ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων, της Αναπηρίας και της Γήρανσης»

«Η επίδραση των εμπειριών προσωπικής απώλειας και άλλων στρεσογόνων παραγόντων στην υγεία, την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στο χώρο της Υγείας».



Ονοματεπώνυμο: Αργυρώ Τσουκαλά

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαρία Παπαδακάκη

Copyright@ 2023 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο (ΕΛΜΕΠΑ) https://sw.hmu.gr. Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Μ.Δ.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της συγγραφέως Αργυρώ Τσουκαλά, της Μαρία Παπαδακάκη επιβλέπουσας καθηγήτριας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, ΕΛΜΕΠΑ και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας: Η Αργυρώ Τσουκαλά υπογράφουσα φοιτήτρια του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού «Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων, της Αναπηρίας και της Γήρανσης – MSc in Interdisciplinary Management of Chronic Diseases, Disability and Ageing» του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία με τίτλο: «Η επίδραση των εμπειριών προσωπικής απώλειας και άλλων στρεσογόνων παραγόντων στην υγεία, την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στον χώρο της Υγείας» είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μου δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνω ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε άλλο Ίδρυμα ή Οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.



Ονοματεπώνυμο

Αργυρώ Τσουκαλά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διατριβή διερευνά τις προσωπικές εμπειρίες απώλειας και άλλων προσωπικών και εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας στη Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου Κρήτης. Το θεωρητικό μέρος αναφέρει ότι η έκθεση σε τραυματικές καταστάσεις, όπως είναι το πένθος και η απώλεια, επηρεάζει την υγεία των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας και την επαγγελματική και ψυχική ανθεκτικότητα. Η καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας είναι απαιτητική και λειτουργεί ως πολυδιάστατος παράγοντας πίεσης.

Τα ευρήματα της ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης επιβεβαιώνουν αυτή τη θεωρητική βάση, δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι με τις προσωπικές και επαγγελματικές απώλειες σε συνδυασμό με απαιτητικές συνθήκες εργασίας, γεγονός που επιδρά στη ψυχική και σωματική τους υγεία. Το πένθος είναι μια δυναμική διαδικασία που συνυπάρχει με συναισθηματικά «βάρη», άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και ψυχική καταπόνηση, ιδίως όταν δεν παρέχονται υποστηρικτικά πλαίσια. Είναι καθοριστικής σημασίας η ύπαρξη θεσμικής στήριξης σε όλα τα υγειονομικά πλαίσια για την ολιστική υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης και της αποδοτικότητας.

Συμπερασματικά, η προσωπική απώλεια και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, συμβάλλουν άμεσα στην επαγγελματική ικανοποίηση και απόδοση, καθώς και στη συναισθηματική και ψυχική τους ισορροπία, επισημαίνοντας την ανάγκη θέσπισης υποστηρικτικών δομών και υπηρεσιών στο εργασιακό πλαίσιο για την διαχείριση της ανθρώπινης διάστασης του πένθους. Σκοπός είναι η ψυχική ανθεκτικότητα, η επαγγελματική ικανοποίηση και η σωματική και ψυχική ισορροπία των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας στο χώρο της υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: Πένθος, Επαγγελματίες Υγείας, Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, Στρεσογόνα Γεγονότα, Απώλεια, Εργασιακή Ικανοποιήση.

ABSTRACT

This master's thesis explores the personal experiences of loss and other personal and work-related stressors of health and mental health professionals in Primary and Secondary Health Care in the Regional Unit of Heraklion, Crete. The theoretical part states that exposure to traumatic situations, such as grief and loss, affects the health of health and mental health professionals and their professional and mental resilience. The daily routine of health and mental health professionals is demanding and acts as a multidimensional stress factor. The daily routine of health and mental health professionals is demanding and acts as a multidimensional stress factor.

The findings of the quantitative and qualitative analysis confirm this theoretical basis, health and mental health professionals face personal and professional losses combined with demanding working conditions, which affects their mental and physical health. Grief is a dynamic process that coexists with emotional "burdens," stress, professional burnout, and mental strain, especially when supportive frameworks are not provided. It is crucial to have institutional support in all healthcare settings for the holistic support of healthcare and mental health professionals, with the aim of improving job satisfaction and efficiency.

In conclusion, personal loss and stressful life events directly contribute to job satisfaction and performance, as well as to emotional and mental balance, highlighting the need to establish supportive structures and services in the workplace to manage the human dimension of grief. The aim is to promote mental resilience, job satisfaction, and physical and mental balance among health and mental health professionals in the healthcare sector.

KEYWORDS: Grief, Health Professionals, Mental Health Professionals, Stressful Events, Loss, Job Satisfaction.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Παπαδακάκη Μαρία για τη συνεργασία, τη καθοδήγηση και την υποστήριξή της σ' αυτό το ταξίδι. Επίσης, αισθάνομαι μεγάλη ευγνωμοσύνη απέναντι στους συμμετέχοντες της ποσοτικής έρευνας για τη καρτερική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τους συμμετέχοντες της ποιοτικής έρευνας που δέχθηκαν από την πρώτη επαφή να συμμετέχουν στην έρευνά μου και έδειξαν μεγάλη πρόθεση μέχρι το τέλος της λήψης των συνεντεύξεων.

Αφιερώνω την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή στη μαμά μου, την ακούραστη δύναμη και την αθόρυβη αγάπη, που στάθηκε δίπλα μου σε αυτή την προσπάθεια, σαν αέρας που με σπρώχνει προς το φως, δίνοντάς μου καθημερινά θάρρος, υποστήριξη και ενθάρρυνση να καταφέρω να συνεχίσω, μέχρι να κατακτήσω τα όνειρα μου. Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε σένα μπαμπά, που αν και δεν περπατάς πια στη γη, στέλνεις το άυλο φως σου να με καθοδηγεί και είσαι σιωπηλή δύναμη πίσω από κάθε μου βήμα. Ευχαριστώ θερμά τα αδέρφια μου και τους φίλους μου που με το χαμόγελο, το λόγο και την παρουσία τους, κράτησαν αναμμένη τη φλόγα της ελπίδας σε κάθε μου βήμα. Ακόμη, ήταν πολύ σημαντική η στήριξη και η ενδυνάμωση που έλαβα από δύο συμφοιτήτριες και συνταξιδιώτισσες σ' αυτό το κοινό μονοπάτι. Σταθήκαμε δίπλα η μία στην άλλη από την αρχή έως το τέλος και έγιναν σχέσεις ζωής.

«Μην με μαρτυρήσεις!
Και προπαντός να μην του πεις πως μ' εγκατέλειψεν η ελπίδα!
... πες τους... ότι επιμένω ακόμη πως ο κόσμος
είναι όμορφος!»

— Νικηφόρος Βρεττάκος

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 4

ABSTRACT 5

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 6

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 10

Α ΜΕΡΟΣ 11

1ο Κεφάλαιο: Πένθος και απώλεια στους Επαγγελματίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας 11

1.1. Ανάλυση Ορισμών 11

1.2. Επαγγελματίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας – Αντικείμενο εργασίας. 15

Αντικείμενο Εργασίας 16

1.3. Στρεσογόνα γεγονότα 16

2ο Κεφάλαιο: Εργασιακό περιβάλλον, πένθος και εμφάνιση Burn out. 18

2.1. Χαρακτηριστικά / Συνθήκες εργασιακού περιβάλλοντος 18

2.1.2. Χαρακτηριστικά εργασιακού περιβάλλοντος 18

2.1.3. Συνθήκες εργασίας στην Υγεία και τη Ψυχική Υγεία. 19

2.2. Burn Out και πένθος στο εργασιακό περιβάλλον 20

2.2.1. Η εμπειρία της προσωπικής απώλειας και το πένθος στο χώρο εργασίας 20

2.2.2. Η επαγγελματική εξουθένωση ως απόρροια της προσωπικής απώλειας και του εργασιακού πένθους 21

2.3. Η επίδραση του πένθους στην εργασία και οι συνέπειες του. 22

2.4. Διεργασία πένθους 23

2.4.1. Το Μοντέλο των Τεσσάρων Καθηκόντων του Worden (Grief Work) 23

3ο Κεφάλαιο: Υπηρεσίες υποστήριξης, παρεμβάσεις κοινωνικής εργασίας και θεραπευτικά προγράμματα. 25

3.1.1. Υπηρεσίες υποστήριξης πένθους στην εργασία με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. 25

3.1.2. Υπηρεσίες υποστήριξης πένθους στην εργασία στο Ελληνικό κράτος. 26

3.1.3. Κριτική για τις συνθήκες λειτουργίας υπηρεσιών υποστήριξης στην Ελλάδα. 28

3.2. Παρεμβάσεις της Κοινωνικής Εργασίας και δεξιότητες διαχείρισης πένθους 29

3.2.1. Παρεμβάσεις της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας 29

3.2.2. Δεξιότητες διαχείρισης του πένθους 30

3.3. Θεραπευτικά προγράμματα, Κοινότητα και Εργασία. 31

Β ΜΕΡΟΣ 34

4Ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία Έρευνας 34
4.1. Σκοπός της παρούσας μελέτης 34
4.2. Μεικτή μέθοδος έρευνας 34
4.3. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων και ερευνητικών υποθέσεων 35
Α. Ερευνητικά ερωτήματα 35
Β. Ερευνητικές υποθέσεις 35
5ο Κεφάλαιο: Ποσοτική Έρευνα 36
5.1. Δείγμα και Πεδίο Μελέτης 37
5.2. Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων 37
5.3. Περιγραφή Διαδικασίας Συλλογής Δεδομένων 40
5.4. Ανάλυση Δεδομένων 41
5.5. Αποτελέσματα 41
5.5.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων 41
5.5.2. Στρεσογόνα γεγονότα – Social Readjustment Rating Scale 45
5.5.3. Επιβάρυνση Φροντιστών – Zarit Burden Interview 49
5.5.4. Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών – Ways of Coping Questionnaire 51
5.5.5. Κατάσταση Γενικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας – GHQ - 28 53
5.5.6. Δεξιότητες Διαχείρισης – Self Assesed Professional Competence Scale 56
5.5.7. Επαγγελματική λογοδοσία - Self Assesed Professional Competence Scale 58
5.5.8. Ικανότητα - Self Assesed Professional Competence Scale 59
5.5.9. Επαγγελματική Ευθύνη και Αυτοπεποίθηση - Self Assesed Professional Competence Scale 61
5.6. Ικανοποίηση από την εργασία – Organisational Stress Screening Tool 62
5.6.1. Συνολικές μεταβλητές 66
5.7. Σύνθετες αναλύσεις 69
5.7.1. Στρεσογόνα γεγονότα, είδη απωλειών σε σχέση με την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των συμμετεχόντων 69
5.7.2. Στρεσογόνα γεγονότα και είδη απωλειών σε σχέση με τις στρατηγικές διαχείρισης. 72
5.7.5. Τύποι απώλειας, στρεσογόνες εμπειρίες, τρόπος διαχείρισης και βαθμός ικανοποίησης και αποδοτικότητας των εργαζόμενων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τα αντίστοιχα στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. 73
5.8. Συσχέτιση της παρούσας ποσοτικής έρευνας με προηγούμενες μελέτες 75
5.9. Συζήτηση 77
6ο Κεφάλαιο: Ποιοτική Έρευνα 80

6.1. Δείγμα και πεδίο μελέτης 80
6.2. Εργαλείο συλλογής δεδομένων 81
6.3. Περιγραφή Διαδικασίας Συλλογής Δεδομένων 82
6.4. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων 83
6.5. Ηθικά ζητήματα 84
6.6. Αποτελέσματα 86
Εισαγωγικά – Δημογραφικά Στοιχεία 86
Θεματική Ενότητα 1: Εμπειρία Προσωπικής Απώλειας ή Άλλων Στρεσογόνων Γεγονότων. 92
Θεματική Ενότητα 2: Μηχανισμοί Διαχείρισης και Αντιμετώπισης 100
Θεματική Ενότητα 3: Επίδραση στην Επαγγελματική Ζωή 106
Θεματική Ενότητα 4: Εμπόδια και Διευκολυντικοί Παράγοντες 113
Θεματική Ενότητα 5: Ανάγκες και Προτάσεις για τον Εργασιακό Χώρο 121
6.7. Συσχέτιση της παρούσας ποιοτικής έρευνας με προηγούμενες μελέτες 129
6.8. Συζήτηση 132
6.9. Περιορισμοί / Δυσκολίες 135
7. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα 135
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ 137
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 147
ΠΟΣΟΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 147
ΟΔΗΓΟΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ 164

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απώλεια και το πένθος έχουν σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες για τον επαγγελματία υγείας και ψυχικής υγείας. Οι συνέπειες αυτές εντείνονται, καθώς οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι με το πόνο και το θάνατο καθημερινά. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η διεργασία του πένθους δεν ακολουθεί γραμμική και ομοιογενή πορεία, αλλά είναι μια πολύπλευρη και συνεχώς μεταβαλλόμενη διαδικασία, η οποία διαμορφώνει και διαμορφώνεται από τους προσωπικούς και εργασιακούς παράγοντες, καθοριστικούς για την διαχείριση του πένθους.

Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που βιώνουν την εμπειρίας της απώλειας, είτε εργασιακά είτε προσωπικά, σε συνδυασμό με τις καθημερινές εργασιακές απαιτήσεις, καλούνται να αντιμετωπίσουν τη συναισθηματική δυσφορία, την επαγγελματική εξουθένωση και το στρες. Η απουσία ολιστικών υποστηρικτικών υποδομών και υπηρεσιών στον εργασιακό χώρο της Υγείας, είναι κομβική, καθώς οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας βιώνουν το πένθος και την απώλεια σε όλη τους την ένταση, χωρίς υποστηρικτικά μέσα, με αποτέλεσμα πολλοί επαγγελματίες να σκέφτονται να εγκαταλείψουν την εργασία τους.

Είναι σημαντική η ύπαρξη χώρου και η ευελιξία χρόνου, αλλά και υπηρεσιών υποστήριξης με κατάλληλη στελέχωση, εποπτεία και δυνατότητα παραπομπής στον χώρο εργασίας των εργαζομένων που βιώνουν προσωπικό πένθος και άλλους σημαντικούς προσωπικούς και εργασιακούς παράγοντες, για την βελτίωση της αποδοτικότητάς και το αίσθημα ικανοποίησής τους.

Α ΜΕΡΟΣ

1ο Κεφάλαιο: Πένθος και απώλεια στους Επαγγελματίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας

1.1. Ανάλυση Ορισμών

Απώλεια

Μελετώντας την απώλεια διαπιστώνουμε ότι παρουσιάζει διάφορες μορφές στη καθημερινότητα του ανθρώπου, όσον αφορά υλικές και συναισθηματικές απώλειες, όπως απώλεια υγείας, απώλεια σχέσης, εργασίας, ρόλου, απώλεια ασφάλειας, με πιο σύνηθες την απώλεια που εστιάζει στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στο γεγονός μια απρόσμενης διακοπής ενός ισχυρού συναισθηματικού δεσμού και την οριστική και ανεπιστρεπτί διακοπή της σχέσης αυτής (Σιδέρης & Σιδέρης, 2020).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι πέντε τύποι απώλειας:

- **Πραγματική:** Είναι η πρόβλεψη σε μια επερχόμενη κατάσταση.
- **Αντιλαμβανόμενη**: Βιώνεται, αλλά δεν βασίζεται σε πραγματικά γεγονότα.
- **Περιστασιακή:** Αφορά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου.
- **Αναπτυξιακή:** Αφορά την υπαρξιακή απώλεια.
- **Αναμενόμενη:** Συνήθως εντοπίζεται πριν επέλθει ο θάνατος (Burke, 2022).

Πένθος

Σύμφωνα με το DSM-IV, ο όρος πένθος χρησιμοποιείται όταν «αυτό που προκαλεί το ενδιαφέρον της κλινικής προσοχής είναι μια αντίδραση στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου» (Young, 2016). Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στον άνθρωπο σε πολλές πτυχές της ζωής του και επηρεάζει τις επιλογές, τη στάση ζωής και τη κοινωνικοποίησή του, καθώς και τον τρόπο συμπεριφοράς του. Είναι μια φυσική, κοινωνική και συναισθηματική «απάντηση» ενός ανθρώπου σε μια απώλεια. Εκδηλώνεται στην προσωπική και την διαπροσωπική ζωή του ατόμου (Parkes, & Weiss, 1983). Ο όρος του πένθους βιώνεται από το άτομο ως μια αρνητικά

φορτισμένη ψυχολογική και νοητική κατάσταση, που επηρεάζει το συναίσθημα, τη σκέψη και τη συμπεριφορά του ατόμου (Stroebe, Schut, & Boerner, 2017). Μετά την απώλεια προκαλεί μια συναισθηματική διεργασία με ψυχολογικές και γνωστικές επιπτώσεις. Είναι η περίοδος κατά την οποία βιώνεται θλίψη. (Kübler-Ross, 1969, 1981. Stroebe et al., 2008).

Το πένθος είναι μια διαδικασία μεταβολής, αλλαγής και προσαρμογής για το άτομο, το οποίο μπορεί να υπάρχει στη ζωή του και τη καθημερινότητά του για μεγάλο χρονικό διάστημα, ανάλογα με το μέγεθος της απώλειας και την ανθεκτικότητα του ατόμου (Worden, 2009).

Ωστόσο, το πένθος χαρακτηρίζεται πολιτισμικό, θρησκευτικό αλλά και κοινωνικό, καθώς επηρεάζεται από κοινωνικά δίκτυα όπως, το οικογενειακό, το φιλικό, το επαγγελματικό, το εγγύς κοινωνικό περιβάλλον κ.λπ., που λειτουργούν ως φορείς υποστήριξης και ανακούφισης παρέχοντας στο άτομο ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη (Gross, 2019, Walker et al., 1977, Herbert, 2008).

Είδη Πένθους

Βάση της βιβλιογραφίας εντοπίζουμε διάφορους τρόπους διαχωρισμού του πένθους. Μια προσέγγιση διαχωρίζει το πένθος ως εξής:

- **Το φυσιολογικό:** Αφορά τη συνειδητοποίηση της απώλειας. Παρατηρούνται σωματικές (διαταραχές ύπνου), συναισθηματικές (απαισιοδοξία, κυκλοθυμία) και νοητικές δυσλειτουργίες (αδυναμία προσοχής).
- **Το παθολογικό:** Αναφέρεται σε σωματικά συμπτώματα που παραμένουν πάνω από 6 μήνες μετά την απώλεια, όπως άρνηση του γεγονότος και έντονη αναζήτηση του θανόντα. Συχνή είναι η εμφάνιση κατάθλιψης, έντονου άγχους, ψυχικής και σωματικής αποδιοργάνωσης.
- **Το ψυχιατρικό:** Σε αυτό εντάσσονται το υστερικό, το ιδεοψυχαναγκαστικό, το μανιακό και το μελαγχολικό. Συναντάμε συμπεριφορές όπως, ταύτισης με το νεκρό, επιθετικότητας απέναντι του, εξασθένισης του οργανισμού και αποσύνδεσης με τον εαυτό (Bacque 2001).

Αναφορικά με τη χρονική περίοδο το πένθος διακρίνεται σε:

- **Αναβλητικό:** Το άτομο απορρίπτει τη πραγματικότητα.

- **<u>Ανεσταλμένο:</u>** Εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων – σκέψεις γύρω από το θάνατο. (Wilkinson, 2000)

Επίσης, διαφοροποιείται με βάση τη διάρκεια, τον τρόπο και την εμφάνιση των συμπτωμάτων:

- **Φυσιολογικό πένθος:** Αναφέρεται στη φυσιολογική διεργασία και προσαρμογή του ατόμου στην απώλεια, όπου σταδιακά το άτομο βρίσκει τις ισορροπίες της νέας πραγματικότητας. (Worden, 2009).
- **Παρατεταμένο ή περίπλοκο πένθος:** Αναφέρεται στην ύπαρξη έντονων συμπτωμάτων θλίψης και κατάθλιψης για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, όπου το άτομο δεν μπορεί να είναι λειτουργικό και αποτελεσματικό. Αναγνωρίζεται διεθνώς η «Διαταραχή Παρατεταμένου Πένθους» ως επίσημη διάγνωση (Prigerson et al., 2009).
- **Αναμενόμενο πένθος:** Αναφέρεται στην εμφάνιση πένθους, πριν έρθει η απώλεια. Εντοπίζουμε αυτό τον τύπο πένθους σε περιπτώσεις ασθένειας ή αναμενόμενου θανάτου (Rando, 2000).
- **Ανασταλμένο ή αποφεύγον πένθος:** Στο συγκεκριμένο είδος πένθους, το άτομο επιλέγει να μην εξωτερικεύσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Στη περίπτωση αυτή, τα συναισθήματα σωματοποιούνται. (Stroebe et al., 2017).
- **Μη αναγνωρισμένο πένθος:** Μη αναγνώριση πένθους κοινωνικά, σε περιπτώσεις που η απώλεια δεν θεωρείται σημαντική για την κοινωνία (π.χ., απώλεια κατοικίδιου, απώλεια πρώην συντρόφου (Doka, 2002).

<u>Στάδια Πένθους</u>

Σύμφωνα με τον Kubler Ross το πένθος βιώνεται σε πέντε στάδια:

- **<u>Άρνηση:</u>** Στο στάδιο αυτό το άτομο βιώνει μούδιασμα και μη αποδοχή του γεγονότος. Λειτουργεί σαν μηχανισμός άμυνας που ρυθμίζει το σοκ. Είναι το πρώτο στάδιο άρνησης της απώλειας, πρόκειται για μια προσωρινή ψυχολογική αντίδραση που έπειτα ακολουθεί απογοήτευση (Kübler-Ross,1969).
- **<u>Θυμός:</u>** Σε αυτό το στάδιο εμφανίζονται συναισθήματα θυμού, οργής και συναισθηματικών εκρήξεων. Το άτομο αναρωτιέται γιατί να συμβεί σε εκείνον. Μετά την απώλεια εμφανίζονται συναισθήματα ανημπορίας και αδυναμίας, ενώ αποδέκτες αυτού του θυμού είναι άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος, αλλά και ο ίδιος του ο εαυτός (Rado, 1928).

Παρουσιάζονται δυσκολίες εκπλήρωσης καθημερινών και εργασιακών υποχρεώσεων (Prigerson, 1995).

- **Διαπραγμάτευση:** Στη κατάσταση αυτή το άτομο έχει επίμονες σκέψεις γύρω από τα γεγονότα ζωής με το θανόντα, που οδηγούν σε τύψεις και ενοχές. Γίνονται προσπάθειες από την πλευρά του ατόμου, για αλλαγή των πραγμάτων και παράταση στη ζωή (Kübler-Ross,1969).
- **Κατάθλιψη:** Στο στάδιο αυτό εμφανίζονται στο άτομο συναισθήματα θλίψης, απομόνωσης και απόσυρσης προκειμένου να βιώσει την απώλεια. Εμφανίζονται και σωματικά συμπτώματα όπως, διαταραχές ύπνου και διατροφικές δυσλειτουργίες, ενώ υπάρχει το αίσθημα του αβοήθητου. Το στάδιο αυτό μπορεί να κρατήσει από μέρες έως και μήνες και αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία για τον πενθούντα (Kübler-Ross,1969).
- **Αποδοχή:** Πλέον έρχεται η σταθεροποίηση, η αναγνώριση των συναισθημάτων και η συμφιλίωση με την απώλεια ή το θάνατο. Ο άνθρωπος βιώνοντας έντονα συναισθήματα και έχοντας αναμνήσεις, μαθαίνει να ζει με αυτά, να οργανώνει τη ζωή του και να είναι λειτουργικός στη καθημερινότητά του, χωρίς το αγαπημένο του πρόσωπο (Kübler-Ross,1969).

Ωστόσο, τα στάδια δεν έχουν μια απαραίτητα συνεχόμενη και γραμμική ακολουθία, αλλά μπορεί να επανεμφανίζονται και να καλύπτουν το ένα το άλλο. (Stroebe & Schut, 1999).

