίας στη ζωτικότητα, τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα.

Πίνακας 144: Πίνακας 3.143 – Ερώτηση 32 - 32. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Κατηγορία απάντησης	n	%
Συνεχώς	0	0,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	8	7,5
Μερικές φορές	34	32,1
Μικρό διάστημα	36	34,0
Καθόλου	28	26,4
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 143: Διάγραμμα 3.143 – Ερώτηση 32

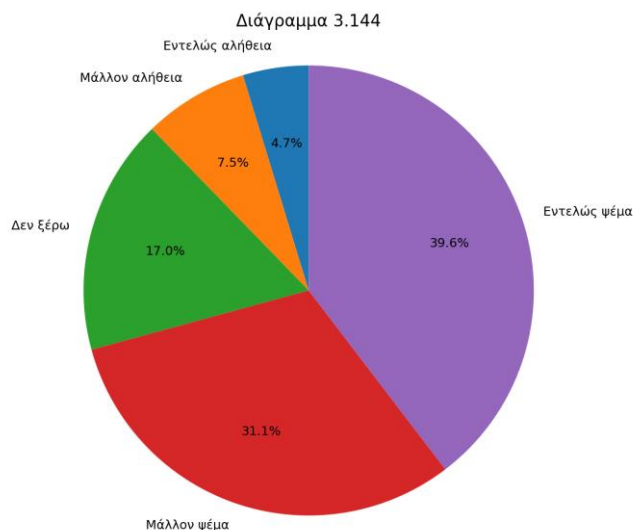


Η αίσθηση ηρεμίας, σωματικής υγείας και συναισθηματικής ισορροπίας αποτελεί σημαντικό δείκτη ψυχικής ευεξίας. Τα ευρήματα συμβάλλουν στην κατανόηση της σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αρκετοί συμμετέχοντες διατηρούν ικανοποιητικά επίπεδα σωματικής και ψυχικής σταθερότητας με αντίστοιχες προεκτάσεις στη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα τους.

Πίνακας 145: Πίνακας 3.144 – Ερώτηση 33 - 33. Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι η παρακάτω πρόταση στη δική σας περίπτωση: Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους

Κατηγορία απάντησης	n	%
Εντελώς αλήθεια	5	4,7
Μάλλον αλήθεια	8	7,5
Δεν ξέρω	18	17,0
Μάλλον ψέμα	33	31,1
Εντελώς ψέμα	42	39,6
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 144: Διάγραμμα 3.144 – Ερώτηση 33

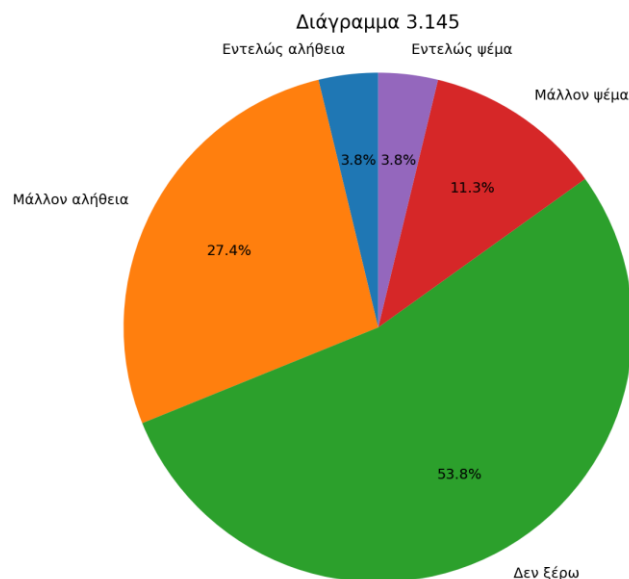


Η συνολική εικόνα της σωματικής υγείας δείχνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διατηρούν ικανοποιητική σωματική προσαρμογή και ανθεκτικότητα, παρά τις επιβαρυντικές επαγγελματικές απαιτήσεις. Μόλις το 12.2% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι αρρωσταίνει λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους, συνθήκη που υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές διατηρούν συνολικά ικανοποιητικό επίπεδο σωματικής λειτουργικότητας, προσαρμογής και επαρκούς ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της φροντίδας χρονίως πασχόντων ασθενών. Η παρουσία θετικών συναισθημάτων και αισθημάτων ευτυχίας συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας, ψυχικής υγείας και καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής.

Πίνακας 146: Πίνακας 3.145 – Ερώτηση 34 - 34. Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι η παρακάτω πρόταση στη δική σας περίπτωση: Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου

Κατηγορία απάντησης	n	%
Εντελώς αλήθεια	4	3,8
Μάλλον αλήθεια	29	27,4
Δεν ξέρω	57	53,8
Μάλλον ψέμα	12	11,3
Εντελώς ψέμα	4	3,8
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 145: Διάγραμμα 3.145 – Ερώτηση 34

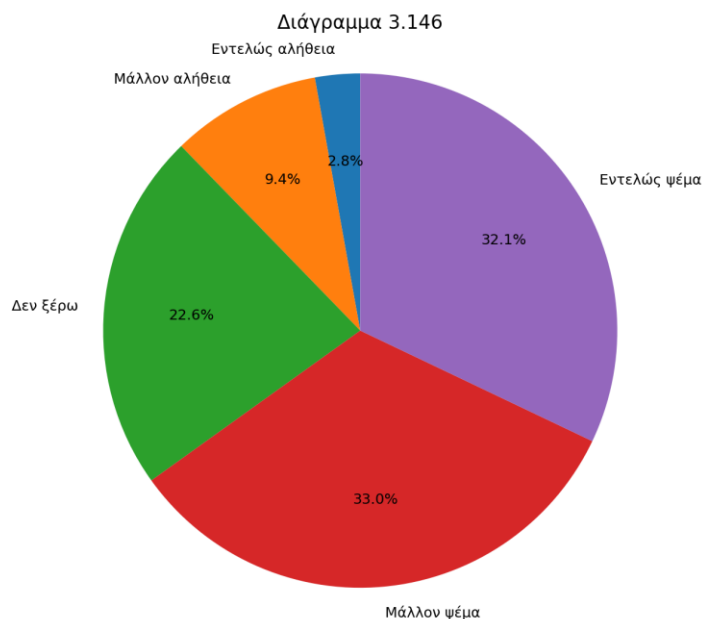


Η επικρατέστερη απάντηση ήταν η «Δεν ξέρω» (53.8%), αποτέλεσμα που αποτυπώνει μια γενικότερη αβεβαιότητα των συμμετεχόντων ως προς την κατάσταση της υγείας τους. Η εμφάνιση αισθημάτων σωματικής ή ψυχικής επιβάρυνσης σχετίζεται με τις απαιτήσεις του επαγγέλματος. Η αξιολόγηση αυτής της διάστασης αντανακλά τις απαιτήσεις και τις συναισθηματικές δυσκολίες της νοσηλευτικής εργασίας σε περιβάλλοντα χρόνιας φροντίδας και είναι ιδιαίτερος σημαντική για την κατανόηση της σωματικής, αλλά και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών.

Πίνακας 147: Πίνακας 3.146 – Ερώτηση 35 - 35. Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι η παρακάτω πρόταση στη δική σας περίπτωση: Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει

Κατηγορία απάντησης	n	%
Εντελώς αλήθεια	3	2,8
Μάλλον αλήθεια	10	9,4
Δεν ξέρω	24	22,6
Μάλλον ψέμα	35	33,0
Εντελώς ψέμα	34	32,1
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 146: Διάγραμμα 3.146 – Ερώτηση 35

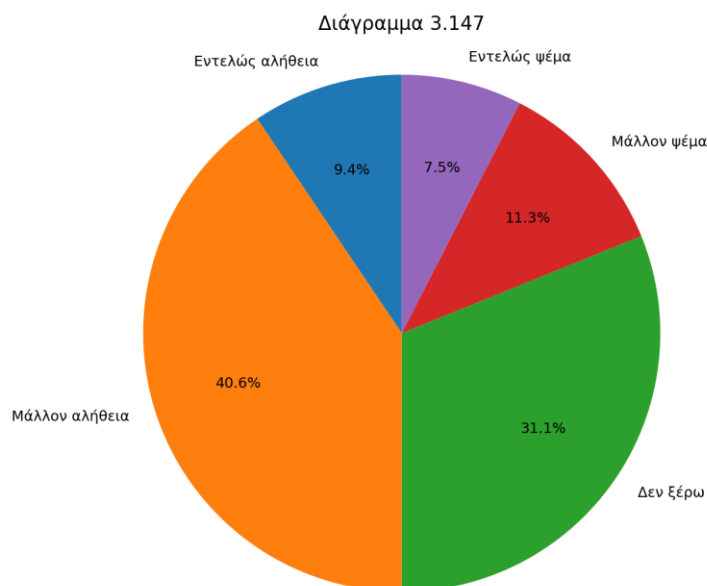


Η ψυχική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διατήρηση της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας, της ευεξίας και της συνολικής ποιότητας ζωής τους. Το γεγονός ότι περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες δε χαρακτήρισε ψέμα τη συγκεκριμένη δήλωση αποτυπώνει την αίσθηση της συναισθηματικής και ψυχικής κόπωσης των νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα.

Πίνακας 148: Πίνακας 3.147 – Ερώτηση 36 - 36. Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι η παρακάτω πρόταση στη δική σας περίπτωση: Η υγεία μου είναι εξαιρετική

Κατηγορία απάντησης	n	%
Εντελώς αλήθεια	10	9,4
Μάλλον αλήθεια	43	40,6
Δεν ξέρω	33	31,1
Μάλλον ψέμα	12	11,3
Εντελώς ψέμα	8	7,5
Σύνολο	106	100,0

Διάγραμμα 147: Διάγραμμα 3.147 – Ερώτηση 36



Η συνολική εικόνα της αντίληψης των συμμετεχόντων για εξαιρετική ψυχική και σωματική υγεία, δείχνει ότι ακριβώς οι μισοί από αυτούς διατηρούν ικανοποιητικό επίπεδο ευεξίας, σωματικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας. Το γεγονός βέβαια ότι το υπόλοιπο μισό του ερευνητικού δείγματος δε νιώθει εξαιρετικά υγιές, χρήζει σίγουρα προσοχής και λήψης κατάλληλων μέτρων για τον εντοπισμό και καταπολέμηση των παραγόντων που οδήγησαν σε αυτό το αποτέλεσμα.

3.4.2. Αξιοπιστία υπό-κλιμάκων SF-36

Οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach α των υπό-κλιμάκων SF-36 κυμάνθηκαν από 0.794 έως 0.915. Οι τιμές αυτές υποδεικνύουν ικανοποιητική έως εξαιρετική εσωτερική συνοχή των διαστάσεων της συγκεκριμένης κλίμακας.

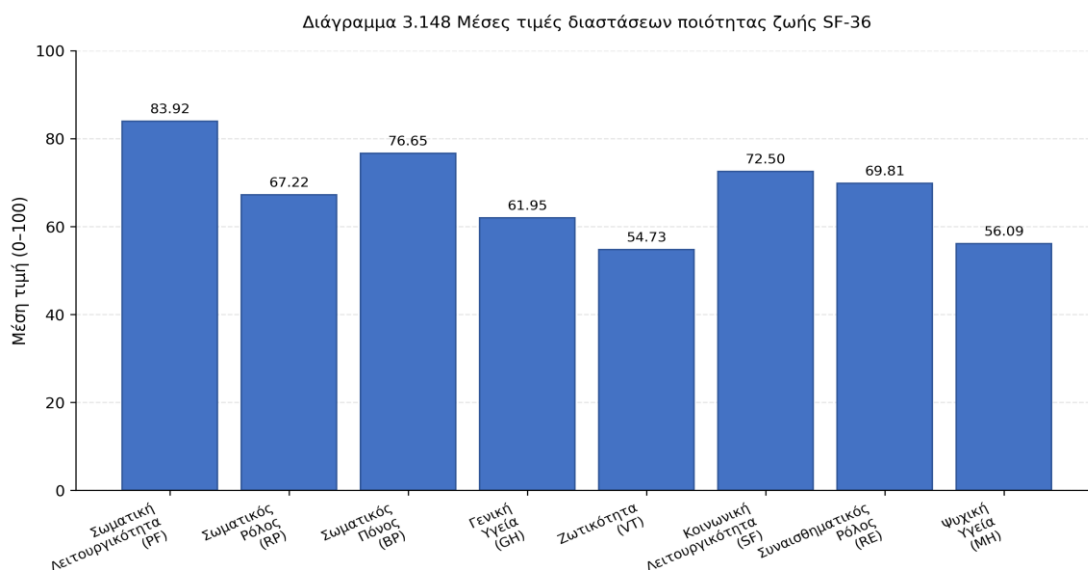
3.4.3. Επιμέρους Διαστάσεις ποιότητας ζωής

Στον Πίνακα και το διάγραμμα 3.148 παρουσιάζονται οι περιγραφικές στατιστικές των οκτώ επιμέρους διαστάσεων της κλίμακας SF-36.

Πίνακας 149: Πίνακας 3.148. Περιγραφικά στατιστικά διαστάσεων ποιότητας ζωής SF-36

Διάσταση	Μέση τιμή (0–100)
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	83,92
Σωματικός Ρόλος (RP)	67,22
Σωματικός Πόνος (BP)	76,65
Γενική Υγεία (GH)	61,95
Ζωτικότητα (VT)	54,73
Κοινωνική Λειτουργικότητα (SF)	72,50
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	69,81
Ψυχική Υγεία (MH)	56,09

Διάγραμμα 148: Διάγραμμα 3.148



Από την ανάλυση των οκτώ διαστάσεων του ερωτηματολογίου SF-36 παρατηρείται πως οι συμμετέχοντες παρουσίασαν καλύτερες επιδόσεις στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας, σε αντίθεση με τις διαστάσεις της ζωτικότητας και της ψυχικής ευεξίας, όπου παρατηρήθηκαν χαμηλότερες τιμές. Το αποτέλεσμα αυτό καταδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, καθώς η συγκεκριμένη διάσταση συγκέντρωσε την υψηλότερη μέση τιμή (83.92). Παράλληλα,

υψηλές επιδόσεις καταγράφηκαν στον σωματικό πόνο (76.65), στην κοινωνική λειτουργικότητα (72.50), και στον συναισθηματικό ρόλο (69.81), γεγονός που φανερώνει ότι οι νοσηλευτές διατηρούν ικανοποιητική λειτουργικότητα τόσο στην επαγγελματική όσο και στην κοινωνική τους ζωή.

Αντίθετα, οι χαμηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στις ψυχολογικές και ενεργειακές διαστάσεις της καθημερινής ζωής των νοσηλευτών και συγκεκριμένα στη ζωτικότητα (54.73) και στην ψυχική υγεία (56.09). Εύρημα που αντανάκλα τη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση που συνοδεύει την εργασία σε περιβάλλον παροχής φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Συνολικά, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι το δείγμα χαρακτηρίζεται από καλή σωματική κατάσταση και λειτουργικότητα, αλλά από πιο μέτρια επίπεδα ψυχικής ευεξίας και ενεργητικότητας, αναδεικνύοντας τη σημασία παρεμβάσεων ενίσχυσης της ψυχικής υγείας και της επαγγελματικής ανθεκτικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού.

3.5. Συσχετίσεις μεταξύ βασικών μεταβλητών

Για τις ανάγκες εμβάθυνσης της έρευνας και προκειμένου να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της συναισθηματικής νοημοσύνης, του νοσηλευτικού άγχους και της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson. Τα αποτελέσματα καταγράφονται στην ανάλυση που ακολουθεί.

3.5.1. Συσχέτιση συναισθηματικής νοημοσύνης και νοσηλευτικού άγχους

Στον Πίνακα 3.149 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών της έρευνας.

Πίνακας 150: Πίνακας 3.149. Συσχετίσεις μεταξύ βασικών μεταβλητών της έρευνας

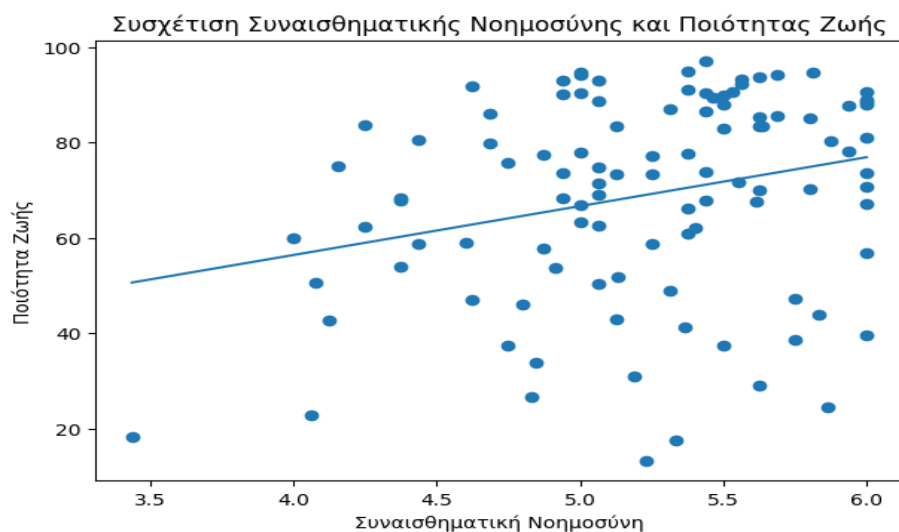
Μεταβλητή 1	Μεταβλητή 2	Pearson r	p-value
Συναισθηματική Νοημοσύνη	Νοσηλευτικό Άγχος	-0.057	0.5667
Συναισθηματική Νοημοσύνη	Ποιότητα Ζωής	0.266	0.0061
Νοσηλευτικό Άγχος	Ποιότητα Ζωής	-0.29	0.0026

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα διαπιστώθηκε αρνητική αλλά μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και νοσηλευτικού άγχους ($r = -0.057$, $p = 0.567$).

