



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

«Διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με το
αντιλαμβανόμενο εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας της
7^{ης} ΥΠΕ»

Μυρωνάκη Ευλαμπία

Επιβλέπων καθηγητής: Παραλίκας Θεοδόσιος

Ηράκλειο, 2024

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.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

Διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με το
αντιλαμβανόμενο εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας της
7^{ης} ΥΠΕ

Μυρωνάκη Ευλαμπία

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής
Παραλίκας Θεοδόσιος
paralikas.theodosios@ac.eap.gr

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:
Νικολαΐδης Γεώργιος
nikolaidis.georgios@ac.eap.gr

Ηράκλειο, 2024

Ευχαριστίες

Στη μαμά μου

Περίληψη

Η συστηματική σωματική δραστηριότητα έχει ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία του ανθρώπου και συμβάλλει αποτελεσματικά στη διαχείριση του καθημερινού στρες των εργαζομένων όλων των επαγγεμάτων γενικότερα και των επαγγελματιών υγείας ειδικότερα. Τα επαγγέλματα υγείας είναι ιδιαίτερος απαιτητικά, με καθημερινές προκλήσεις, ηθικά διλήμματα, όγκο ευθυνών και καθημερινό στρες.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της φυσικής δραστηριότητας στο αντιλαμβανόμενο στρες των εργαζομένων στην 7η ΥΠΕ

Υλικό και μέθοδοι: Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 118 ερωτηθέντες-εργαζομένους στην 7η ΥΠΕ. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο φυσικής δραστηριότητας (IPAQ), ερωτηματολόγιο κλίμακας αντιλαμβανόμενου στρες (PSS10), ερωτηματολόγιο κλίμακας ποιότητας επαγγελματικής ζωής (ProQOL) και ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία. Η ανάλυση διενεργήθηκε στο IBM SPSS 27.

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με τα επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας, τα οποία κινήθηκαν σε σχετικά χαμηλά επίπεδα. Αντίστοιχα το αντιλαμβανόμενο στρες κινήθηκε σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα ενώ η ποιότητα επαγγελματικής ζωής και ικανοποίησης ήταν σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Σημειώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της σωματικής δραστηριότητας και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Από δημογραφικής απόψεως, οι άνδρες έχουν μεγαλύτερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι, σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες. Ωστόσο οι διαζευγμένοι έχουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας αλλά βιώνουν εντονότερα επαγγελματικό στρες σε σχέση με τους έγγαμους.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αλλά και σε συνδυασμό με παρόμοιες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας, η σωματική δραστηριότητα σαν μια καθημερινή ενασχόληση προάγει την υγεία και συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία και στη μείωση ταυτόχρονα του επαγγελματικού στρες.

Λέξεις- κλειδιά: Επαγγελματίες υγείας, στρες, φυσική δραστηριότητα, ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Research of physical activity in relation to perceived work stress among health professionals of the 7th Health Department

Mironaki Evlampia

Abstract

Systematic physical activity has beneficial effects on human health and effectively contributes to managing the daily stress of workers of all professions in general and health professionals in particular. Health professions are particularly demanding, with daily challenges, ethical dilemmas, volume of responsibilities and daily stress.

Purpose: The investigation of the effect of physical activity on the perceived stress on the health care workers of the 7th Health Department of Greece.

Material and method: The research sample consists of 118 respondents-employees at the 7th Health Department. Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Perceived Stress Scale Questionnaire (PSS10), Quality of Work Life Scale Questionnaire (ProQOL) and demographic questionnaire were used for data collection. Analysis was performed in IBM SPSS 27.

Results: Health professionals were asked to respond about their levels of physical activity, which ranged at relatively low levels. Accordingly, the perceived stress moved at moderate to low levels while the quality of professional life and satisfaction was at moderate to high levels. A positive correlation was noted between physical activity and quality of work life. Demographically, men have greater levels of physical activity. Older workers report higher levels of job satisfaction and lower levels of perceived stress. However, divorced people have higher levels of physical activity but experience more intense occupational stress than married people.

Conclusion: According to the results of the present research but also in combination with similar studies in the international literature, physical activity as a daily activity promotes health and significantly contributes to increasing job satisfaction and reducing occupational stress at the same time.

Key- words: Health professionals, stress, physical activity, quality of professional life.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	iv
Περίληψη.....	v
Abstract	vii
Κατάλογος Πινάκων	ix
Κατάλογος Γραφημάτων.....	ix
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xi
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
1. Εισαγωγή.....	12
2. Επισκόπηση βιβλιογραφίας.....	15
2.1. Η επίδραση του στρες στους επαγγελματίες υγείας.....	15
2.2. Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής	21
2.3. Η επίδραση της φυσικής άσκησης στο στρες των επαγγελματιών υγείας ..	24
2.4. Φυσική άσκηση και επίδραση στη ποιότητα ζωής και στη ποιότητα επαγγελματικής ζωής	27
2.5. Ο γενικός σκοπός και οι στόχοι της έρευνας.....	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	32
3. Μεθοδολογία	32
3.1. Ερευνητικός σχεδιασμός	32
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα	33
3.3. Ερευνητικά εργαλεία	34
3.4. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	35
4. Αποτελέσματα έρευνας	36
4.1. Δημογραφικό, επαγγελματικό και κοινωνικό προφίλ	36
4.2. Επίπεδα και συχνότητα αντιλαμβανόμενου στρες, ποιότητας επαγγελματικής ζωής και φυσικής δραστηριότητας	43
4.3. Συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες, ποιότητας επαγγελματικής ζωής και φυσικής δραστηριότητας.....	49
4.4. Επίδραση δημογραφικών, επαγγελματικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στο αντιλαμβανόμενο στρες, στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής και στη φυσική δραστηριότητα	52
5. Συζήτηση.....	57
5.1. Κύρια ευρήματα	57
5.2. Περιορισμοί, δυνατά σημεία και προτάσεις για μελλοντική έρευνα	60
Βιβλιογραφία	61
Παράρτημα.....	70

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά δημογραφικού, επαγγελματικού και κοινωνικού προφίλ των συμμετεχόντων (n = 118)	36
Πίνακας 2: Επίπεδα ποιότητας επαγγελματικής ζωής, αντιλαμβανόμενου στρες και φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων (n = 118)	47
Πίνακας 3: Στατιστικώς σημαντική σύγκριση των επιπέδων της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους με τη σύμβαση εργασίας και τις ώρες υπερωριακής απασχόλησης των συμμετεχόντων τον τελευταίο μήνα (n = 118)	54
Πίνακας 4: Στατιστικώς σημαντική σύγκριση της εργασιακής κατάστασης του/της συζύγου/συντρόφου με τα επίπεδα των διαστάσεων της επαγγελματικής ικανοποίησης και του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων (n = 118)	55

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Θηκόγραμμα κατανομής των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σύμφωνα με την πολιτική σας ιδεολογία, πόσο συντηρητικό θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;» (n = 118)	40
Γράφημα 2: Θηκόγραμμα κατανομής των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σύμφωνα με την πολιτική σας ιδεολογία, πόσο προοδευτικό θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;» (n = 118)	41
Γράφημα 3: Θηκόγραμμα κατανομής των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσο θρησκευόμενος αισθάνεστε;» (n = 118)	42
Γράφημα 4: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ του αντιλαμβανόμενου στρες των συμμετεχόντων (n = 118)	43
Γράφημα 5: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ της επαγγελματικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων (n = 118)	44
Γράφημα 6: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων (n = 118)	45
Γράφημα 7: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ της επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων (n = 118)	46
Γράφημα 8: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ της κλίμακας φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων (n = 118)	47
Γράφημα 9: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων (n = 118)	49
Γράφημα 10: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων (n = 118)	50
Γράφημα 11: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων (n = 118)	51
Γράφημα 12: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και του βαθμού θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων (n = 118) ...	52

Γράφημα 13: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης και του βαθμού θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων (n = 118)	53
Γράφημα 14: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της κλίμακας φυσικής δραστηριότητας και του βαθμού θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων (n = 118)	53
Γράφημα 15: Μέσες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας αντιλαμβανόμενου στρες PSS-10 (n = 118)	70
Γράφημα 16: Μέσες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης της κλίμακας ποιότητας επαγγελματικής ζωής ProQOL (n = 118)	71
Γράφημα 17: Μέσες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους της κλίμακας ποιότητας επαγγελματικής ζωής ProQOL (n = 118)	72
Γράφημα 18: Μέσες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης της κλίμακας ποιότητας επαγγελματικής ζωής ProQOL (n = 118)	73

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΦΔ: Φυσική Δραστηριότητα

ΥΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδος

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire

ProQoL: Professional Quality of Life

HSE: Health, Safety and Environment

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με το αντιλαμβανόμενο εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας της 7ης ΥΠΕ. Βασικός άξονας της μελέτης έχει τεθεί το γεγονός ότι η συστηματική σωματική άσκηση συμβάλει αποτελεσματικά στη μείωση του εργασιακού στρες και στη βελτιστοποίηση τη ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας. Τα επαγγέλματα υγείας είναι ευρέως γνωστά ως κατ' εξοχήν στρεσογόνα επαγγέλματα (Kowalski et al., 2010) λόγω της καθαρής φύσης του επαγγέλματος, του καθημερινού φόρτου και όγκου εργασίας, του άγχους της ευθύνης, των ηθικών διλημμάτων και των καθημερινών συγκρούσεων. Ο τρόπος που αντιλαμβάνεται ο εργαζόμενος το επαγγελματικό περιβάλλον και την ευημερία του μέσα σε αυτό εξαρτάται και επηρεάζεται άμεσα από το στρες. Είναι παγκοσμίως αποδεδειγμένο ότι τα επαγγέλματα υγείας συνοδεύονται από υψηλά επίπεδα στρες λόγω των απρόβλεπτων καθημερινών συνθηκών καθώς και της πίεσης που ασκεί το αίσθημα της ευθύνης. (Pérez Contreras et al., 2021).

Οι συνηθέστεροι στρεσογόνοι παράγοντες στα επαγγέλματα υγείας είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, η μη ύπαρξη θετικής υποστήριξης και ενημέρωσης από το ανώτερο προσωπικό, οι δυσμενείς διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στους εργαζομένους, η δυσαρέσκεια από το είδος της εργασίας και των αρμοδιοτήτων της και η δύσκολη πολλές φορές επικοινωνία με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους. (Langdon, Yagüez & Kuipers 2007). Τα επαγγέλματα υγείας απαιτούν ιδιαίτερη ψυχολογική δύναμη και σθένος από τους εργαζομένους, οι οποίοι πολλές φορές υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση λόγω των δυσμενών συνθηκών (περιορισμένοι πόροι, στέρηση ύπνου, έλλειψη υποστήριξης). Οι παραπάνω παράγοντες συντελούν στην ανάπτυξη εργασιακού στρες και στην μη ικανοποιητική για τον εργαζόμενο ποιότητα ζωής. (Sand et al., 2016).

Σχετικά με τον όρο «ποιότητα επαγγελματικής ζωής» (ProQOL), αυτός περιγράφει τα συναισθήματα που αποκομίζει ένα άτομο από τον εργασιακό του χώρο, είτε αυτά είναι θετικά είτε αρνητικά, σε σχέση με το επάγγελμα το ίδιο και με τη συνεργασία με άλλα άτομα που έχουν ζήσει στρεσογόνα γεγονότα.

Όσον αφορά τη παράμετρο της φυσικής δραστηριότητας, παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον η θετική επίδραση στη διαχείριση του επαγγελματικού στρες. Ιδιαίτερα για τους εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας, υπάρχουν έρευνες που επιβεβαιώνουν τη μείωση του αντιλαμβανόμενου εργασιακού στρες μέσω της σωματικής άσκησης. (Min, Lee & Lee, 2013), σε αντίθεση με άλλα επαγγέλματα που δεν είχαν τα ίδια ευνοϊκά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών, ως επί τω πλείστον, αποδεικνύουν ότι η σωματική άσκηση βελτιώνει σαφώς την φυσική κατάσταση του ατόμου, περιορίζει τον κίνδυνο ανάπτυξης ασθενειών και ψυχικών διαταραχών, μειώνει το στρες και το άγχος και βελτιώνει την αντίληψη του ατόμου σχετικά με τη κατάσταση της υγείας του (Norton, Norton & Lewis, 2016; Heiestad et al., 2016; Dziubek et al., 2016; Corazon et al., 2010). Η βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής είναι ένα από τα βασικότερα οφέλη της φυσικής άσκησης με πολλές έρευνες, αναλύσεις και ανασκοπήσεις να το επιβεβαιώνουν (Gill et al., 2013; Gillison et al., 2009; Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007).

Παρ' όλα τα παραπάνω η διεθνής βιβλιογραφία χωλαίνει όσον αφορά την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στη ποιότητα ζωής όχι μόνον των επαγγελματιών υγείας αλλά γενικά των εργαζομένων. Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη αυτή θα εστιάσει στην αξιολόγηση της επίδρασης του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας της 7^{ης} ΥΠΕ. Με γνώμονα ότι το προσωπικό έρχεται σε καθημερινή επαφή με άτομα που βιώνουν στρες (συναδέλφους, συνεργάτες, ασθενείς και συγγενείς αυτών) είναι εύλογο να θεωρηθεί ότι και οι ίδιοι βιώνουν επαγγελματικό στρες και να ερευνηθεί το κατά πόσο η ενσωμάτωση της σωματικής άσκησης στη καθημερινότητά τους συνδράμει στη μείωση του αντιλαμβανόμενου αυτού στρες.

Σχετικά με τη δομή της παρούσας εργασίας, θα στηριχθεί βιβλιογραφικά και ερευνητικά σε δύο παραμέτρους: στην αξιολόγηση της επίδρασης της φυσικής δραστηριότητας στο αντιλαμβανόμενο εργασιακό στρες αφενός και στη ποιότητα της επαγγελματικής ζωής αφετέρου. Σαν πρώτο βήμα, στηριζόμενοι σε διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, εξετάζονται τα επίπεδα του στρες στους επαγγελματίες υγείας και προσδιορίζεται ο όρος «ποιότητα επαγγελματικής ζωής». Στη συνέχεια μελετάται η συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας με το αντιλαμβανόμενο στρες με την ανάπτυξη μελετών που συνδυάζουν τα επίπεδα φυσικής άσκησης, τη ποιότητα ζωής και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Σε συνέχεια των

ερευνητικών ερωτημάτων ακολουθούν η ανάλυση της μεθοδολογίας, η διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας δεδομένων και η ανάλυση των ευρημάτων- αποτελεσμάτων. Τέλος, στην ενότητα συζήτηση –συμπεράσματα γίνεται μία προσπάθεια αντιστοίχισης των ευρημάτων αυτής της εργασίας με παλαιότερες μελέτες. Η εργασία κλείνει με τους περιορισμούς που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διεξαγωγή της και με προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

2. Επισκόπηση βιβλιογραφίας

2.1. Η επίδραση του στρες στους επαγγελματίες υγείας

Είναι ένα αδιαμφισβήτητο γεγονός, ότι ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό της σύγχρονης ζωής είναι το «στρες», αν και η υποκειμενική του φύση και οι πολλές έννοιες που συνδέονται με αυτό, τόσο από καθημερινούς ανθρώπους όσο και από την κλινική βιβλιογραφία, μπορεί να κάνει τη μελέτη του μια περίπλοκη επιχείρηση (Bergman et al., Citation2009). Ωστόσο, η εμπειρία του «στρες» μπορεί να έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία (Nako, Citation2010). Η παρούσα έρευνα εστιάζει ιδιαίτερα σε αυτό που αποτελεί όλο και πιο σημαντικό κοινωνικό ζήτημα που σχετίζεται με το εργασιακό άγχος, τις παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του και την προαγωγή της ψυχικής ευεξίας.

Το επαγγελματικό στρες ή το εργασιακό άγχος είναι αναμφίβολα μια κύρια αιτία ψυχικής κακής υγείας στους πληθυσμούς και είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο (Nako, 2010). Για παράδειγμα, στον Καναδά το 28% των εργαζομένων αναφέρει ότι βρίσκουν τις περισσότερες μέρες στη δουλειά είτε «αρκετά» είτε «εξαιρετικά αγχωτικές» (Bergman et al., 2009). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πρόσφατη Έρευνα Εργατικού Δυναμικού (Office for National Statistics et al., 2010) υπολογίζει την ετήσια επίπτωση του εργασιακού στρες, της κατάθλιψης ή του άγχους σε 760 ανά 100.000 εργαζόμενους.

Η ατομική ανασφάλεια συχνά δεν ορίζεται σαφώς και μπορεί να προέρχεται από μια ευρύτερη κοινωνική αίσθηση εξάρθρωσης. Οι ξαφνικές αλλαγές στις βεβαιότητες που παρέχονται από συγκεκριμένα περιβάλλοντα εργασίας μπορεί να είναι ένας τέτοιος μηχανισμός για την προώθηση της ατομικής ανασφάλειας, ακόμη και όταν το ίδιο το προηγούμενο εργασιακό περιβάλλον μπορεί να κριθεί από τα άτομα έξω από αυτό ότι προκαλούσε άγχος και ήταν αβέβαιο. Έτσι, οι στρατιώτες που πολεμούν σε μέρη όπως το Αφγανιστάν για παράδειγμα και επιστρέφουν στην αβεβαιότητα της αστικής ζωής, ιδιαίτερα σε ένα πλαίσιο υψηλής ανεργίας, μπορεί να βρουν αγχωτική την απώλεια βεβαιότητας ως προς τον ρόλο και τις προηγούμενες κοινωνικές σχέσεις. Ένα παράδειγμα δυσκολιών που σχετίζονται με αυτήν την προσαρμογή παρέχεται σε αυτή την έκδοση από την έκθεση των Jones et al (2016), σχετικά με μια κλινική

μελέτη αποστρατευμένων εφέδρων με διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) και άλλες κοινές δυσκολίες ψυχικής υγείας.

Ο τρέχων γενικός αρνητικός λόγος γύρω από την οικονομία, που ενισχύεται από την αύξηση της ανεργίας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, είναι πιθανό να είναι ένας παράγοντας που περιπλέκει την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους για την κοινωνία γενικότερα. Σε αυτό το πλαίσιο, το πώς νιώθουν όσοι εργάζονται για τις γενικές συνθήκες απασχόλησης όσον αφορά το επαγγελματικό άγχος είναι εξίσου σημαντικό με αυτό που άμεσα βιώνουν. (Zeytinoglu et al., 2009).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι αλλαγές στην άμεση εργασιακή εμπειρία είναι σημαντικές καθώς χρησιμεύουν για να επιβεβαιώσουν ένα γενικό αίσθημα ανασφάλειας που προκύπτει όταν οι απαιτήσεις από τα άτομα στην εργασία τους δεν είναι σταθερές ή υπόκεινται σε ξαφνικές αλλαγές – αυτό που μερικές φορές αποκαλείται «ευέλικτο- κυκλικό ωράριο». Τέτοιες ευέλικτες ρυθμίσεις περιλαμβάνουν: μη μόνιμες συμβάσεις, αλλαγές από πλήρους απασχόλησης σε ώρες μερικής απασχόλησης, να είσαι σε εφημερία τακτικά διάστημα ή να πρέπει να εργάζεσαι σε χωριστές βάρδιες (Burchell, 2002). Ένας σημαντικός όγκος ερευνών αποκαλύπτει ότι οι προσωρινά εργαζόμενοι, οι οποίοι παραδοσιακά υπόκεινται σε τέτοιες «ευέλικτες» συνθήκες απασχόλησης, έχουν αναφέρει χρόνιο εργασιακό άγχος για μεγάλα διαστήματα. (Nako, 2010).

Μέσα σε αυτό το ευρύ πλαίσιο της εργασιακής ανασφάλειας, όσοι εργάζονται στον δημόσιο τομέα μπορεί να αισθάνονται ιδιαίτερα ευάλωτοι, δεδομένου ότι μεγάλο μέρος του εθνικού διαλόγου εστιάζεται επί του παρόντος στο πώς ο δημόσιος τομέας πρέπει να μειωθεί και να γίνει πιο παραγωγικός. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, παρά τις κυβερνητικές διαβεβαιώσεις ότι ο προϋπολογισμός της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS) θα προστατεύεται, οι αλλαγές στις δομές και την παροχή υπηρεσιών θα έχουν αναπόφευκτα αντίκτυπο στην απασχόληση. Από αυτή την άποψη, το επαγγελματικό άγχος των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι πιθανό να αποτελέσει ένα χαρακτηριστικό της απασχόλησης τους όσο και σε οποιοδήποτε άλλο τμήμα του δημόσιου τομέα που έχει στοχεύσει συγκεκριμένα να περικοπεί, όπως τα τοπικά συμβούλια. Το παραπάνω γεγονός είναι πραγματικότητα, καθώς, είναι ευρέως γνωστό ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας βιώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες ως μέρος της καθημερινής τους εργασίας, σε σύγκριση με τον ευρύτερο εργαζόμενο πληθυσμό (Harvey et al., 2009, Mimura & Griffiths, 2003), με

τους γιατρούς και τις εγγεγραμμένες νοσηλεύτριες να βιώνουν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους από όλους.