Χαρακτηριστικά Πένθους και Απώλειας

Κατά την διάρκεια μια απώλειας και ενός πένθους στο άτομο εντοπίζουμε διάφορα χαρακτηριστικά και συμπτώματα στη καθημερινότητά του. Αρχικά, επηρεάζεται ο συναισθηματικός «κόσμος» του ατόμου που εκδηλώνεται με θυμό, άγχος, θλίψη, ενοχές, τύψεις, και άρνηση του γεγονότος. Επίσης, υπάρχουν μεγάλες μεταβολές στη σωματική κατάσταση του ατόμου, καθώς εμφανίζονται συμπτώματα όπως, κόπωση, διαταραχές διατροφής και ύπνου, και συμπτώματα άγχους που σωματοποιούνται. Το άτομο απομονώνεται και αποκόβει σχέσεις από την οικογένεια, τους φίλους και τη κοινωνία. Επίσης, το πένθος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη γνωστική λειτουργία του ατόμου, εμφανίζοντας δυσκολία στη συγκέντρωση, υπερκινητικότητα, υπερανάλυση γύρω από την απώλεια, δυσκολία στην εκπλήρωση μιας εργασίας (Stroebe et al., 2017).

1.2. Επαγγελματίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας – Αντικείμενο εργασίας.

Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας είναι το βασικό «συστατικό» στοιχείο για την πολυδιάστατη ύπαρξη της υγείας και της ψυχικής υγείας. Σκοπός και αντικείμενο της εργασίας τους είναι ο εντοπισμός και απάλυνση των αναγκών των ασθενών. Παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας, πρόληψης, θεραπείας και βελτίωσης της υγείας και της ψυχικής υγείας των ωφελούμενων. Πιο συγκεκριμένα, μιλώντας για τους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το πλαίσιο εργασίας τους είναι τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, οι κλινικές, οι κοινότητες και οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Εργάζονται λοιπόν σε δομές και υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας με βασικό σκοπό τη διάγνωση, τη περίθαλψη αλλά και την εκπαίδευση των ωφελούμενών τους (WHO, 2016). Κάποιες βασικές ειδικότητες που ανήκουν στους επαγγελματίες υγείας είναι οι ιατροί που μπορεί να ειδικεύονται σε διάφορους κλάδους όπως, παθολογία, παιδιατρική, ψυχιατρική, νευρολογία, ορθοπεδική, δερματολογία κ.α. και ο σκοπός του συγκεκριμένου επαγγέλματος είναι η διάγνωση ενός ή περισσότερων συμπτωμάτων, η θεραπεία, η ολιστική υποστήριξη τους ασθενούς και ο επανέλεγχος της εξατομικευμένης κατάστασης (Yıldız & Khan, 2024).

Ένα ακόμα επάγγελμα υγείας είναι οι νοσηλευτές που βασικός στόχος τους είναι η εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών, η παρακολούθηση της υγείας τους, η ορθή λήψη φαρμάκων και η σωματική και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. Ανάλογα με το ενδιαφέρον του κάθε επαγγελματία συναντάμε εξειδίκευση και στο συγκεκριμένο επάγγελμα όπως, εντατική θεραπεία, παιδιατρική, ογκολογία κ.α. (Gordon et al., 2018). Οι φυσιοθεραπευτές ανήκουν στους επαγγελματίες υγείας και εστιάζουν κυρίως στην βελτίωση και αποκατάσταση κινητικών λειτουργιών, εξαιτίας κάποιας ασθένειας ή τραυματισμών (Hudon, Champoux, & Poirier, 2025). Αναφορικά, υπάρχουν και άλλες πολύ σημαντικές ειδικότητες που ανήκουν στους επαγγελματίες υγείας και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της συγκεκριμένης ομάδας, όπως είναι οι εργοθεραπευτές, οι διατροφολόγοι, οι λογοθεραπευτές, οι διασώστες, οι ακτινολόγοι κ.α.

Από την άλλη πλευρά, στους επαγγελματίες υγείας συγκαταλέγονται και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εστιάζουν στον εντοπισμό, στη διάγνωση και αντιμετώπιση ψυχικών συμπτωμάτων και διαταραχών (American Psychological

Association, 2022). Απασχολούνται στα ίδια πεδία με τους επαγγελματίες υγείας, όπως επίσης και σε σχολεία, δομές ψυχικής υγείας, κοινότητες, και ιδιωτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Kumar & Clark, 2021). Κάποιες βασικές ειδικότητες που ανήκουν στη συγκεκριμένη ομάδα είναι αρχικά οι ψυχίατροι που εξειδικεύονται στη διάγνωση ψυχικών διαταραχών, στη θεραπεία τους μέσω φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης και εκπαίδευσης των ασθενών (European Psychiatric Association, 2015). Επίσης, οι κλινικοί ψυχολόγοι με ρόλο πολυδιάστατο εργάζονται με εργαλείο τους τις συνεντεύξεις και τη παρατήρηση, αναγνωρίζουν δυσκολίες ψυχικών ή συμπεριφορικών συμπτωμάτων και παρέχουν ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία (Kacel, 2024). Οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν συμβουλευτική, ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ενδυνάμωση με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη λειτουργικότητα της καθημερινότητας (Barker, 2014).

Αντικείμενο Εργασίας

Το αντικείμενο εργασίας των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας εστιάζει στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και αποκατάσταση των σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων, καθώς και την ολιστική υποστήριξη και εξατομικευμένη εκπαίδευση του ασθενούς και του υποστηρικτικού περιβάλλοντός του. Βασικός σκοπός είναι η προαγωγή της υγείας μέσω εκστρατειών ενημέρωσης (WHO, 2016). Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας βρίσκονται σε συνεχή εκπαίδευση, απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων, με σκοπό τη διεπιστημονικότητα και τη συνεργασία αλλά και την αποτελεσματικότητα στις παρεμβάσεις απέναντι στους ασθενείς και στα επιβαρυμένα περιβάλλοντα εργασίας.

1.3. Στρεσογόνα γεγονότα

Όλοι οι άνθρωποι εκτίθενται καθημερινά σε αγχογόνες καταστάσεις και στρεσογόνα γεγονότα στη προσωπική τους ζωή, αλλά και στο εργασιακό πλαίσιο στο οποίο ανήκουν. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με μεγάλο όγκο στρεσογόνων γεγονότων. Κατ' επέκταση η ικανοποίηση και η αποδοτικότητα των επαγγελματιών επηρεάζεται απόλυτα είτε από μεμονωμένους, είτε συνδυαστικά από τους συγκεκριμένους παράγοντες. Αρχικά, στη καθημερινότητά τους οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας διαχειρίζονται σημαντικές αλλαγές, εμπειρίες, δυσχερείς καταστάσεις όπως

είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, κάποια ασθένεια, μεταβολές στη προσωπική ζωή, φόρτο προσωπικών υποχρεώσεων, άγχος, απώλεια εργασίας κ.α. (Holmes και Rahe, 1967). Τα γεγονότα αυτά προκαλούν σημαντικές συναισθηματικές μεταβολές στη ψυχική τους υγεία, δυσχεραίνοντας την αντιμετώπιση των προκλήσεων αυτών, σε συνδυασμό με την εργασιακή επιβάρυνση. Η συγκεκριμένη κατάσταση προκαλεί άγχος και έντονη ψυχική ένταση με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η ψυχολογική τους κατάσταση (Shanafelt et al., 2015). Από την άλλη πλευρά, τα εργασιακά στρεσογόνα γεγονότα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες όπως είναι, η υπερβολική εργασιακή επιβάρυνση, η παρατεταμένη έκθεση σε ψυχολογικά τραύματα και απώλειες, η ανεπαρκής διοικητική υποστήριξη, η δυσκολία ισορροπίας μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής και το αίσθημα έλλειψης ανεξαρτησίας οδηγούν σε επαγγελματική κόπωση και εξουθένωση και συνήθως εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης (Maslach & Leiter, 2016). Οι υψηλές απαιτήσεις από το εργασιακό περιβάλλον και η σωματική, συναισθηματική επιβάρυνση οδηγούν σε επιδείνωση της ποιότητας παροχής φροντίδας, της προσωπικής ικανοποίησης και της αποδοτικότητάς τους (West et al., 2018).

Εν κατακλείδι, τα προσωπικά και εργασιακά στρεσογόνα γεγονότα συνυπάρχουν και επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, εξασθενώντας τα ψυχικά αποθέματα και προκαλώντας τους προβλήματα υγείας. Η μακροχρόνια έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα έχει επίπτωση στην εργασιακή ικανοποίηση, προκαλεί μειωμένη αποδοτικότητα και σχετίζεται με το σκεπτικό αποχώρησης από την εργασία (Rink et al., 2023). Επίσης, η ανυπαρξία υποστηρικτικών υπηρεσιών στον εργασιακό χώρο επιβαρύνει τη συγκεκριμένη κατάσταση, ενώ στον αντίποδα η εφαρμογή προγραμμάτων υποστήριξης και συμβουλευτικής μπορεί να έχει προληπτικό χαρακτήρα (Awa et al., 2010).

2ο Κεφάλαιο: Εργασιακό περιβάλλον, πένθος και εμφάνιση Burn out.

2.1. Χαρακτηριστικά / Συνθήκες εργασιακού περιβάλλοντος

Αναφέροντας για το εργασιακό περιβάλλον που απασχολούνται οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, διαχωρίζεται σε φυσικό, ψυχοκοινωνικό και οργανωτικό, τομείς που το ολοκληρώνουν. Συγκεκριμένα, το φυσικό περιβάλλον αναφέρεται στην υλικοτεχνική υποδομή που αποτελείται από βασικά στοιχεία όπως η καθαριότητα, η εργονομία, ο θόρυβος, ο εξοπλισμός κ.α., που επηρεάζουν τη ψυχοσωματική ισορροπία των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας (Lu et al., 2017). Από την άλλη πλευρά, το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα φορτισμένο και εξαιρετικά απαιτητικό, καθώς οι επαγγελματίες έχουν να αντιμετωπίσουν απρόσμενες ανάγκες, δύσκολα περιστατικά, ασθενείς σε επείγουσα κρίση, εσωτερικές συγκρούσεις ρόλων και ηθικά διλλήματα διαταράσσοντας τη ψυχική ευστάθεια τους (Austin et al., 2003), (Chang et al., 2018). Αντίβαρο στο ήδη επιβαρυμένο περιβάλλον που αναφέρθηκε είναι η υποστήριξη από τους συναδέλφους, η αίσθηση της ομαδικότητας και της συνεργασίας, η υποστήριξη και αναγνώριση από τη διοίκηση και η διεπιστημονικότητα που αποτρέπουν την επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Leiter, 2016). Προστίθενται το οργανωσιακό περιβάλλον, το οποίο απευθύνεται στις διοικητικές και πολιτικές εκφάνσεις όπως, η μη οριοθετημένη και μη συντονισμένη εργασία, η απομόνωση και η μη συμμετοχή σε σημαντικές αποφάσεις που αφορά τους ίδιους του επαγγελματίες, αλλά και τους ωφελούμενους, καθώς και η ασάφεια στους ρόλους και στα καθήκοντά τους (Nielsen et al., 2009). Επίσης, η ανεπάρκεια σε δωρεάν προγράμματα εκπαίδευσης και εξειδίκευσης με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων, δεξιοτήτων και καινοτομιών παρεμποδίζουν τη βελτίωση της επιβαρυμένης καθημερινότητας και την εργασιακή αποδοτικότητα (Awa et al., 2010).

2.1.2. Χαρακτηριστικά εργασιακού περιβάλλοντος

Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν καθημερινά πολύ μεγάλο όγκο ασθενών με πολλές και απαιτητικές ανάγκες, σε δυσμενείς και ανοργάνωτες συνθήκες και εργασιακά περιβάλλοντα. Αρχικά, καλούνται να αντιμετωπίσουν πολύ υψηλές απαιτήσεις, σε πιεσμένα χρονικά περιθώρια προκαλώντας τους σωματική και συναισθηματική εξάντληση, άγχος και

συναισθήματα απόγνωσης με αποτέλεσμα να οδηγούνται πολύ γρήγορα σε επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Leiter, 2016). Επίσης, επιβαρύνεται καθημερινά η ψυχική και συναισθηματική τους υγεία, καθώς έρχονται σε συνεχή τριβή με σοβαρά ζητήματα υγείας, απώλειες, θανάτους και κρίσεις. Πολλοί επαγγελματίες βρίσκουν τρόπους διαχείρισης και αντιμετώπισης των καθημερινών προκλήσεων με σκοπό να προστατέψουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία και να αποκτήσουν υψηλή ανθεκτικότητα (Figley, 2002). Η ανυπαρξία διοικητικής οργάνωσης στο εργασιακό περιβάλλον, η απουσία προκαθορισμένων καθηκόντων και η ασάφεια απέναντι στους ρόλους των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς και η απουσία δημιουργίας ισχυρών σχέσεων με τους συναδέλφους επηρεάζει την ικανοποίηση από το εργασιακό πλαίσιο και κατ' επέκταση την αποδοτικότητά τους σε αυτό (Awa et al., 2010).

2.1.3. Συνθήκες εργασίας στην Υγεία και τη Ψυχική Υγεία.

Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, όπως προαναφέρθηκε, εργάζονται σε πολύ απαιτητικούς ρυθμούς, έχουν να διαχειριστούν πολλές και δύσκολες ανάγκες, ανυπαρξία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, εξοπλισμού και υποδομών. Ωστόσο, καλούνται να διαχειριστούν μεγάλο όγκο εργασίας, λόγω υποστελεχωμένων υποδομών, καθώς είναι πολύ μικρός ο αριθμός επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας που βρίσκονται στις συγκεκριμένες υπηρεσίες, σε σχέση με τις ανάγκες που μπορούν να δεχθούν (Dall'Ora et al., 2015). Η συγκεκριμένη κατάσταση καθιστά τους επαγγελματίες, να εργάζονται πέραν του κανονικού ωραρίου, να εκτελούν ακανόνιστα ωράρια, χαμηλές ανταμοιβές και κίνητρα, εξαντλητικές υπερωρίες, και να στερούνται στις περισσότερες περιπτώσεις τις νόμιμες άδειες τους (Caruso, 2014). Η έκθεση στις συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας, σε συνδυασμό με τις προσωπικές καθημερινές υποχρεώσεις, δημιουργούν αισθήματα θυμού, ανασφάλειας, υψηλού στρες, ψυχικής και σωματικής εξάντλησης, κόπωση, γνωστικές δυσλειτουργίες, διαταραχές ύπνου και διατροφής και οδηγούν στην οξεία επιβάρυνση της σωματικής και ψυχικής υγείας (McVicar, 2003). Επίσης, η συνεχής επαφή με λοιμώξεις και ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας επηρεάζουν την γενικής τους υγεία. Οι συνθήκες εργασίας που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας τους δημιουργούν επαγγελματική εξουθένωση και επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία τους και την

αποδοτικότητα τους στο εργασιακό πλαίσιο, δημιουργώντας πολλές φορές τη πρόθεση για αποχώρηση από την εργασία.

2.2. Burn Out και πένθος στο εργασιακό περιβάλλον

2.2.1. Η εμπειρία της προσωπικής απώλειας και το πένθος στο χώρο εργασίας

Όλοι οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ζωής τους βιώνουν απώλειες σημαντικών προσώπων, που αποτελεί ένα ψυχικό τραύμα που θα το κουβαλούν για πάντα. Αυτή η εμπειρία εμπεριέχει πάρα πολλά και ανάμεικτα συναισθήματα όπως είναι η θλίψη, ο θυμός, η άρνηση, καθώς και περιβάλλει και τον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει πλέον τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Είναι μια εμπειρία που επηρεάζει την καθημερινότητα, αλλά και τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, καθώς επηρεάζει γνωστικές λειτουργίες, δημιουργεί συναισθηματικά κενά και αποπροσανατολίζει το άτομο (Worden, 2009). Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας βιώνουν τη εμπειρία της απώλειας πολύ συχνά στα εργασιακά πλαίσια που ανήκουν, καθώς δεν έρχονται αντιμέτωποι μόνο με τις δικές τους προσωπικές απώλειες, αλλά και με τις συνεχείς απώλειες των ασθενών τους. Η συνεχής προσωπική και επαγγελματική έκθεση στην απώλεια και το θάνατο, φέρει στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, ψυχική εξασθένιση και μειώνει την αποδοτικότητά τους στο χώρο της εργασίας τους (Granek et al., 2017).

Το πένθος δεν αναγνωρίζεται τις περισσότερες φορές από το εργασιακό περιβάλλον, σαν μια επώδυνη εμπειρία. Η απουσία υποστηρικτικών υπηρεσιών και η μη ύπαρξη επαρκούς χρόνου για τη διαχείριση και αντιμετώπιση της απώλειας, καθώς και οι αυξημένες απαιτήσεις της καθημερινότητας οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας στο «αποστερημένο πένθος» (disenfranchised grief), όπου δεν δίνεται ο κατάλληλος χώρος και χρόνος να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους και να τα εκφράσουν (Doka, 2002). Το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης συνθήκης είναι η ψυχική κατάρρευση, η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση, εμφανίζοντας υψηλά επίπεδα άγχους, απογοήτευσης, συναισθήματα ανεπάρκειας και συναισθηματικής εξάντλησης (Maslach & Leiter, 2016**).**

2.2.2. Η επαγγελματική εξουθένωση ως απόρροια της προσωπικής απώλειας και του εργασιακού πένθους

Η επαγγελματική εξουθένωση, ή το λεγόμενο «burn out», σχετίζεται με τη χρόνια και παρατεταμένη έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής και εργασίας που προκαλούν σωματική και ψυχική εξασθένηση, συναισθηματική κόπωση, υψηλά επίπεδα στρες, συνοδευόμενα από χαμηλή ικανοποίηση και αποδοτικότητα. Το εργασιακό πένθος καθώς και οι προσωπικές απώλειες, αποτελούν κομβικούς παράγοντες που προκαλούν το burn out, σε συνδυασμό με την ανυπαρξία υπηρεσιών υποστήριξης και ενδυνάμωσης. Η συνεχής έκθεση σε εμπειρίες απώλειας, επηρεάζουν το συναισθηματικό και ψυχικό «κόσμο» των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με τις καθημερινές εργασιακές απαιτήσεις και οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση και συναισθηματική υπερφόρτωση, χάνοντας με αυτό τον τρόπο την διάθεση για εργασία, τα εργασιακά κίνητρα και τη ποιότητα των υποστηρικτικών δομών (Maslach & Leiter, 2016). Η απουσία υποστηρικτικών υπηρεσιών, δυσκολεύει την αναγνώριση, επεξεργασία και διαχείριση της συναισθηματικής εξάντλησης και της αύξησης των ποσοστών άγχους. Αυτό αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και επαγγελματικής εξουθένωσης (Granek, 2012). Αναφορικά με το «σιωπηλό» πένθος, που τα συμπτώματα και η συναισθηματική φόρτιση δεν εξωτερικεύεται, οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας κινδυνεύουν να εμφανίσουν πιο γρήγορα επαγγελματική εξουθένωση και μείωση της ικανοποίησης και της αποδοτικότητας, σε σχέση με επαγγελματίες που εξωτερικεύουν και διαχειρίζονται την εμπειρία απώλειας που βιώνουν.

Συμπερασματικά, οι εμπειρίες απώλειας και πένθους, ανεξάρτητα με το πλαίσιο που βιώνονται, είτε σε εργασιακό επίπεδο είτε σε προσωπικό επίπεδο, επηρεάζουν τη συναισθηματική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με τις καθημερινές δυσκολίες που έχουν να διαχειριστούν στο συγκεκριμένο εργασιακό πλαίσιο. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να υπάρξει σχεδιασμός και μέριμνα για τη δημιουργία υποστηρικτικών υποδομών, υπηρεσιών και στρατηγικών πρόληψης, υποστήριξης και διαχείρισης των συγκεκριμένων εμπειριών, όπως η δημιουργία ομάδων στήριξης πένθους, ψυχολογικής υποστήριξης και νομιμές άδειες με παροχές για λόγους απώλειας στα συγκεκριμένα εργασιακά περιβάλλοντα, με σκοπό τη διαχείριση των απαιτητικών

εργασιακών συνθηκών, τη βελτίωση σωματικής και ψυχικής υγείας και αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, με σκοπό τη μείωση επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Το πένθος και η απώλεια είναι αναπόσπαστο κομμάτι των συγκεκριμένων επαγγελμάτων υγείας και ψυχικής υγείας και είναι κρίσιμο να αναγνωριστεί και να θεσπιστούν οι κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης για να γίνει βιώσιμη και αποδοτική η εργασιακή ζωή.

2.3. Η επίδραση του πένθους στην εργασία και οι συνέπειες του.

Το πένθος και η εμπειρία της απώλειας είναι αδιαμφισβήτητα μια από τις πιο επώδυνες εμπειρίες ζωής και έχει μοναδικές συνέπειες στη προσωπική και εργασιακή ζωή. Χρειάζεται μια ιδιαίτερη προσέγγιση και ολιστική υποστήριξη για να διαχειριστεί τις συνέπειες του και να επιστρέψει ο επαγγελματίας υγείας ή ψυχικής υγείας που βιώνει μια τέτοια εμπειρία, στις πολυσύνθετες καθημερινές απαιτήσεις του εργασιακού πλαισίου (Phillips et al., 2025). Το πένθος επηρεάζει καθοριστικά την επαγγελματική ζωή, την ικανοποίηση και την εργασιακή αποδοτικότητα. Η μελέτη του Bergeron (2024), ανέδειξε ότι το συναισθηματικό φορτίο έπειτα από μια εμπειρία απώλειας επηρεάζει την εργασιακή ζωή, τα εργασιακά κίνητρα και τη συναισθηματική ασφάλεια. Η παροχή συναισθηματικής ασφάλειας και υποστήριξης είναι πολύ σημαντική και καθοριστική για τον τρόπο που επιδρά στο άτομο η συγκεκριμένη εμπειρία. Η ύπαρξη επαρκούς νόμιμης άδειας, η ευελιξία και η ψυχολογική υποστήριξη στην εργασία συνδέεται με την ικανοποίηση, την επαγγελματική δέσμευση και την αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, που δυστυχώς στην Ελλάδα εντοπίζουμε από την παρούσα έρευνα ότι εμφανίζεται σε πολύ χαμηλά ποσοστά (Dewhurst et al., 2025).

Η απουσία υποστηρικτικών υπηρεσιών και μέτρων σε περιπτώσεις πένθους επηρεάζουν την εργασιακή ζωή και εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά απουσίας από την εργασία, αδράνεια, συναισθηματικό κενό, αποστασιοποίηση και απεμπλοκή από τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών και αποδέσμευση από το χώρο εργασίας, συνέπειες που επηρεάζουν την εργασιακή αποδοτικότητα. Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας αναγκάζονται να δημιουργήσουν τρόπους διαχείρισης και να αναλάβουν ρόλους υποστήριξης για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το πένθος που βιώνουν. Είναι κρίσιμο και απαραίτητο λοιπόν, να υπάρξει σχεδιασμός παροχής υψηλών υπηρεσιών και πολιτικές υποστήριξης και διαχείρισης των εμπειριών εργασιακού και προσωπικού πένθους στο εργασιακό

πλαίσιο με ανθρωποκεντρική κατεύθυνση, όπως ευέλικτες άδειες πένθους με απολαβές, οικονομική υποστήριξη, κατανόηση, μείωση φόρτου εργασίας και ψυχολογική υποστήριξη που θα βελτιώσουν την προσωπική ευημερία, την αποδοτικότητα, τη παραγωγικότητα, την ικανοποίηση και την εργασιακή δέσμευση (Shannon et al., 2025).

2.4. Διεργασία πένθους

2.4.1. Το Μοντέλο των Τεσσάρων Καθηκόντων του Worden (Grief Work)

Η διεργασία του πένθους κατά τον Worden (2009) διαχωρίζεται σε τέσσερα καθήκοντα, προσαρμογής και διεργασίας, όπου το άτομο αντιλαμβάνεται το πένθος σαν μια δυναμική διαδικασία έχοντας το κεντρικό ρόλο και βιώνοντάς το σε όλη του την ένταση.