3.5.2. Συσχέτιση συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής

Ερευνώντας τη γραμμική σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ τους ($r = 0.266$, $p = 0.006$). Στο Διάγραμμα 3.149 παρουσιάζεται η γραμμική σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής.

Διάγραμμα 149: Διάγραμμα 3.149. Συσχέτιση συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής



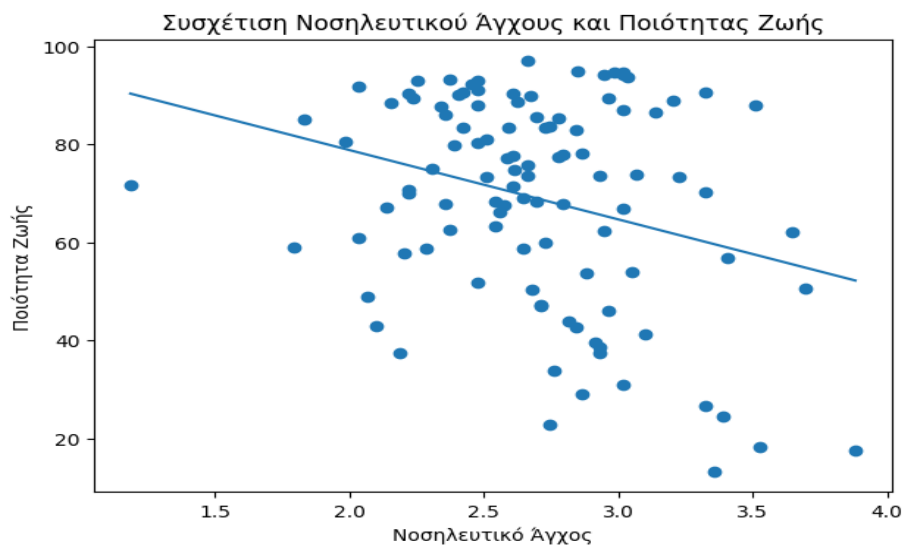
Επιχειρώντας να ερμηνεύσουμε το συγκεκριμένο αποτέλεσμα αυτό, μπορούμε να δηλώσουμε πως υποδηλώνει ότι υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης συνδέονται με καλύτερη ποιότητα ζωής.

3.5.3. Συσχέτιση νοσηλευτικού άγχους και ποιότητας ζωής

Από την αντίστοιχη έρευνα μεταξύ νοσηλευτικού άγχους και ποιότητας ζωής προέκυψε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους ($r = -0.290$, $p = 0.003$).

Στο Διάγραμμα 3.150 παρουσιάζεται η γραμμική σχέση μεταξύ νοσηλευτικού άγχους και ποιότητας ζωής.

Διάγραμμα 150: Διάγραμμα 3.150. Συσχέτιση νοσηλευτικού άγχους και ποιότητας ζωής

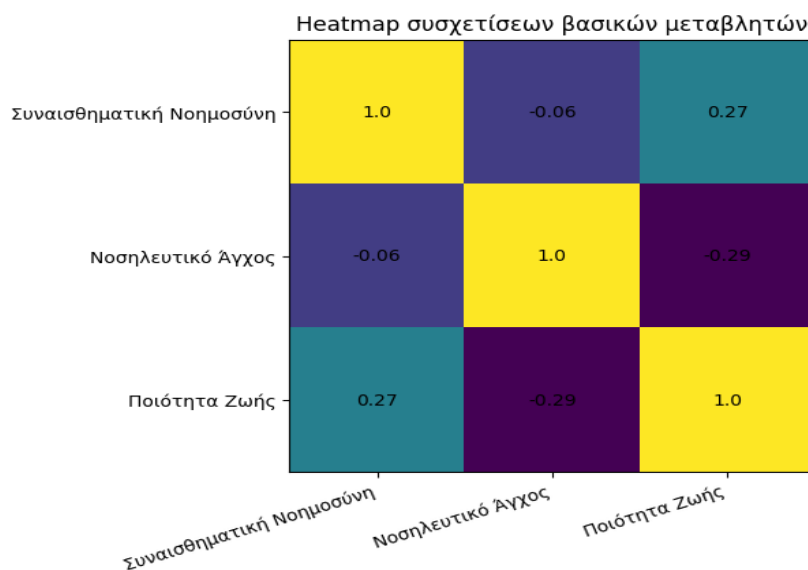


Το γεγονός αυτό μαρτυρά πως αυξημένα επίπεδα επαγγελματικού άγχους σχετίζονται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα.

3.5.4. Heatmap συσχετίσεων

Στο Διάγραμμα 3.151 παρουσιάζεται heatmap των συσχετίσεων μεταξύ των βασικών μεταβλητών της έρευνας.

Διάγραμμα 151: Διάγραμμα 3.151. Heatmap συσχετίσεων βασικών μεταβλητών



Η παραπάνω οπτική απεικόνιση των συσχετίσεων μεταξύ των βασικών μεταβλητών της έρευνας επιβεβαιώνει αφενός τη θετική σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής, και αφετέρου, την αρνητική σχέση μεταξύ νοσηλευτικού άγχους και ποιότητας ζωής. Παράλληλα, αναδεικνύεται η πολύ-παραγοντική φύση της επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα.

3.6. Δημογραφικές διαφοροποιήσεις

Στη συνέχεια η ανάλυση εστίασε στον εντοπισμό διαφοροποιήσεων των βασικών μεταβλητών της έρευνας ως προς επιλεγμένα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα ως προς το φύλο, την ηλικία, την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας των νοσηλευτών που συμμετείχαν σε αυτήν, τη θέση ευθύνης που ενδεχομένως κατέχουν, τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών που φροντίζουν καθημερινά, τα έτη εργασίας με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, το επίπεδο εκπαίδευσης τους, και το ύψος αμοιβής που λαμβάνουν ετησίως. Για τις μεταβλητές δύο ομάδων εφαρμόστηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, ενώ για τις μεταβλητές με περισσότερες από δύο ομάδες εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης μίας κατεύθυνσης (ANOVA). Οι βασικές εκβάσεις που εξετάστηκαν ήταν η συναισθηματική νοημοσύνη (EI), το νοσηλευτικό άγχος (ENSS) και η ποιότητα ζωής (QoL). Για την πληρέστερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται οι μέσες τιμές ανά ομάδα, το μέγεθος και το ποσοστό κάθε ομάδας στο σύνολο του δείγματος, καθώς και οι αντίστοιχες τιμές στατιστικής σημαντικότητας. Οι τιμές της EI υπολογίστηκαν ως μέση τιμή των 16 ερωτήσεων και αποδίδονται σε κλίμακα 1–7. Οι τιμές του ENSS ως μέση τιμή των 60 ερωτήσεων νοσηλευτικού άγχους με βάση την κωδικοποίηση της κλίμακας ENSS, δηλαδή σε κλίμακα τύπου 0–4, ενώ οι τιμές της QoL ως μέση τιμή των 36 ερωτήσεων νοσηλευτικού άγχους και αποδίδονται σε κλίμακα 0–100, όπου οι υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Συνολικά, τα αποτελέσματα κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις έστω και για μία εκ των βασικών μεταβλητών της έρευνας (EI, ENSS, QoL), για τους περισσότερους από τους προσδιοριστικούς παράγοντες που μελετήθηκαν. Ειδικότερα:

3.6.1. Διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο

Στους Πίνακες 3.150 και 3.151 παρουσιάζονται οι διαφοροποιήσεις των βασικών μεταβλητών ως προς το φύλο.

Πίνακας 151: Πίνακας 3.150. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς το φύλο

Ομάδα	n	%	EI M.O.	ENSS M.O.	QoL M.O.
Θύλη	73	68,9	5,35	2,91	64,72
Άρρεν	33	31,1	5,27	2,61	78,59

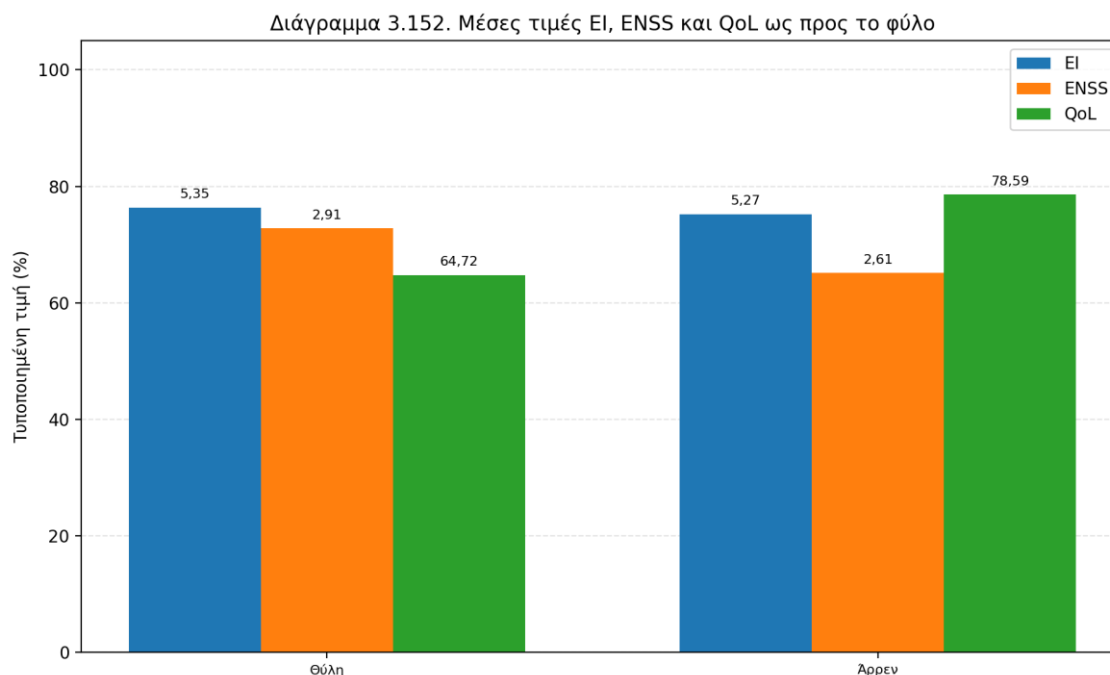
Πίνακας 152: Πίνακας 3.151. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς το φύλο

Τύπος	Μεταβλητή ομάδας	Ομάδα 1	Ομάδα 2	Έκβαση	p-value
t-test	Φύλο	Θύλη	Άρρεν	EI	0,5314
t-test	Φύλο	Θύλη	Άρρεν	ENSS	<0,001
t-test	Φύλο	Θύλη	Άρρεν	QoL	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο των ερωτώμενων, τόσο για το νοσηλευτικό άγχος ($p < 0.001$) όσο και για την ποιότητα ζωής ($p < 0.001$). Αντιθέτως, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη συναισθηματική νοημοσύνη ($p = 0.5314$).

Για τη μεταβλητή ENSS, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στις γυναίκες (2.91), ενώ η χαμηλότερη στους άνδρες (2.61). Για τη μεταβλητή QoL, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στους άνδρες (78.59), ενώ η χαμηλότερη στις γυναίκες (64.72). Προκύπτει επομένως ότι το φύλο ενδέχεται να συνδέεται με διαφορετικό βαθμό ψυχολογικής επιβάρυνσης και αντιλαμβανόμενης ευημερίας στο πλαίσιο της φροντίδας ασθενών με χρόνια νοσήματα. Η διαφοροποίηση αυτή ενδέχεται να σχετίζεται με διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης του εργασιακού στρες και των απαιτήσεων της καθημερινής κλινικής πρακτικής.

Διάγραμμα 152: Διάγραμμα 3.152. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς το φύλο.



3.6.2. Διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία

Στους Πίνακες 3.152 και 3.153 παρουσιάζονται οι διαφοροποιήσεις των βασικών μεταβλητών ως προς την ηλικία.

Πίνακας 153: Πίνακας 3.152. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς την ηλικία

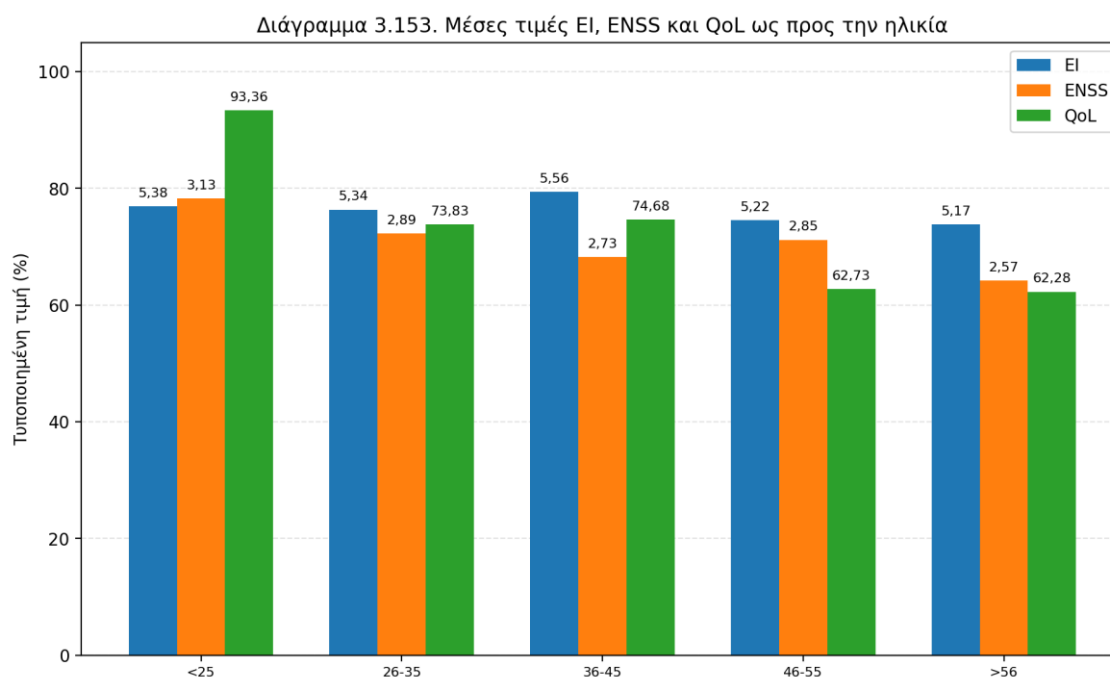
Ομάδα	n	%	EI M.O.	ENSS M.O.	QoL M.O.
<25	4	3,8	5,38	3,13	93,36
26-35	26	24,5	5,34	2,89	73,83
36-45	22	20,8	5,56	2,73	74,68
46-55	43	40,6	5,22	2,85	62,73
>56	11	10,4	5,17	2,57	62,28

Πίνακας 154: Πίνακας 3.153. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς την ηλικία

Τύπος	Μεταβλητή ομάδας	Ομάδες σύγκρισης	Έκβαση	p-value
ANOVA	Ηλικία	<25, 26-35, 36-45, 46-55, >56	EI	0,2533
ANOVA	Ηλικία	<25, 26-35, 36-45, 46-55, >56	ENSS	0,0432
ANOVA	Ηλικία	<25, 26-35, 36-45, 46-55, >56	QoL	0,0086

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις του νοσηλευτικού άγχους ($p = 0.0432$) και της ποιότητας ζωής ($p = 0.0086$), ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων γεγονός που πιστοποιεί τη σημαντικότητα του ηλικιακού παράγοντα στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Για τη μεταβλητή ENSS, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στους συμμετέχοντες με ηλικία κάτω των 25 ετών (3.13), ενώ η χαμηλότερη σε αυτούς που είναι άνω των 56 ετών (2.57). Για τη μεταβλητή QoL, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε και πάλι στην ομάδα «<25» (93.36), ενώ η χαμηλότερη και πάλι στην ομάδα «>56» (62.28). Καταγράφεται επομένως ότι η ηλικιακή διαφοροποίηση μπορεί να αντανakλά διαφορετικά επίπεδα σωματικής αντοχής, επαγγελματικής έκθεσης και προσωπικών επιβαρύνσεων. Αξιοσημείωτο είναι πως η έρευνα έδειξε πως για τους συμμετέχοντες σε αυτήν νοσηλευτές, δεν υφίστανται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την συναισθηματική νοημοσύνη ($p = 0.2533$), ως προς την ηλικία τους.

Διάγραμμα 153: Διάγραμμα 3.153. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς την ηλικία.