Το κόστος μιας τέτοιας εργασιακής ψυχικής υγείας για την ικανότητα των υπηρεσιών υγείας να λειτουργούν αποτελεσματικά, μπορεί να είναι σημαντικό. Για παράδειγμα, έχει υποστηριχθεί ότι η μείωση του εργασιακού άγχους στο NHS του Ηνωμένου Βασιλείου θα είχε ως αποτέλεσμα ετήσια εξοικονόμηση £555 εκατομμυρίων και κέρδος επιπλέον 3,4 εκατομμυρίων εργάσιμων ημερών (Boorman, 2009).

Σχετική μελέτη δείχνει ότι στο τρέχον κλίμα, η αποτελεσματική ομάδα που εργάζεται για την προστασία των εργαζομένων σε CMHT είναι ακόμη πιο σημαντική (Onyett, 1997). Σε μία άλλη μελέτη, διερευνάται το κόστος της κακής ψυχικής υγείας και τη στάση απέναντι στις παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας μεταξύ των ασθενών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα του Svedberg (2022) υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες ασθενείς βρίσκουν την προαγωγή της υγείας πιο σημαντική από τους άνδρες, γεγονός που σε ένα πλαίσιο περιορισμένων πόρων και αναφερόμενης ικανοποίησης των ασθενών θα μπορούσε να οδηγήσει σε προσπάθειες προαγωγής της υγείας με τους ασθενείς να υποβαθμίζονται σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις.

Η συναισθηματική, πνευματική και σωματική εργασία που εμπλέκεται στην καθημερινή υγειονομική περίθαλψη διαφοροποιεί αυτούς που εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας από πολλούς άλλους τομείς (Michie & Williams, 2003). Για παράδειγμα, ο Maunder (2004) υπογραμμίζει τον ψυχολογικό αντίκτυπο της αντιμετώπισης του SARS στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Επομένως, η φύση των παρεμβάσεων για τη διαχείριση του ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου μιας τέτοιας εργασίας είναι πιθανό να διαφέρει από τις πιο γενικευμένες παρεμβάσεις για τη διαχείριση του εργασιακού στρες. Ωστόσο, υπάρχει ένας εκπληκτικά μικρός όγκος μελετών που επικεντρώνονται σε παρεμβάσεις και προγράμματα για τη μείωση του ψυχοκοινωνικού αντίκτυπου του στρες στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, τόσο σε περιβαλλοντικό όσο και σε ατομικό επίπεδο.

Από τις μελέτες που υπάρχουν, οι Harvey et al. (2009) αναφέρουν ότι η πλειονότητα επικεντρώνεται σε γιατρούς με αναλογία δημοσιεύσεων 8:1 (8 για τους γιατρούς σε σχέση με το άγχος και 1 σε σύγκριση με μια σειρά επαγγελματιών υγείας, όπως οι νοσηλεύτές). Ίσως αυτό το επίπεδο αναφοράς αντανακλά το γεγονός ότι οι γιατροί βρίσκονται σε σημαντικά

μειονεκτική θέση όσον αφορά την αναγνώριση του πότε χρειάζονται βοήθεια και τη δυνατότητα να την αναζητήσουν.

Μια ανασκόπηση εντόπισε 51 μελέτες που επικεντρώθηκαν ειδικά σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, από τις οποίες μόνο οι 19 ήταν αρκετά ισχυρές ώστε να συμπεριληφθούν για ανασκόπηση (Marine et al., 2009). Αυτές χωρίστηκαν σε παρεμβάσεις κατευθυνόμενες από την εργασία και σε παρεμβάσεις που κατευθύνονται από το άτομο. Η ανασκόπηση διαπίστωσε ότι τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα οποιουδήποτε τύπου παρέμβασης ήταν περιορισμένα, με τις μελέτες γενικά είτε να είναι πολύ μικρές για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, είτε με κακής ποιότητας στοιχεία, είτε ανεπαρκείς όσον αφορά την αναφορά. Παρόλα αυτά, οι συγγραφείς εντόπισαν μια μελέτη καλής ποιότητας που φάνηκε να δείχνει ότι οι στρατηγικές παρέμβασης που βασίζονται στη γνωστική λειτουργία ήταν πιο αποτελεσματικές από αυτές που βασίζονται μόνο σε συμπεριφορικές παρεμβάσεις.

Οι Chalder et al (2019) έχουν εξάγει δύο μελέτες όπου διερευνούν ζητήματα σχετικά με την παρέμβαση. Η μία υποστηρίζει ότι οι γιατροί στις ελάχιστες περιπτώσεις που αναζητούν βοήθεια και αποδέχονται την θεραπεία, σημαίνει ότι χρειάζονται εξειδικευμένες υπηρεσίες για να αντιμετωπίσουν το εργασιακό άγχος. Η δεύτερη, αναφέρεται σε μια τέτοια εξειδικευμένη υπηρεσία και παρέμβαση – το Πρόγραμμα Υγείας του Ιατρού.

Η έλλειψη σαφών αποδεικτικών στοιχείων, για την υποστήριξη της αποτελεσματικότητας των τρεχουσών προσεγγίσεων στις παρεμβάσεις για τη διαχείριση και τη μείωση του αντίκτυπου του εργασιακού στρες στη ζωή των εργαζομένων, είναι σημαντική υπό το φως της πρόσφατης έκθεσης του Υπουργείου Υγείας και Ασφάλειας (HSE) στο Ηνωμένο Βασίλειο σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας (Packham & Webster, 2009). Αυτό ανέφερε ότι δεν υπήρξε αισθητή βελτίωση στις ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το HSE αναφέρει περαιτέρω ότι λίγοι εργαζόμενοι γνωρίζουν τρόπους για τη διαχείριση του άγχους στον χώρο εργασίας τους ή αναφέρουν ότι αισθάνονται πως μπορούν να συζητήσουν με τον διευθυντή τους για το επικείμενο άγχος.

Αυτό που ξεκαθαρίζει η έκθεση HSE είναι ότι παρά την κλινική βιβλιογραφία σχετικά με το εργασιακό άγχος και τα προγράμματα παρέμβασης, την κάλυψη από τα δημοφιλή μέσα ενημέρωσης ζητημάτων καθημερινού στρες και τις πολιτικές πρωτοβουλίες μέσω νομοθεσίας για την αντιμετώπισή του, φαίνεται να σημειώνεται μικρή πρόοδος. Η αδυναμία περιορισμού του άγχους υφίσταται λόγω ενός συνδυασμού έλλειψης ευαισθητοποίησης και έλλειψης

εύκολα προσβάσιμης υποστήριξης για τους εργαζόμενους. Ως εκ τούτου, οι Chald and Ridge αναφέρουν την ανάπτυξη μιας διαδικτυακής παρέμβασης διαχείρισης του άγχους για τους εργαζόμενους ως επαγγελματική υποστήριξη (μέρος του έργου Reducing Occupational Stress in Employment (ROSE), η οποία, αν και στοχεύει σε μια συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων είναι ελεύθερα προσβάσιμη στο ευρύ κοινό σε όλη την Ευρώπη στα αγγλικά, γερμανικά, ιταλικά και ρουμανικά.

Το γεγονός ότι η HSE στο Ηνωμένο Βασίλειο διαξάγει εκθέσεις για το εργασιακό άγχος δείχνει ότι το ζήτημα δεν είναι κυρίως ένα θέμα που μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο μέσω της ψυχολογικής διαχείρισης, αλλά έχει και μια σημαντική διάσταση πολιτικής. Η σημασία της διάστασης της πολιτικής καταδεικνύεται από τη διάσκεψη υψηλού επιπέδου για την ψυχική υγεία που πραγματοποιήθηκε στις Βρυξέλλες τον Ιούνιο του 2008, με τίτλο «Μαζί για την ψυχική υγεία και την ευημερία» (World Health Organization Europe, 2008).

Αυτό το συνέδριο κατέληξε στο Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία (World Health Organization Europe, 2008), το οποίο προσδιόρισε πέντε προτεραιότητες για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Ένα συνδεδετικό θέμα και στις πέντε προτεραιότητες ήταν η ανάγκη αντιμετώπισης ατομικών και κοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και ευεξίας, ίσως πιο σημαντικά που διατυπώθηκε στην Προτεραιότητα Τρία που τονίζει τη σημασία της βελτίωσης της ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας.

Το Σύμφωνο καλεί τους ενδιαφερόμενους να: «Βελτιώσουν την οργάνωση της εργασίας, τις οργανωτικές κουλτούρες και τις πρακτικές ηγεσίας για την προώθηση της ψυχικής ευεξίας στην εργασία, συμπεριλαμβανομένου του συνδυασμού της επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής» και «να εφαρμόσουν προγράμματα ψυχικής υγείας και ευημερίας με αξιολόγηση κινδύνου και προγράμματα πρόληψης για καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (στρες, καταχρηστική συμπεριφορά όπως βία ή παρενόχληση στην εργασία, αλκοόλ, ναρκωτικά) και προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης στους χώρους εργασίας» (World Health Organization Europe, 2008, σελ. 3) .

Είναι σαφές από τους τομείς που προσδιορίζονται στην Προτεραιότητα Τρία ότι αυτοί επηρεάζονται κυρίως από τις αλλαγές στη νομοθεσία, την αλλαγή του κοινωνικού κλίματος στο οποίο οι άνθρωποι βιώνουν την εργασία και την αλλαγή των δομών του εργασιακού τους

περιβάλλοντος. Επομένως, το κλινικό στοιχείο, αν και σημαντικό, δεν είναι το πιο σημαντικό από την άποψη της ανάπτυξης μιας στρατηγικής προσέγγισης στο θέμα του εργασιακού άγχους. Πράγματι, οι Harvey et al. (Citation2009) επισημαίνουν ότι δίνοντας έμφαση στην κλινική πτυχή του στρες στην εργασία μπορεί κανείς να επιδεινώσει το πρόβλημα ιατροποιώντας το φυσιολογικό στρες και έτσι να ενθαρρύνει περαιτέρω ασθένεια του προσωπικού και απουσία από την εργασία.

Δύο μελέτες ασχολούνται με το πλαίσιο της ευρωπαϊκής πολιτικής για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και την προώθηση της ψυχικής ευεξίας. Η μία είναι του Ozamiz (2011) σχετικά με την παρουσία ή την έλλειψη πολιτικών προαγωγής της ψυχικής υγείας στην Ευρώπη. Η άλλη είναι των Wells et al. (2011), η οποία διερευνά την ευρωπαϊκή πολιτική και κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και τον βαθμό που μια τέτοια πολιτική αντικατοπτρίζεται «επί τόπου» στον τομέα της επαγγελματικής υποστήριξης και της αποκατάστασης σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες.

Το 2001, μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο για την κατάθλιψη, την αντιμετώπιση και την εναλλαγή μεταξύ του προσωπικού του NHS και του ιδιωτικού τομέα που φρόντιζε άτομα με άνοια (Margallo-Lana et al., 2001) διαπίστωσε ότι τα επίπεδα άγχους μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας στα νοσοκομεία του NHS ήταν σημαντικά χαμηλότερα από αυτά μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε σπίτια ιδιωτικής φροντίδας (16% έναντι 22%). Η μελέτη διαπίστωσε ότι υπήρχαν υψηλότερα ποσοστά εναλλαγής προσωπικού στα σπίτια του ιδιωτικού τομέα σε σύγκριση με το NHS, κάτι που οι συγγραφείς απέδωσαν σε μεγαλύτερη αίσθηση «κοινότητας» μεταξύ του προσωπικού του NHS.

2.2. Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Το ασφαλές και υγιές εργασιακό περιβάλλον θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και όπως σε όλους τους τομείς, είναι ένα από τα θέματα που έχουν σπουδαιότητα και στον τομέα της υγείας. Το εργασιακό περιβάλλον και οι εργασιακές συνθήκες επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων. Λόγω της φύσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (που είναι τόσο προσωπικές, μεταβλητές, περίπλοκες και συχνά επείγουσες), οι οργανωτικές αλλαγές στις συνθήκες εργασίας μπορεί να προκαλέσουν στους εργαζόμενους έντονη πίεση και να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής (Yilmaz, 2018).

Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής ορίζεται ως «μια κατάσταση ψυχολογικού διαχωρισμού από την εικόνα και τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου εντός και εκτός του χώρου εργασίας» (Amarat et al., 2019). Στην πραγματικότητα, ορίζει την υποκειμενική ικανοποίηση που εκφράζει ο εργαζόμενος στον σωματικό, διανοητικό, κοινωνικό και πνευματικό τομέα. Επομένως, είναι μια έννοια που διαφέρει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται από την ικανότητα του κάθε ατόμου να αντιμετωπίσει μια κατάσταση. Η επαγγελματική ποιότητα ζωής (PQoL), από την άλλη πλευρά, ορίζεται ως «η ποιότητα που γίνεται αντιληπτή από έναν επαγγελματία που σχετίζεται με την εργασία ως πάροχος υπηρεσιών» (Stamm, 2010). Υπάρχουν τρεις πτυχές της επαγγελματικής ποιότητας ζωής: η ικανοποίηση με συμπόνια (CS), ως θετική πτυχή, και η κόπωση από τη συμπόνια (CF) με την επαγγελματική εξουθένωση (BO), ως αρνητικές πτυχές (Stamm, 2010). Η υψηλή ποιότητα επαγγελματικής ζωής μπορεί να αυξήσει την ικανοποίηση των ανθρώπων από το εργασιακό τους περιβάλλον, να επηρεάσει το ενδιαφέρον των εργαζομένων για την εργασία, τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους και τους διευθυντές και να μετριάσει τους κινδύνους που σχετίζονται με τον εργασιακό χώρο όπως το άγχος, η κούραση κλπ (Ioannou et al., 2015). Κάθε είδους πρακτικές που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των εργαζομένων έχουν τη δυνατότητα να παράγουν θετικά αποτελέσματα στην ομαδική εργασία και τη συνεργασία, ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή τους. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατό να αυξηθεί η αυτονομία και να μειωθεί το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση επιτρέποντας στους εργαζόμενους να λαμβάνουν πιο

ανεξάρτητες αποφάσεις (Kaiser et al., 2018). Διαφορετικά, μια μείωση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στους εργαζόμενους σε διάφορες φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές πτυχές.

Η ανταγωνιστικότητα αυξάνεται καθώς ο αριθμός των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται μέρα με τη μέρα. Η αύξηση του επιπέδου ανταγωνισμού απαιτεί την υποχρέωση να αποδίδουμε καλύτερα από τους ανταγωνιστές και να βελτιώνουμε την ποιότητα της περίθαλψης. Προκειμένου οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης να είναι επιτυχημένοι, πρέπει να επωφεληθούν από τον ανθρώπινο παράγοντα στο υψηλότερο επίπεδο. Η παροχή ικανοποίησης των εργαζομένων υπογραμμίζεται ως ένας τρόπος για να γίνει αυτό, με τη βελτίωση του περιβάλλοντος και των συνθηκών που προσφέρονται στους εργαζόμενους. Από την άλλη πλευρά, λόγω της φύσης των υπηρεσιών που παρέχονται σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, είναι μια παγκοσμίως αποδεκτή άποψη ότι οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται υπό υψηλό άγχος (Taycan et al., 2006). Η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται υπό έντονο στρες με υπερβολικό φόρτο εργασίας και παλεύουν με πολλά προβλήματα, μπορεί να μην επιτευχθεί εύκολα. Ακόμη, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις στο εργασιακό περιβάλλον, η αδυναμία ανταπόκρισης των προσδοκιών των εργαζομένων, η έλλειψη αυτονομίας και οι συχνές εναλλαγές ρόλων μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη φροντίδα των ασθενών όσο και στη συμπεριφορά των εργαζομένων. Αυτός μπορεί να είναι ο λόγος για τον οποίο συχνά μελετώνται παράγοντες όπως το ΒΟ, η εργασιακή ικανοποίηση και το εργασιακό άγχος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Ένα άλλο θέμα που μελετάται με ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια είναι η εργασιακή αποξένωση. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ο Καρλ Μαρξ ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «αλλοτρίωση» ως ορισμό. Σύμφωνα με τον Μαρξ, η αδυναμία των εργαζομένων να αναπτύξουν δημιουργικές ικανότητες οδηγεί στην εργασιακή τους αποξένωση (Κοροğlu, 2014). Οι εργαζόμενοι που περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στον χώρο εργασίας τους μπορεί να αναπτύξουν εργασιακή αποξένωση μαζί με αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές λόγω διαφόρων παραγόντων, με αποτέλεσμα να καταστρέφονται οι σχέσεις τους με τον χώρο εργασίας, μειώνοντας τόσο την ατομική όσο και την οργανωτική απόδοση (Ertekin & Özmen, 2017). Και με τη σειρά της, η αποξένωση από την εργασία συνδέεται με πολλές αρνητικές συνέπειες, όπως η οργανωτική συμπεριφορά, η

απουσία, τα προβλήματα υγείας, η αντιπαραγωγική συμπεριφορά, η μειωμένη οργανωτική δέσμευση, η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και τη ζωή και η αμέλεια στην επιδίωξη κοινών στόχων του οργανισμού (Yildiz & Şaylıkay, 2014).

Αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας διαφέρουν από τις άλλες ομάδες λόγω του αγχωτικού εργασιακού περιβάλλοντος και των συνθηκών τους, και ως εκ τούτου είναι από τις ομάδες που πλήττονται περισσότερο από την εργασιακή αποξένωση. Δυστυχώς, αυτή η κατάσταση μπορεί να μειώσει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα και τη θεραπεία των ασθενών (Dönmez, 2015). Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό τα στελέχη του τομέα της υγείας να εφαρμόζουν κατάλληλα μέτρα και να αναλαμβάνουν διάφορες πρωτοβουλίες κατανοώντας τις επιπτώσεις της αποξένωσης από την εργασία. Απαιτούνται εμπειρικά στοιχεία για την εκπλήρωση αυτών των καθηκόντων από τα στελέχη, αλλά υπάρχουν λίγες μελέτες στο πεδίο οπότε και υπάρχει ανάγκη στη βιβλιογραφία.

2.3. Η επίδραση της φυσικής άσκησης στο στρες των επαγγελματιών υγείας

Ο ρόλος της φυσικής άσκησης είναι πολύ σημαντικός, καθώς συνοδεύεται από θετικές επιδράσεις στη σωματική, πνευματική και ψυχική υγεία. Η φυσική – σωματική άσκηση είναι η μυϊκή κίνηση που οδηγεί σε απώλεια θερμίδων. Η σωματική δραστηριότητα προβάλλει το ευ ζην, και η έλλειψη αυτής είναι υπεύθυνη για έως και 6% των θανάτων σε παγκόσμια κλίμακα (World Health Organization, 2017). Σε μία μελέτη τους οι Hallal et al (2012) καταλήγει ότι η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας είναι υπεύθυνη για το 9% των θανάτων παγκοσμίως. Σε μία έρευνά τους οι Lox et al. (2003) Εστιάζουν στην ευεργετική επίδραση τη φυσικής δραστηριότητας σε νοσηλευτές, συμπεραίνοντας πως βοηθά στη διαχείριση του θυμού, της επαγγελματικής εξουθένωσης και του στρες, λειτουργώντας ως ηρεμιστικό (Lox, Martin & Petruzzello, 2003). Παρατηρείται ότι ανάλογα με την ένταση της άσκησης λειτουργεί και η επίδραση στο άτομο (Speck & Looney, 2006). Δηλαδή, η ήπια φυσική δραστηριότητα, έχει μέτριο θετικό αντίκτυπο στην ευεξία του ατόμου, ενώ η πιο έντονη δραστηριότητα έχουν πιο θετικό αποτέλεσμα. Η φυσική δραστηριότητα συμβάλλει σημαντικά στην εξάλειψη του στρες, εάν σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της άσκησης εκκρίνεται από τον οργανισμό η σεροτονίνη που είναι υπεύθυνη για το αίσθημα χαράς. Κατά την άσκηση, επίσης, εκκρίνονται ενδορφίνες που μειώνουν τα επίπεδα του στρες, συμβάλουν στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, μειώνουν το αίσθημα πόνου και ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα. (Espeland, 2006).