1. **Αποδοχή της απώλειας:** Σε αυτό το επίπεδο το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με το αμετάκλητο του θανάτου και παραμένει δέσμιος της άρνησης, ειδικά σε απρόσμενο θάνατο.
2. **Επεξεργασία του πόνου του πένθους**: Σε αυτή τη διαδικασία το άτομο συνδέεται με το συναισθηματικό του «κόσμο» και εκφράζει τη δυσφορία του μέσω του θυμού, της οδύνης και της ψυχικής καταπόνησης. Η εμφάνιση παρατεταμένου πένθους οφείλεται στη μη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων, ως απόρροια τους πένθους.
3. **Προσαρμογή στη ζωή χωρίς τον αποθανόντα:** Το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα καθημερινότητα, να υιοθετήσει νέες λειτουργίες και να αναδιοργανώσει τις ρουτίνες του, χωρίς τον θανόντα.
4. **Διατήρηση σύνδεσης με τον αποθανόντα ενόσω η ζωή συνεχίζεται:** Σύμφωνα με τον Worden, ο δεσμός με τον θανόντα διατηρείται και μετουσιώνεται σε μια εσωτερική, ψυχική μορφή.

Σύμφωνα με το Dooley (2019), τα άτομα που ακολουθούν το μοντέλο του Worden, εμφανίζουν μεγαλύτερη ικανότητα προσαρμογής, ενώ παράλληλα υποχωρούν τα συμπτώματα άγχους και θλίψης.

Επιπροσθέτως υπάρχει αναφορά στο Διπλό Μοντέλο Αντιμετώπισης (Dual Process Model) των Stroebe & Schut (1999, 2010), που επαναδομεί τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το πένθος, εστιάζοντας στην έννοια της εναλλαγής ανάμεσα σε δύο διαστάσεις:

1. **Loss-oriented coping:** Αυτή η διεργασία εστιάζει στη συναισθηματική αντίδραση του ατόμου απέναντι στην απώλεια. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, υπάρχουν έντονες αναμνήσεις του αποθανόντα, ενώ μέσω των τελετουργιών το άτομο επεξεργάζεται την απώλεια και εκφράζει το πόνο.
2. **Restoration-oriented coping:** Σε αυτό το πλαίσιο το άτομο προσαρμόζεται στη νέα πραγματικότητα και διαχειρίζεται νέους ρόλους, κάνοντας προγραμματισμό για το μέλλον.

Σε αυτό το μοντέλο η σειρά των φάσεων δεν είναι γραμμική αλλά εναλλασσόμενη. Το χαρακτηριστικό αυτό ονομάζεται oscillation, κατά το οποίο το άτομο δεν απορρίπτει την εμπειρία του πένθους στο έπακρο και δεν εξαντλείται από τα συμπτώματά του πένθους (Bennett et al., 2010). Σύμφωνα με τον Fiore (2021) το παραπάνω μοντέλο λειτουργεί και αναγνωρίζεται σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια, ενώ τονίζει ότι παρεμβάσεις υποστήριξης οδηγούν σε θετικότερα αποτελέσματα στους επαγγελματίες που βιώνουν την απώλεια.

Επομένως τα συγκεκριμένα μοντέλα συμπληρώνουν τη κύρια δράση, παρά τις όποιες διαφορές. Ο Worden με τη σειρά του καταρτίζει ένα μοντέλο εκτίμησης για ψυχολόγους και συμβούλους με καθορισμένα καθήκοντα και αρμοδιότητες. Από την άλλη πλευρά το μοντέλο DPM δίνει έμφαση στη προσαρμογή του πενθούντα, μέσω μιας διαδικασίας που αναδεικνύει τη δυναμική και μη γραμμική πορεία τους πένθους. Και τα δυο μοντέλα είναι ιδιαιτέρως σημαντικά για τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς βιώνουν την απώλεια ασθενών, ενώ μέρος της εργασίας τους αποτελεί και η συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη, τόσο των ίδιων των ασθενών αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Επιπροσθέτως, μέσω της πρόληψης τα δυο μοντέλα προσφέρουν εργαλεία και μεθόδους που συμβάλλουν στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, δίνοντας την ευκαιρία στους επαγγελματίες να επεξεργάζονται και να εκφράζουν τα συναισθήματα, χωρίς να επιβαρύνουν τη ψυχική τους υγεία, ενδυναμώνοντάς τους.

3ο Κεφάλαιο: Υπηρεσίες υποστήριξης, παρεμβάσεις κοινωνικής εργασίας και θεραπευτικά προγράμματα.

3.1.1. Υπηρεσίες υποστήριξης πένθους στην εργασία με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία.

Το πένθος και η απώλεια βρίσκονται στη καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους. Οι συγκεκριμένες εμπειρίες χαρακτηρίζονται από τις πιο απαιτητικές και τραυματικές και γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαίο και σημαντικό να αναφερθούν οι παροχές και οι υπηρεσίες υποστήριξης στις συγκεκριμένες καταστάσεις. Η διεθνής βιβλιογραφία εστιάζει στη πρόληψη ψυχοκοινωνικών κινδύνων και στην ανάγκη δημιουργίας θεσμικών υπηρεσιών και μέτρων υποστήριξης με βασικό σκοπό την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχολογικής υποστήριξης σε καταστάσεις κρίσεις, όπως είναι μια απώλεια, στοχεύοντας στην ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας και στην ενίσχυση της επαγγελματικής ικανοποίησης και αποδοτικότητας (Malik et al., 2023).

Ενδεικτικά, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Εθνικό Σύστημα Υγείας εντάσσει και εφαρμόζει μέτρα υποστήριξης που αφορούν επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας σε καταστάσεις πένθους και απώλειας. Παρέχει άδειες πένθους και δυνατότητα εφαρμογής ευέλικτου ωραρίου, υποστηρίζοντας τους επαγγελματίες να προσαρμόσουν το χρόνο εργασίας και τη δυνατότητα απουσίας σε περίπτωσης προσωπικής απώλειας, μέχρι να είναι σωματικά και συναισθηματικά προετοιμασμένοι να επιστρέψουν στο εργασιακό περιβάλλον. Επιπροσθέτως, εφαρμόζονται τα Peer-support προγράμματα (π.χ., RISE), που άλλοι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας εκπαιδεύονται με σκοπό να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη σε συναδέλφους που βιώνουν εμπειρίες απώλειας και στρεσογόνα γεγονότα στο εργασιακό πλαίσιο. Παρέχονται σε άμεσο πλαίσιο, χωρίς κάποιο προκαθορισμένο ραντεβού, σε εικοσιτετράωρη βάση (Edrees et al., 2016).

Επίσης, παρέχονται συστηματικές, τακτικές και οργανωμένες συναντήσεις που διαρκούν περίπου δύο ώρες, με σκοπό την ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, μέσω των Schwartz Rounds, που συζητούν εργασιακά συμβάντα, προκλήσεις και εμπειρίες που τους έχουν φορτίσει συναισθηματικά, καθώς και προσωπικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής,

όπως κάποια προσωπική απώλεια ή θάνατο. Με αυτό τον τρόπο οι επαγγελματίες μοιράζονται συλλογικά τις εμπειρίες τους και μέσω αυτής της διαδικασίας ενδυναμώνονται, μειώνεται το στρες που βιώνουν και ενισχύεται η επαγγελματική ικανοποίηση και αποδοτικότητα (Maben et al., 2018).

Τέλος, υπάρχουν σύντομες δομημένες υπηρεσίες υποστήριξης όπως εφαρμόζεται το Code Lavender που είναι ένα πρωτόκολλο άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης, με σκοπό την άμεση παρέμβαση σε καταστάσεις που οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας βιώνουν μια τραυματική εμπειρία, όπως ο θάνατος. και το Debriefing, που αφορά μια άμεση παρέμβαση και συζήτηση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, μετά από μια κρίσιμη και επώδυνη εμπειρία, για την άμεση ανακούφιση και διαχείριση των συναισθημάτων τους (Orton, 2022). Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες υποστήριξης συνήθως λειτουργούν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους του εργασιακού περιβάλλοντος, με στόχο την ταχεία και άμεση ανακούφιση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας.

3.1.2. Υπηρεσίες υποστήριξης πένθους στην εργασία στο Ελληνικό κράτος.

Η νομοθεσία στο Ελληνικό κράτος για την υγεία και την ασφάλεια στο εργασιακό πλαίσιο, Ν. 3850/2010 και Ν. 4808/2021, προβλέπει την πρόληψη και προστασία των εργαζομένων από ψυχοκοινωνικές απειλές και κινδύνους (Εθνικό Τυπογραφείο, 2010· Εθνικό Τυπογραφείο, 2021). Στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, δικαιούνται άδεια πένθους με αποδοχές για τρείς εργάσιμες ημέρες για συγγενείς πρώτου βαθμού, έως και β’ βαθμού. Σε περίπτωση θανάτου τέκνου, δικαιούνται συνεχόμενη άδεια είκοσι ημερών με αποδοχές. Από την άλλη πλευρά, σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας δικαιούνται άδεια πένθους με βάση τις σχετικές προβλέψεις της ΕΓΣΣΕ, που ανέρχεται σε τουλάχιστον δύο ημέρες με αποδοχές σε περιπτώσεις θανάτου συζύγου, τέκνων, γονέων και αδελφών και με δυνατότητα χορήγησης άδειας άνευ αποδοχών (Γενική Γραμματεία Εργασίας, 2023; Υπουργείο Εσωτερικών, 2023).

Μια θεσμική πολιτική ψυχολογικής υποστήριξης που λειτουργεί στα εργασιακά πλαίσια υγείας για τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας είναι η γραμμή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης 10306, που παρέχει ψυχολογική υποστήριξη

και ενδυνάμωση, μέσω ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και ψυχιάτρων, σε εικοσιτετράωρη βάση, σε καταστάσεις κρίσεων, όπως χαρακτηρίζεται η απώλεια και ο θάνατος (Υπουργείο Υγείας, 2021). Επίσης, παρέχεται ο οδηγός του Ελληνικού Συνδέσμου Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛΙΝΥΑΕ), που δίνει έμφαση στη παροχή και εφαρμογή των πρακτικών και μέτρων υποστήριξης, με βασικό στόχο της μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης και την βελτίωση της επαγγελματικής αποδοτικότητας (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2020).

Γενικότερα, στην Ελλάδα οι υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης σε καταστάσεις απώλειας και πένθους για τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, είναι περιορισμένες και κυρίως βασίζονται σε εθελοντικό πλαίσιο. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες πρωτοβουλίες που εστιάζουν στην ολιστική υποστήριξη και ενδυνάμωση των επαγγελματιών. Το Thalpos Mental Health είναι ΜΚΟ και λειτουργεί από το 2006 ωστόσο, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, δημιούργησε το πρώτο Εθνικό Κέντρο Υποστήριξης Εργαζομένων το 2023. Η αφορμή για τη δημιουργία του ήταν η ανάγκη για πρόληψη εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, και τη σημαντικότητα ύπαρξης ψυχολογικής υποστήριξης επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας στο εργασιακό πλαίσιο, βάση του πρωτοκόλλου του ΠΟΥ (World Health Organization, 2024). Επίσης, έχει ξεκινήσει η λειτουργία του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030, που εστιάζει στη πρόληψη και υποστήριξη των επαγγελματιών σε καταστάσεις απώλειας και πένθους. Σκοπός είναι η δημιουργία κέντρων υποστήριξης για τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας και η ανάπτυξη μέτρων και στρατηγικών ενδυνάμωσης και υποστήριξης. Συνεργάζεται με το Υπουργείο Υγείας, οργανώσεις και επαγγελματικούς φορείς (Douna et al., 2025).

Οι συνθήκες λειτουργίας των συγκεκριμένων υπηρεσιών υποστήριξης χαρακτηρίζονται από εμπιστευτικότητα, εχεμύθεια και ανωνυμία. Επίσης, παρέχονται δωρεάν, με εξειδικευμένο προσωπικό. Όσον αφορά τη γραμμή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης παρέχεται σε εικοσιτετράωρη βάση, όλο το χρόνο. Επίσης, στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που η έκθεση σε θανάτους ασθενών είναι χαμηλότερη και οι ανάγκες λιγότερο απαιτητικές, τα συγκεκριμένα προγράμματα λειτουργούν πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας που οι ρυθμοί εργασίας είναι ταχύτατοι και οι ανάγκες μεγαλύτερες και επείγουσες.

3.1.3. Κριτική για τις συνθήκες λειτουργίας υπηρεσιών υποστήριξης στην Ελλάδα.

Παρά τη πρωτοβουλία και τη θετική προσπάθεια ύπαρξης υπηρεσιών υποστήριξης στο εργασιακό πλαίσιο για τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας σε καταστάσεις κρίσης και εμπειρίες απώλειας και πένθους, εντοπίζονται περιοριστικοί και μη λειτουργικοί παράγοντες που εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα τους. Αρχικά, δεν παρέχονται διαθέσιμοι πόροι για την ανάπτυξη περισσότερων στρατηγικών και υπηρεσιών υποστήριξης, με υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένων προγραμμάτων για επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς τα υπάρχοντα δεν είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες τους και δεν είναι λειτουργικά. Η έλλειψη ενός συντονισμένου συστήματος παρεχόμενων υπηρεσιών, οδηγεί στην παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών και στην εμφάνιση ανισοτήτων (Papadatou, 2024).

Για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας είναι σημαντικό να μεριμνήσει το ελληνικό κράτος, ώστε να βελτιώσει τη ποιότητα παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος παροχής υπηρεσιών στο συγκεκριμένο εργασιακό πλαίσιο, καθώς και η ισότιμη παροχή και πρόσβαση υπηρεσιών ψυχικής υποστήριξης και ενδυνάμωσης σε όλους τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, θα συντελέσουν στη βελτίωση της ποιότητας των μέτρων αυτών. Επίσης, ζωτικής σημασίας είναι η αύξηση χρηματοδότησης και πόρων για τη βελτίωση των ήδη υπαρχουσών υπηρεσιών υποστήριξης, αλλά και για τη δημιουργία επιπρόσθετων αποτελεσματικών προσβάσιμων υπηρεσιών και προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις συγκεκριμένες ανάγκες των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας (Papadatou, 2024).

3.2. Παρεμβάσεις της Κοινωνικής Εργασίας και δεξιότητες διαχείρισης πένθους

3.2.1. Παρεμβάσεις της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της υγείας

Η κοινωνική εργασία στην Ελλάδα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον εντοπισμό αναγκών, τη παρέμβαση και την υποστήριξη των ευπαθών ομάδων. Ιδιαίτερα στο τομέα της υγείας εστιάζει στην υποστήριξη των ανθρώπων που βρίσκονται σε καταστάσεις κρίσης και πλήττονται από σοβαρές ασθένειες, απώλειας και πένθος. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συμμετέχουν στη διεπιστημονική ομάδα και συνεργάζονται με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας για να παρέχουν ολιστική παρέμβαση και φροντίδα σε όσους το έχουν ανάγκη. Οι ίδιοι αντιμετωπίζουν καθημερινά πολύ δύσκολες και απαιτητικές ανάγκες, καταστάσεις απωλειών και κρίσης, ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και παράλληλα ένα σύστημα υγείας και εργασίας που στερείται τα βασικά αγαθά. Όπως όλοι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, έτσι και οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν καθημερινά ελλείψεις εξοπλισμού, περιορισμένους πόρους και χρηματοδοτήσεις, αυξημένες ανάγκες και ελλιπής υπηρεσίες υποστήριξης και εκπαίδευσης. Παρά τις καθημερινές προκλήσεις και εμπόδια βασικός σκοπός των κοινωνικών λειτουργών είναι η προστασία των δικαιωμάτων, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη και οι παρεμβάσεις σε καταστάσεις κρίσης που βιώνουν οι ασθενείς και το οικογενειακό περιβάλλον τους (Πενταράκη, 2018).

Ωστόσο, ο πολυδιάστατος και ανθρωποκεντρικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της Υγείας δεν περιορίζεται μόνο στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, αλλά και στη ψυχολογική υποστήριξη, στην ενίσχυση των δεξιοτήτων διαχείρισης των απωλειών και του πένθους, τη σημασία της πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ανάπτυξης της επαγγελματικής ανθεκτικότητας. Επιπροσθέτως, η διεπιστημονική συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση και την υποστήριξη των αναγκών του προσωπικού. Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί η σημασία της πρόληψης και της αυτοφροντίδας των ίδιων των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στα συγκεκριμένα εργασιακά πλαίσια, για την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας και τη βελτίωση της επαγγελματικής αποδοτικότητας (Kounenou et al., 2025).

Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών ενσαρκώνει την αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, παρέχει συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη και πραγματοποιεί παρεμβάσεις και στρατηγικές διαχείρισης και αντιμετώπισης εμπειριών απώλειας και πένθους. Ωστόσο, εφαρμόζουν παρεμβάσεις υποστήριξης και για τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας σε καταστάσεις πίεσης και πένθους, παρόλο που έχουν να αντιμετωπίσουν καθημερινά την υποστελέχωση και την έλλειψη βασικών πόρων (Δημάκου, 2015). Οι παρεμβάσεις εντάσσουν τη συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη που στοχεύει στην ατομική και ομαδική συμβουλευτική και υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας που βιώνουν κάποια εμπειρία εργασιακής ή προσωπικής απώλειας με βασικό στόχο την ενδυνάμωσή τους (Papadatou et al., 2002).

Επιπροσθέτως, δημιουργούν δίκτυα και ομάδες αλληλοϋποστήριξης, όπου οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας μοιράζονται τις εμπειρίες τους και μέσω αυτού ανακουφίζονται και αναπτύσσουν δεξιότητες υποστήριξης και αλληλοβοήθειας (Γεωργοπούλου, 2015). Οργανώνουν και δημιουργούν προγράμματα εκπαίδευσης και σεμινάρια, με σκοπό την ευαισθητοποίηση και την ανάπτυξη της αυτοφροντίδας (Δημάκου, 2015). Επίσης, αναπτύσσουν στρατηγικές και μέτρα διαχείρισης, με βασικό σκοπό την απάλυνση του συναισθηματικού φορτίου και κόπωσης που αισθάνονται οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα σε καταστάσεις πένθους και απώλειας (Καλλινικάκη, 2015).

3.2.2. Δεξιότητες διαχείρισης του πένθους

Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας καθημερινά διαχειρίζονται εμπειρίες απώλειας και πένθους των ασθενών τους, των οικογενειών τους, αλλά και προσωπικές απώλειες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε συνεργασία με τους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που εργάζονται στα πλαίσια υγείας, αναπτύσσουν δεξιότητες διαχείρισης πένθους με σκοπό την υποστήριξη και την ενδυνάμωσής τους. Η ανάπτυξη και η καλλιέργεια της αυτογνωσίας και της συναισθηματικής νοημοσύνης, βοηθά τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους με σκοπό τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τη διαχείριση της απώλειας (Galanis et al., 2024). Επίσης, η ανάπτυξη στρατηγικών και μέτρων με σκοπό τη ψυχοκοινωνική

υποστήριξη, τη πρόληψη και την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, μειώνουν σημαντικά την επαγγελματική εξουθένωση και αυξάνουν την επαγγελματική ικανοποίηση (Kounenou et al., 2025). Επιπλέον, η εκπαίδευση και χρήση στρατηγικών αυτοφροντίδας, όπως είναι οι τεχνικές χαλάρωσης και ανακούφισης από το στρες και τη συναισθηματική φόρτιση, βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας να διαχειρίζονται καταστάσεις κρίσης και απώλειες (Mangoulia et al., 2025).

Εν κατακλείδι, οι παρεμβάσεις της Κοινωνικής Εργασίας και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας είναι καθοριστικής και ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση και την αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης και εμπειριών πένθους, καθώς και την ολιστική υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας. Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων διαχείρισης πένθους και η διεπιστημονική συνεργασία με τους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, αυξάνουν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και εργασίας. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η ικανοποίηση και η αποδοτικότητα στο χώρο εργασίας, η προσωπική ενδυνάμωση και η ενίσχυση της ποιότητας της φροντίδας, προλαμβάνοντας την επαγγελματική εξουθένωση.

3.3. Θεραπευτικά προγράμματα, Κοινότητα και Εργασία.

Η συνθήκη της απώλειας και του πένθους βρίσκεται στη καθημερινότητα των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, είτε από απώλεια ασθενών, είτε από προσωπική απώλεια. Καθοριστικό ρόλο παίζει η δημιουργία και ο σχεδιασμός παρεμβάσεων και στρατηγικών προσαρμοσμένα στη κλινική εργασία με σκοπό τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, της συναισθηματικής κόπωσης και τη βελτίωση της αποδοτικότητας. Σε διεθνές επίπεδο έχουν σχεδιαστεί και εφαρμόζονται θεραπευτικά προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας που βιώνουν πένθος και απώλεια. Αρχικά στις ΗΠΑ, υπάρχει το Bereavement Debriefing Sessions – Johns Hopkins Children's Center (ΗΠΑ), που παρέχονται τακτικές συναντήσεις με ομάδες υποστήριξης σε περιπτώσεις θανάτου παιδιού ασθενή, για να στηρίξουν τους επαγγελματίες να επεξεργαστούν τη συνθήκη του θανάτου, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να ενισχυθεί η συναισθηματική ανθεκτικότητα. Στις ομάδες αυτές συμμετέχουν νοσηλευτές, γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας (Keene et al., 2010).

Παρεμβάσεις όπως τα Schwartz Rounds – The Schwartz Center for Compassionate Healthcare (ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Ευρώπη), ξεκίνησαν από τη Βοστώνη, αλλά άρχισαν να υιοθετούνται και να εφαρμόζονται σε υγειονομικές δομές, νοσοκομεία και κλινικές, σε διεθνή διάσταση. Αφορούν συναντήσεις των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας με στόχο της συζήτηση γύρω από τον ασθενή, αλλά όχι τη κλινική εικόνα του. Συζητούνται και ζητήματα όπως το πένθος και η απώλεια, με σκοπό της μείωση τους άγχους, την ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας (Taylor et al., 2018). Ιδιαίτερη είναι η ύπαρξη του Critical Incident Stress Debriefing (CISD) – Mitchell Model, σε διεθνές επίπεδο, που εφαρμόζεται σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης, νοσοκομεία, υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, κοινότητες και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Στο τομέα της υγείας αφορούν δομημένες συναντήσεις επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, με σκοπό την ψυχολογική και συναισθηματική επιβάρυνση από τραυματικά γεγονότα, όπως είναι η απώλεια, η πρόληψη από την εμφάνιση μετατραυματικού στρες και η ενίσχυση μηχανισμών αντιμετώπισης (Mitchell, 1983).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο εφαρμόζεται το Grief First Aid – The Loss Foundation, που είναι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας με στόχο την υποστήριξη ασθενών που πενθούν. Το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα πραγματοποιείται μέσω σεμιναρίων και διαδικτυακών μαθημάτων και στοχεύει στη κοινότητα, αλλά μέσω αυτού οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας εκπαιδεύονται σε στρατηγικές διαχείρισης του πένθους και της απώλειας, ενισχύουν την ενσυναίσθηση και δημιουργούν υποστηρικτικά δίκτυα (Smith, 2023).

Από την άλλη πλευρά στην Ελλάδα γίνονται προσπάθειες να διαμορφωθούν και κυρίως να εφαρμοστούν θεραπευτικά προγράμματα που να στοχεύουν στην υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας σε καταστάσεις πένθους. Ωστόσο, τα περισσότερα προγράμματα υποστήριξης βασίζονται σε εθελοντικές προσπάθειες και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Αρχικά, έχει δημιουργηθεί το Πρόγραμμα Ψυχολογικής Υποστήριξης για Επαγγελματίες Υγείας στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» και «Παίδων Πεντέλης», το οποίο απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας μετά το θάνατο παιδιού ασθενούς, με σκοπό την διαχείριση και έκφραση των συναισθημάτων μετά την απώλεια και τη

καλλιέργεια της συναισθηματικής ανθεκτικότητας (Papadatou, 2002). Επίσης, το Πρόγραμμα Ψυχολογικής Υποστήριξης για Επαγγελματίες Υγείας από το Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία», που προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη σε επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που εργάζονται σε υγειονομικές δομές με ογκολογικούς ασθενείς. Στόχος της συγκεκριμένης προσπάθειας είναι η ανακούφιση από το στρες η και η προαγωγή συναισθηματικής ισορροπίας (Galilee Palliative Care Centre, n.d.). Επιπροσθέτως, το Πρόγραμμα Ψυχολογικής Υποστήριξης για Επαγγελματίες Υγείας από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας «Μέριμνα», προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη σε επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που παρέχουν φροντίδα σε παιδιά και οικογένειες που αντιμετωπίζουν ασθένεια ή θάνατο. Σκοπός είναι η ανακούφιση από συναισθηματική ένταση και η τόνωση ψυχικής αντοχής (Merimna, n.d.).