3.6.3. Διαφοροποιήσεις ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας

Πίνακας 155: Πίνακας 3.154. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας

Ομάδα	n	%	EI M.O.	ENSS M.O.	QoL M.O.
Όχι	80	75,5	5,32	2,81	74,97
Ναι	26	24,5	5,32	2,83	50,79

Πίνακας 156: Πίνακας 3.155. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας

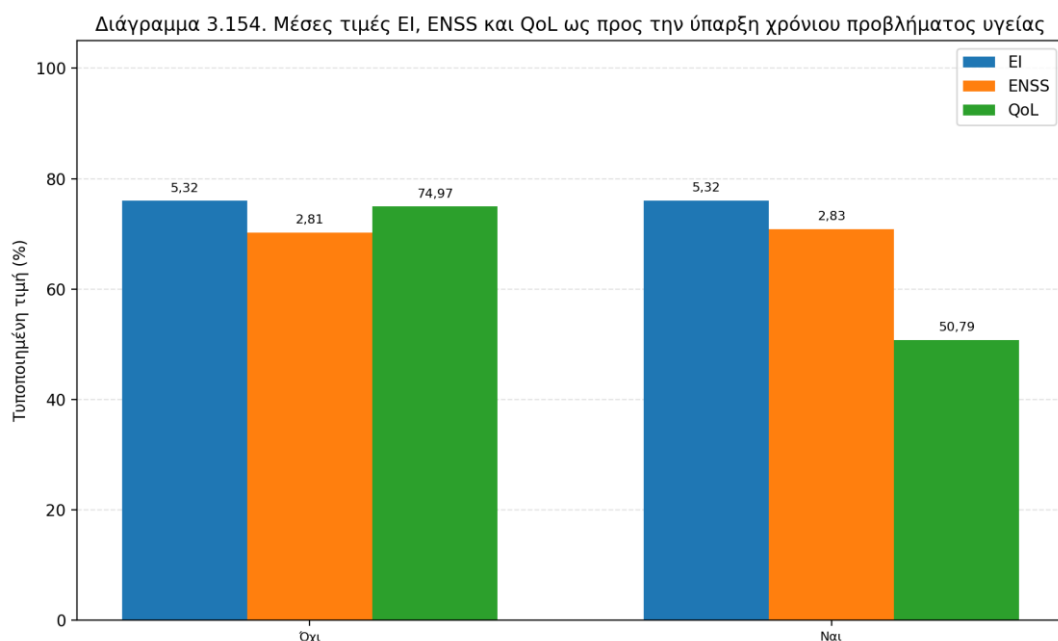
Τύπος	Μεταβλητή ομάδας	Ομάδα 1	Ομάδα 2	Έκβαση	p-value
t-test	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Όχι	Ναι	EI	0,9740

t-test	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Όχι	Ναι	ENSS	0,7890
t-test	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Όχι	Ναι	QoL	<0,001

Εκ των αποτελεσμάτων προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της ποιότητας ζωής ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ($p < 0.001$) των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η γενικότερη κατάσταση υγείας των υπό έρευνα νοσηλευτών επηρεάζει σημαντικά την αντίληψη της ποιότητας ζωής τους. Αντιθέτως, η διερεύνηση των υπολοίπων δύο βασικών μεταβλητών της έρευνας (συναισθηματική νοημοσύνη και νοσηλευτικό άγχος), δεν επέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ($p = 0.9740$) και ($p = 0.7890$) αντίστοιχα.

Για τη μεταβλητή QoL, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην ομάδα «Όχι» (74.97), ενώ η χαμηλότερη στην ομάδα «Ναι» (50.79). Η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας φαίνεται να επηρεάζει κυρίως την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, γεγονός αναμενόμενο σε έναν δείκτη που αποτυπώνει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική διάσταση της υγείας.

Διάγραμμα 154: Διάγραμμα 3.154. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας.



3.6.4. Διαφοροποιήσεις ως προς τη θέση ευθύνης

Πίνακας 157: Πίνακας 3.156. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς τη θέση ευθύνης

Ομάδα	n	%	EI M.O.	ENSS M.O.	QoL M.O.
Όχι	90	84,9	5,31	2,81	69,55
Ναι	16	15,1	5,36	2,87	66,18

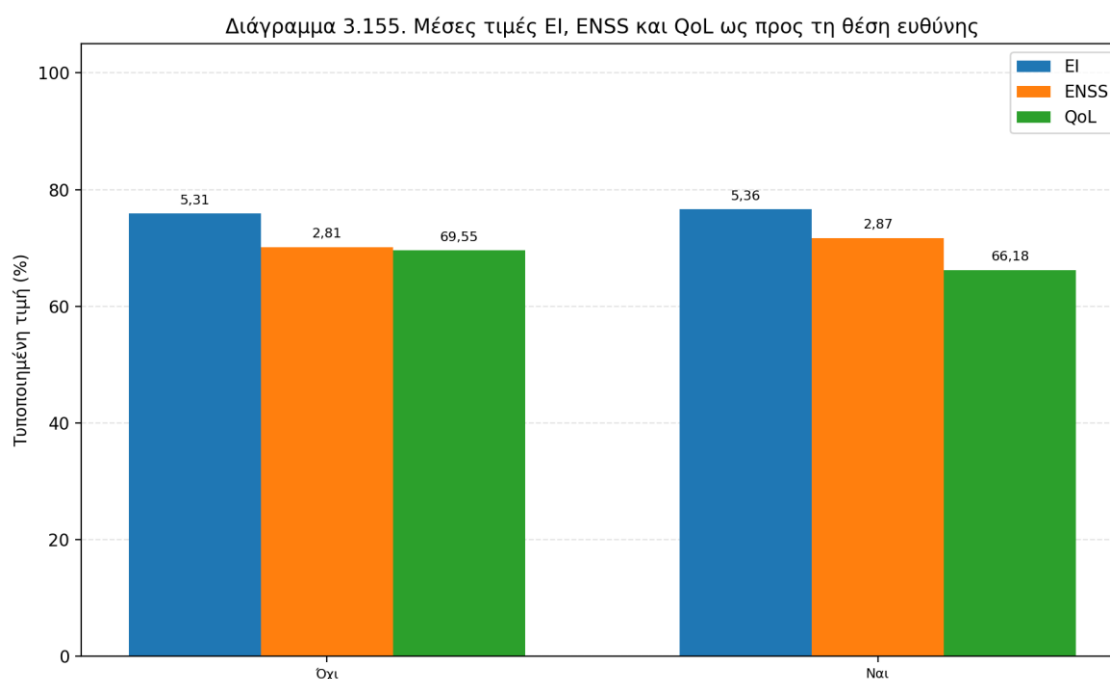
Πίνακας 158: Πίνακας 3.157. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς τη θέση ευθύνης

Τύπος	Μεταβλητή ομάδας	Ομάδα 1	Ομάδα 2	Έκβαση	p-value
t-test	Θέση ευθύνης	Όχι	Ναι	EI	0,7572
t-test	Θέση ευθύνης	Όχι	Ναι	ENSS	0,6125

t-test	Θέση ευθύνης	Όχι	Ναι	QoL	0,5288
--------	--------------	-----	-----	-----	--------

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας, δεν υφίστανται στατιστικά σημαντικές διαφορές για καμία εκ των τριών βασικών μεταβλητών της, ως προς τη θέση ευθύνης. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την έλλειψη σημαντικότητας της παραμέτρου «θέση ευθύνης» για τους νοσηλευτές του δείγματος, τόσο στην κλίμακα της συναισθηματικής νοημοσύνης τους, όσο και στο νοσηλευτικό άγχος που βιώνουν, αλλά και την αντίληψη για την ποιότητα ζωής τους. Οι τιμές στατιστικής σημαντικότητας p-value για τις τρεις προαναφερόμενες υπό εξέταση μεταβλητές μετρήθηκαν ως: ($p = 0.7572$), ($p = 0.6125$), και ($p = 0.5288$) αντίστοιχα, καταδεικνύοντας πως στο συγκεκριμένο δείγμα, η κατοχή θέση ευθύνης δεν φαίνεται να διαφοροποιεί ουσιαστικά τις βασικές ψυχοκοινωνικές εκβάσεις της μελέτης.

Διάγραμμα 155: Διάγραμμα 3.155. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς τη θέση ευθύνης.



3.6.5. Διαφοροποιήσεις ως προς τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών που φροντίζουν καθημερινά

Πίνακας 159: Πίνακας 3.158. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών

Ομάδα	n	%	EI M.O.	ENSS M.O.	QoL M.O.
1-3	16	15,1	5,39	3,10	58,05
4-7	28	26,4	5,42	2,79	76,60
8+	62	58,5	5,26	2,75	68,46

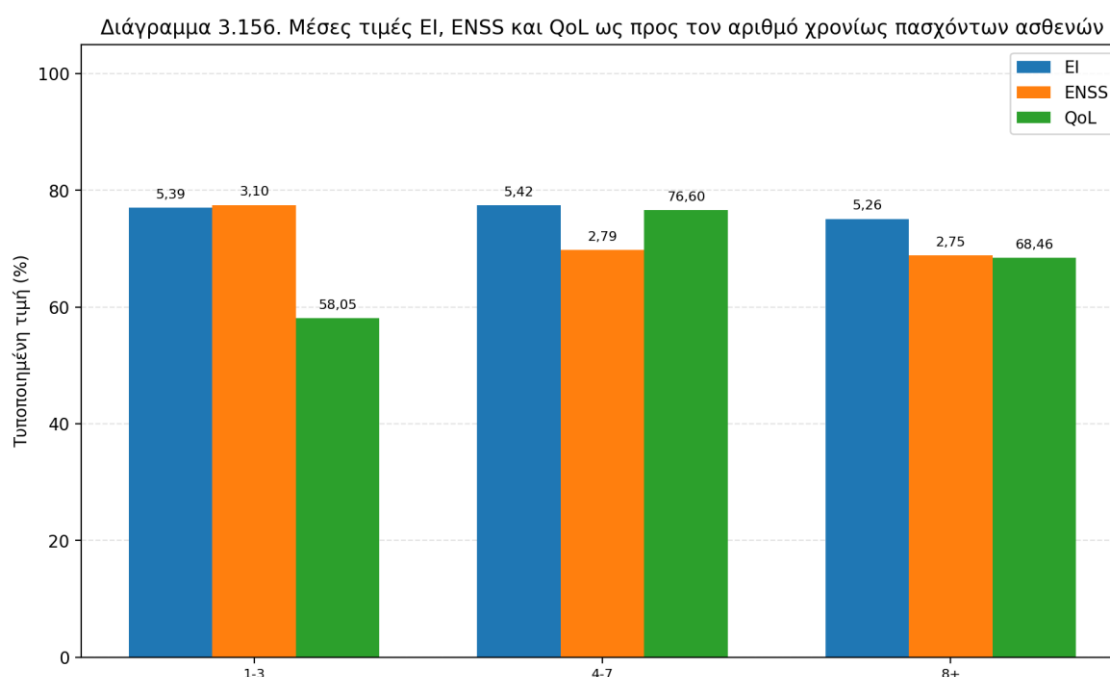
Πίνακας 160: Πίνακας 3.159. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών

Τύπος	Μεταβλητή ομάδας	Ομάδες σύγκρισης	Έκβαση	p-value
ANOVA	Αριθμός χρονίως πασχόντων	1-3, 4-7, 8+	EI	0,4569
ANOVA	Αριθμός χρονίως πασχόντων	1-3, 4-7, 8+	ENSS	0,0043
ANOVA	Αριθμός χρονίως πασχόντων	1-3, 4-7, 8+	QoL	0,0175

Σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις του νοσηλευτικού άγχους ($p = 0.0043$) και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών ($p = 0.0175$), ως προς τον αριθμό των ασθενών με χρόνια νοσήματα που φροντίζουν καθημερινά. Αντιθέτως, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις του συγκεκριμένου παράγοντα ως προς συναισθηματική νοημοσύνη ($p = 0.4569$). Για τη μεταβλητή ENSS, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην ομάδα «1-3»

(3.10), ενώ η χαμηλότερη στην ομάδα «8+» (2.75). Για τη μεταβλητή QoL, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην ομάδα «4-7» (76.60), ενώ η χαμηλότερη στην ομάδα «1-3» (58.05). Το συγκεκριμένο εύρημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς συνδέεται άμεσα με τον βασικό ερευνητικό στόχο και δείχνει ότι η ένταση της καθημερινής έκθεσης στη φροντίδα ασθενών που πάσχουν με χρόνια νοσήματα σχετίζεται με την ψυχολογική επιβάρυνση και την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών.

Διάγραμμα 156: Διάγραμμα 3.156. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς τον αριθμό χρονίως πασχόντων ασθενών.



3.6.6. Διαφοροποιήσεις ως προς τη συνολική προϋπηρεσία (έτη εργασίας) με ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Στο ερωτηματολόγιο της έρευνας οι συμμετέχοντες μπορούσαν να δηλώσουν τη συνολική προϋπηρεσία τους με ασθενείς με χρόνια νοσήματα, επιλέγοντας μία από τις οκτώ διαθέσιμες κατηγορίες των ετών εργασίας.

Για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης, οι συγκεκριμένες κατηγορίες ανά-ομαδοποιήθηκαν, ώστε να διαμορφωθούν νέες ομάδες με επαρκές μέγεθος και να καταστεί δυνατή η αξιόπιστη εφαρμογή της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA). Η ανά-ομαδοποίηση πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά για στατιστικούς λόγους και δεν επηρεάζει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Πίνακας 161: Πίνακας 3.160. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς τα έτη εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς

Ομάδα	n	%	EI M.O.	ENSS M.O.	QoL M.O.
1-9 έτη	33	31,1	5,39	2,93	72,89
10-19 έτη	30	28,3	5,31	2,81	74,10
20+ έτη	43	40,6	5,28	2,73	62,56

Πίνακας 162: Πίνακας 3.161. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς τα έτη εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς

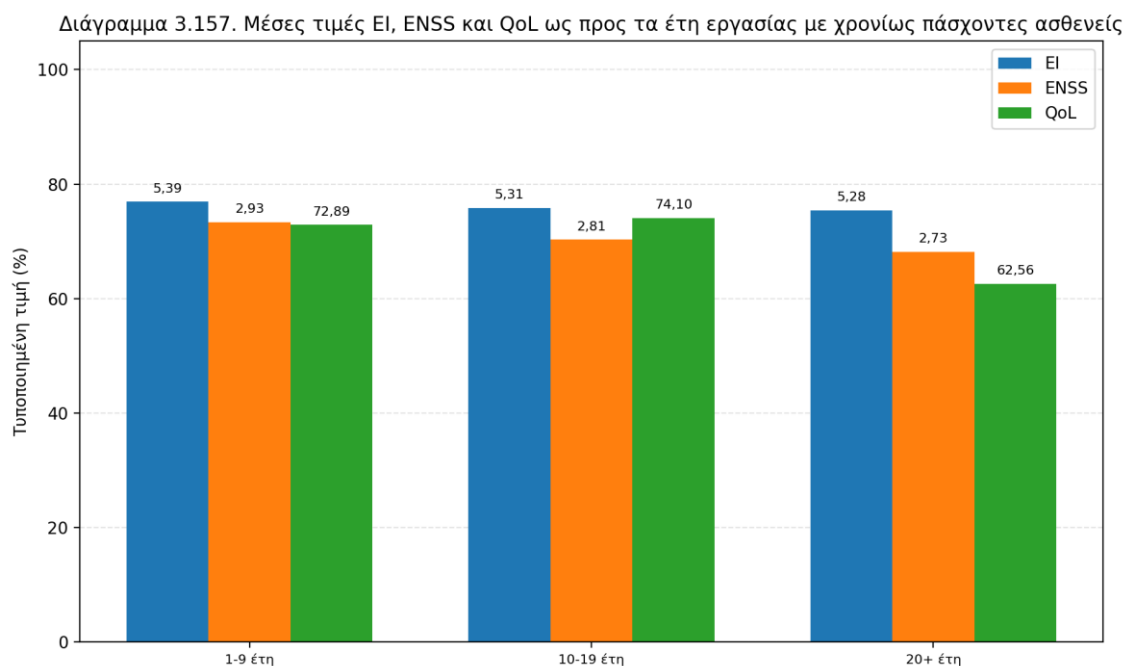
Τύπος	Μεταβλητή ομάδας	Ομάδες σύγκρισης	Έκβαση	p-value
ANOVA	Έτη εργασίας με χρόνιους ασθενείς	1-9 έτη, 10-19 έτη, 20+ έτη	EI	0,7480
ANOVA	Έτη εργασίας με χρόνιους ασθενείς	1-9 έτη, 10-19 έτη, 20+ έτη	ENSS	0,0651
ANOVA	Έτη εργασίας με χρόνιους ασθενείς	1-9 έτη, 10-19 έτη, 20+ έτη	QoL	0,0312

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων νοσηλευτών ($p = 0.0312$), ως προς τα έτη εργασίας τους με χρονίως πάσχοντες ασθενείς. Αντιθέτως, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ούτε ως προς τη συναισθηματική νοημοσύνη ($p = 0.7480$), ούτε ως προς το νοσηλευτικό άγχος ($p = 0.0651$).

Για τη μεταβλητή QoL, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην ομάδα «10-19 έτη» (74.10), ενώ η χαμηλότερη στην ομάδα «20+ έτη» (62.56). Η διαφοροποίηση αυτή

υποδηλώνει ότι η διάρκεια της επαγγελματικής έκθεσης στη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα μπορεί να συνδέεται με σωρευτικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής.

Διάγραμμα 157: Διάγραμμα 3.157. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς τα έτη εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς.



3.6.7. Διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης, όπως προηγουμένως, έτσι και σε αυτόν τον παράγοντα, οι κατηγορίες εκπαίδευσης ανά-ομαδοποιήθηκαν και συγχωνεύτηκαν από πέντε σε τρεις, ώστε να διαμορφωθούν ομάδες με επαρκές μέγεθος. Ειδικότερα, οι απόφοιτοι λυκείου και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (βοηθοί νοσηλευτών), εντάχθηκαν σε μία ενιαία κατηγορία, όπως επίσης και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου, προκειμένου να εξασφαλιστεί η στατιστική αξιοπιστία των συγκρίσεων μεταξύ των ομάδων. Η συγκεκριμένη ανά-ομαδοποίηση πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης και δεν επηρεάζει την ερμηνεία των ευρημάτων.