Λόγω της φύσης του, ένα νοσοκομείο ως χώρος εργασίας έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Η σωματική δραστηριότητα είναι απαραίτητη για τους επαγγελματίες υγείας, εάν ληφθεί υπόψιν η καθημερινή ενασχόληση με τους ασθενείς και ό,τι αυτό διέπεται, οι αλλεπάλληλες βάρδιες, οι εφημερίες, και ο μεγάλος φόρτος εργασίας (Saridi et al., 2019). Σε ένα μεγάλο δείγμα πληθυσμού επαγγελματιών υγείας βάσισαν την έρευνά τους οι Jonsdottir et al (2010) προκειμένου να μελετήσουν την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας των υγειονομικών υπαλλήλων στο αντιλαμβανόμενο στρες. Στα αποτελέσματα της έρευνας σημειώθηκε η θετική σχέση σωματικής άσκησης με αντιλαμβανόμενο στρες, καθώς όσοι απάντησαν πως ακολουθούν από χαμηλή έως μέτρια ενασχόληση με την γυμναστική, δεν αντιλαμβάνονται υψηλά επίπεδα στρες.

Οι Bischoff et al (2019), πραγματοποίησαν την πρώτη συστηματική ανασκόπηση με σκοπό τη μελέτη της επίδρασης της φυσικής άσκησης στους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να

πλαισιωθούν και να προσδιοριστούν οι μελέτες που προβάλουν τη σωματική δραστηριότητα ως μέσο αντιμετώπισης του αντιλαμβανόμενου στρες στους επαγγελματίες υγείας. Ο στόχος της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να σημειωθούν τα στοιχεία που προκύπτουν από τις παραπάνω μελέτες και το τελικό αποτέλεσμα τους στην επίδραση της σωματικής άσκησης στο στρες των ερωτηθέντων. Παρότι πραγματοποιήθηκαν 18 πειραματικές μελέτες, μόλις οι 9 διερεύνησαν στοχευμένα την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στο αντιλαμβανόμενο στρες των επαγγελματιών υγείας. Οι εννέα αυτές μελέτες κρίθηκαν επίσης χαμηλής ποιότητας. Συμπερασματικά, κρίνεται απαραίτητη μια πιο εμπεριστατωμένη έρευνα, με συγκεκριμένες αναφορές στο αντιλαμβανόμενο στρες των εργαζομένων και πλήρη προσδιορισμό της επίδρασης που έχει η φυσική δραστηριότητα σε αυτό.

Οι Blake, Stanulewicz & McGill (2016), λαμβάνοντας υπόψιν ότι οι υγειονομικοί υπάλληλοι σημειώνουν χαμηλά επίπεδα φυσικής άσκησης, πραγματοποίησαν μια μελέτη με δείγμα 361 φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αντικείμενο της μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας, τα οφέλη της φυσικής άσκησης και το αντιλαμβανόμενο στρες των ερωτηθέντων, με τα αποτελέσματα να δείχνουν ότι το σύνολο των φοιτητών είχαν μέτρια φυσική δραστηριότητα με εκείνους της ιατρικής να αποκομίζουν περισσότερα οφέλη σε σχέση με το στρες, εν αντιθέσει με εκείνους της νοσηλευτικής.

Μια ακόμη μελέτη όπου πραγματοποιήθηκε από τον Yao (2008) πραγματοποιήθηκε στην Ταιβάν και είχε ως στόχο τη διερεύνηση τόσο του στρες 420 νοσηλευτών όσο και της συμμετοχής τους σε σωματικές δραστηριότητες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως όσο πιο υψηλά ήταν τα επίπεδα συμμετοχής των ερωτηθέντων σε σωματικές δραστηριότητες, τόσο πιο χαμηλά ήταν τα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες. Επίσης, οι νοσηλευτές που είχαν υψηλά σκορ φυσικής δραστηριότητας, είχαν επίσης και υψηλότερα σκορ σωματικής και ψυχικής υγείας από εκείνους που απείχαν από τη σωματική άσκηση το τελευταίο διάστημα των έξι μηνών.

Σε αντίστοιχη έρευνά τους οι Freitas et al. (2014) μελετούν τα αποτελέσματα που έχει η ολιγόλεπτη καθημερινή φυσική δραστηριότητα στους ερωτηθέντες. Συγκεκριμένα, έπειτα από 3 μήνες καθημερινής άσκησης διάρκειας 10 λεπτών, οι συμμετέχοντες διαπιστώθηκε ότι είχαν βελτιωμένη αντίληψη σε σχέση με τον αντιλαμβανόμενο πόνο και το αίσθημα εξουθένωσης, με σημαντική προσημείωση ότι δεν σημειώθηκαν αλλαγές σε σχέση με το αντιλαμβανόμενο

στρες. Από την άλλη πλευρά άλλες μελέτες δείχνουν πως η σωματική άσκηση έχει πράγματι θετική επίδραση στο αντιλαμβανόμενο στρες, όπως επί παραδείγματι αυτή των Mohebbi et al., (2019). Στην έρευνά τους έλαβαν μέρος 60 νοσηλευτές του Ιράν οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: στην πειραματική ομάδα και στην μονάδα ελέγχου. Η μελέτη είχε σκοπό να καταγράψει τα αποτελέσματα του αντιλαμβανόμενου στρες κατόπιν τρίμηνης σωματικής αερόβιας δραστηριότητας, σε ρυθμό τριών φορές εβδομαδιαία για μια ώρα. Ελήφθησαν δείγματα σε τρεις φάσεις της έρευνας: κατά τη διάρκεια της, στο τέλος της και 2 μήνες μετά. Τα αποτελέσματα οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η σωματική δραστηριότητα είχε σημαντική βελτίωση στο αντιλαμβανόμενο στρες κατά το τέλος της έρευνας, πράγμα που δεν συνεχίστηκε και 2 μήνες αργότερα. Συμπερασματικά, η φυσική δραστηριότητα μπορεί να έχει ενεργή συμβολή στην ψυχική ευηξία των επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο, στην περίπτωση μόνον που ενταχθεί συστηματικά στο καθημερινό πρόγραμμα των εργαζομένων.

2.4. Φυσική άσκηση και επίδραση στη ποιότητα ζωής και στη ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι μελέτες σχετικά με τους δείκτες της ποιότητας ζωής και ποιότητας επαγγελματικής ζωής στους επαγγελματίες υγείας, είναι περιορισμένες. Παρόλα αυτά, έχει διερευνηθεί το πώς επιδρά η φυσική άσκηση στην ποιότητα ζωής σε ποικιλία πληθυσμού ατόμων. Βέβαια, η ποιότητα επαγγελματικής ζωής δεν μπορεί να εξαιρεθεί από τη ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς η ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την εργασία του επιδρά άμεσα στην γενικότερη ικανοποίησή του. (Δελτσίδου & Πρέτσι, 2017).

Υπάρχουν μελέτες που υποδεικνύουν το κατά πόσο επιδρά με θετικό τρόπο η φυσική δραστηριότητα των ατόμων στη ποιότητα ζωής τους, όπως εκείνη των Yaman & Atay (2018) που αποκαλύπτει ότι ένα εξάμηνο πρόγραμμα γυμναστικής είχε θετικό αντίκτυπο σε πολλούς τομείς της ποιότητας ζωής των ερωτηθέντων. Παρομοίως, η μελέτη των Kallings et al. (2008), αποκαλύπτει πως ένα αντίστοιχο πρόγραμμα έξι μηνών σωματικής δραστηριότητας, επιδρά θετικά στους περισσότερους τομείς ποιότητας ζωής που σχετίζονται με το κομμάτι της υγείας. Συμπερασματικά, μια όχι απαραίτητα έντονη γυμναστική, αλλά περισσότερο μια συστηματική μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα, επιδρά έντονα με θετικό αντίκτυπο την ποιότητα ζωής των ατόμων. (Medrano-Ureña, Ortega-Ruiz & Benítez-Sillero, 2020).

Είναι γεγονός πως η συστηματική φυσική δραστηριότητα συμβάλει σημαντικά στην διατήρηση μίας καλής φυσικής κατάστασης που με τη σειρά της περιορίζει την εμφάνιση ασθενειών που ενδέχεται να προκύψουν από την επαγγελματική καταπόνηση. Συνεπώς επιτυγχάνεται μία γενικότερη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Μία επιπλέον ένδειξη ότι η φυσική δραστηριότητα επιδρά θετικά στη ποιότητα ζωής, είναι ότι βοηθά να αποφευχθούν τόσο ψυχικές αλλά όσο και σωματικές σημαντικές ασθένειες όπως είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.α. (World Health Organization, 2005). Με βάσει τα παραπάνω, μπορεί να υποθεί πως η άσκηση βοηθά στη μείωση του στρες (Cameron & Hudson, 1986) και τη διαχείριση του θυμού (Buchman et al., 1991), αλλά αυτό που προκαλεί ενδιαφέρον είναι ότι επηρεάζει άμεσα τα ποσοστά θνησιμότητας, σημειώνοντας σημαντική μείωση της τάξεως του 20-35% (Macera, Hootman & Sniezek, 2003).

Υπάρχει περιορισμός ερευνών που εστιάζουν στους επαγγελματίες υγείας, και προκύπτει βιβλιογραφική έλλειψη στο πώς επιδρά η σωματική άσκηση στην ποιότητα ζωής γενικότερα και στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής ειδικότερα. Σε μια έρευνά τους οι Saridi et al (2019) μελέτησαν τα επίπεδα σωματικής άσκησης των εργαζομένων στον τομέα της Υγείας και πώς αυτά σχετίζονται με την ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής. Χρησιμοποίησαν τα Short Form Health Survey (SF-36) και International Physical Activity Questionnaire σε 180 εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου για να μελετήσουν τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας σε σχέση με την ποιότητα ζωής. Στα αποτελέσματα της έρευνάς τους προέκυψε πως η ελλιπής σωματική άσκηση οφείλεται κυρίως σε περιορισμένο ελεύθερο χρόνο ή στη συνηθισμένη αμέλεια. Στα σκορ της πρώτης μελέτης, παρατηρήθηκε ότι τα προβλήματα υγείας επηρεάζουν αρνητικά τη ποιότητα ζωής των εργαζομένων του νοσοκομείου. Ακόμη, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε πως η σωματική άσκηση των τελευταίων ημερών βασιζόταν ως επί τω πλείστον σε δουλειές του νοικοκυριού και σε υποχρεώσεις εκτός σπιτιού. Στα συμπεράσματα της έρευνας σημειώθηκε ως κρίσιμης σημασίας να υπογραμμισθούν στους επαγγελματίες υγείας τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στην ποιότητα ζωής τους ώστε να ευαισθητοποιηθούν και να κινηθούν προς την κατεύθυνση της άσκησης.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην προαναφερθείσα μελέτη σκιαγράφησαν σκορ χαμηλής σωματικής άσκησης η οποία σχετίζεται κυρίως με τη σωματική λειτουργία, τη ψυχική υγεία, τη κοινωνική δραστηριότητα και τον πόνο. (Saridi et al., 2019). Παρομοίως, υπάρχουν κι άλλες έρευνες που συμπεραίνουν χαμηλή σωματική άσκηση των επαγγελματιών υγείας (Molina et al., 2017; Biernat, Poznanska & Gajewski, 2012). Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί πως στην έρευνα των Saridi et al (2019) οι ερωτηθέντες σημείωσαν χαμηλότερα σκορ συσχέτισης με τη σωματική άσκηση σε σχέση με παρόμοιες μελέτες (Pappa, Kontodimopoulos & Niakas, 2005; Stein, Shakour & Zuidema, 2000). Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από τις γυναίκες. Εξίσου το ίδιο υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής είχαν και τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, πράγμα που παρατηρήθηκε και στην μελέτη των Pappa, Kontodimopoulou & Niaka (2005). Σαν μια γενικότερη παρατήρηση, οι γυναίκες σημειώνουν στις περισσότερες μελέτες υψηλότερα σκορ ενασχόλησης με τη γυμναστική σε σύγκριση με τους άνδρες. Στην έρευνα των Saridi et al (2019), η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζεται με την ποιότητα ζωής σε αντίθεση με την

οικονομική κατάσταση που σχετίζεται άμεσα και με την ποιότητα ζωής και με την θέληση για σωματική δραστηριότητα των ερωτηθέντων.

Στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου διεξήχθη επίσης και η έρευνα του Φιλιπποπούλου (2017) η οποία ως αντικείμενο είχε την φυσική άσκηση σε σχέση με την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. Οι 186 ερωτηθέντες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο Short Form Health Survey SF-36, το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας (ΦΔ) IPAQ sort selfanswered-8 items και το ερωτηματολόγιο εκτίμησης των προσωπικών απόψεων για την σωματική άσκηση και την Ποιότητα Ζωής. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι και εκείνα της έρευνας των Saridi et al., (2019), ότι δηλαδή η ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα όπως και η επαφή τους με τη σωματική δραστηριότητα. Βέβαια, διεξήχθη το συμπέρασμα η χαμηλή σωματική δραστηριότητα δεν σχετίζεται άμεσα με τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Με βάση το παραπάνω εύρημα η ερευνήτρια Φιλιπποπούλου συμπέρανε πως η βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας δεν θα μπορούσε αυτούσια και ακέραιη να επηρεάσει θετικά τη ποιότητα ζωής του συγκεκριμένου δείγματος επαγγελματιών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψιν το παραπάνω συμπέρασμα, η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν πολυδιάστατο τομέα ο οποίος δεν μπορεί να επηρεασθεί θετικά ή αρνητικά από μόνο έναν παράγοντα όπως η φυσική δραστηριότητα, αλλά είναι ένα σύμπλεγμα παραγόντων που μπορούν να τη διαμορφώνουν και να την αναγάγουν σε υψηλά ή χαμηλά επίπεδα.

Μια ακόμα έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Γεννηματά με σκοπό την ανάδειξη της συσχέτισης της ποιότητας ζωής με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών του νοσοκομείου (Πεχτελίδου 2019). Τα αποτελέσματα της μελέτης οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των 150 ερωτηθέντων νοσηλευτών. Με βάση το παραπάνω, όσοι νοσηλευτές έχουν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, ταυτόχρονα σημειώνουν και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

Στους επαγγελματίες υγείας που έχουν άμεση επαφή με τους ασθενείς διερευνάται ιδιαίτεως τα τελευταία χρόνια η επίδραση του εργασιακού στρες, ιδιαίτεως σε νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Ray et al., 2013). Είναι σημαντικό να αναδειχθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα επαγγελματικής υγείας των επαγγελματιών υγείας για να μπορεί να τους προσφερθεί η κατάλληλη στήριξη και

βοήθεια. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι σημαντική για την παροχή βοήθειας στους επαγγελματίες υγείας. Πάντως η βιβλιογραφία καταδεικνύει ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας επαγγελματικής ζωής την ικανοποίηση από συμπόνια των επαγγελματιών υγείας (Stamm, 2010).

Σε μια έρευνά τους οι Abendroth & Flannery (2006) εξετάζουν τον κίνδυνο της ανάπτυξης κόπωση συμπόνιας των εργαζόμενων νοσηλευτών που αντιμετωπίζουν μεγάλο αριθμό θανάτων ασθενών σε συσχέτιση με άλλους νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν μικρότερο αριθμό, ή νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι νοσηλευτές αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με τον κίνδυνο μεγάλου ποσοστού ανάπτυξης κόπωσης από συμπόνια. Σε μια άλλη έρευνα, οι Sprang, Clark & Whitt-Woosley (2007) συμπεραίνουν ότι από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, οι νοσηλευτές συγκεκριμένα είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν κόπωση από συμπόνια, πράγμα το οποίο ελαττώνεται στην περίπτωση που λάβει χώρα εξειδικευμένη εκπαίδευση στη διαχείριση τραύματος, όπου στη περίπτωση αυτή αυξάνονται τα επίπεδα ικανοποίησης από συμπόνια. Τέλος, σε έρευνά τους οι Craig & Sprang (2010) διαπίστωσαν ότι κατόπιν εφαρμογής εξειδικευμένης εκπαίδευσης οι πιο έμπειροι επαγγελματίες υγείας είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από συμπόνια σε σχέση με τους νεότερους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο σύνολο της βιβλιογραφίας που αναζητήθηκε σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, δεν βρέθηκε μελέτη που να καταδεικνύει τη συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας σαν γενικότερο σύνολο. Με βάση το παραπάνω, γίνεται αντιληπτή η σημασία της παρούσας έρευνας ως αντικείμενο μελέτης ενός ερευνητικού κενού.

2.5. Ο γενικός σκοπός και οι στόχοι της έρευνας

Ο γενικός σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της σωματικής άσκησης, του αντιλαμβανόμενου στρες και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας της 7ης ΥΠΕ. Οι ειδικοί στόχοι της έρευνας είναι οι εξής:

1. Το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας των επαγγελματιών υγείας βάσει έντασης, συχνότητας και διάρκειας
2. Το αντιλαμβανόμενο στρες των επαγγελματιών υγείας
3. Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής βάσει επαγγελματικής ικανοποίησης και επαγγελματικής εξουθένωσης
4. Η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στις προαναφερθείσες μεταβλητές.

Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα σε δείγμα επαγγελματιών υγείας της 7ης ΥΠΕ, για τον προσδιορισμό του επιπέδου άσκησης, του αντιλαμβανόμενου στρες και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Για την φυσική δραστηριότητα και τις παραμέτρους της (διάρκεια, συχνότητα, ένταση) χρησιμοποιήθηκε το διεθνές ερωτηματολόγιο φυσικής δραστηριότητας International Physical Activity Questionnaire – IPAQ . Για το αντιλαμβανόμενο στρες χρησιμοποιήθηκε το Perceived Stress Scale – PSS. Για την ποιότητα επαγγελματικής ζωής χρησιμοποιήθηκε το Professional Quality of Life Scale – ProQOL. Στα προσδοκώμενα αποτελέσματα αναμένεται να επιβεβαιωθεί το γεγονός πως η σωματική δραστηριότητα έχει θετικό αντίκτυπο στο αντιλαμβανόμενο στρες των επαγγελματιών υγείας, αλλά και στην ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής. Ακόμη, προσδοκάται η συσχέτιση των παραμέτρων συχνότητα- ένταση- διάρκεια της σωματικής άσκησης με το αντιλαμβανόμενο στρες και την ποιότητα επαγγελματικής υγείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. Μεθοδολογία

3.1. Ερευνητικός σχεδιασμός

Για να έρθει εις πέρας η παρούσα έρευνα, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα. Η ποσοτική έρευνα παρουσιάζει ευρήματα και αποτελέσματα βάσει στατιστικών στοιχείων και αριθμητικών δεδομένων. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να ερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ σωματικής άσκησης, αντιλαμβανόμενου στρες και ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την περάτωση της έρευνας ήταν μέρος των επαγγελματιών υγείας της 7ης ΥΠΕ. Η έρευνα απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων διοικητικών υπαλλήλων, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Από την έρευνα εξαιρέθηκε το βοηθητικό προσωπικό, και εντάχθηκαν οι μόνιμοι αλλά και επικουρικοί υπάλληλοι.

Η διαδικασία λήψης δείγματος πραγματοποιήθηκε μέσω διανομής των ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή από την ερευνήτρια. Μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια από τα οποία απαντήθηκαν τα 118 . Οι ερωτηθέντες πρώτου προχωρήσουν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενημερώθηκαν λεπτομερώς για τον σκοπό και το περιεχόμενο της έρευνας, τηρώντας όλα τα δέοντα μέτρα ηθικής και δεοντολογίας. Για να πραγματοποιηθεί η παρούσα έρευνα, εκδόθηκε σχετική άδεια από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να εξετάσει τη σχέση των επαγγελματιών υγείας με τη φυσική δραστηριότητα και κατά πόσο αυτή επηρεάζει τη καθημερινότητά τους σε επίπεδα στρες και επαγγελματικής ικανοποίησης. Για το σκοπό αυτό και με βάση τη θεωρητική ανάλυση που προηγήθηκε, ακολουθούν τα κυρίως ερευνητικά ερωτήματα που θα βασιστεί η έρευνα:

1. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δημογραφικών στοιχείων και φυσικής δραστηριότητας;
2. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δημογραφικών στοιχείων και αντιλαμβανόμενου στρες;
3. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και αντιλαμβανόμενου στρες;
4. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και επαγγελματικής ικανοποίησης;
5. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και επαγγελματικής εξουθένωσης;
6. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και δευτερεύοντος τραυματικού στρες;

3.3. Ερευνητικά εργαλεία

Τα ερευνητικά εργαλεία της παρούσας έρευνας είναι τα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια αποτελούν έναν οικονομικό τρόπο συλλογής μεγάλου αριθμού δειγματος για μελέτες κοινωνικού περιεχομένου. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρεις σταθμισμένες κλίμακες.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο είναι το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας (International Physical Activity Questionnaire). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να θεωρηθεί μια έγκυρη πηγή αξιοποίησης και συλλογής δεδομένων (Craig et al, 2003). Επίσης έχει εξετασθεί για την εγκυρότητά του και έχει σταθμιστεί στην ελληνική από τον κ. Παπαθανασίου (2009). Στο ερωτηματολόγιο εμπεριέχονται 7 ερωτήσεις φυσικής δραστηριότητας και 1 ερώτηση καθιστικής ζωής. Στη φυσική δραστηριότητα ερευνάται η συχνότητα, η διάρκεια και η ένταση αυτής.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αφορά την Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στρες (Perceived Stress Scale-10) των Cohen , Kamarck , Mermelstein (1983), το οποίο σταθμίστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τον Καραδήμα (2007). Το ερωτηματολόγιο του αντιλαμβανόμενου στρες περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις που έχουν ως σκοπό να σκιαγραφήσουν τα συναισθήματα των ερωτηθέντων τις τελευταίες 30 ημέρες.

