



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση της κλίμακας Αρνητικών Συναισθηματικών
Καταστάσεων, της συνολικής ποιότητας ζωής και των
Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων
Επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Παπακωνσταντίνου Αικατερίνη
Ψυχολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ερασμία Ρούκα, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Σωτήριος Ζαρογιάννης, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Χρυσή Χατζόγλου, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Λάρισα, 2025

**Evaluation of the scale of Negative Emotional Distress, overall
quality of life, and coping strategies for stressful situations of
primary health care professionals**

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	7
Abstract	8
1. Εισαγωγή	9
2. Θεωρητικό Υπόβαθρο	10
2.1. Ορισμός και Σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)	10
2.1.1 Ορισμός και Βασικές Αρχές της ΠΦΥ	10
2.1.2. Η Σημασία της ΠΦΥ	11
2.1.3. ΠΦΥ στην Ελλάδα	12
2.1.4 Ψυχολογική Πίεση και Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout) στην ΠΦΥ	14
2.1.5 Η Επίδραση της Πανδημίας COVID-19	14
2.1.6 Ο Ρόλος της Πανδημίας COVID-19	14
2.2 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις και Επαγγελματική Εξουθένωση στους Επαγγελματίες Υγείας	15
2.2.1. Άγχος, Κατάθλιψη και Στρες	15
2.2.2. Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)	16
2.2.3. Σύνδεση Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες με την Επαγγελματική Εξουθένωση	16
2.3 Η Ποιότητα Ζωής ως Βασικός Δείκτης Ευημερίας	17
2.3.1. Ποιότητα Ζωής: Έννοια και Διαστάσεις	17
2.3.2 Παράγοντες που Επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής	18
2.3.3 Επιδράσεις της Χαμηλής Ποιότητας Ζωής	19
2.4 Στρατηγικές Διαχείρισης Άγχους	19
2.4.1 Ορισμός και Κατηγορίες Στρατηγικών Αντιμετώπισης	20
2.4.2 Στρατηγικές Αντιμετώπισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	20
2.4.3 Στρατηγικές Εστιασμένες στο Συναίσθημα	21
2.4.4 Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Στρατηγικών	21
2.4.5 Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων	22
2.4.6 Ερωτηματολόγιο ΣΑΑΚ-38	23
3. Τρέχουσα γνώση	24
3.1 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις και Ψυχολογικό Άγχος	25
3.1.1 Εισαγωγή	25
3.1.2. Ψυχολογικές Επιπτώσεις στους Επαγγελματίες Υγείας	27
3.1.3 Παράγοντες Επιβάρυνσης	29
3.1.4 Επιδημιολογικά Δεδομένα	29
3.1.5. Αξιολόγηση της Κλίμακας Αρνητικών Συναισθηματικών Καταστάσεων	29
3.2 Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)	31
3.2.1 Διαστάσεις του Burnout	31
3.2.2 Επιδημιολογικά Δεδομένα	31
3.3 Ποιότητα ζωής	32
3.3.1. Συνολική Ποιότητα Ζωής	32
3.3.2 Ποιότητα Ζωής και Παρεμβάσεις	33
3.3.3 Εκπαίδευση, Υποστήριξη και Εφαρμογή Τεχνολογιών Υποστήριξης	34
3.4 Μελέτες σε πληθυσμούς	34
3.4.1 Στρατηγικές Αντιμετώπισης	34
3.4.2. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων	35
3.5 Συμπεράσματα	38
5. Αποτελέσματα	45

5.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	45
5.1.1 Κατανομή Φύλου	46
5.1.2 Ηλικιακή Κατανομή	46
5.1.3 Οικογενειακή Κατάσταση	46
5.1.4 Εκπαιδευτικό Επίπεδο	47
5.1.5 Επαγγελματική Εμπειρία- Χρόνια Προϋπηρεσίας	47
5.2 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις	48
5.2.2 Ποιότητα Ζωής.....	49
5.2.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης.....	49
5.3 Έλεγχοι Κανονικότητας.....	51
5.3.1 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις (DASS-21)	52
5.3.2 Ποιότητα Ζωής.....	52
5.3.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης (ΣΑΑΚ-38)	52
5.4 Ερευνητικό Ερώτημα 1.....	53
5.5 Ερευνητικό Ερώτημα 2.....	55
5.6 Ερευνητικό Ερώτημα 3.....	55
5.7 Ερευνητικό Ερώτημα 4.....	55
5.7 Ερευνητικό Ερώτημα 5.....	75
6. Συζήτηση	76
6.1 Πορίσματα της Έρευνας.....	76
6.1.1 Κατανομή Δείγματος	76
6.1.2 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις	76
6.1.3 Ποιότητα Ζωής.....	77
6.1.4 Στρατηγικές Αντιμετώπισης.....	77
6.1.5 Παράγοντες Επίδρασης	78
6.1.6 Συσχετίσεις Μεταξύ Μεταβλητών	78
6.2 Συγκριτική Ανάλυση των Αποτελεσμάτων	78
6.2.1 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις	78
6.2.2 Ποιότητα Ζωής.....	79
6.2.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης.....	79
6.2.4 Παράγοντες Επίδρασης	80
Περιορισμοί της Έρευνας.....	80
Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες	81
Βιβλιογραφία	83
Παράρτημα	93

ΑΚΡΩΝΥΜΑ

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Η πρώτη βαθμίδα του συστήματος υγείας που παρέχει βασικές υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας.

ΚΥ: Κέντρο Υγείας – Δομή της ΠΦΥ που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε τοπικό επίπεδο, κυρίως σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές.

TOMY: Τοπικές Μονάδες Υγείας – Δομές της ΠΦΥ που εστιάζουν στη βελτίωση της προσβασιμότητας και της ποιότητας φροντίδας στις κοινότητες.

DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales-21 – Ερωτηματολόγιο που μετρά τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες μέσω 21 ερωτήσεων.

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life - BREF – Ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την ποιότητα ζωής, με βάση τέσσερις διαστάσεις: φυσική, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον.

ΣΑΑΚ-38: Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων – Ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τις στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους.

COVID-19: Coronavirus Disease 2019 – Η νόσος που προκαλείται από τον ιό SARS-CoV-2, με σημαντικές επιπτώσεις στην υγειονομική φροντίδα και τη δημόσια υγεία.

WHO: World Health Organization – Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, που είναι υπεύθυνος για θέματα δημόσιας υγείας σε διεθνές επίπεδο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην κα Ερασμία Ρούκα, την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη και την επιστημονική της συμβολή καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Η υπομονή της, οι εύστοχες παρατηρήσεις και η προθυμία της να μοιραστεί τη γνώση και την εμπειρία της αποτέλεσαν αναπόσπαστο κομμάτι της ολοκλήρωσης της έρευνας αυτής.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη στην οικογένειά μου, που στάθηκε δίπλα μου με υπομονή, κατανόηση και στήριξη, παρέχοντάς μου την ενθάρρυνση και τη δύναμη να συνεχίσω και να ολοκληρώσω με επιτυχία αυτήν την προσπάθεια.

Παπακωνσταντίνου Αικατερίνη

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα διερευνά τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, την ποιότητα ζωής και τις στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), εστιάζοντας σε δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις παραπάνω πτυχές. Στη μελέτη συμμετείχαν 50 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων το 86% ήταν γυναίκες, με κυρίαρχη ηλικιακή ομάδα τα 36-45 έτη (46%). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με χρήση των εργαλείων DASS-21, WHOQOL-BREF και ΣΑΑΚ-38.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 94% των συμμετεχόντων καταγράφει φυσιολογικά επίπεδα άγχους, το 86% φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης και το 90% φυσιολογικά επίπεδα στρες, ενώ η διάσταση του περιβάλλοντος κατέγραψε τη χαμηλότερη μέση τιμή στις αξιολογήσεις ποιότητας ζωής. Στις στρατηγικές αντιμετώπισης, η «Θετική Προσέγγιση» σημείωσε την υψηλότερη χρήση, ενώ στρατηγικές όπως η «Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας» καταγράφηκαν ως λιγότερο δημοφιλείς. Η ανάλυση έδειξε ότι παράγοντες όπως η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας δεν επηρέασαν σημαντικά τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις ή τις στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίστηκε με καλύτερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις της φυσικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων.

Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για οργανωτικές παρεμβάσεις που θα εστιάζουν στη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και στη μείωση του στρες, καθώς και για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και υποστηρικτικών στρατηγικών.

Λέξεις-κλειδιά: άγχος, αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, επαγγελματίες υγείας, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ΣΑΑΚ-38, στρατηγικές αντιμετώπισης, στρες, DASS-21, WHOQOL-BREF.

Abstract

This study aimed to investigate the negative emotional states, quality of life, and stress-coping strategies of health professionals working in Primary Health Care (PHC), focusing on demographic and professional factors that influence these aspects. Fifty health professionals participated in the study, of which 86% were female, with a predominant age group of 36-45 years (46%). Data were collected using the DASS-21, WHOQOL-BREF, and WCQ-38 instruments.

Results showed that 94% of participants recorded normal levels of anxiety, 86% recorded normal levels of depression and 90% recorded normal levels of stress, while the environment dimension recorded the lowest mean score in the quality of life assessments. Among coping strategies, the "Positive Approach" scored the highest use, while strategies such as "Seeking Divine Help" were recorded as least popular. The analysis showed that factors such as age and years of experience did not significantly influence negative emotional states or coping strategies, while higher educational level was associated with better quality of life in the dimensions of physical health and social relationships.

The findings highlight the need for organizational interventions that focus on improving the work environment and reducing stress, as well as on enhancing mental health through educational programmes and support for mental health.

Keywords: anxiety, coping strategies, DASS-21, depression, health care professionals, negative emotional states, primary health care, quality of life, stress, WCQ-38, WHOQOL-BREF

1. Εισαγωγή

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το θεμέλιο κάθε αποτελεσματικού συστήματος υγείας, παρέχοντας πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία για την κοινότητα. Προσφέρει πρόσβαση, πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία, γεγονός που την καθιστά κεντρική για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας (World Health Organization [WHO], 2018). Παρά τη σημασία της, οι επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν στην ΠΦΥ αντιμετωπίζουν συχνά προκλήσεις που υπερβαίνουν τα όρια των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων. Η συνεχής συναισθηματική φόρτιση, οι αυξημένες ευθύνες και η έλλειψη πόρων συνθέτουν ένα απαιτητικό περιβάλλον εργασίας που μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Leiter, 2016). Λόγω του κρίσιμου ρόλου της, οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις, οι οποίες συχνά έχουν ως φυσικό επακόλουθο την ψυχολογική πίεση και εξουθένωση. Το φαινόμενο αυτό επηρεάζει όχι μόνο την προσωπική τους ευημερία αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Wright et al., 2022).

Στην Ελλάδα, η ΠΦΥ βρίσκεται σε μεταβατικό στάδιο αναδιάρθρωσης. Η ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) και η ενίσχυση των Κέντρων Υγείας αποτελούν θετικά βήματα προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών (Economou et al., 2017). Ωστόσο, η πανδημία COVID-19 αποκάλυψε σημαντικές αδυναμίες, όπως η ανεπάρκεια πόρων και η αυξημένη εργασιακή πίεση στους επαγγελματίες υγείας (Zhou et al., 2020). Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή, διαχειριζόμενοι αυξημένο όγκο περιστατικών και βιώνοντας πρωτοφανή επίπεδα στρες (Schernhammer, 2020).

Η εξουθένωση και το επαγγελματικό στρες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας έχουν καταγραφεί εκτενώς στη βιβλιογραφία, με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Οι έρευνες δείχνουν ότι οι περιορισμένες δομές υποστήριξης αυξάνουν την επαγγελματική δυσαρέσκεια, μειώνοντας την αποδοτικότητα και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων (Fernandes et al., 2022).

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην αξιολόγηση της κλίμακας αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες, στους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Παράλληλα, εξετάζει τη συνολική ποιότητα ζωής τους και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Χρησιμοποιούνται τα εργαλεία DASS-21 για την αξιολόγηση του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες (Lovibond &

Lovibond, 1995), το WHOQOL για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (WHO, 1996) και το ΣΑΑΚ-38 για τη μέτρηση των στρατηγικών αντιμετώπισης (Lazarus & Folkman, 1984).

Επιπλέον, η εργασία εξετάζει παραδείγματα καλών πρακτικών από τη διεθνή βιβλιογραφία, προτείνοντας τρόπους προσαρμογής στον ελληνικό χώρο. Ενέργειες όπως η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, η προώθηση της αυτοφροντίδας και η δημιουργία υποστηρικτικών περιβαλλόντων αποδεικνύονται ζωτικής σημασίας για την πρόληψη της εξουθένωσης (Bassi et al., 2022).

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπεί στο να αναδείξει τη σημασία μιας ολιστικής προσέγγισης στη διαχείριση των προκλήσεων της ΠΦΥ. Η ενίσχυση της ψυχικής και επαγγελματικής υγείας των εργαζομένων θεωρείται κρίσιμη για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Wright et al., 2022). Σε έναν συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο, η προστασία και υποστήριξη των επαγγελματιών της ΠΦΥ αποτελεί μια στρατηγική επιλογή για την αναβάθμιση της δημόσιας υγείας

2. Θεωρητικό Υπόβαθρο

2.1. Ορισμός και Σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

2.1.1 Ορισμός και Βασικές Αρχές της ΠΦΥ

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (WHO, 1978), η ΠΦΥ είναι «η βασική φροντίδα υγείας που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες, και κοινωνικά αποδεκτές, προσιτές στο άτομο και την κοινότητα». Οι βασικές αρχές της περιλαμβάνουν:

1. **Προσβασιμότητα:** Κάθε άτομο πρέπει να έχει εύκολη και άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
2. **Συμμετοχή της Κοινότητας:** Οι ανάγκες της κοινότητας διαμορφώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
3. **Διεπιστημονική Προσέγγιση:** Η συνεργασία μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστική.
4. **Επικέντρωση στην Πρόληψη:** Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην πρόληψη των ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας.

Η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη γραμμή επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, διαδραματίζοντας κρίσιμο ρόλο στη διασφάλιση προσβασιμότητας, πρόληψης και συντονισμένης φροντίδας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ΠΦΥ είναι μια βασική υπηρεσία που καλύπτει τόσο τις φυσικές όσο και τις ψυχολογικές ανάγκες των ατόμων, προάγοντας μια ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα υγείας (World Health Organization, 2018).

2.1.2. Η Σημασία της ΠΦΥ

Αναμφισβήτητα, η ΠΦΥ είναι κομβικής σημασίας για την εξασφάλιση της υγείας και ευημερίας των πολιτών, με πολλαπλές διαστάσεις:

1. Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας:

Η πρόληψη αποτελεί ακρογωνιαίό λίθο της ΠΦΥ. Μέσα από εμβολιασμούς, διαρκή παρακολούθηση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, προλαμβάνονται ασθένειες και μειώνεται η επιβάρυνση του συστήματος υγείας (Deeny & Dunn, 2018).

2. Προσβασιμότητα:

Η ΠΦΥ στοχεύει στην παροχή φροντίδας χωρίς διακρίσεις. Σε ένα αποδοτικό σύστημα υγείας, όλοι οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής τους θέσης (Starfield et al., 2017).

3. Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα:

Η επένδυση στην ΠΦΥ μειώνει τις περιττές επισκέψεις στα νοσοκομεία και προάγει τη βελτιστοποίηση της χρήσης πόρων (Kringos et al., 2020). Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίζεται η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

4. Συντονισμένη και Ολιστική Φροντίδα:

Η ΠΦΥ διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας, καθώς λειτουργεί ως σημείο αναφοράς για τις ανάγκες του ασθενούς. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτόν τον τομέα παρέχουν υποστήριξη βασισμένη στις ατομικές και κοινωνικές ανάγκες του ατόμου (Muldoon et al., 2018).

5. Ψυχική Υγεία και Ποιότητα Ζωής:

Μέσω προληπτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών αντιμετώπισης, η ΠΦΥ βελτιώνει την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικά στις αγχογόνες συνθήκες που προκαλούνται από χρόνιες ασθένειες ή κοινωνικά προβλήματα, η έγκαιρη παρέμβαση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο συμβάλλει αισθητά στην μείωση της εμφάνισης σοβαρότερων προβλημάτων (Kumar & Gupta, 2020).

2.1.3. ΠΦΥ στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η ΠΦΥ δομείται μέσα από τα Κέντρα Υγείας, τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY) και τα Τοπικά Ιατρεία.

Η Δομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα υφίσταται σε δύο επίπεδα: το δημόσιο και το ιδιωτικό. Το δημόσιο σύστημα αποτελείται από τα Κέντρα Υγείας, τα αγροτικά ιατρεία και τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY), ενώ ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα.

1. **Κέντρα Υγείας:** Αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της ΠΦΥ, παρέχοντας βασικές ιατρικές υπηρεσίες, επείγουσα φροντίδα, και διαχείριση χρόνιων παθήσεων.
2. **TOMY:** Δημιουργήθηκαν το 2017 για να βελτιώσουν την κάλυψη στις αστικές περιοχές, προάγοντας την πρόληψη και την παρακολούθηση του πληθυσμού.
3. **Ιδιωτικός Τομέας:** Παίζει σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των αναγκών, ιδιαίτερα σε περιοχές όπου οι δημόσιες δομές είναι ανεπαρκείς.

Συμπερασματικά, η ΠΦΥ αποτελεί την κεντρική δομή ενός βιώσιμου συστήματος υγείας. Παρέχοντας προσιτές και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, συμβάλλει όχι μόνο στη θεραπεία αλλά και στην πρόληψη, προάγοντας τη δικαιοσύνη, την αξιοπρέπεια και την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας.

Παγκόσμιες Τάσεις και Παραδείγματα Βέλτιστων Πρακτικών

Σε παγκόσμιο επίπεδο, χώρες όπως η Φινλανδία και ο Καναδάς θεωρούνται πρότυπα για την ΠΦΥ. Οι χώρες αυτές έχουν επενδύσει σημαντικά σε ολοκληρωμένα δίκτυα φροντίδας, τα οποία εστιάζουν στην πρόληψη και την παρακολούθηση χρόνιων παθήσεων (Kringos et al., 2015).

1. **Ολοκληρωμένη Φροντίδα:** Τα δίκτυα ΠΦΥ περιλαμβάνουν διασύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων δομών.
2. **Ψηφιακή Υγεία:** Οι τεχνολογίες, όπως οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας και οι εφαρμογές τηλεϊατρικής, έχουν μεταμορφώσει την παροχή φροντίδας.

Παρόλο που έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες για την ενίσχυση της ΠΦΥ, οι δομές συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις, όπως ελλείψεις προσωπικού, ανεπαρκή χρηματοδότηση και δυσκολίες στην παροχή υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές (Siskou et al., 2020). Παρά τις προσπάθειες βελτίωσης, η εφαρμογή της εξακολουθεί να

αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, όπως η έλλειψη προσωπικού και οι γεωγραφικές ανισότητες (Kotsani et al., 2019).

Η ενδυνάμωση της ΠΦΥ κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπιση των σύγχρονων υγειονομικών προκλήσεων, ιδιαίτερα εν μέσω κρίσεων, όπως η πανδημία COVID-19, η οποία ανέδειξε την ανάγκη για ανθεκτικά και λειτουργικά συστήματα ΠΦΥ (Giannopoulou et al., 2021).

Προκλήσεις στην ΠΦΥ

Η ΠΦΥ αντιμετωπίζει πολλαπλές προκλήσεις, ιδιαίτερα σε χώρες με οικονομικές δυσκολίες, όπως η Ελλάδα:

1. **Χρηματοδότηση και Υποδομές:** Ο δημόσιος τομέας συχνά υποχρηματοδοτείται, περιορίζοντας τη δυνατότητα αναβάθμισης των υπηρεσιών.
2. **Έλλειψη Προσωπικού:** Οι ελλείψεις γιατρών και νοσηλευτών, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές, επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία.
3. **Αυξανόμενη Ζήτηση:** Η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των χρόνιων παθήσεων δημιουργούν νέες προκλήσεις.
4. **COVID-19:** Η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη ενίσχυσης της ΠΦΥ, καθώς οι δομές της αποτέλεσαν την πρώτη γραμμή άμυνας.

Προοπτικές και Στρατηγικές Ενίσχυσης της ΠΦΥ

Για τη βελτίωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα, απαιτούνται στρατηγικές που περιλαμβάνουν:

1. **Αύξηση της Χρηματοδότησης:** Επενδύσεις στις υποδομές και στο ανθρώπινο δυναμικό είναι απαραίτητες.
2. **Εκπαίδευση και Υποστήριξη Προσωπικού:** Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ενίσχυση της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας είναι κρίσιμα.
3. **Ψηφιοποίηση Υπηρεσιών:** Η ανάπτυξη τηλεϊατρικής και ηλεκτρονικών φακέλων υγείας μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργικότητα και την πρόσβαση.
4. **Κοινοτική Συμμετοχή:** Η ενίσχυση του ρόλου των τοπικών κοινωνιών μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.

Η ΠΦΥ αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας. Παρά τις προκλήσεις, οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα προσφέρουν μια σημαντική ευκαιρία για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας της φροντίδας. Η περαιτέρω ενίσχυση της ΠΦΥ μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

2.1.4 Ψυχολογική Πίεση και Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout) στην ΠΦΥ

Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ αντιμετωπίζουν αυξημένες απαιτήσεις λόγω της πολυπλοκότητας των περιστατικών και της συναισθηματικής επένδυσης που απαιτείται για την υποστήριξη των ασθενών. Αυτές οι συνθήκες αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (Maslach et al., 2016). Ειδικότερα, η έλλειψη επαρκών πόρων και κοινωνικής υποστήριξης ενισχύουν την κατάσταση αυτή (Manzano García & Ayala Calvo, 2021).

Το burnout έχει σοβαρές συνέπειες τόσο στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών όσο και στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ που βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και στρες μπορεί να έχουν μειωμένη ικανότητα να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς τους.

2.1.5 Η Επίδραση της Πανδημίας COVID-19

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε και επιδείνωσε τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα στον τομέα της ΠΦΥ, αναδεικνύοντας τις αδυναμίες των συστημάτων υγείας. Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή, διαχειριζόμενοι τόσο τα περιστατικά COVID-19 όσο και τις αυξημένες συναισθηματικές και φυσικές απαιτήσεις που προέκυψαν λόγω της πανδημίας (Sullivan & Phillips, 2020; Manzano García & Ayala Calvo, 2021). Το αυξημένο φορτίο εργασίας, η έλλειψη πόρων και η ανάγκη για ταχεία προσαρμογή στις νέες συνθήκες, σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, ενέτειναν περαιτέρω το ψυχολογικό φορτίο (Tan et al., 2020).

Αυτά επιβεβαιώνονται και από τη την έρευνα του Cunningham et al. (2023), η οποία τονισε ότι, παρά την εξαιρετική προσαρμοστικότητα των επαγγελματιών της ΠΦΥ κατά την πανδημία, οι επιπτώσεις του χρόνιου στρες έγιναν όλο και πιο εμφανείς με την πάροδο του χρόνου, επισημαίνοντας την ανάγκη για επείγουσες παρεμβάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την ενίσχυση της υποστήριξης.