Τέλος, μια πρωτοβουλία του Ελληνικού κράτους είναι η δημιουργία των Κέντρων Ημέρας που υλοποιούνται στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας Ελλάδα 2.0 με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης-Next GenerationEU. Παρέχεται δωρεάν ατομική και ομαδική υποστήριξη στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, μέσω προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, με στόχο τη προώθηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας του εργαζόμενου πληθυσμού. Προς το παρόν έχουν δημιουργηθεί και λειτουργούν δύο Κέντρα Ημέρας στο Πειραιά και στο Αιγάλεω (Mental Health at Work, n.d.).

Β ΜΕΡΟΣ

4ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία Έρευνας

4.1. Σκοπός της παρούσας μελέτης

Ο σκοπός της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των εμπειριών προσωπικής απώλειας στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που υπηρετούν σε δομές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ΠΕ Ηρακλείου. Το θέμα της έρευνας επιλέχθηκε κατόπιν προσωπικού ενδιαφέροντος ως προς τις συνθήκες εργασίας, αποδοτικότητας και ικανοποίησης των ατόμων που βιώνουν προσωπικές απώλειες και στρεσογόνες καταστάσεις σε υπηρεσίες Υγείας. Ειδικοί στόχοι αυτής της εργασίας ήταν: α) η διερεύνηση της επίδρασης της απώλειας και των στρεσογόνων γεγονότων στην ικανοποίηση από την εργασία και την αποδοτικότητα των συμμετεχόντων, β) η διερεύνηση των στρατηγικών διαχείρισης της απώλειας, γ) η χαρτογράφηση των υφιστάμενων παροχών και υπηρεσιών για την υποστήριξη των εργαζόμενων σε αντίστοιχες καταστάσεις και δ) η διατύπωση προτάσεων για την βελτίωση του μηχανισμού υποστήριξης στο χώρο εργασίας.

4.2. Μεικτή μέθοδος έρευνας

Τα τελευταία χρόνια οι κοινωνικές επιστήμες αξιοποιούν τη μεικτή μέθοδο, καθώς επιτρέπει των συνδυασμό ποιοτικών και ποσοτικών αναλύσεων με σκοπό την αξιοποίηση των ευρημάτων για να επιτευχθεί καλύτερα ο ερευνητικός σκοπός και να βελτιωθεί η διαδικασία (Tegan, 2021). Η μεικτή μέθοδος δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να συμπεριλάβει με προγραμματισμένο τρόπο τη «χρήση δύο ή περισσότερων ειδών συλλογής δεδομένων και τεχνικών ανάλυσης και σπανιότερα, διαφορετικά είδη σχεδίων διερεύνησης στην ίδια μελέτη ή έργο» (Somekh, Lewin, 2004). Ο Creswell διατυπώνει την άποψη ότι «όταν χρησιμοποιούμε πολλές μεθόδους στην έρευνα, αποδεχόμαστε την υπόθεση ότι ούτε η ποσοτική ούτε η ποιοτική έρευνα μπορεί από μόνη της να αντιμετωπίσει επαρκώς τα προβλήματα του ερευνητικού ερωτήματος». Στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε ο ταυτόχρονος τύπος μεικτής έρευνας, όπου τα δεδομένα συλλέγονται ταυτόχρονα και η μια έρευνα δεν επηρεάζει την άλλη, ούτε αλλάζει τα δεδομένα και έπειτα πραγματοποιείται η σύνθεση και ερμηνεύονται τα αποτελέσματα (Collins, Onwuegbuzie & Jiao, 2006). Ωστόσο, είναι σημαντικό τα δεδομένα να αναλύονται σύμφωνα με τις αρχές και τους οδηγούς που προβλέπονται για τη κάθε μέθοδο (Mitchel, 1986). Η ποιοτική έρευνα εστιάζει στην

κατανόηση των εσωτερικών νοημάτων, σκέψεων και συναισθημάτων που αποδίδουν τα υποκείμενα της έρευνας σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό ζήτημα και στηρίζεται στην υποκειμενική κρίση και σύνδεση των δεδομένων και των στοιχείων. Από την άλλη πλευρά η ποσοτική έρευνα εστιάζει στη συσχέτιση μεταβλητών και την ανάλυση δεδομένων μέσω στατιστικών αναλύσεων (Creswell, Creswell, 2018).

4.3. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων και ερευνητικών υποθέσεων

Α. Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιά είναι η συχνότητα αναφοράς εμπειριών απώλειας από τους συμμετέχοντες;
- Ποιά είναι η συχνότητα εμφάνισης στρεσσογόνων εμπειριών στους συμμετέχοντες;
- Σχετίζονται τα κοινωνικο/δημογραφικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά, το είδος των απωλειών και των στρεσογόνων γεγονότων με την υγεία, την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των συμμετεχόντων;
- Σχετίζονται τα κοινωνικο/δημογραφικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά, το είδος των απωλειών και των στρεσογόνων γεγονότων με τις στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιούν;
- Ποια είναι η εμπειρία των εργαζομένων που βιώνουν απώλεια από τις υφιστάμενες παροχές και υπηρεσίες υποστήριξης;
- Διαφέρουν οι τύποι απώλειας, οι στρεσογόνες εμπειρίες, ο τρόπος διαχείρισης και ο βαθμός ικανοποίησης και αποδοτικότητας των εργαζόμενων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τα αντίστοιχα στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας;

Β. Ερευνητικές υποθέσεις

- Η συχνότητα εμπειριών απώλειας και άλλων στρεσογόνων γεγονότων είναι υψηλή.
- Άτομα με συγκεκριμένα κοινωνικο/δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά εκδηλώνουν αυξημένη ευαλωτότητα και περιορισμένες δεξιότητες διαχείρισης.
- Η απουσία από την εργασία είναι η πιο συχνή στρατηγική διαχείρισης σε περιπτώσεις εμπειρίας απώλειας.

- Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των ατομικών και εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων, τόσο χειρότερη η γενική και ψυχική υγεία, τόσο μικρότερη η ικανοποίηση από την εργασία και αντίστοιχα μικρότερη η αποδοτικότητα.
- Διαπιστώνονται πολλά εμπόδια σχετικά με την πρόσβαση σε παροχές και υπηρεσίες υποστήριξης.

5ο Κεφάλαιο: Ποσοτική Έρευνα

Η ποσοτική έρευνα είναι μία ερευνητική προσέγγιση, που εστιάζει στη περιγραφή τάσεων και στη εξήγηση μεταξύ διάφορων μεταβλητών (Creswell, 2011). Αρχικός στόχος της ποσοτική έρευνας είναι να ελέγξει τις ερευνητικές υποθέσεις που έχει δημιουργήσει ο ερευνητής με σκοπό να τις επιβεβαιώσει ή να τις απορρίψει (Frankfort-Nachmias & Nachmias, 1992). Ο ερευνητής εντοπίζει τι θέλει να μελετήσει, ποιες θέλει να είναι οι συσχετίσεις του, εστιάζει σε ένα δείγμα πληθυσμού που θέλει να είναι το αντικείμενο μελέτης του, οργανώνει ένα ερωτηματολόγιο και συλλέγει τα ποσοτικοποιημένα δεδομένα, τα αναλύει και καταλήγει στα συμπεράσματά του, με βάση τις αρχικές ερευνητικές υποθέσεις που έχει θέσει. Η ποσοτική έρευνα πραγματοποιείται με τη χρήση ερωτηματολογίου και μπορεί να προσεγγίσει μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων για να ελέγξει τις ερευνητικές υποθέσεις, ακόμη και αν βρίσκεται γεωγραφικά μακριά (Creswell, 2011).

Τα αποτελέσματα προκύπτουν με ένα αντικειμενικό τρόπο και έλλειψη μεροληψίας του, καθώς ο ερευνητής και τα βασικά προσωπικά του στοιχεία, όπως αξίες, προκαταλήψεις ή υποκειμενικές προτιμήσεις δεν έχουν θέση στη συγκεκριμένη έρευνα (Kealey & Protheroe, 1996). Ο ερευνητής αναλύει τα δεδομένα, χωρίς να έχει προσωπική σχέση και επαφή με το πληθυσμό συμμετοχής. Είναι μια μέθοδος που συγκεντρώνει αξιόπιστα και έγκυρα στοιχεία που οδηγούν σε γενικεύσιμα συμπεράσματα (Creswell, 2011). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι μελέτες διακρίνονται σε τυχαιοποιημένες και μη τυχαιοποιημένες. Οι τυχαιοποιημένες μελέτες κατατάσσουν το πληθυσμό σε τυχαίες κατηγορίες και τις συναντάμε κυρίως σε κλινικές μελέτες. Από την άλλη πλευρά, στις μη τυχαιοποιημένες ο πληθυσμός κατατάσσεται με βάση της δικής του επιλογής και τις συναντάμε σε συγχρονικές μελέτες, μελέτες κοόρτης και μελέτες ασθενών μαρτύρων (Γαλάνης, 2017).

Η συγκεκριμένη ποσοτική μελέτη ανήκει στις μη πειραματικές πρωτογενείς μελέτες παρατήρησης, συγχρονικές μελέτες, όπου η συλλογή των δεδομένων για τον προσδιοριστή και την έκβαση γίνεται σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Πιο αναλυτικά, ο ερευνητής μελέτησε τις στρεσογόνες καταστάσεις και την προσωπική απώλεια των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας σε σχέση με το εργασιακό πλαίσιο της Υγείας, από συγκεκριμένο δείγμα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

5.1. Δείγμα και Πεδίο Μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Περιφερειακή Ενότητα Ηρακλείου Κρήτης και το πεδίο μελέτης είναι οι δομές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ΠΕ Ηρακλείου. Ο πληθυσμός στόχος είναι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας (γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κ.α.). Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας, όπου η επιλογή του πληθυσμού δεν είναι ίση και γνωστή. Ο αριθμός του πληθυσμού που επιθυμούσε να προσεγγίσει η συγκεκριμένη έρευνα ήταν 80 επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που εργάζονται στη Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας της Π.Ε. Ηρακλείου. Ωστόσο, ο ερευνητής κατάφερε να προσεγγίσει και να συμπληρωθούν 90 ερωτηματολόγια, γεγονός που ικανοποιεί ακόμα μεγαλύτερους στόχους της έρευνας. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2024 – Απρίλιος 2025, μέσω της πλατφόρμας Google Forms, όπου προωθήθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Πριν την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας, δόθηκε άδεια από της 7^{η} Υ.Π.Ε. της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου.

5.2. Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων στην παρούσα ποσοτική έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι μια δομημένη τεχνική που αποτελείται από γραπτές ερωτήσεις με απώτερο σκοπό της συλλογή ποσοτικών και πρωτογενών δεδομένων (Creswell, 2008). Ο σχεδιασμός ενός ερωτηματολογίου συλλέγει έγκυρα αποτελέσματα σε σχέση με τις στάσεις, τις αξίες, τις εμπειρίες και την παρελθούσα συμπεριφορά των ανθρώπων (Bell,1999). Για το σχεδιασμό του είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη μας ότι οι ερωτήσεις θα πρέπει να είναι κατανοητές, σύντομες, σε απλό λόγο, με σαφήνεια και συντομία, για να μην απαιτούν πολύ χρόνο. Συμπληρωματικά, οι ερωτήσεις να είναι προσεκτικά διατυπωμένες, με συνοχή και συγκεκριμένο μέγεθος, ώστε να κρατήσει το ενδιαφέρον του συμμετέχοντα, να μην

δυσκολεύεται στη κατανόηση και να μην υπάρχουν διαρροές (Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας, 1999), (Σιωμκός & Μαύρος, 2008).

Μέσω του ερωτηματολογίου τα δεδομένα συλλέγονται πιο γρήγορα χρονικά και μέσω ψηφιακής μορφής, με κλειστές ερωτήσεις. Ο συγκεκριμένος τρόπος διευκολύνει τους συμμετέχοντες να απαντήσουν άμεσα και χωρίς την εμπλοκή του ερευνητή. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται και η αντικειμενικότητα της έρευνας (Singh, 2007).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένο ερωτηματολόγιο που εστίαζε σε θεματικούς άξονες που συνδέονται με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν από τον ερευνητή. Εστίασε σε επτά θεματικούς άξονες όπου η πρώτη ενότητα εστίασε στα κοινωνικό/δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, επάγγελμα), με ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου δημιουργήθηκαν με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα.

Στη δεύτερη θεματική ενότητα οι ερωτήσεις εστίασαν στα στρεσογόνα γεγονότα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας στη καθημερινότητα τους ή το τελευταίο διάστημα, τόσο στην επαγγελματική όσο και στη προσωπική ζωή τους. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Social Readjustment Rating Scale (SRRS) στρεσογόνων γεγονότων ζωής (Holmes and Rahe, 1967) που αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης του στρες που προκαλείται από σημαντικά γεγονότα ζωής, (θάνατος, διαζύγιο, ασθένεια, αλλαγή εργασίας κ.ά.) με 43 καταγεγραμμένα γεγονότα και αντίστοιχες βαθμολογίες, που συνδέονται με την πιθανότητα εμφάνισης ασθένειας ή ψυχολογικής διαταραχής. Οι απαντήσεις κυμάνθηκαν μετά από τροποποίηση της κλίμακας από το αν έχει συμβεί ή όχι ένα συμβάν, όπου οι συμμετέχοντες σημείωσαν με ‘Χ’ για κάθε γεγονός που αντιστοιχούσε στην προσωπική τους εμπειρία ή σε άτομο του περιβάλλοντός τους, υποδεικνύοντας επιπλέον σχετικά αν συνέβη το τελευταίο εξάμηνο ή γενικότερα στη ζωή τους.

Στη τρίτη θεματική ενότητα σκοπός είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης από τον επαγγελματικό ρόλο. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Zarit Burden Interview (ZBI-22), που αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης της επιβάρυνσης των φροντιστών, από το εργασιακό περιβάλλον και είναι μια έκδοση 16 ερωτήσεων.

Στη τέταρτη θεματική ενότητα οι ερωτήσεις αφορούν τους τρόπους διαχείρισης και αντιμετώπισης των δυσκολιών στον εργασιακό χώρο. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Ways of Coping Questionnaire (WCQ) των Folkman & Lazarus, που αποτελεί ένα εργαλείο που μετρά τις στρατηγικές διαχείρισης και αντιμετώπισης του στρες σε δύσκολες καταστάσεις. Περιλαμβάνει μια προσαρμοσμένη έκδοση με 38 δηλώσεις σχετικά με τις αντιδράσεις και τις συμπεριφορές του ατόμου όταν αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε πεντάβαθμη κλίμακα.

Η πέμπτη θεματική ενότητα εστίασε στη γενική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών σε σχέση με την εργασία και το περιβάλλον της. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο GHQ-28 που σχεδιάστηκε από τον Goldberg (1979) για την ανίχνευση ψυχικών διαταραχών σε γενικό πληθυσμό και ιατρικά περιβάλλοντα. Αξιολογεί και περιγράφει συμπτώματα όπως, το άγχος, τη κατάθλιψη και τα σωματικά συμπτώματα. Αποτελείται από 28 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις είναι σε κλίμακα Likert.

Στην έκτη θεματική ενότητα παρουσιάζεται κλίμακα ετοιμότητας, η οποία ήταν χωρισμένη σε 5 θεματικές ενότητες, δηλαδή σε 5 δευτερεύουσες κλίμακες (Δεξιότητες Διαχείρισης: 7 ερωτήσεις, Επαγγελματική Λογοδοσία: 5 ερωτήσεις, Ικανότητα: 6 ερωτήσεις, Επαγγελματική Ευθύνη: 1 ερώτηση, Αυτοπεποίθηση: 1 ερώτηση). Το εργαλείο βασίστηκε στη κλίμακα Self-Assessed Professional Competence Scale των Wangensteen et al. (2015), η οποία χρησιμοποιείται σε έρευνες επαγγελματιών υγείας και προσαρμόστηκε στο πλαίσιο της κοινωνικής εργασίας και της ελληνικής πραγματικότητας. Η συγκεκριμένη κλίμακα μετρούσε την ετοιμότητα άσκησης του επαγγέλματος των συμμετεχόντων και οι απαντήσεις κυμάνθηκαν από : (1) = ποτέ έως το (7) = πάντα .

Τέλος, στην έβδομη θεματική ενότητα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική/προσαρμοσμένη μορφή του Organisational Stress Screening Tool (ASSET) (Robertson Cooper Ltd., 2003), που καλύπτει θεματικές όπως φόρτος, αβεβαιότητα ρόλου, σχέσεις, αναγνώριση, αίσθηση ασφάλειας εργασίας και μετράει την εργασιακή ικανοποιήση. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 25 δηλώσεις με πενταβάθμια κλίμακα Likert (0=Καθόλου έως 4=Πάρα πολύ), και χρησιμοποιείται για την αποτύπωση του υποκειμενικά βιωμένου άγχους στον χώρο της κοινωνικής εργασίας.

5.3. Περιγραφή Διαδικασίας Συλλογής Δεδομένων

Το πεδίο μελέτης που επιλέχθηκε για τη συγκεκριμένη έρευνα είναι η Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Π.Ε. Ηρακλείου Κρήτης. Ο πληθυσμός που απευθύνθηκε είναι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας. Διερευνήθηκαν οι εμπειρίες για στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνουν στο επαγγελματικό πλαίσιο, η επιβάρυνση που αισθάνονται από το ρόλο τους, οι τρόποι διαχείρισης των στρεσογόνων καταστάσεων και πως αντιλαμβάνονται τη γενική και ψυχική υγεία τους. Τα κριτήρια επιλογής ήταν η ανάγκη για κατανόηση των στρεσογόνων καταστάσεων και των προσωπικών απωλειών σε σχέση με την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα στο χώρο εργασίας.

Πριν γίνει η διεξαγωγή της έρευνας πάρθηκε έγκριση από τη Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Έρευνας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπηστημίου Κρήτης, καθώς και η ερευνητική άδεια από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου. Επίσης, υπήρξε η σχετική άδεια και η υποστήριξη του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, με σκοπό να συμμετέχουν και οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στις συγκεκριμένες υπηρεσίες Υγείας. Στη συνέχεια, σχεδιάστηκε και ολοκληρώθηκε το επιθυμητό ποσοτικό ερωτηματολόγιο, με βάση τα παραπάνω ποσοτικά εργαλεία. Έπειτα, δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο στη πλατφόρμα Google Forms και απεστάλλει στις συγκεκριμένες υπηρεσίες μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και μέσω δημοσίευσης στα σχετικά κοινωνικά δίκτυα.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε εισαγωγικό σημείωμα που εξηγούσε τον σκοπό της έρευνας και διασφάλιζε ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς. Τονίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η δυνατότητά τους να αποσύρουν τη συμμετοχή τους οποιαδήποτε στιγμή χωρίς αιτιολόγηση. Οι συμμετέχοντες παρείχαν έγγραφη συγκατάθεση πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τις συγκεκριμένες υπηρεσίες για περαιτέρω συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, με σκοπό την συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών στη έρευνα. Τέλος, όταν συμπληρώθηκε ο επιθυμητός αριθμός ερωτηματολογίων, συλλέχθηκαν τα δεδομένα και ξεκίνησε η ανάλυση τους.

5.4. Ανάλυση Δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων έχει χρησιμοποιηθεί η βασική περιγραφική στατιστική με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics – Έκδοση 24. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση εστιάζει στη συχνότητα των απαντήσεων και την επίδραση των μεταβλητών/ χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Κατά τη συγκεκριμένη διαδικασία δεν προέκυψαν ζητήματα στη κωδικοποίηση και την ανάλυση των δεδομένων. Τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω αριθμητικών μεταβλητών, της στατιστικής ανάλυσης. Για να ελεγχθεί η εσωτερική συνοχή των επιμέρους κλιμάκων του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's.

Στρεσογόνα Γεγονότα	0,885
Επιβάρυνση φροντιστών	0,868
Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών	0,780
Κατάσταση γενικής και ψυχικής υγείας	0,812
Δεξιότητες διαχείρισης	0,887
Επαγγελματική λογοδοσία	0,883
Ικανότητα	0,853
Επαγγελματική Ικανοποιήση	0,895

5.5. Αποτελέσματα

5.5.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Στο Πίνακα 1 το δείγμα των 90 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το φύλο παρουσιάζεται ως εξής: 20 άτομα (22,2%) είναι άνδρες και 70 άτομα (77,8%) είναι γυναίκες. Στην οικογενειακή κατάσταση, 36 άτομα (40,0%) δηλώνουν ότι είναι άγαμοι/ες, 46 άτομα (51,1%) ότι είναι έγγαμοι/ες και 8 άτομα (8,9%) ότι έχουν διαζευχθεί. Όσον αφορά τον αριθμό των παιδιών, 45 άτομα (50,0%) δεν έχουν παιδιά, 14 άτομα (15,6%) έχουν ένα παιδί, 26 άτομα (28,9%) έχουν δύο παιδιά και 5 άτομα (5,6%) έχουν τρία παιδιά. Στον τόπο μόνιμης κατοικίας, 72 άτομα (80,0%) διαμένουν σε αστικές περιοχές, 13 άτομα (14,4%) σε ημιαστικές και 5 άτομα (5,6%) σε αγροτικές περιοχές. Το μορφωτικό επίπεδο κατανέμεται ως εξής: 6 άτομα (6,7%) έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 39 άτομα (43,3%) διαθέτουν ανώτατη εκπαίδευση, 37 άτομα (41,1%) έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές και 8 άτομα (8,9%) κατέχουν διδακτορικό. Σχετικά με τη συμμετοχή σε επιμορφωτικά σεμινάρια

διάρκειας 300 ωρών και άνω στο ίδιο ή συναφές αντικείμενο, 38 άτομα (42,2%) απάντησαν «Ναι», ενώ 52 άτομα (57,8%) απάντησαν «Όχι».

Όσον αφορά την καταγωγή, 87 άτομα (96,7%) δηλώνουν ελληνική καταγωγή και 3 άτομα (3,3%) άλλη καταγωγή. Στον τομέα του επαγγέλματος/ειδικότητας, 19 άτομα (21,1%) είναι ιατροί, 24 άτομα (26,7%) είναι νοσηλευτές/τριες, 9 άτομα (10,0%) είναι ψυχολόγοι, 26 άτομα (28,9%) είναι κοινωνικοί/ές λειτουργοί και 12 άτομα (13,3%) εργάζονται σε άλλες ειδικότητες. Ο τύπος εργασιακής σχέσης διαμορφώνεται ως εξής: 30 άτομα (33,3%) έχουν μόνιμη σύμβαση, 34 άτομα (37,8%) εργάζονται με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου, 15 άτομα (16,7%) εργάζονται με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου και 11 άτομα (12,2%) απασχολούνται σε άλλες μορφές εργασιακής σχέσης.

Όσον αφορά τη διάρκεια απασχόλησης στην τρέχουσα εργασία, 16 άτομα (17,8%) απασχολούνται για λιγότερο από 1 έτος, 23 άτομα (25,6%) για 1 έως 3 έτη, 10 άτομα (11,1%) για 4 έως 5 έτη και 41 άτομα (45,6%) για περισσότερο από 5 έτη. Το ωράριο εργασίας καταγράφεται ως εξής: 33 άτομα (36,7%) εργάζονται μόνο το πρωί, 6 άτομα (6,7%) μόνο το απόγευμα, 22 άτομα (24,4%) σε ωράριο πρωί-απόγευμα, 22 άτομα (24,4%) με κυλιόμενο ωράριο και 7 άτομα (7,8%) ακολουθούν άλλο ωράριο. Στην ερώτηση για τα χρόνια εργασίας στην τελευταία εργασία, τα δεδομένα δείχνουν ότι 21 άτομα (23,3%) εργάζονται για λιγότερο από 1 έτος, 36 άτομα (40,0%) για 1 έως 5 έτη, 13 άτομα (14,4%) για 6 έως 10 έτη, 5 άτομα (5,6%) για 11 έως 15 έτη και 15 άτομα (16,7%) για 16 έτη και άνω.