Το τρίτο ερωτηματολόγιο είναι η 5η έκδοση της Κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (Professional Quality Of Life Scale/ ProQOL) της Beth Stamm (2009). Αποτελείται από 30 ερωτήσεις κλειστού τύπου σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (Ποτέ έως Πολύ συχνά). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από την κυρία Βούρδα σε εκπόνηση διπλωματικής εργασίας. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η μελέτη της ποιότητας επαγγελματικής ζωής με βάση την ικανοποίηση από την εργασία, την επαγγελματική εξουθένωση και το τραυματικό άγχος.

3.4. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε στο IBM SPSS 27, ενώ όλοι οι έλεγχοι που έγιναν ήταν δίπλευροι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 0,05$. Αρχικά, εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας των κατανομών όλων των ποσοτικών μεταβλητών, μέσω του Kolmogorov-Smirnov, ώστε να ταυτοποιηθεί τυχόν κανονικότητα ή λοξότητα και ανάλογα να ακολουθηθεί ο κατάλληλος έλεγχος ανάλυσης δεδομένων (παραμετρικός ή μη παραμετρικός). Η κατανομή όλων των ποσοτικών εξαρτημένων μεταβλητών εμφάνισε λοξότητα ($P\text{value} < 0,05$) και έτσι επιλέχθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι επαγωγικής στατιστικής καθώς και περιγραφικής στατιστικής.

Αρχικά, υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στοιχεία για όλες τις μεταβλητές και εκφράστηκαν ως συχνότητες (σχετικές συχνότητες) - n (%) για τις ποιοτικές μεταβλητές και ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) – median (IQR) για τις ποσοτικές μεταβλητές. Επιπρόσθετα, στις ποσοτικές μεταβλητές παρατίθεται και η μέση τιμή (μ.τ.) (τυπική απόκλιση) – mean (SD). Για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ ποσοτικών εξαρτημένων μεταβλητών (φυσική δραστηριότητα, αντιλαμβανόμενο στρες και ποιότητα επαγγελματικής ζωής - επαγγελματική ικανοποίηση, δευτερεύον τραυματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση), εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho. Επιπρόσθετα, διενεργήθηκε ο έλεγχος chi-square για τη διερεύνηση σημαντικών διαφορών μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας, του αντιλαμβανόμενου στρες και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, ως προς τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά.

4. Αποτελέσματα έρευνας

4.1. Δημογραφικό, επαγγελματικό και κοινωνικό προφίλ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δημογραφικού, του επαγγελματικού και του κοινωνικού προφίλ των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (83,1%), ελληνικής καταγωγής (97,5%) και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (40,7%). Η διάμεσος της ηλικίας ήταν τα 35 έτη (IQR = 16) και ο μέσος όρος τα 36,42 έτη (SD = 10,13). Η σχέση εργασίας με την υπηρεσία τους ήταν επικουρική (92,4%) και είχαν λιγότερο από 5 έτη προϋπηρεσίας (39,8%), ενώ πάνω από 15 έτη προϋπηρεσίας είχε το 24,6%. Τον τελευταίο μήνα, το 84,7% των συμμετεχόντων απασχολήθηκε κάτω από 5 ώρες υπερωριακής απασχόλησης και το ωράριο εργασίας της πλειοψηφίας ήταν πρωινό (91,5%). Επιπροσθέτως, το 93,2% των συζύγων/συντρόφων των συμμετεχόντων εργάζεται. Το 44,1% ήταν άγαμοι, το 41,5% έγγαμοι και το 6,8% σε σχέση συμβίωσης, ενώ το 2,5% ήταν χήροι/ες. Η πλειοψηφία ήταν άτεκνοι (63,8%), ενώ το 17,8% είχε ένα τέκνο, το 11,9% 2 τέκνα, το 4,2% 3 τέκνα και το 2,5% πάνω από 3 τέκνα και η πλειοψηφία των τέκνων ήταν 0-5 έτη. Τέλος, το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων κυμάνθηκε στα 10.000€ - 15.000€ (39,8%), ενώ πάνω από 30.000€ είχε μόλις το 5,9%.

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά δημογραφικού, επαγγελματικού και κοινωνικού προφίλ των συμμετεχόντων (n = 118)

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	N	%
Φύλο		
Άνδρες	20	16,9
Γυναίκες	98	83,1
Ιθαγένεια		
Ελληνική	115	97,5

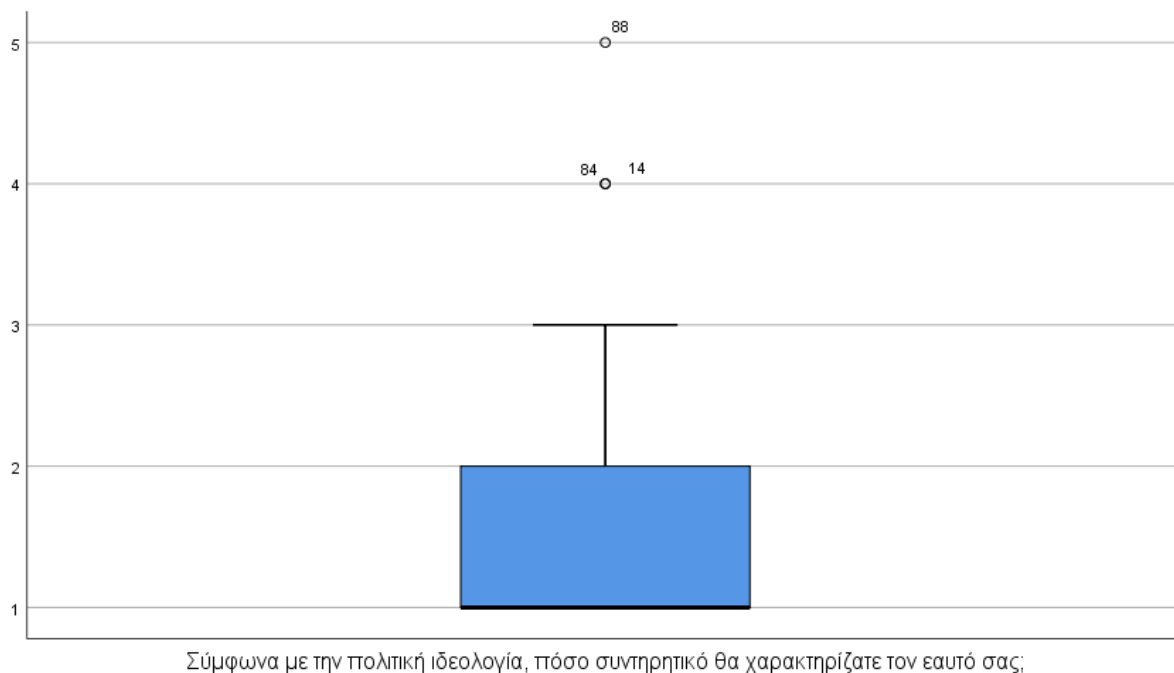
Άλλη	3	2,5
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευσης (ΔΕ)	48	40,7
Τεχνολογική εκπαίδευση (ΤΕ)	31	26,3
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (ΠΕ)	39	33,1
Σύμβαση εργασίας		
Μόνιμο προσωπικό	9	7,6
Επικουρικό προσωπικό	109	92,4
Έτη προϋπηρεσίας		
Λιγότερα από 5 έτη	47	39,8
5 – 10 έτη	26	22
11 – 15 έτη	16	13,6
16 – 20 έτη	21	17,8
21 έτη και πάνω	8	6,8
Ώρες υπερωριακής απασχόλησης τον τελευταίο μήνα		
Κάτω από 5 ώρες	100	84,7
5 – 9 ώρες	12	10,2
10 – 14 ώρες	4	3,4
Πάνω από 15 ώρες	2	1,7
Ωράριο εργασίας		
Πρωινό	108	91,5

Απογευματινό	8	6,8
Νυχτερινό	2	1,7
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	49	41,5
Σε σχέση συμβίωσης	8	6,8
Άγαμος/η	52	44,1
Διαζευγμένος/η	6	5,1
Χήρος/α	3	2,5
Εργασιακή κατάσταση συζύγου/συντρόφου		
Εργάζεται	110	93,2
Δεν εργάζεται	8	6,8
Τέκνα		
Κανένα	75	63,8
1 παιδί	21	17,8
2 παιδιά	14	11,9
3 παιδιά	5	4,2
Πάνω από 3 παιδιά	3	2,5
Ηλικία πρώτου παιδιού		
0 – 5 ετών	19	44,2
6 – 10 ετών	19	44,2
11 – 15 ετών	5	11,6
Ηλικία δεύτερου παιδιού		
0 – 5 ετών	11	50

6 – 10 ετών	9	40,9
11 – 15 ετών	2	9,1
Ηλικία τρίτου παιδιού		
0 – 5 ετών	5	62,5
6 – 10 ετών	3	37,5
Ηλικία τέταρτου παιδιού		
0 – 5 ετών	2	66,7
6 – 10 ετών	1	33,3
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα		
<10.000€	24	20,3
10.000€ - 15.000€	47	39,8
15.001€ - 20.000€	21	17,8
20.001€ – 30.000€	16	13,6
Πάνω από 30.000€	7	5,9
Ηλικία*	35 (16)	36,42 (10,13)

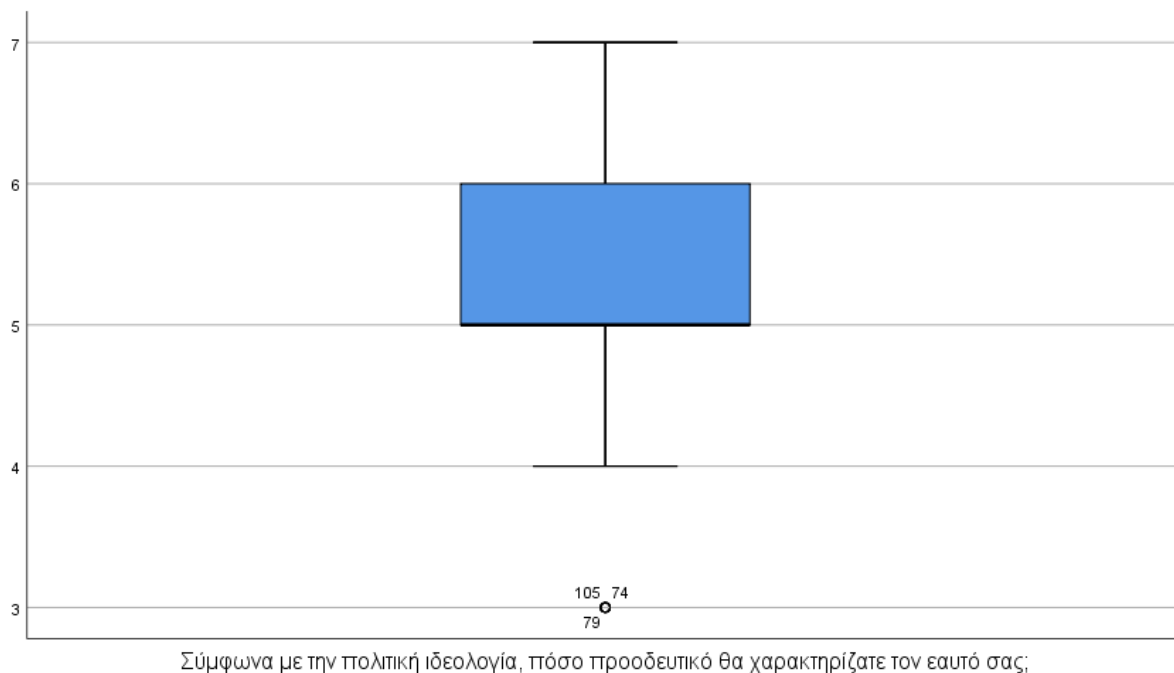
* Median (IQR) | Mean (SD)

Στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σύμφωνα με την πολιτική σας ιδεολογία, πόσο συντηρητικό θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;» Βάσει των απαντήσεων των συμμετεχόντων, ο βαθμός συντηρητικότητας κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα, με διάμεσο 1 και IQR 1 (μ.τ. = 1,64 και SD = 0,85).



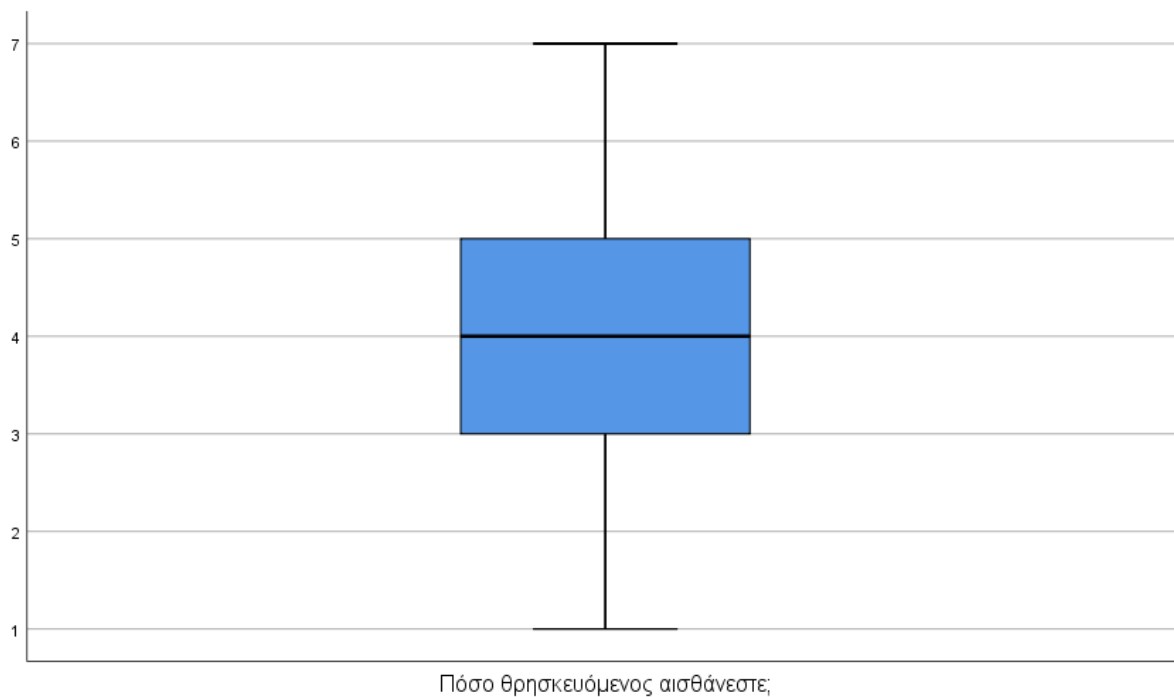
Γράφημα 1: Θηκόγραμμα κατανομής των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σύμφωνα με την πολιτική σας ιδεολογία, πόσο συντηρητικό θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;» ($n = 118$)

Στο Γράφημα 2 παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σύμφωνα με την πολιτική σας ιδεολογία, πόσο προοδευτικό θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;» Βάσει των απαντήσεων των συμμετεχόντων, ο βαθμός προοδευτικότητας κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα, με διάμεσο 5 και IQR 1 ($\mu.τ. = 5,27$ και $SD = 1,06$).



Γράφημα 2: Θηκόγραμμα κατανομής των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σύμφωνα με την πολιτική σας ιδεολογία, πόσο προοδευτικό θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;» ($n = 118$)

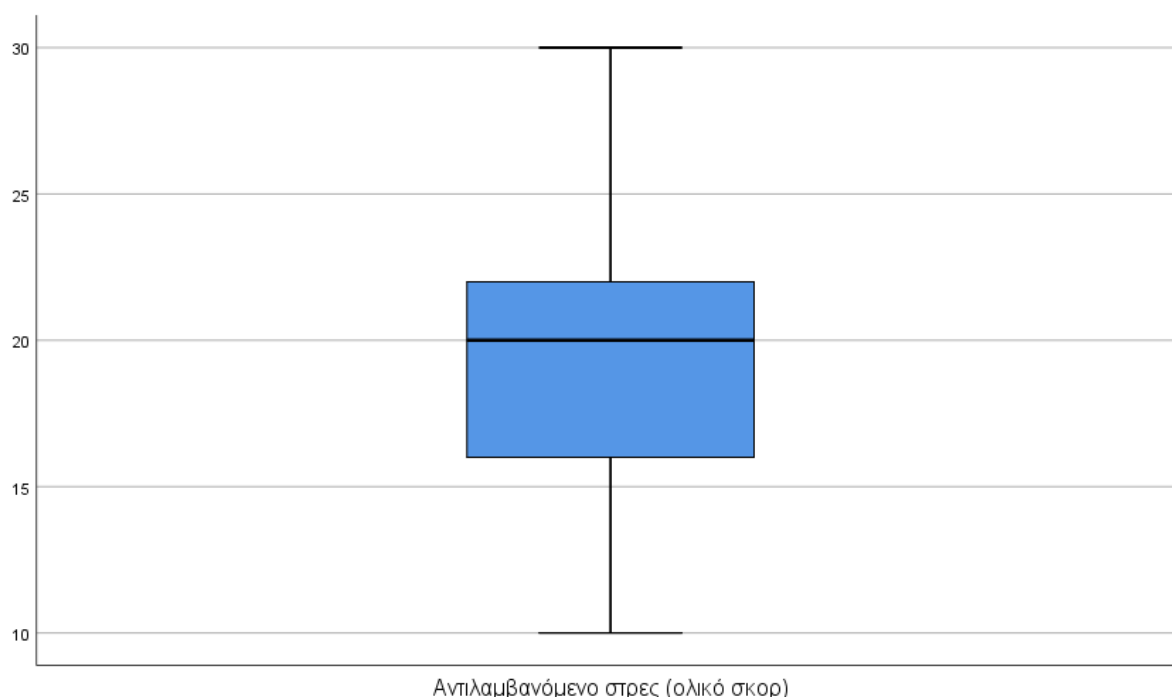
Στο Γράφημα 3 παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσο θρησκευόμενος αισθάνεστε;» Βάσει των απαντήσεων, η θρησκευτικότητα των συμμετεχόντων κυμάνθηκε σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα, με διάμεσο 4 και IQR 2 (μ.τ. = 4,01 και SD = 1,65).