2.1.6 Ο Ρόλος της Πανδημίας COVID-19

Η πανδημία COVID-19 επέτεινε την ψυχολογική πίεση στους επαγγελματίες υγείας, επιβαρύνοντας τις ήδη δύσκολες συνθήκες εργασίας.

1. **Αύξηση Εργασιακού Φορτίου:** Όπως ανέφεραν οι Ashley et al. (2021), κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι επαγγελματίες υγείας έπρεπε να διαχειριστούν αυξημένο αριθμό ασθενών, ενώ ταυτόχρονα αντιμετώπιζαν την αβεβαιότητα της νόσου και τον φόβο μόλυνσης.
2. **Ενίσχυση των Συναισθημάτων Άγχους:** Οι Maresca et al. (2022) σημείωσαν ότι η πανδημία προκάλεσε αυξημένα επίπεδα άγχους, εξαιτίας της συναισθηματικής έντασης που προκαλούσαν οι θάνατοι ασθενών και η συνεχής ανάγκη για γρήγορες αποφάσεις.
3. **Ελλείψεις στους Πόρους Υγείας:** Η έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού και η αβεβαιότητα σχετικά με τις θεραπευτικές κατευθυντήριες οδηγίες αποτέλεσαν επιπρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες (Cheristanidis et al., 2021).

2.2 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις και Επαγγελματική Εξουθένωση στους Επαγγελματίες Υγείας

Το άγχος, η κατάθλιψη και η συναισθηματική εξάντληση είναι κοινά φαινόμενα στους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Η συνεχής έκθεση σε αγχογόνες καταστάσεις και η συναισθηματική εργασία αυξάνουν τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, επηρεάζοντας αρνητικά τη συνολική ποιότητα ζωής (Bassi et al., 2022).

Οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα αυτοί που εργάζονται στην ΠΦΥ, είναι συχνά αντιμέτωποι με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες, καταστάσεις οι οποίες συνδέονται άμεσα με την επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Το burnout, όπως ορίστηκε από το Maslach και τους συνεργάτες του (2016), αναφέρεται στην αίσθηση συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένου αισθήματος προσωπικής επίτευξης. Αυτές οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις όχι μόνο επηρεάζουν την ψυχική υγεία των επαγγελματιών, αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασθενείς τους.

2.2.1. Άγχος, Κατάθλιψη και Στρες

Οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις είναι το υπόβαθρο πάνω στο οποίο αναπτύσσεται η επαγγελματική εξουθένωση. Η ανάλυση ξεκινά με την εξέταση του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας. Το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες αποτελούν τις πιο κοινές ψυχολογικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ. Οι παράγοντες που προκαλούν άγχος περιλαμβάνουν την υπερφόρτωση εργασίας, τις συνεχείς συναισθηματικές απαιτήσεις και την έλλειψη πόρων (Lemyre & Tessier, 2003). Οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν συχνά αυξημένα επίπεδα άγχους λόγω της έντασης και της αβεβαιότητας που χαρακτηρίζει την καθημερινή τους εργασία (Wulsin et al., 2022). Η κατάθλιψη συχνά

έπεται ως αποτέλεσμα αυτής της ψυχολογικής πίεσης, με τους επαγγελματίες να αισθάνονται απογοητευμένοι και εξαντλημένοι από την καθημερινή εργασία τους (Costantini et al., 2021).

Σύμφωνα με την έρευνα των Kakemam et al. (2024), οι Ιρανοί επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, που συνδέθηκαν με την επαγγελματική τους εξουθένωση, υποδεικνύοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται υπό έντονο άγχος είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη συμπτωμάτων burnout.

2.2.2. Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

Ακολουθώντας την ανάλυση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων, η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) παρουσιάζεται ως η φυσική εξέλιξη αυτών των καταστάσεων στον χώρο εργασίας. Το burnout αποτελεί μια συναισθηματική, σωματική και ψυχολογική εξάντληση που σχετίζεται με την υπερβολική επαγγελματική πίεση και την συναισθηματική υπερφόρτωση. Σύμφωνα με τον Maslach et al. (2016), το burnout έχει τρεις βασικές διαστάσεις:

- **Συναισθηματική Εξάντληση (Emotional Exhaustion):** Ο επαγγελματίας υγείας αισθάνεται ότι έχει εξαντληθεί συναισθηματικά, αδυνατώντας να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της δουλειάς του.
- **Αποπροσωποποίηση (Depersonalization):** Η αποστασιοποίηση και αποξένωση από τους ασθενείς, αποτέλεσμα της συναισθηματικής υπερφόρτωσης.
- **Μειωμένο Αίσθημα Προσωπικής Επίτευξης (Reduced Personal Accomplishment):** Η αίσθηση ότι η εργασία δεν έχει πλέον τον ίδιο αντίκτυπο ή αποτέλεσμα, με αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αίσθηση αποτυχίας.

Η έρευνα των Wulsin et al. (2022) υπογράμμισε ότι το burnout είναι πιο έντονο στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης και συναισθηματικών απαιτήσεων, όπως η ΠΦΥ, όπου οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διαχειριστούν σύνθετα και επείγοντα περιστατικά χωρίς τον απαραίτητο υποστηρικτικό μηχανισμό.

2.2.3. Σύνδεση Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες με την Επαγγελματική Εξουθένωση

Η κατανόηση της σύνδεσης ανάμεσα στο άγχος και το burnout είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη στοχευμένων στρατηγικών που θα αποτρέψουν την εξουθένωση και θα διασφαλίσουν την ευεξία των επαγγελματιών υγείας. Οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες, είναι σημαντικοί παράγοντες

κινδύνου για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Όπως αναφέρθηκε από τους Kakemam et al. (2024), τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας οδηγούν σε αυξημένη συναισθηματική εξάντληση, η οποία αποτελεί βασικό σύμπτωμα του burnout. Η διαρκής συναισθηματική και σωματική καταπόνηση που προκαλεί το άγχος και η κατάθλιψη, σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκούς υποστήριξης, εντείνει την επαγγελματική εξουθένωση (Cheristanidis et al., 2021).

Η έλλειψη κατάλληλης επαγγελματικής υποστήριξης και η ανεπαρκής κατανομή πόρων στην ΠΦΥ, όπως παρατηρήθηκε στην έρευνα των Freeman et al. (2018), εντείνουν το αίσθημα της απογοήτευσης και της απομάκρυνσης από την επαγγελματική αποστολή, κάτι που οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά burnout.

Συνοψίζοντας, η ψυχολογική πίεση, το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν την καθημερινή εμπειρία των επαγγελματιών υγείας, οδηγώντας συχνά σε burnout. Η ανάλυση αυτών των φαινομένων υπογραμμίζει την ανάγκη για στρατηγικές παρέμβασης και υποστήριξης για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

2.3 Η Ποιότητα Ζωής ως Βασικός Δείκτης Ευημερίας

Η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας αποτελεί κρίσιμη διάσταση στη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Στην ΠΦΥ, οι επαγγελματίες συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με ποικίλους στρεσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την προσωπική τους ζωή όσο και την επαγγελματική τους απόδοση. Η παρακάτω ανάλυση αυτή επικεντρώνεται στους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, καθώς και στις στρατηγικές βελτίωσης που έχουν προταθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

2.3.1. Ποιότητα Ζωής: Έννοια και Διαστάσεις

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η υποκειμενική αντίληψη ενός ατόμου για τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική του ευημερία (World Health Organization, 1995). Στους επαγγελματίες υγείας, η ποιότητα ζωής σχετίζεται άμεσα με τις συνθήκες εργασίας, την ψυχική υγεία και την κοινωνική υποστήριξη.

Εργαλεία όπως το WHOQOL-BREF, που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1996), επιτρέπουν την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε διάφορους τομείς, παρέχοντας χρήσιμα δεδομένα για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας.

Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής

1. Σωματική Υγεία:

Η φυσική εξάντληση από τις απαιτητικές βάρδιες και οι αυξημένοι ρυθμοί εργασίας μειώνουν τη σωματική ευεξία (Laserna Jiménez et al., 2022).

2. Ψυχολογική Υγεία:

Τα αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους υπονομεύουν την ψυχική ισορροπία, οδηγώντας σε συχνές περιπτώσεις κατάθλιψης και burnout (Freeman et al., 2018).

3. Κοινωνική Ζωή:

Η έλλειψη χρόνου για την οικογένεια και για κοινωνικές δραστηριότητες επηρεάζει την ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης σχέσεων (Teles et al., 2014).

4. Επαγγελματική Ικανοποίηση:

Η ικανοποίηση από την εργασία και η δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης αποτελούν σημαντικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Kabunga et al., 2024).

2.3.2 Παράγοντες που Επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής στην ΠΦΥ είναι ποικίλοι και συνδέονται άμεσα με το εργασιακό περιβάλλον και τις ατομικές δυνατότητες προσαρμογής.

Εργασιακές Συνθήκες

Η ποιότητα ζωής συχνά υπονομεύεται από τις απαιτήσεις της δουλειάς. Σύμφωνα με τη μελέτη των Lemyre και Tessier (2003), η αυξημένη ευθύνη και οι συνεχείς απαιτήσεις προκαλούν σωματική και ψυχολογική κόπωση. Επιπλέον, οι Laserna Jiménez et al. (2022) τόνισαν ότι η έλλειψη πόρων και υποστήριξης επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Ψυχοκοινωνικές Συνθήκες

Η ποιότητα ζωής εξαρτάται επίσης από τη δυνατότητα κοινωνικής υποστήριξης και αλληλεγγύης. Η μελέτη των Teles et al. (2014) ανέδειξε τη σημασία των καλών σχέσεων με τους συναδέλφους και της συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες για τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας.

Κουλτούρα και Πολιτική Υγείας

Σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υποστήριξης, η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών είναι γενικά υψηλότερη. Οι Kabunga et al. (2024) υποστήριξαν ότι η

ύπαρξη πολιτικών που προάγουν την ευεξία στον χώρο εργασίας συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

2.3.3 Επιδράσεις της Χαμηλής Ποιότητας Ζωής

Η μείωση της ποιότητας ζωής μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ασθενείς που αυτοί εξυπηρετούν.

Σωματική και Ψυχολογική Υγεία

Η χρόνια κόπωση και το burnout είναι συχνά αποτελέσματα της μειωμένης ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τους Freeman et al. (2018), οι επαγγελματίες με μειωμένη ποιότητα ζωής είναι πιο επιρρεπείς σε σωματικές παθήσεις, όπως η υπέρταση και οι διαταραχές ύπνου, αλλά και σε ψυχολογικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη.

Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο που σχετίζεται με τη μειωμένη παραγωγικότητα, τη συναισθηματική αποστασιοποίηση από τη δουλειά και τη χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση. Οι Maresca et al. (2022) επισήμαναν ότι το burnout επηρεάζει την ποιότητα φροντίδας που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας στους ασθενείς.

Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών

Οι επαγγελματίες με χαμηλή ποιότητα ζωής δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της δουλειάς τους. Αυτό οδηγεί σε μειωμένη αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση των ασθενών, όπως υποστήριξαν στη μελέτη τους οι Kabunga et al. (2024).

2.4 Στρατηγικές Διαχείρισης Άγχους

Η χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης (coping strategies) είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση της ψυχολογικής πίεσης. Προσαρμοστικές στρατηγικές, όπως η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η γνωστική αναδόμηση και η επίλυση προβλημάτων, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Fernandes et al., 2022). Ωστόσο, στρατηγικές αποφυγής, όπως η άρνηση και η αναβλητικότητα, συχνά επιδεινώνουν την ψυχική κατάσταση (Καραδήμας, 1998).

2.4.1 Ορισμός και Κατηγορίες Στρατηγικών Αντιμετώπισης

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης ορίζονται ως οι συνειδητές και υποσυνείδητες προσπάθειες ενός ατόμου να διαχειριστεί στρεσογόνους παράγοντες, είτε εσωτερικούς είτε εξωτερικούς (Lazarus & Folkman, 1984). Συνήθως κατατάσσονται σε δύο βασικές κατηγορίες: τις στρατηγικές που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος (problem-focused coping) και εκείνες που εστιάζουν στη διαχείριση του συναισθήματος (emotion-focused coping) (Görgens-Ekermans & Brand, 2012).

Στρατηγικές όπως η διαχείριση χρόνου, η συνεργασία με συναδέλφους και η συνεχής επαγγελματική εκπαίδευση ανήκουν στην πρώτη κατηγορία, ενώ πρακτικές όπως η συναισθηματική υποστήριξη και η θετική επαναξιολόγηση εμπίπτουν στη δεύτερη (Razai et al., 2023).

2.4.2 Στρατηγικές Αντιμετώπισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στρατηγικές Εστιασμένες στο Πρόβλημα

Η εστίαση στο πρόβλημα θεωρείται μία από τις πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις, ειδικά σε περιβάλλοντα όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου η καθημερινή εργασία απαιτεί λήψη αποφάσεων και επίλυση προβλημάτων.

1. Διαχείριση Χρόνου και Οργάνωση Εργασίας

Η αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου έχει αναγνωριστεί ως μία από τις πιο βασικές δεξιότητες για τη μείωση του στρες. Οι επαγγελματίες που χρησιμοποιούν εργαλεία οργάνωσης ή θέτουν προτεραιότητες έχουν αναφέρει υψηλότερη παραγωγικότητα και μειωμένο άγχος (Calegari et al., 2022). Για παράδειγμα, οι Laserna Jiménez et al. (2022) διαπίστωσαν ότι η καθιέρωση εβδομαδιαίων στόχων μειώνει σημαντικά την επαγγελματική εξουθένωση.

2. Αναζήτηση Υποστήριξης από Συναδέλφους

Η συνεργασία και η υποστήριξη μεταξύ συναδέλφων είναι επίσης θεμελιώδους σημασίας. Σε μια μελέτη από τους Freeman et al. (2018), επαγγελματίες που συμμετείχαν σε ομαδικές συζητήσεις και καθοδήγηση από ανώτερους ανέφεραν μεγαλύτερη αίσθηση ανήκειν και μειωμένο φόρτο εργασίας.

3. Συνεχής Εκπαίδευση και Ανάπτυξη Δεξιοτήτων

Η επαγγελματική ανάπτυξη είναι ένας ακόμη κρίσιμος παράγοντας για τη διαχείριση του στρες. Οι συμμετέχοντες σε προγράμματα εκπαίδευσης ανέφεραν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και βελτιωμένη ικανότητα αντιμετώπισης προκλήσεων (Kabunga et al., 2024). Παράλληλα, η γνώση ότι έχουν την ικανότητα να ανταποκριθούν στις

απαιτήσεις του ρόλου τους συμβάλλει στη μείωση της συναισθηματικής εξάντλησης (Razai et al., 2023).

2.4.3 Στρατηγικές Εστιασμένες στο Συναίσθημα

Όταν οι επαγγελματίες δεν μπορούν να αλλάξουν τις εξωτερικές συνθήκες, στρέφονται σε τεχνικές διαχείρισης του συναισθήματος για να μειώσουν την ψυχική τους επιβάρυνση.

1. Ανάπτυξη Συναισθηματικής Νοημοσύνης

Η συναισθηματική νοημοσύνη έχει αποδειχθεί κρίσιμη για την ψυχική ευεξία των επαγγελματιών υγείας. Η ικανότητα αναγνώρισης και διαχείρισης των συναισθημάτων σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Cheristanidis et al., 2021). Οι επαγγελματίες που κατανοούν τα συναισθήματά τους και επικοινωνούν αποτελεσματικά τις ανάγκες τους, διαχειρίζονται καλύτερα το άγχος.

2. Χρήση Τεχνικών Χαλάρωσης και Διαλογισμού

Οι τεχνικές χαλάρωσης, όπως η βαθιά αναπνοή και ο διαλογισμός, έχουν αναδειχθεί ως αποτελεσματικοί τρόποι μείωσης του στρες (Maresca et al., 2022). Για παράδειγμα, μια μελέτη από τους Salaton και Bulgiba (2022) ανέδειξε ότι η πρακτική της ενσυνειδητότητας (mindfulness) μειώνει σημαντικά το άγχος σε επαγγελματίες υγείας.

3. Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης

Η κοινωνική υποστήριξη, είτε από τους φίλους και την οικογένεια είτε από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων. Σύμφωνα με τους Ashley et al. (2021), επαγγελματίες που συμμετείχαν σε τακτικές συνεδρίες ψυχολογικής υποστήριξης ανέφεραν βελτίωση στην ψυχική τους ανθεκτικότητα.

2.4.4 Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επιλογή Στρατηγικών

Η επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του ατόμου, η κουλτούρα του οργανισμού και το κοινωνικό πλαίσιο.

1. Προσωπική Ανθεκτικότητα

Οι επαγγελματίες με υψηλά επίπεδα προσωπικής ανθεκτικότητας είναι πιο πιθανό να επιλέξουν στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα (Teles et al., 2014). Η ανθεκτικότητα ενισχύεται μέσω της εκπαίδευσης και της υποστήριξης.

2. Οργανωσιακή Κουλτούρα

Οι οργανισμοί που προάγουν τη συνεργασία και την ψυχική υγεία ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες να χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στη διαχείριση του άγχους (Freeman et al., 2018).

3. Κοινωνικές Συνθήκες και Πανδημία COVID-19

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη για πιο σύνθετες στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι Cheristanidis et al. (2021) ανέφεραν ότι η έλλειψη επαρκών πόρων κατά τη διάρκεια της πανδημίας αύξησε την εξάρτηση των επαγγελματιών από στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα.

2.4.5 Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων

Ομολογουμένως, η διαχείριση αγχογόνων καταστάσεων αποτελεί κρίσιμο ζήτημα για τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα όσους εργάζονται στην ΠΦΥ. Οι επαγγελματίες αυτοί εκτίθενται σε αυξημένες πιέσεις που συχνά οδηγούν σε ψυχολογική επιβάρυνση, όπως άγχος, κατάθλιψη και επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των προκλήσεων απαιτεί την εφαρμογή προσαρμοστικών στρατηγικών, οι οποίες βελτιώνουν την ψυχική υγεία και τη συνολική ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι κύριες στρατηγικές που έχουν καταγραφεί στη βιβλιογραφία και εφαρμόζονται από επαγγελματίες για την αντιμετώπιση του στρες.

Προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης

1. Συναισθηματική Νοημοσύνη

Η συναισθηματική νοημοσύνη (ΣΝ) αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει, να κατανοεί και να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του και αυτά των άλλων. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες που εφαρμόζουν τη ΣΝ αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις αγχογόνες καταστάσεις, καθώς ενισχύουν την ενσυναίσθηση και τις δεξιότητες επικοινωνίας τους. Η χρήση της ΣΝ βοηθά τους επαγγελματίες να διατηρούν τη συναισθηματική τους σταθερότητα, ακόμα και σε περιβάλλοντα με υψηλές απαιτήσεις.

2. Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης

Η κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους, την οικογένεια και τους φίλους αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες μείωσης του στρες. Οι επαγγελματίες που μοιράζονται τις εμπειρίες τους και αναζητούν συναισθηματική ή πρακτική βοήθεια, εμφανίζουν λιγότερα συμπτώματα εξουθένωσης (Hu et al., 2018). Παράλληλα, η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος ενισχύει την ανθεκτικότητα.

3. Τεχνικές αυτοφροντίδας

Η αυτοφροντίδα περιλαμβάνει δραστηριότητες που προάγουν τη φυσική, συναισθηματική και πνευματική υγεία του ατόμου. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν την τακτική φυσική άσκηση, την ισορροπημένη διατροφή, τον επαρκή ύπνο και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες χαλάρωσης, όπως ο διαλογισμός και η γιόγκα (Bassi et al., 2022). Η ενσωμάτωση αυτών των πρακτικών στην καθημερινότητα μπορεί να μειώσει σημαντικά τα επίπεδα άγχους.

4. Επίλυση προβλημάτων

Η συστηματική ανάλυση και επίλυση προβλημάτων βοηθά τους επαγγελματίες να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις προκλήσεις της εργασίας τους. Μέσω της κατανόησης των αιτιών του προβλήματος και της αναζήτησης ρεαλιστικών λύσεων, οι επαγγελματίες μπορούν να μειώσουν την αβεβαιότητα και το άγχος που αυτή προκαλεί (Lazarus & Folkman, 1984).

5. Γνωστική αναδόμηση

Η γνωστική αναδόμηση αποτελεί μια τεχνική που στοχεύει στην αναγνώριση και την αντικατάσταση αρνητικών σκέψεων με πιο ρεαλιστικές και θετικές. Οι επαγγελματίες που υιοθετούν αυτή τη στρατηγική, παρουσιάζουν αυξημένη ψυχική ανθεκτικότητα και καλύτερη αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων (Fernandes et al., 2022).

2.4.6 Ερωτηματολόγιο ΣΑΑΚ-38

Το ερωτηματολόγιο ΣΑΑΚ-38, που αναπτύχθηκε από τους Lazarus και Folkman και προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τον Καραδήμα (1998), αξιολογεί διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Ενεργητική Αντιμετώπιση: Αυτή η παράμετρος αναφέρεται στις προσπάθειες να επιλυθούν τα προβλήματα που προκαλούν το στρες. Έρευνες δείχνουν ότι η ενεργητική αντιμετώπιση συσχετίζεται με μειωμένα επίπεδα άγχους και αυξημένη επαγγελματική απόδοση (Lyraeos et al., 2011).

Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης: Περιλαμβάνει τη στροφή προς τους φίλους, τους συναδέλφους ή την οικογένεια για συναισθηματική ή πρακτική βοήθεια. Η κοινωνική υποστήριξη αποδεικνύεται ότι ενισχύει την ανθεκτικότητα και μειώνει την εξουθένωση (Bassi et al., 2022).

Αυτοκριτική: Αυτή η στρατηγική περιλαμβάνει σκέψεις που υποβαθμίζουν την αυτοεκτίμηση και συχνά επιβαρύνουν την ψυχική υγεία. Αν και μπορεί να αποτελέσει

κίνητρο για αυτοβελτίωση, σε υπερβολικό βαθμό συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους (Karadimas et al., 1998).

Αποφυγή: Πρόκειται για τη στρατηγική αποφυγής των προβλημάτων ή των αρνητικών συναισθημάτων μέσω δραστηριοτήτων ή σκέψεων που αποσπούν την προσοχή.

Ωστόσο, η αποφυγή μακροπρόθεσμα ενισχύει το στρες και μειώνει την αποτελεσματικότητα (Maresca et al., 2022).

Το ερωτηματολόγιο ΣΑΑΚ-38 αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την κατανόηση των στρατηγικών που εφαρμόζουν οι επαγγελματίες και βοηθά στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας.