Σε σχέση με τον φορέα απασχόλησης, 55 άτομα (61,1%) εργάζονται στον δημόσιο τομέα, 30 άτομα (33,3%) στον ιδιωτικό και 5 άτομα (5,6%) σε Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς. Τέλος, στους τομείς απασχόλησης, 27 άτομα (30,0%) δραστηριοποιούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 9 άτομα (10,0%) στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, 15 άτομα (16,7%) στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, 5 άτομα (5,6%) σε ιδιωτικές κλινικές, 6 άτομα (6,7%) σε ιδιωτικά ιατρεία και 28 άτομα (31,1%) σε άλλους τομείς. Επιπλέον, οι περιγραφικές στατιστικές για την ηλικία καταδεικνύουν ότι το εύρος ηλικιών του δείγματος κυμαίνεται από 17 έως 67 έτη, με μέσο όρο 37,79 έτη και τυπική απόκλιση 11,365.

Πίνακας 1: Κοινωνικο/δημογραφικά και Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Ερώτηση	Επιλογές	Συχνότητες	% Συχνότητες
Φύλο	Άντρας	20	22,2
	Γυναίκα	70	77,8
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	36	40,0
	Έγγαμος/η	46	51,1
	Διαζευγμένος/η	8	8,9
Αριθμός παιδιών	0	45	50,0
	1	14	15,6
	2	26	28,9
	3	5	5,6
Τόπος μόνιμης κατοικίας	Αστική	72	80,0
	Ημιαστική	13	14,4
	Αγροτική	5	5,6
Μορφωτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	6	6,7
	Ανώτατη εκπαίδευση	39	43,3
	Μεταπτυχιακό	37	41,1
	Διδακτορικό	8	8,9
Έχετε παρακολουθήσει επιμορφωτικό σεμινάριο 300 ωρών και άνω, στο ίδιο ή συναφές αντικείμενο;	Ναι	38	42,2
	Όχι	52	57,8
Καταγωγή	Ελληνική	87	96,7
	Άλλο	3	3,3
Επάγγελμα/ Ειδικότητα	Ιατρός	19	21,1
	Νοσηλευτής/τριά	24	26,7
	Ψυχολόγος	9	10,0

	Κοινωνικός/ή Λειτουργός	26	28,9
	Άλλο	12	13,3
Τύπος εργασιακής σχέσης	Μόνιμος	30	33,3
	Σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου	34	37,8
	Σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου	15	16,7
	Άλλο	11	12,2
Πόσο καιρό απασχολείστε στην τρέχουσα εργασία σας;	<1 έτος	16	17,8
	1-3 έτη	23	25,6
	4-5 έτη	10	11,1
	>5έτη	41	45,6
Ωράριο εργασίας	Μόνο πρωί	33	36,7
	Μόνο απόγευμα	6	6,7
	Πρωί-απόγευμα	22	24,4
	Κυλιόμενο	22	24,4
	Άλλο	7	7,8
Πόσα χρόνια εργάζεστε στην τελευταία σας εργασία	< 1 έτος	21	23,3
	1-5	36	40,0
	6-10	13	14,4
	11-15	5	5,6
	16 και άνω	15	16,7
Φορέας απασχόλησης	Δημόσιο	55	61,1
	Ιδιωτικό	30	33,3
	ΜΚΟ	5	5,6
Τομείς απασχόλησης	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΤΟΜΥ, Κέντρα Υγείας)	27	30,0
	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Πανάνειο – Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου)	9	10,0
	Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου/	15	16,7

	ΠΑ.ΓΝΗ)		
	Ιδιωτική Κλινική	5	5,6
	Ιδιωτικό Ιατρείο	6	6,7
	Άλλο	28	31,1

5.5.2. Στρεσογόνα γεγονότα – Social Readjustment Rating Scale

Στο Πίνακα 2, τα στρεσογόνα γεγονότα, παρουσιάζονται ταξινομημένα από το πιο συχνό (δηλαδή με τη χαμηλότερη μέση τιμή) προς το λιγότερο συχνό (με τη υψηλότερη μέση τιμή), ως εξής. Το πιο συχνό γεγονός, είναι η «Προσωπική επιτυχία» με μέση τιμή 2,08, γεγονός που, παρότι είναι μια θετική συνθήκη, φαίνεται να εμπεριέχει άγχος και ψυχολογική πίεση. Άλλο ένα γεγονός με θετικό πρόσημο είναι οι «Διακοπές» (2,23), που όμως δείχνει να προκαλεί στρες. Στην τρίτη και τέταρτη θέση βρίσκονται η «Ασθένεια» και η «Αλλαγή στις συνήθειες διατροφής» (2,37), που σχετίζονται με την υγεία και προκαλούν ψυχολογική πίεση και συναισθηματική φθορά. Έπειτα, ο «Γάμος» (2,38) παρόλο που είναι ένα θετικό γεγονός συχνά προκαλεί αυξημένες απαιτήσεις και συναισθηματική ένταση. Ακολουθούν ο «Θάνατος μέλους της οικογένειας» (2,54), η «Αλλαγή κατοικίας» (2,56), και οι «Αλλαγές στις συνθήκες ύπνου» (2,57), γεγονότα που σχετίζονται με απώλειες, μεταβάσεις και διατάραξη της ρουτίνας. Επίσης, η «Αλλαγή στην εργασία» (2,59), καθώς και η «Έναρξη ή διακοπή εκπαίδευσης» (2,63), αποτελούν επαναλαμβανόμενες πηγές στρες για τους συμμετέχοντες.

Από την άλλη πλευρά, στα λιγότερα συχνά στρεσογόνα γεγονότα συγκαταλέγονται η «Κατάσχεση» (4,87), γεγονός που υποδεικνύει τη σπανιότητά και τη σοβαρότητά του. Ακολουθεί η «Αλλαγή θρησκευτικών δραστηριοτήτων» (4,56), που σηματοδοτεί βαθιές εσωτερικές αλλαγές για τη ζωή του ατόμου. Έπειτα, τα «Μικρο-προβλήματα με το νόμο» (4,46), η «Συζυγική επανασύνδεση» (4,29) και ο «Θάνατος συντρόφου» (4,17) καταγράφονται επίσης ως γεγονότα με σημαντικό συναισθηματικό φορτίο και πιθανές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Ακολουθούν η «Αλλαγή σχολείου/σχολής» (3,98), η «Συζυγική διάσταση» (3,82), η «Απόλυση από την εργασία» (3,80), οι «Σεξουαλικές δυσκολίες» (3,77), και η «Συνταξιοδότηση» (3,73), γεγονότα που επηρεάζουν τη προσωπική ζωή και την επαγγελματική σταθερότητα.

Πίνακας 2α: Στρεσογόνα Γεγονότα

Στρεσογόνα Γεγονότα	N	Mean	Std. Deviation
1) Θάνατος συντρόφου	90	4,17	1,326
2) Διαζύγιο	90	3,44	1,601
3) Συζυγική διάσταση	90	3,82	1,540
4) Θάνατος μέλους της οικογένειας	90	2,54	1,559
5) Τραυματισμός	90	3,19	1,669
6) Ασθένεια	90	2,37	1,449
7) Γάμος	90	2,38	1,706
8) Απόλυση από την εργασία	90	3,80	1,574
9) Συζυγική επανασύνδεση	90	4,29	1,300
10) Συνταξιοδότηση	90	3,73	1,475
11) Αλλαγή στην υγεία μέλους της οικογένειας	90	2,71	1,455
12) Εγκυμοσύνη	90	3,13	1,724
13) Σεξουαλικές δυσκολίες	90	3,77	1,642
14) Απόκτηση νέου μέλους στην οικογένεια	90	2,93	1,714
15) Αλλαγή στην εργασία	90	2,59	1,621
16) Θάνατος στενού φίλου	90	3,71	1,737
17) Αλλαγή αντικειμένου εργασίας	90	3,31	1,687
18) Αλλαγή στην συχνότητα διαπληκτισμών με το/τη σύντροφο	90	3,09	1,640
19) Οικονομικά προβλήματα	90	2,72	1,622
20) Κατάσχεση	90	4,87	,622
21) Αλλαγή αρμοδιοτήτων στην εργασία	90	3,08	1,698
22) Αλλαγές στην δομή της οικογένειας	90	3,48	1,724
23) Ενδοοικογενειακές συγκρούσεις	90	2,99	1,488
24) Προσωπική επιτυχία	90	2,08	1,447
25) Έναρξη ή διακοπή εκπαίδευσης	90	2,63	1,751
26) Αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης	90	2,87	1,717

27) Προβλήματα με τον προϊστάμενο	90	2,83	1,657
28) Αλλαγή στο ωράριο ή τις συνθήκες εργασίας	90	2,81	1,695
29) Αλλαγή κατοικίας	90	2,56	1,710
30) Αλλαγή σχολείου/σχολής	90	3,98	1,491
31) Αλλαγή στον τρόπο ψυχαγωγίας	90	3,04	1,628
32) Αλλαγή θρησκευτικών δραστηριοτήτων	90	4,56	1,181
33) Αλλαγή στις συνθήκες ύπνου	90	2,57	1,594
34) Αλλαγή στη συχνότητα των οικογενειακών συναθροίσεων	90	2,68	1,682
35) Αλλαγή στις συνήθειες διατροφής	90	2,37	1,539
36) Διακοπές	90	2,23	1,438
37) Μικρο-προβλήματα με το νόμο	90	4,46	1,229

Πίνακα 2β - Ποσοστά συχνότητας μη εμφάνισης στρεσογόνων γεγονότων

Στρεσογόνα Γεγονότα	N	Ποσοστά %
1) Θάνατος συντρόφου	90	68,9%
2) Διαζύγιο	90	46,7%
3) Συζυγική διάσταση	90	60%
4) Θάνατος μέλους της οικογένειας	90	17,8%
5) Τραυματισμός	90	35,6%
6) Ασθένεια	90	14,4%
7) Γάμος	90	25,6%
8) Απόλυση από την εργασία	90	56,7%
9) Συζυγική επανασύνδεση	90	75,6%
10) Συνταξιοδότηση	90	56,7%
11) Αλλαγή στην υγεία μέλους της οικογένειας	90	20%
12) Εγκυμοσύνη	90	36,7%
13) Σεξουαλικές δυσκολίες	90	55,6%
14) Απόκτηση νέου μέλους στην οικογένεια	90	32,2%
15) Αλλαγή στην εργασία	90	17,8%

16) Θάνατος στενού φίλου	90	61,1%
17) Αλλαγή αντικειμένου εργασίας	90	38,9%
18) Αλλαγή στην συχνότητα διαπληκτισμών με το/τη σύντροφο	90	25,6%
19) Οικονομικά προβλήματα	90	14,4%
20) Κατάσχεση	90	94,4%
21) Αλλαγή αρμοδιοτήτων στην εργασία	90	26,7%
22) Αλλαγές στην δομή της οικογένειας	90	46,7%
23) Ενδοοικογενειακές συγκρούσεις	90	14,4%
24) Προσωπική επιτυχία	90	3,3%
25) Έναρξη ή διακοπή εκπαίδευσης	90	23,3%
26) Αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης	90	24,4%
27) Προβλήματα με τον προϊστάμενο	90	22,2%
28) Αλλαγή στο ωράριο ή τις συνθήκες εργασίας	90	21,1%
29) Αλλαγή κατοικίας	90	20%
30) Αλλαγή σχολείου/σχολής	90	60%
31) Αλλαγή στον τρόπο ψυχαγωγίας	90	20%
32) Αλλαγή θρησκευτικών δραστηριοτήτων	90	84,4%
33) Αλλαγή στις συνθήκες ύπνου	90	15,6%
34) Αλλαγή στη συχνότητα των οικογενειακών συναθροίσεων	90	18,9%
35) Αλλαγή στις συνήθειες διατροφής	90	12,2%
36) Διακοπές	90	5,6%
37) Μικρο-προβλήματα με το νόμο	90	78,9%

5.5.3. Επιβάρυνση Φροντιστών – Zarit Burden Interview

Στο πλαίσιο της αξιολόγησης των παραμέτρων που αφορούν την εμπειρία των επαγγελματιών, οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τα ερωτήματα με χρήση κλίμακας μέτρησης τεσσάρων βαθμίδων, όπου η βαθμολογία 4 αντιπροσωπεύει το «πολύ», 3 το «μέτρια», 2 το «λίγο» και 1 το «καθόλου». Παρακάτω στο Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για κάθε ερώτημα, συνοδευόμενα από σύντομα σχόλια που αντικατοπτρίζουν την αντίληψη των επαγγελματιών για κάθε διάσταση της επαγγελματικής τους εμπειρίας. Με βάση το ρόλο τους και την αίσθηση υποστήριξης που απορρέει από αυτόν, οι επαγγελματίες αισθάνονται σημαντική ενδυνάμωση (3,17). Ωστόσο, ο φροντιστικός τους ρόλους επηρεάζει μέτρια τη προσωπική και τη κοινωνική τους ζωή (2,93), ενώ παράλληλα παρατηρείται μέτρια αίσθηση έλλειψης χρόνου για τη προσωπική τους ζωή (2,46).

Επίσης, οι οικογενειακές και κοινωνικές υποχρεώσεις έρχονται σε σύγκρουση με τις εργασιακές απαιτήσεις σε μέτρια επίπεδα (2,70). Η έρευνα ανέδειξε ότι οι επαγγελματίες ανησυχούν μέτρια για το μέλλον του ασθενή (2,74) και αισθάνονται εξάρτηση του ασθενούς από αυτούς (2,77), γεγονός που πιθανόν επιβαρύνει τον ρόλο τους. Από την άλλη πλευρά, τα συναισθήματα εξαιτίας της συμπεριφοράς των ασθενών (1,79), ο θυμός όταν βρίσκονται μαζί τους (1,51), καθώς και οι τεταμένες σχέσεις με τους συναδέλφους (1,76) καταγράφονται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα, που δείχνει ότι οι επαγγελματίες αναζητούν ικανοποιητικούς τρόπους διαχείρισης και αντιμετώπισης των προκλήσεων.

Αναφορικά με την επιβάρυνση στην υγεία τους φαίνεται ότι είναι περιορισμένη (1,94), ενώ η έλλειψη προστασίας της ιδιωτικής ζωής εμφανίζεται μέτρια (2,00). Η εναπόθεση της φροντίδας του ασθενή σε άλλο πρόσωπο βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα (1,82), γεγονός που δείχνει τη προσωπική δέσμευση τους. Τέλος, η συνολική επιβάρυνση από την παροχή φροντίδας παρατηρήθηκε σε μέτρια επίπεδα (2,38), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι εργασιακές απαιτήσεις συνδέονται με το ρόλο των επαγγελματιών απέναντι στους ασθενείς.

Πίνακας 3 – Επιβάρυνση Φροντιστών

Επιβάρυνση Φροντιστών	N	Mean	Std. Deviation
1) Πόση υποστήριξη σας δίνει η αίσθηση του ρόλου του φροντιστή;	90	3,17	,915
2) Πιστεύετε ότι ο δέκτης φροντίδας δέχεται περισσότερη φροντίδα απ' ότι αυτός χρειάζεται;	90	2,30	1,033
3) Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που προσφέρετε έχει επηρεάσει την κοινωνική σας ζωή;	90	2,93	1,130
4) Πιστεύετε ότι λόγω του χρόνου που περνάτε με τον ασθενή σας δεν έχετε χρόνο για τον εαυτό σας;	90	2,46	1,093
5) Αισθάνεστε άγχος ανάμεσα στην παροχή φροντίδας και την κάλυψη άλλων ευθυνών για την οικογένεια ή την εργασία σας;	90	2,70	1,096
6) Νιώθετε αμηχανία με την συμπεριφορά του προσώπου που φροντίζετε;	90	1,79	,893
7) Αισθάνεστε θυμωμένος όταν είστε μαζί του;	90	1,51	,782
8) Πιστεύετε ότι η σχέση με τον δέκτη φροντίδας επηρεάζει αρνητικά την σχέση σας με τα άλλα μέλη της εργασίας;	90	1,76	,928
9) Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για το άτομο που φροντίζετε;	90	2,74	1,097
10) Αισθάνεστε ότι ο δέκτης φροντίδας εξαρτάται από εσάς;	90	2,77	,972
11) Αισθάνεστε η υγεία σας να έχει υποστεί βλάβη λόγω της εμπλοκής σας με τον δέκτη φροντίδας;	90	1,94	1,010
12) Αισθάνεστε ότι δεν έχετε προστασία της ιδιωτικής σας ζωής, όπως θα θέλατε;	90	2,00	1,060
13) Αισθάνεστε άβολα να έχετε φίλους λόγω του ασθενή;	90	1,40	,804
14) Αισθάνεστε ότι δεν έχετε αρκετούς πόρους να	90	2,44	1,153

φροντίσετε τον ασθενή;			
15) Θα θέλατε να αφήσετε την φροντίδα του ασθενή σε κάποιο άλλο άτομο;	90	1,82	,978
16) Συνολικά πόση επιβάρυνση νιώθετε από την προσφορά φροντίδας στον ασθενή;	90	2,38	,943

5.5.4. Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών – Ways of Coping Questionnaire

Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τους τρόπους αντιμετώπισης δυσκολιών με τη χρήση κλίμακας πέντε βαθμίδων, όπου η βαθμολογία 1 αντιπροσωπεύει το «Ποτέ», το 2 «Σπάνια», το 3 «Μερικές φορές», το 4 «Συχνά» και το 5 «Πάντα». Στο πίνακα 4, φαίνεται ότι ο πιο διαδομένος τρόπος αντιμετώπισης είναι η προσπάθεια ανάλυσης του προβλήματος για καλύτερη κατανόηση (4,13).

Επιπλέον, η αναζήτηση της θετικής πλευράς των πραγμάτων (3,81), καθώς και η αποδοχή κατανόησης από το υποστηρικτικό περιβάλλον (3,79), αποτελούν σημαντικούς τρόπους για την αντιμετώπιση των δυσκολιών. Επίσης, η ικανότητα να προσπαθούν για την επίτευξη των στόχων τους (3,70), καθώς και ο επαναπροσδιορισμός των προσωπικών τους αξιών (3,61), αποτελούν σημαντικές εκβάσεις για την διαχείριση των δυσκολιών. Αντίθετα, η ελπίδα για θαύμα (2,34), η ανάληψη μεγάλου ρίσκου (2,11) και η έκφραση θυμού στους άλλους (2,37), εμφανίζονται σε πολύ μικρότερο βαθμό.

Πίνακας 4 - Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών

Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών	N	Mean	Std. Deviation
1) Προσπαθώ να αναλύω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα.	90	4,13	,851
2) Προσπαθώ να ξεχνάω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.	90	3,28	,874
3) Πιστεύω ότι ο χρόνος θα αλλάξει τα πράγματα και απλά περιμένω.	90	2,69	1,056
4) Συμβιβάζομαι ώστε να πετύχω κάτι θετικό από	90	3,12	,859

την κατάσταση.			
5) Μιλάω σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.	90	3,56	1,029
6) Ασκώ κριτική ή κάνω μάθημα στον εαυτό μου.	90	3,51	1,052
7) Ελπίζω πως θα γίνει ένα θαύμα.	90	2,34	1,291
8) Αποδέχομαι τη μοίρα μου.	90	2,40	1,100
9) Συνεχίζω σαν να μην συμβαίνει τίποτα.	90	2,50	1,114
10) Προσπαθώ να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.	90	3,06	,998
11) Προσπαθώ να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.	90	3,81	,886
12) Εκφράζω το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα.	90	2,87	,997
13) Αποδέχομαι την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.	90	3,79	,918
14) Εμπνέομαι να κάνω κάτι δημιουργικό.	90	3,44	,996
15) Προσπαθώ να ξεχάσω το όλο θέμα.	90	2,71	,939
16) Σκέφτομαι ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.	90	3,66	,901
17) Περιμένω να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.	90	3,13	,767
18) Αφήνω τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.	90	3,08	,927
19) Βγαίνω από αυτήν την εμπειρία καλύτερος/η από πριν.	90	3,80	,927
20) Μιλάω με κάποιον που μπορεί να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.	90	3,18	,931
21) Τολμώ κάτι πολύ ριψοκίνδυνο.	90	2,11	,999
22) Βρίσκω παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.	90	2,84	1,373
23) Ανακαλύπτω ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.	90	3,61	,920
24) Αλλάζω κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.	90	3,52	,810
25) Ζητάω τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.	90	3,74	1,097

26) Προσπαθώ να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.	90	3,28	,862
27) Μιλάω σε κάποιον για το πώς νιώθω.	90	3,58	1,027
28) Πεισμώνω και πολεμάω να πετύχω ό,τι θέλω.	90	3,70	,893
29) Ξεσπάω στους άλλους.	90	2,37	,800
30) Βασίζομαι στην προηγούμενη εμπειρία μου. Έχω ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.	90	3,52	,768
31) Γνωρίζω τι πρέπει να γίνει και έτσι διπλασιάζω τις προσπάθειές μου για να πετύχω.	90	3,56	,721
32) Βρίσκω μία - δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.	90	3,51	,753
33) Εύχομαι να μπορούσα να αλλάξω ό,τι έχει συμβεί ή το πώς νιώθω.	90	3,26	,919
34) Ονειροπολώ ή φαντάζομαι ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που είμαι.	90	3,22	1,178
35) Εύχομαι να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φαντάζομαι ότι έχω με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή.	90	2,82	1,097
36) Φαντάζομαι το πώς θα αλλάξουν τα πράγματα.	90	3,39	,844
37) Προσεύχομαι.	90	2,98	1,349
38) Θυμίζω στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα.	90	3,44	,849

5.5.5. Κατάσταση Γενικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας – GHQ - 28

Η μεταβλητή «Κατάσταση Γενικής και Ψυχικής Υγείας» αξιολογήθηκε με χρήση κλίμακας μέτρησης με βαθμίδες από 1 έως 4, όπου το 1 αντιπροσωπεύει «Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως», το 2 «Το ίδιο όπως συνήθως», το 3 «Περισσότερο από ό,τι συνήθως» και το 4 «Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως».

Συγκεκριμένα, όπως παρουσιάζεται στο Πίνακα 5, η δήλωση με τη μεγαλύτερη μέση τιμή αφορά την ανάγκη για κάτι που δίνει ενέργεια (2,67), ενώ ακολουθούν η δήλωση ότι αισθάνονται σημαντικοί στο περιβάλλον τους (2,51) και ότι αισθάνονται ότι βρισκονται κάτω από διαρκή πίεση (2,50). Επιπλέον, οι

συμμετέχοντες δηλώνουν ότι προσπαθούν να παραμείνουν δραστήριοι και απασχολημένοι (2,49) και νιώθουν ικανοί να αποφασίζουν (2,48). Έπειτα, ακολουθούν η αντίληψη για την λειτουργικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες, η κόπωση και η ικανοποίηση από την προσωπική απόδοση.

Οι πιο χαμηλές τιμές αφορούν δηλώσεις όπως η πιθανότητα να σκέφτονται να δώσουν τέλος στη ζωή τους (1,34) ή να εύχονται να είχαν πεθάνει (1,38), καθώς και αισθήματα μηδενικής αξίας (1,53) ή απελπισίας (1,56). Επιπλέον, η γενική αίσθηση καλής υγείας και η απουσία έντονων σωματικών συμπτωμάτων έχουν επίσης χαμηλές μέσες τιμές, δείχνοντας ισορροπημένη ψυχική και σωματική κατάσταση στο σύνολο των συμμετεχόντων.