Γράφημα 3: Θηκόγραμμα κατανομής των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσο θρησκευόμενος αισθάνεστε;» ($n = 118$)

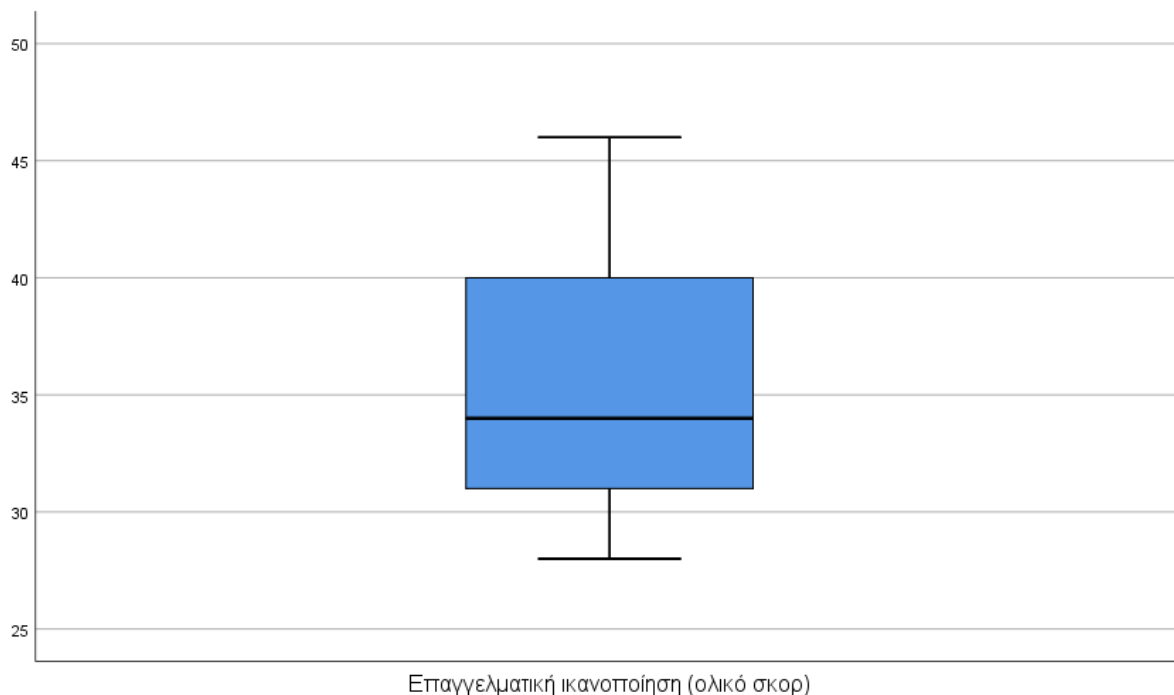
4.2. Επίπεδα και συχνότητα αντιλαμβανόμενου στρες, ποιότητας επαγγελματικής ζωής και φυσικής δραστηριότητας

Στο Γράφημα 4 παρουσιάζεται η κατανομή του ολικού σκορ του αντιλαμβανόμενου στρες των συμμετεχόντων, όπως προέκυψε από τη χρήση της κλίμακας PSS-10. Όπως φάνηκε και από τις απαντήσεις, το αντιλαμβανόμενο στρες κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα, με διάμεσο 20 και IQR 6 (μ.τ. = 19,51, SD = 4,68).



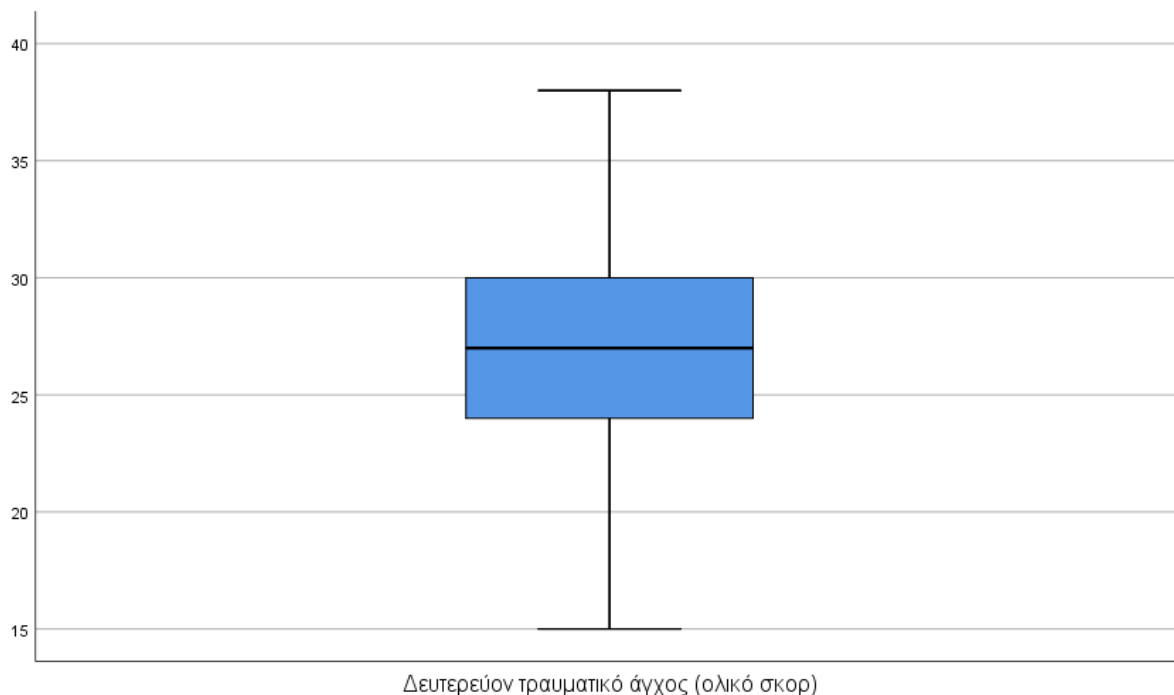
Γράφημα 4: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ του αντιλαμβανόμενου στρες των συμμετεχόντων (n = 118)

Στο Γράφημα 5 παρουσιάζεται η κατανομή του ολικού σκορ της επαγγελματικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων, όπως προέκυψε από τη χρήση της κλίμακας Pro QOL. Όπως φάνηκε και από τις απαντήσεις, η επαγγελματική ικανοποίηση κυμάνθηκε σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα, με διάμεσο 34 και IQR 9 (μ.τ. = 35,51, SD = 4,99).



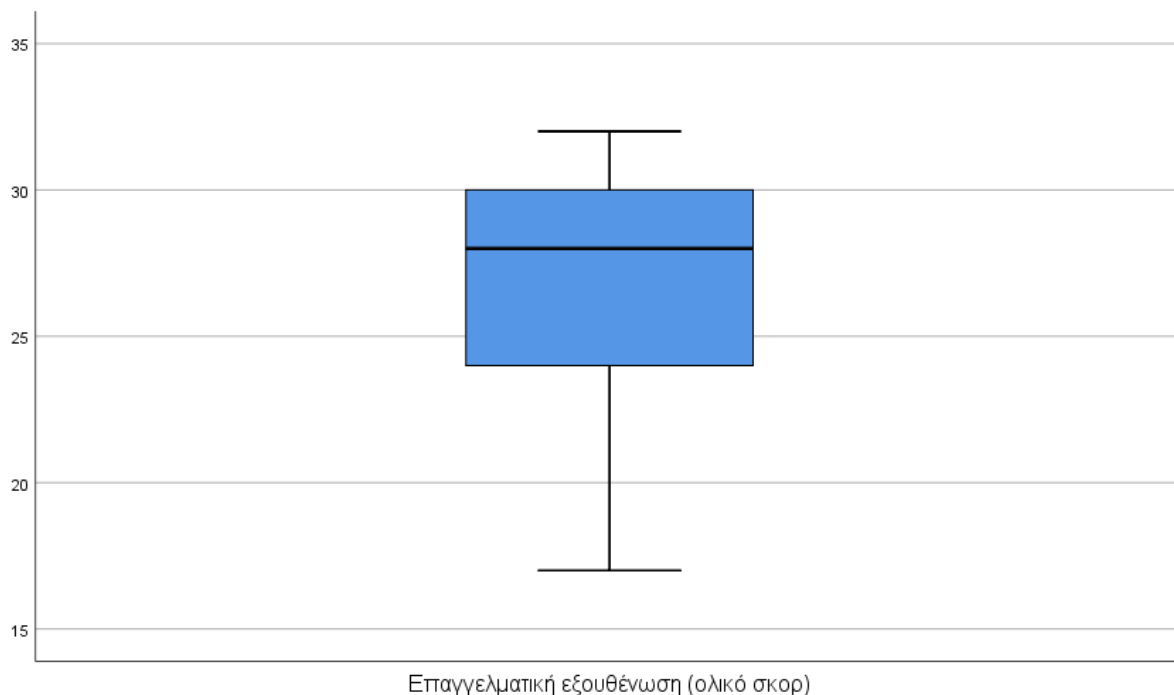
Γράφημα 5: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ της επαγγελματικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων ($n = 118$)

Στο Γράφημα 6 παρουσιάζεται η κατανομή του ολικού σκορ του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων, όπως προέκυψε από τη χρήση της κλίμακας Pro QOL. Όπως φάνηκε και από τις απαντήσεις, το δευτερεύον τραυματικό άγχος κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα, με διάμεσο 27 και IQR 6 ($\mu.τ. = 27$, $SD = 5,32$).



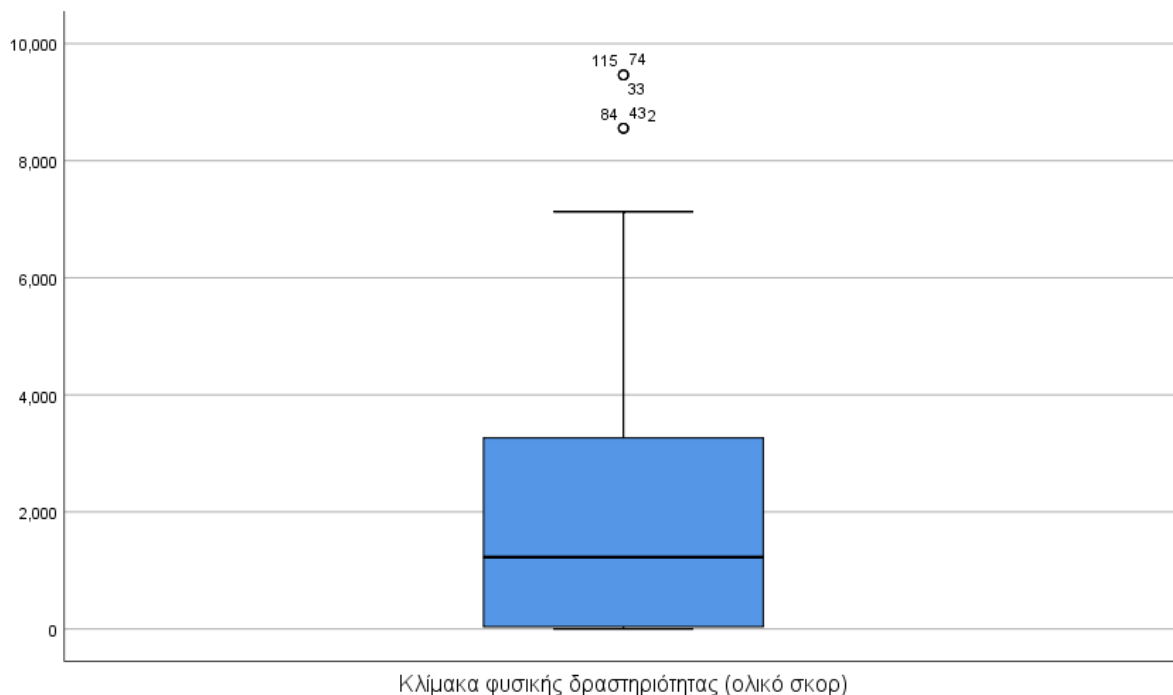
Γράφημα 6: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων ($n = 118$)

Στο Γράφημα 7 παρουσιάζεται η κατανομή του ολικού σκορ της επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων, όπως προέκυψε από τη χρήση της κλίμακας Pro QOL. Όπως φάνηκε και από τις απαντήσεις, η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα, με διάμεσο 28 και IQR 6 ($\mu.τ. = 26,89$, $SD = 3,83$).



Γράφημα 7: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ της επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων ($n = 118$)

Στο Γράφημα 8 παρουσιάζεται η κατανομή του ολικού σκορ της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων αντίστοιχα, όπως προέκυψαν από τη χρήση της ομώνυμης κλίμακας. Όπως φάνηκε και από τις απαντήσεις, η φυσική δραστηριότητα κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα, με διάμεσο ολικού σκορ 1226,5 και IQR 3224 ($\mu.τ. = 2081,19$, $SD = 2567,74$).



Γράφημα 8: Θηκόγραμμα κατανομής του ολικού σκορ της κλίμακας φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων ($n = 118$)

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα επίπεδα ποιότητας επαγγελματικής ζωής, αντιλαμβανόμενου στρες και φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (85,6%) βιώνει μεσαία επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία τους, καθώς και μεσαία επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους (80,5%) και μεσαία επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (82,2%). Εν συνεχεία, το αντιλαμβανόμενο στρες κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα μόλις στο 17,8% των συμμετεχόντων, σε μεσαία επίπεδα στο 73,7% και σε υψηλά επίπεδα στο 8,5%. Τέλος, 100 συμμετέχοντες μοιρασμένοι ισόποσα παρουσίασαν χαμηλή και υψηλή φυσική δραστηριότητα, ενώ 18 συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτρια φυσική δραστηριότητα σε εβδομαδιαίο επίπεδο.

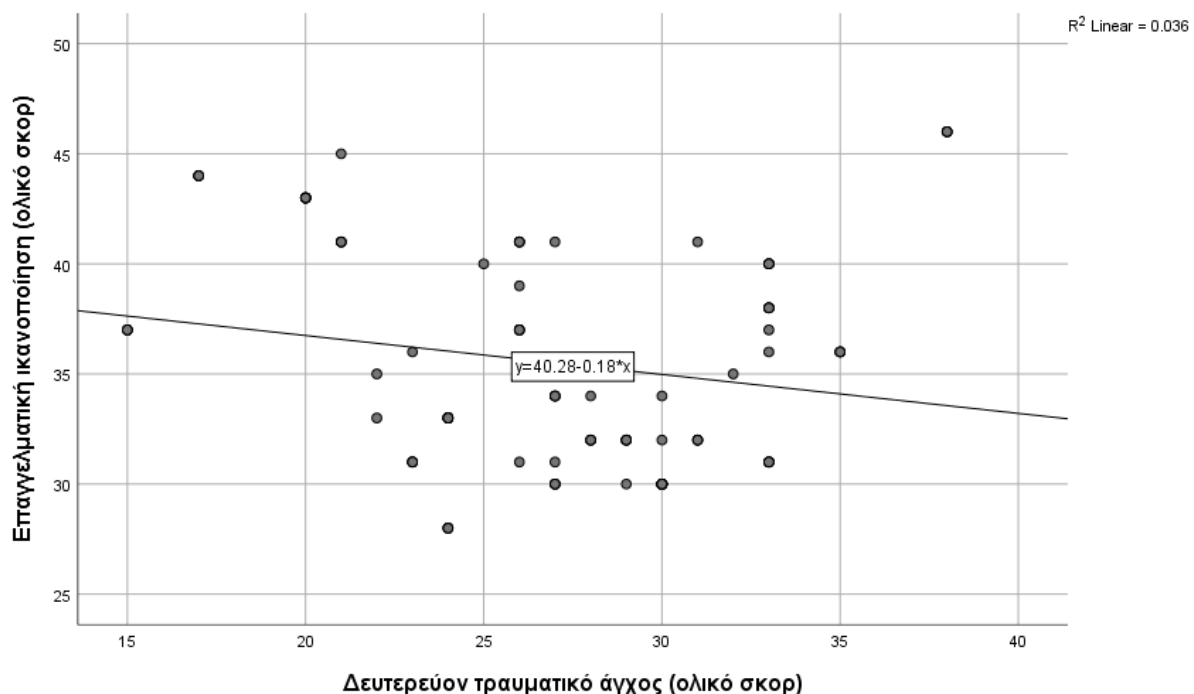
Πίνακας 2: Επίπεδα ποιότητας επαγγελματικής ζωής, αντιλαμβανόμενου στρες και φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων ($n = 118$)

	N	%
Επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης		
Μεσαία επίπεδα	101	85,6

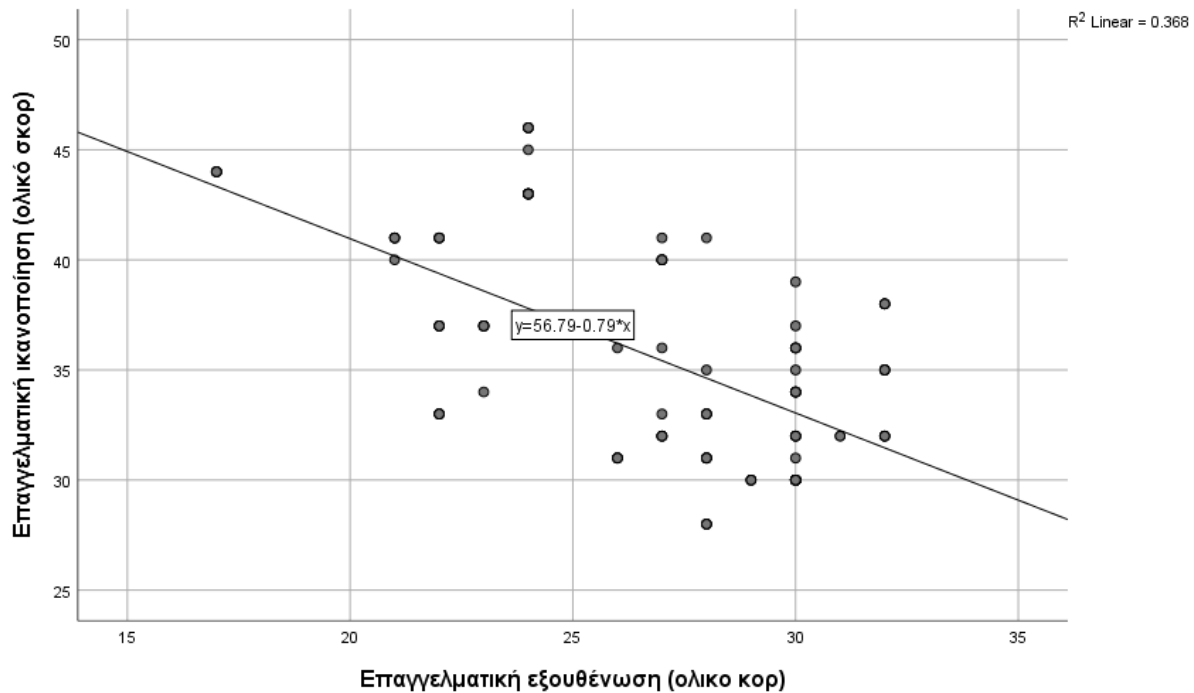
Υψηλά επίπεδα	17	14,4
Επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους		
Χαμηλά επίπεδα	23	19,5
Μεσαία επίπεδα	95	80,5
Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης		
Χαμηλά επίπεδα	21	17,8
Μεσαία επίπεδα	97	82,2
Επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες		
Χαμηλά επίπεδα	21	17,8
Μεσαία επίπεδα	87	73,7
Υψηλά επίπεδα	10	8,5
Επίπεδα φυσικής δραστηριότητας		
Χαμηλή φυσική δραστηριότητα	50	42,4
Μέτρια φυσική δραστηριότητα	18	15,3
Υψηλή φυσική δραστηριότητα	50	42,4

4.3. Συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου στρες, ποιότητας επαγγελματικής ζωής και φυσικής δραστηριότητας

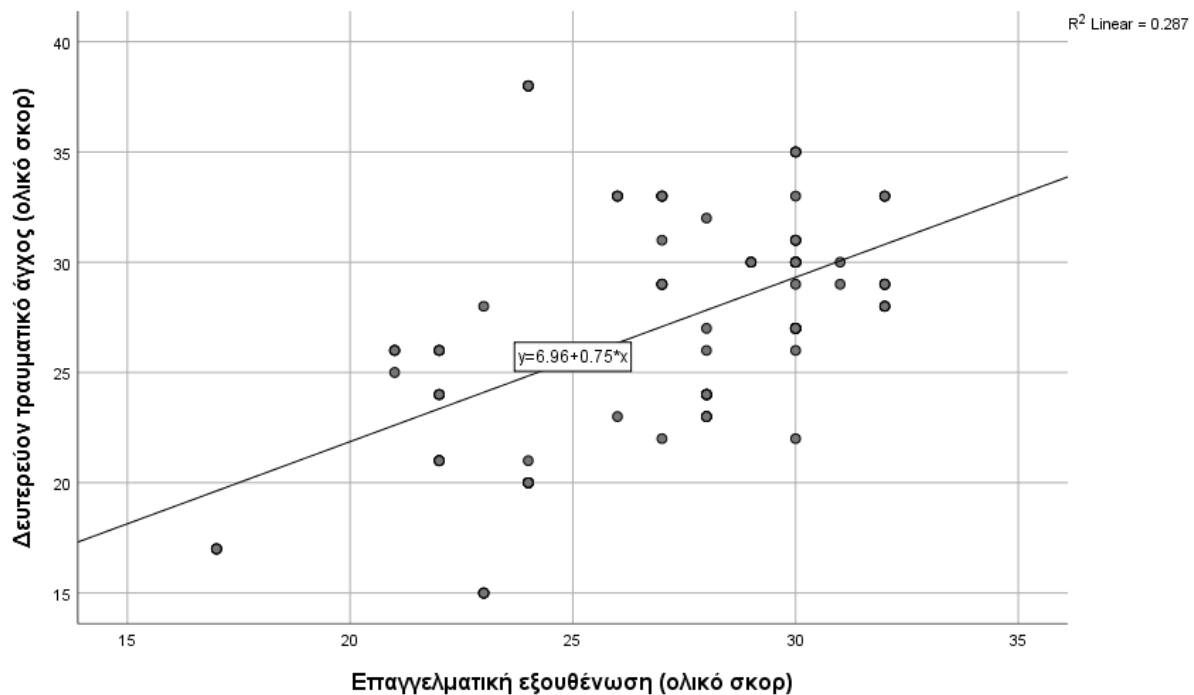
Στα Γράφηματα 9 -11 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ολικών σκορ των κλιμάκων (και των διαστάσεων τους μεμονωμένα) που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους ($P\text{value} = -0,021$, $\rho = -0,212$) (Γράφημα 9). Εν συνεχεία, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης ($P\text{value} < 0,001$, $\rho = -0,525$) (Γράφημα 10). Τέλος, παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού στρες και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης ($P\text{value} < 0,001$, $\rho = 0,507$) (Γράφημα 11). Στους στατιστικούς ελέγχους που έγιναν, δεν βρέθηκαν άλλες στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις.