Αποφυγή στρατηγικών μη προσαρμοστικής αντιμετώπισης

Παράλληλα με τις προσαρμοστικές στρατηγικές, είναι σημαντικό να αποφεύγονται οι μη προσαρμοστικές στρατηγικές, όπως η αποφυγή, η χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και η υπερβολική εργασία. Οι στρατηγικές αυτές, αν και παρέχουν πρόσκαιρη ανακούφιση, συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εξουθένωσης και ψυχολογικών προβλημάτων (Maresca et al., 2022).

Επομένως, οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων αποτελούν βασικό παράγοντα για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών της ΠΦΥ. Η υιοθέτηση προσαρμοστικών στρατηγικών, όπως η συναισθηματική νοημοσύνη, η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοφροντίδα, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μείωση του στρες. Ωστόσο, η εφαρμογή τους απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση και υποστηρικτικά εργασιακά περιβάλλοντα. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας και της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκύπτουν στον χώρο της υγείας.

3. Τρέχουσα γνώση

Η βιβλιογραφία σχετικά με τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, την επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και την ποιότητα ζωής στους επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ αποκαλύπτει σημαντικές προκλήσεις και αναδεικνύει στρατηγικές παρέμβασης που στοχεύουν στη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας και της αποδοτικότητάς τους. Η ψυχική ευεξία των επαγγελματιών της ΠΦΥ αποτελεί κρίσιμο θέμα τόσο για την προσωπική τους ζωή όσο και για την αποτελεσματικότητα της φροντίδας που παρέχουν. Οι επιπτώσεις της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης, η σημασία της ποιότητας ζωής και οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν αναλυθεί εκτενώς στη

βιβλιογραφία. Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται μια αναλυτική παρουσίαση των σημαντικότερων ερευνών που εστιάζουν σε αυτούς τους άξονες.

3.1 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις και Ψυχολογικό Άγχος

3.1.1 Εισαγωγή

Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση και το ψυχολογικό άγχος είναι συχνά φαινόμενα στους επαγγελματίες υγείας λόγω των απαιτητικών συνθηκών εργασίας και της συναισθηματικής φόρτισης. Οι επαγγελματίες αυτοί εργάζονται υπό συνθήκες πίεσης χρόνου, υψηλών απαιτήσεων και συναισθηματικής κόπωσης, που επηρεάζουν την επαγγελματική τους ικανοποίηση και τη συνολική ποιότητα ζωής τους.

Η επαγγελματική εξουθένωση, η ποιότητα ζωής και τα αρνητικά συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ είναι ζητήματα που απασχολούν σε μεγάλο βαθμό την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια. Αναμφισβήτητα, οι πιέσεις που ασκούνται στους επαγγελματίες υγείας είναι αυξημένες λόγω των απαιτητικών εργασιακών συνθηκών, του αυξημένου φόρτου εργασίας, της συναισθηματικής καταπόνησης και της έλλειψης υποστηρικτικών δομών. Οι συνέπειες αυτών των παραμέτρων για την ψυχική υγεία των επαγγελματιών και την ποιότητα ζωής τους είναι τεράστιες, καθιστώντας αναγκαία τη μελέτη αυτών των φαινομένων για την εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών και παρεμβάσεων.

Διεθνείς Μελέτες για την Επαγγελματική Εξουθένωση

Η έρευνα των Cañadas-De la Fuente et al. (2015) επικεντρώθηκε στη σύνδεση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την εργασιακή πίεση και τη συναισθηματική εργασία. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλών απαιτήσεων εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα εξουθένωσης, κυρίως λόγω των υπερβολικών ωρών εργασίας και της συναισθηματικής φόρτισης που συνεπάγεται η αλληλεπίδραση με τους ασθενείς. Η έλλειψη υποστήριξης και η ανεπαρκής ανάπαυση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επιδεινώνουν αυτή την κατάσταση, προκαλώντας άγχος, συναισθηματική εξάντληση και μειωμένη απόδοση. Ειδικά οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με αυξημένες πιέσεις και περιορισμένους πόρους, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επιπλέον, η συστηματική ανασκόπηση των West et al. (2016) ανέδειξε τις στρατηγικές που μπορεί να υιοθετήσουν οι επαγγελματίες υγείας για την πρόληψη και μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν την επαγγελματική

υποστήριξη, την ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης άγχους και την ενίσχυση της συναισθηματικής ανθεκτικότητας. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η ενίσχυση της υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε στρατηγικές αυτοφροντίδας και διαχείρισης άγχους μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους και να μειώσουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ανάλογα αποτελέσματα παρουσίασε η έρευνα των Ashley et al. (2021) κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η οποία ανέδειξε τις ψυχολογικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι η πανδημία ενέτεινε την ψυχολογική καταπόνηση λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας, των συναισθηματικών απαιτήσεων και του άγνωστου κινδύνου μόλυνσης, με σοβαρές συνέπειες στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών. Η έλλειψη κατάλληλων υποστηρικτικών στρατηγικών, αλλά και ο περιορισμένος χρόνος ανάπαυσης, συνέβαλαν στη σημαντική επιδείνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μια άλλη σημαντική έρευνα που ενισχύει την κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας είναι η έρευνα των Kakemam et al. (2024). Στην έρευνά τους, η επικράτηση της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες στους επαγγελματίες της ΠΦΥ είναι ιδιαίτερα υψηλή, με τις αιτίες να σχετίζονται κυρίως με τις συνθήκες εργασίας, την έλλειψη πόρων και υποστήριξης, καθώς και την υψηλή συναισθηματική φόρτιση που βιώνουν στην καθημερινότητά τους. Η ανάγκη για παρεμβάσεις που θα βελτιώσουν την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας είναι πλέον επιτακτική, με στρατηγικές όπως η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και η παροχή επαγγελματικής υποστήριξης να αποτελούν βασικούς άξονες για την πρόληψη της εξουθένωσης.

Έρευνες στην Ελλάδα

Στο ελληνικό πλαίσιο, η επαγγελματική εξουθένωση και η ψυχική υγεία των επαγγελματιών της ΠΦΥ έχουν μελετηθεί σε διάφορες έρευνες που επισημαίνουν την έντονη πίεση που δέχονται οι επαγγελματίες λόγω των εργασιακών συνθηκών και της έλλειψης υποστήριξης. Η μελέτη των Μάτσα και Βασιλείου (2017) έδειξε ότι οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής καταπόνησης, κυρίως λόγω της υπερβολικής εργασια

κής επιβάρυνσης, των περιορισμένων προσωπικών και επαγγελματικών υποστηρικτικών δομών, και της αδυναμίας να ισορροπήσουν την προσωπική με την επαγγελματική τους ζωή. Το γεγονός αυτό έχει σημαντικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους, καθώς οδηγεί σε μειωμένη ψυχική ευημερία και αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Η έρευνα του Σταυρόπουλου (2019) επισήμανε την ανάγκη για οργανωμένες και συστηματικές ψυχολογικές παρεμβάσεις για την υποστήριξη των επαγγελματιών της ΠΦΥ. Η απουσία κατάλληλων στρατηγικών διαχείρισης άγχους και η έλλειψη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος συντελούν στην αύξηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης, επηρεάζοντας τόσο την απόδοση των επαγγελματιών όσο και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν.

Αδιαμφισβήτητα, η πανδημία COVID-19 επιδείνωσε τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα, με τις έρευνες των Cheristanidis et al. (2021) και Vamvakas et al. (2022) να καταδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα, όπως και διεθνώς, υπήρξαν εκτεθειμένοι σε αυξημένο άγχος λόγω του φόβου μόλυνσης, της αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών υγείας και της ψυχικής καταπόνησης που συνόδευε τη δουλειά τους. Οι συνθήκες αυτές είχαν σοβαρές συνέπειες στην ψυχική τους υγεία, με τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης να εκτοξεύονται. Η ανάγκη για στρατηγικές υποστήριξης και για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας στις συνθήκες αυτές είναι πιο επιτακτική από ποτέ.

3.1.2. Ψυχολογικές Επιπτώσεις στους Επαγγελματίες Υγείας

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μία από τις σημαντικότερες επιπτώσεις της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης στους επαγγελματίες υγείας. Η μελέτη των Olariu et al. (2015) υπέδειξε ότι το ποσοστό κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι υψηλότερο από αυτό στον γενικό πληθυσμό.

Burnout (Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης)

Το burnout αναφέρεται στην εξάντληση που προκύπτει από τη συνεχή έκθεση σε εργασιακό στρες. Οι Freeman et al. (2018) τόνισαν ότι οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο burnout λόγω των πολυδιάστατων απαιτήσεων της δουλειάς τους.

Συγκεκριμένα, η έρευνα των **Agarwal, Pabo, Rozenblum, και Sherritt (2020)** κατέδειξε ότι η επαγγελματική δυσαρμονία αποτελεί σημαντική αιτία επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Τα κύρια αποτελέσματα περιλαμβάνουν:

1. **Σύγκρουση αξιών και πραγματικότητας εργασίας:** Οι επαγγελματίες ανέφεραν ότι η έλλειψη χρόνου, οι περιορισμένοι πόροι και οι αυξανόμενες γραφειοκρατικές απαιτήσεις εμποδίζουν τη δυνατότητά τους να παρέχουν την ποιότητα φροντίδας που θεωρούν απαραίτητη. Αυτό δημιουργεί έντονο άγχος και απογοήτευση.

2. **Εσωτερική πίεση και συναισθηματική εξάντληση:** Πολλοί επαγγελματίες περιέγραψαν την αίσθηση ότι πρέπει να «αντισταθούν» στις συστηματικές προκλήσεις για να διατηρήσουν την επαγγελματική τους ταυτότητα, γεγονός που οδηγεί σε ψυχική κόπωση και απώλεια ενθουσιασμού για την εργασία τους.
3. **Επιπτώσεις στην απόδοση:** Η δυσαρμονία συμβάλλει στη μείωση της επαγγελματικής δέσμευσης, καθώς οι εργαζόμενοι συχνά αισθάνονται αποκομμένοι από τους οργανισμούς τους. Αυτό ενισχύει τον κίνδυνο εξουθένωσης και αυξάνει την πιθανότητα πρόωρης αποχώρησης από το επάγγελμα.
4. **Ανάγκη για υποστηρικτικές παρεμβάσεις:** Η έρευνα τονίζει την ανάγκη για στρατηγικές που να ενισχύουν την ευθυγράμμιση ανάμεσα στις επαγγελματικές αξίες και τις συνθήκες του χώρου εργασίας, όπως η βελτίωση της διαχείρισης πόρων και η ενίσχυση της ηγεσίας.

Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν τη σημασία της κατανόησης της επαγγελματικής δυσαρμονίας και της συστηματικής παρέμβασης για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ΠΦΥ.

Διαταραχές Ύπνου

Οι Ashley et al. (2021) παρατήρησαν ότι οι διαταραχές ύπνου είναι συχνό φαινόμενο στους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας του στρες και των ακανόνιστων ωραρίων. Αυτές οι διαταραχές έχουν περαιτέρω αντίκτυπο στην ψυχική και σωματική υγεία.

Διαχείριση και Υποστήριξη- Εκπαιδευτικές Παρεμβάσεις

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα άγχους, όπως αναφέρουν οι Maresca et al. (2022). Η εκπαίδευση σχετικά με τεχνικές διαχείρισης του στρες, όπως ο διαλογισμός και η χρήση ψυχολογικής υποστήριξης, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Οργανωσιακή Υποστήριξη

Η υποστήριξη σε επίπεδο οργάνωσης, όπως η παροχή ψυχολογικής βοήθειας και η μείωση του φόρτου εργασίας, μπορεί να βελτιώσει τη συνολική ευεξία των επαγγελματιών (Razai et al., 2023).

Συνεπώς, η αρνητική συναισθηματική κατάσταση και το άγχος αποτελούν κρίσιμα προβλήματα για τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η εφαρμογή εκπαιδευτικών και οργανωσιακών παρεμβάσεων, καθώς και η προώθηση ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος, είναι απαραίτητα βήματα για τη μείωση

αυτών των φαινομένων. Με τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και τη συστηματική υποστήριξη, μπορεί να επιτευχθεί η ενίσχυση της ψυχικής υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας

3.1.3 Παράγοντες Επιβάρυνσης

1. Φόρτος Εργασίας και Έλλειψη Πόρων

Σύμφωνα με τους Kakemam et al. (2024), η υπερβολική πίεση χρόνου και η έλλειψη επαρκών πόρων σε προσωπικό και εξοπλισμό, αποτελούν βασικές αιτίες άγχους.

2. Αβεβαιότητα και Συναισθηματική Φόρτιση

Η φύση της δουλειάς στην πρωτοβάθμια φροντίδα περιλαμβάνει τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών και επειγόντων περιστατικών (Lemyre & Tessier, 2003).

3. Έλλειψη Υποστήριξης

Οι Olariu et al. (2015) υπογράμμισαν τη σημασία της οργανωτικής υποστήριξης για τη μείωση του άγχους και την αποφυγή της απομόνωσης.

3.1.4 Επιδημιολογικά Δεδομένα

• Κλινικά Στοιχεία

Οι Kakemam et al. (2024) ανέφεραν ότι το 60% των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ στο Ιράν εμφάνισε μέτριο έως σοβαρό άγχος, ενώ το 45% ανέφερε συμπτώματα κατάθλιψης.

• Διεθνείς Διαφορές

Οι Cheristanidis et al. (2021) ανέφεραν υψηλά επίπεδα άγχους στους Έλληνες επαγγελματίες υγείας κατά την πανδημία COVID-19, υποδεικνύοντας τη σημασία των πολιτισμικών παραγόντων.

3.1.5. Αξιολόγηση της Κλίμακας Αρνητικών Συναισθηματικών Καταστάσεων

Η αξιολόγηση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων στους επαγγελματίες της ΠΦΥ αποτελεί κρίσιμο ζήτημα που συνδέεται με την ψυχική ευημερία, την επαγγελματική εξουθένωση και τη συνολική ποιότητα ζωής. Οι ερευνητικές μελέτες που έχουν αναλυθεί παρέχουν σαφή εικόνα για τη σημασία της κατανόησης και της διαχείρισης αυτών των παραμέτρων στο επαγγελματικό πλαίσιο.

Σύμφωνα με τον Galiana και τους συνεργάτες του (2022), η ψυχολογική δυσφορία και η επαγγελματική εξουθένωση είναι έννοιες στενά συνδεδεμένες με τη μειωμένη ποιότητα ζωής των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη. Οι παράγοντες αυτοί

δεν επηρεάζουν μόνο την προσωπική ζωή των επαγγελματιών, αλλά έχουν και άμεση επίδραση στη φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς τους. Ομοίως, η έρευνα του Nørøx και των συνεργατών του (2019) αναδεικνύει τη σχέση μεταξύ της ψυχικής ευημερίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης στους γενικούς ιατρούς. Η μελέτη τους δείχνει ότι η ψυχική ευημερία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επαγγελματική σταθερότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Η έρευνα του Leonelli και των συνεργατών του (2017) πρόσθεσε στην κατανόηση του αντιληπτού άγχους, παρουσιάζοντας στοιχεία για το πώς η καθημερινή εργασία μπορεί να δημιουργήσει υψηλά επίπεδα στρες στους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αντίστοιχα, η μελέτη της Kerasidou και των συνεργατών της (2016) αναφέρθηκε στις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της υγείας σε περιόδους λιτότητας, όπου η διατήρηση της επαγγελματικής ακεραιότητας γίνεται ιδιαίτερα δύσκολη. Οι συνθήκες αυτές εντείνουν τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις και αυξάνουν το εργασιακό άγχος.

Η μελέτη των Αθανασιάδη και των συνεργατών (2011) επικεντρώθηκε στο εργασιακό στρες στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, υπογραμμίζοντας τις ψυχολογικές και συναισθηματικές επιπτώσεις του. Ειδική αναφορά γίνεται στη διαχείριση του στρες, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την απόδοση των επαγγελματιών και την προσωπική τους ζωή. Επιπλέον, οι Katsikouli και Tziaferi (2013) εξέτασαν την επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζομένους επειγόντων περιστατικών, οι οποίοι συχνά αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα πίεσης και ευθύνης. Η έρευνά τους έδειξε ότι το εργασιακό στρες μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.

Η έρευνα της Καρρά (2014) προσέφερε μια οργανωτική οπτική στη διαχείριση του εργασιακού στρες, υποδεικνύοντας τη σημασία της αναθεώρησης των συνθηκών εργασίας και της δημιουργίας μιας υποστηρικτικής κουλτούρας. Οι συμμετέχοντες επεσήμαναν ότι παρεμβάσεις που εστιάζουν στη μείωση του φόρτου εργασίας και στη βελτίωση των λειτουργιών του συστήματος μπορούν να μειώσουν σημαντικά το στρες. Η προώθηση τέτοιων οργανωτικών αλλαγών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας και της συνολικής λειτουργικότητας των επαγγελματιών υγείας.

Επιπρόσθετα, η έρευνα της Μπαρμπαγιάννη (2020) ανέδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει μέτρια επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Για την αξιολόγηση αυτών των παραμέτρων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια DASS-21 (Depression, Anxiety, and Stress Scale) και Professional Quality of Life Scale - ProQOL-IV. Το DASS-21 εστίασε στην αξιολόγηση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων

(κατάθλιψη, άγχος, στρες), ενώ το ProQOL-IV αξιολόγησε τη συνολική επαγγελματική ποιότητα ζωής, εστιάζοντας στην επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση από την εργασία. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι ο φόρτος εργασίας, οι ελλείψεις προσωπικού και οι αυξημένες απαιτήσεις του επαγγέλματος συντελούν στη δημιουργία αυτών των συναισθηματικών καταστάσεων. Η επαγγελματική εξουθένωση, ειδικότερα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επιβαρύνει περαιτέρω την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Τέλος, οι Kourakos και Tzavella (2014) επικεντρώθηκαν στο εργασιακό στρες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, καταδεικνύοντας τον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζουν οι συνθήκες εργασίας και οι στρατηγικές διαχείρισης του άγχους. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι οι επαγγελματίες σε αυτό το περιβάλλον είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις λόγω της φύσης της εργασίας τους.

Οι παραπάνω μελέτες υπογραμμίζουν την ανάγκη για πιο ολοκληρωμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας και στη μείωση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων στους επαγγελματίες υγείας. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος, το οποίο θα ενισχύσει τη συνολική ποιότητα ζωής και την αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας.

3.2 Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

3.2.1 Διαστάσεις του Burnout

Το burnout περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις (Maslach et al., 2016):

1. **Συναισθηματική Εξάντληση:** Αίσθηση εξάντλησης λόγω της συνεχούς συναισθηματικής εργασίας.
2. **Αποπροσωποποίηση:** Συναισθηματική αποστασιοποίηση από τους ασθενείς και έλλειψη ενσυναίσθησης.
3. **Μειωμένο Αίσθημα Προσωπικής Επίτευξης:** Αίσθηση ότι η εργασία δεν έχει θετικό αντίκτυπο, οδηγώντας σε απογοήτευση.

3.2.2 Επιδημιολογικά Δεδομένα

- Οι Salaton και Bulgiba (2022) ανέφεραν ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα burnout κατά την πανδημία COVID-19.
- Η έρευνα των Kakemam et al. (2024) έδειξε ότι οι επαγγελματίες με υψηλά επίπεδα άγχους είναι πιο επιρρεπείς στο burnout.

3.3 Ποιότητα ζωής

3.3.1. Συνολική Ποιότητα Ζωής

Η συνολική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών στη ΠΦΥ αποτελεί σημαντικό ζήτημα που επηρεάζει τόσο την προσωπική τους ευημερία όσο και την επαγγελματική τους αποδοτικότητα. Οι απαιτητικές συνθήκες εργασίας, οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι και το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχική και συναισθηματική υγεία αυτών των επαγγελματιών.

Σύμφωνα με τους Valencia-Contrera και συνεργάτες (2024), οι επαγγελματίες της ΠΦΥ αντιμετωπίζουν σημαντικούς ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που μπορούν να υπονομεύσουν την ποιότητα ζωής τους. Η συνεχής πίεση που προέρχεται από τον φόρτο εργασίας, οι περιορισμένοι πόροι και οι συχνά δύσκολες αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η έρευνα αναδεικνύει την ανάγκη για οργανωμένες παρεμβάσεις που να υποστηρίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα και τη διαχείριση άγχους.

Από την πλευρά τους, οι Arvidsdotter και συνεργάτες (2016) εστίασαν στην κατανόηση της ψυχολογικής δυσφορίας που βιώνουν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ. Η μελέτη τους αναδεικνύει τη σύνδεση μεταξύ της συναισθηματικής κόπωσης και της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Η ψυχολογική δυσφορία, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις όχι μόνο στην ευημερία των επαγγελματιών, αλλά και στην αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στο ελληνικό πλαίσιο, οι Lionis και Petelos (2013) εξέτασαν την πολιτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας και πώς αυτή επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας. Η μελέτη τονίζει ότι οι συνθήκες εργασίας στην Ελλάδα συχνά χαρακτηρίζονται από έλλειψη υποστηρικτικών δομών και υπερβολικές απαιτήσεις, γεγονός που υπονομεύει τη συνολική ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν την ανάγκη για αναμόρφωση των πολιτικών, ώστε να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που θα επιτρέπει στους επαγγελματίες να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της δουλειάς τους χωρίς να θυσιάζουν την ευημερία τους.

Η έρευνα των Koinis και συνεργατών (2015) διερεύνησε τη σύνδεση μεταξύ του εργασιακού περιβάλλοντος και της ψυχικής-συναισθηματικής υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε απαιτητικά περιβάλλοντα με περιορισμένη υποστήριξη συχνά αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα στρες και εξουθένωσης. Η μελέτη τόνισε ότι η ενίσχυση των οργανωσιακών υποδομών, η παροχή επαρκών πόρων και η προώθηση στρατηγικών

διαχείρισης άγχους είναι καίριας σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών.

Συνολικά, οι παραπάνω μελέτες καταδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών της ΠΦΥ επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων, όπως το εργασιακό περιβάλλον, οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι και οι πολιτικές υγείας. Η κατανόηση και η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων είναι κρίσιμη για τη δημιουργία ενός υγιούς και βιώσιμου επαγγελματικού πλαισίου, που θα ενισχύει την ευημερία των επαγγελματιών και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

3.3.2 Ποιότητα Ζωής και Παρεμβάσεις

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής απαιτεί οργανωσιακές αλλαγές, όπως η μείωση του φόρτου εργασίας και η ενίσχυση της διοικητικής υποστήριξης. Οι Razai et al. (2023) υπογράμμισαν τη σημασία της ενίσχυσης της ηγεσίας και της διαφάνειας στον χώρο εργασίας.

Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από το συνδυασμό ψυχολογικών, κοινωνικών και επαγγελματικών παραμέτρων. Οι Stretea et al. (2023), εξετάζοντας 200 Ρουμάνους ιατρούς κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, διαπίστωσαν ότι στρατηγικές όπως η θετική επανερμηνεία και η αποδοχή συνδέονται με υψηλότερη ποιότητα ζωής. Οι γιατροί που αξιοποιούσαν αυτές τις στρατηγικές ανέφεραν μεγαλύτερη ψυχολογική ευεξία και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους. Η έρευνα αυτή υπογράμμισε την ανάγκη για παρεμβάσεις που προάγουν τη θετική αναπλαισίωση και τη διαχείριση κρίσεων.