Η συνολική εικόνα της μεταβλητής αποδίδει ένα πολύπλευρο προφίλ της γενικής και ψυχικής υγείας, όπου οι υψηλότερες μέσες τιμές σχετίζονται με την ανάγκη για τονωτική δράση και την αίσθηση πίεσης ή ενεργητικής συμμετοχής, ενώ οι χαμηλότερες μέσες τιμές αντικατοπτρίζουν την απουσία σημαντικών αρνητικών ψυχικών καταστάσεων και αυτοκαταστροφικών σκέψεων. Αυτή η πολυδιάστατη προσέγγιση επιτρέπει την κατανόηση τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών παραμέτρων που διαμορφώνουν την αντίληψη των συμμετεχόντων για την υγεία τους σε καθημερινή βάση.

Πίνακας 5 - Κατάσταση Γενικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας

Κατάσταση Γενικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας	N	Mean	Std. Deviation
1) Αισθάνεσθε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	90	1,91	,713
2) Νιώθετε την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	90	2,67	,835
3) Νιώθετε εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	90	2,34	,914
4) Έχετε αισθανθεί πως είστε άρρωστος/η;	90	2,03	,867
5) Έχετε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	90	2,03	,917
6) Νιώθετε σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	90	1,91	,856
7) Έχετε περιόδους που αισθάνεσθε κρυάδες ή εξάψεις;	90	2,01	,918
8) Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχος/η;	90	2,14	,906

9) Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	90	2,21	,918
10) Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	90	2,50	,877
11) Είστε οξύθυμος/η και αρπάζεστε εύκολα;	90	2,17	,864
12) Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	90	2,03	,827
13) Αισθάνεσθε πως δεν αντέχετε άλλο;	90	2,10	,912
14) Αισθάνεσθε συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	90	2,14	,829
15) Έχετε καταφέρει να είστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	90	2,49	,753
16) Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	90	2,37	,726
17) Έχετε αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	90	2,37	,771
18) Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείτε τις δουλειές σας;	90	2,30	,893
19) Έχετε αισθανθεί πως παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σας;	90	2,51	,824
20) Έχετε αισθανθεί ικανός/η να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	90	2,48	,864
21) Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	90	2,13	,824
22) Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	90	1,53	,657
23) Έχετε αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	90	1,56	,736
24) Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	90	1,50	,691
25) Σας έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	90	1,34	,621
26) Βρίσκετε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα, γιατί τα νεύρα σας ήταν σε	90	1,96	,886

άσχημη κατάσταση;			
27) Έχετε πιάσει τον εαυτό σας να εύχεται να είχατε πεθάνει και να είχατε ξεμπερδέψει με όλα;	90	1,38	,680
28) Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας έρχεται στο μυαλό;	90	1,39	,698

5.5.6. Δεξιότητες Διαχείρισης – Self Assesed Professional Competence Scale

Η μεταβλητή αξιολόγησης της απόδοσης στον επαγγελματικό τομέα εξετάστηκε με χρήση κλίμακας από 1 (Ποτέ) έως 7 (Πάντα). Οι συμμετέχοντες (N = 90) αξιολόγησαν διάφορες διαστάσεις που σχετίζονται με τη διεπιστημονική εφαρμογή γνώσεων, την τήρηση επαγγελματικών προτύπων, την επικοινωνία των αναγκών τους και την ικανότητα λήψης αποφάσεων, μεταξύ άλλων, όπως φαίνεται στο Πίνακα 6. Οι δηλώσεις «Μπορώ να χρησιμοποιήσω τη γνώση άλλων επιστημών (π.χ. κοινωνιολογία, υπολογιστών, ψυχολογία κ.λπ) που είναι χρήσιμες στο επάγγελμά μου» και «Μπορώ να παρέχω φροντίδα σύμφωνα με καθορισμένα πρότυπα πρακτικής του επαγγέλματός μου» κατέγραψαν τις υψηλότερες μέσες τιμές, (5,40), υποδηλώνοντας ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν ιδιαίτερα σημαντική τόσο την ενσωμάτωση διεπιστημονικών γνώσεων όσο και την εφαρμογή καθιερωμένων προτύπων στην παροχή φροντίδας. Αυτές οι διαστάσεις αντανακλούν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και επαγγελματικής αριστείας.

Στη συνέχεια, η δήλωση «Μπορώ να χρησιμοποιήσω τα κατάλληλα δίκτυα παραπομπής χωρίς δυσκολία» παρουσίασε μέση τιμή 4,78, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες αισθάνονται αρκετά άνετα στην αξιοποίηση των επαγγελματικών δικτύων για την αναζήτηση επιπλέον πόρων. Η δήλωση «Μπορώ να πάρω ορθές αποφάσεις ελλείψει πολιτικών και διαδικασιών του οργανισμού, στον οποίο απασχολούμαι» ακολουθεί με μέση τιμή 4,64, δείχνοντας ότι υπάρχει αξιοσημείωτη ικανότητα αυτονομίας στη λήψη αποφάσεων σε συνθήκες απουσίας σαφών οδηγιών. Η δήλωση «Μπορώ να συμμετέχω αποτελεσματικά στο σχεδιασμό και στη διαχείριση ανθρώπινων πόρων στην εργασία μου» έφερε μέση τιμή 4,58, υποδηλώνοντας ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντική τη δυνατότητα ενεργού συμμετοχής στη διαμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού στον οργανισμό τους.

Επίσης, η δήλωση «Μπορώ να ζητήσω από τον Προϊστάμενο τους πόρους που χρειάζομαι» κατέγραψε μέση τιμή 4,31, αντανακλώντας μια επαρκή ικανότητα επικοινωνίας των αναγκών τους, αν και αυτή η διάσταση αξιολογείται ελαφρώς χαμηλότερα σε σύγκριση με τις παραπάνω. Τέλος, η δήλωση «Μπορώ να εφαρμόσω κατάλληλα τις όποιες στρατηγικές μείωσης κόστους που προωθούνται από την εργασία μου» παρουσίασε τη χαμηλότερη μέση τιμή, 4,19, υποδεικνύοντας ότι η εφαρμογή στρατηγικών εξοικονόμησης πόρων αξιολογείται λιγότερο υψηλά από τους συμμετέχοντες. Αυτό ίσως αντικατοπτρίζει περιορισμένες δυνατότητες ή λιγότερη έμφαση σε αυτόν τον τομέα στην καθημερινή τους πρακτική. Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες εκτιμούν ιδιαίτερα τη διεπιστημονική γνώση και τη τήρηση επαγγελματικών προτύπων, ενώ αναδεικνύουν επίσης σημαντικές ικανότητες στην αξιοποίηση δικτύων και τη λήψη αποφάσεων.

Πίνακας 6 – Δεξιότητες Διαχείρισης

Δεξιότητες Διαχείρισης	N	Mean	Std. Deviation
1) Μπορώ να χρησιμοποιήσω τη γνώση άλλων επιστημών (πχ. κοινωνιολογία, ψυχολογία κλπ) που είναι χρήσιμες στο επάγγελμά μου.	90	5,40	1,613
2) Μπορώ να παρέχω φροντίδα σύμφωνα με τα καθορισμένα πρότυπα πρακτικής του επαγγέλματός μου.	90	5,40	1,380
3) Μπορώ να ζητήσω από τον προϊστάμενο τους πόρους που χρειάζομαι.	90	4,31	1,687
4) Μπορώ να εφαρμόσω κατάλληλα τις όποιες στρατηγικές μείωσης κόστους που προωθούνται από την εργασία μου.	90	4,19	1,476
5) Μπορώ να συμμετέχω αποτελεσματικά στο σχεδιασμό και στη διαχείριση ανθρώπινων πόρων στο χώρο που εργάζομαι.	90	4,58	1,696
6) Μπορώ να χρησιμοποιήσω τα κατάλληλα δίκτυα παραπομπής χωρίς δυσκολία.	90	4,78	1,620
7) Μπορώ να πάρω ορθές αποφάσεις ελλείψει	90	4,64	1,538

πολιτικών και διαδικασιών του οργανισμού στον οποίο απασχολούμαι.			

5.5.7. Επαγγελματική λογοδοσία - Self Assesed Professional Competence Scale

Η μεταβλητή «Επαγγελματική λογοδοσία» αξιολογήθηκε με χρήση κλίμακας από το 1 (Ποτέ) έως το 7 (Πάντα), όπου οι συμμετέχοντες (N = 90) έδωσαν βαθμολογίες που αντικατοπτρίζουν την αυτοαντίληψη και την ικανότητά τους να αναλαμβάνουν ευθύνη στον επαγγελματικό τους χώρο. Αρχικά, όπως παρουσιάζεται στο Πίνακα 7, η δήλωση «Μπορώ να αναφέρω λάθη και ζημιές, συμπεριλαμβανομένων και δικών μου» σημειώνει τη υψηλότερη μέση τιμή (5,93), υποδηλώνοντας ότι οι συμμετέχοντες αισθάνονται ιδιαίτερη ικανότητα να αναγνωρίζουν και να αναλαμβάνουν την ευθύνη για τα λάθη τους. Αυτή η ικανότητα αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διαφάνεια και την αυτοβελτίωση στον εργασιακό χώρο, καθώς συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος που προάγει την ανοιχτή επικοινωνία και την αυτοκριτική. Στη συνέχεια, η δήλωση «Μπορώ να εκτιμήσω ρεαλιστικά τη συνεισφορά μου στο χώρο εργασίας μου» κατέγραψε μέση τιμή (5,72). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες έχουν μια αρκετά ρεαλιστική και θετική αντίληψη για το πώς συμβάλλουν στην εργασία τους, γεγονός που μπορεί να ενισχύει την αυτοπεποίθησή τους και να προάγει ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον.

Η τρίτη δήλωση, «Μπορώ να χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου στην πράξη», εμφανίζει μέση τιμή (5,69). Αυτό το αποτέλεσμα αντανακλά την ικανότητα εφαρμογής θεωρητικών γνώσεων σε πρακτικές συνθήκες, δείχνοντας ότι οι συμμετέχοντες νιώθουν καλά προετοιμασμένοι να μεταφέρουν τις ακαδημαϊκές και επαγγελματικές τους γνώσεις στην καθημερινή τους εργασία. Η δήλωση «Μπορώ να αναγνωρίσω με ειλικρίνεια μια εργασία που δεν είχα ολοκληρώσει» κατέγραψε μέση τιμή (5,62). Παρόλο που η αυτογνωσία και η αναγνώριση των ελλείψεων είναι θεμελιώδεις για την προσωπική ανάπτυξη, το ελαφρώς χαμηλότερο αποτέλεσμα σε σύγκριση με τις προηγούμενες διαστάσεις υποδηλώνει ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης όσον αφορά την ειλικρινή αυτοαξιολόγηση σε περιπτώσεις ανεπιτυχούς ολοκλήρωσης εργασιών.

Τέλος, η δήλωση «Μπορώ να εντοπίσω και να επιλύσω αποτελεσματικά τα ηθικά διλήμματα στο χώρο εργασίας μου» παρουσιάζει τη χαμηλότερη μέση τιμή (5,28). Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να υποδηλώνει ότι, ενώ οι συμμετέχοντες νιώθουν γενικά ικανοί σε πολλές διαστάσεις της επαγγελματικής λογοδοσίας, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες προκλήσεις στην αναγνώριση και επίλυση ηθικών διλημμάτων, κάτι που μπορεί να απαιτεί περαιτέρω εκπαίδευση ή υποστήριξη σε αυτόν τον τομέα. Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής λογοδοσίας μεταξύ των συμμετεχόντων, με γενική τάση για αυτοκριτική, ρεαλιστική εκτίμηση της συνεισφοράς τους και εφαρμογή γνώσεων στην πράξη

Πίνακας 7 - Επαγγελματική λογοδοσία

Επαγγελματική λογοδοσία	N	Mean	Std. Deviation
1) Μπορώ να αναγνωρίσω με ειλικρίνεια μια εργασία που δεν είχα ολοκληρώσει.	90	5,62	1,450
2) Μπορώ να εκτιμήσω ρεαλιστικά τη συνεισφορά μου στο χώρο εργασίας μου.	90	5,72	1,290
3) Μπορώ να αναφέρω λάθη και ζημίες, συμπεριλαμβανομένων και των δικών μου	90	5,93	1,188
4) Μπορώ να χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου στην πράξη.	90	5,69	1,363
5) Μπορώ να εντοπίσω και να επιλύσω αποτελεσματικά ηθικά διλήμματα στο χώρο εργασίας μου.	90	5,28	1,290

5.5.8. Ικανότητα - Self Assesed Professional Competence Scale

Η μεταβλητή «Ικανότητα» αξιολογήθηκε με χρήση κλίμακας από το 1 (Ποτέ) έως το 7 (Πάντα), όπου οι συμμετέχοντες (N = 90) βαθμολόγησαν διάφορες πτυχές της επαγγελματικής τους ικανότητας. Σύμφωνα με τα δεδομένα που παρουσιάζονται στο Πίνακα 8, ξεκινώντας από τη δήλωση με τη μεγαλύτερη μέση τιμή, οι συμμετέχοντες έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην ικανότητα «Μπορώ να ασκώ το επάγγελμα χωρίς να κάνω διακρίσεις», η οποία πέτυχε μέσο όρο 6,42 (τυπική

απόκλιση 1,016), υποδηλώνοντας ότι αισθάνονται ιδιαίτερα ικανοί να λειτουργούν με ισότητα και χωρίς προκαταλήψεις στον επαγγελματικό τους χώρο. Σε δεύτερη θέση βρίσκεται η δήλωση «Μπορώ να προστατεύσω τα ανθρώπινα δικαιώματα (π.χ. τήρηση εμπιστευτικότητας, ίση κατανομή πόρων, προστασία ιδιωτικής ζωής)», με μέσο όρο 5,94 (τυπική απόκλιση 1,301), που αντανακλά υψηλή ευαισθητοποίηση και την ικανότητα διασφάλισης βασικών αξιών στον χώρο εργασίας. Η ικανότητα «Μπορώ να συνεισφέρω σημαντικά στην ανάπτυξη του επαγγέλματός μου», η οποία έχει μέσο όρο 5,42 (τυπική απόκλιση 1,272), υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες πιστεύουν στη θετική τους συμβολή στην εξέλιξη του επαγγελματικού πεδίου τους.

Ακολούθως, η δήλωση «Έχω την ικανότητα να εντοπίζω τα τρέχοντα προβλήματα και ζητήματα ψυχικής υγείας/υγείας» πέτυχε μέσο όρο 5,33 (τυπική απόκλιση 1,263), δείχνοντας ότι οι συμμετέχοντες αισθάνονται ικανοί να αναγνωρίζουν κρίσιμα προβλήματα στον τομέα της υγείας. Στη συνέχεια, η δήλωση «Μπορώ να διαχειριστώ τους διαθέσιμους πόρους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης» παρουσιάζει μέσο όρο 5,28 (τυπική απόκλιση 1,200), υποδεικνύοντας αρκετή αυτοπεποίθηση στην αποτελεσματική διαχείριση κρίσιμων πόρων σε επείγουσες καταστάσεις.

Τέλος, η δήλωση «Μπορώ να εφαρμόσω διαφορετικά θεραπευτικά πρωτόκολλα» έχει τη χαμηλότερη μέση τιμή, 4,94 (τυπική απόκλιση 1,393), γεγονός που μπορεί να υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες αισθάνονται μεγαλύτερη αβεβαιότητα ή ότι απαιτείται περαιτέρω κατάρτιση σε αυτή τη συγκεκριμένη διάσταση της επαγγελματικής τους ικανότητας. Συνολικά, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι συμμετέχοντες διαθέτουν υψηλό βαθμό αυτοαντίληψης όσον αφορά την επαγγελματική τους ικανότητα, με ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή της ισότητας και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, στοιχεία που θεωρούν κρίσιμα για τη διατήρηση ενός υγιούς και αποτελεσματικού εργασιακού περιβάλλοντος.

Πίνακας 8 - Ικανότητα

Ικανότητα	N	Mean	Std. Deviation
1) Έχω την ικανότητα να εντοπίζω τα τρέχοντα	90	5,33	1,263

προβλήματα και ζητήματα ψυχικής υγείας/υγείας.			
2) Μπορώ να διαχειριστώ τους διαθέσιμους πόρους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.	90	5,28	1,200
3) Μπορώ να εφαρμόσω διαφορετικά θεραπευτικά πρωτόκολλα.	90	4,94	1,393
4) Μπορώ να προστατεύσω τα ανθρώπινα δικαιώματα (π.χ. τήρηση εμπιστευτικότητας, ίση κατανομή πόρων, προστασία ιδιωτικής ζωής).	90	5,94	1,301
5) Μπορώ να συνεισφέρω σημαντικά στην ανάπτυξη της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας.	90	5,42	1,272
6) Μπορώ να ασκώ το επάγγελμα χωρίς να κάνω διακρίσεις του ωφελούμενου.	90	6,42	1,016

5.5.9. Επαγγελματική Ευθύνη και Αυτοπεποίθηση - Self Assesed Professional Competence Scale

Η μεταβλητή «Επαγγελματική Ευθύνη» αξιολογήθηκε με χρήση κλίμακας από το 1 (Ποτέ) έως το 7 (Πάντα). Σε αυτή τη διάσταση, οι συμμετέχοντες (N = 90) έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στη δυνατότητα ενσωμάτωσης αρχών και παρεμβάσεων βελτίωσης της ποιότητας στη πρακτική του επαγγέλματός τους. Το αποτέλεσμα, όπως φαίνεται στο Πίνακα 9, έδειξε μέση τιμή (5,58) υποδηλώνοντας ότι οι επαγγελματίες αισθάνονται σε υψηλό βαθμό ικανοί να εφαρμόσουν μεθοδικές και ποιοτικές παρεμβάσεις στη δουλειά τους. Αυτή η υψηλή βαθμολογία αντικατοπτρίζει μια ισχυρή επαγγελματική δέσμευση και αυτονομία, που είναι κρίσιμες για τη διασφάλιση της ποιότητας και της διαφάνειας στον εργασιακό χώρο. Η δυνατότητα αυτή συμβάλλει στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος όπου η συνεχής βελτίωση και η αυτοαξιολόγηση θεωρούνται ουσιώδεις, επιτρέποντας στους επαγγελματίες να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις προκλήσεις και τις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις του τομέα τους.

Αντίθετα, για τη διάσταση της «Αυτοπεποίθησης» όσον αφορά την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων για άλλους ανθρώπους, οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τη δήλωση «Μπορώ να εκφράσω δυναμικά αρνητικά συναισθήματα για άλλους ανθρώπους» χρησιμοποιώντας την ίδια κλίμακα (1 = Ποτέ, 7 = Πάντα). Το αποτέλεσμα έδειξε μέση τιμή (4,46), υποδηλώνοντας ότι οι συμμετέχοντες, αν και

αισθάνονται σε κάποιο βαθμό ικανοί να εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα, παρουσιάζουν μια πιο μέτρια στάση σε αυτή τη διάσταση. Η σχετικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με την επαγγελματική ευθύνη μπορεί να αντανακλά την επιδίωξη διατήρησης ενός ελεγχόμενου συναισθηματικού περιβάλλοντος στον χώρο εργασίας, όπου η έκφραση έντονων αρνητικών συναισθημάτων θεωρείται ανεπιθύμητη ή ακόμη και επαγγελματικά μη συμβατή. Αυτή η προσέγγιση πιθανόν να συμβάλλει στη διατήρηση της συνεργασίας και της θετικής επικοινωνίας μεταξύ των συναδέλφων, προάγοντας ένα υγιές και σταθερό εργασιακό κλίμα.

Πίνακας 9 - Επαγγελματική ευθύνη και Αυτοπεποίθηση

Επαγγελματική ευθύνη και Αυτοπεποίθηση	N	Mean	Std. Deviation
1) Μπορώ να ενσωματώσω αρχές και παρεμβάσεις βελτίωσης της ποιότητας στη πρακτική του επαγγέλματός μου.	90	5,58	1,171
1) Μπορώ να εκφράσω δυναμικά αρνητικά συναισθήματα για άλλους ανθρώπους.	90	4,46	1,664

5.6. Ικανοποίηση από την εργασία – Organisational Stress Screening Tool

Η μεταβλητή «Ικανοποίηση από την εργασία» αξιολογήθηκε με χρήση πενταβαθμικής κλίμακας, όπου οι βαθμοί κυμαίνονται από «Καθόλου» έως «Πάρα πολύ». Οι συμμετέχοντες (N = 90) βαθμολόγησαν 25 διαστάσεις που αφορούν τις αρνητικές πτυχές της εργασιακής τους εμπειρίας, αποκαλύπτοντας ποικίλα επίπεδα δυσαρέσκειας, όπως παρουσιάζεται στο Πίνακα 10. Από τη σειρά των αποτελεσμάτων, η ανώτερη μέση τιμή παρουσιάζεται στην δήλωση (24) «Στην εργασία μου έχω να αντιμετωπίσω δύσκολους ωφελούμενους» (M = 3,37), υποδηλώνοντας ότι οι εργαζόμενοι βιώνουν σημαντικές προκλήσεις από απαιτητικούς ή δύσκολους ωφελούμενους. Ακολουθεί η δήλωση (12) «Η εργασία μου είναι πιθανόν να αλλάξει στο μέλλον» (M = 2,99), που αντικατοπτρίζει την αβεβαιότητα για τις μελλοντικές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος.

Στη συνέχεια, οι ανησυχίες για την ανταμοιβή και την υγεία παρουσιάζονται με τις δηλώσεις (19) «Η αμοιβή μου δεν είναι τόσο καλή όσο είναι άλλων που κάνουν την ίδια ή παρόμοια εργασία με τη δική μου» (M = 2,87) και (21) «Η εργασία μου

κρύβει κινδύνους για την υγεία μου» (Μ = 2,83). Η δήλωση (11) «Δεν έχω επαρκή χρόνο να κάνω τη δουλειά μου όπως θα ήθελα» (Μ = 2,80) καταδεικνύει προβλήματα στη διαχείριση χρόνου, ενώ η (22) «Παρακολουθούν συστηματικά την απόδοσή μου στο χώρο εργασίας μου» (Μ = 2,66) μαρτυρά την αίσθηση επιτήρησης και πίεσης από την πλευρά του εργασιακού περιβάλλοντος.

Μεταβαίνοντας στις διαστάσεις που σχετίζονται με τη συμμετοχή και την αναγνώριση, η δήλωση (15) «Οι ιδέες μου ή προτάσεις μου δεν λαμβάνονται υπόψη» (Μ = 2,47) αποδίδει μια αισθητή έλλειψη αναγνώρισης, ενώ η (10) «Μου αναθέτουν υπερβολικό έργο στην εργασία μου που δεν μπορώ να το διαχειριστώ» (Μ = 2,39) και η (18) «Δεν έχω τον κατάλληλο εξοπλισμό για να κάνω τη δουλειά μου» (Μ = 2,38) υποδηλώνουν περιορισμούς στους διαθέσιμους πόρους. Η δήλωση (14) «Δε συμμετέχω στις αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία μου» (Μ = 2,37) αντανακλά μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ενώ η (20) «Το εργασιακό μου περιβάλλον δεν είναι ευχάριστο (π.χ. θορυβώδες, βρώμικο, ανθυγιεινό)» (Μ = 2,32) καταδεικνύει δυσμενείς συνθήκες εργασίας. Η δήλωση (7) «Εργάζομαι Σαβ/κα και βραδινές ώρες» (Μ = 2,31) υποδηλώνει δυσκολίες στο ωράριο εργασίας.

Οι διαστάσεις που αφορούν την αίσθηση προσωπικής αναγνώρισης και υποστήριξης παρουσιάζονται στην επόμενη ομάδα. Συγκεκριμένα, οι δηλώσεις (16) «Δε μου έχουν πει ποτέ ότι κάνω καλά τη δουλειά μου» και (25) «Δεν ευχαριστιέμαι την εργασία μου» (καθεμία με Μ = 2,27) δείχνουν έλλειψη επιβράβευσης, ενώ η (9) «Στη δουλειά μου έχω να προλάβω μη ρεαλιστικές προθεσμίες» (Μ = 2,26) υποδηλώνει πίεση από υπερβολικές προθεσμίες. Ακολουθούν οι δηλώσεις (1) «Αισθάνομαι απομονωμένος στη δουλειά» (Μ = 2,24) και (2) «Δεν είμαι σίγουρος για αυτό που ο προϊστάμενος περιμένει από μένα» (Μ = 2,23), που αποκαλύπτουν συναισθήματα αβεβαιότητας και απομόνωσης.