Πίνακας 163: Πίνακας 3.162. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Ομάδα	n	%	EI M.O.	ENSS M.O.	QoL M.O.
-------	---	---	---------	-----------	----------

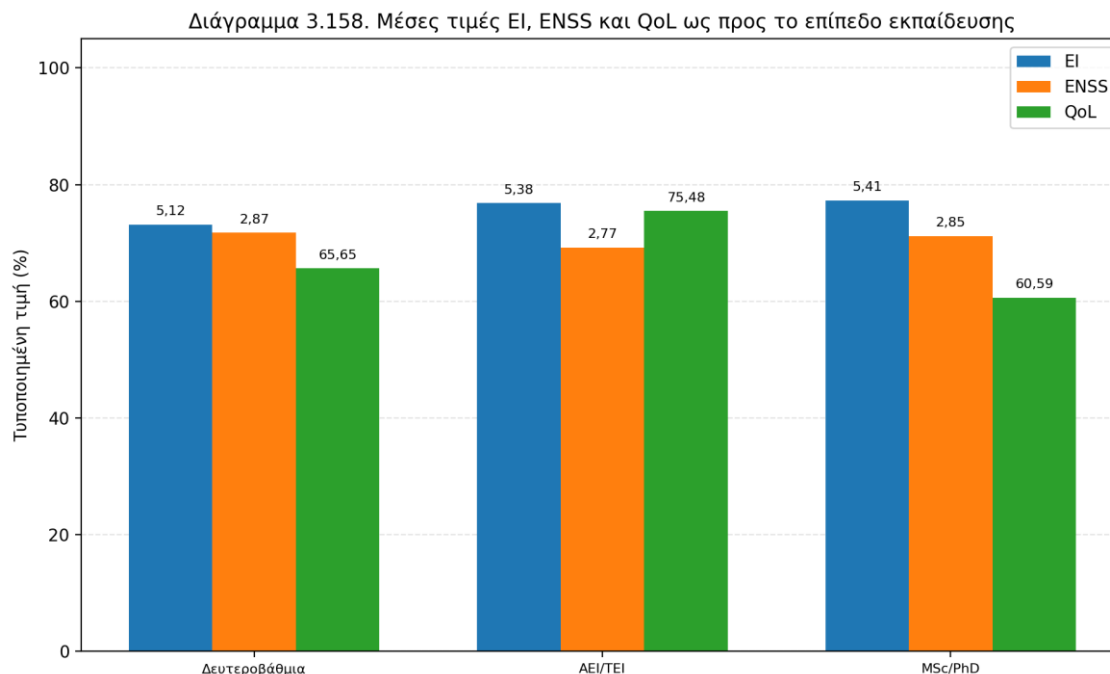
Δευτεροβάθμια	27	25,5	5,12	2,87	65,65
AEI/TEI	51	48,1	5,38	2,77	75,48
MSc/PhD	28	26,4	5,41	2,85	60,59

Πίνακας 164: Πίνακας 3.163. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Τύπος	Μεταβλητή ομάδας	Ομάδες σύγκρισης	Έκβαση	p-value
ANOVA	Επίπεδο εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμια, AEI/TEI, MSc/PhD	EI	0,1385
ANOVA	Επίπεδο εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμια, AEI/TEI, MSc/PhD	ENSS	0,4842
ANOVA	Επίπεδο εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμια, AEI/TEI, MSc/PhD	QoL	0,0062

Από τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών του δείγματος, ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης τους ($p = 0.0062$). Αντιθέτως, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη συναισθηματική νοημοσύνη ($p = 0.1385$), και το νοσηλευτικό άγχος ($p = 0.4842$). Για τη μεταβλητή QoL, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην ομάδα «Τριτοβάθμια εκπαίδευση (AEI/TEI)» (75.48), ενώ η χαμηλότερη στην ομάδα «Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές σπουδές» (60.59). Τα συγκεκριμένα ευρήματα υποδηλώνουν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών ενδέχεται να σχετίζεται με διαφοροποιήσεις στην αντίληψη τους για την ποιότητα ζωής, πιθανώς μέσω διαφορετικών επαγγελματικών προσδοκιών, ρόλων και μηχανισμών προσαρμογής.

Διάγραμμα 158: Διάγραμμα 3.158. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.



3.6.8. Διαφοροποιήσεις ως προς το ύψος της αμοιβής

Πίνακας 165: Πίνακας 3.164. Μέσες τιμές βασικών μεταβλητών ως προς το ύψος αμοιβής

Ομάδα	n	%	EI M.O.	ENSS M.O.	QoL M.O.
700-1200	39	36,8	5,34	2,92	71,33
1200-1700	63	59,4	5,28	2,73	67,84
1700>	4	3,8	5,72	3,08	65,70

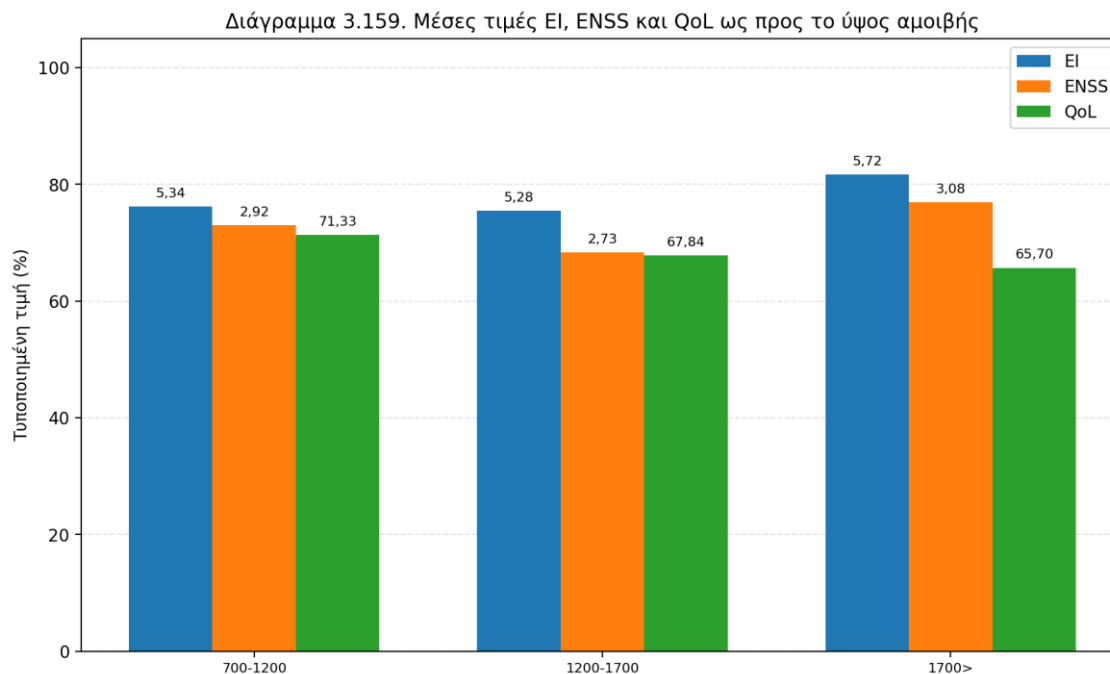
Πίνακας 166: Πίνακας 3.165. Στατιστικές διαφοροποιήσεις βασικών μεταβλητών ως προς το ύψος αμοιβής

Τύπος	Μεταβλητή ομάδας	Ομάδες σύγκρισης	Έκβαση	p-value
ANOVA	Ύψος αμοιβής	700-1200, 1200-1700, 1700>	EI	0,3845
ANOVA	Ύψος αμοιβής	700-1200, 1200-1700, 1700>	ENSS	0,0206
ANOVA	Ύψος αμοιβής	700-1200, 1200-1700, 1700>	QoL	0,6874

Εκ των αποτελεσμάτων της έρευνας, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις του νοσηλευτικού άγχους των συμμετεχόντων ($p = 0.0206$), ως προς το ύψος της αμοιβής που λαμβάνουν για την εργασία τους. Αντιθέτως, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ούτε ως προς συναισθηματική νοημοσύνη ($p = 0.3845$), ούτε και ως προς την ποιότητα ζωής ($p = 0.6874$).

Για τη μεταβλητή ENSS, η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην ομάδα «1700>» (3.08), ενώ η χαμηλότερη στην ομάδα «1200-1700» (2.73). Η διαφοροποίηση στο νοσηλευτικό άγχος καταδεικνύει ότι οι οικονομικές απολαβές, ως κοινωνικοοικονομικός παράγοντας, δύνανται να επηρεάζουν την επαγγελματική επιβάρυνση και την αίσθηση ανταμοιβής των συμμετεχόντων.

Διάγραμμα 159: Διάγραμμα 3.159. Μέσες τιμές EI, ENSS και QoL ως προς το ύψος αμοιβής.



3.6.9. Πολύ-παραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το νοσηλευτικό άγχος και την ποιότητα ζωής πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Συγκεκριμένα δημιουργήθηκαν πολύ-παραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις του εργασιακού άγχους και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Η πολύ-παραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης εφαρμόστηκε στις προαναφερθείσες μεταβλητές του εργασιακού άγχους και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, καθώς αυτές θεωρήθηκαν οι κύριες εκβάσεις (dependent variables) της παρούσας μελέτης.

Αντιθέτως, η συναισθηματική νοημοσύνη αντιμετωπίστηκε θεωρητικά ως κάποιο προσωπικό χαρακτηριστικό και προστατευτικός ψυχολογικός παράγοντας, ο οποίος δύναται να ασκεί επιρροή στην προσαρμογή των νοσηλευτών στις ιδιαίτερες απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος, να μετριάξει την επίδραση του εργασιακού άγχους και να συμβάλλει θετικά στην ποιότητα ζωής και στην ψυχολογική ευεξία των επαγγελματιών υγείας. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η συναισθηματική νοημοσύνη λειτουργεί κυρίως ως προβλεπτικός ή διαμεσολαβητικός παράγοντας σε σχέση με το burnout, το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική ποιότητα ζωής και όχι ως κύρια μεταβλητή έκβασης (Szczygiel et al., 2018· Hashmi et al., 2024· Alodhialah, 2025). Ως εκ τούτου, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το εργασιακό άγχος και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, θεωρώντας τη συναισθηματική νοημοσύνη περισσότερο ως ερμηνευτικό και προστατευτικό παράγοντα παρά ως τελικό αποτέλεσμα προς πρόβλεψη. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που εφαρμόστηκαν, δίνονται ακολούθως:

3.2.1. Μοντέλο 1 – Προβλεπτικοί παράγοντες νοσηλευτικού άγχους

Στον Πίνακα 3.166 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του πρώτου μοντέλου παλινδρόμησης.

Πίνακας 167: Πίνακας 3.166. Μοντέλο παλινδρόμησης για το νοσηλευτικό άγχος

Predictor	B	p-value
const	3.087	0
EI	-0.084	0.2671
Age	-0.079	0.0349
Gender	0.257	0.0049
Shift	0.03	0.6908
Experience	-0.035	0.0631
Position	0.185	0.1328

Παρατηρούμε πως το μοντέλο παρουσίασε στατιστικά σημαντική προσαρμογή. Σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες του νοσηλευτικού άγχους αναδείχθηκαν η ηλικία και το φύλο του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα, σε αντίθεση με το εργασιακό τους ωράριο, τη συναισθηματική νοημοσύνη και την κατοχή θέσης ευθύνης. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα χρόνια εμπειρίας, τα οποία εμφάνισαν τάση στατιστικής σημαντικότητας ($p = 0.0631$). Συνολικά, μπορούμε να πούμε πως ορισμένοι δημογραφικοί και εργασιακοί παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται με διαφοροποιήσεις στο επίπεδο επαγγελματικής επιβάρυνσης.

3.2.2. Μοντέλο 2 – Προβλεπτικοί παράγοντες ποιότητας ζωής

Στον Πίνακα 3.167 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του δεύτερου μοντέλου παλινδρόμησης.

Πίνακας 168: Πίνακας 3.167. Μοντέλο παλινδρόμησης για την ποιότητα ζωής

Predictor	B	p-value
const	81.294	0.0001
ENSS	-15.684	0.0001
EI	7.046	0.0272
Health	-23.183	0
Age	-0.847	0.5845
Shift	0.017	0.9957

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα προκύπτει πως η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε δημόσια νοσοκομεία, επηρεάστηκε σημαντικά από το νοσηλευτικό άγχος που βιώνουν κατά την άσκηση των εργασιακών τους καθηκόντων, τη συναισθηματική νοημοσύνη και την ύπαρξη κάποιου χρόνιου προβλήματος στην υγεία τους. Ειδικότερα, προκύπτει πως τα αυξημένα επίπεδα νοσηλευτικού άγχους σχετίζονταν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής των εργαζομένων, ενώ υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής για αυτούς.

Η προαναφερθείσα ανάλυση αναδεικνύει τη σημασία των ψυχολογικών, αλλά παράλληλα και των επαγγελματικών παραμέτρων στη συνολική ευημερία των νοσηλευτών. Παράλληλα, υπογραμμίζουν την ανάγκη ανάπτυξης από πλευράς πολιτείας προγραμμάτων και δράσεων υποστήριξης του ανθρώπινου δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία.

3.2.3. Μέγεθος επίδρασης (Effect Sizes)

Προκειμένου να εκτιμηθεί η πρακτική σημασία των στατιστικών διαφορών, υπολογίστηκαν δείκτες μεγέθους επίδρασης. Το μέγεθος επίδρασης (effect size) καταδεικνύει το βαθμό της παρατηρούμενης συσχέτισης. Αποτυπώνει την πραγματική σημασία ενός αποτελέσματος, πέρα της στατιστικής τους σημαντικότητας.

Οι δείκτες Cohen's d και Eta squared (η^2) είναι δύο από τους πιο κοινούς δείκτες για τον υπολογισμό του μεγέθους επίδρασης. Ειδικότερα, για τις συγκρίσεις δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cohen's d, ενώ για τις αναλύσεις διακύμανσης υπολογίστηκε ο δείκτης η^2 .

Ο Πίνακας 3.168 εμπεριέχει τα αποτελέσματα του μεγέθους επίδρασης για τις υπό εξέταση μεταβλητές, αποτυπώνοντας τις τιμές των δεικτών Cohen's d και η^2 .

Πίνακας 169: Πίνακας 3.168. Δείκτες μεγέθους επίδρασης (Effect Sizes)

Ανάλυση	Μεταβλητή	Έκβαση	Effect Size
Cohen's d	Φύλο	EI	-0.083
Cohen's d	Φύλο	ENSS	0.729
Cohen's d	Φύλο	QoL	-0.685
Cohen's d	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	EI	0.294
Cohen's d	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	ENSS	0.144
Cohen's d	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	QoL	1.308
Eta squared	Ηλικία	EI	0.069
Eta squared	Ηλικία	ENSS	0.078
Eta squared	Ηλικία	QoL	0.125

Η εκτίμηση του μεγέθους επίδρασης προσφέρει συμπληρωματική πληροφορία αναφορικά με την πρακτική σημασία των ευρημάτων. Επιπροσθέτως, συμβάλλει σε πληρέστερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας.

Εν προκειμένω, τα αποτελέσματα έδειξαν πως υφίσταται μεγάλη επίδραση της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας στην ποιότητα ζωής (Cohen's d = 1.308) των

νοσηλευτών. Επιπλέον προέκυψε μέτρια προς μεγάλη επίδραση του φύλου στο νοσηλευτικό άγχος και στην ποιότητα ζωής τους, ενώ ασθενέστερη φαίνεται να είναι η επίδραση της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας στη συναισθηματική νοημοσύνη. Παράλληλα, η επίδραση της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας εμφάνισε μικρή επίδραση στο νοσηλευτικό άγχος, όπως και η ηλικία στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.

Τέλος, εκ των ερευνητικών αποτελεσμάτων αναδεικνύεται η πολύ μικρή επίδραση της ηλικίας του νοσηλευτικού προσωπικού στη συναισθηματική νοημοσύνη τους και στο νοσηλευτικό άγχος που αντιμετωπίζουν στην εργασία τους. Ομοίως και του φύλου στη συναισθηματική νοημοσύνη τους, η οποία μάλιστα είναι και αρνητική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη το μεγαλύτερο ποσοστό 69% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, έναντι των ανδρών που συμμετείχαν με ποσοστό 31,1%, γεγονός που επιβεβαιώνει την επικράτηση των γυναικών στο νοσηλευτικό επάγγελμα (Sakali & Timusin, 2023). Όλοι οι συμμετέχοντες, 106 συνολικά, εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Η επιλογή του δείγματος νοσηλευτών από δημόσια νοσοκομεία έγινε, εφόσον εκεί συναντάμε τον μεγαλύτερο όγκο ασθενών με χρόνια νοσήματα και υπάρχει μεγαλύτερη τριβή του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς, άρα και μεγαλύτερη επιβάρυνση του από τον φόρτο εργασίας. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 46-55 έτη, ενώ το 50% των νοσηλευτών ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με αρκετούς να κατέχουν τίτλους μεταπτυχιακών σπουδών υποδηλώνοντας υψηλό μορφωτικό επίπεδο του προσωπικού γεγονός που όπως έχουν δείξει έρευνες συμβάλλει συνδέεται με αυξημένα επίπεδα Συναισθηματικής Νοημοσύνης (Sakali & Timucin, 2023). Οι συμμετέχοντες νοσηλευτές εργάζονται με κυκλικό ωράριο καλύπτοντας όλες τις βάρδιες σε ποσοστό 70%, γεγονός που σύμφωνα με έρευνα του Κοϊνη, 2014 επιδρά στην ανάπτυξη εργασιακού άγχους. Οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνουν μέσο όρο προϋπηρεσίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα τα 20-24 έτη γεγονός που υποδηλώνει εμπειρία αλλά συμβάλλει και στην σωματική και συναισθηματική κόπωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Η επιβάρυνση από το φόρτο εργασίας και την έλλειψη προσωπικού αντανακλάται στη δήλωση των συμμετεχόντων ότι δεν είναι ευχαριστημένοι από τη στελέχωση του τμήματός τους με ποσοστό 74,4%. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από την συνεργασία τους με τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και του γιατρούς γεγονός που υποδηλώνει καλή συνεργασία, αποφυγή συγκρούσεων, αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή για τους ασθενείς, εξασφάλιση ψυχικής ηρεμίας για το προσωπικό.