Οι Dineen-Griffin et al. (2019) πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση για την υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης στη ΠΦΥ. Οι στρατηγικές αυτοδιαχείρισης περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και εξατομικευμένα προγράμματα υποστήριξης, τα οποία αποδείχθηκαν αποτελεσματικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αυτο-αποτελεσματικότητας των ασθενών. Ενώ η έρευνα επικεντρώθηκε σε ασθενείς, οι αρχές αυτοδιαχείρισης μπορούν να εφαρμοστούν και στους επαγγελματίες υγείας.

Η μελέτη του Πολιούδη (2021) ανέδειξε τη σχέση ανάμεσα στο εργασιακό στρες και την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες που εντοπίστηκαν περιλαμβάνουν την οικονομική κρίση, την έλλειψη πόρων και τη λειτουργικότητα του συστήματος υγείας. Παρά το γεγονός ότι οι επαγγελματίες δήλωσαν μέτρια επίπεδα στρες, οι επιπτώσεις του επεκτείνονται τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική τους ζωή. Ιδιαίτερη

έμφαση δίνεται στις σωματικές συνέπειες, όπως κόπωση και αυξημένα επίπεδα άγχους. Οι συνθήκες εργασίας, σε συνδυασμό με την αβεβαιότητα σε θέματα λειτουργίας, συμβάλλουν στην επιβάρυνση της συνολικής ποιότητας ζωής.

3.3.3 Εκπαίδευση, Υποστήριξη και Εφαρμογή Τεχνολογιών Υποστήριξης

Η εκπαίδευση σε θέματα διαχείρισης άγχους και συναισθηματικής ευεξίας μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες να διαχειριστούν καλύτερα τις προκλήσεις της δουλειάς.

Οι Laserna Jiménez et al. (2022) πρότειναν την ενσωμάτωση προγραμμάτων εκπαίδευσης στη διαχείριση του άγχους στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Οι νέες τεχνολογίες, όπως οι πλατφόρμες τηλεϊατρικής, μπορούν να μειώσουν την πίεση στον χώρο εργασίας, επιτρέποντας στους επαγγελματίες να επικεντρωθούν στις κλινικές τους υποχρεώσεις (Kabunga et al., 2024).

3.4 Μελέτες σε πληθυσμούς

1. Ελλάδα

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι Cheristanidis et al. (2021) ανέφεραν ότι η υποστήριξη από την τοπική κοινότητα βοήθησε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας.

2. Ιράν

Η εργασία των Kakemam et al. (2024) έδειξε ότι η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης μείωσε σημαντικά τα επίπεδα στρες στους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

3. Ηνωμένο Βασίλειο

Οι Freeman et al. (2018) ανέφεραν την επιτυχία προγραμμάτων μείωσης του φόρτου εργασίας, που βελτίωσαν την επαγγελματική ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων.

3.4.1 Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχολογικής πίεσης στους επαγγελματίες υγείας απαιτεί την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών. Η έρευνα των Maresca et al. (2022) τόνισε την αναγκαιότητα στρατηγικών αυτοφροντίδας και αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Όπως δείχνει η μελέτη, οι στρατηγικές αυτές βοηθούν τους επαγγελματίες να διαχειρίζονται το άγχος και τις συναισθηματικές πιέσεις που προκύπτουν από την καθημερινή τους εργασία.

Επιπλέον, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε στρατηγικές διαχείρισης άγχους, γνωστική αναδόμηση και ανάπτυξη συναισθηματικής νοημοσύνης είναι καθοριστική

για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η έρευνα των Bassi et al. (2022) υπογράμμισε τη σημασία της συναισθηματικής νοημοσύνης και των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων στη μείωση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Συμπερασματικά, οι πρόσφατες έρευνες αναδεικνύουν την ανάγκη για μια ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Οι στρατηγικές που περιλαμβάνουν την ενίσχυση των υποστηρικτικών δομών, την εκπαίδευση σε στρατηγικές διαχείρισης άγχους και την ανάπτυξη συναισθηματικής νοημοσύνης μπορούν να μειώσουν την επαγγελματική εξουθένωση και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, καθιστώντας τους ικανότερους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους.

3.4.2. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων

Η αποτελεσματική διαχείριση των αγχογόνων καταστάσεων αποτελεί κρίσιμη πρόκληση για τους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόζονται ποικίλλουν, ενώ η κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στο άγχος είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη βιώσιμων λύσεων. Η ανασκόπηση που ακολουθεί εξετάζει τι έχουν βρει πρόσφατες μελέτες για τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται, επικεντρώνοντας τόσο στις πιο αποτελεσματικές πρακτικές όσο και στους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τους.

Σύμφωνα με τους Casini και συνεργάτες (2013), η διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης στους επαγγελματίες της ΠΦΥ απαιτεί μια συνδυαστική προσέγγιση που περιλαμβάνει τόσο την ψυχολογική υποστήριξη όσο και τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος. Οι συγγραφείς αναδεικνύουν τη σημασία της ενίσχυσης της συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων και της παροχής εργαλείων αυτοδιαχείρισης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους.

Η έρευνα των Cordioli και συνεργατών (2019) υπογράμμισε ότι το εργασιακό άγχος επηρεάζει άμεσα τη δέσμευση των εργαζομένων. Οι επαγγελματίες που βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες παρουσιάζουν μειωμένη αφοσίωση και ενδιαφέρον για την εργασία τους, γεγονός που υπονομεύει την αποδοτικότητά τους. Η μελέτη προτείνει την ενίσχυση της οργανωσιακής υποστήριξης και τη δημιουργία ευέλικτων συστημάτων εργασίας για τη μείωση του άγχους.

Οι Shevchenko και συνεργάτες (2019) ανέλυσαν τους παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό άγχος, τονίζοντας την επίδραση του εργασιακού φόρτου, της αβεβαιότητας και της έλλειψης υποστήριξης. Προτείνουν την ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης στη διαχείριση του στρες, τα οποία θα επικεντρώνονται στην ενίσχυση της

συναισθηματικής ανθεκτικότητας και στον σχεδιασμό στρατηγικών για την αντιμετώπιση κρίσεων.

Στο ελληνικό πλαίσιο, η έρευνα των Κοινής και Σαρίδη (2014) εξέτασε τις επιπτώσεις του εργασιακού στρες στη ζωή των επαγγελματιών υγείας. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι το συνεχές στρες επηρεάζει όχι μόνο την επαγγελματική απόδοση αλλά και τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Η έλλειψη υποστήριξης από το οργανωσιακό περιβάλλον και οι δυσκολίες εξισορρόπησης της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής αποτελούν βασικούς παράγοντες που αυξάνουν τα επίπεδα άγχους.

Τέλος, η έρευνα των Clifton και συνεργατών (2021) ανέδειξε τις διαφορές στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους πρέπει να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ομάδας, εστιάζοντας σε παρεμβάσεις όπως η παροχή εργαλείων διαχείρισης χρόνου και η ψυχολογική υποστήριξη.

Η μελέτη της Λόλα (2022) έθεσε στο επίκεντρο την ψυχική ανθεκτικότητα ως παράγοντα που μειώνει τις επιπτώσεις του στρες στους επαγγελματίες υγείας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η ανθεκτικότητα λειτούργησε προστατευτικά, παρέχοντας στους εργαζόμενους τα μέσα να διαχειρίζονται καλύτερα τις αυξημένες απαιτήσεις και τις αντιξοότητες. Η εκπαίδευση σε στρατηγικές διαχείρισης στρες, όπως η ενίσχυση της αυτογνωσίας, η επίλυση προβλημάτων και η ανάπτυξη μηχανισμών υποστήριξης, βρέθηκε να ενισχύει την αποτελεσματική διαχείριση αυτών των καταστάσεων.

Συνολικά, η αποτελεσματική διαχείριση του εργασιακού άγχους απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που συνδυάζει την υποστήριξη από τον οργανισμό, την προσωπική ενδυνάμωση των επαγγελματιών και την ανάπτυξη στρατηγικών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κάθε εργασιακού περιβάλλοντος. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να επιτευχθεί η βελτίωση της ψυχικής ευεξίας και της επαγγελματικής απόδοσης των εργαζομένων στην ΠΦΥ.

Οι επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις που δοκιμάζουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα, όπως αυξημένο φόρτο εργασίας, συναισθηματική εξάντληση και επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping mechanisms) είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση αυτών των πιέσεων και την προαγωγή της ψυχικής τους ευεξίας (Maresca et al., 2022).

Αρνητική Συναισθηματική Κατάσταση και Επαγγελματική Εξουθένωση

Σύμφωνα με τους Kabunga et al. (2024), οι επαγγελματίες υγείας στην Κεντρική Ουγκάντα που εργάζονται υπό υψηλές απαιτήσεις και με περιορισμένους πόρους αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μελέτη εξέτασε 500 επαγγελματίες και ανέδειξε ότι η ενεργή αντιμετώπιση (π.χ., στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων) συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης. Οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν στρατηγικές αποφυγής ή αποσπασματική αντιμετώπιση παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καταδεικνύοντας τη σημασία της στρατηγικής προσέγγισης στη διαχείριση του στρες.

Παρόμοια, οι Owen et al. (2022) εξέτασαν τους επαγγελματίες υγείας σε τμήματα επειγόντων, καταδεικνύοντας ότι δυσλειτουργικές στρατηγικές όπως η αυτο-κατηγορία και η απόσπαση προσοχής συσχετίζονται με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση 42 μελετών, παρέχει σαφή εικόνα της επίδρασης των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, χωρίζονται σε ενεργές και παθητικές. Οι Shoji et al. (2024) έδειξαν ότι οι στρατηγικές ενεργούς αντιμετώπισης, όπως η αναζήτηση υποστήριξης και η διαχείριση συγκρούσεων, είναι πιο αποτελεσματικές στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και στη βελτίωση της ικανοποίησης από τη συμπόνια. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία με τη συμμετοχή 300 επαγγελματιών υγείας, και ανέδειξε τη σημασία της ενσυναίσθησης και της ευελιξίας στην αντιμετώπιση των καθημερινών προκλήσεων.

Επιπλέον, οι Zhu et al. (2023) εξέτασαν τη μείωση του στρες μέσω της ενσυνειδητότητας (Mindfulness – Based Stress Reduction; MBSR). Η μελέτη συμπεριέλαβε 100 ασθενείς με καρκίνο μαστού, οι οποίοι βίωναν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Μετά την παρέμβαση, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στη ρύθμιση συναισθημάτων και στη συνολική ποιότητα ζωής. Αν και η έρευνα εστιάζει σε ασθενείς, τα ευρήματα έχουν εφαρμογή και στους επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν παρόμοιες ψυχικές προκλήσεις.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν. Ενώ οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα θεωρούνται πιο αποτελεσματικές, οι στρατηγικές διαχείρισης συναισθημάτων είναι εξίσου σημαντικές, ιδίως σε συνθήκες που δεν μπορούν να ελεγχθούν. Η εφαρμογή πολιτικών που ενισχύουν την ψυχική ευεξία, καθώς και η συνεχής εκπαίδευση, είναι απαραίτητες για τη βιωσιμότητα του ρόλου τους.

3.5 Συμπεράσματα

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση καταδεικνύει ότι οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, η επαγγελματική εξουθένωση και οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η εφαρμογή οργανωσιακών αλλαγών, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και τεχνολογικών λύσεων, σε συνδυασμό με την ενίσχυση της ψυχολογικής υποστήριξης, μπορούν να βελτιώσουν την ευεξία τους και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.

Σκοπός της Μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην αποτύπωση και κατανόηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων, των στρατηγικών αντιμετώπισης και της ποιότητας ζωής στους επαγγελματίες της ΠΦΥ. Συγκεκριμένα, επιχειρεί να:

1. Καταγράψει τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες στους επαγγελματίες της ΠΦΥ.
2. Αναλύσει τις στρατηγικές που υιοθετούν για την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων.
3. Διερευνήσει τη σχέση των παραπάνω παραμέτρων με παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Ερευνητικά Ερωτήματα

- Ποιο είναι το επίπεδο των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων (άγχους, κατάθλιψης, στρες) που βιώνουν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους;
- Ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και των πιέσεων υιοθετούν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ;
- Ποια είναι η συνολική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών της ΠΦΥ με βάση τις τέσσερις διαστάσεις του WHOQOL-BREF;" Ποιοι παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας ή το επίπεδο εκπαίδευσης, επηρεάζουν το επίπεδο των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τη συνολική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων αρνητικών συναισθημάτων (άγχος, κατάθλιψη, στρες) και των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας;

Σημασία της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει στόχο να προσφέρει μια ολοκληρωμένη εικόνα των ψυχολογικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ. Τα ευρήματα μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής, ενισχύοντας τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Συγκεκριμένα, επικεντρώνεται σε ένα ιδιαίτερα κρίσιμο ζήτημα: την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και τις στρατηγικές διαχείρισης άγχους των επαγγελματιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Οι επαγγελματίες αυτοί αποτελούν τον θεμέλιο λίθο του συστήματος υγείας, παρέχοντας σημαντικές υπηρεσίες στην κοινότητα. Ωστόσο, οι συνθήκες στις οποίες εργάζονται είναι συχνά απαιτητικές, με συνεχείς πιέσεις και υψηλές προσδοκίες που επιβαρύνουν τη συναισθηματική και ψυχική τους κατάσταση.

Η ανάλυση που προτείνεται στοχεύει στην ανάδειξη των παραγόντων που συμβάλλουν σε φαινόμενα όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, επιδιώκεται η κατανόηση των μεθόδων που εφαρμόζουν για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις, εξετάζοντας τόσο αποτελεσματικές προσεγγίσεις, όπως η ενεργή αναζήτηση λύσεων και η κοινωνική υποστήριξη, όσο και λιγότερο αποδοτικές, όπως η αποφυγή.

Τα συμπεράσματά της μελέτης αναμένεται να οδηγήσουν σε πρακτικές προτάσεις, όπως η ενίσχυση της συναισθηματικής ανθεκτικότητας μέσω εκπαίδευσης, η εφαρμογή στρατηγικών αυτοφροντίδας και η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών. Παράλληλα, μπορεί να αναδείξει την ανάγκη για αλλαγές στη διοικητική υποστήριξη και την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος, προτείνοντας λύσεις με άμεσο αντίκτυπο στη λειτουργικότητα και την ευημερία των επαγγελματιών.

Συνολικά, το περιεχόμενο της μελέτης έχει στόχο να προσφέρει πολύτιμες γνώσεις που μπορούν να αξιοποιηθούν τόσο από τους ίδιους τους επαγγελματίες όσο και από τη διοίκηση του τομέα υγείας. Μέσα από αυτήν τη διαδικασία, επιδιώκεται η ενίσχυση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων στην ΠΦΥ, διασφαλίζοντας παράλληλα υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για την κοινωνία.

Μεθοδολογική Προσέγγιση

Η έρευνα είναι ποσοτική, διατομεακή, και πραγματοποιείται μέσω ερωτηματολογίων. Η επιλογή αυτής της μεθόδου επιτρέπει τη συγκέντρωση δεδομένων από μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων και τη στατιστική ανάλυση για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Δειγματοληψία

Η συλλογή δεδομένων θα πραγματοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Κέντρο Υγείας και τις ΤΟΜΥ της Λάρισας. Το δείγμα θα επιλεγεί με τη μέθοδο της βολικής δειγματοληψίας, ενώ θα διασφαλιστεί η ανωνυμία και η εθελοντική συμμετοχή. Οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν λεπτομερώς για τον σκοπό της έρευνας και θα δώσουν τη συγκατάθεσή τους πριν τη συμμετοχή.

Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Το δείγμα θα περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων (γιατρούς, νοσηλεύτες, διοικητικό προσωπικό), ώστε να εξασφαλιστεί η ποικιλομορφία στις απαντήσεις. Τα βασικά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, και τα έτη εμπειρίας, θα καταγραφούν για τη διερεύνηση της επίδρασής τους στους εξεταζόμενους δείκτες.

Βαθμολόγηση του DASS-21

Η βαθμολόγηση γίνεται με την προσθήκη των βαθμολογιών των αντίστοιχων δηλώσεων για κάθε κλίμακα (Κατάθλιψη, Άγχος, Στρες). Στη συνέχεια, οι συνολικές τιμές πολλαπλασιάζονται επί δύο για να συγκριθούν με την πλήρη έκδοση του DASS (42 ερωτήσεις), καθώς αυτή που χρησιμοποιήθηκε είναι η σύντομη έκδοση. Η συνολική βαθμολογία κάθε κλίμακας δείχνει το επίπεδο της αντίστοιχης ψυχολογικής κατάστασης:

- **0-9:** Κανονικό επίπεδο.
- **10-13:** Ήπιο.
- **14-20:** Μέτριο.
- **21-27:** Σοβαρό.
- **28+:** Πολύ σοβαρό.

Εφαρμογή

Το DASS-21 είναι ένα γρήγορο και αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση της ψυχολογικής κατάστασης, χρήσιμο για ερευνητικούς και κλινικούς σκοπούς. Οι τρεις κλίμακες βοηθούν στην κατανόηση των διαφορετικών διαστάσεων του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης, παρέχοντας σαφή εικόνα για την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων.

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life

Το **WHOQOL-BREF** αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1996) και παρέχει μια σφαιρική εκτίμηση της ποιότητας ζωής, προσαρμοσμένη στις πολιτισμικές και προσωπικές αντιλήψεις του ατόμου. Στην Ελλάδα, το εργαλείο μεταφράστηκε και σταθμίστηκε από τους Ginieri-Coccossis και συνεργάτες (2001).

Εστιάζει σε τέσσερις βασικούς τομείς ποιότητας ζωής, καθώς και σε δύο γενικές ερωτήσεις.

Τομείς Αξιολόγησης WHOQOL-BREF με Δηλώσεις

1. Σωματική Υγεία (Τομέας 1)

Ο τομέας αυτός εξετάζει τη φυσική κατάσταση, τον πόνο, την ενέργεια και την ανάγκη για ιατρική φροντίδα.

- σε πέρας τις

2. Ψυχολογική Υγεία (Τομέας 2)

Ο τομέας αυτός εστιάζει στη συναισθηματική ευεξία, τη συγκέντρωση, την αυτοεκτίμηση και τα αρνητικά συναισθήματα.

3. Κοινωνικές Σχέσεις (Τομέας 3)

Ο τομέας αυτός εξετάζει την υποστήριξη από τους φίλους, τις προσωπικές σχέσεις και τη σεξουαλική ζωή.

4. Περιβάλλον (Τομέας 4)

Αυτός ο τομέας αξιολογεί την ασφάλεια, την οικονομική κατάσταση, τις συνθήκες διαβίωσης και τις δυνατότητες αναψυχής.

•

Βαθμολόγηση του WHOQOL-BREF

Η βαθμολόγηση πραγματοποιείται ως εξής:

1. Υπολογισμός των Απόλυτων Τιμών

- Οι βαθμολογίες των ερωτήσεων προστίθενται για κάθε τομέα.
- Για παράδειγμα, για τον Τομέα 1 (Σωματική Υγεία), προστίθενται οι βαθμολογίες των Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18.

2. Μετατροπή σε Σταθμισμένες Τιμές

- Οι απόλυτες τιμές μετατρέπονται σε σταθμισμένες τιμές (0-100) με βάση εξισώσεις που παρέχονται στο εγχειρίδιο του WHOQOL-BREF.

Η κλίμακα Likert (1 έως 5) χρησιμοποιείται για τη βαθμολόγηση κάθε ερώτησης, όπου υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σημασία και Εφαρμογή

Το WHOQOL-BREF αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε διάφορους πληθυσμούς, παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για την ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, καθώς και τις περιβαλλοντικές και σωματικές συνθήκες που επηρεάζουν τη ζωή των ανθρώπων.

ΣΑΑΚ-38: Στρατηγικές Αντιμετώπισης Άγχους

Το ΣΑΑΚ-38 (Strategic Approach to Coping Scale) είναι ένα εργαλείο που δημιουργήθηκε από τους Lazarus και Folkman (1984) και σταθμίστηκε για τον ελληνικό πληθυσμό από τον Καραδήμα και συνεργάτες (1998). Αξιολογεί τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης άγχους σε διάφορες καταστάσεις.

Παράγοντες Ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ:

1. **Θετική προσέγγιση**
2. **Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης**
3. **Ευχολογία/ονειροπόληση**
4. **Αποφυγή/διαφυγή**
5. **Διεκδικητική επίλυση προβλήματος**

Υποκλίμακες και Δηλώσεις του ΣΑΑΚ-38

Το ΣΑΑΚ-38 περιλαμβάνει 38 δηλώσεις που αξιολογούν πέντε βασικούς παράγοντες στρατηγικών αντιμετώπισης. Παρακάτω παρουσιάζονται οι παράγοντες μαζί με τις σχετικές δηλώσεις:

1. Θετική Προσέγγιση

Αυτός ο παράγοντας εστιάζει στη θετική επαναξιολόγηση και την ενεργητική επίλυση προβλημάτων.

2. Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης

Εστιάζει στις κοινωνικές σχέσεις των συμμετεχόντων και τη συμμετοχή αυτών στη λύση προβλήματος.

3. Ευχολογία/Ονειροπόληση

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την τάση να βασίζεται κανείς στη φαντασία ή την πίστη.

4. Αποφυγή/Διαφυγή

Αυτή η στρατηγική περιλαμβάνει τη διαφυγή από το πρόβλημα μέσω παθητικών μεθόδων.

5. Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος

Αυτός ο παράγοντας αφορά την ενεργητική δράση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Δηλώσεις:

-

Τρόπος Βαθμολόγησης

- Οι συμμετέχοντες απαντούν σε μια κλίμακα **Likert τεσσάρων βαθμίδων**:
 - **0**: Ποτέ
 - **1**: Σπάνια

- 2: Μερικές φορές
- 3: Συχνά
- Οι βαθμολογίες κατηγοριοποιούνται ανά στρατηγική, επιτρέποντας την ανάλυση της συχνότητας και της αποτελεσματικότητας κάθε προσέγγισης.

Βαθμολόγηση του Ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ-38

Η βαθμολόγηση του ΣΑΑΚ-38 βασίζεται στη συγκέντρωση των βαθμολογιών που δίνονται στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου και γίνεται σε δύο επίπεδα: τον υπολογισμό των υποπαραγόντων και των κύριων παραγόντων.