Στη συνέχεια, η δήλωση (6) «Εργάζομαι περισσότερες ώρες από αυτές που συμφώνησα αρχικά» (Μ = 2,16) αντανακλά υπερφόρτωση χρόνου, ενώ η (23) «Η εργασία μου είναι βαρετή και επαναλαμβανόμενη» (Μ = 2,13) υποδηλώνει μονοτονία. Η δήλωση (5) «Οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου δεν είναι καλές» (Μ = 2,10) καταδεικνύει προβλήματα στη συνεργασία και η (13) «Νιώθω ότι τα προσόντα μου δε θα είναι αρκετά για τη δουλειά μου στο κοντινό μέλλον» (Μ = 2,06) μαρτυρά επαγγελματική ανασφάλεια.

Τέλος, οι δηλώσεις (3) «Ο προϊστάμενος διαρκώς βρίσκει λάθη σε αυτά που κάνω» (M = 2,00) και (4) «Άλλοι παίρνουν την επιβράβευση για αυτά που κάνω εγώ» (M = 1,98) δείχνουν έντονη κριτική και αίσθηση αδικίας, ενώ η (17) «Δεν είμαι επαρκώς εκπαιδευμένος για να εκτελέσω όσα απαιτεί η εργασία μου» (M = 1,97) υποδηλώνει έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης. Η πιο χαμηλή μέση τιμή καταγράφεται στην δήλωση (8) «Στην εργασία μου καταναλώνω πολλές ώρες ταξιδεύοντας» (M = 1,56), υποδηλώνοντας ότι αυτή η διάσταση δεν επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των εργαζομένων.

Πίνακας 10 - Ικανοποίηση από την εργασία

Ικανοποίηση από την εργασία	N	Mean	Std. Deviation
1) Αισθάνομαι απομονωμένος στη δουλειά (π.χ. δουλεύω μόνος μου ή δεν έχω υποστήριξη από τους άλλους).	90	2,24	1,063
2) Δεν είμαι σίγουρος για αυτό που ο προϊστάμενος περιμένει από μένα.	90	2,23	1,190
3) Ο προϊστάμενος διαρκώς βρίσκει λάθη σε αυτά που κάνω.	90	2,00	1,102
4) Άλλοι παίρνουν την επιβράβευση για αυτά που κάνω εγώ.	90	1,98	1,101
5) Οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου δεν είναι καλές.	90	2,10	1,316
6) Εργάζομαι περισσότερες ώρες από αυτές που συμφώνησα αρχικά.	90	2,16	1,315
7) ΕργάζομαιΣαβ/κα και βραδινές ώρες.	90	2,31	1,511
8) Στην εργασία μου καταναλώνω πολλές ώρες ταξιδεύοντας.	90	1,56	,937
9) Στην εργασία μου έχω να προλάβω μη ρεαλιστικές προθεσμίες.	90	2,26	1,268
10) Μου αναθέτουν υπερβολικό έργο στην εργασία μου που δεν μπορώ να διαχειριστώ.	90	2,39	1,187
11) Δεν έχω επαρκή χρόνο να κάνω την εργασία	90	2,80	1,367

μου όπως θα ήθελα.			
12) Η εργασία μου είναι πιθανόν να αλλάξει στο μέλλον.	90	2,99	1,345
13) Νιώθω ότι τα προσόντα μου δε θα είναι αρκετά για την εργασία μου στο κοντινό μέλλον.	90	2,06	1,115
14) Δεν συμμετέχω στις αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία μου.	90	2,37	1,302
15) Οι ιδέες μου ή προτάσεις μου δεν λαμβάνονται υπόψη.	90	2,47	1,274
16) Δεν μου έχουν πει ποτέ ότι κάνω καλά τη δουλειά μου.	90	2,27	1,413
17) Δεν είμαι επαρκώς εκπαιδευμένος για να εκτελέσω όσα απαιτεί η εργασία μου.	90	1,97	1,166
18) Δεν έχω τον κατάλληλο εξοπλισμό για να κάνω την εργασία μου.	90	2,38	1,223
19) Η αμοιβή μου δεν είναι τόσο καλή όσο είναι άλλων που κάνουν την ίδια ή παρόμοια εργασία με τη δική μου.	90	2,87	1,367
20) Το εργασιακό μου περιβάλλον δεν είναι ευχάριστο (π.χ. θορυβώδες, βρώμικο, ανθυγιεινό).	90	2,32	1,381
21) Η εργασία μου κρύβει κινδύνους για την υγεία μου.	90	2,83	1,351
22) Παρακολουθούν συστηματικά την απόδοσή μου στο χώρο εργασίας μου.	90	2,66	1,210
23) Η εργασία μου είναι βαρετή και επαναλαμβανόμενη.	90	2,13	1,192
24) Στην εργασία μου έχω να αντιμετωπίσω δύσκολους ωφελούμενους.	90	3,37	1,267
25) Δεν ευχαριστιέμαι την εργασία μου.	90	2,27	1,197

Τέλος, η μεταβλητή που αφορά την αυτοαξιολόγηση της τρέχουσας κατάστασης υγείας μετρήθηκε σε δείγμα 90 ατόμων, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα όπου οι τιμές κυμαίνονται από το ελάχιστο 4 έως το μέγιστο 10. Η μέση τιμή (6,82)

υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες, γενικά, αξιολογούν την υγεία τους σε πάνω από μέτριο επίπεδο, όπως φαίνεται στο Πίνακα 11. Η κατανομή των τιμών αντικατοπτρίζει μια σχετικά θετική αντίληψη της υγείας, παρόλο που κάποιες αξιολογήσεις πέφτουν στο χαμηλότερο εύρος, γεγονός που υποδηλώνει ποικιλία στις προσωπικές εμπειρίες και στις συνθήκες υγείας.

Σε αντίθεση με αυτήν την άποψη, η μεταβλητή που αφορά τον αριθμό των ημερών απουσίας από την εργασία τους κατά τους 12 προηγούμενους μήνες (συμπεριλαμβανομένης της νόμιμης άδειας) παρουσιάζει σημαντική διασπορά. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των ημερών απουσίας κυμαίνεται από 0 έως 130 ημέρες, με μέση τιμή 17,82 ημέρες και τυπική απόκλιση 16,047. Αυτή η ευρεία μεταβλητότητα δείχνει ότι, ενώ ο μέσος όρος φαίνεται να υποδηλώνει ένα σχετικά χαμηλό αριθμό απουσιών, ορισμένοι εργαζόμενοι αναφέρουν εξαιρετικά υψηλές τιμές

Πίνακας 11 – Συμπληρωματικές ερωτήσεις

	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
26) Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση της υγεία σας την τρέχουσα περίοδο; (επιλέξτε έναν αριθμό μεταξύ του 1=πολύ κακή και του 10=πολύ καλή)	90	4	10	6,82	1,706
27) Αριθμός ημερών απουσίας από την εργασία σας κατά τους 12 προηγούμενους μήνες; (συμπεριλαμβανομένης της νόμιμης άδειας)	90	0	130	17,82	16,047

5.6.1. Συνολικές μεταβλητές

Παρακάτω στο Πίνακα 12, παρουσιάζεται μια ολοκληρωμένη ανάλυση των συνολικών μεταβλητών της έρευνας, με ρητή αναφορά στην εκάστοτε κλίμακα μέτρησης και την κατάλληλη ερμηνεία των τιμών που προκύπτουν από τις περιγραφικές στατιστικές (N = 90).

Στρεσογόνα Γεγονότα. Αξιολογήθηκαν με πενταβαθμική κλίμακα, όπου 1 αντιστοιχεί στο «Έχει συμβεί σε εμένα», 2 στο «Έχει συμβεί σε κάποιο κοντινό μου πρόσωπο», 3 στο «Έχει συμβεί τους τελευταίους 6–12 μήνες», 4 στο «Έχει συμβεί γενικά στη ζωή μου» και 5 στο «Δεν μου έχει συμβεί ποτέ». Οι τιμές κυμαίνονται από 1,78 έως 4,32, με μέσο όρο 3,18 (Τ.Α. 0,69). Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα σε σχετικά υψηλό βαθμό.

Επιβάρυνση από την προσφορά φροντίδας. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα τεσσάρων βαθμίδων, όπου 1 = «Καθόλου», 2 = «Λίγο», 3 = «Μέτρια» και 4 = «Πολύ». Οι τιμές κυμαίνονται από 1,13 έως 3,94, με μέσο όρο 2,26 (Τ.Α. 0,58). Ο μέσος όρος αυτός υποδηλώνει ότι η επιβάρυνση από την παροχή φροντίδας βιώνεται σε επίπεδο μέτριας έντασης.

Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών. Μετρήθηκαν με πενταβαθμική κλίμακα, όπου 1 = «Ποτέ», 2 = «Σπάνια», 3 = «Μερικές φορές», 4 = «Συχνά» και 5 = «Πάντα». Οι τιμές κυμαίνονται από 2,44 έως 4,25, με μέσο όρο 3,22 (Τ.Α. 0,31). Αυτό το αποτέλεσμα δείχνει ότι οι συμμετέχοντες εφαρμόζουν στρατηγικές αντιμετώπισης σε συχνή βάση, με σχετικά ομοιόμορφη κατανομή απαντήσεων.

Κακή κατάσταση Γενικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας. Η αξιολόγηση έγινε με κλίμακα τεσσάρων βαθμίδων, όπου 1 αντιστοιχεί στο «Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως», 2 στο «Το ίδιο όπως συνήθως», 3 στο «Περισσότερο από ό,τι συνήθως» και 4 στο «Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως». Οι τιμές κυμαίνονται από 1,39 έως 2,96, με μέσο όρο 2,03 (Τ.Α. 0,32), υποδεικνύοντας ότι η κακή κατάσταση υγείας και ψυχικής υγείας παρουσιάζεται σε χαμηλό έως μεσαίο επίπεδο.

Απόδοση. Η μεταβλητή αυτή αξιολογήθηκε με κλίμακα 7 βαθμίδων, όπου 1 = «Ποτέ» και 7 = «Πάντα». Οι τιμές κυμαίνονται από 1 έως 7, με μέσο όρο 4,76 (Τ.Α. 1,22). Ο μέσος όρος υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες αξιολογούν την απόδοσή τους σε επίπεδο μέτρια έως υψηλού βαθμού.

Επαγγελματική λογοδοσία. Χρησιμοποιήθηκε η ίδια κλίμακα 7 βαθμίδων (1 = «Ποτέ», 7 = «Πάντα»), και οι συμμετέχοντες έδειξαν υψηλή αυτοαντίληψη, με τιμές από 1 έως 7 και μέσο όρο 5,65 (Τ.Α. 1,09). Αυτό υποδηλώνει ότι οι επαγγελματίες αισθάνονται ιδιαίτερα ικανοί να αναλαμβάνουν ευθύνη και να εκτελούν τα καθήκοντά τους με διαφάνεια.

Ικανότητα. Επίσης αξιολογήθηκε με κλίμακα 7 βαθμίδων (1 = «Ποτέ», 7 = «Πάντα»). Οι τιμές κυμαίνονται από 2,50 έως 7, με μέσο όρο 5,56 (Τ.Α. 0,95). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες πιστεύουν στις επαγγελματικές τους ικανότητες.

Ικανοποίηση. Η μεταβλητή αυτή αξιολογήθηκε με πενταβαθμική κλίμακα, όπου 1 = «Καθόλου», 2 = «Λίγο», 3 = «Μέτρια», 4 = «Πολύ» και 5 = «Πάρα πολύ». Οι τιμές κυμαίνονται από 1,12 έως 4,24, με μέσο όρο 2,36 (Τ.Α. 0,67), υποδηλώνοντας σχετικά χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία.

Επαγγελματική Ευθύνη. Αξιολογήθηκε με κλίμακα 7 βαθμίδων (1 = «Ποτέ», 7 = «Πάντα»). Οι τιμές κυμαίνονται από 2 έως 7, με μέσο όρο 5,58 (Τ.Α. 1,17), δείχνοντας υψηλή αίσθηση ευθύνης στον επαγγελματικό χώρο.

Αυτοπεποίθηση. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα 7 βαθμίδων (1 = «Ποτέ», 7 = «Πάντα»). Οι τιμές κυμαίνονται από 1 έως 7, με μέσο όρο 4,46 (Τ.Α. 1,66). Ο μέσος όρος υποδηλώνει μέτρια αυτοπεποίθηση, με μεγαλύτερη διακύμανση μεταξύ των συμμετεχόντων.

Πίνακας 12 - Οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας

	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
Στρεσογόνα Γεγονότα	90	1,78	4,32	3,182	,69015
Επιβάρυνση από την προσφορά φροντίδας	90	1,13	3,94	2,256	,57842
Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών	90	2,44	4,25	3,224	,31484
Κακή κατάσταση Γενικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας	90	1,39	2,96	2,030	,32105
Απόδοση	90	1,00	7,00	4,757	1,21812
Επαγγελματική λογοδοσία	90	1,00	7,00	5,648	1,08816
Ικανότητα	90	2,50	7,00	5,557	,94551
Μη ικανοποίηση	90	1,12	4,24	2,3582	,66793
Επαγγελματική Ευθύνη	90	2	7	5,58	1,171
Αυτοπεποίθηση	90	1	7	4,46	1,664

5.7. Σύνθετες αναλύσεις

5.7.1. Στρεσογόνα γεγονότα, είδη απωλειών σε σχέση με την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των συμμετεχόντων

Συσχετίσεις								
Στρεσογόνα γεγονότα / Είδη απώλειας		Επιβάρυνση φροντιστών	Τρόποι αντιμετώπισης	Γενική και ψυχική υγεία	Δεξιότητες διαχείρισης	Επαγγελματική λογοδοσία	Ικανότητα	Εργασιακή Ικανοποίηση
Θάνατος μέλους της οικογένειας	Pearson Correlation					-,216*	-,235*	-,249*
	Sig. (2-tailed)					,041	,026	,018
	N					90	90	90
Τραυματισμός	Pearson Correlation	-,268*						
	Sig. (2-tailed)	,011						
	N	90						
Απόλυση από την εργασία	Pearson Correlation							-,267*
	Sig. (2-tailed)							,011
	N							90
Θάνατος στενού φίλου	Pearson Correlation	-,249*						
	Sig. (2-tailed)	,018						
	N	90						
Αλλαγή στη συχνότητς διαπλκτι	Pearson Correlation	-,314**						
	Sig. (2-tailed)	,003						

σμών με το/τη σύντροφο	**N**	90						
Οικονομικά προβλήματα	**Pearson Correlation**	-,343**		,255*	,261*			-,298**
	Sig. (2-tailed)	,001		,015	,013			,004
	N	90		90	90			90
Αλλαγή αρμοδιοτήτων στην εργασία	**Pearson Correlation**	-,446**						
	Sig. (2-tailed)	,000						
	N	90						
Ενδοοικογενειακές συγκρούσεις	**Pearson Correlation**							-,280**
	Sig. (2-tailed)							,008
	N							90
Αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης	**Pearson Correlation**					,268*		
	Sig. (2-tailed)					,011		
	N					90		
Προβλήματα με τον προιστάμενο	**Pearson Correlation**	-,318**			,224*	,230*		-,264*
	Sig. (2-tailed)	,002			,034	,029		,012
	N	90			90	90		90
Αλλαγή στο ωράριο ή τις συνθήκες εργασίας	**Pearson Correlation**	-,244*	-,208*	-,228*		,227*		-,353**
	Sig. (2-tailed)	,021	,49	,030		,032		,001
	N	90	90	90		90		90
Αλλαγή κατοικίας	**Pearson Correlat**					,234*		

	ion							
	Sig. (2-tailed)					,026		
	N					90		
Αλλαγή στις συνθήκες ύπνου	**Pearson Correlation**	-,236*		-,218*	,210*	,242*		-,274**
	Sig. (2-tailed)	,025		,039	,047	,022		,009
	N	90		90	90	90		90
Αλλαγή στη συχνότητα των οικογενειακών συναρθροίσεων	**Pearson Correlation**	-,255*		-,277**		,386**		-,330**
	Sig. (2-tailed)	,015		,008		,000		,001
	N	90		90		90		90
Αλλαγές στις συνήθειες διατροφής	**Pearson Correlation**	-,262*				,294**		-,224
	Sig. (2-tailed)	,013				,005		,034
	N	90				90		90
Μικρο-προβλήματα με το νόμο	**Pearson Correlation**	-,255*			,255*	,299**		
	Sig. (2-tailed)	,015			,015	,004		
	N	90			90	90		

Ο πίνακας παρουσιάζει τις συσχετίσεις μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων ή ειδών απώλειας και επιμέρους ψυχοκοινωνικών παραμέτρων, όπως η επιβάρυνση φροντιστών, οι τρόποι αντιμετώπισης, η γενική και ψυχική υγεία, οι δεξιότητες διαχείρισης, η επαγγελματική λογοδοσία και η εργασιακή ικανοποίηση. Οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης Pearson (r) κυμαίνονται μεταξύ -1 και +1, με αρνητικές τιμές να υποδηλώνουν αντίστροφη σχέση μεταξύ των μεταβλητών και θετικές τιμές να υποδεικνύουν άμεση σχέση. Οι τιμές με ένα ή δύο αστερίσκους (*) αντιστοιχούν σε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις στο επίπεδο $p < 0,05$.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα σχετίζονται αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση, την ψυχική υγεία και την επαγγελματική λογοδοσία. Ειδικότερα, η αλλαγή αρμοδιοτήτων στην εργασία ($r = -0.446$, $p < .001$), τα οικονομικά προβλήματα ($r = -0.343$, $p < .001$) και η αλλαγή στο ωράριο ή στις συνθήκες εργασίας ($r = -0.353$, $p < .001$) εμφανίζουν τις ισχυρότερες αρνητικές συσχετίσεις, υποδεικνύοντας ότι όσο αυξάνονται οι επαγγελματικές ή οικονομικές πιέσεις, τόσο μειώνεται η εργασιακή ικανοποίηση και η αίσθηση επαγγελματικής δέσμευσης. Παρόμοια, γεγονότα όπως ο θάνατος μέλους της οικογένειας, ο τραυματισμός ή οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας.

Παράλληλα, εντοπίζονται ορισμένες θετικές συσχετίσεις, οι οποίες ενδέχεται να αντανακλούν μηχανισμούς ανθεκτικότητας ή προσαρμογής. Ενδεικτικά, η αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης ($r = 0.268$, $p < .05$) και η αλλαγή κατοικίας ($r = 0.234$, $p < .05$) σχετίζονται θετικά με δείκτες ψυχικής υγείας, υποδηλώνοντας ότι σε ορισμένες περιπτώσεις οι αλλαγές μπορεί να λειτουργούν ως ευκαιρία αναπροσαρμογής και ενδυνάμωσης. Επίσης, η συχνότερη συμμετοχή σε οικογενειακές συναθροίσεις παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη γενική υγεία ($r = 0.386$, $p < .001$), γεγονός που αναδεικνύει τον προστατευτικό ρόλο των κοινωνικών δεσμών.

Συνολικά, τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι απώλειες και τα στρεσογόνα γεγονότα συνδέονται σημαντικά με αρνητικές εκβάσεις στην επαγγελματική και ψυχική λειτουργικότητα, ενώ η ύπαρξη θετικών συσχετίσεων σε ορισμένους τομείς αναδεικνύει τη σημασία των δεξιοτήτων προσαρμογής και της κοινωνικής υποστήριξης ως παραγόντων ανθεκτικότητας.

5.7.2. Στρεσογόνα γεγονότα και είδη απωλειών σε σχέση με τις στρατηγικές διαχείρισης.

Από την ανάλυση των συσχετίσεων Pearson προέκυψαν στον παραπάνω πίνακα εντοπίστηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ συγκεκριμένων στρεσογόνων γεγονότων και των τρόπων διαχείρισης που υιοθετούν οι συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, τα οικονομικά προβλήματα παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με τους τρόπους διαχείρισης ($r = 0.255$, $p < .05$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η οικονομική πίεση ενδέχεται να κινητοποιεί την ενεργοποίηση στρατηγικών

αντιμετώπισης, πιθανώς λόγω της ανάγκης επίλυσης πρακτικών ζητημάτων και αναζήτησης υποστηρικτικών πόρων.

Αντίθετα, η αλλαγή στη συχνότητα των οικογενειακών συναθροίσεων εμφανίζει αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους τρόπους διαχείρισης ($r = -0.277$, $p < .01$). Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι η μείωση των κοινωνικών και οικογενειακών επαφών μπορεί να αποδυναμώνει τη χρήση λειτουργικών μηχανισμών αντιμετώπισης, καθώς περιορίζει τις ευκαιρίες για συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη.

Επιπλέον, οι αλλαγές στις συνθήκες ύπνου ($r = -0.218$, $p < .05$) συσχετίζονται επίσης αρνητικά με τους τρόπους διαχείρισης, γεγονός που υποδηλώνει ότι η διατάραξη βασικών βιολογικών ρυθμών, όπως ο ύπνος, επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε στρεσογόνες καταστάσεις. Παρόμοιο μοτίβο αρνητικής σχέσης παρατηρείται και στις αλλαγές στις οικογενειακές συναναστροφές, όπου τα αυξημένα επίπεδα στρες συνδέονται με χαμηλότερη χρήση θετικών στρατηγικών αντιμετώπισης.

Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα και οι απώλειες συνδέονται με διαφοροποιήσεις στους τρόπους διαχείρισης, με τις αρνητικές εμπειρίες να οδηγούν σε λιγότερο αποτελεσματικές ή δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές**,** ενώ κάποιες πιεστικές αλλά πρακτικά διαχειρίσιμες καταστάσεις (όπως τα οικονομικά προβλήματα) φαίνεται να ενεργοποιούν πιο ενεργητικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη διττή φύση του στρες, το οποίο μπορεί, ανάλογα με το περιεχόμενο και την έντασή του, είτε να αποδυναμώσει είτε να ενισχύσει τις δεξιότητες προσαρμογής του ατόμου.

5.7.5. Τύποι απώλειας, στρεσογόνες εμπειρίες, τρόπος διαχείρισης και βαθμός ικανοποίησης και αποδοτικότητας των εργαζόμενων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τα αντίστοιχα στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.

	F	Sig.
Στρεσογόνα γεγονότα	1.574	0.176
Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών	0.37	0.868
Απόδοση	0.662	0.653
Επαγγελματική	0.307	0.907

λογοδοσία		
Ικανότητα	1.483	0.204
Εργασιακή Ικανοποίηση	5.805	0.062

Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) πραγματοποιήθηκε για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων φροντιστών ως προς τα στρεσογόνα γεγονότα, τους τρόπους αντιμετώπισης δυσκολιών, την απόδοση, την επαγγελματική λογοδοσία, την ικανότητα και την εργασιακή ικανοποίηση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διαφορές μεταξύ των ομάδων στις μεταβλητές στρεσογόνα γεγονότα ($F = 1,574$, $p = 0,176$)**,** τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών ($F = 0,370$, $p = 0,868$)**,** απόδοση ($F = 0,662$, $p = 0,653$)**,** επαγγελματική λογοδοσία ($F = 0,307$, $p = 0,907$) και ικανότητα ($F = 1,483$, $p = 0,204$) δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Αυτό υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες, ανεξαρτήτως ομάδας ή βαθμίδας φροντίδας, δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τον τρόπο που βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις, τους τρόπους διαχείρισης, την απόδοση και τις δεξιότητες διαχείρισης.

Όσον αφορά την εργασιακή ικανοποίηση ($F = 5,805$, $p = 0,062$)**,** παρατηρείται μια τάση διαφοροποίησης μεταξύ των ομάδων, η οποία όμως δεν φτάνει στο παραδοσιακό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ($p < 0,05$). Αυτό υποδηλώνει ότι η εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τη βαθμίδα φροντίδας, αλλά τα δεδομένα δεν παρέχουν επαρκή απόδειξη για σαφή στατιστικά σημαντική διαφορά.