4.1.Επίπεδα Συναισθηματικής Νοημοσύνης.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των 16 ερωτήσεων της κλίμακας (WLEIS) ανέδειξαν υψηλά επίπεδα Συναισθηματικής νοημοσύνης στο νοσηλευτικό προσωπικό στην παρούσα έρευνα. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α της συνολικής κλίμακας WLEIS μετρήθηκε σε $\alpha = 0,936$, όταν στη διεθνή βιβλιογραφία οι τιμές του δείκτη Cronbach α που είναι πάνω από 0,90 δηλώνουν εξαιρετική συνοχή της κλίμακας (Sekaram & Bougie, 2016). Στις ερωτήσεις που αφορούσαν την αναγνώριση και διαχείριση των συναισθημάτων καταγράφηκαν οι υψηλότερες τιμές, με τη δήλωση «Πάντα μπορώ να καταλαβαίνω πως αισθάνονται οι φίλοι μου» να συγκεντρώνει το μεγαλύτερο μέσο όρο (5,36) και να ακολουθούν οι δηλώσεις «Είμαι ευαίσθητος για τα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων» με μέσο όρο (5,33) και «Έχω καλή κατανόηση των συναισθημάτων γύρω μου» με μέσο όρο (5,31). Τα αποτελέσματα της ΣΝ στη παρούσα έρευνα είναι υψηλότερα από αυτά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία αφού στις περισσότερες έρευνες παρατηρούνται μέτρια επίπεδα ΣΝ (Παπαγεωργίου κ.α., 2010) (Chatzidimitriou et al., 2025). Τα υψηλά επίπεδα ΣΝ των νοσηλευτών που αποτυπώνονται στην παρούσα μελέτη θα μπορούσαν να αξιολογηθούν σε σχέση με την μακροχρόνια φροντίδα που χρειάζονται οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα και τη θεραπευτική σχέση που μπορεί να αναπτυχθεί μεταξύ νοσηλευτή – ασθενή.(Al-Suwait et al., 2024), (Busac and Simunic, 2024). Οι νοσηλευτές/τριες που έχουν αυτοεπίγνωση μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, ενώ δείχνουν ενσυναίσθηση στους ασθενείς, αναγνωρίζοντας τα συναισθήματα των ασθενών (Al-Suwait et al., 2024). Σύμφωνα με τους Salovey et al. η ΣΝ περιλαμβάνει την αναγνώριση συναισθημάτων του εαυτού και των άλλων, ακριβή έκφραση των συναισθημάτων του ατόμου, κατανόηση των συναισθημάτων και ρύθμιση των συναισθημάτων (Τριλίβα & Παύλου, 2004). Συγκεκριμένα, οι υψηλές τιμές που καταγράφηκαν στις επιμέρους διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης υποδηλώνουν ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν αυξημένη ικανότητα αναγνώρισης, κατανόησης και διαχείρισης τόσο των δικών τους συναισθημάτων όσο και των συναισθημάτων των ασθενών αλλά και των συναδέλφων τους. Το εύρημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της φροντίδας χρόνιων πασχόντων όπου η μακροχρόνια επαφή με τον ασθενή, η συνεχής θεραπευτική υποστήριξη και η ανάγκη ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης αποτελούν βασικά στοιχεία της καθημερινής νοσηλευτικής πρακτικής. Η φροντίδα των ασθενών με χρόνια νοσήματα δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην κάλυψη βιολογικών και θεραπευτικών αναγκών. Συχνά περιλαμβάνει αυξημένες απαιτήσεις συναισθηματικής

διαχείρισης και ψυχολογικής υποστήριξης γεγονός που ενισχύει το ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επαγγελματική προσαρμογή των νοσηλευτών. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και στη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία όπου η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη συνδέεται με καλύτερη επαγγελματική λειτουργικότητα, αποτελεσματικότερη διαχείριση δύσκολων κλινικών καταστάσεων και αυξημένη ενσυναίσθηση απέναντι στους ασθενείς (Sakali & Timucin, 2023, Busac & Simunic, 2024).

4.2. Επίπεδα Νοσηλευτικού Εργασιακού Άγχους.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης της Διευρυμένης Κλίμακας Νοσηλευτικού Άγχους (ENSS) ανέδειξαν αυξημένα επίπεδα εργασιακού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α της ENSS υπολογίζεται σε $\alpha = 0,958$ δηλώνοντας εξαιρετική αξιοπιστία και συνοχή. Η ερώτηση που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο μέσο όρο (3,53) ήταν «Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς». Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να συμφωνεί εν μέρη με την έρευνα των Sarafis et al. (2016), όπου τα μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σχετίστηκαν με τον ασθενή που υποφέρει. Ο θάνατος δε του ασθενούς, θεωρείται σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας και στις δύο έρευνες. Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ως στρεσογόνους παράγοντες τη λήψη αποφάσεων σε επείγον περιστατικό εν απουσία γιατρού με μέσο όρο (3,17), όταν ο ασθενής πεθαίνει και απουσιάζει ο γιατρός με μέσο όρο (3,18), αλλά και η διαρκή μετακίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού λόγω έλλειψης με μέσο όρο (2,92), η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία του προσωπικού με μέσο όρο (3,16), ο θάνατος ασθενή με τον οποίο αναπτύχθηκε σχέση. Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα των ερευνών στη σχετική βιβλιογραφία (Shaima Hamad Faraj, 2025: Μουστάκα κ.α, 2010: Φράγκου κ.α., 2020). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει σημαντικό επίπεδο εργασιακής επιβάρυνσης, το οποίο φαίνεται να σχετίζεται τόσο με οργανωτικές απαιτήσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος, όσο και με την μακροχρόνια συναισθηματική εμπλοκή που απαιτεί η φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα. Η καθημερινή έκθεση στο πόνο, στις υποτροπές της νόσου, στην αβεβαιότητα της πορείας της υγείας των ασθενών και στις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας φαίνεται να επιβαρύνει ουσιαστικά την ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευτών. Η εικόνα αυτή ταυτίζεται με την διεθνή και ξένη βιβλιογραφία (Hashimi et al., 2024; Al-Suwait et al., 2024; Galanis et al., 2024; Μουστάκα, 2010; Σαρρή κ.α, 2017), σύμφωνα με την οποία οι νοσηλευτές που απασχολούνται σε δημόσια νοσοκομεία

εμφανίζουν συχνά αυξημένα επίπεδα εργασιακού άγχους και συναισθηματικής κόπωσης, ιδιαίτερα σε δομές υψηλών απαιτήσεων και αυξημένου φόρτου εργασίας (Hashimi et al., 2024, Μουστάκα, 2010).

4.3. Ποιότητα Ζωής

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της κλίμακας SF-36 για την Ποιότητα Ζωής ανέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν καλή σωματική λειτουργικότητα με μέσο όρο (83,92) ενώ η ζωτικότητα αποτυπώθηκε με το χαμηλότερο μέσο όρο (57,8), με την ψυχική υγεία με μέσο όρο (64,26). Τα ευρήματα συμφωνούν με βιβλιογραφικές έρευνες όπως των Σαρρή κ.α. (2017) όπου η χαμηλή μέτρηση της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας συνδέεται με την εργασιακή κόπωση και εξουθένωση. Επιπλέον ο υψηλός μέσος όρος (73,52) δήλωσης σωματικού πόνου νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετέχει στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει την καταπόνηση του μυοσκελετικού συστήματος, αφού η πλειοψηφία των ασθενών με χρόνια προβλήματα χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και χειρισμούς. Η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών/τριων επιβαρύνεται στις διαστάσεις της σωματικής ευεξίας και της ψυχικής ευεξίας (Μηναδάκη κ.α., 2020), ενώ τα αποτελέσματα στην κοινωνική ευεξία είναι καλύτερα με μέσο όρο (71,58). Στην έρευνα των Anshasi et al. (2020) η διάσταση της σωματικής λειτουργίας κατέγραψε τα υψηλότερα επίπεδα στο νοσηλευτικό προσωπικό ενώ η διάσταση του περιβάλλοντος τα χαμηλότερα. Τα ευρήματα της έρευνας υποδηλώνουν ότι η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, επηρεάζεται από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του επαγγελματικού τους ρόλου. Παρά το γεγονός ότι σε ορισμένες επιμέρους διαστάσεις καταγράφηκαν ικανοποιητικά επίπεδα λειτουργικότητας, προκύπτει πως η παρατεταμένη επαγγελματική επιβάρυνση και η αέναη συναισθηματική ετοιμότητα που απαιτεί η φροντίδα των χρόνιων πασχόντων ασθενών ενδέχεται να επηρεάζουν τόσο την σωματική όσο και την ψυχική ευεξία των νοσηλευτών. Η παράμετρος αυτή, αποκτά ιδιαίτερη σημασία για το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας, όπου οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν σε αυξημένες απαιτήσεις μέσα σε συνθήκες περιορισμένων πόρων και υψηλού φόρτου εργασίας. Εμβαθύνοντας την έρευνα και συσχετίζοντας τη ΣΝ με το νοσηλευτικό εργασιακό άγχος στην παρούσα μελέτη βρέθηκε αρνητική συσχέτιση, όχι όμως στατιστικά σημαντική ($r=-0.057$, $p=0.567$). Τα υψηλά επίπεδα ΣΝ, όπως καταγράφονται στην μελέτη, συνδέονται με αντίσταση στο Εργασιακό Άγχος με αποτέλεσμα την αποτροπή της εξουθένωσης, σύμφωνα με τους

Hashmi et al. (2024). Η ΣΝ αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα του εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης (Alodhialah, 2025).

Στη συσχέτιση των μεταβλητών ΣΝ και Ποιότητας Ζωής καταγράφεται στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ($r=0.266$, $p=0.006$). Η ΣΝ επομένως συμβάλει στην βελτίωση της Ποιότητας Ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Στη βιβλιογραφία έρευνες συνδέουν την ΣΝ με την προαγωγή της ευεξίας, της ψυχικής ευεξίας και την αναβαθμισμένη νοσηλευτική φροντίδα (Alodhialah, 2025; Akanni et al., 2022). Συσχετίζοντας το εργασιακό άγχος με την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις δυο μεταβλητές ($r=-0.290$, $p=0.003$). Τα αυξημένα επίπεδα άγχους επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας των Akanni et al., (2022) όπου δεν υπήρχε σύνδεση του εργασιακού άγχους με την ψυχική ευεξία των νοσηλευτών. Σε άλλη έρευνα των Tori et al., (2025), η χαμηλή ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που δουλεύουν με ασθενείς με χρόνια νόσημα συνδέεται με επαγγελματική εξουθένωση, ψυχολογικό άγχος, σωματική κόπωση, κόπωση συμπόνιας και πόνο. Καταστάσεις στον εργασιακό χώρο του νοσοκομείου, που καθιστούν ευάλωτους στο στρες τους νοσηλευτές/τριες και δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα, οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση το προσωπικό (Szczygiel et al., 2018) και συμβάλλουν αρνητικά στη ποιότητα ζωής τους.

Συσχετίσεις ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά: Από την έρευνα προέκυψαν επίσης ενδιαφέροντα ευρήματα ως προς την επιρροή που ασκούν διάφορες δημογραφικές μεταβλητές, και το βαθμό που αυτές επιδρούν στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στη ποιότητα ζωής των νοσηλευτών για τη πληρέστερη ερμηνεία των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, καταγράφηκε μέτριας έντασης συσχέτιση του φύλου των νοσηλευτών με την ψυχολογική επιβάρυνση που δέχονται κατά την άσκηση των εργασιακών τους καθηκόντων και την αντίληψη της ποιότητας ζωής τους. Ως πιθανή αιτία αυτού του φαινομένου εντοπίστηκε ο διαφορετικός τρόπος που κάθε νοσηλευτής /τρια διαχειρίζεται το εργασιακό στρες που βιώνει και τις απαιτήσεις της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Επιπλέον, η έρευνα πιστοποίησε ότι η αντίληψη της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών επηρεάζεται και μάλιστα σημαντικά από τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους και συγκεκριμένα από την ηλικία και την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος στην υγεία τους. Ταυτόχρονα, καταγράφηκε μια ασθενής επίδραση της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας στη συναισθηματική νοημοσύνη των νοσηλευτών. Αντιθέτως, η επίδραση της

ηλικίας του νοσηλευτικού προσωπικού στη συναισθηματική νοημοσύνη και το νοσηλευτικό άγχος που αντιμετωπίζουν στην εργασία τους, καταγράφηκε μικρή και άνευ ουσιαστικής σημασίας, όπως επίσης και του φύλου στη συναισθηματική νοημοσύνη τους. Η έλλειψη σημαντικότητας της κατοχής θέσης ευθύνης από πλευράς νοσηλευτών, που καταγράφηκε στην έρευνα, δεν συσχετίστηκε με καμία εκ των τριών βασικών μεταβλητών της έρευνας με τη συγκεκριμένη παράμετρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης φαίνεται να επιβεβαιώνουν ότι η εργασία με ασθενείς με χρόνια νοσήματα αποτελεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό επαγγελματικό πλαίσιο, το οποίο επηρεάζει ουσιαστικά τη συναισθηματική λειτουργία, το επίπεδο του εργασιακού άγχους και τη ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Ταυτόχρονα, αναδεικνύεται η σημασία της συναισθηματικής νοημοσύνης ως παράγοντας ενίσχυσης της επαγγελματικής προσαρμογής και της ψυχικής ανθεκτικότητας των νοσηλευτών. Η παραπάνω διαπίστωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία για το σύγχρονο σύστημα υγείας, καθώς υπογραμμίζει την ανάγκη ανάπτυξης περισσότερο ανθρωποκεντρικών πολιτικών υποστήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού και ενίσχυσης των δεξιοτήτων συναισθηματικής διαχείρισης και ψυχολογικής ανθεκτικότητας μέσα στο απαιτητικό και συνάμα δύσκολο περιβάλλον εργασίας των δημόσιων νοσοκομείων. Στην παρούσα μελέτη, ο σύγχρονος νοσηλευτής παρουσιάζεται ως επαγγελματίας με υψηλό επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης, η οποία συνδέεται άμεσα με καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής, με πολυετή επαγγελματική εμπειρία, άρα και μακροχρόνια έκθεση στις εργασιακές συνθήκες του νοσοκομείου καθώς και ανώτατη εκπαίδευση.

Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συναισθηματική λειτουργία, το εργασιακό άγχος και την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, όχι μόνο για την προστασία της ευημερίας των επαγγελματιών υγείας, αλλά και για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας προς τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Ένα από τα σημαντικότερα συμπεράσματα της έρευνας αφορά τον καθοριστικό ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επαγγελματική προσαρμογή των νοσηλευτών. Η ανάλυση έδειξε ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σχετικά υψηλά επίπεδα συναισθηματικής επίγνωσης, κατανόησης και ρύθμισης συναισθημάτων. Το στοιχείο αυτό είναι σημαντικό καθώς συμβάλλει ουσιαστικά στη διαχείριση των απαιτήσεων της νοσηλευτικής πρακτικής. Η συναισθηματική νοημοσύνη, ως ικανότητα αναγνώρισης και κατανόησης των συναισθημάτων, αποδεδειγμένα συμβάλλει ουσιαστικά στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Οι νοσηλευτές με

ικανότητες αποτελεσματικής διαχείρισης των συναισθημάτων τους, μπορούν και αναπτύσσουν ουσιαστική επικοινωνία με τους ασθενείς, παρέχοντας έτσι πιο ανθρωποκεντρική και ουσιαστική ποιοτική φροντίδα. Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς, οδηγεί στην αποτελεσματική επικοινωνία μαζί τους, στην ενίσχυση της ψυχολογικής τους υποστήριξης καθώς και στην σωστή εφαρμογή της θεραπείας από τον ασθενή συμβάλλοντας στο θετικό, τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η ενίσχυση της συναισθηματικής νοημοσύνης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όχι αποκλειστικά ως ατομική δεξιότητα, αλλά και ως πεδίο οργανωτικής παρέμβασης και επαγγελματικής ενδυνάμωσης. Η δημιουργία ανάπτυξης και εφαρμογής εκπαιδευτικών προγραμμάτων που θα στοχεύουν στη βελτίωση δεξιοτήτων συναισθηματικής διαχείρισης, επικοινωνίας και ψυχικής ανθεκτικότητας κρίνεται επιβεβλημένη, καθώς αναμένεται να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της επαγγελματικής ευεξίας των νοσηλευτών αλλά και στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ένα ιδιαίτερης σημασίας γεγονός αποτελεί επίσης η διαπίστωση ότι το παρατεταμένο εργασιακό άγχος επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευτών και τη συνολική ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας. Το εργασιακό άγχος τείνει να περιορίσει τη δυνατότητα διατήρησης υψηλού επιπέδου επαγγελματικής λειτουργικότητας. Παρά ταύτα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι αρκετοί συμμετέχοντες διατηρούν ικανοποιητικό επίπεδο επαγγελματικής προσαρμογής και ψυχικής λειτουργικότητας. Αυτό πιθανότατα σχετίζεται με την ανάπτυξη μηχανισμών συναισθηματικής διαχείρισης και ψυχικής ανθεκτικότητας. Η συναισθηματική νοημοσύνη ενισχύει τη δυνατότητα προσαρμογής των νοσηλευτών στις αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας χρονίως πασχόντων ασθενών. Παράλληλα λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στις αρνητικές επιπτώσεις του εργασιακού άγχους. Συνεπώς, αναδεικνύεται η σημασία και η ανάγκη ανάπτυξης και εφαρμογής υποστηρικτικών πολιτικών από πλευρά ηγεσίας των δημοσίων δομών υγείας, με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού και την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

5.1.Προτάσεις Δημόσιας Υγείας

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τη «ραχοκοκαλιά» του συστήματος υγείας και την άμεση πρώτη επαφή του ασθενή μέσα στο νοσοκομείο. Επομένως, είναι σημαντική η στήριξη και ενδυνάμωση των νοσηλευτών μέσα από εξειδικευμένα και προσαρμοσμένα προγράμματα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους, και της βελτίωσης της ποιότητας

ζωής και καλλιέργεια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Μέσα στο χώρο εργασίας, στα νοσοκομεία, χρειάζεται να λειτουργήσουν προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης με εξειδικευμένο προσωπικό στην αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους, στην πρόωμη αναγνώριση συμπτωμάτων κατάθλιψης, συναισθηματικής κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης και πρόωμη παρέμβαση αποκατάστασης της ψυχικής υγείας. Εντοπισμός και αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων μέσα στο χώρο εργασίας. Η έγκαιρη ιχνηλάτηση των πηγών του νοσηλευτικού άγχους είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την επαγρύπνηση των προϊστάμενων αρχών, την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού μέσα από σεμινάρια, έντυπο και ηλεκτρονικό υλικό ενημέρωσης, συνεντεύξεις προσωπικού. Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού για την σπουδαιότητα της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ενσυναισθητικής προσέγγισης, επικοινωνίας με τους ασθενείς αλλά και τους συναδέλφους και τα αποκομίζοντα οφέλη. Πολιτικές προώθησης της υγείας στο χώρο της εργασίας. Προαγωγή της σωματικής, ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού μέσα από προγράμματα και δράσεις. Ενίσχυση της καθημερινής ποιότητας ζωής των νοσηλευτών με υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, αποφυγή καταχρήσεων, άσκηση, διαλογισμός.