- **Υπολογισμός Υποπαραγόντων:** Για κάθε υποπαραγόνα, οι βαθμολογίες των δηλώσεων που τον απαρτίζουν προστίθενται. Για παράδειγμα, για τον υποπαραγόνα "Θετική επαναξιολόγηση", οι βαθμολογίες των ερωτήσεων 1, 11, 14, 16, 19, 23 και 38 αθροίζονται. Αυτή η διαδικασία εφαρμόζεται αντίστοιχα για όλους τους υποπαραγόντες.
- **Υπολογισμός Κύριων Παραγόντων:** Οι κύριοι παράγοντες υπολογίζονται μέσω του αθροίσματος των βαθμολογιών των υποπαραγόντων που τους απαρτίζουν. Για παράδειγμα, ο κύριος παράγοντας "Θετική προσέγγιση" προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των υποπαραγόντων "Θετική επαναξιολόγηση" και "Επίλυση προβλήματος". Η ίδια μεθοδολογία εφαρμόζεται για όλους τους κύριους παράγοντες.

Αυτή η διαδοχική προσέγγιση επιτρέπει την ανάλυση τόσο σε επίπεδο συγκεκριμένων στρατηγικών (υποπαραγόντες) όσο και συνολικών κατευθύνσεων (κύριοι παράγοντες) για την κατανόηση των στρατηγικών αντιμετώπισης των συμμετεχόντων.

Εφαρμογή

Το ΣΑΑΚ-38 βοηθά στην κατανόηση των διαφορετικών τρόπων που οι επαγγελματίες υγείας διαχειρίζονται το άγχος, εντοπίζοντας τόσο προσαρμοστικές όσο και μη στρατηγικές.

Η λεπτομερής κατανόηση και αξιοποίηση των παραπάνω εργαλείων διασφαλίζει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της παρούσας μελέτης, ενώ παράλληλα παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την ψυχική υγεία και τις ανάγκες των επαγγελματιών της ΠΦΥ.

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων θα πραγματοποιηθεί δια ζώσης με έντυπες φόρμες.

Στην παρούσα έρευνα, πραγματοποιήθηκαν οι εξής στατιστικές αναλύσεις για την επεξεργασία των δεδομένων:

1. **Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση:** Υπολογίστηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και ποσοστά για την παρουσίαση των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών, των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης, στρες, ποιότητας ζωής και στρατηγικών αντιμετώπισης.
2. **Έλεγχος Κανονικότητας:** Ο έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμή **Shapiro-Wilk**, η οποία έδειξε ότι οι περισσότερες μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή.
3. **Παραμετρικές Μέθοδοι:** Η **ανάλυση διακύμανσης ANOVA** χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση διαφορών στις διαστάσεις ποιότητας ζωής και στρατηγικών αντιμετώπισης μεταξύ τριών ή περισσότερων ομάδων.
4. **Μη Παραμετρικές Μέθοδοι:** Το τεστ **Kruskal-Wallis** εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση διαφορών στις στρατηγικές αντιμετώπισης και στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής βάσει του εκπαιδευτικού επιπέδου.
5. **Συσχετίσεις Μεταβλητών:** Ο συντελεστής συσχέτισης **Spearman's rho** εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μη παραμετρικών μεταβλητών, όπως οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις και οι στρατηγικές αντιμετώπισης.

Οι αναλύσεις αυτές επέτρεψαν την αναλυτική διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων, εξασφαλίζοντας τη συστηματική και αξιόπιστη επεξεργασία των δεδομένων.

Ηθική Δεοντολογία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τους ηθικούς κανόνες που ορίζονται από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας και την Ελληνική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εχεμύθεια των συμμετεχόντων, ενώ η χρήση των δεδομένων θα περιοριστεί αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

5. Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 50 άτομα. Ακολουθούν τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα του δείγματος.

5.1.1 Κατανομή Φύλου

Η κατανομή του φύλου στους συμμετέχοντες δείχνει ότι η πλειονότητα ήταν γυναίκες, από τους 50, συνολικά οι 43 ήταν γυναίκες, ενώ οι άνδρες μόλις 7.

Πίνακας 5.1.1: Κατανομή Φύλου		
<i>Φύλο</i>		
	N	%
Άνδρας	7	14,0%
Γυναίκα	43	86,0%

5.1.2 Ηλικιακή Κατανομή

Οι ηλικιακές ομάδες κατανεμήθηκαν ως εξής: το 46% των συμμετεχόντων ανήκε στην κατηγορία 36-45 ετών, το 30% στην κατηγορία 46-55 ετών, ενώ μικρότερα ποσοστά κατηγοριοποιήθηκαν στις ηλικιακές ομάδες 26-35 ετών (12%), 56+ ετών (10%) και 18-25 ετών (2%).

Πίνακας 5.1.2 : Ηλικιακή Κατανομή		
<i>Ηλικιακή Ομάδα</i>		
	N	%
18-25	1	2,0%
26-35	6	12,0%
36-45	23	46,0%
46-55	15	30,0%
56+	5	10,0%

5.1.3 Οικογενειακή Κατάσταση

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (76%) ήταν έγγαμοι, ενώ το 18% ήταν άγαμοι. Μικρότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στους διαζευγμένους (4%) και στους χήρους (2%).

Πίνακας 5.1.3: Κατανομή οικογενειακής κατάστασης Οικογενειακή Κατάσταση		
	N	%
Άγαμος	9	18,0%
Έγγαμος	38	76,0%
Διαζευγμένος-η	2	4,0%
Χήρος-α	1	2,0%

5.1.4 Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Το 48% των συμμετεχόντων ήταν πτυχιούχοι πανεπιστημίου, ενώ το 34% δήλωσε ότι κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Μικρότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν για αποφοίτους ΙΕΚ (10%) και για κατόχους διδακτορικού τίτλου σπουδών (8%).

Πίνακας 5.1.4: Κατανομή Εκπαιδευτικού Επιπέδου Εκπαιδευτικό Επίπεδο		
	N	%
ΙΕΚ	5	10,0%
Πανεπιστήμιο	24	48,0%
Μεταπτυχιακό	17	34,0%
Διδακτορικό	4	8,0%

5.1.5 Επαγγελματική Εμπειρία- Χρόνια Προϋπηρεσίας

Η ανάλυση των χρόνων προϋπηρεσίας έδειξε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων (70%) διαθέτει 6-20 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, ενώ το 18% έχει 21-30 έτη εμπειρίας. Οι κατηγορίες 1-5 έτη και 31+ έτη εμφάνισαν τα μικρότερα ποσοστά (8% και 4% αντίστοιχα).

Πίνακας 5.1.5: Κατανομή Χρόνων Προϋπηρεσίας <i>Χρόνια Προϋπηρεσίας</i>		
	N	%
1-5 έτη	4	8,0%
6-20 έτη	35	70,0%
21-30 έτη	9	18,0%
31+ έτη	2	4,0%

5.2 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις

Ο Πίνακας 5.2.1 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις (άγχος, κατάθλιψη και στρες) που βιώνουν οι επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Πίνακας 5.2.1 Μέση βαθμολογία αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων							
	N	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
ΑΓΧΟΣ	50	3,6400	5,85108	2,513	,337	7,822	,662
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	50	4,2400	6,51078	2,647	,337	7,962	,662
ΣΤΡΕΣ	50	6,7600	6,56385	1,441	,337	3,158	,662

- **Άγχος:** Η μέση τιμή (Mean) είναι 3,64 με τυπική απόκλιση (SD) 5,85. Οι τιμές κυμαίνονται από 0 (ελάχιστη) έως 30 (μέγιστη).
- **Κατάθλιψη:** Η μέση τιμή ανέρχεται σε 4,24, ενώ η τυπική απόκλιση είναι 6,51. Οι τιμές κυμαίνονται από 0 έως 32.
- **Στρες:** Η μέση τιμή είναι η υψηλότερη από τις τρεις μεταβλητές, φτάνοντας το 6,76, με τυπική απόκλιση 6,56. Οι τιμές κυμαίνονται επίσης από 0 έως 32.

5.2.2 Ποιότητα Ζωής

Ο Πίνακας 5.2.2 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τις τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, όπως αξιολογήθηκαν μέσω του εργαλείου WHOQOL-BREF.

Πίνακας 5.2.2 Μέση βαθμολογία Τομέων WHOQOL-BREF			
	N	Mean	Std. Deviation
Φυσική Υγεία	50	64,8571	20,03953
Ψυχολογική Υγεία	50	61,0000	20,32893
Κοινωνικές Σχέσεις	50	70,0000	22,80970
Περιβάλλον	50	48,5263	20,62646

Σημείωση: Η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρουσιάζει διαφοροποιήσεις μεταξύ τεσσάρων τομέων. Ο τομέας κοινωνικών σχέσεων καταγράφει τη μεγαλύτερη μέση τιμή (70), ενώ ο τομέας περιβάλλοντος την χαμηλότερη (48,53).

- **Τομέας 1 (Φυσική Υγεία):** Η μέση τιμή είναι 64,86 με τυπική απόκλιση 20,04. Οι τιμές κυμαίνονται από 0 έως 100.
- **Τομέας 2 (Ψυχολογική Υγεία):** Η μέση τιμή είναι 61,00 με τυπική απόκλιση 20,33.
- **Τομέας 3 (Κοινωνικές Σχέσεις):** Η διάσταση αυτή παρουσιάζει την υψηλότερη μέση τιμή, 70,00, με τυπική απόκλιση 22,81.
- **Τομέας 4 (Περιβάλλον):** Αυτή η διάσταση εμφανίζει τη χαμηλότερη μέση τιμή, 48,53, με τυπική απόκλιση 20,63.

5.2.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Πίνακας 5.2.3 Περιγραφική Ανάλυση Στρατηγικών Αντιμετώπισης Άγχους Descriptive Statistics
--

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Θετική επαναξιολόγηση	50	,00	21,00	14,7200	4,15044
Επίλυση προβλήματος	50	,00	12,00	7,6200	2,73220
Κοινωνική Υποστήριξη	50	,00	18,00	11,2000	3,75255
Ευχολογία	50	,00	15,00	8,1600	3,44259
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	50	,00	9,00	4,6600	2,46287
Παραίτηση	50	,00	15,00	8,1000	2,94334
Άρνηση	50	,00	12,00	6,8200	2,24690
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	50	,00	12,00	5,8400	2,50192
Θετική Προσέγγιση	50	,00	33,00	22,3400	6,40347
Ευχολογία/Ονειροπόληση	50	,00	24,00	12,8200	5,04142
Αποφυγή/ Διαφυγή	50	,00	27,00	14,9200	4,58854

Ο Πίνακας 5.2.3 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά για τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που υιοθετούν οι επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:

- **Κοινωνική Υποστήριξη:** Η μέση τιμή είναι 11,20 με τυπική απόκλιση 3,75
- **Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος:** Η μέση τιμή είναι 5,84 με τυπική απόκλιση 2,50.
- **Θετική Προσέγγιση:** Η μέση τιμή είναι 22,34 με τυπική απόκλιση 6,40.
- **Ευχολογία/Ονειροπόληση:** Η μέση τιμή είναι 12,82 με τυπική απόκλιση 5,04.
- **Αποφυγή/Διαφυγή:** Η μέση τιμή είναι 14,92 με τυπική απόκλιση 4,59.

Η δημιουργία των τριών τελευταίων παραμέτρων βασίστηκε στη θεωρητική βάση του ερωτηματολογίου και στις οδηγίες για τη σύνθεση των υποπαραγόντων που παρέχονται στη βιβλιογραφία. Κάθε παράμετρος προέκυψε από την άθροιση των βαθμολογιών συγκεκριμένων ερωτήσεων, οι οποίες αναφέρονται σε κοινές θεματικές περιοχές.

Συγκεκριμένα:

1. **Θετική Προσέγγιση:** Δημιουργήθηκε με την προσθήκη των επιμέρους υποπαραγόντων «Θετική Επαναξιολόγηση» και «Επίλυση Προβλήματος». Οι βαθμολογίες αυτών των δύο υποπαραγόντων, οι οποίες προκύπτουν από το άθροισμα των σχετικών ερωτήσεων, προστέθηκαν για να σχηματιστεί η τελική τιμή του παράγοντα «Θετική Προσέγγιση».

- **Θετική Επαναξιολόγηση:** Η μέση τιμή είναι 14,72 με τυπική απόκλιση 4,15,
 - **Επίλυση Προβλήματος:** Η μέση τιμή είναι 7,62 με τυπική απόκλιση 2,73.
2. **Αποφυγή/Διαφυγή:** Δημιουργήθηκε από την προσθήκη των υποπαραγόντων «Άρνηση» και «Παραίτηση». Οι σχετικές ερωτήσεις συνδυάστηκαν σε αυτό τον παράγοντα, που αντανακλά στρατηγικές αποφυγής.
- **Άρνηση:** Η μέση τιμή είναι 6,82 με τυπική απόκλιση 2,25.
 - **Παραίτηση:** Η μέση τιμή είναι 8,10 με τυπική απόκλιση 2,94.
3. **Ευχολογία/Ονειροπόληση:** Αυτός ο παράγοντας περιλαμβάνει το σύνολο των ερωτήσεων που σχετίζονται με τις στρατηγικές Ευχολογία και Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας. Η βαθμολογία του προέκυψε μέσω της προσθήκης των τιμών των σχετικών ερωτήσεων.
- **Ευχολογία:** Η μέση τιμή είναι 8,16 με τυπική απόκλιση 3,44.
 - **Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας:** Η μέση τιμή είναι 4,66 με τυπική απόκλιση 2,46.

5.3 Έλεγχοι Κανονικότητας

Πίνακας 5.3

Αποτελέσματα Ελέγχου Κανονικότητας Μεταβλητών

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΑΓΧΟΣ	,270	50	<,001	,670	50	<,001
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	,275	50	<,001	,665	50	<,001
ΣΤΡΕΣ	,152	50	,006	,869	50	<,001
Φυσική Υγεία	,189	50	<,001	,926	50	,004
Ψυχολογική Υγεία	,151	50	,006	,953	50	,044
Κοινωνικές Σχέσεις	,142	50	,013	,921	50	,003
Περιβάλλον	,062	50	,200*	,992	50	,983
Θετική επαναξιολόγηση	,131	50	,031	,934	50	,008
Επίλυση προβλήματος	,170	50	<,001	,941	50	,015

Κοινωνική Υποστήριξη	,119	50	,075	,944	50	,019
Ευχολογία	,116	50	,088	,976	50	,408
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	,167	50	,001	,943	50	,017
Παραίτηση	,186	50	<,001	,946	50	,024
Άρνηση	,140	50	,016	,966	50	,153
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	,121	50	,063	,972	50	,291
Θετική Προσέγγιση	,121	50	,065	,938	50	,011
Ευχολογία/Ονειροπόληση	,092	50	,200*	,982	50	,660
Αποφυγή/Διαφυγή	,147	50	,009	,961	50	,094

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

5.3.1 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις (DASS-21)

Για τις μεταβλητές **Άγχος**, **Στρες** και **Κατάθλιψη**, οι τιμές p ήταν σημαντικά χαμηλές ($p < 0.001$ και στους δύο ελέγχους), καταδεικνύοντας σαφή απόκλιση από την κανονικότητα. Ως εκ τούτου, οι μεταβλητές αυτές αναλύθηκαν με μη παραμετρικές μεθόδους, για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

5.3.2 Ποιότητα Ζωής

Σχετικά με τους Τομείς, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις. Οι μεταβλητές Φυσική Υγεία, Ψυχολογική Υγεία και Κοινωνικές Σχέσεις είχαν τιμές p μικρότερες από 0.05 στους ελέγχους Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk, γεγονός που υποδεικνύει απόκλιση από την κανονικότητα. Αντίθετα, η μεταβλητή Περιβάλλον παρουσίασε τιμές $p = 0.200$ (Kolmogorov-Smirnov) και $p = 0.983$ (Shapiro-Wilk), δείχνοντας ότι ακολουθεί κανονική κατανομή. Συνεπώς, οι πρώτες τρεις μεταβλητές αναλύθηκαν με μη παραμετρικές μεθόδους, ενώ για τη Περιβάλλον χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι.

5.3.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης (ΣΑΑΚ-38)

Αντίστοιχα, έγιναν έλεγχοι κανονικότητας και για το τρίτο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε. Αναλυτικότερα:

Για τις υπόλοιπες μεταβλητές, οι έλεγχοι κανονικότητας έδειξαν ποικίλα αποτελέσματα. Οι μεταβλητές **Θετική Επαναξιολόγηση**, **Επίλυση Προβλήματος**, **Αναζήτηση Θεϊκής**

Βοήθειας και Παραίτηση παρουσίασαν τιμές p μικρότερες από 0.05, επιβεβαιώνοντας την απόκλισή τους από την κανονικότητα. Ωστόσο, για τις μεταβλητές **Κοινωνική Υποστήριξη, Άρνηση, Θετική Προσέγγιση και Αποφυγή/Διαφυγή**, τα αποτελέσματα των ελέγχων ήταν οριακά. Έτσι, εξετάστηκαν μέσω Q-Q plots, τα οποία έδειξαν ότι οι αποκλίσεις ήταν μικρές και δεν επηρεάζουν τη συνολική κατανομή. Οι μεταβλητές αυτές, μαζί με τις **Ευχολογία, Ευχολογία/Ονειροπόληση και Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος**, κρίθηκαν κατάλληλες για παραμετρικές μεθόδους, καθώς παρουσίασαν επαρκή κανονικότητα τόσο στους στατιστικούς ελέγχους όσο και στα διαγράμματα.

Επομένως, μη παραμετρικές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν για τις εξής μεταβλητές: **Άγχος, Στρες, Κατάθλιψη, Φυσική Υγεία, Ψυχολογική Υγεία, Κοινωνικές Σχέσεις, Θετική Επαναξιολόγηση, Επίλυση Προβλήματος, Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας, Παραίτηση**, ενώ παραμετρικές μέθοδοι για τις εξής: **Περιβάλλον, Ευχολογία, Ευχολογία/Ονειροπόληση, Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος, Κοινωνική Υποστήριξη, Άρνηση, Θετική Προσέγγιση, Αποφυγή/Διαφυγή**.

5.4 Ερευνητικό Ερώτημα 1

Ποιο είναι το επίπεδο των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων (άγχους, κατάθλιψης, στρες) που βιώνουν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους;

Ο **Πίνακας 5.2.1** παρουσιάζει τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις των επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Συνολικά, οι επαγγελματίες της ΠΦΥ φαίνεται να βιώνουν χαμηλά έως μέτρια επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ενώ τα επίπεδα στρες είναι πιο έντονα και πιο διαδεδομένα στον πληθυσμό του δείγματος.

Κατηγοριοποίηση με βάση την κλίμακα DASS-21

Πίνακας 5.4.1 <i>Κατηγορίες Άγχους</i> Anxiety Levels Normal: 0–14 Mild: 15–18 Moderate: 19–25 Severe: 26–33 Extremely Severe: 34+		
ΕΠΙΠΕΔΑ	N	%

1,00	47	94,0%
2,00	2	4,0%
4,00	1	2,0%

Πίνακας 5.4.2 <i>Κατηγορίες Κατάθλιψης</i> Depression Levels Normal: 0–9 Mild: 10–13 Moderate: 14–20 Severe: 21–27 Extremely Severe: 28+		
ΕΠΙΠΕΔΑ	N	%
1,00	43	86,0%
2,00	3	6,0%
3,00	2	4,0%
4,00	1	2,0%
5,00	1	2,0%

Πίνακας 5.4.3 <i>Κατηγορίες Στρες</i> Stress Levels Normal: 0–14 Mild: 15–18 Moderate: 19–25 Severe: 26–33 Extremely Severe: 34+		
ΕΠΙΠΕΔΑ	N	%
1,00	45	90,0%
2,00	3	6,0%
3,00	1	2,0%
4,00	1	2,0%

5.5 Ερευνητικό Ερώτημα 2

Ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και των πιέσεων υιοθετούν οι επαγγελματίες της ΠΦΥ;

Τα αποτελέσματα στον **Πίνακα 5.2.3** φανερώνουν πως οι στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούν οι επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) παρουσιάζουν ποικιλία και διακυμάνσεις στις μέσες τιμές. Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες της ΠΦΥ χρησιμοποιούν ευρύ φάσμα στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι στρατηγικές με τις υψηλότερες μέσες τιμές είναι η **Θετική Επαναξιολόγηση**, η **Θετική Προσέγγιση** και η **Αποφυγή/Διαφυγή**.

5.6 Ερευνητικό Ερώτημα 3

Ποια είναι η συνολική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών της ΠΦΥ με βάση τις τέσσερις διαστάσεις του WHOQOL-BREF;"

Ο **Πίνακας 5.2.2** παρουσιάζει τις μέσες τιμές, τις τυπικές αποκλίσεις και τα ποσοστιαία σημεία για τις τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Συνολικά, οι τιμές ποικίλλουν σημαντικά, κάτι που αντικατοπτρίζεται στις υψηλές τυπικές αποκλίσεις

5.7 Ερευνητικό Ερώτημα 4

Ποιοι παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας ή το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζουν το επίπεδο των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τη συνολική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας;

Μη παραμετρικές Αναλύσεις

Επίδραση Φύλου

Λόγω του μικρού αριθμού των αντρών συμμετεχόντων (μόλις 7), δεν εκτιμήθηκε η επίδραση της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Επίδραση Ηλιακών Ομάδων

Πίνακας 5.7.1			
<i>Μέσες Θέσεις Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες ανά Ηλικιακή Ομάδα</i>			
Ranks			
	Ηλικιακή Ομάδα	N	Mean Rank

ΑΓΧΟΣ	18-25	1	43,00
	26-35	6	24,75
	36-45	23	22,76
	46-55	15	28,47
	56+	5	26,60
	Total	50	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	18-25	1	24,50
	26-35	6	26,08
	36-45	23	24,15
	46-55	15	26,77
	56+	5	27,40
	Total	50	
ΣΤΡΕΣ	18-25	1	37,50
	26-35	6	21,25
	36-45	23	25,24
	46-55	15	26,67
	56+	5	25,90
	Total	50	

Πίνακας 5.7.2 <i>Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Άγχος, Κατάθλιψη και Στρες ανά Ηλικιακή Ομάδα</i> Test Statistics^{a,b}			
	ΑΓΧΟΣ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΣΤΡΕΣ
Kruskal-Wallis H	3,307	,439	1,320
df	4	4	4
Asymp. Sig.	,508	,979	,858
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: Ηλικιακή Ομάδα			

Αποτελέσματα Kruskal-Wallis Test για τις Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής (Τομέας1, Τομέας2, Τομέας3)

Πίνακας 5.7.3 Μέσες Θέσεις Διαστάσεων Ποιότητας Ζωής ανά Ηλικιακή Ομάδα Ranks			
	Ηλικιακή Ομάδα	N	Mean Rank
Φυσική Υγεία	18-25	1	10,50
	26-35	6	15,75
	36-45	23	23,91
	46-55	15	28,40
	56+	5	38,80
	Total	50	
Ψυχολογική Υγεία	18-25	1	31,50
	26-35	6	21,42
	36-45	23	24,96
	46-55	15	26,10
	56+	5	29,90
	Total	50	
Κοινωνικές Σχέσεις	18-25	1	12,00
	26-35	6	17,17
	36-45	23	28,17
	46-55	15	24,23
	56+	5	29,70
	Total	50	

Πίνακας 5.7.4 Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής ανά Ηλικιακή Ομάδα Test Statistics^{a,b}			
	Φυσική Υγεία	Ψυχολογική Υγεία	Κοινωνικές Σχέσεις
Kruskal-Wallis H	8,955	1,183	4,240
df	4	4	4
Asymp. Sig.	,062	,881	,374
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: Ηλικιακή Ομάδα			

Με βάση τα παραπάνω, οι ηλικιακές ομάδες φαίνεται να παρουσιάζουν κάποιες οριακές διαφορές μόνο στη διάσταση της φυσικής υγείας (Τομέας1).