Γράφημα 9: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων ($n = 118$)



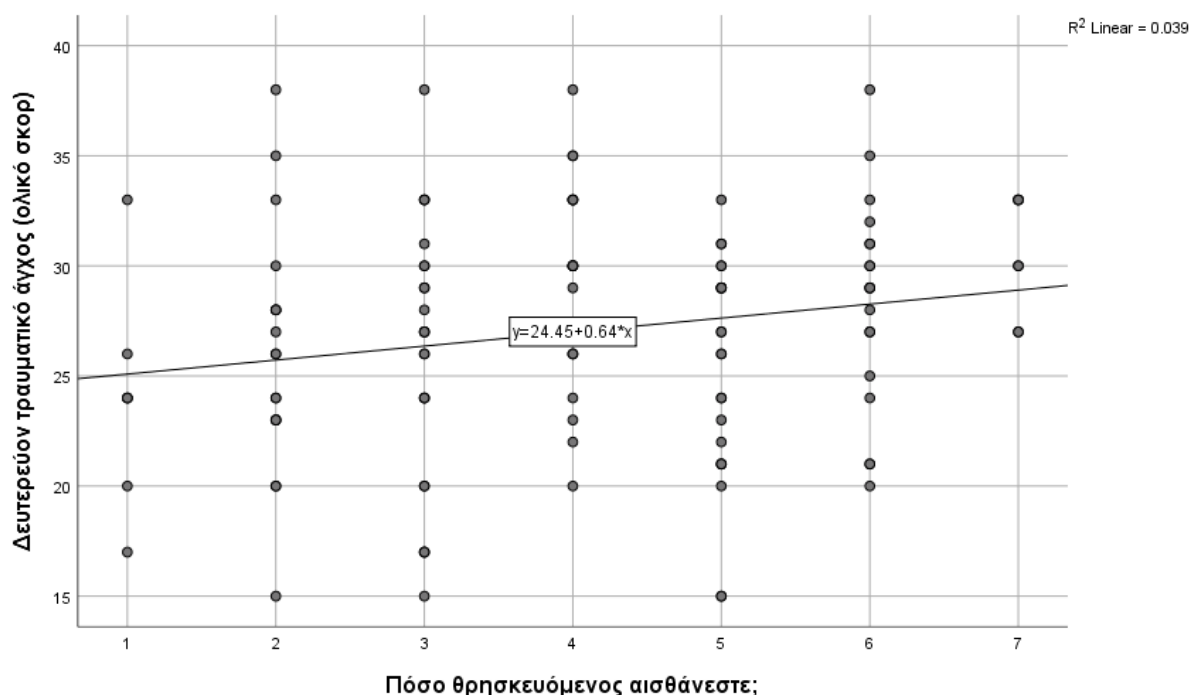
Γράφημα 10: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων ($n = 118$)



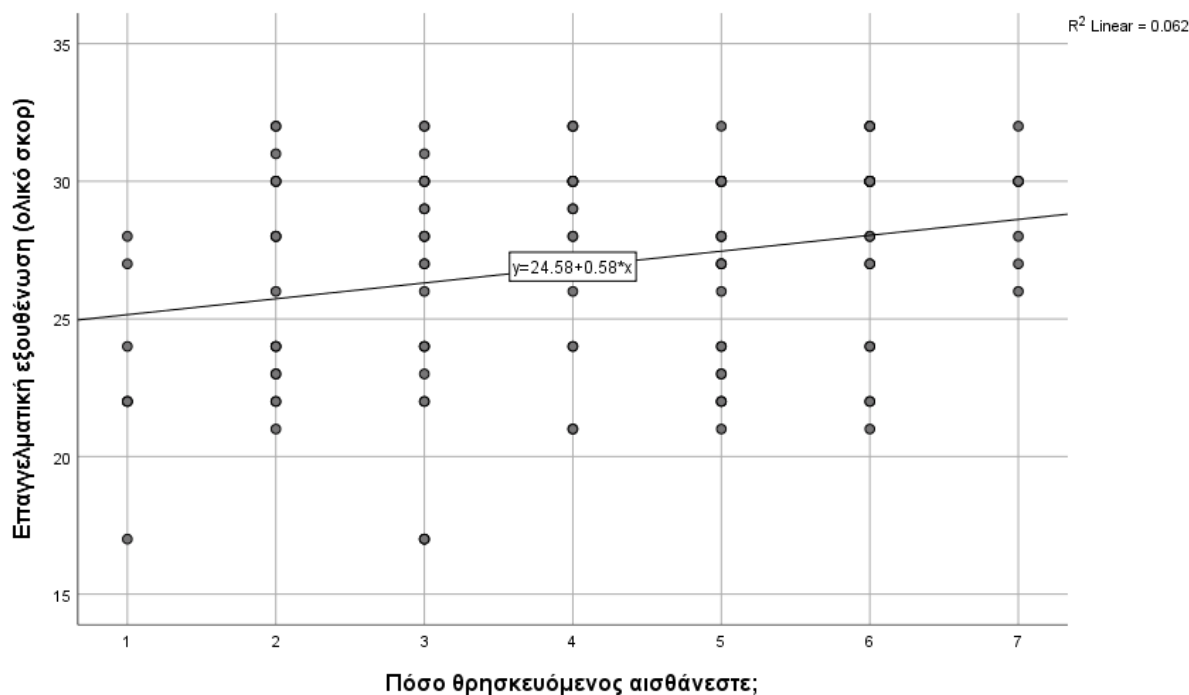
Γράφημα 11: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων ($n = 118$)

4.4. Επίδραση δημογραφικών, επαγγελματικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στο αντιλαμβανόμενο στρες, στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής και στη φυσική δραστηριότητα

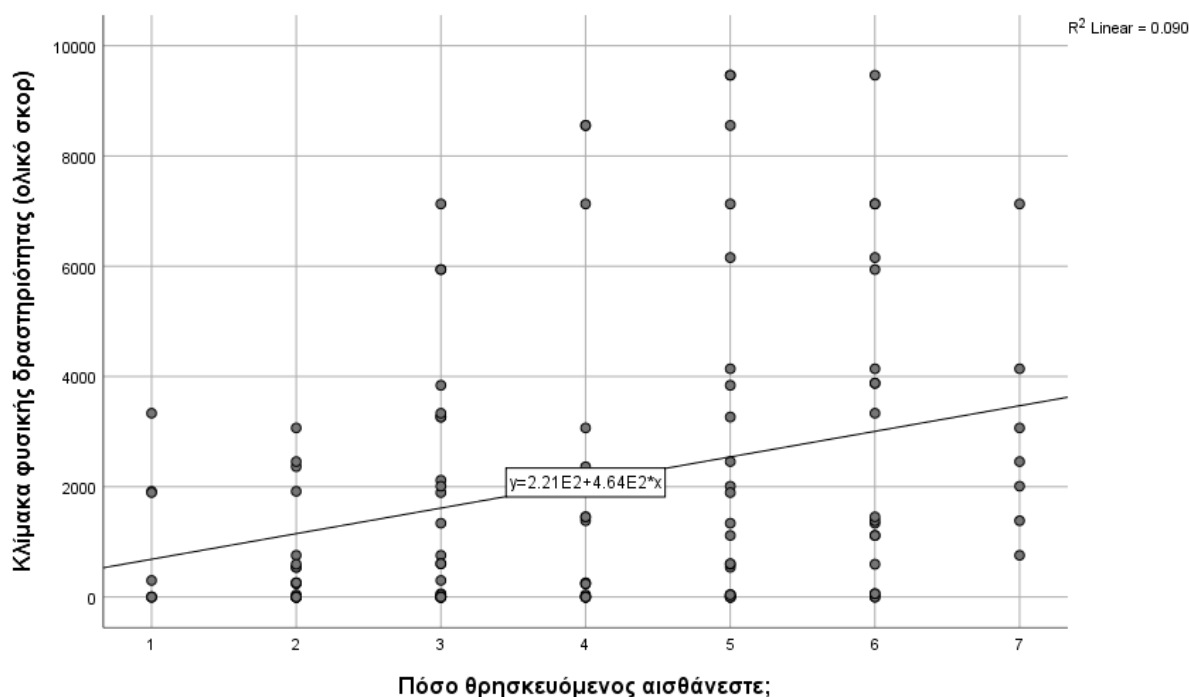
Στα Γραφήματα 12 – 14 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του βαθμού θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων και του ολικού σκορ των κλιμάκων (και των διαστάσεων τους μεμονωμένα) που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού θρησκευτικότητας και του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων ($P\text{value} = 0,021$, $\rho = 0,212$) (Γράφημα 12). Εν συνεχεία, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού θρησκευτικότητας και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης ($P\text{value} = 0,019$, $\rho = 0,216$) (Γράφημα 13). Τέλος, παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική ασθενής προς μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού θρησκευτικότητας και του ολικού σκορ της κλίμακας φυσικής δραστηριότητας ($P\text{value} < 0,001$, $\rho = 0,323$) (Γράφημα 14).



Γράφημα 12: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και του βαθμού θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων ($n = 118$)



Γράφημα 13: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης και του βαθμού θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων ($n = 118$)



Γράφημα 14: Συσχέτιση μεταξύ του ολικού σκορ της κλίμακας φυσικής δραστηριότητας και του βαθμού θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων ($n = 118$)

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η στατιστικώς σημαντική σύγκριση των επιπέδων της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους με τη σύμβαση εργασίας και τις ώρες υπερωριακής απασχόλησης των συμμετεχόντων τον τελευταίο μήνα. Συγκεκριμένα, το 44,4% του μόνιμου προσωπικού παρουσίασε χαμηλά επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και το 55,6% μεσαία επίπεδα, ενώ το 17,4% του επικουρικού προσωπικού παρουσίασε χαμηλά επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και το 82,6% μεσαία επίπεδα ($P\text{value} = 0,049$). Εν συνεχεία, το 19% των συμμετεχόντων που δούλεψαν κάτω από 5 ώρες παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα άγχους και το 81% μεσαία. Το 16,7% όσων δούλεψαν 5 – 9 ώρες υπερωρίες παρουσίασε χαμηλά επίπεδα άγχους, ενώ το 83,3% μεσαία. Τέλος, το 100% των συμμετεχόντων που δούλεψαν 10 – 14 ώρες υπερωρίες παρουσίασε μεσαία επίπεδα άγχους, ενώ το 100% των συμμετεχόντων που δούλεψαν πάνω από 15 ώρες υπερωρίες παρουσίασε χαμηλά επίπεδα άγχους ($P\text{value} = 0,025$).

Πίνακας 3: Στατιστικώς σημαντική σύγκριση των επιπέδων της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους με τη σύμβαση εργασίας και τις ώρες υπερωριακής απασχόλησης των συμμετεχόντων τον τελευταίο μήνα ($n = 118$)

	Επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους				
	Χαμηλά επίπεδα		Μεσαία επίπεδα		Pvalue
	N	%	N	%	
Σύμβαση εργασίας					
Μόνιμο προσωπικό	4	44,4	5	55,6	0,049
Επικουρικό προσωπικό	19	17,4	90	82,6	
Ώρες υπερωριακής απασχόλησης τον τελευταίο μήνα					
Κάτω από 5 ώρες	19	19	81	81	0,025
5 – 9 ώρες	2	16,7	10	83,3	
10 – 14 ώρες	-	-	4	100	
Πάνω από 15 ώρες	2	100	-	-	

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η στατιστικώς σημαντική σύγκριση της επαγγελματικής ικανοποίησης και του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του/της συζύγου/συντρόφου. Συγκεκριμένα, το 89,1% των συμμετεχόντων των οποίων ο/η σύντροφος/σύζυγος εργάζεται παρουσίασε μεσαία επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης ενώ το 10,9% υψηλά, και το 37,5% όσων ο/η σύντροφος/σύζυγος δεν εργάζεται παρουσίασε μεσαία επίπεδα και το 62,5% υψηλά επίπεδα ικανοποίησης ($P\text{value} < 0,001$). Η στατιστικά σημαντική αυτή διαφορά, αντανakλά την υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση σε όσους έχουν σύντροφο που εργάζεται έναντι όσων ο/η σύντροφος δεν εργάζεται. Τέλος, 17,3% των συμμετεχόντων των οποίων ο/η σύντροφος/σύζυγος εργάζεται παρουσίασε χαμηλά επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και το 82,7% μεσαία, ενώ όσοι είχαν σύντροφο/σύζυγο που δεν εργάζεται, μοιράστηκαν μεταξύ χαμηλών και μεσαίων επιπέδων άγχους ($P\text{value} = 0,024$). Η στατιστικά σημαντική αυτή διαφορά αντανakλά την αύξηση των επιπέδων άγχους σε όσους ο/η σύντροφός τους εργάζεται.

Αντίστοιχα, σημαντική διαφορά βρέθηκε και για το δευτερεύον τραυματικό άγχος ($p=0,024$), προς την ίδια κατεύθυνση.

Πίνακας 4: Στατιστικώς σημαντική σύγκριση της εργασιακής κατάστασης του/της συζύγου/συντρόφου με τα επίπεδα των διαστάσεων της επαγγελματικής ικανοποίησης και του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων ($n = 118$)

	Εργασιακή κατάσταση συζύγου/συντρόφου				
	Εργάζεται		Δεν εργάζεται		Pvalue
	N	%	N	%	
Επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης					
Μεσαία επίπεδα	98	89,1	3	37,5	<0,001
Υψηλά επίπεδα	12	10,9	5	62,5	
Επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους					

Χαμηλά επίπεδα	19	17,3	4	50	0,024
Μεσαία επίπεδα	91	82,7	4	50	

5. Συζήτηση

5.1. Κύρια ευρήματα

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, ελληνικής ιθαγένειας και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η πλειοψηφία των εργαζομένων ανήκε στο επικουρικό προσωπικό, με λιγότερα από 5 έτη προϋπηρεσίας, πρωινού ωραρίου, με κάτω από 5 ώρες υπερωριακής εργασίας ανά μήνα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν άγαμοι/ες, άτεκνοι, με την πλειοψηφία των συζύγων/συντρόφων να εργάζεται. Η διάμεσος της ηλικίας ήταν τα 35 έτη, ενώ το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα της πλειοψηφίας δεν ξεπερνά τις 15.000€.

Ο βαθμός συντηρητικότητας των συμμετεχόντων κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα, καθώς η πλειοψηφία δήλωσε προοδευτική, ενώ η θρησκευτικότητα κυμάνθηκε σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

Με τη χρήση της κλίμακας αυτοαναφοράς PSS-10 που μετράει το αντιλαμβανόμενο στρες, βρέθηκε ότι το αντιλαμβανόμενο στρες στους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Με την ανάλυση των δεδομένων της κλίμακας Pro QOL και όσον αφορά στη διάσταση της επαγγελματικής ικανοποίησης, μετρήθηκε με μέτρια προς υψηλά επίπεδα, ενώ οι διαστάσεις του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους της επαγγελματικής εξουθένωσης κυμάνθηκαν σε μέτρια επίπεδα. Τέλος, η φυσική δραστηριότητα των συμμετεχόντων, που μετρήθηκε με τη χρήση της ομώνυμης κλίμακας, κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα, κάτι που αντανάκλα την καθιστική εργασία των συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη υπηρεσία.

Στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν μεταξύ των ολικών σκορ των κλιμάκων (και των επιμέρους διαστάσεών τους) που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους. Εν συνεχεία, στατιστικώς σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ

του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού στρες και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά στο βαθμό θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων, παρουσιάστηκαν κάποιες στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις και των ολικών σκορ κάποιων κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού θρησκευτικότητας και του ολικού σκορ της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και μεταξύ του βαθμού θρησκευτικότητας και του ολικού σκορ της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική ασθενής προς μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού θρησκευτικότητας και του ολικού σκορ της κλίμακας φυσικής δραστηριότητας

Ο τύπος της σύμβασης εργασίας έπαιξε σημαντικό ρόλο στα επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού άγχους, όπως και οι ώρες υπερωριακής απασχόλησης τον τελευταίο μήνα. Επίσης, η εργασιακή κατάσταση του/της συζύγου/συντρόφου, φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και δευτερεύοντος τραυματικού άγχους των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με τη σωματική άσκηση, διαφαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επαγγελματιών υγείας δεν έχει ιδιαίτερη ενασχόληση. Το ίδιο παρατηρείται και στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου, παρά τα σημαντικά οφέλη της σωματικής άσκησης, οι επαγγελματίες υγείας δεν επιλέγουν να την εντάξουν στο καθημερινό τους πρόγραμμα (Phiri et al., 2014; Blake et al., 2011; McElligott et al., 2009), ενώ λόγω επαγγέλματος γνωρίζουν τη σημασία της φυσικής δραστηριότητας πολύ καλύτερα από μη επαγγελματίες υγείας (Ross et al., 2017; Henwood et al., 2016). Αντιθέτως, επιλέγουν πιο ανθυγιεινές συνήθειες όπως είναι το κάπνισμα και η καθιστική ζωή. (Malik et al., 2011; Zapka et al., 2009). Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία δεν πλησιάζει τα προτεινόμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (Κετσίου 2018), εν αντιθέσει με τη μελέτη της Παναγιώτου (2020) όπου οι ερωτηθέντες νοσηλευτές σημείωσαν υψηλά σκορ φυσικής άσκησης.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με το αντιλαμβανόμενο στρες, διαφαίνεται πως τα επίπεδα κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα. Αντίστοιχα σε μέτρια επίπεδα παρατηρήθηκε το αντιλαμβανόμενο στρες στη διεθνή βιβλιογραφία (Masadeh et al 2016).

Ταυτόχρονα παρατηρήθηκαν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού

άγχους, αποκαλύπτοντας, έτσι, μια γενικότερα καλή ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Στην ελληνική βιβλιογραφία, η Παναγιώτου (2020) διεξήγαγε μια μελέτη στην οποία προσπάθησε να συσχετίσει την επαγγελματική ικανοποίηση με τη φυσική δραστηριότητα, αποδεικνύοντας ότι η πρώτη συσχετίζεται άμεσα με τη δεύτερη, με τους ερωτηθέντες που σημειώνουν υψηλά σκορ επαγγελματικής ικανοποίησης να έχουν ταυτόχρονα υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με τη φυσική δραστηριότητα και πώς αυτή σχετίζεται με το αντιλαμβανόμενο στρες και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής, διαφαίνεται πως στο κομμάτι του αντιλαμβανόμενου στρες δεν υφίσταται αξιοσημείωτη συσχέτιση, εν αντιθέσει με α επίπεδα επαγγελματική ικανοποίησης όπου ήταν μέτρια σε εναρμόνιση με τα μέτρια επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Συμπερασματικά, το εύρημα αυτό είναι σημαντικό καθώς υπογραμμίζει πως όσο περισσότερο επιλέγουν οι επαγγελματίες υγείας την ενασχόλησή τους με τη φυσική δραστηριότητα, τόσο περισσότερο αυξάνεται η επαγγελματική τους ικανοποίηση.

5.2. Περιορισμοί, δυνατά σημεία και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια καταγραφής της φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με το αντιλαμβανόμενο εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας της 7ης ΥΠΕ, λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Διέπετε από διάφορους περιορισμούς, κυρίως λόγω της φύσης της μελέτης και του σχεδιασμού της. Αρχικά, δεν θεωρείται κατάλληλη για διεξαγωγή αιτιολογικών συσχετίσεων μιας και πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που δεν μπορεί να προσεγγίσει σχέσεις αιτίου-αιτιατού. Παράλληλα, η δειγματοληπτική τεχνική που εφαρμόστηκε ήταν μη πιθανοτική και δεν προσέγγισε τους συμμετέχοντες με όρους τυχειότητας και του ισοπίθανου. Έτσι, τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευτούν σε διαφορετικούς πληθυσμούς, λόγω της χαμηλής εξωτερικής εγκυρότητας. Επιπρόσθετα, έγινε χρήση κλιμάκων και ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς, γεγονός που ενδέχεται να έχει εισαγάγει σφάλματα πληροφόρησης και ανάκλησης, από πλευράς συμμετεχόντων.