Η ανάγκη ανάπτυξης υποστηρικτικών και ανθρωποκεντρικών πολιτικών στο πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων οργανισμών υγείας, με στόχο την προστασία της ψυχικής ευημερίας και της επαγγελματικής λειτουργικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού αναδεικνύεται μέσα από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι οργανισμοί υγείας που επενδύουν στην ψυχολογική ενδυνάμωση και στην υποστήριξη του προσωπικού τους εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και μειωμένη επαγγελματική εξουθένωση (Hashmi et al., 2024; Sakali & Timucin, 2023). Επιπλέον, η ενίσχυση της οργανωτικής υποστήριξης στο πλαίσιο των δημόσιων νοσοκομείων είναι αναγκαία. Ουσιαστικές θεσμικές παρεμβάσεις στους δημόσιους οργανισμούς υγείας όπως η στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων, η ορθολογικότερη κατανομή του φόρτου εργασίας και η ενίσχυση της διοικητικής υποστήριξης θα μπορούσαν να συμβάλουν ουσιαστικά στη μείωση της επαγγελματικής πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές. Οι οργανωτικές δυσλειτουργίες του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας συνδυαστικά με τις αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας των ασθενών με χρόνια νοσήματα, συνθέτουν ένα ιδιαίτερα επιβαρυντικό εργασιακό περιβάλλον. Ως εκ τούτου, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας αποτελεί σημαντική και

συνάμα απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση της επαγγελματικής ευημερίας και της αποτελεσματικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Παράλληλα θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προώθηση νέων, περισσότερο συνεργατικών και ανθρωποκεντρικών μοντέλων διοίκησης στους δημόσιους οργανισμούς υγείας. Η επαγγελματική ικανοποίηση και η ψυχική ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να διαφυλαχτεί και να θωρακιστεί. Σε αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσε να βοηθήσει η ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και η αναγνώριση της επαγγελματικής τους προσπάθειας από τους ιεραρχικά ανωτέρους τους.

5.2.Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται πληθώρα μελετών και δημοσιεύσεων σχετικά με την Συναισθηματική Νοημοσύνη, το Εργασιακό Άγχος και την Ποιότητα Ζωής των νοσηλευτών/τριων. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος των επιδράσεων της εργασίας στην συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολείται με ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε δημόσιο νοσοκομείο. Επιπλέον, διαφαίνεται η ανάγκη για περισσότερες μελέτες για τη διερεύνηση και εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόκληση του εργασιακού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό και τα αρνητικά αποτελέσματα που επιφέρει στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Θα ήταν σκόπιμο να γίνουν περισσότερες μελέτες που θα επικεντρωνούν στην κατηγορία των νοσηλευτών που δουλεύουν με ασθενείς με χρόνια νοσήματα εφόσον η συγκεκριμένη ομάδα παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στη συναισθηματική νοημοσύνης, το εργασιακό άγχος και την ποιότητα ζωής. Θα ήταν καλό να περιλαμβάνονται διάφοροι τύποι μελετών, όπως ποσοτικές, ποιοτικές, διαχρονικές, για να παρέχεται η δυνατότητα μιας σφαιρικής και ολοκληρωμένης προσέγγισης του θέματος μελέτης. Η φροντίδα χρονίως πασχόντων ασθενών αποτελεί μια δυναμική και συνεχώς μεταβαλλόμενη επαγγελματική εμπειρία. Ως εκ τούτου, καθίσταται σημαντική η μελέτη της μακροχρόνιας επίδρασης των εργασιακών απαιτήσεων στη ψυχική και επαγγελματική λειτουργικότητα των νοσηλευτών. Πραγματοποιώντας διαχρονικές, σχετικές μελέτες θα μπορούσαν σαφώς να διερευνηθούν πληρέστερα οι μηχανισμοί προσαρμογής, ψυχικής ανθεκτικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η πραγματοποίηση αντίστοιχων ερευνών, σε μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού από διαφορετικά νοσοκομεία και γεωγραφικές περιοχές, κρίνεται σημαντική, προκειμένου να διερευνηθεί αν προκύπτουν τα ίδια ή παρόμοια αποτελέσματα και να γίνουν οι απαραίτητες συσχετίσεις. Μια τέτοια προοπτική θα συνέβαλε στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και την επαγγελματική απόδοση και λειτουργικότητα των νοσηλευτών. Τέλος, χρειάζονται περισσότερες μελέτες για την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των ήδη υπάρχουσών στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους, την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και την προώθηση και υιοθέτηση της συναισθηματικής νοημοσύνης στο νοσηλευτικό προσωπικό.

5.3.Περιορισμοί έρευνας

Παρά τη σημαντική συμβολή αυτής της έρευνας στη διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με χρονίως πάσχοντες ασθενείς στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού κρίνεται απαραίτητο να επισημανθούν ορισμένοι περιορισμοί οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία και γενίκευση των αποτελεσμάτων. Αρχικά, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δημόσια νοσοκομεία της Αττικής, κάτι που προφανώς περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε άλλες δομές υγείας, σε διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας όπως τα αντίστοιχα για παράδειγμα του ιδιωτικού τομέα ή ακόμη και σε παρόμοιες δομές υγείας σε άλλες χώρες του εξωτερικού. Οι οργανωτικές συνθήκες και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά κάθε νοσοκομειακής μονάδας ενδέχεται να διαφοροποιούν σημαντικά τις εμπειρίες και τις επαγγελματικές συνθήκες των νοσηλευτών. Για αυτό το λόγο, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους σε διαφορετικά πλαίσια παροχής υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, η χρήση ανώνυμων δομημένων και αυτό-συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ενδέχεται να επηρεάζει την ακρίβεια ορισμένων απαντήσεων και τη συνολική αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ενδέχεται να επηρεάστηκαν από υποκειμενικούς παράγοντες ή από την επιθυμία συμπλήρωσης κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων. Παρότι τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούν διεθνώς αναγνωρισμένες και αξιόπιστες κλίμακες μέτρησης, η αυτό-αναφορική

φύση των δεδομένων ενδεχομένως να επηρεάζει σε κάποιο βαθμό την αντικειμενικότητα των αποτελεσμάτων. Ένας ακόμα περιορισμός αφορά το χρονικό χαρακτήρα της μελέτης. Η έρευνα κατέγραψε και αποτύπωσε τις απόψεις και τις εμπειρίες των 106 συμμετεχόντων σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, και συνεπώς δεν ήταν δυνατό να διερευνηθούν μεταβολές των μεταβλητών σε βάθος χρόνου ή να τεκμηριωθούν σχέσεις αιτιότητας μεταξύ των εξεταζόμενων παραγόντων διαχρονικά. Η συναισθηματική νοημοσύνη, το εργασιακό άγχος και η ποιότητα ζωής αποτελούν δυναμικές και πολύ- παραγοντικές έννοιες, οι οποίες οπωσδήποτε επηρεάζονται από μεταβαλλόμενες προσωπικές, επαγγελματικές και οργανωτικές- εργασιακές συνθήκες.

Παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, η παρούσα μελέτη παρέχει σημαντικά στοιχεία σχετικά με τις ψυχολογικές και επαγγελματικές επιδράσεις της φροντίδας ασθενών με χρόνια νοσήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων. Τα ερευνητικά ευρήματα συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης, εργασιακού άγχους και ποιότητα ζωής, ενώ παράλληλα αναδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική ευημερία και την επαγγελματική προσαρμογή των επαγγελματιών υγείας.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Aijaz, S., Rasool, G., Sulaiman Ahmed, A.H., Almisbah Ibnidris, H.O., Khyzer, E., A. Alanazi, N.S., Z. Alanazi, R.M., Alanazi, R.A., Alshammari, S.S., R Airuwaili, R.A., Almuhaysin, S.N., Airuwaili, N.L.G., Alhazmi, Z.A.H. (2025). Impact of Chronic Illness on Mental Health. *Pakistan Journal of Life and Social Sciences*.Sci,23(1):7608-7624, https://www.pjlss.edu.pk/pdf_files/2025_1/7608-7624.pdf
- Akanni, A. A., Adeniyi, A. F., & Omoaregba, J. O. (2022). Emotional intelligence, reliance and occupational stress among healthcare professionals. *International Journal of Healthcare Management*, 15(4), 356-364.
- Akanni, A. A., Obi, I.N., Oduaran, C. A.(2022). Occupational stress, emotional intelligence and psychological wellbeing of nurses in government-owned hospitals. *European Review of Applied Sociology*, 15(24).
- Alanzi, N.N., Alenazi, M.M., Alanzi, M.D., Alanezi, A.A.A., Anazi, G.F.H., Anazi, O.F.H., Alfarhan, B.F.A., Alanazi, A.B.M., Alshammri, F. T. A., Alenazi, A.M.S. (2024). The Impact of Nursing on improving the quality of life for patients with chronic diseases. *The Review of Diabetic Studies*, 20,(S6).
- Albani, E.N., Toska, A., Togas, C., Rigatos, S., Vus, V., Fradelos, E.C., Tzenalis, A., Saridi, M. (2024). Burden of Caregivers of Patients with Chronic Diseases in Primary Health Care: A Cross-Sectional Study in Greece. *Nursing Reports*,14,1633-1646, <https://doi.org/10.3390/nursrep14030122>
- Almeida-Meza, P., Ledden, S., Dempsey, B., Smith, A., Crook, B., Bhundia, R., Lamb, D., Malik, A., Raine, R., Redlich, C., Wessely, S., Stevelink, S., & Greenberg, N. (2025). Transforming mental health in Europe. Futureproofing the healthcare workforce in Europe: understanding and addressing psychological distress and occupational outcomes. *The Lancet Regional Health- Europe*,2025: 57: 101463.

- Alnjadat, R., Al-Rawashden, A. (2021). Confounding Factors Affecting Emotional Intelligence Amongst Jordanian Nursing Midwifery Undergraduate Students During the COVID-19 Pandemic's Outbreak: A Cross-Sectional Study Using USMEQ-i. *Frontiers in Psychology*, DOI:10.3359/fpsyg.2021.
- Alodhialah, A.M. (2025). The relationship between oncology nurses' emotional intelligence, burnout, and patient-centered communication: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 24:1 1 20, <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03780-9>
- Alodhialah, S. S. (2025). Emotional intelligence and burnout among nurses caring for chronically ill patients: The mediating role of communication quality and psychological wellbeing. *Nursing Open*, 12(1), e70015. <https://doi.org/10.1002/nop2.70015>
- Alrabie, G. M. H., Alrabie, S. M. H., Atwa, Z. A. Z. A. , Alotaibi, W. M., Alanazi, M. M. , Alanazi, S. A., Alyami, A. H. & Alshammari, N. K. (2024). The critical role of nurses in supporting chronic disease patient amid crises. *Journal of international crisis and risk communication research*, 7 (53).
- Alruwaili, M.J.J., Alwallah, S.A., ALRuwaili, F.S., Ali asmari, M., AIRowily, R.T.S., Alghamedi, F.H., Alenazi, E.M., Alanazi, A.D., Alshammari, W.F., Alghamedi, N.H.A. (2024). The Role of Nursing in Managing Chronic Illness: A Review of Patients' Outcomes and Quality of Life. *Journal of Ecohumanism* Vol.3,No:7, pp.2862-2869, DOI: <https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4681>
- Al-Suwait, F.R., Aldhafeeri, D.D., Al Shammari, H.A., Alanazi, A.S.A.R., Aldhafeeri, N.G., Alanazi, R.A.K. (2024). Nurse -Patient Relationship Dynamics: A Systematic Review of Factors Influencing Treatment Compliance and Health Outcomes in Chronic Disease Management. *Journal of international crisis and risk communication research*,7(S11), 871-882. DOI:10.63278/jicr.vi.550
- Anshasi, H.A., Fawaz, M., Alhalalmeh, S., Ahmad, W.Q., Tassi, A. (2020). Nurses' stressors and their quality of life: A study on nurses caring for older patients. *Nursing Open*: 7:1698-1706, DOI:10.1002/nop2.553
- Antoli-Jover, A., Alvarez-Serrano, M. A., Gazquez-Lopez, M., Martin – Salvador, A., Perez- Morente, M.A., Martinez-Garsia, E., Garcia-Garcia, I. (2024). Impact of Work-Life Balance on the Quality of Life of Spanish Nurses during the Sixth Wave of the COVID-19 Pandemic: A Cross – Sectional Study. *Healthcare* 2024, 12, 598. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050598>

- Arora, B. (2017). Importance of emotional intelligence in the workplace. *International Journal of Engineering and Applied Sciences*,4(4),11-13.
- Babapour, A., Gahassab-Mozaffari, N., Fathnezhad-Kazemi, A.(2022). Nurses' job stress impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 21:75, <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
- Bakas, T., McLennon, S.M., Carpenter, J.S., Buelow, J.M., Otte, J.L., Hanna, K.M., Ellett, M.L., Hadler, K.A., Weich, J.L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*,10:134, <https://www.hqlo.com/content/10/1/134>
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Prisothema*,18(supl.), 13-25. eiconsortium.org
- Bhatti, ZU, Salek, MS., Finlay, AY. (2011). Chronic diseases influence major life changing decisions: a new domain in quality-of-life research. *J R Soc Med*2011;104:241-250. DOI 10.1258/jrsm.2011.110010
- Bhavana, A. (2017). Importance Of Emotional Intelligence In The Workplace. *International Journal of Engineering and Applied Sciences*, vol.4, issue 4. www.ijeas.org
- Brajkovic, L., Korac D., Kopilas, V. (2025). Professional Quality of Life in Nursing: The Role of Psychological Resources-A Cross-Sectional Study. *Nursing Report*,15(434). <https://doi.org/10.3390/nursrep15120434>
- Busac, N. & Simunic, A. (2024).Emotional intelligence and professional adaptation among hospital nurses. *Nursing Open*,11(2),1-10.
- Busac, V. Simunic, N. (2024). Emotional intelligence in nursing. *Health Bulletin*, 10(2),153-162.
- Carr, A. J., Gibson, B. & Robinson, P. G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ* 322(7296),1240-1243. doi:10.1136/bmj.322.7296.1240
- CDC. (2024). About Chronic Diseases. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>
- CDC. (2025). Chronic Disease Fast Facts: Health and Economic Costs of Chronic Conditions.<https://www.cdc.gov/chronic-disease/data-research/facts-stats/intex.html#:~:text=Chronic>
- Celik G.O. (2017). The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics. *Patient Preference and Adherence*

- Chatzidimitriou, S., Triantari, S., Zervas, I. (2025) Emotional Intelligence in the Professional Development of Nurses: From Training to the Improvement of Healthcare Quality. *Nursing Reports*,15,275 <https://doi.org/10.3390/nursrep15080275>
- Chatzigianni D., Tsounis A., Markopoulos N., Sarafis P.(2018). Occupational Stress Experienced by Nurses Working in a Greek Regional Hospital: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, vol.23, issue 6. DOI: 10.4103/ijmr.IJNMR_120_17
- Cillufo S., Lyons K.S., Bassola B., Vellone E., Pucciarelli G., Clari M., Dimonte V., Lusignani M. (2024). The association between mutuality and quality of life in adults with chronic illnesses and their nurses: Actor-partner model analysis. *Journal of ClinicalNursing*:0:1-9 <https://doi.org/10.1111/jocn.17510>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Dadheech, S., Makasare, N.P., Vyas, D.H., Khan, F., Singh, A.M., Bajwa, T.S. (2025). Nursing management of patients with chronic illness: A review of best practices in medical-surgical units. *International Journal of Environmental Sciences*. ISSN :2229-7359, Vol.11 No23s,2025. <https://theaspd.com/index.php>
- Demerouti, E. & Bakker, A.B.(2011). The Job Demands- Resources model: challenges for future research. *Journal of Industrial Psychology*, 37(2),1-9. <https://doi.org/10.4102/sajip.v37i2.974>
- Department of Medical Sociology. (2008). Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. Duesseldorf University, Duesseldorf.
- Desmedt, M., Vertriest, S., Hellings, J., Bergs, J., Dessers, E., Vankrunkelsven, P., Vrijhoef, H., Annemans, L., Verhaeghe, N., Petrovic, M., Vandijck, D. (2016). Economic Impact of Integrated Care Model for Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review.www.elsevier.com/locate/jval, <https://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2016.05.001>
- Dima E. (2025). The Impact of burnout in healthcare professionals on patient care quality: A review. *World Journal of Research and Reviews*, 25(02), 2706-2710. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.25.2.0633>
- Duesseldorf University, Department of Medical Sociology. (2008). Effort- reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. Author.