Αποτελέσματα Kruskal-Wallis Test για τις στρατηγικές αντιμετώπισης

Πίνακας 5.7.5 Μέσες Θέσεις Στρατηγικών Αντιμετώπισης ανά Ηλικιακή Ομάδα Ranks			
	Ηλικιακή Ομάδα	N	Mean Rank
Θετική επαναξιολόγηση	18-25	1	27,50
	26-35	6	23,58
	36-45	23	23,39
	46-55	15	27,63
	56+	5	30,70
	Total	50	
Επίλυση προβλήματος	18-25	1	16,50
	26-35	6	28,58

	36-45	23	23,52
	46-55	15	28,17
	56+	5	24,70
	Total	50	
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	18-25	1	9,50
	26-35	6	25,00
	36-45	23	24,22
	46-55	15	28,10
	56+	5	27,40
	Total	50	
Παραίτηση	18-25	1	39,50
	26-35	6	18,42
	36-45	23	25,46
	46-55	15	27,90
	56+	5	24,20
	Total	50	

Πίνακας 5.6.7 Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Στρατηγικές Αντιμετώπισης ανά Ηλικιακή Ομάδα Test Statistics^{a,b}				
	Θετική επαναξιολόγηση	Επίλυση προβλήματος	Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	Παραίτηση
Kruskal-Wallis H	1,578	1,625	1,990	2,861
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,813	,804	,738	,581
a. Kruskal Wallis Test				
b. Grouping Variable: Ηλικιακή Ομάδα				

Πίνακας 5.6.8

**Αποτελέσματα ANOVA για Τομέα4, Διαστάσεις και Στρατηγικές Αντιμετώπισης
ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Περιβάλλον	Between Groups	489,670	4	122,418	,271	,895
	Within Groups	20357,421	45	452,387		
	Total	20847,091	49			
Ευχολογία	Between Groups	9,282	4	2,321	,183	,946
	Within Groups	571,438	45	12,699		
	Total	580,720	49			
Ευχολογία/Ονειροπόληση	Between Groups	24,935	4	6,234	,230	,920
	Within Groups	1220,445	45	27,121		
	Total	1245,380	49			
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Between Groups	5,149	4	1,287	,192	,941
	Within Groups	301,571	45	6,702		
	Total	306,720	49			
Κοινωνική Υποστήριξη	Between Groups	45,548	4	11,387	,795	,535
	Within Groups	644,452	45	14,321		
	Total	690,000	49			
Άρνηση	Between Groups	17,538	4	4,384	,858	,496
	Within Groups	229,842	45	5,108		
	Total	247,380	49			

Θετική Προσέγγιση	Between Groups	15,627	4	3,907	,088	,986
	Within Groups	1993,593	45	44,302		
	Total	2009,220	49			
Αποφυγή/Διαφυγή	Between Groups	15,363	4	3,841	,170	,953
	Within Groups	1016,317	45	22,585		
	Total	1031,680	49			

Συνολικά, τα αποτελέσματα της ανάλυσης ANOVA έδειξαν ότι καμία από τις παραμετρικές μεταβλητές που εξετάστηκαν δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Επίδραση Ετών Προϋπηρεσίας

Ανάλυση των Αποτελεσμάτων με Βάση τα Έτη Προϋπηρεσίας – Μη Παραμετρικές Αναλύσεις

Αποτελέσματα Ανάλυσης Kruskal-Wallis για Άγχος, Κατάθλιψη και Στρες

Πίνακας 5.6.9 Μέσες Θέσεις Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες ανά Χρόνια Προϋπηρεσίας Ranks			
	Χρόνια Προϋπηρεσίας	N	Mean Rank
ΑΓΧΟΣ	1-5 έτη	4	35,88
	6-20 έτη	35	24,69
	21-30 έτη	9	25,11
	31+ έτη	2	20,75
	Total	50	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	1-5 έτη	4	29,00
	6-20 έτη	35	24,87
	21-30 έτη	9	25,50

	31+ έτη	2	29,50
	Total	50	
ΣΤΡΕΣ	1-5 έτη	4	34,38
	6-20 έτη	35	23,63
	21-30 έτη	9	28,39
	31+ έτη	2	27,50
	Total	50	

Πίνακας 5.6.10 <i>Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Άγχος, Κατάθλιψη και Στρες ανά Χρόνια Προϋπηρεσίας</i> Test Statistics^{a,b}			
	ΑΓΧΟΣ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Kruskal-Wallis H	2,667	,479	2,498
df	3	3	3
Asymp. Sig.	,446	,923	,476
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: Χρόνια Προϋπηρεσίας (Τα τελευταία κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες: 1-5 έτη, 6-20 έτη, 21-30 έτη και 31+ έτη).			

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης Kruskal-Wallis δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για καμία από τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις (άγχος, κατάθλιψη, στρες) ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Αποτελέσματα Kruskal-Wallis Test για τις Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής (Τομέας1, Τομέας2, Τομέας3)

Πίνακας 5.6.11 <i>Μέσες Θέσεις Διαστάσεων Ποιότητας Ζωής ανά Χρόνια Προϋπηρεσίας</i> Ranks			
	Χρόνια Προϋπηρεσίας	N	Mean Rank
Φυσική Υγεία	1-5 έτη	4	15,38
	6-20 έτη	35	24,83
	21-30 έτη	9	31,72
	31+ έτη	2	29,50
	Total	50	
Ψυχολογική Υγεία	1-5 έτη	4	21,88
	6-20 έτη	35	25,14
	21-30 έτη	9	29,28
	31+ έτη	2	22,00
	Total	50	
Κοινωνικές Σχέσεις	1-5 έτη	4	12,38
	6-20 έτη	35	26,56
	21-30 έτη	9	28,22
	31+ έτη	2	21,00
	Total	50	

Πίνακας 5.6.12 <i>Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής ανά Χρόνια Προϋπηρεσίας</i> Test Statistics^{a,b}			
	Φυσική Υγεία	Ψυχολογική Υγεία	Κοινωνικές Σχέσεις
Kruskal-Wallis H	3,874	1,014	4,045

df	3	3	3
Asymp. Sig.	,275	,798	,257
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: Χρόνια Προϋπηρεσίας			

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις διαστάσεις.

Πίνακας 5.6.13 Μέσες Θέσεις Στρατηγικών Αντιμετώπισης ανά Χρόνια Προϋπηρεσίας Ranks			
	Χρόνια Προϋπηρεσίας	N	Mean Rank
Θετική επαναξιολόγηση	1-5 έτη	4	24,88
	6-20 έτη	35	25,34
	21-30 έτη	9	25,72
	31+ έτη	2	28,50
	Total	50	
Επίλυση προβλήματος	1-5 έτη	4	25,63
	6-20 έτη	35	26,29
	21-30 έτη	9	21,17
	31+ έτη	2	31,00
	Total	50	
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	1-5 έτη	4	22,63
	6-20 έτη	35	25,96
	21-30 έτη	9	24,78
	31+ έτη	2	26,50
	Total	50	
Παραίτηση	1-5 έτη	4	36,88
	6-20 έτη	35	23,89
	21-30 έτη	9	24,78

	31+ έτη	2	34,25
	Total	50	

Πίνακας 5.6.14 Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Στρατηγικές Αντιμετώπισης ανά Χρόνια Προϋπηρεσίας Test Statistics^{a,b}				
	Θετική επαναξιολόγηση	Επίλυση προβλήματος	Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	Παραίτηση
Kruskal-Wallis H	,099	1,208	,226	3,705
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,992	,751	,973	,295
a. Kruskal Wallis Test				
b. Grouping Variable: Χρόνια Προϋπηρεσίας				

Και για τις τέσσερις στρατηγικές αντιμετώπισης (**Θετική Επαναξιολόγηση, Επίλυση Προβλήματος, Αναζήτηση Θεϊκής Βοήθειας, Παραίτηση**), δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας ($p > 0.05$).

Ανάλυση των Αποτελεσμάτων με Βάση τα Έτη Προϋπηρεσίας – Παραμετρικές Αναλύσεις

Πίνακας 5.6.15 Αποτελέσματα ANOVA για Τομέα4 και Στρατηγικές Αντιμετώπισης ανά Χρόνια Προϋπηρεσίας ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Περιβάλλον	Between Groups	2510,922	3	836,974	2,100	,113
	Within Groups	18336,169	46	398,612		
	Total	20847,091	49			

Ευχολογία	Between Groups	12,231	3	4,077	,330	,804
	Within Groups	568,489	46	12,358		
	Total	580,720	49			
Ευχολογία/Ονειροπόληση	Between Groups	15,832	3	5,277	,197	,898
	Within Groups	1229,548	46	26,729		
	Total	1245,380	49			
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος Επίλυση προβλήματος	Between Groups	19,584	3	6,528	1,046	,381
	Within Groups	287,136	46	6,242		
	Total	306,720	49			
Άρνηση	Between Groups	39,994	3	13,331	2,957	,042
	Within Groups	207,386	46	4,508		
	Total	247,380	49			
Θετική Προσέγγιση	Between Groups	48,895	3	16,298	,382	,766
	Within Groups	1960,325	46	42,616		
	Total	2009,220	49			
Αποφυγή/Διαφυγή	Between Groups	45,070	3	15,023	,700	,557
	Within Groups	986,610	46	21,448		
	Total	1031,680	49			

Πίνακας 5.6.16 Σύγκριση Υποομάδων για τη Στρατηγική "Άρνηση" (Tukey HSD) Άρνηση			
Tukey HSD ^{a,b}			
Χρόνια Προϋπηρεσίας	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
1-5 έτη	4	4,5000	
21-30 έτη	9	6,3333	6,3333
6-20 έτη	35	7,0571	7,0571
31+ έτη	2		9,5000
Sig.		,284	,129
Means for groups in homogeneous subsets are displayed.			

Πίνακας 5.6.17 Αποτελέσματα ANOVA για τη Στρατηγική Κοινωνική Υποστήριξη ANOVA					
Κοινωνική Υποστήριξη					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	44,314	3	14,771	1,052	,79
Within Groups	645,686	46	14,037		
Total	690,000	49			

Η ανάλυση για τη μεταβλητή **Κοινωνική Υποστήριξη** πραγματοποιήθηκε με χρήση της **Welch ANOVA**, καθώς το Levene's Test έδειξε παραβίαση της ομοιογένειας διασποράς ($p < 0.05$). Τα αποτελέσματα της Welch ANOVA έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της μεταβλητής μεταξύ των τεσσάρων ομάδων προϋπηρεσίας (**Welch's $F(3, 4.656) = 1.786, p = 0.379$**).

Επιπλέον, οι post-hoc συγκρίσεις με τη μέθοδο **Games-Howell** δεν κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (όλα τα $p > 0.05$). Οι μέσες τιμές

των ομάδων κυμάνθηκαν από 4.5 για την ομάδα με **1-5 έτη προϋπηρεσίας** έως 9.5 για την ομάδα με **31+ έτη προϋπηρεσίας**, χωρίς όμως να παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις που να υποστηρίζονται από τα αποτελέσματα των αναλύσεων.

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα έδειξαν ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις περισσότερες από τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Η μόνη μεταβλητή που εμφάνισε οριακή σημαντικότητα ήταν η Άρνηση, όπου παρατηρήθηκαν κάποιες τάσεις διαφοροποίησης ανάμεσα στις ομάδες, αν και οι διαφορές δεν ήταν πλήρως υποστηριζόμενες από τα post-hoc tests. Τέλος, τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν φάνηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη μεταβλητή Κοινωνική Υποστήριξη, τόσο σε επίπεδο συνολικής διακύμανσης όσο και σε συγκρίσεις μεταξύ ζευγών ομάδων.

Επίδραση Επιπέδου Εκπαίδευσης

Ανάλυση των Αποτελεσμάτων με Βάση το Επίπεδο Εκπαίδευσης – Μη Παραμετρικές Αναλύσεις

Πίνακας 5.6.18 <i>Μέσες Θέσεις Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο</i> Ranks			
	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	N	Mean Rank
ΑΓΧΟΣ	ΙΕΚ	5	33,30
	Πανεπιστήμιο	24	25,35
	Μεταπτυχιακό	17	23,71
	Διδακτορικό	4	24,25
	Total	50	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΙΕΚ	5	31,30
	Πανεπιστήμιο	24	28,17
	Μεταπτυχιακό	17	21,76
	Διδακτορικό	4	18,13
	Total	50	
ΣΤΡΕΣ	ΙΕΚ	5	33,50
	Πανεπιστήμιο	24	25,83
	Μεταπτυχιακό	17	23,03

	Διδακτορικό	4	24,00
	Total	50	

Πίνακας 5.6.19 <i>Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Άγχος, Κατάθλιψη και Στρες ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο</i> Test Statistics^{a,b}			
	ΑΓΧΟΣ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΣΤΡΕΣ
Kruskal-Wallis H	1,950	4,010	2,088
df	3	3	3
Asymp. Sig.	,583	,260	,554
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: Εκπαιδευτικό Επίπεδο			

Παρά τις παρατηρούμενες διαφορές στη μέση κατάταξη (Mean Ranks) μεταξύ των εκπαιδευτικών επιπέδων, οι διαφορές αυτές δεν κρίθηκαν στατιστικά σημαντικές. Συνεπώς, το επίπεδο εκπαίδευσης δεν σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τους δείκτες άγχους, κατάθλιψης και στρες στο συγκεκριμένο δείγμα.

Πίνακας 5.6.20 <i>Μέσες Θέσεις Διαστάσεων Ποιότητας Ζωής ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο</i> Ranks			
	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	N	Mean Rank
Φυσική Υγεία	IEK	5	10,60
	Πανεπιστήμιο	24	25,60
	Μεταπτυχιακό	17	26,88
	Διδακτορικό	4	37,63
	Total	50	
	IEK	5	19,10

Ψυχολογική Υγεία	Πανεπιστήμιο	24	25,13
	Μεταπτυχιακό	17	25,00
	Διδακτορικό	4	37,88
	Total	50	
Κοινωνικές Σχέσεις	IEK	5	16,00
	Πανεπιστήμιο	24	22,63
	Μεταπτυχιακό	17	28,79
	Διδακτορικό	4	40,63
	Total	50	

Πίνακας 5.6.21 <i>Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο</i> Test Statistics^{a,b}			
	Φυσική Υγεία	Ψυχολογική Υγεία	Κοινωνικές Σχέσεις
Kruskal-Wallis H	8,316	3,984	8,470
df	3	3	3
Asymp. Sig.	,040	,263	,037
a. Kruskal Wallis Test			
b. Grouping Variable: Εκπαιδευτικό Επίπεδο			

- Οι διαφορές ανάμεσα στα εκπαιδευτικά επίπεδα ήταν στατιστικά σημαντικές για τις διαστάσεις Φυσική Υγεία και Κοινωνικές Σχέσεις, αλλά όχι για το Ψυχολογική Υγεία.
- Η ομάδα με το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (διδακτορικό) φάνηκε να έχει συστηματικά υψηλότερους μέσους βαθμούς σε όλες τις διαστάσεις.

Πίνακας 5.6.22 <i>Μέσες Θέσεις Στρατηγικών Αντιμετώπισης ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο</i> Ranks

	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	N	Mean Rank
Θετική επαναξιολόγηση	IEK	5	11,60
	Πανεπιστήμιο	24	25,58
	Μεταπτυχιακό	17	27,50
	Διδακτορικό	4	33,88
	Total	50	
Επίλυση προβλήματος	IEK	5	17,50
	Πανεπιστήμιο	24	22,33
	Μεταπτυχιακό	17	32,53
	Διδακτορικό	4	24,63
	Total	50	
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	IEK	5	16,50
	Πανεπιστήμιο	24	27,23
	Μεταπτυχιακό	17	24,88
	Διδακτορικό	4	29,00
	Total	50	
Παραίτηση	IEK	5	33,70
	Πανεπιστήμιο	24	27,40
	Μεταπτυχιακό	17	22,44
	Διδακτορικό	4	16,88
	Total	50	

Πίνακας 5.6.23 Αποτελέσματα Kruskal-Wallis για Στρατηγικές Αντιμετώπισης ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο Test Statistics^{a,b}				
	Θετική επαναξιολόγηση	Επίλυση προβλήματος	Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	Παραίτηση

Kruskal-Wallis H	6,252	6,749	2,553	4,249
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,100	,080	,466	,236
a. Kruskal Wallis Test				
b. Grouping Variable: Εκπαιδευτικό Επίπεδο				

Παρά τις παρατηρούμενες διαφορές στους μέσους όρους θέσεων (Mean Ranks) μεταξύ των εκπαιδευτικών επιπέδων, οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Συνεπώς, το επίπεδο εκπαίδευσης δεν φάνηκε να επηρεάζει τις συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης στο παρόν δείγμα.

Ανάλυση των Αποτελεσμάτων με Βάση το Επίπεδο Εκπαίδευσης – Παραμετρικές Αναλύσεις

Πίνακας 5.6.24						
<i>Αποτελέσματα ANOVA για Τομέα4 και Στρατηγικές Αντιμετώπισης ανά Εκπαιδευτικό Επίπεδο</i>						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Περιβάλλον	Between Groups	4303,680	3	1434,560	3,989	,013
	Within Groups	16543,412	46	359,639		
	Total	20847,091	49			
Ευχολογία	Between Groups	8,587	3	2,862	,230	,875
	Within Groups	572,133	46	12,438		
	Total	580,720	49			
Ευχολογία/Ονειροπόληση	Between Groups	52,386	3	17,462	,673	,573
	Within Groups	1192,994	46	25,935		
	Total	1245,380	49			

Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Between Groups	21,038	3	7,013	1,129	,347
	Within Groups	285,682	46	6,210		
	Total	306,720	49			
Άρνηση	Between Groups	23,236	3	7,745	1,590	,205
	Within Groups	224,144	46	4,873		
	Total	247,380	49			
Αποφυγή/Διαφυγή	Between Groups	71,105	3	23,702	1,135	,345
	Within Groups	960,575	46	20,882		
	Total	1031,680	49			

Πίνακας 5.6.25 Σύγκριση Υποομάδων για τη Διάσταση "Περιβάλλον" (Tukey HSD) Περιβάλλον		
Tukey HSD ^{a,b}		
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	N	Subset for alpha = 0.05
		1
IEK	5	38,9474
Πανεπιστήμιο	24	41,0088
Μεταπτυχιακό	17	59,1331
Διδακτορικό	4	60,5263
Sig.		,147
Means for groups in homogeneous subsets are displayed.		

Από τις εξεταζόμενες μεταβλητές, μόνο το **Περιβάλλον** παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εκπαιδευτικών επιπέδων. Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν

έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, υποδεικνύοντας ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν επηρεάζει σημαντικά τις περισσότερες μεταβλητές στο συγκεκριμένο δείγμα.

Πίνακας 5.6.26 Αποτελέσματα ANOVA για τις Στρατηγικές Κοινωνική Υποστήριξη και Θετική Προσέγγιση ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Κοινωνική Υποστήριξη	Between Groups	51,329	3	17,110	1,232	,309
	Within Groups	638,671	46	13,884		
	Total	690,000	49			
Θετική Προσέγγιση	Between Groups	383,672	3	127,891	3,619	,020
	Within Groups	1625,548	46	35,338		
	Total	2009,220	49			

Πίνακας 5.6.27 Αποτελέσματα Welch για Ισοδυναμία Μέσων στις Στρατηγικές Κοινωνική Υποστήριξη και Θετική Προσέγγιση Robust Tests of Equality of Means					
		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Κοινωνική Υποστήριξη	Welch	,592	3	8,718	,636
Θετική Προσέγγιση	Welch	1,468	3	10,106	,281
a. Asymptotically F distributed.					

5.7 Ερευνητικό Ερώτημα 5

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων και των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας ΠΦΥ;

Πίνακας 5.7.1

Συσχετίσεις Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες με Στρατηγικές Αντιμετώπισης
Correlations

			ΑΓΧΟΣ	ΚΑΤΑΘΛΙ-ΨΗ	ΣΤΡΕΣ	Επίλυση προβλήματος	Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Παραίτηση	Αποφυγή/ Διαφυγή
Spearman's rho	ΑΓΧΟΣ	Correlation Coefficient	1,000	,716**	,651**	,012	-,310*	,193	,043
		Sig. (2-tailed)	.	<,001	<,001	,932	,028	,178	,767
		N	50	50	50	50	50	50	50
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Correlation Coefficient	,716**	1,000	,810**	,013	-,155	,358*	,289*
		Sig. (2-tailed)	<,001	.	<,001	,931	,281	,011	,042
		N	50	50	50	50	50	50	50
	ΣΤΡΕΣ	Correlation Coefficient	,651**	,810**	1,000	-,001	-,021	,217	,093
		Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	.	,993	,885	,130	,519
		N	50	50	50	50	50	50	50
	Επίλυση προβλήματος	Correlation Coefficient	,012	,013	-,001	1,000	,444**	,268	,312*
		Sig. (2-tailed)	,932	,931	,993	.	,001	,060	,027
		N	50	50	50	50	50	50	50
	Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Correlation Coefficient	-,310*	-,155	-,021	,444**	1,000	,381**	,383**
		Sig. (2-tailed)	,028	,281	,885	,001	.	,006	,006
		N	50	50	50	50	50	50	50
	Παραίτηση	Correlation Coefficient	,193	,358*	,217	,268	,381**	1,000	,856**
		Sig. (2-tailed)	,178	,011	,130	,060	,006	.	<,001
		N	50	50	50	50	50	50	50
	Αποφυγή/ Διαφυγή	Correlation Coefficient	,043	,289*	,093	,312*	,383**	,856**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,767	,042	,519	,027	,006	<,001	.
		N	50	50	50	50	50	50	50

Συνολικά, φάνηκε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης συνδέονται διαφορετικά με τις μεταβλητές άγχους, κατάθλιψης και στρες στους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ.

6. Συζήτηση

6.1 Πορίσματα της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε διάφορες πτυχές της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών της ΠΦΥ, εστιάζοντας στις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνουν, στις στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούν και στη συνολική ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον, ανέλυσε τη σχέση δημογραφικών και επαγγελματικών παραγόντων με τις παραπάνω πτυχές. Από τα δεδομένα της μελέτης προκύπτουν οι παρακάτω παρατηρήσεις:

6.1.1 Κατανομή Δείγματος

Η σύνθεση του δείγματος χαρακτηρίστηκε από υψηλό ποσοστό γυναικών (86%), σε σύγκριση με το 14% των ανδρών. Η ανισότητα αυτή ενδεχομένως αντικατοπτρίζει την επικράτηση των γυναικών στον συγκεκριμένο επαγγελματικό χώρο, ή αντανακλάτη μεγαλύτερη προθυμία τους να συμμετέχουν σε ερευνητικές διαδικασίες. Αναφορικά με την ηλικιακή κατανομή, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ανήκε στις ηλικιακές ομάδες 36-45 ετών (46%) και 46-55 ετών (30%), δηλαδή σε ηλικίες που χαρακτηρίζονται από επαγγελματική σταθερότητα και εμπειρία. Το 76% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, γεγονός που ενδεχομένως υποδεικνύει μια ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, το δείγμα παρουσίασε υψηλή ακαδημαϊκή κατάρτιση, με το 48% να είναι πτυχιούχοι πανεπιστημίου και το 34% να κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο. Τα έτη προϋπηρεσίας κατανεμήθηκαν κυρίως στην κατηγορία 6-20 έτη (70%), υποδεικνύοντας ότι το δείγμα αποτελείται από άτομα με σημαντική εμπειρία στον τομέα.