Παρ' όλα αυτά, τα παρόντα ευρήματα σκιαγραφούν την υφιστάμενη κατάσταση του συγκεκριμένου πληθυσμού μελέτης, που θεωρείται ιδιαίτερος επιβαρυνμένος από πλευράς στρεσογόνων παραγόντων, καθιστικής φύσης εργασίας και που παράλληλα δεν έχει μελετηθεί μέχρι σήμερα επαρκώς. Τέλος, οι κλίμακες που επιλέχθηκαν, αν και αυτό-αναφοράς, θεωρούνται αξιόπιστα εργαλεία και χρησιμοποιούνται εκτενώς σε αντίστοιχες μελέτες παγκοσμίως.

Ως πρόταση για μελλοντική έρευνα, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί η τεχνολογία σε μεγαλύτερο βαθμό για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων, για παράδειγμα μέσω των έξυπνων βιομετρικών ρολογιών. Τα επαγγέλματα υγείας στη πλειοψηφία τους δεν είναι καθιστικά και χαρακτηρίζονται από έντονη κινητικότητα, η οποία θα μπορούσε να καταγράφεται με αυτό το τρόπο και να λαμβάνεται υπόψιν στη γενικότερη μελέτη. Τα ερωτηματολόγια δίνουν μια εικόνα της ενασχόλησης των ερωτηθέντων με τη φυσική άσκηση αλλά δεν παύουν να είναι υποκειμενικά και πολλές φορές να δίνουν λανθασμένα αποτελέσματα και σκορ που δεν ανταποκρίνονται πλήρως στην πραγματικότητα.

Βιβλιογραφία

ΔΙΕΘΝΗΣ

1. Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the Risk of Compassion Fatigue: A Study of Hospice Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8, 346-56.
2. Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8, 346-356.
3. Amarat M., Akbolat M., Ünal Ö., Güneş Karakaya B. (2019). The mediating role of work alienation in the effect of workplace loneliness on nurses' performance. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 553–559. 10.1111/jonm.12710 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Bergman, L., Corabian, P., & Harstall, C. (2009). Effectiveness of Organisational Interventions for the Prevention of Occupational Stress. Alberta; Institute of Health Economics. Google Scholar
5. Biernat, E., Poznanska, A., & Gajewski, A. K. (2012). Is physical activity of medical personnel a role model for their patients? *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19:707–10.
6. Bischoff, L. L., Otto, A.-K., Hold, C., & Wollesen, B. (2019). The effect of physical activity interventions on occupational stress for health personnel – a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 94-104.
7. Bize, R., Johnson, J.A., & Plotnikoff, R.C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401-415.
8. Blake, H., Malik, S., Mo, P. K., & Pisano, C. (2011). Do as say, but not as I do': are next generation nurses role models for health? *Perspect Public Health*, 131(5), 231-239.
9. Blake, H., Stanulewicz, N., & McGill, F. (2016). Predictors of physical activity and barriers to exercise in nursing and medical students. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 917-929.
10. Boorman, S. (2009). NHS Health and Well Being Review Interim Report. London; Department of Health. Google Scholar
11. Buchman, B.P., Sallis, J.F., Criqui, M.H., Dimsdale, J.E., & Kaplan, R.M. (1991). Physical activity,

- physical fitness, and psychological characteristics of medical students. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(2), 197-208.
12. Burchell, B.J. (2002). The prevalence and redistribution of job security and work intensification. *Job Insecurity and Work Intensification*. In Burchell, B.J., Ladipo, D. & Wilkinson, F. (Eds.), (pp. 61–76). London; Routledge. Google Scholar
 13. Cameron, O.G., & Hudson, C.J. (1986). Influence of exercise on anxiety level in patients with anxiety disorders. *Psychosomatics*, 27(10), 720-3.
 14. Cohen R., Leykin D., Golan-Hadari D., Lahad M. (2017). Exposure to traumatic events at work, post-traumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery*, 50, 1–8. 10.1016/j.midw.2017.03.009 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 15. Corazon, S., Stitgsdotter, U., Ekholm, O., Pedersen, P., Scopelliti, M., & Giuliani, M. (2010). Activities to alleviate stress and association with leisure time activities, socioeconomic status and general health. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 15, 161-174.
 16. Dona Schweitzer, Teressa J. Krassa. (2010). Detterents to Nurses’ Participation in Continuing Professional Development: An Integrative Literature Review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41 (10).
 17. Dönmez P. (2015). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İşe Yabancılaşmayı Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi [Studying at a university hospital predictors of alienation among nurses work] (Master’s thesis). Celal Bayar University, Institute of Health Sciences. [Google Scholar]
 18. Dziubek, W.,Kowalska, J.,Kusztal, M., Rogowski, Ł.,Gołebiowski, T.,Nikifur, M.,Szczepanska-Gieracha, J., Zembron-Łacny, A., Klinger, M.,&Wozniowski,
 19. Ertekin P., Özmen D. (2017). Identification of the variables which predict alienation from work in nurses who are studying at a university hospital. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 25–30. 10.5222/HEAD.2017.025 [CrossRef] [Google Scholar]
 20. Espeland, K. E. (2006). Overcoming burnout: How to revitalize your career.
 21. Freitas, A.R., Carneseca, E.C., Paiva, C.E., Paiva, B.S. (2014). Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 332-336.
 22. Gill, D., Hammond, C., Reifsteck, E., Jehu, C., Williams, R., Adams, M., Lange, E., Becofsky, K.,

- Rodriguez, E., & Shang, Y-T. (2013). Physical Activity and Quality of Life. *Journal of preventive medicine and public health*, 46(1), S28-34.
23. Gillison, F.B., Skevington, S.M., Sato, A., Standage, M., & Evangelidou, S. (2009). The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 68(9), 1700- 1710.
24. Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U., Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*, 380(9838), 247-57.
25. Harvey, S.B., Laird, B., Henderson, M., & Hotopf, M. (2009). *The Mental Health of Health Care Professionals: A Review for the Department of Health*. London; London King's College. Google Scholar
26. Heiestad, H., Rustaden, A., Bø, K., & Haakstad, L. (2016). Effect of regular resistance training on motivation, self-perceived health, and quality of life in previously inactive overweight women: A randomized, controlled trial. *BioMed Research International*, 3815976.
27. Henwood, T., Tuckett, A., Bagadi, N. E., & Oliffe, J. (2015). Connecting leisure-time physical activity and quality of sleep to nurse health: Data from the e-cohort study of nurses and midwives. *Journal of Nursing & Care*, 4, 254.
28. Ioannou P., Katsikavali V., Galanis P., Velonakis E., Papadatou D., Sourtzi P. (2015). Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Safety and Health at Work*, 6(4), 324–328. 10.1016/j.shaw.2015.07.010 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
29. J.D. (2021). Perceived stress factors among newcomers to the nursing career.
30. Jonsdottir, I. H., Rödger, L., Hadzibajramovic, E., Börjesson, M., & Ahlborg, G Jr. (2010). A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. *Prevent Medicine*, 51(5), 373-7.
- Lox, C. L., Martin, K. A., & Petruzzello, S. J. (2003). *The psychology of exercise: Integrating theory and practice*. Scottsdale, AZ: Holcomb Hathaway.
31. Kaiser S., Patras J., Martinussen M. (2018). Linking interprofessional work to outcomes for employees: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, 41(3), 265–280. 10.1002/nur.21858 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

32. Kallings, L. V., Leijon, M., Hellenius, M. L., et al. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(2), 154-161.
33. Koçoğlu M. (2014). Cynicism as a mediator of relations between job stress and work alienation: A study from a developing country-Turkey. *Global Business and Management Research: an International Journal*, 6(1), 24–36. [Google Scholar]
34. Kowalski, C., Driller, E., Ernstmann, N., Alich, S., Karbach, U., Ommen, O., Schulz-Nieswandt, F., & Pfaff, H. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), 470-479
35. Langdon, P.E., Yàguez, L., & Kuipers, E. (2007). Staff working with people who have intellectual disabilities within secure hospitals. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 343-357.
36. M. (2016). The level of anxiety and depression in dialysis patient undergoing regular physical exercise training—A preliminary study. *Kidney and Blood Pressure Research*, 41, 86-98.
37. Macera, C.A., & Powell, K.E. (2001). Population attributable risk: implications of physical activity dose. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), S635-9.
38. Malik, S., Blake, H., & Batt, M. (2011). How healthy are our nurses? New and registered nurses compared. *British Journal of Nursing*, 20(8), 489-96.
39. Margallo-Lana, M., Reichelt, K., Hayes, P., Lee, L., Fossey, J., O'Brien, J. et al. (2001). Longitudinal comparison of depression, coping, and turnover among NHS and private sector staff caring for people with dementia. *British Medical Journal*, 322, 769–770. Google Scholar
40. Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C., & Verbeek, J.H. (2009). Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). *The Cochrane Library Issue 1*. London; John Wiley & Sons Google Scholar
41. Masadeh, R., AlRuz, M., Dweik, G., & Akash, H. (2016). Perceived Stress in Nurses: A Comparative Study. *Global journal of health science*, 9.
42. Maunder, R. (2004). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: Lessons learned. *Philosophical Transactions of the Royal Society London Biological Sciences*, 359, 1117–1125. PubMed Web of Science ®Google

Scholar

43. McElligott, D., Siemers, S., Thomas, L., & Kohn, N. (2009). Health promotion in nurses: is there a healthy nurse in the house? *Applied Nursing Research*, 22(3), 211–5.
44. Medrano-Ureña, M. D. R., Ortega-Ruiz, R., & Benítez-Sillero, J. D. (2020). Physical Fitness, Exercise Self-Efficacy, and Quality of Life in Adulthood: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6343.
45. Michie, S. & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3–9 PubMed Web of Science ®Google Scholar
46. Mimura C. & Griffiths P. (2003). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: An evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 10–15. PubMed Web of Science ®Google Scholar
47. Min, J.A., Lee, C.U., & Lee, C. (2013). Mental health promotion and illness prevention: a challenge for psychiatrists. *Psychiatry Investigation*, 10(4), 307- 316.
48. Mohebbi, Z., Dehkordi, S.F., Sharif, F., & Banitalebi, E. (2019). The Effect of Aerobic Exercise on Occupational Stress of Female Nurses: A Controlled Clinical Trial. *Investigaciony Educacionen Enfermeria*, 37(2), e05.
49. Molina Aragonés, J. M., Sánchez San Cirilo, S., Herreros López, M., VizcarroSanagustín, D., & López Pérez, C. (2017). Prevalence of physical activity in primary health care workers of Catalonia. *Semergen*, 43(5):352- 357.
50. Nako, M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 4. doi:10.1186/1751-0759-4-Google Scholar
51. Norton, K., Norton, L., & Lewis, N. (2016). Effects of short-term physical activity interventions on simple and choice response times. *BioMed Research International*, 5613767.
52. Office for National Statistics, Social and Vital Statistics Division and Northern Ireland Statistics and Research Agency. Central Survey Unit. (2010). *Labour Force Survey 1975–2010*. Colchester, Essex; UK Data Archive. Google Scholar
53. Packham, C. & Webster, S. (2009). *Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009*. London; Health and Safety Executive. Google Scholar
54. Pappa, E, Kontodimopoulos, N, Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36

- Health Survey. Quality Life Research, 14, 1433-8.
55. Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. Quality of Life Research, 14, 1433-8.
56. Papathanasiou G, Georgoudis G, Papandreou M, Spyropoulos P, Georgakopoulos D, Kalfakakou V, Evangellos A. Reliability Measures of the Short International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in Greek Young Adults. Hellenic Journal of Cardiology. 2009; 50:283-294.
57. Pérez Contreras, R.M., González, A.B., Pascual Orts, L.M., & González Sanz,
58. Phiri, L. P., Draper, C. E., Lambert, E. V., & Kolbe-Alexander, T. L. (2014). Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. BMC Nursing, 13(1), 38.
59. Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. Traumatology, 19(4), 255-267.
60. Rosa María Pérez Contreras, Ana Barquero González, Luis Miguel Pascual Orts, Juan Diego González Sanz. (2021). Perceived stress factors among newcomers to the nursing career. Enfermería: Cuidados Humanizados, 10(1): 60-74.
61. Ross, A., Bevans, M, Brooks, A. T., Gibbons, S., & Wallen, G. R. (2017). Nurses and health-promoting behaviors: Knowledge may not translate into self-care. AORN J, 105(3):267-75
62. Sand, M., Hessam, S., Bechara, F.G., Sand, D., Vorstius, C., Bromba, M., Stockfleth, E., Shiue I. (2016). A pilot study of quality of life in German prehospital emergency care physicians. Journal of Research in Medical Sciences: the Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences, 21.
63. Saridi, M., Filippopoulou, T., Tzitzikos, G. et al. (2019). Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. BMC Research Notes, 12, 208.
64. Speck, B. J. & Looney, S. W. (2006). Self-reported physical activity validated by pedometer: A pilot study. Public Health Nursing, 23(1), 88-94.
65. Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. Journal of Loss and Trauma, 12, 259-280.

66. Stamm B. H. (2010). The concise ProQOL manual. (2nd ed). Pocatello, ID: ProQOL.org. [Google Scholar]
67. Stein, A. D., Shakour, S. K., & Zuidema, R. A. (2000). Financial incentives, participation in employer-sponsored health promotion, and changes in employee health and productivity: health Plus Health Quotient Program. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42, 1148–55.
68. Taycan O., Kutlu L., Çimen S., Aydın N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi [Relation between sociodemographic characteristics depression and burnout levels of nurse working in University Hospital]. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7(2), 100–108. [Google Scholar]
69. World Health Organisation Europe. (2008). The European Pact on Mental Health. Brussels; Slovenian Presidency of the European Union. Google Scholar
70. World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, Switzerland: WHO.
71. Yaman, H., & Atay, E. (2018). The effect of exercise prescription of primary care physician on the quality of life in patients. *London Journal of Primary Care*, 10(4), 93-98.
72. Yao, M-H. (2008). The Relationships Among Work Related Stress, Health Status, and Physical Activity Participation of Nurses in Teaching Hospitals in Taipei, Taiwan. *Theses & Dissertations*, 196.
73. Yıldız S., Şaylıkay M. (2014). The effect of organisational cynicism on alienation. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 109, 622–627. 10.1016/j.sbspro.2013.12.517 [CrossRef] [Google Scholar]
74. Yılmaz G. (2018). Stresin çalışanların işletmeye bağlılığına etkiler. kamu kuruluşlarında bir uygulama [The effects of stress on employees' commitment to business: a case study in public institutions] (Master's thesis). Hitit University, Institute of Health Sciences. [Google Scholar]
75. Yılmaz G., Üstün B., Günüşen N. P. (2018). Effect of a nurse-led intervention programme on professional quality of life and post-traumatic growth in oncology nurses. *International*

Journal of Nursing Practice, 24(6), e12687. 10.1111/ijn.12687 [PubMed]

[CrossRef] [Google Scholar]

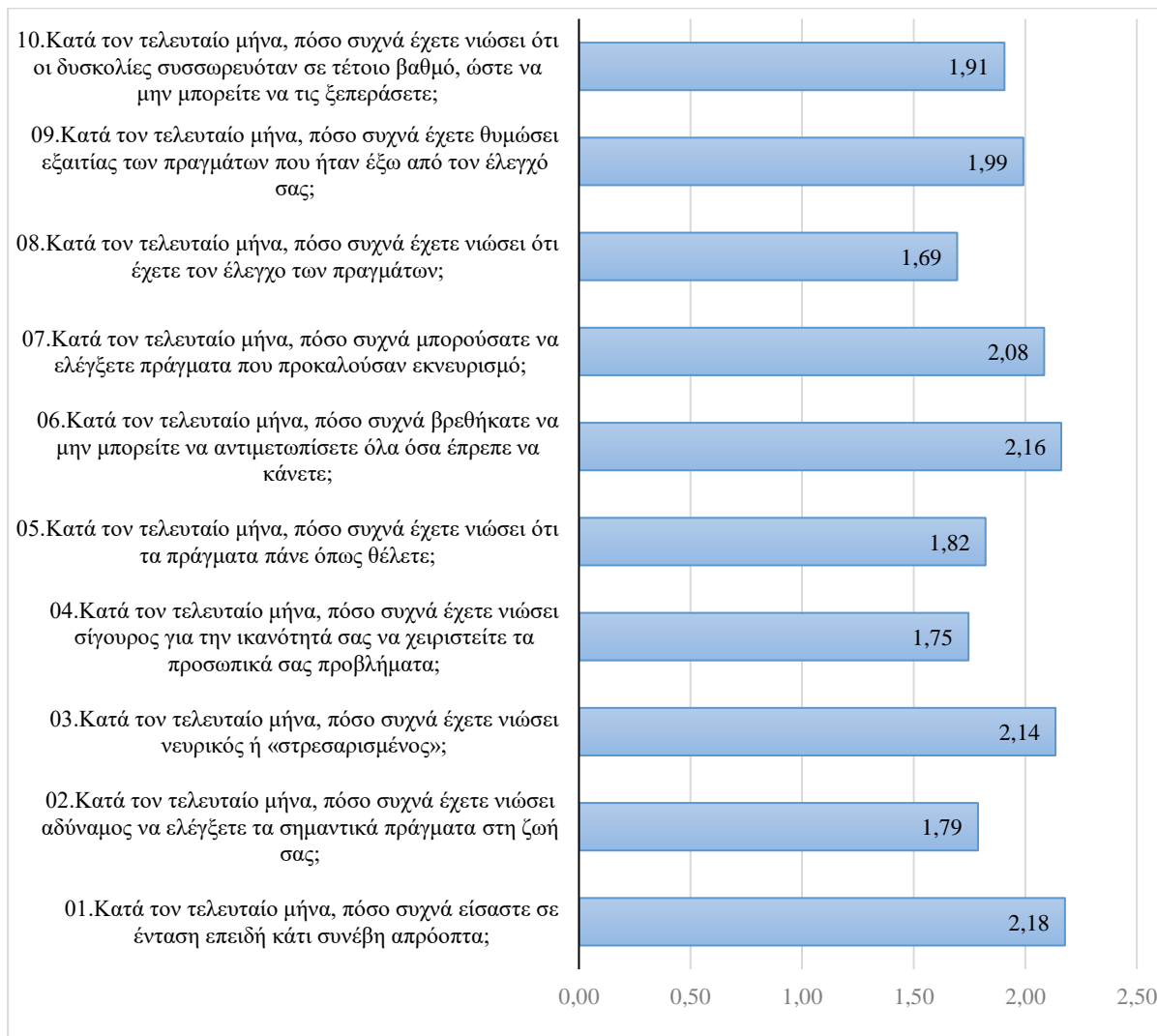
76. Zapka, J. M., Lemon, S. C., Magner, R. P., & Hale, J. (2009). Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 853-60.
77. Zeytinoglu, I., Denton, M., & Davies, S. (2009). Office Home Care Workers' Occupational Health: Associations with Workplace Flexibility and Worker Insecurity. *Healthcare Policy*, 4(4), 108–121. Google Scholar