- Ebech, R. & Ezirim, N.U. (2025). A Critical Review of Workplace Stress: Causes, Theoretical Models and Strategic Management Approaches. *Caritas Journal of Psychology and Behavioral Sciences, CJPBS, Volume 3, Issue 1*. <https://caritasuniversityjournals.org/cjpbs>
- European Patient's Academy on Therapeutic Innovation. (2026). Μέτρηση ποιότητας ζωής σε σχέση με τη υγεία (HRQoL). *Eupati toolbox*. <https://toolbox.eupati.eu/>
- Faraj, S.H., Noorani, Z.B.A., Alhasan, M., Al Tameen, A.E., Makahla, F.I., Prasad, D.R.P., Alma, A. (2025). Work-Stress Related Factors & Intention to Leave among Oncology Nurses in Bahrain. *International Journal of Nursing Care* /vol.13 No. 2.
- Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E., Larson, J.L. (2004). Conceptual Model of Health – Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37:4, 336-342. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/192759#:~:text=To revise the Wilson and Cleary model.of HRQoL in nursing and health care>.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage Publications.
- Filej, B., Zvanut, B., Kaucic, B.M. (2018). The connection between chronic diseases and self-image and self-esteem. *Journal of Health Sciences*, 8(1)54-61, DOI: <https://doi.org/10.17532/jhsci.2018.483>
- Fitness, J. & Curtis, M. (2005). Emotional intelligence and the trait meta-mood scale: Relationships with empathy, attributional complexity, self-control, and responses to interpersonal conflict. *E-Journal of Applied Psychology: Social section*. 1(1): 50-62(2005).
- French, S. E., Lenton, R., Walters, V., & Eyles, J. (2000). An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 161–178.
- Freudenthaler, H. H., & Neubauer, A.C. (2006). Measuring emotional management abilities: Further evidence of the importance to distinguish between typical and maximum performance. *Personality and individual differences* 42(2007) 1561-1572. Doi: 10.1016/j.paid.2006.10.031
- Galanis, P., Katsiroumpa, A., Moisoglou, I., Derizioti, K., Gallos, P., Kalogeropoulou, M., Papanikolaou, V. (2024). Emotional Intelligence as Critical Competence in Nurses' Work Performance: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 12, 1936. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191936>, <https://www.mdpi.com/journal/healthcare>

- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Gallos, P., Kalogeropoulou, M., Meimeti, E., Vraika, I. (2024). Workload increases nurses' quiet quitting, turnover intention, and job burnout: evidence from Greece. *AIMS Public Health*, 12(1):44-55. DOI:10.3934/publichealth.2025004
- Galoustian, G. (2025). Nursing 2025: No relief as burnout, stress and staffing woes persist.<https://www.fau.edu/newsdesk/articles/beyond-the-bedside-nursing-survey.php#:~:text=Key findings from the 2025, leadership support and patient.>
- Geher, G., Warner, R.M., Brown, A. (2001). Predictive validity of the emotional accuracy research scale. *Intelligence*, 29(5), 373-388.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160289600000453>
- Golics, C.J., Khurshid, M., Basra, A., Salek, M.S., Finlay, A.Y. (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine* 2013;6 787-798.
- Gorter, RC, Albrecht G., Hoogstraten I., Eijkman MAJ. (1998). Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*: 106:999-1005, ISSN 0909-8836
- Government of Canada. (2024). Chronic Disease Factors. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/chronic-disease-risk-factors.html>
- Guo, J. (2025). Nurses' Chronic Disease Management Competencies And Patient Adherence To Long-Term Treatment Plans. *Health, Medicine and Therapeutics*. ISSN:3079-5087, <https://doi.org/10.63313/hmt.9008>
- Hacker, K. (2024). The burden of chronic disease. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8(1), 1-8. doi.org
- Hashimi, S., Tahir, O., Nasir, Z., Hasnain, H., Riaz, R.S.U., Khan, H.M.A., Ramza, R., Alghzawl, H.M., Mukherjee, J., Palav, A. (2024). Impact of Emotional Intelligence on Professional Performance and Stress Resilience Among Healthcare Practitioners. *Cureus* 16(11): e74113. DOI 10.7759/cureus.74113
- Hashmi, M., Khan, M., & Iqbal, S. (2024). Emotional intelligence as a protective factor against occupational stress and burnout among nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 32(2), 145–154.
- Hayes, A. F. (2022). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis (3rd ed.). Guilford Press.

- Huang, H., Liu, L., Yang, S., Cui, X., Zhang, J., Wu, H. (2019). Effects of job conditions, occupational stress, and chronic fatigue among Chinese nurses: a cross-sectional H
- Iheduru, K. (2024). Nursing Interventions in Chronic Disease Management: Strategies for Improved Patient Outcomes. *Advanced Practice in Nursing*, volume 09:03.
- Jennings, B.M. (2008). Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>
- Jordan, P. J., Ashkanasy, N. M., Hartel, C. E. J. & Hooper, G. S. (2002). Workshop emotional intelligence scale development and relationship to team process effectiveness and goal focus. *Human Resource Management Review*, 12, 195-214.
- Jung, G., Oh, J. (2023). Factors Affecting Health – Related Quality of Life among Healthcare Workers during COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Medicina*, 59, 38. <https://doi.org/10.3390/medicina59010038>
- Karanikola, M.N.K., Zartaloudi, A. (2022). Depressive symptoms and professional satisfaction in Greek nursing personnel in the realm of European financial crisis. *Applied Nursing Research*, Volume 67, 151486. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151486>
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol.3, No. 4, 322-355
- Kargeti, H. (2021). The Role of Emotional Intelligence in Building Effective Workplace: A Quantitative Study. *Journal of Cardiovascular Disease Research*, vol.12, issue 04. Doi:10.48047/jcdr.2021.12.04.347
- Karimi, M., Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016 Jul;34(7):645-9. Doi: 10.1007/s40273-016-0389-9, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892973>
- Khademi, E., Abdi, M., Saeidi, M., Piri, S., Mohammadian, R. (2021). Emotional Intelligence and Quality of Nursing Care: A Need for Continuous Professional Development. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, vol.26, issue 4. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_266_19
- Khani, M., Ahmadi, F., Rasekhi, A., Mohammadpour, Y. (2025). Comparison of Stress, Anxiety, and Depression Levels in Nurses in Specialized and General Ward. *Iranian*

Journal of Nursing and Midwifery Research:vol.30:issue1.
DOI:10.4103/ijnmr_304_23

- Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Premusz, V., Olah, A. (2021). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*,9:1564-1574, wileyonlinelibrary.com/journal/nop2 DOI:10.1002/nop2.936
- Kim, Y., Yu, M. (2025). Hospital Nurses' Professional Quality of Life Model: A Cross-Sectional Study Based on the Expanded Job Demands-Resources Model. *Wiley Journal of Nursing Management*. Vol.2025, Article ID 7500360,13 pages. <https://doi.org/10.1155/jonm/7500360>
- Konstantinou, M.S., Efstathiou, A., Charalambous, G., Kaitelidou, D., Jelastopulu, E. (2017). Emotional Intelligence and its Impact on the Emotional Factors among Nurses. *Journal of Education, Society and Behavioral Science*, 23(3):1-13,2017: Article no. JESBS.37818
- Kristensen, T., Hannevz, H., Hogh, A., Borg, V.. (2005). The Copenhagen Psychological Questionnaire- a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ health*, vol.31, no. 6.
- Latsou, D., Bolosi, F.M., Androutsou, L., Geitona, M. (2022). Professional Quality of Life and Occupational Stress Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic in Greece. *Health Services Insights*, vol.15:1-9. DOI:10.1177/11786329221096042
- Lee, H.F., Hung, H.M., Wang, H.L. (2024). Related Factors of Health-Related Quality of Life in Female Nurses with In- Training Program. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 32(1),24-29. DOI:10.5152/FNJJN.2024.23182
- Likert, R. (1932). A technique for measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 5-55.
- Lin, C. (2025). Discuss the impact of general practice nursing on the lives of patients with chronic diseases. *Journal of Clinical Technology and Theory*, vol.2, EWA Publishing. DOI:10.54254/3049-5458/2025.20749
- Liu, H., Boyatzis, E. (2021). Focusing on Resilience and Renewal From Stress: The Role of Emotional and Social Intelligence Competencies. *Frontiers in Psychology*, vol.12, article 685829.
- Marôco, J. (2021). Análise estatística com o SPSS Statistics (8th ed.). ReportNumber.

- Martinez-Pons, M. (2000). Emotional intelligence as a self-regulatory process: A social cognitive view. *Imagination ,Cognition and personality*, 19 (4),.
- Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Fradelos, E.C., Papathanasiou, I., Paralikas, T., Prasini, I., Rekleiti, M., Katsapi, A., Chatzi, M., Galanis, G. (2025). Association between nursing work environment, burnout, and turnover intention: A cross-sectional study in Greece. *AIMS Public Health*, 12(4): 1069-1083.
<https://www.aimpress.com/journal/aimpress>
- Msaouel, P., Apostolopoulos, P., Syrmos, N., Kappos, T., Tasoucis, A., Tripodaki, E., Kagiampaki, E., Lekkas, I., Siegrist, J. (2012). The effort-Reward Imbalance Questionnaire in Greek: Translation, Validation and Psychological Properties in Health Professionals. *Journal of Occupational Health*, Download: <https://academic.oup.com/joh/>, article /54/2/119/7270389 on 1/02/2026
- Musonda, A., Shumba, O., Tailoka, F. P. (2019). Validation of the Schutte self report emotional intelligence scale in a Zambian context. *European Journal of Psycology and Educational Research*,2 (2), 31-41.<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>
- Nettleton, S. (1995). Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας.
- Neurolaunch. (2025). How Many People Die from Stress. The Silent Killer's Global Impact. <https://neurolaunch.com/how-many-people--die-from-stress/>
- Ojelabi, A.O., Graham, Y., Houghton, C., Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*. DOI:10.1186/s12955-017-0818-2
- Oztimurlenk, S. (2020). Demographic factors affecting emotional intelligence levels: A study on human resources managers in Turkey. *Journal of Global Business and Technology*,16 (1).
- Pakpahan, Y.M.U., Komariah, M., Agustina, H.R. (2026). A Systematic Review of Stress-Related Work and Missed Nursing Care Among Clinical Nurses. *Healthcare*,14,304.
<https://doi.org/10.3390/healthcare14030304>
- Polanco, B., Ona, A., Gemperli, A., Barzallo, D.P. (2025). Excess healthcare utilization and costs linked to chronic conditions: a comparative study of nine European countries. *European Journal of Public Health*, Vol.35,No 2,216-227.
<https://doi.org/10.1093/eurpubckaf012>

- Polanco, B., Ona, A., Sabariego, C., Barzallo, D.P., (2024). Chronic health conditions and their impact on the labor market. A cross-country comparison in Europe. *Population Health* 26(2024)101666. www.elsevier.com/locate/ssmph
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Public Health Agency of Canada (2024). Chronic disease risk factors. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-disease-risk-factors.html>
- Roberts, R., Grubb, P. (2014). The Consequences of Nursing Stress and Need for Integrated Solutions. *Rehabil Nurs.* ;39(2):62-69, doi:10.1002/mj.97.
- Rohaizad, N. A. A. B., Ali, S. N. B. M., Halim, M. R. T. B. A., Majid, M. B. A., Kamaruddin, S. H. B., Mauzud, S. M. B., Nawi, R. B. M. & Ismail, R. *International Journal of Advanced and Applied Sciences*, 11 (2), 25-34. <https://science-gate.com/IJAAS.html>
- Ruiz-Fernandez, M.D., Perez-Garsia, E., Ortega-Galan, A.M. (2020). Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,17,1253; doi:10.3390/ijerph17041253
- Sakalli, D., Timucin, A. (2023). Factors Associated with the Emotional Intelligence Levels of Nurses Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, DOI:10.5152/FNJJN.2023.22273
- Sakketou, A., Galanakis, M., Varvogli, L., Chrousos, G., Dalrviri, C. (2014). Validation of the Greek Version of the “Job Stress Measure”. *Scientific Research Psychology*,5, 1527-1535. <https://www.scrp.org/journal/psych>
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., Niakas, D., Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses ‘caring behaviors and their health-related quality of life. *BMC Nursing*, 15:56, DOI:10.1186/s12912-016-0178-y
- Saunders, M., Lewis, P. and Thornhill, A. (2009). Research Methods for Business Students. London: FT Prentice Hall. Schein, Edgar H. 2010. Organizational culture and leadership. 2nd ed., New Jersey: John Wiley & Sons.
- Sekaran, U. and Bougie, R.(2016). Research methods for business: A skill building approach. John Wiley & Sons.

- Shahimi, M., Telaku, N., Sopjani, I., Kamberi, M., Fetahu, D., Murtezaj, D. (2023). Emotional intelligence as a protective factor against mental health problems of health workers. <https://doi.org/10.18332/popmed/176215>
- Sikaras, C., Pachi, A., Alikanioti, S., Ilias, I., Sideri, E.P., Tselepis, A., Panagiotou, A. (2025). Occupational Burnout and Insomnia in Relation to Psychological Resilience Among Greek Nurses in the Post-Pandemic Era. *Behavioral Sciences*, 15, 126. <https://doi.org/10.3390/bs15020126>
- Singh, A., Prabhakar, R., Kiran, J.S. (2022). Emotional Intelligence: A Literature Review of Its Concept, Models, and Measures. *Journal of Positive School Psychology*, Vol. 6, No. 10, 2254-2275, <https://journalppw.com>
- Sohail, M., Rehman, C.A. (2015). Stress and Health at the Workplace- A Review of the Literature. *Journal of Business Studies Quarterly*, Vol.6, No.3
- Soriano-Vazquez, I., Castro, M.C., Morales-Garcia, W. C. (2023). Emotional intelligence as a predictor of job satisfaction: the mediating role of conflict management in nurses. *Frontiers in Public Health*. DOI 10.3389/fpubh.2023.1249020
- Sosnowski, R., Kulpa, M., Zietalewicz, U., Wolski, J.K., Nowakowski, R., Bakuta, R., Dernkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European Journal of Urology*, doi:10.5173/cej.2017.923
- Sukmawati, S. (2024). Nursing Care for Chronic Disease. *Advances in Healthcare Research*, 2(1).23-35 <https://advancesinresearch.id/index.php/AHR>
- Supramanian, K., Shahrudin, R., Sekar, M. (2021). Emotional Intelligence Using Ability Model in Context of Nursing and its Impact on End-Stage Renal Disease Patients: A Narrative Review. *International Journal of Current Research and Review*, DOI: <https://dx.doi.org/10.31782/IJCRR.2021.131609>
- Szczygiel, D., Bazińska, R., Kadzikowska-Wrzosek, R., & Retowski, S. (2018). The work-related rumination, emotional labor, and emotional intelligence in relation to work stress among nurses. *Frontiers in Psychology*, 9, 1028. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01028>
- Szczygiel, D., Mikolajczak, M. (2018). Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative Emotions on Job Burnout in Nursing. *Frontiers in Psychology*, vol.9, Article 2649, doi: 10.3389/fpsyg.2018.02649
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). Using multivariate statistics (7th ed.). Pearson.