6.1.2 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις

Η έρευνα έδειξε ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών της ΠΦΥ βιώνει φυσιολογικά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες. Συγκεκριμένα, το 94% του δείγματος ανέφερε φυσιολογικά επίπεδα άγχους, με μέση τιμή 3,64 και τυπική απόκλιση 5,85. Ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό ανέφερε αυξημένο άγχος, κυρίως σε μέτρια ή σοβαρά επίπεδα.

Αντίστοιχα, το 86% των συμμετεχόντων παρουσίασε φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης, με μέση τιμή 4,24 και τυπική απόκλιση 6,51. Οι περιπτώσεις μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης ήταν περιορισμένες, γεγονός που δείχνει ότι οι επαγγελματίες της ΠΦΥ στο δείγμα μας διατηρούν γενικά θετική ψυχική υγεία.

Τα επίπεδα στρες βρέθηκαν υψηλότερα σε σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη. Το 90% κατέγραψε φυσιολογικά επίπεδα, με μέση τιμή 6,76 και τυπική απόκλιση 6,56. Παρά τα ενθαρρυντικά ευρήματα, το υπόλοιπο 10% των επαγγελματιών ανέφερε αυξημένο στρες, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη υποστήριξης για αυτούς που επηρεάζονται.

Η παρατηρούμενη διακύμανση στις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις πιθανώς οφείλεται στις διαφορετικές απαιτήσεις του επαγγέλματος, καθώς και στους μηχανισμούς διαχείρισης που διαθέτουν οι επαγγελματίες.

6.1.3 Ποιότητα Ζωής

Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε μέσω των τεσσάρων διαστάσεων του WHOQOL-BREF και παρουσίασε σημαντικές διαφοροποιήσεις. Στη διάσταση της φυσικής υγείας, η μέση τιμή ήταν 64,86, υποδηλώνοντας ότι οι επαγγελματίες αξιολογούν τη φυσική τους κατάσταση ως σχετικά καλή, αν και παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων (τυπική απόκλιση 20,04).

Στη διάσταση της ψυχολογικής υγείας, η μέση τιμή ήταν 61,00, επίσης με σημαντική διακύμανση, καταδεικνύοντας ότι οι συμμετέχοντες διατηρούν μέτρια προς υψηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας. Οι κοινωνικές σχέσεις κατέγραψαν την υψηλότερη μέση τιμή (70,00), επιβεβαιώνοντας τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στη διατήρηση της ποιότητας ζωής. Αντίθετα, η διάσταση του περιβάλλοντος κατέγραψε τη χαμηλότερη μέση τιμή (48,53), γεγονός που υποδηλώνει ενδεχομένως προβλήματα που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας και τους διαθέσιμους πόρους.

6.1.4 Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ φάνηκε ότι υιοθετούν διάφορες στρατηγικές για τη διαχείριση του άγχους και των πιέσεων, με τη «Θετική Προσέγγιση» να σημειώνει την υψηλότερη μέση τιμή (22,34), υποδεικνύοντας τη συχνή χρήση στρατηγικών όπως η θετική επαναξιολόγηση και η επίλυση προβλημάτων. Οι στρατηγικές «Αποφυγή/Διαφυγή» (14,92) και «Κοινωνική Υποστήριξη» (11,20) καταγράφηκαν επίσης ως συχνά χρησιμοποιούμενες.

Στρατηγικές όπως οι «Ευσεβείς Πόθοι» (8,16) και η «Αναζήτηση Θείας Βοήθειας» (4,66) είχαν χαμηλότερη χρήση, γεγονός που αντικατοπτρίζει την προτίμηση των

συμμετεχόντων σε πιο ενεργητικές και ρεαλιστικές προσεγγίσεις. Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να αποδοθεί στο υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και εμπειρίας του δείγματος.

6.1.5 Παράγοντες Επίδρασης

Η ανάλυση έδειξε ότι παράγοντες όπως η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν σημαντικά τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, την ποιότητα ζωής και τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Ωστόσο, το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα στις διαστάσεις της φυσικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων.

6.1.6 Συσχετίσεις Μεταξύ Μεταβλητών

Η έρευνα αποκάλυψε συσχετίσεις μεταξύ των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Το στρες συσχετίστηκε θετικά με ενεργητικές στρατηγικές όπως η «Επίλυση Προβλημάτων», ενώ η κατάθλιψη συνδέθηκε με παθητικές στρατηγικές όπως η «Παραίτηση» και η «Αποφυγή». Το άγχος δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, υποδεικνύοντας πιθανώς ότι αντιμετωπίζεται ποικιλοτρόπως.

Ακόμη, η μελέτη ανέδειξε τη σύνθετη φύση της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών της ΠΦΥ. Παρά τις θετικές εκτιμήσεις για την ποιότητα ζωής και τις στρατηγικές διαχείρισης, οι χαμηλές βαθμολογίες στο περιβάλλον, στο οποίο συγκαταλέγεται και ο εργασιακός χώρος, υπογραμμίζουν την ανάγκη για οργανωτικές βελτιώσεις. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την αξία της υποστήριξης, της εκπαίδευσης και της ενεργητικής διαχείρισης για τη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης.

6.2 Συγκριτική Ανάλυση των Αποτελεσμάτων

Η συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας επικεντρώνεται στη σύνθεση και ερμηνεία των ευρημάτων σε σχέση με τα δεδομένα της υπάρχουσας διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας. Στόχος είναι να εξεταστούν οι ομοιότητες και οι διαφορές, να εντοπιστούν οι κρίσιμοι παράγοντες που επηρεάζουν τους επαγγελματίες της ΠΦΥ, και να αναδειχθούν τα στοιχεία που προσθέτουν αξία στη σχετική επιστημονική γνώση.

6.2.1 Αρνητικές Συναισθηματικές Καταστάσεις

Σύμφωνα με την έρευνά μας, το 94% των επαγγελματιών της ΠΦΥ εμφανίζει φυσιολογικά επίπεδα άγχους, το 86% φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης, ενώ το 90% βρίσκεται εντός φυσιολογικών ορίων για το στρες. Αυτά τα ευρήματα παρουσιάζουν μια αισιόδοξη εικόνα σε σύγκριση με διεθνείς μελέτες, όπως αυτή των Kakemam et al. (2024), που κατέγραψε πολύ υψηλότερα ποσοστά μέτριου ή σοβαρού άγχους (60%) και

κατάθλιψης (45%) στους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ. Η μελέτη των Ashley et al. (2021) κατά την πανδημία COVID-19 ανέδειξε παρόμοια αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Η διαφοροποίηση αυτών των ευρημάτων πιθανώς αντανακλά πολιτισμικές και κοινωνικές παραμέτρους. Στο ελληνικό πλαίσιο, η έρευνα των Cheristanidis et al. (2021) ανέφερε αυξημένα επίπεδα άγχους λόγω του φόβου μόλυνσης κατά την πανδημία, υποδεικνύοντας ότι συγκεκριμένα εξωτερικά ερεθίσματα μπορεί να επιδεινώσουν την ψυχολογική επιβάρυνση.

Η βιβλιογραφία επίσης αναδεικνύει τον κρίσιμο ρόλο της οργανωτικής υποστήριξης στη διαχείριση αυτών των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων. Οι West et al. (2016) τόνισαν ότι η παροχή στρατηγικών υποστήριξης και η εκπαίδευση στη διαχείριση του άγχους μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τη συναισθηματική ευεξία. Συνεπώς, τα φυσιολογικά επίπεδα που καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν μία θετική εικόνα στις συνθήκες εργασίας των συμμετεχόντων, αν και παραμένουν περιθώρια βελτίωσης.

6.2.2 Ποιότητα Ζωής

Η ποιότητα ζωής που καταγράφηκε στην έρευνά μας διαφοροποιείται αισθητά στις τέσσερις διαστάσεις του WHOQOL-BREF. Οι κοινωνικές σχέσεις (70) βαθμολογήθηκαν θετικά, ενώ το περιβάλλον (48,53) σημείωσε τη χαμηλότερη βαθμολογία, υποδεικνύοντας την ανάγκη βελτίωσης των συνθηκών εργασίας. Τα ευρήματα συμφωνούν με τη μελέτη των Valencia-Contrera et al. (2024), η οποία ανέδειξε τις αρνητικές επιπτώσεις του φόρτου εργασίας και των περιορισμένων πόρων στην ποιότητα ζωής. Οι Koinis et al. (2015) υπογράμμισαν παρόμοιες τάσεις, όπου η έλλειψη κατάλληλων υποδομών επιδεινώνει τη φυσική και ψυχολογική υγεία.

Η διαφοροποίηση στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής επισημαίνει ότι, ενώ οι κοινωνικές σχέσεις παραμένουν ισχυρές, το περιβάλλον αποτελεί σημαντική πρόκληση. Αυτό συνάδει με τη βιβλιογραφία που υπογραμμίζει την ανάγκη ενίσχυσης των πόρων και μείωσης της γραφειοκρατίας (Razai et al., 2023). Η αναβάθμιση των συνθηκών εργασίας θα μπορούσε να βελτιώσει τόσο τη γενική ευημερία όσο και την επαγγελματική ικανοποίηση.

6.2.3 Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ στο δείγμα μας φάνηκε να προτιμούν τη "Θετική Προσέγγιση" (22,34), ενώ η "Αναζήτηση Θείας Βοήθειας" καταγράφηκε ως η λιγότερο δημοφιλής στρατηγική. Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με τις διεθνείς μελέτες. Οι Maresca et al. (2022) ανέδειξαν τη θετική επαναξιολόγηση ως την πιο αποτελεσματική

στρατηγική στη μείωση του άγχους, ενώ οι Shoji et al. (2024) υπογράμμισαν τη σημασία της ευελιξίας και της ενσυναίσθησης στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ωστόσο, η χαμηλή χρήση της "Αναζήτησης Θείας Βοήθειας" μπορεί να αντικατοπτρίζει πολιτισμικές διαφορές. Στο ελληνικό πλαίσιο, όπως αναφέρουν οι Μάτσα και Βασιλείου (2017), αυτή η στρατηγική υιοθετείται λιγότερο από επαγγελματίες με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Η έρευνα αυτή υποστηρίζει την άποψη ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης διαμορφώνονται από την κουλτούρα και το μορφωτικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων.

6.2.4 Παράγοντες Επίδρασης

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα στις διαστάσεις της φυσικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων. Τα ευρήματα συμφωνούν με τη μελέτη των Freeman et al. (2018), η οποία υπογράμμισε τη σημασία της εκπαίδευσης στη διαχείριση του άγχους και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Αντίθετα, η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας δεν φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις ή τις στρατηγικές αντιμετώπισης, γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα των Razai et al. (2023).

Συνολικά, η σύνθεση των αποτελεσμάτων καταδεικνύει ότι οι επαγγελματίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα παρουσιάζουν γενικά θετικά επίπεδα ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής, ενώ χρησιμοποιούν προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Ωστόσο, οι χαμηλές βαθμολογίες στο περιβάλλον υπογραμμίζουν την ανάγκη για άμεσες παρεμβάσεις στις συνθήκες εργασίας. Η σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία αποκαλύπτει κοινές προκλήσεις, όπως ο φόρτος εργασίας και η συναισθηματική καταπόνηση, ενώ αναδεικνύει πολιτισμικές διαφοροποιήσεις στις στρατηγικές αντιμετώπισης.

Η παρούσα έρευνα ενισχύει τη σημασία της θετικής προσέγγισης, της οργανωτικής υποστήριξης και της εκπαίδευσης στη διαχείριση άγχους. Με βάση τα ευρήματα, αλλαγές, όπως η μείωση του φόρτου εργασίας και η βελτίωση των υποδομών, θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και την επαγγελματική ικανοποίηση. Παράλληλα, η ανάπτυξη στοχευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η ενίσχυση της υποστήριξης θα συμβάλλουν στη διατήρηση της ψυχικής υγείας και της αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας.

Περιορισμοί της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ορισμένους περιορισμούς που είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της. Ένας από τους κύριους περιορισμούς

είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος, το οποίο περιλάμβανε μόλις 50 συμμετέχοντες. Αυτό μειώνει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων και περιορίζει τη στατιστική ισχύ της ανάλυσης. Επιπλέον, το δείγμα χαρακτηρίζεται από έντονη ανισοκατανομή ως προς το φύλο, καθώς οι γυναίκες αποτελούσαν το 86% των συμμετεχόντων. Αν και αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει την πραγματική σύνθεση του εργατικού δυναμικού στις δομές ΠΦΥ, περιορίζει τη δυνατότητα εξέτασης διαφορών που σχετίζονται με το φύλο.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τη γεωγραφική εστίαση της έρευνας. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν αποκλειστικά από πρωτοβάθμιες δομές της Λάρισας, συγκεκριμένα το Κέντρο Υγείας και τα ΤΟΜΥ Λάρισας, οι οποίες είναι μικρού μεγέθους. Αυτό περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλες περιοχές ή δομές υγείας διαφορετικού τύπου. Επιπρόσθετα, η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο των διακοπών των Χριστουγέννων, μια χρονική στιγμή που ενδέχεται να έχει επηρεάσει τη συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων, λόγω των αυξημένων προσωπικών και επαγγελματικών πιέσεων που χαρακτηρίζουν αυτήν την περίοδο.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η έρευνα βασίστηκε σε αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια, όπως το DASS-21 και το WHOQOL-BREF. Αυτού του τύπου τα εργαλεία, παρότι χρήσιμα, υπόκεινται σε πιθανές προκαταλήψεις από την πλευρά των συμμετεχόντων, όπως η κοινωνική επιθυμία ή η υπερτίμηση/υποτίμηση συναισθημάτων. Τέλος, το δείγμα περιλάμβανε αποκλειστικά επαγγελματίες από συγκεκριμένες δομές της ΠΦΥ, χωρίς διαφοροποίηση ως προς άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, όπως γιατροί από νοσοκομεία ή εξειδικευμένα κέντρα.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η παρούσα μελέτη παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την ψυχολογική κατάσταση, την ποιότητα ζωής και τις στρατηγικές αντιμετώπισης των επαγγελματιών της ΠΦΥ. Οι περιορισμοί αυτοί προσφέρουν χρήσιμες κατευθύνσεις για βελτιώσεις στη μεθοδολογία μελλοντικών ερευνών, προκειμένου να επιτευχθεί η βαθύτερη κατανόηση του συγκεκριμένου αντικειμένου.

Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε σημαντικά ζητήματα που σχετίζονται με την επαγγελματική ζωή, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών της ΠΦΥ. Ωστόσο, η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση και εμβάθυνση είναι εμφανής. Αρχικά, η αύξηση του μεγέθους του δείγματος και η συμπερίληψη επαγγελματιών από περισσότερες γεωγραφικές περιοχές θα μπορούσε να οδηγήσει σε πιο γενικευμένα αποτελέσματα, επιτρέποντας τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών περιφερειών και δομών υγείας.

Παράλληλα, η ισορροπημένη συμμετοχή ανδρών και γυναικών θα μπορούσε να ενισχύσει τη δυνατότητα εξέτασης διαφορών που σχετίζονται με το φύλο.

Επιπλέον, προτείνεται η διεξαγωγή μελετών που να περιλαμβάνουν επαγγελματίες από δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας, καθώς και από εξειδικευμένα κέντρα. Αυτό θα επέτρεπε τη σύγκριση των συνθηκών εργασίας και των ψυχολογικών επιβαρύνσεων μεταξύ διαφορετικών επιπέδων του συστήματος υγείας. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν επίσης να εξετάσουν διαχρονικά πώς εξελίσσονται οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, η ποιότητα ζωής και οι στρατηγικές αντιμετώπισης των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικά στάδια της επαγγελματικής τους ζωής.

Μια άλλη σημαντική κατεύθυνση είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στη διαχείριση του άγχους, και στη βελτίωση της ανθεκτικότητας. Οι μελέτες αυτές μπορούν να παρέχουν πρακτικά εργαλεία και κατευθυντήριες γραμμές για τη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας των επαγγελματιών.

Εξίσου ενδιαφέρουσα είναι η περαιτέρω ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον, όπως ο φόρτος εργασίας, οι συνθήκες απασχόλησης και η υποστήριξη από την διοίκηση. Μελέτες που θα συνδυάζουν ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα, μέσω συνεντεύξεων και ομάδων εστίασης, μπορούν να παρέχουν βαθύτερη κατανόηση των εμπειριών των επαγγελματιών της ΠΦΥ.

Τέλος, προτείνεται η εξέταση της ψυχολογικής κατάστασης και των στρατηγικών αντιμετώπισης των επαγγελματιών υγείας σε περιόδους κρίσεων, όπως πανδημίες ή φυσικές καταστροφές. Οι συνθήκες αυτές ενδέχεται να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική τους υγεία και να απαιτούν εξειδικευμένες παρεμβάσεις.

Οι προτάσεις αυτές προσφέρουν ένα χρήσιμο πλαίσιο για τη διεύρυνση της έρευνας στον τομέα της ΠΦΥ, ενισχύοντας τη γνώση και την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την επαγγελματική ικανοποίηση. Μελλοντικές έρευνες που θα βασιστούν σε αυτές τις κατευθύνσεις μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία πιο υποστηρικτικών και ανθεκτικών δομών υγείας.

Βιβλιογραφία

Agarwal SD, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt KM. (2020). Professional Dissonance and Burnout in Primary Care: A Qualitative Study *JAMA Intern Med.* 180(3), 395-401. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.6326.

Arvidsdotter T, Marklund B, Kylén S, Taft C, Ekman I. (2016). Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scand J Caring Sci.* 30(4), 687-694. doi: 10.1111/scs.12289.

Ashley, C., James, S., Williams, A., Calma, K., McInnes, S., Mursa, R., Stephen, C., & Halcomb, E. (2021). The psychological well-being of primary healthcare nurses during COVID-19: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3820–3828.
<https://doi.org/10.1111/jan.14937>.

Bassi, M., Negri, L., Delle Fave, A., & Accardi, R. (2022). The role of resilience in mental health care: A systematic review of literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3332.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19063332>..

Calegari, J. G., Russo, S., Luciani, M., Strepparava, M. G., Di Mauro, S., & Ausili, D. (2022). Association between coping strategies and professional quality of life in nurses and physicians during COVID-19: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4054–4063. <https://doi.org/10.1111/jonm.13845>

Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.004>.

Casini, F., Sighinolfi, C., Tedesco, P. et al. (2013). Primary care Physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders: a cross-sectional survey in Emilia Romagna Region. *BMC Fam Pract* 14, 75 <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-75>.

Cheristanidis, S., Kavvadas, D., Moustaklis, D., Kyriakidou, E., Batzou, D., Sidiropoulos, E., Papazisis, G., & Papamitsou, T. (2021). Psychological distress in primary healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Greece. *Acta Medica Academica*, 50(2), 252–263. <https://doi.org/10.5644/ama2006-124.341>.

Clifton J, Bonnell L, Hitt J, Crocker A, Rose GL, van Eeghen C, Kessler R, Stephens KA, Teng K, Leon J, Mollis B, Littenberg B. (2021). Differences in Occupational Burnout Among Primary Care Professionals. *J Am Board Fam Med*. 34(6), 1203-1211. doi: 10.3122/jabfm.2021.06.210139.

Cordioli DFC, Cordioli Junior JR, Gazetta CE, Silva AGD, Lourenção LG. (2019). Occupational stress and engagement in primary health care workers. *Rev Bras Enferm*. 72(6), 1580-1587. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0681.

Costantini L, et al. (2021). Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *J Affect Disorders*, 279, 473-483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>.

Cunningham, A. T., et al. (2023). Burnout and commitment after 18 months of the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 36(1), 105-117. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.220226R1>.

Deeny, S. R., & Dunn, P. (2018). The next decade of primary care: transforming systems and improving equity. *British Medical Journal*, 361, k2017. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2017>.

Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support

strategies in primary health care practice. PLoS ONE, 14(4), e0214846.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214846>..

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015).

The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In A.

Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson, A. Sagan, M. Karanikolos, J. Kluge, & E.

Richardson (Eds.), *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience* (pp. 103–142). European Observatory on Health Systems and Policies.

Retrieved September 15, 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447857/>.

Fernandes, C. S., et al. (2022). Strategies to manage occupational stress in health care professionals: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(3), 853–862.

<https://doi.org/10.1111/jcn.16072>.

Freeman T, Baum F, Labonté R, Javanparast S, Lawless A. (2018). Primary health care reform, dilemmatic space and risk of burnout among health workers. *Health (London)*.

22(3), 277-297. doi: 10.1177/1363459317693404.

Galiana L, Kowalczyk K, Sansó N. (2022). Editorial: Psychological Distress, Burnout, Quality of Life, and Wellness Among Healthcare Workers. *Front Psychol.* 13, 913941.

doi: 10.3389/fpsyg.2022.913941.

Giannopoulou, I., Tsobanoglou, G. O., & Nakakis, K. (2021). The impact of COVID-19 on primary health care: Lessons from Greece. *Primary Health Care Research &*

Development, 22, e31. <https://doi.org/10.1017/S146342362100033X>.

Ginieri-Coccossis, M., Antonopoulou, V., Triantafillou, E., & Christopoulou, G. N.

(2001). Translation and cross-cultural adaptation of WHOQOL-100 in Greece.

Psychiatry Today, 33(12), 5–16.

Hu, D., et al. (2018). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses

during COVID-19 outbreak. *International Journal of Nursing Research*, 25(4), 123–138.

<https://doi.org/10.1016/j.jnurs.2018.04.002>.

Jimenez, G., et al. (2021). Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care.

Primary Health Care Research & Development, 22, e68.

<https://doi.org/10.1017/S1463423621000669>.

Kabunga, A., Mukooza, E., & Byamukama, R. (2024). Burnout and coping mechanisms among healthcare professionals in Central Uganda. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 987654.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.987654>.

Kaitelidou, D., et al. (2020). Restructuring primary health care in Greece during economic crisis. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05495-5>.

Kakemam, E., Maassoumi, K., Azimi, S., Abbasi, M., Tahmasbi, F., & Alizadeh, M. (2024). Prevalence of depression, anxiety, and stress among Iranian primary healthcare workers: A mixed method study. *BMC Primary Care*, 25(1), 40.

<https://doi.org/10.1186/s12875-024-02268-w>.