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

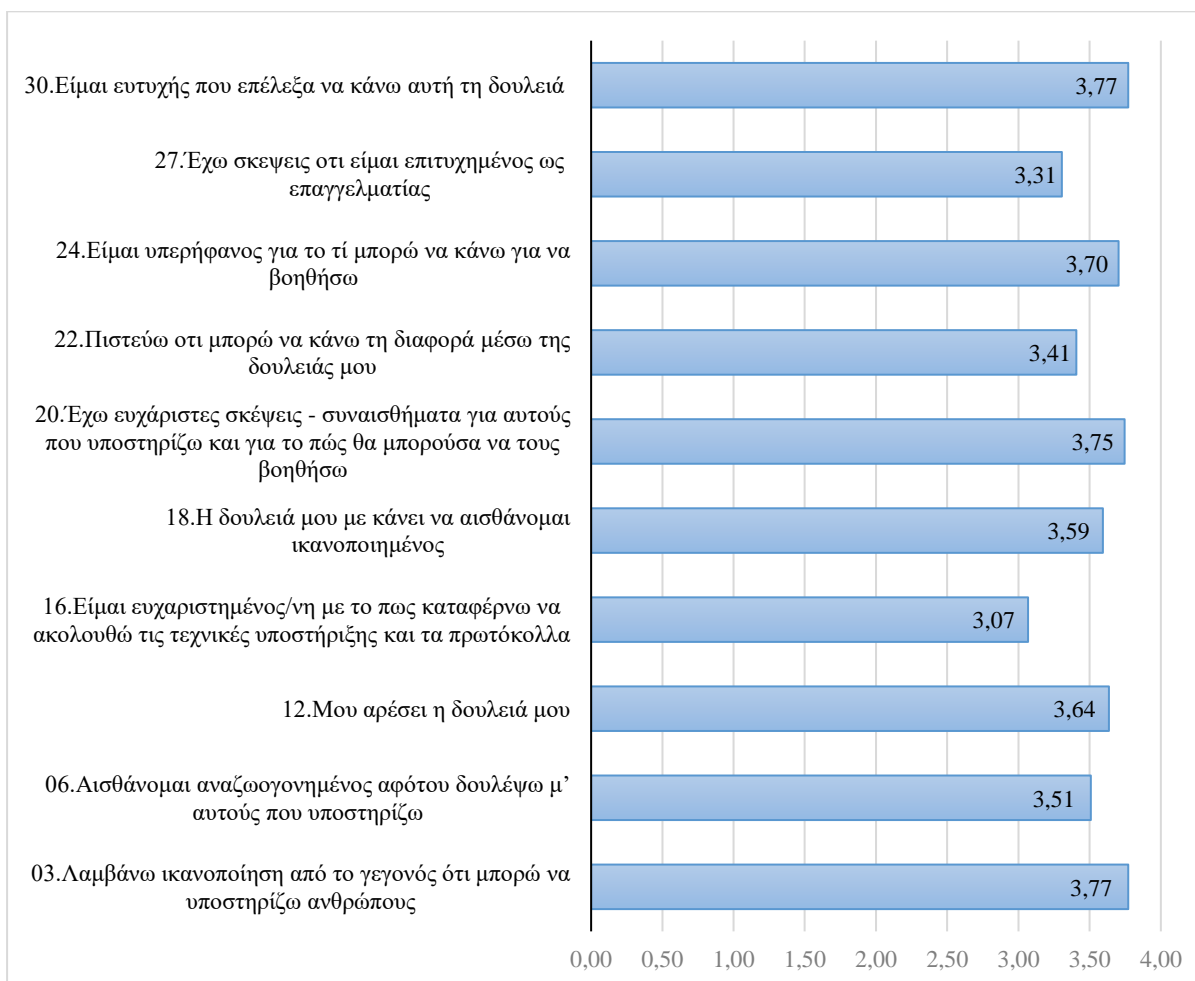
78. Βούρδα Α., (2011). Διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων στο χώρο της ειδικής αγωγής- μια πιλοτική έρευνα. Διπλωματική Εργασία. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
79. Δελτσίδου, Α., & Πρέτσι, Ν. (2017). Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής των μαιών: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. *Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής*, 35, 111-122.
80. Διογένη Πεχτελίδου, Α. (2019). Η ποιότητα ζωής και η ποιότητα εργασιακής ζωής του νοσηλευτικού ανθρώπινου δυναμικού: η περίπτωση ενός δημόσιου νοσοκομείου. Διπλωματική Εργασία. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
81. Καραδήμας Ε.Χ. (2007). Το υποκειμενικό στρες και η ικανοποίηση από τη ζωή ως ενδιάμεσες μεταβλητές στη σχέση μεταξύ γενικευμένων προσδοκιών και υγείας. *Ψυχολογία* 14: 1-13.
82. Κετσίου, Κ. (2018). Εκτίμηση φυσικής δραστηριότητας & παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα σε νοσηλευτές τριτοβάθμιων νοσοκομείων. Διπλωματική Εργασία. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο.
83. Παναγιώτου, Π. (2020). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της φυσικής δραστηριότητας των νοσηλευτών που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Διπλωματική Εργασία. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
84. Φιλιπποπούλου, Θ. (2017). Συσχέτιση Φυσικής Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής

εργαζομένων στον τομέα της υγείας - Προσωπικές απόψεις και στάσεις για τη Σωματική Άσκηση. Διπλωματική Εργασία. Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

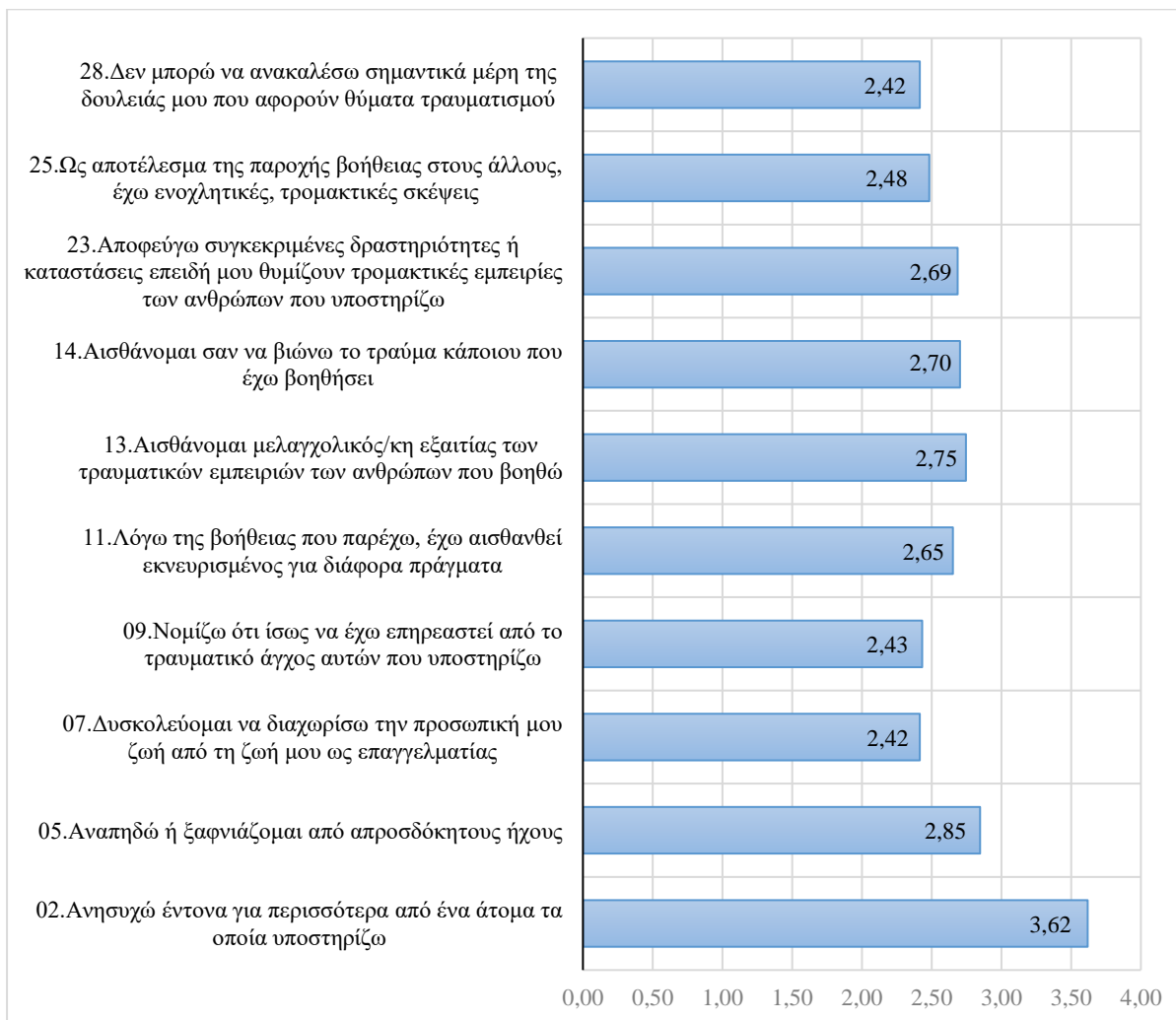
Παράρτημα



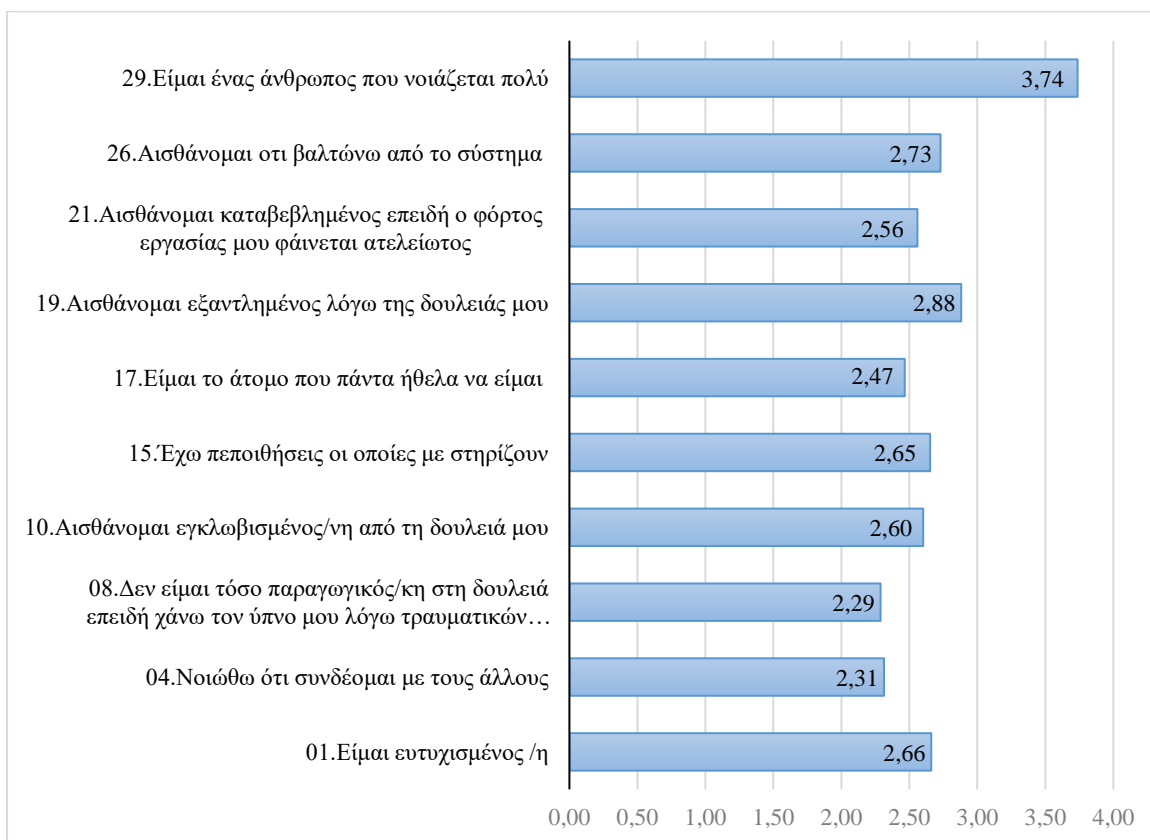
Γράφημα 15: Μέσες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας αντιλαμβανόμενου στρες PSS-10 (ν = 118)



Γράφημα 16: Μέσες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της διάστασης της επαγγελματικής ικανοποίησης της κλίμακας ποιότητας επαγγελματικής ζωής ProQOL (n = 118)



Γράφημα 17: Μέσες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της διάστασης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους της κλίμακας ποιότητας επαγγελματικής ζωής ProQOL (n = 118)



Γράφημα 18: Μέσες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης της κλίμακας ποιότητας επαγγελματικής ζωής ProQOL (n = 118)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ &
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,

71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης

Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη

Τηλ: 2813 404411 Email: research@hc-crete.gr dprogram@hc-crete.gr ΠΡΟΣ: κα Μυρωνάκη

Ευλαμπία, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Ε.Α.Π.

ΚΟΙΝ:

1. κ. Αγαπίου Δημήτριο, Υποδιοικητή της
7^{ης} Υ.ΠΕ
2. Διευθυντή του Κ.Υ. Ηρακλείου

ΘΕΜΑ: Έγκριση μεταπτυχιακής έρευνας στο Κέντρο Υγείας Ηρακλείου.

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η υπ' αρ. πρωτ. 51143/24-11-23 αίτηση της ενδιαφερόμενης μαζί με τα συνοδευτικά έγγραφα.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο Κέντρο Υγείας Ηρακλείου και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας, στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος με τίτλο «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (Ε.Α.Π.), από τη φοιτήτρια κα **Μυρωνάκη Ευλαμπία**, για την εκπόνηση της διπλωματικής της διατριβής με θέμα «**Διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με το αντιλαμβανόμενο εργασιακό στρες στους επαγγελματίες υγείας της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης**», με επιστημονικό υπεύθυνο τον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κ. Θεοδόσιο Παραλίκα.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- I. Της ενημέρωσης και της ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων της έρευνας.
- II. Της τήρησης της αρχής της ανωνυμοποίησης των δεδομένων.
- III. Της τήρησης της αρχής της ελαχιστοποίησης των δεδομένων για τους σκοπούς της έρευνας.
- IV. Πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο

www.hccrete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

- V. Με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων και τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης των εν λόγω δομών.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
7^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ**

ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ

Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Μέρος Α. Διεθνές ερωτηματολόγιο φυσικής δραστηριότητας (IPAQ)

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις τελευταίες 7 ημέρες. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνετε κατά την εργασία σας, στις μετακινήσεις σας, στις δουλειές του σπιτιού, του κήπου και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

Σας παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα και εάν πιστεύετε ότι δεν είστε ένα ιδιαίτερα σωματικά δραστήριο άτομο.

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 1 και 2, σκεφτείτε όλες τις έντονες σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Μια έντονη σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε σημαντικά δυσκολότερα από ότι συνήθως.

Σκεφθείτε μόνο τις έντονες σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια μεγαλύτερη από 10 λεπτά κάθε φορά.

Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, όπως σκάψιμο, έντονη άσκηση με βάρη, τρέξιμο σε διάδρομο με κλίση, γρήγορο τρέξιμο, αερόμπικ (aerobics), γρήγορη ποδηλασία, γρήγορη κολύμβηση, τένις μονό, αγώνας σε γήπεδο (ποδόσφαιρο, μπάσκετ [basketball], βόλεϊ [volleyball], κλπ);

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν ☐ δεν κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 3

Τις ημέρες που κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;

_____ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος ☐

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 3 και 4, σκεφτείτε όλες τις μέτριες έντασης σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Μια μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε κάπως δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις μέτριες έντασης σωματικές δραστηριότητές που κάνατε και είχαν διάρκεια μεγαλύτερη από 10 λεπτά κάθε φορά.

Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώνετε και να μεταφέρετε ελαφρά βάρη (λιγότερο από 10 κιλά), συνολική καθαριότητα του σπιτιού, ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος, ποδηλασία αναψυχής με χαμηλή ταχύτητα, χαλαρή κολύμβηση; Σας παρακαλώ να μη συμπεριλάβετε το περπάτημα.

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

☐ εάν δεν κάνατε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες, τότε
προχωρήστε στην ερώτηση 5

Τις ημέρες που κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;

_____ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος ☐

Πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις 5 και 6, σκεφτείτε το χρόνο που περπατήσατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Να συμπεριλάβετε το περπάτημα στο χώρο της εργασίας σας, στο σπίτι, στις μετακινήσεις σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες περπατήσατε για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά;

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

☐ εάν δεν περπατήσατε καμία φορά περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 7

Τις ημέρες που περπατήσατε, για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, πόσο χρόνο περάσατε περπατώντας;

_____ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος ☐

Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένος/η σε μια συνηθισμένη μέρα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περνάτε καθισμένος/η στο σπίτι, στο γραφείο, στο αυτοκίνητο, όταν διαβάζετε, όταν είστε με φίλους, ξεκουράζεστε σε πολυθρόνα ή βλέπετε τηλεόραση, αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο.

_____ ώρες ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος ☐

Μέρος Β. Κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες (PSS)

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας κατά τον τελευταίο μήνα. Σε κάθε ερώτηση θα πρέπει να απαντήσετε πόσο συχνά αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε κάτι. Για να απαντήσετε, σημειώστε το κουτί που αντιστοιχεί στην καταλληλότερη για σας απάντηση.

1. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά είσαστε σε ένταση επειδή κάτι συνέβη απρόοπτα;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

2. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει αδύναμος να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

3. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει νευρικός ή «στρεσαρισμένος»;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

4. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει σίγουρος για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

5. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι τα πράγματα πάνε όπως θέλετε;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

6. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά βρεθήκατε να μην μπορείτε να αντιμετωπίσετε όλα όσα έπρεπε να κάνετε;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

7. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά μπορούσατε να ελέγξετε πράγματα που προκαλούσαν εκνευρισμό;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

8. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι έχετε τον έλεγχο των πραγμάτων;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

9. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε θυμώσει εξαιτίας των πραγμάτων που ήταν έξω από τον έλεγχό σας;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

10. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι οι δυσκολίες συσσωρευόταν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην μπορείτε να τις ξεπεράσετε;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

Μέρος Γ. Κλίμακα ποιότητας επαγγελματικής ζωής (ProQOL).

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους.

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

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές	Συχνά	Πολύ
1. Είμαι ευτυχισμένος / η.	1	2	3	4	5
2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους.	1	2	3	4	5
4. Νοιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους.	1	2	3	4	5
5. Αναπηδών ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους.	1	2	3	4	5
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω μ' αυτούς που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/ υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
9. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5
11. Λόγω της βοήθειας που παρέχω, έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5
12. Μου αρέσει η δουλειά μου.	1	2	3	4	5
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	1	2	3	4	5
14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει.	1	2	3	4	5
15. Έχω πεποιθήσεις οι οποίες με στηρίζουν.	1	2	3	4	5
16. Είμαι ευχαριστημένος με το πως καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα.	1	2	3	4	5

17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4	5
18. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/ -η.	1	2	3	4	5
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος/ η λόγω της δουλειάς μου .	1	2	3	4	5
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές	Συχνά	Πολύ
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω.	1	2	3	4	5
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/ η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος.	1	2	3	4	5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.	1	2	3	4	5
25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους, έχω ενοχλητικές , τρομακτικές σκέψεις.	1	2	3	4	5
26. Αισθάνομαι ότι “βαλτώνω” από το σύστημα.	1	2	3	4	5
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού.	1	2	3	4	5
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ.	1	2	3	4	5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5

Μέρος Δ. Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο

Ανδρας

☐

Γυναίκα

☐

Άλλο

☐

Σεξουαλικός προσανατολισμός

Ετεροφυλόφιλος/η

☐

Ομοφυλόφιλος/η	<input type="checkbox"/>
Αμφιφυλόφιλος/η0	<input type="checkbox"/>
Άλλο	<input type="checkbox"/>
Ηλικία	
18-25	<input type="checkbox"/>
26-30	<input type="checkbox"/>
31-35	<input type="checkbox"/>
36-40	<input type="checkbox"/>
41-45	<input type="checkbox"/>
46-50	<input type="checkbox"/>
51-55	<input type="checkbox"/>
56 ετών και άνω	<input type="checkbox"/>
Ιθαγένεια:	
Ελληνική	<input type="checkbox"/>
Άλλη	<input type="checkbox"/>
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΕ)	<input type="checkbox"/>
Τεχνολογική εκπαίδευση (ΤΕ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (ΠΕ)	
Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	<input type="checkbox"/>
Σύμβαση εργασίας	
Μόνιμο προσωπικό	<input type="checkbox"/>
Επικουρικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>
Έτη προϋπηρεσίας	

Λιγότερα από 5

☐

5 – 10 έτη

☐

11 – 15 έτη

☐

16 – 20 έτη

☐

21 έτη και πάνω

☐

Ώρες υπερωριακής απασχόλησης τον τελευταίο μήνα:

<5

☐

5-9

☐

10-14

☐

>15

☐

Ωράριο εργασίας:

Πρωινό

☐

Απογευματινό

☐

Νυχτερινό

☐

Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/η

☐

Σε σχέση συμβίωσης

☐

Άγαμος/η

☐

Διαζευγμένος/ η

☐

Χήρος/α

☐

Εργασιακή κατάσταση συζύγου/συντρόφου:

Εργάζεται

☐

Δεν εργάζεται

☐

Τέκνα:

Κανένα	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
>3	<input type="checkbox"/>

Ηλικία παιδιών

	0-5 ετών	6-10 ετών	11-15 ετών	15-18 ετών	Άνω των 18 ετών
1 ^ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ^ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν έχετε περισσότερα παιδιά, σημειώστε την ηλικία του μικρότερου:

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα:

<10.000	<input type="checkbox"/>
10.000-15.000	<input type="checkbox"/>
15.001-20.000	<input type="checkbox"/>
20.001-30.000	<input type="checkbox"/>
>30.000	<input type="checkbox"/>

Σύμφωνα με την πολιτική ιδεολογία, πώς θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;

(1:Καθόλου έως 7: Πάρα πολύ)

Συντηρητικός

1

2 3 4 5 6 7

Προοδευτικός

1 2 3 4 5 6 7

Πόσο θρησκευόμενος αισθάνεστε; (1:Καθόλου έως 7: Πάρα πολύ)

1 2 3 4 5 6 7

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.