- Topi, M., Tsioufi, P., Fradelos, E.C., Malli, F., Koukia, E., Mangoulia P. (2025). The Impact of Compassion Fatigue on the Psychological Well-Being of Nurses Caring for Patients with Dementia: A Cross-Sectional Post-COVID-19 Data Analysis. *Healthcare*,2026,14,224 <https://doi.org/10.3390/healthcare14020224>
- Tountas, Y., Demakakos, TH., Yfantopoulos, Y., Aga, J., Houliara, L., Pavi, E. (2003). The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003,1:61 <https://www.hqlo.com/content/1/1/61>
- Truninger, M., Fernandez-i-Marin, X., Batista-Foguet, J., Boyatzis, R.E., Serriavos, R. (2018). The Power of EI Competencies Over Intelligence and individual Performance: A Task-Dependent Model. *Frontiers of Psychology*,9(1532) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01532>
- Tsegaw, S., Getachew, Y., Tegege, B. (2022). Determinants of Work-Related Stress Among Nurses Working in Private and Public Hospitals in Dessie City, 2021: Comparative Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management*2022;15, 1823-1835
- United Nations (2025). Europe's health system under strain as doctors and nurses face mental health crisis. <https://news.org/en/story/2025/10/1166071>
- 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.
- Wazqar, D.Y. (2018). Oncology nurse's perceptions of work stress and its sources in a university-teaching hospital: A qualitative study. WILEY Nursing Open. [wileyonlinelibrary.com/journal/nop2](https://onlinelibrary.wiley.com/journal/nop2). DOI:10.1002/NOP2.192
- White, D.E., Grason, S. (2019). The Importance of Emotional Intelligence in Nursing Care. *Journal of Comprehensive Nursing Research and Care* 2019,4: 152 <https://doi.org/10.33790/jcnrc1100152>
- WHO. (2012). WHOQOL: Measuring Quality of Life. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- WHO. (2025). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/details/noncommunicable-diseases>
- WHO. (2025). Over a billion people living with mental health conditions-services require urgent scale-up. <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>

- Wong, C., Law, K. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly* 13,243-274
- Yen, L., McRee, I., Jeon, Y., Essue, B., Herath, P. (2011). The impact of chronic illness on workforce participation and the need for assistance with household tasks and personal care by older Australians. *Health and Social Care in the Community*, 19(5), 485-494 doi:10.1111/j.1365-2524.2011. 00994.x
- Zhang, Y., Fu, Y., Zheng, X., Shi, X., Liu, J., Chen, C. (2025). The impact of nursing work environment, emotional intelligence, and empathy fatigue on nurses' presenteeism: a structural equation model. *BMC Nursing*,24:-291 <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02905-4>
- Zhong, Z., Zeng, Y., Peng, L., Li, X., Jia, Y., Pan, C., Wang, B. (2025). Levels and related factors of occupational stress among nurses: hospital-based evidence from China,2023. *Frontiers in Psychology*,15:1471640 doi:10.3389/fpsyg.2024.1471640

Ελληνόγλωσση

- Αντωνάκη, Ε., Ξυδάκης, Δ., Καλογεροπούλου, Μ., Λιναρδάκης, Μ., (2018). Η επιβάρυνση και η ποιότητα ζωής των φροντιστών χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο νομό Ηρακλείου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(3): 33-47
- Βαλαμουτοπούλου, Χ. & Βαλαμουτοπούλου, Μ. (2014). Η Κρίση στη Χρόνια Σωματική Ασθένεια του παιδιού και οι δυσκολίες προσαρμογής της οικογένειάς του. *Το Βήμα του Ασκληπιού* , 13 (1)
- Γιαβασόπουλος, Ε.Κ & Γουρνή, Π.Γ. (2008). Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7, (1)
- Γουργουλιάνη, Σ. (2017). Τα ανθρώπινα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων ασθενών και η πρακτική εφαρμογή του νόμου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 34(4):553-558
- Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., Αλεξιάς, Γ.(2021). Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη. *Επιθεώρηση Αναπνευστικής Φυσιολογίας& Παθολογίας*,49, 5. Ανακτήθηκε από Iatrikionline.
- Διαμαντοπούλου, Ε. & Λαβδανίτη, Μ., (2010). Η Διερεύνηση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης στη Νοσηλευτική Πρακτική των Ελλήνων Νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 49(1): 62-72

- Δρένος, Δ.(2018). Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο Χώρο της Εργασίας Μια Κριτική Προσέγγιση. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
- DiMatteo, M.R. & Martin, L.R. (2011). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Εκδόσεις Πεδίο.
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.(2024). Τι κάνει η Ευρώπη για μένα. Άτυποι φροντιστές. Υπηρεσία έρευνας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου(EPRS)
- Ζωγάκη, Θ., Κωνσταντινίδης, Θ., Αδαμακίδου, Θ., Γκοβίνα, Ο. (2023). Διερεύνηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει ασθενείς με καρκίνο, *Perioperative Nursing* 12 (2).
- Θεοφίλου, Π. (2010). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας :Έννοια και αξιολόγηση, e- *Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, <http://e-jst.teiath.gr>
- Καραδήμας, Θ. και Καραδήμα, Π. (2014). *Η συναισθηματική νοημοσύνη ως αυθύπαρκτη έννοια για τον άνθρωπο και τις επιχειρήσεις*, e- *Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας* (5),9.
- Καραθάνου, Φ. & Σκλάβου, Κ. (2022). Σύγκριση ποιότητας ζωής τυπικών και άτυπων φροντιστών ασθενών με Alzheimer. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(2) ,51-59. <https://doi.org/10.24283/hjns.202225>
- Καρρά, Α. & Σαρίδη, Μ. (2015). Εργασιακό στρες, *Quality in Health care services*. <https://www.qualityinhealth.gr/arhtra/katigories-arthrwn/item/124-ergasiako-stres-afroditi-karra-maria-saridi.html>
- Καφέτσιος, Κ. & Πετράτου, Α. (2005). Ικανότητες συναισθηματικής νοημοσύνης, κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής. *Ελευθέρινα Επιστημονική Επετηρίδα του τμήματος Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*.
- Κοϊνης, Α. & Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*,(13) 4.
- Κονιδάρη, Η. (2010). Ο Ηγετικός ρόλος των Νοσηλευτών στη Φροντίδα των Χρόνιων Νοσημάτων. Νέα-Εξελίξεις-Προοπτικές, Διμηνιαία εφημερίδα του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας, Τεύχος 47/Ιούλιος-Αύγουστος 2010
- Κουράκος, Μ., Πουλημενάκου, Γ., Μήτση, Α. (2018). Συναισθηματική νοημοσύνη και ηγεσία στη νοσηλευτική πράξη. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής επιστήμης 11(1): 23-30.

- Κουρκούνη, Β., Γαλάνης, Π., Χαραλάμπους, Γ. (2020). Προσδιοριστές της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σε δημόσιο νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(1), 74-83
- Μαρνέρας, Χ., Θεοδορακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε. Γκούβα., Μ. Δημοπούλου., Ε. Κοτρώτσου, Ε. (2010). Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα. *Νοσηλευτική*, 49(1), 83-90
- Μηναδάκη, Ε., Παπαδάκη, Μ., & Ανδρουλάκη, Ζ. (2019). Ποιότητα ζωής και επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίων νοσοκομείων. *Νοσηλευτική*, 58(2), 145-154.
- Μουστάκα, Ε., Κούτης, Χ., Μπαμπάτσικου, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Κωνσταντινίδης, Θ. (2012). Ψυχική ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4 (4).
- Μουστάκα, Ε., Ζάντζος Ι. & Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2010). Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην Ψυχική και τη Σωματική Υγεία (Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό). Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Τμήμα Ιατρικής.
- Μπακή, Μ., Γκοβίνα, Ο., Κελέση, Μ., Βεϊνή, Φ., Μπούτση, Α., Δούσης, Ε. (2022). *Perioperative Nursing* , 11 (1).
- Παπαγεωργίου, Δ., Μπολιουδάκη, Ε., Παπαλά., Ε., Σταματάκη, Π., Καγιαλάρη, Μ., Σταθόπουλος, Θ. (2010). Νοσηλευτές και Συναισθηματική Νοημοσύνη: Περιγραφική Μελέτη. 2(3), 69-71.
- Πετρέλης, Μ. (2019). Η χρόνια ασθένεια και η βιοψυχοκοινωνικές της διαστάσεις. Το παράδειγμα της πολλαπλής σκλήρυνσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 18 (3).
- Πλατσίδου, Μ. (2004). Συναισθηματική νοημοσύνη: Σύγχρονες προσεγγίσεις μιας παλιάς ένιας. *Επιστήμες Αγωγής*.
- Ρίζος, Α., Παπαθανασίου, Ι.Β. (2020). Απώλειες και Προσαρμογή στη Χρόνια Ασθένεια: Η Συμβολή των Επαγγελματιών Υγείας. *Νοσηλευτική*, 59(2), 121-130.
- Σαράφης, Π. & Μπαμίδης, Π. (2020). Υπηρεσίες Υγείας: συστήματα & πολιτικές. Εκδόσεις, Broken Hill,
- Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Πιερράκος, Γ., Γούλα, Α., Πετράκος, Α., Γκίοκα, Β., Νικολαδός, Ι., Σπέης, Κ., Λατσού, Δ. (2018). Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα

- ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5):472-480
- Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης(2022). Νομοθετικές και άλλες πράξεις, σύσταση συμβουλίου σχετικά με την πρόσβαση σε οικονομικά προσιτής και υψηλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα. Βρυξέλλες.
- Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.(2022). Σύσταση του συμβουλίου σχετικά με την πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή και υψηλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα. 2022/0264 (NLE).
- Τούκας, Δ. & Τούκα, Α. (2011). Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον: Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1), 20-26.
- Τριλίβα, Σ. & Πούλου, Μ. (2004). Συναισθηματική Νοημοσύνη :Ορισμοί εννοιολογικά μοντέλα και προβληματισμοί. Ελευθέρινα, Επιστημονική επετηρίδα του τμήματος Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών.
- Τσομάκου, Α., Θεοδώρου, Π., Καραγιάννη, Ρ., Γαλάνης, Π.(2022). Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού τριτοβάθμιο δημόσιο νοσοκομείου. *Αρχεία ελληνικής Ιατρικής*, 39(2), 236-244.
- Υπηρεσία Έρευνας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου(EPRS) /Υπηρεσία Έρευνας για τους Βουλευτές.(2024). Τι κάνει η Ευρώπη για μένα. Άτυποι φροντιστές.
- Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.
- Φουντουλάκης, Κ.Ν. (2019). Επαγγελματική Εξουθένωση. Psychiatry Online. <https://psychiatry.gr/ekpaideutiko-uliko/19-joomla/95-2019-12-30-12-15-59>
- Φράγκου, Δ., Καπάκη, Β., Πλιάτσικας, Ι., Γαλάνης, Π.(2021). Προσδιοριστές του εργασιακού stress στο νοσηλευτικό προσωπικό ενός γενικού νοσοκομείου της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(3), 385-393.

Παράρτημα Α: «Ερωτηματολόγιο»

Ερωτηματολόγιο για την διεξαγωγή ερευνητικής εργασίας (ΕΑΠ Κ. Μπαλογιάννη)

Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου

* Απαιτείται

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Καλείστε να συμμετάσχετε σε επιστημονική έρευνα με τίτλο "Διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου" στο πλαίσιο απόκτησης Διπλωματικής Εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διόησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Σκοπός της παρούσας επιστημονικής έρευνας είναι η διερεύνηση των επιδράσεων της εργασίας με ασθενείς με χρόνια νοσήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη, στο εργασιακό άγχος και στην ποιότητα ζωής νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου.

Η έρευνα απευθύνεται σε νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων.

Προσκαλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα αυτή γιατί εργάζεστε ως νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων. Συμμετέχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα και μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο ιδιαίτερο κίνδυνο ή οικονομική επιβάρυνση για εσάς. Όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν για στατιστική επεξεργασία μαζί με τα αποτελέσματα των άλλων συμμετεχόντων στη μελέτη, χωρίς να φαίνονται τα προσωπικά σας στοιχεία. Η ανωνυμία σας διασφαλίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, καθώς και κατά τη δημοσίευσή των αποτελεσμάτων σε συνέδρια, επιστημονικά περιοδικά κλπ. Επισημαίνεται ότι οι συμμετέχοντες δεν δύνανται να ταυτοποιηθούν, ούτε μέσω των απαντήσεών τους ούτε με οποιοδήποτε άλλο τρόπο, καθώς δεν ζητούνται προσωπικά στοιχεία ταυτοποίησης και δεν συλλέγονται διευκύνσεις IP. Η βάση δεδομένων με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα θα φυλάσσεται σε ασφαλές μέρος με πρόσβαση σε αυτή μόνο από την ερευνητική ομάδα.

Για περαιτέρω πληροφορίες, διευκρινήσεις ή παράπονα σχετικά με την έρευνα, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας στην ηλεκτρονική διεύθυνση st1154181@ac.aop.gr

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής (complaints@dpdp.gr).

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Θεόδωρος Φούσας & Κύρια ερευνήτρια: Κυριακή Μπαλογιάννη

Συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα μελέτη. *

Επιλέξτε 2 επιλογές:

☐ Αποδέχομαι τη συμμετοχή

☐ Αποδέχομαι την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων

Διπλωματική Εργασία

Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης

Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης των Wong & Law (Wong & Law Emotional Intelligence Scale-WEIS, 2002) (Fetters, K. & Zampetakis, L. A. (2008). Emotional Intelligence and job satisfaction: Testing the mediatory role of positive and negative affect at work. *Personality and individual differences*, 44(3), 712-722.
SEA – Self emotion appraisal CAE- Other emotion appraisal UOE- Use of emotion ROE- Regulation of emotion

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί περιλαμβάνει ένα σύνολο από προτάσεις που σας δίνουν την ευκαιρία να περιγράψετε τον εαυτό σας. Σημεία από εσάς να διαθέσετε προσεκτικά την κάθε πρόταση και στη συνέχεια να δηλώσετε με ένα 'x' στο δεξιό μέρος του πίνακα το κατά πόσο **συνφωνείτε** με κάθε πρόταση.

	1=Διαφωνώ απόλυτα	2	3	4	5	6	7=Συμφωνώ απόλυτα
1 SEA Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω (έχω μια καλή εικόνη) το γιατί αισθάνομαι τα συναισθήματα που νοιώθω (έτσι όπως αισθάνομαι).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 CAE Πάντα μπορώ να καταλάβω πώς αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση την συμπεριφορά τους.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 UOE Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 ROE Μπορώ με την λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να απομακρύνω τις δυσκολίες.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 SEA Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 CAE Είναι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 UOE Πάντα 'λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άτομο και ικανό άτομο.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 ROE Είναι απόλυτα ικανός να ελέγξει τα συναισθήματά μου.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 SEA Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 CAE Είναι ευαίσθητος στα συναισθήματα και την συμπεριφορά κατανόηση των άλλων ανθρώπων.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 UOE Είναι άτομο με ισχυρά κίνητρα.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 ROE Όταν θυμάμαι πάντα μπορώ να τακτοποιώ γρήγορα.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 SEA Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 CAE Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 UOE Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 ROE Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Διευρυμένη Κλίμακα Νοσηλευτικού Άγχους (Expanded Nursing Stress Scale - ENSS)

French, S. E., Lenton, R., Walters, V. & Eyles, J. (2000). An Empirical Evaluation of an Expanded Nursing Stress Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 3(2), 161-176. Μουσκάλα Ε., Ζαρούσι Ι., Constantinoide T. *Aspects of occupational stress in mental and physical health [Research in Nursing Staff] Publications of Democritus University of Thrace, Medical School, Alexandroupolis, 2010 [in Greek] from <http://nursing.duth.gr/~sociostat/crdio/MouskalaEN.pdf>*

Ακολουθεί υπάρχει μια λίστα καταστάσεων οι οποίες συνιστούν τοπικά σθένον εργασιακό χώρο. Μπορείτε να δηλώσετε πόσο σθένον έχετε για εκάστη από τις παρακάτω καταστάσεις που έχετε αντιμετωπίσει στην ΤΟΡΙΝΗ ΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑ (Γράψτε τον αριθμό που ταιριάζει καλύτερα σε εκάστη διεύθυνση). Εάν δεν έχετε αντιμετωπίσει κάποια από αυτές τις καταστάσεις συμπληρώστε '0')

	1 Καθόλου Σθένον	2 Λίγο Σθένον	3 Αρκετά Σθένον	4 Εξαιρετικά Σθένον	0 Δεν ισχύει
1 Ένδειξη επιτόπιων διαταραχών για τους ασθενείς	☐	☐	☐	☐	☐
2 Κριτική από έναν γιατρό	☐	☐	☐	☐	☐
3 Αίσθημα απογοήτευσης προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐
4 Έλλειψη έγκρισης για να γίνει η εργασία με άλλους συναδέλφους	☐	☐	☐	☐	☐
5 Διαμνητέ με έναν προϊστάμενο	☐	☐	☐	☐	☐
6 Είδηση στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές	☐	☐	☐	☐	☐
7 Αισθητική συμπεριφορά για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τους υπαλλήλους	☐	☐	☐	☐	☐
8 Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς	☐	☐	☐	☐	☐
9 Σειριακή παρατήρηση σε άλλους ασθενείς	☐	☐	☐	☐	☐
10 Αίσθημα απογοήτευσης σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐
11 Διαμνητέ με έναν γιατρό	☐	☐	☐	☐	☐
12 Εμπόδιο από τους ασθενείς να τους δώσουν (αντιστοιχιστεί) απάντηση	☐	☐	☐	☐	☐

(συνέχεια)

	1 Καθόλου Σθένον	2 Λίγο Σθένον	3 Αρκετά Σθένον	4 Εξαιρετικά Σθένον	0 Δεν ισχύει
13 Έλλειψη αντιστάσεων για αποδοτική εργασία και συναισθηματική υποστήριξη στο χώρο εργασίας	☐	☐	☐	☐	☐
14 Διαμνητέ με άλλους συναδέλφους για να γίνει η εργασία με άλλους	☐	☐	☐	☐	☐
15 Απογοήτευση προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐
16 Εμπόδιο για να γίνει η εργασία με άλλους συναδέλφους	☐	☐	☐	☐	☐
17 Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς για να γίνει η εργασία με άλλους	☐	☐	☐	☐	☐
18 Αίσθημα απογοήτευσης σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐
19 Το να γίνει η εργασία με άλλους συναδέλφους	☐	☐	☐	☐	☐
20 Φόβος για την κλινική κατάσταση των ασθενών	☐	☐	☐	☐	☐
21 Αίσθημα απογοήτευσης προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐
22 Έλλειψη αντιστάσεων προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐
23 Δυσκολία στην αντιμετώπιση με άλλους συναδέλφους	☐	☐	☐	☐	☐
24 Δυσκολία στην αντιμετώπιση με άλλους συναδέλφους	☐	☐	☐	☐	☐
25 Αισθητική συμπεριφορά για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τους υπαλλήλους	☐	☐	☐	☐	☐
26 Αίσθημα απογοήτευσης σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐
27 Το να γίνει η εργασία με άλλους συναδέλφους	☐	☐	☐	☐	☐
28 Αίσθημα απογοήτευσης σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐
29 Ο φόβος ενός ασθενούς	☐	☐	☐	☐	☐

(συνέχεια) Αν πιστεύετε ότι υπάρχουν καταστάσεις στον εργασιακό σας χώρο που συμπεριλαμβάνονται με αυτές και δεν περιγράφονται παραπάνω παρακαλώ αναφέρετε με λίγα λόγια, διαφορετικά σημειώστε μηδέν (0) *

☐ Καθόλου

☐ Λίγο

☐ Μέτρια

☐ Αρκετά

☐ Πάρα πολύ

- ☐ Συνεχώς
- ☐ Το μεγαλύτερο διάστημα
- ☐ Μερικές φορές
- ☐ Μικρό διάστημα
- ☐ Καθόλου

Αυτό το περιεχόμενο δεν δημιουργήθηκε και δεν προσαρμόζεται από τη Microsoft. Τα δεδομένα που υποβάλλετε θα αποσταλούν στον κάτοχο της φόρμας.

 Microsoft Forms

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.