Katsikouli, E., & Tziaferi, S. (2013). Occupational stress and burnout of nursing staff in the emergency department. *Nosileftiki*, 52(1), 56-65

Kerasidou, A., Kingori, P., Legido-Quigley, H. (2016) “You Have to Keep Fighting”: Maintaining Healthcare Services and Professionalism on the Frontline of Austerity in Greece. *International Journal of Equity in Health*. Vol. 15. doi: 10.1186/s12939-016-0407-8

Koinis, A., Giannou, V., Drantaki, V., Angelaina, S., Stratou, E., & Saridi, M. (2015). The impact of healthcare workers' job environment on their mental-emotional health. Coping strategies: The case of a local general hospital. *Health Psychology Research*, 3(1), 12–18. <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.1984>.

Kotsani, K., Antonopoulou, V., & Makris, A. (2019). Evaluation of the new primary health care model in Greece. *Health Policy*, 123(5), 490–496.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.010>.

- Kourakos, M., & Tzavella, F. (2014). Occupational stress and burnout among nurses in psychiatric hospitals. *Nosileftiki*, 53(2), 170-180.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & van der Zee, J. (2020). Building primary care in a changing Europe. *The European Journal of General Practice*, 26(1), 5–10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1762992>.
- Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2015). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), 686–694. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1242>.
- Kumar, S., & Gupta, R. (2020). Primary health care: Mental health and chronic disease perspectives. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(7), 292–296. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2020.24>.
- Laserna Jiménez, C., Casado Montañés, I., Carol, M., Guix-Comellas, E. M., & Fabrellas, N. (2022). Quality of professional life of primary healthcare nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9-10), 1097–1112. <https://doi.org/10.1111/jocn.16015>.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lemyre, L., & Tessier, R. (2003). Measuring psychological stress. Concept, model, and measurement instrument in primary care research. *Canadian Family Physician*, 49, 1159–1168.
- Leonelli LB, Andreoni S, Martins P, Kozasa EH, Salvo VL, Sopezki D, Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Demarzo MMP. (2017). Perceived stress among Primary Health Care Professionals in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 20(2), 286-298. Portuguese, English. doi: 10.1590/1980-5497201700020009.
- Lionis, C., & Petelos, E. (2013). Primary healthcare and policy in Greece. *European Journal of General Practice*, 19(3), 194-199. <https://doi.org/10.3109/13814788.2013.795536>.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.

[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U).

Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the Depression Anxiety Stress Scales in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26(Suppl 1), 1731. doi: 10.1016/S0924-9338(11)73435-6.

Manzano García, G., & Ayala Calvo, J. C. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 832–844.

<https://doi.org/10.1111/jan.14642>.

Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: A systematic review.

Medicina, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>.

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

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

Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192. [https://doi.org/10.1111/1467-](https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258)

[8721.01258](https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258).

Muldoon, L. K., Hogg, W. E., & Levitt, M. (2018). Primary care services: Barriers to integration and models for improvement. *Healthcare Policy*, 13(2), 47–53.

<https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25674>.

Nørøxe KB, Vedsted P, Bro F, Carlsen AH, Pedersen AF. (2019). Mental well-being and job satisfaction in general practitioners in Denmark and their patients' change of general

practitioner: a cohort study combining survey data and register data. *BMJ Open*. 9(11), e030142. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030142.

Olariu, E., Forero, C. G., Castro-Rodriguez, J. I., Rodrigo-Calvo, M. T., Álvarez, P., Martín-López, L. M., et al. (2015). Detection of anxiety disorders in primary care: A meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depression and Anxiety*, 32(7), 471–484. <https://doi.org/10.1002/da.22360>.

Owen, C. P., Bucknall, T., & Harvey, C. (2022). Factors of maladaptive coping in emergency healthcare professionals: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(3), 303-312. <https://doi.org/10.1111/jnu.12789>.

Razai, M. S., Kooner, P., & Majeed, A. (2023). Strategies and interventions to improve healthcare professionals' well-being and reduce burnout. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 21501319231178641. <https://doi.org/10.1177/21501319231178641>.

Salaton, N. F., & Bulgiba, A. (2022). Depression, anxiety, and stress among frontline primary health care workers during the COVID-19 pandemic. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 34(4), 416–419. doi: [10.1177/10105395221077064](https://doi.org/10.1177/10105395221077064)

Schernhammer, E. (2020). Taking their own lives—the high rate of physician suicide. *New England Journal of Medicine*, 382(3), 246–247. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1917048>.

Shevchenko MV, Yurochko TP, Hrechko II. (2019). Factors of working environment influencing occupational stress among primary health care doctors in Ukraine. *Wiad Lek*. 72(5 cz 2), 1038-1042. doi: [10.36740/WLek201905216](https://doi.org/10.36740/WLek201905216)

Shoji, K., Watanabe, M., & Nakamura, T. (2024). Empathy and coping strategies predict quality of life in Japanese healthcare professionals. *Behavioral Sciences*, 14(2), 123-134. <https://doi.org/10.3390/bs14020123>.

- Siskou, O., et al. (2020). Challenges and perspectives of primary health care in Greece. *Health Policy*, 124(5), 491–497. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.006>.
- Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Higginson, I. J., & Harding, R. (2015). The impact of unmet palliative care needs on health care use and distress among primary care professionals: A systematic review. *Palliative Medicine*, 29(3), 235–252. <https://doi.org/10.1177/0269216314560009>.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2017). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 85(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2017.00528.x>.
- Stretea, R., Popescu, M., & Ionescu, L. (2023). Coping strategies and quality of life: Reaction to the COVID-19 pandemic among Romanian physicians. *European Psychiatry*, 65(5), e17. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.17>.
- Sullivan, E. E., & Phillips, R. S. (2020). Sustaining primary care teams in the midst of a pandemic. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00434-w>.
- Tan, B. Y. Q., et al. (2020). Burnout and associated factors among healthcare workers in Singapore during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1751–1758.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.035>.
- Teles, M. A., Barbosa, M. R., Vargas, A. M., Gomes, V. E., Ferreira, E. F., Martins, A. M., & Ferreira, R. C. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-72>.
- Valencia-Contrera MA, Valenzuela-Suazo SV, Luengo-Martínez CE, Quintana-Zavala MO. (2024). Quality of life and psychosocial risks in primary care workers in an urban area. *Rev Bras Med Trab*. 22(2), e20221031. doi: 10.47626/1679-4435-2022-1031..

Vamvakas E, Kontogeorgou I, Ntaountaki A, Karkouli G, Pisimisi E, Karampekiou E, Politis E, Moskofi I, Konitopoulos D, Dokoutsidou E, Grigoropoulou M, Theodorakopoulou M, Armaganidis A. (2022). Occupational Stress and Quality of Life among Health Professionals During the COVID-19 Pandemic. *J Crit Care Med* (Targu Mures). 8(3), 182-192. doi: 10.2478/jccm-2022-0012.

West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 388(10057), 2272-2281. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X.

World Health Organization (WHO). (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring, and Generic Version of the Assessment. Field Trial Version. Geneva: World Health Organization. Accessed: November 4, 2024.

World Health Organization. (2018). Primary health care: Closing the gap in a generation. Geneva: WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-now-more-than-ever>.

Accessed: October 5, 2024.

World Health Organization. (2018). Primary health care: Now more than ever.

<https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-now-more-than-ever>.

Accessed: November 4, 2024.

Wright, T., Mughal, F., Babatunde, O. O., Dikomititis, L., Mallen, C. D., & Helliwell, T. (2022). Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(6), 385–401. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.286315>.

Wulsin, L. R., Sagui-Henson, S. J., Roos, L. G., Wang, D., Jenkins, B., Cohen, B. E., Shah, A. J., & Slavich, G. M. (2022). Stress measurement in primary care: Conceptual issues, barriers, resources, and recommendations for study. *Psychosomatic Medicine*, 84(3), 267–275. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001051>.

Zhu, P., Sun, Y., & Huang, X. (2023). Mindfulness-based stress reduction for quality of life, psychological distress, and cognitive emotion regulation strategies in patients with breast cancer under early chemotherapy. *Holistic Nursing Practice*, 37(1), 12-19.
<https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000456>.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αθανασιάδης, Θ., Τσάρας, Κ., Παπαθανασίου, Ι., Λαγανά, Ε., Γκούβα, Μ., Κοτρότσιου, Ε. (2011) Εκτίμηση Εργασιακού Stress και Χρήσης Αλκοόλ σε Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. *Επιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 3, Τεύχος 4.

Καραδήμας, Ε. Χ. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, 5(3), 260–273.

Καρρά, Α. (2014). Εκτίμηση εργασιακού στρες και χρήσης αλκοόλ στους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας..

Κοινής, Α., & Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(4), 478–490.

Λόλα, Ζ. (2022). Διερεύνηση του στρες και της ψυχικής ανθεκτικότητας εργαζομένων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.

Μάτσα, Μ., & Βασιλείου, Ν. (2017). Επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα. *Ιατρικά Χρονικά*, 15(1), 123–130.

Μπαρμπαγιάννη, Σ. (2020). Διερεύνηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής σε σχέση με το επαγγελματικό στρες εργαζομένων σε μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πολιούδης, Σ. (2021). Εργασιακό στρες και οι επιπτώσεις του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην Π.Φ.Υ.

Παράρτημα

Εργαλεία Έρευνας

DASS₂₁

Greek translation and Validation

George N. Lyrakos et al 2011

Όνομα :

Ημερομηνία:

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10	Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15	Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17	Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3

20	Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

WHOQOL-BREF
ΧΟΡΗΓΗΣΙΜΗ ΜΟΡΦΗ
Δεκέμβριος 1996

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Διευθυντής: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ.Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ

Απόδοση στα Ελληνικά και Επιμέλεια:
Μ. Κοκκώση, Β. Αντωνοπούλου, Γ. Ν. Χριστοδούλου.

Συμπληρώνεται από τον εκτιμητή

	Εξισώσεις για τον υπολογισμό των τιμών των τομέων	Απόλυτες τιμές	Σταθμισμένες τιμές*	
			4-20	0-100
Τομέας 1	$(6-Q3)+(6-Q4)+ Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ + + +	=		
Τομέας 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ + +	=		
Τομέας 3	$Q20 + Q21 + Q22$ + +	=		
Τομέας 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24$ + + + + + + +	=		

* Για τη μετατροπή των απόλυτων τιμών σε σταθμισμένες τιμές κοιτάζτε τον Πίνακα 4 στη σελίδα 11 του εγχειριδίου

Οδηγίες

Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει πώς εσείς κρίνετε την ποιότητα ζωής σας, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. **Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις.** Αν δεν είσθε σίγουρος-η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, **παρακαλούμε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο σωστή.** Συχνά, η πιο σωστή μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε.

Παρακαλούμε να λάβετε υπόψη τα δικά σας κριτήρια, τις δικές σας προσδοκίες, ό,τι σας δίνει χαρά καθώς και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στη μνήμη σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζεσθε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί καλύτερα στο βαθμό της υποστήριξης που είχατε από τους άλλους τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Έτσι, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 4, εάν είχατε **πολύ** υποστήριξη από τους άλλους, όπως δείχνει το παράδειγμα που ακολουθεί.

Έχετε από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζεσθε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Αν δεν είχατε καθόλου την υποστήριξη που χρειάζεσθε από τους άλλους, τις τελευταίες δύο εβδομάδες, τότε, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφθήτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει τη πιο κατάλληλη για σας απάντηση σε κάθε ερώτηση.

		Πολύ άσχημα	Άσχημα	Ούτε καλά Ούτε άσχημα	Καλά	Πολύ καλά
1 (G1)	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος-η	Μέτρια δυσαρεστημένος-η	Ούτε ικανοποιημένος-η Ούτε δυσαρεστημένος-η	Μέτρια ικανοποιημένος-η	Πολύ ικανοποιημένος-η
2 (G4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν τον βαθμό στον οποίο είχατε ορισμένες εμπειρίες ή καταστάσεις κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3 (F1.4)	Αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τα	1	2	3	4	5

	πράγματα που έχετε να κάνετε;					
4 (F11.3)	Χρειάζεστε κάποια ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Αισθάνεσθε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7 (F5.3)	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό σας περιβάλλον;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιό βαθμό είχατε ορισμένες εμπειρίες ή είχατε τη δυνατότητα να κάνετε ορισμένα πράγματα κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Απόλυτα
10 (F2.1)	Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Μπορείτε να αποδεχθείτε την εμφάνιση του σώματός σας ;	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Μπορείτε να έχετε εύκολα τις πληροφορίες που τυχόν χρειάζεσθε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Έχετε την δυνατότητα για κάποιες δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο σας;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
15 (F9.1)	Πόσο άνετα μπορείτε να κυκλοφορείτε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο καλά αισθανθήκατε ή πόσο ικανοποιημένος-η ήσαστε από διάφορες πλευρές της ζωής σας κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

		Πολύ δυσανεστ ημένος-η	Μέτρια δυσανεστημέ νος-η	Ούτε ικανοποιημέν ος-η Ούτε δυσανεστημέ νος-η	Μέτρια ικανοποιημ ένος-η	Πολύ ικανοποιημ ένος-η
16 (F3.3)	Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον ύπνο σας ;	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας να φέρνετε σε πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινή σας ζωής;	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5

23 (F17.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις συνθήκες του χώρου στον οποίο κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τα μεταφορικά μέσα τα οποία χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά είχατε ορισμένα συναισθήματα κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
26 (F8.1)	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Σας βοήθησε κανείς να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο;.....

Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο;

Έχετε κάποια σχόλια σχετικά με το ερωτηματολόγιο;.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ

ΣΑΑΚ-38

Όλοι αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή μας ζωή προβλήματα, τα οποία μας αναστατώνουν, μας ανησυχούν, μας στενοχωρούν. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να δούμε πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, τι κάνουν δηλαδή όταν τους συμβαίνει κάτι που τους προκαλεί ανησυχία, στενοχώρια, αναστάτωση.

Στην συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν τρόπους τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούμε για να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματά μας. Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο συχνά εσείς χρησιμοποιήσατε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό και που αναφέρατε αμέσως παραπάνω.

Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω και απαντήστε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνατε αυτό που λέει η πρόταση: δηλαδή για το 'ποτέ' θα βάλετε σε κύκλο το 0, για το 'σπάνια' θα βάλετε σε κύκλο το 1, για το 'μερικές φορές' θα βάλετε σε κύκλο το 2, και για το 'συχνά' θα βάλετε σε κύκλο το 3.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
1. Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα.....	0	1	23	
2. Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.....	0	1	2	3
3. Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.....	0	1	2	3
4. Συμβιβαζόμουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.....	0	1	2	3
5. Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερο για την κατάσταση.....	0	1	2	3
6. Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.....	0	1	2	3
7. Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα.....	0	1	2	3
8. Αποδεχόμουν τη μοίρα μου.....	0	1	2	3
9. Συνέχιζα σαν να μην συμβαίνει τίποτα.....	0	1	2	3
10. Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.....	0	1	2	3
11. Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.....	0	1	2	3
12. Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιουργήσε το πρόβλημα..	0	1	2	3
13. Αποδεχόμουν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.....	0	1	2	3
14. Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό.....	0	1	2	3
15. Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.....	0	1	2	3
16. Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.....	0	1	23	
17. Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.	0	1	23	
18. Άφηνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.....	0	1	23	
19. Έβγαινα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος/η από πριν.....	0	1	23	
20. Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.....	0	1	23	
21. Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο.....	0	1	23	
22. Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.....	0	1	23	
23. Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.....	0	1	23	
24. Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.....	0	1	23	

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
25. Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.....	0		1	2 3
26. Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.....	0		1	2 3
27. Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.....	0		1	2 3
28. Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό,τι ήθελα.....	0		1	2 3
29. Ξεσπούσα στους άλλους.....	0		1	2 3
30. Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.....	0		1	2 3
31. Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω.....	0		1	2 3
32. Έβρισκα μία - δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.....	0		1	2 3
33. Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό,τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα....	0		1	2 3
34. Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν.....	0		1	2 3
35. Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή.....	0		1	2 3
36. Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.....	0		1	2 3
37. Προσευχόμουν.....	0		1	2 3
38. Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα.....	0		1	2 3

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΕΡΕΥΝΑ

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία επιστημονική έρευνα του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών <Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας> της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Ο τίτλος της εν λόγω επιστημονικής έρευνας είναι «Αξιολόγηση της κλίμακας Αρνητικών Συναισθηματικών Καταστάσεων, της συνολικής ποιότητας ζωής και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων Επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

Προτού συμφωνήσετε για τη συμμετοχή σας στην έρευνα, βεβαιωθείτε ότι:

Έχετε διαβάσει και κατανοήσει το έντυπο ενημέρωσης σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν στο πλαίσιο της εν λόγω έρευνας και ό,τι απορίες είχατε σχετικά με αυτήν απαντήθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό ☐

Λάβατε γνώση σχετικά με τη διάρκεια της έρευνας και τις διαδικασίες της, ήτοι ποια δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν πρόκειται να αξιολογηθούν στο πλαίσιο της έρευνας, ποια/ποιες πράξεις επεξεργασίας θα διενεργηθούν επί αυτών, πόσο καιρό θα τηρηθούν τα δεδομένα από τον ερευνητή και πώς εξασφαλίζεται η ασφαλής τήρησή τους ☐

Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τα δικαιώματά σας, όπως αυτά απορρέουν από το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων. ☐

Γνωρίζετε ότι η συμμετοχή σας στην εν λόγω επιστημονική έρευνα είναι εθελοντική. ☐

Έχετε ενημερωθεί και γνωρίζετε ότι η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποια οικονομική επιβάρυνση για εσάς και για την υπηρεσία σας. ☐

Όλα τα ευρήματα ή/και συμπεράσματα της παρούσας μελέτης και οι πιθανές τους χρήσεις εκχωρούνται στα Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΠΘ.

Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια/κύρωση, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας στο e-mail:

katiapap98@gmail.com

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ερευνητής δεσμεύεται να τηρεί πλήρη εμπιστευτικότητα για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην ταυτοποίησή σας.

Πιο συγκεκριμένα, δεδομένα που σας αφορούν θα δημοσιευτούν μόνο εφόσον υπάρχει η ρητή συγκατάθεσή σας ή είναι πλήρως ανωνυμοποιημένα. Επιπλέον, η επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για τους σκοπούς της έρευνας υπόκειται σε κατάλληλες εγγυήσεις.

Για τυχόν απορίες σε θέματα αναφορικά με την επιστημονική έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο ερευνητή. Περισσότερες πληροφορίες για την προστασία των προσωπικών δεδομένων βρίσκονται στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας στην ιστοσελίδα http://learning.uth.gr/prosopika_dedomena/.

Θα σας δοθεί αντίγραφο του Εντύπου Ενημέρωσης και της παρούσας δήλωσης συγκατάθεσης, όταν η τελευταία έχει υπογραφεί.

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στη συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα.

Ονοματεπώνυμο ερευνητή: Παπακωνσταντίνου Αικατερίνη

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος /συμμετέχουσας στην έρευνα:

Ημερομηνία:

Υπογραφή

Παράρτημα 4

Παράρτημα 4.1 Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Λάρισα, 07 / 11 /2024

Αρ. πρωτ.: 17/17/10/2024 εξ

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την συνεδρίασή που πραγματοποιήθηκε στις 07/11/2024 έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή έρευνας από την κ. Ρούκα με θέμα «Αξιολόγηση της κλίμακας Αρνητικών Συναισθηματικών Καταστάσεων, της συνολικής ποιότητας ζωής και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχονώνων Καταστάσεων Επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής

Η Πρόεδρος

Τα μέλη

Άννα Μαυροφόρου
Καθηγήτρια Α Βαθμίδας

Μαλλιαρού Μαρία
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Φραδέλος Ευάγγελος
Επίκουρος Καθηγητής

Παράρτημα 4.2 Έγκριση από την 5η Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 29.11.2024

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ 10^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΗΣ 5^{ης} Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Στη Λάρισα σήμερα στις 29 Νοεμβρίου ημέρα Παρτασκευή και ώρα 11:00 π.μ στην Κεντρική Υπηρεσία της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικώς σε δια περιφοράς συνεδρίαση του Ε.Σ. μετά από πρόσκληση του Αν. Διοικητή και Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, το οποίο συγκροτήθηκε με την με την αριθμ. 2849/ 11.01.2019 και τροποποιήθηκε με την αριθμ. πρωτ. 72701/27.08.2024 Απόφαση του Διοικητή της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Στη συνεδρίαση συμμετείχαν οι κάτωθι:

1. Χρήστος Δημητρέλος, Υποδιοικητής της 5^{ης} Υ.ΠΕ., ως Πρόεδρος.
2. Ιωάννης Κουτσονάσιος, Διευθύντης ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Πύλης.
3. Γεώργιος Μπατατόλης, Διευθυντής ΕΣΥ Οδοντιατρικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Τρικάλων.
4. Αθανασία Τζανακάρη, Διευθύντρια ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, Υπεύθυνη Συντονίστρια Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ Μουζακίου.
5. Παναγιώτα Λιάκου, μόνιμη υπάλληλος του Κ.Υ Φαρσάλων, κλάδου ΠΕ Διοικητικού Λογιστικού.
6. Στυλιανή Χατζηνίκου, υπάλληλος κλάδου ΔΕ Διοικητικού -Γραμματέων, της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς, Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Θέματα Ημερήσιας Διάταξης :

Θέμα 3^ο: Αίτημα της κ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ του ΕΥΘΥΜΙΟΥ μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης με διανομής ερωτηματολογίου.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη για αίτημα της κ. **ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ του ΕΥΘΥΜΙΟΥ** μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε επαγγελματίες υγείας των ΤΟΜΥ: ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΦΙΛΙΠΠΟΥΠΟΛΗΣ, ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ, ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ και Κ.Υ.ΛΑΡΙΣΑΣ αρμοδιότητας της 5ης Υ.ΠΕ.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Την με αριθμ. πρωτ. 97999/13/11/2024 αίτηση της κ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

Ομόφωνα εισηγείται

Την έγκριση του αιτήματος, της κ. αίτημα της **κ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ του ΕΥΘΥΜΙΟΥ** μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε επαγγελματίες υγείας των ΤΟΜΥ: ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΦΙΛΙΠΠΟΥΠΟΛΗΣ, ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ, ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ και Κ.Υ.ΛΑΡΙΣΑΣ αρμοδιότητας της 5ης Υ.ΠΕ. Το θέμα της ερευνητικής πρότασης είναι: **«Αξιολόγηση της κλίμακας Αρνητικών Συναισθηματικών Καταστάσεων, της συνολικής ποιότητας ζωής και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχονόγων Καταστάσεων Επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».**

Η διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης αποτελεί μέρος για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με τους Συντονιστές των αναφερόμενων Κέντρων Υγείας ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία της υπηρεσίας.

Ο Πρόεδρος

Χρήστος Δημητρίλος

Ακριβές απόσπασμα

Η Γραμματέας

Στυλιανή Χατζηνίκου

Τα Μέλη

Ιωάννης Κουτσονάσιος

Γεώργιος Μπατατόλης

Αθανασία Τζανακάρη

Παναγιώτα Λιάκου