Συνολικά, τα αποτελέσματα του ANOVA δείχνουν ότι οι ομάδες φροντιστών εμφανίζουν ομοιογένεια στη διαχείριση στρεσογόνων γεγονότων και στην επαγγελματική τους λειτουργία, ενώ η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να επηρεάζεται μερικώς από την ομάδα, χωρίς όμως να τεκμηριώνεται στατιστικά. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της παροχής υποστήριξης σε όλους τους φροντιστές ανεξαρτήτως βαθμίδας, για τη διατήρηση της απόδοσης και της ψυχοκοινωνικής τους ευημερίας.

5.8. Συσχέτιση της παρούσας ποσοτικής έρευνας με προηγούμενες μελέτες

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας ανέδειξε κυρίως ποσοτικές μελέτες που σχετίζονται με τα ερευνητικά μας ερωτήματα. Σε μια ποσοτική έρευνα που έγινε το 2008 σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία στη Ινδία σε 75 επαγγελματίες υγείας ερευνήθηκε πως επηρεάζει το εργασιακό και το προσωπικό στρες στη ψυχική υγεία και την εργασιακή ικανοποίηση. Διαφαίνεται ότι το άγχος επηρεάζει αρνητικά τη ψυχική υγεία, προκαλεί αισθήματα κατάθλιψης και επηρεάζει σημαντικά την εργασιακή ικανότητα και την απόδοση. Επίσης, τα υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με μειωμένη παραγωγικότητα, χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας και πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας (Shukla & Srivastava, 2008). Παρουσιάζονται κοινά δεδομένα με τη συγκεκριμένη έρευνα, καθώς βλέπουμε ότι η εργασιακή ικανοποίηση και η αποδοτικότητα φαίνεται να συσχετίζονται με το ιστορικό απωλειών και τα στρεσογόνα γεγονότα.

Από άλλη πλευρά, σε μια ποσοτική εγκάρσια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2020 σε 171 νοσηλευτές που εργάζονται στα Επείγοντα Περιστατικά σε 4 νοσοκομεία στην Ανδαλουσία της Ισπανίας, η οποία μετρούσε το burn out, του στρες και της επαγγελματικής ικανοποίησης, έδειξε ότι υπάρχουν χαμηλά επίπεδα burn out και μέτρια ικανοποίηση από το εργασιακό περιβάλλον. Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και τους στρες. Ωστόσο, διαφαίνεται ότι προσωπικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας και η έλλειψη σωματικής άσκηση σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Τρόποι διαχείρισης και αντιμετώπισης δείχνουν να προστατεύουν τους ίδιους από την ύπαρξη burn out και επαγγελματικής ικανοποίησης (Portero de la Cruz et al., 2020). Αντίστοιχα και στα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που εργάζονται λιγότερα χρόνια παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και αποδοτικότητα στον εργασιακό χώρο σε σχέση με επαγγελματίες που εργάζονται περισσότερο από ένα χρόνο. Συμπερασματικά, διαφαίνεται ότι τα έτη προϋπηρεσίας επηρεάζουν την εργασιακή εξουθένωση και την ικανοποίηση.

Πραγματοποιήθηκε επίσης μια εκτεταμένη έρευνα στην Ελβετία σε 19.340 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομεία, ψυχιατρικές κλινικές, μονάδες αποκατάστασης, οίκους ευγηρίας και κατ' οίκον φροντίδα σε σχέση με την ικανοποίηση από το εργασιακό πλαίσιο. Μελετήθηκε κατά πόσο οι προσωπικές και εργασιακές υποχρεώσεις και ευθύνες προκαλούν στρες στους επαγγελματίες και

επηρεάζουν την αποδοτικότητα στον εργασιακό χώρο. Η συχνή έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα, όπως η κακή επικοινωνία, η κακή οργανωσιακή ηγεσία, το στρες, προκαλούν κόπωση, εξάντληση, διαταραχές ύπνου και οδηγούν σε φορτισμένο εργασιακό περιβάλλον, μειώνουν την αποδοτικότητα των επαγγελματιών, αυξάνουν την επαγγελματική εξουθένωση και υπάρχει η πρόθεση αποχώρησης από την εργασία (Peter et al., 2024). Διαπιστώνομε ότι στη συγκεκριμένη έρευνα, η έκθεση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας σε εργασιακά στρεσογόνα γεγονότα και προσωπικές εμπειρίες, όπως οι προσωπικές απώλειες επηρεάζουν καθοριστικά την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα στο εργασιακό πλαίσιο.

Σε μια ποσοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία το 2025, σε 1.002 νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία, διαφαίνεται ότι το εργασιακό πένθος προκαλεί εργασιακό στρες σε μεγάλο βαθμό, που οδηγεί στη πρόθεση εργασιακής αποχώρησης. Κάποιοι από τους παράγοντες που ανέφεραν οι νοσηλευτές στη συγκεκριμένη έρευνα είναι ποικίλοι στρεσογόνοι παράγοντες, όπως υπερβολικό φόρτο εργασίας, επιβαρυμένη φροντίδα ασθενών, η διαχείριση σωματικών, συναισθηματικών φορτίων και διαπροσωπικών σχέσεων. Επίσης, σημαντική θέση στη πρόθεση αποχώρησης των συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας κατέχει και το πένθος στο εργασιακό πλαίσιο (Granados-Gamez et al., 2025). Στη συγκεκριμένη έρευνα, αντιστοίχως, οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν προσωπικές εμπειρίες απώλειας και εργασιακές στρεσογόνες καταστάσεις που συνδέονται με την αντίληψη για την υγεία τους, την αποδοτικότητα και την ικανοποίηση στο χώρο εργασίας.

Τέλος, σε μια ποσοτική διατομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2023-2024, στη Τσεχία σε επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους) που εργάζονται σε διάφορα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, ανέδειξε ότι τα υψηλά ποσοστά εργασιακού άγχους και κακής ψυχικής υγείας συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την εργασιακή ικανοποίηση και τη ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Ακόμα, δόθηκε έμφαση στη σημασία της δημιουργίας υπηρεσιών υποστήριξης καθώς και μέτρων αντιμετώπισης για τη βελτίωση της αποδοτικότητας στον χώρο εργασίας τους (Cakirpaloglu et al., 2024). Πράγματι και στη συγκεκριμένη έρευνα διαφαίνεται ότι επηρεάζεται σημαντικά η αποδοτικότητα στο εργασιακό πλαίσιο, από την ύπαρξη εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπροσθέτως, αναφέρεται και στη συγκεκριμένη έρευνα η

σημαντικότητα των υποστηρικτικών δομών και των στρατηγικών διαχείρισης, με σκοπό την βελτίωση των συνθηκών εργασίας και των επίπεδων ικανοποίησης από αυτή.

5.9. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα εστιάζει στη διερεύνηση των επιπτώσεων που έχουν οι εμπειρίες προσωπικής απώλειας και άλλα στρεσογόνα γεγονότα στην υγεία, την εργασιακή ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Μέσω της ποσοτικής ανάλυσης διαφόρων μεταβλητών και της σύγκρισης κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών, επιχειρείται η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αυτές οι εμπειρίες διαμορφώνουν τις ψυχοκοινωνικές αντιλήψεις και συμπεριφορές των επαγγελματιών. Η μελέτη επιδιώκει να δείξει τόσο τις γενικές τάσεις που παρατηρούνται στο δείγμα όσο και τις λεπτομερείς διαφορές που προκύπτουν μεταξύ των ομάδων, δίνοντας έμφαση στις συσχετίσεις μεταξύ των προσωπικών απωλειών, των στρεσογόνων γεγονότων και των αποτελεσμάτων στην υγεία και στην επαγγελματική απόδοση. Τα ευρήματα που προκύπτουν ενδέχεται να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων και την ενίσχυση των υποστηρικτικών δομών στον χώρο της υγείας.

Η ανάλυση των συνολικών μεταβλητών της μελέτης αντικατοπτρίζει ένα πολυδιάστατο πλαίσιο, στο οποίο οι εμπειρίες απώλειας και τα στρεσογόνα γεγονότα συνυπάρχουν με την εκτίμηση της υγείας, της ικανοποίησης και της αποδοτικότητας των εργαζομένων. Σε γενικές γραμμές, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας βιώνουν μια σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ των προσωπικών τους εμπειριών και των επαγγελματικών τους απαιτήσεων. Η αντίληψη για την υγεία, αν και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, φαίνεται να διαμορφώνεται σημαντικά από το ιστορικό εμπειριών απώλειας και τις σύνοδες στρεσογόνες καταστάσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας είναι συνεχώς εκτεθειμένοι σε στρεσογόνα γεγονότα και επηρεάζονται σημαντικά τόσο από προσωπικές εμπειρίες απώλειας όσο και εμπειρίες που σχετίζονται με την επαγγελματική και προσωπική τους ζωή.

Από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας ενισχύονται από το ρόλο τους, γεγονός που φαίνεται να επιδρά θετικά στην

εργασιακή τους καθημερινότητα. Ωστόσο, ο ρόλος τους επηρεάζει τη προσωπική και κοινωνική ζωή, περιορίζοντας τον ελεύθερο χρόνο και δημιουργώντας δυσκολίες στη καθημερινότητά τους.

Επιπροσθέτως, η εργασιακή ικανοποίηση και η αποδοτικότητα φαίνεται να συσχετίζονται με το ιστορικό απωλειών και τα στρεσογόνα γεγονότα, αλλά η ακριβής φύση αυτής της σχέσης απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει σημαντικές απώλειες, συνήθως, αντιμετωπίζουν προκλήσεις που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την επαγγελματική τους απόδοση και να προκαλέσουν μείωση της προσωπικής τους ικανοποίησης. Ωστόσο, παρατηρείται και η περίπτωση όπου η εμπειρία τέτοιων γεγονότων οδηγεί σε μια διαδικασία ανάπτυξης ανθεκτικότητας και αναθεώρησης των αξιών, με αποτέλεσμα τη βελτίωση ορισμένων πτυχών της επαγγελματικής ζωής. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος των υποστηρικτικών δομών και των στρατηγικών διαχείρισης του στρες αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς μπορεί να μεσολαβήσει θετικά στην αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής. Όσον αφορά τους τρόπους διαχείρισης και αντιμετώπισης των δυσκολιών οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, δίνουν έμφαση στην κατανόηση του προβλήματος, την αναζήτηση θετικών πτυχών και την αποδοχή υποστήριξης από το περιβάλλον τους.

Επομένως, μέσα από τη σύγκριση των δεδομένων, γίνεται εμφανές ότι οι προσωπικές απώλειες δεν λειτουργούν ως απομονωμένοι παράγοντες, αλλά αλληλεπιδρούν με άλλα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, όπως η διάρκεια της απασχόλησης, οι συνθήκες εργασίας και η υποδομή υποστήριξης εντός του εργασιακού περιβάλλοντος.

Επίσης, η επαγγελματική απόδοση και η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, συνδέονται στενά με την ύπαρξη διεπιστημονικών γνώσεων, την τήρηση επαγγελματικών προτύπων και την αυτονομία στη λήψη αποφάσεων. Η ύπαρξη μιας υπεύθυνης επαγγελματικής στάσης, που βασίζεται στην αυτοκριτική, τη διαφάνεια και την πρακτική εφαρμογή γνώσεων ενισχύουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής λογοδοσίας. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η δημιουργία ενός υγιούς και αποτελεσματικού εργασιακού περιβάλλοντος είναι αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ της υψηλής επαγγελματικής ευθύνης και της συναισθηματικής αυτορρύθμισης των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η

ικανοποίηση και η αποδοτικότητα από την εργασία επηρεάζεται σημαντικά από προκλήσεις όπως η διαχείριση δύσκολων ασθενών, η αβεβαιότητα για το μέλλον και οι ανησυχίες σχετικά με την αμοιβή και την υγεία. Παρά τις δυσκολίες, τα δεδομένα δείχνουν περιθώρια βελτίωσης μέσω παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν το εργασιακό περιβάλλον και την επαγγελματική υποστήριξη.

Η πολυπλοκότητα των συσχετίσεων αυτών απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση στην ανάλυση, ώστε να κατανοηθούν οι αμοιβαίες επιδράσεις μεταξύ των μεταβλητών και να εντοπιστούν οι κρίσιμοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την απόδοση των εργαζομένων. Τέλος, το συνολικό μοτίβο των αποτελεσμάτων επισημαίνει την ανάγκη για μια συνεχή αναθεώρηση των υποστηρικτικών πολιτικών και την προσαρμογή τους στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των επαγγελματιών στον χώρο της υγείας, ώστε να ενισχυθεί η ανθεκτικότητα και η συνολική ευημερία τους.

6ο Κεφάλαιο: Ποιοτική Έρευνα

Η ποιοτική έρευνα «έχει ως βάση της τον άνθρωπο και δίνει έμφαση στις συνδέσεις μεταξύ του κοινωνικού κόσμου, των συναισθηματικών και γνωστικών διαδικασιών των ανθρώπων» (Newby, 2014, σελ. 150). Με αυτό τον τρόπο ο ερευνητής μπορεί να εντοπίσει, να κατανοήσει και να ερμηνεύσει τις εμπειρίες, τα βιώματα και το πώς αισθάνονται σχετικά με τις συγκεκριμένες εμπειρίες (Newby, 2014). Σε αυτά τα χαρακτηριστικά της ποιοτικής έρευνας βασίστηκε και η παρούσα μελέτη. Με αυτό τον τρόπο, είναι δυνατόν να συλλεχθούν διαφορετικά δεδομένα, από διαφορετικές πηγές, να συνδυαστούν, να αναλυθούν, με στόχο την εις βάθος πληροφορία και λεπτομέρεια. (Newby, 2014).

Η ποιοτική έρευνα έχει σαν στόχο μέσα από τις ατομικές συνεντεύξεις να εμβαθύνει στις προσωπικές εμπειρίες που μπορεί να έχουν βιώσει ή όχι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς και να εστιάσει εξειδικευμένα σε άλλους στρεσογόνους ατομικούς και εργασιακούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των επαγγελματιών στον χώρο εργασίας. Μέσα από το συγκεκριμένο είδος μελέτης ανακαλύπτουμε τις πρακτικές που ακολούθησαν, το εργασιακό κλίμα και την ύπαρξη ή όχι υπηρεσιών και παροχών υποστήριξης.

6.1. Δείγμα και πεδίο μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Περιφερειακή Ενότητα Ηρακλείου Κρήτης και το πεδίο μελέτης είναι οι δομές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ΠΕ Ηρακλείου. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας (γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κ.α.), εργαζόμενοι στη Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς και να έχουν βιώσει προσωπική απώλεια, δηλαδή μια κατάσταση που επιφέρει καθοριστικές αλλαγές στο άτομο. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε 15 επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που εργάζονται σε Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και συγκεκριμένα οκτώ επαγγελματίες από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έξι επαγγελματίες από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, και ένας επαγγελματίας που εργάζεται σε Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και συγκεκριμένα στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Ιανουάριος –

Ιούνιος 2025, όπου επτά από αυτές πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης και οκτώ πραγματοποιήθηκαν εξ' αποστάσεως.

Οι συμμετέχοντες μοιράστηκαν τις εμπειρίες τους, όσον αφορά το είδος της προσωπικής απώλειας που έχουν βιώσει, την επίδραση και τις συνέπειες που αντιμετώπισαν, καθώς και τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Επίσης, τον τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης από το εργασιακό περιβάλλον και τις πιθανές προτάσεις και αλλαγές. Μέσω των συνεντεύξεων διερευνήθηκαν οι διαδικασίες που ακολουθούν οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες για να διαχειριστούν τις συγκεκριμένες εμπειρίες τους και κατά πόσο επηρεάζεται η αποδοτικότητα και η ικανοποίησή τους. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία χιονοστιβάδας. Η δειγματοληψία χιονοστιβάδας αφορά την επιλογή συμμετεχόντων από ομάδες του πληθυσμού με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Οι ερευνώμενοι οδηγούν στο ερευνητή και άλλους υποψήφιους συμμετέχοντες, μέσω κοινωνικών ή εργασιακών χαρακτηριστικών (Ιωσηφίδης, 2008).

Συνολικά, το δείγμα χαρακτηρίζεται από ικανοποιητική ποικιλομορφία όσον αφορά την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ειδικότητα και την εργασιακή συνθήκη.

6.2. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της ποιοτικής έρευνας που επιλέχθηκε είναι η ημιδομημένη συνέντευξη. Το συγκεκριμένο είδος συνέντευξης αφορά ανοιχτές ερωτήσεις συγκεκριμένης δομής. Ταυτόχρονα όμως, υπάρχει περιθώριο για διευκρινίσεις και λεπτομέρειες, έτσι ώστε να διερευνηθούν τα θέματα της έρευνας εις βάθος (Σταλίκας, 2011). Οι συνεντεύξεις δίνουν στον ερευνητή την δυνατότητα να αλληλεπιδράσει με τους ερωτώμενους, να κατανοήσει νοήματα, να συλλέξει υψηλής ποιότητας δεδομένα και να εστιάσει στη λεπτομέρεια του λόγου και των συναισθημάτων που μπορεί να κρύβονται πίσω από αυτό, καθώς και να εμβαθύνει στη συζήτηση που αναπτύσσεται (Atkins & Wallace, 2012). Η επιλογή της ημιδομημένης συνέντευξης για τη συγκεκριμένη έρευνα έγκειται στο γεγονός ότι αποτελείται από συγκεκριμένες ανοικτού τύπου ερωτήσεις και βασικούς άξονες, που λειτουργούν ως οδηγός για θέματα που είναι σημαντικά να καλυφθούν από το πλαίσιο της συνέντευξης. Δημιουργείται ένα σχεδιάγραμμα με κάποιους συγκεκριμένους θεματικούς άξονες που επιθυμεί να διερευνήσει οπωσδήποτε.

Σκοπός είναι να μάθει ο ερευνητής τι γνωρίζουν, τι κάνουν, καθώς και τι πιστεύουν ή αισθάνονται οι ερωτώμενοι (Robson, 2007).

Οι βασικοί άξονες της συγκεκριμένης μελέτης είναι: α) Είδος απώλειας, β) Βίωμα και επίδραση πένθους, γ) Συνέπειες προσωπικού πένθους και άλλων παραγόντων κινδύνου, δ) Στρατηγικές και παροχές υποστήριξης, ε) Προτάσεις και αλλαγές. Ο συγκεκριμένος τύπος συνέντευξης παρουσιάζει ευελιξία: α) ως προς την τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο, β) ως προς την εμβάθυνση σε κάποια θέματα με συμμετέχοντες που κρίνονται κατάλληλοι, γ) ως προς τη σειρά με την οποία τίθενται (Ίσαρη, Πουρκός, 2015). Βάση όλων των παραπάνω, η επιλογή της ημιδομημένης συνέντευξης βασίστηκε στην ανάγκη για εις βάθος διερεύνηση των προσωπικών απωλειών και των στεσογόνων παραγόντων των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας και πως επηρεάζουν την αποδοτικότητα και την ικανοποίηση τους στον εργασιακό χώρο.

6.3. Περιγραφή Διαδικασίας Συλλογής Δεδομένων

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας (γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κ.α.), εργαζόμενοι στη Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς και να έχουν βιώσει προσωπική απώλεια, δηλαδή μια κατάσταση που επιφέρει καθοριστικές αλλαγές στο άτομο.

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με κάποιους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που εργάζονται στη Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, με σκοπό την συμμετοχή τους στη έρευνα. Έπειτα, μέσω αυτών πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με επόμενους υποψήφιους συμμετέχοντες και με αυτό τον τρόπο κύλησε η διαδικασία. Κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με το δείγμα, γνωστοποιήθηκε η ταυτότητα του ερευνητή, το αντικείμενο μελέτης της έρευνας, διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων, η εθελούσια συμμετοχή τους στην έρευνά, ενώ απεστάλη στα ηλεκτρονικά ταχυδρομεία τους έντυπο συναίνεσης – συγκατάθεσης που το διάβασαν, το υπέγραψαν και το έστειλαν στον ερευνητή. Έπειτα, ξεκίνησαν να προγραμματίζονται σταδιακά οι συνεντεύξεις, ανάλογα με τις ανάγκες και το χρόνο των συνεντευξιαζόμενων, είτε δια ζώσης είτε εξ αποστάσεως συναντήσεις.

Πριν τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, είχε προετοιμαστεί μια σειρά από ερωτήσεις, βασισμένες στα κυριότερα ζητήματα που επρόκειτο να μελετηθούν, έτσι ώστε να μην παραλειφθεί κάποιος άξονας. Κατά την έναρξη των συνεντεύξεων επιδιώχθηκε η γνωριμία με το δείγμα για την δημιουργία ενός κλίματος οικειότητας και άνεσης και έπειτα διασφαλίστηκε το απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων, ενώ ερωτήθηκαν για την άδεια μαγνητοφώνησης της συνέντευξης με σκοπό την έγκυρη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων. Η διάρκεια των συνεντεύξεων κυμάνθηκε περίπου από είκοσι έως σαράντα λεπτά. Κατά την πραγματοποίησή τους δημιουργήθηκε ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι προέκυψαν και δευτερεύουσες ερωτήσεις με σκοπό την εις βάθος εστίαση σε ζητήματα που έχρηζαν περαιτέρω ανάλυση. Παρατηρήθηκε μεγάλη διάθεση να καλύψουν όλες τις ερωτήσεις. Κατά το κλείσιμο των συνεντεύξεων υπήρξε θερμή ευχαρίστηση προς τους συνεντευξιαζόμενους για την σημαντική συμβολή τους στην προσπάθεια διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας.

6.4. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η ερευνητική μέθοδος ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκεκριμένη έρευνα, με βάση τα ερωτήματα που θέτει και επιδιώκει να διερευνήσει, είναι η Θεματική Ανάλυση. «Η θεματική ανάλυση είναι μια μέθοδος για τον εντοπισμό, την ανάλυση και την αναφορά θεμάτων (patterns of meaning) μέσα στα δεδομένα. Επιπλέον, «οργανώνει και περιγράφει το σύνολο των δεδομένων με λεπτομέρεια.», η οποία «συνίσταται στη συστηματική αναγνώριση, οργάνωση, και κατανόηση επαναλαμβανομένων μοτίβων νοήματος εντός ενός συνόλου δεδομένων» (Braun and Clarke, 2006). Αναλυτικότερα, η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της Θεματικής Ανάλυσης (Thematic Analysis) σύμφωνα με το θεωρητικό και πρακτικό πλαίσιο των Braun και Clarke (2006, 2021). Πρόκειται για μια ευέλικτη μέθοδο εντοπισμού, ανάλυσης και ερμηνείας μοτίβων (θεμάτων) μέσα σε ποιοτικά δεδομένα.

Η ανάλυση ακολούθησε τα έξι βήματα που προτείνουν οι Braun και Clarke (2006):

1. Εξοικείωση με τα δεδομένα: Όλες οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν αυτούσια. Ακολούθησε επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των κειμένων, με σκοπό την εμβάθυνση και την κατανόηση των αφηγήσεων.

2. Δημιουργία αρχικών κωδικών (initial codes): Μέσω χειρωνακτικής κωδικοποίησης εντοπίστηκαν επαναλαμβανόμενα μοτίβα, φράσεις και νοήματα που σχετίζονταν με την εμπειρία της απώλειας, τη συναισθηματική επίδραση και τη σχέση με την εργασία. Έγινε σύνοψη των νοημάτων αποσπασμάτων, αποδίδοντάς τους κάποιου είδους «ταμπέλα», σημασιολογική ή εννοιολογική.

3. Αναζήτηση θεμάτων (searching for themes): Οι κωδικοί ομαδοποιήθηκαν σε ευρύτερες κατηγορίες, οι οποίες συνδέονταν με βασικές διαστάσεις του φαινομένου. Οι κώδικες αποτυπώνουν την κεντρική ιδέα ενός αποσπάσματος, ενώ τα θέματα έχουν μια κεντρική οργανωτική έννοια, η οποία καλύπτει ποικίλες ιδέες τέτοιων αποσπασμάτων (Braun & Clarke, 2006, σσ.89-91)

4. Έλεγχος θεμάτων (reviewing themes): Τα προκαταρκτικά θέματα αξιολογήθηκαν ως προς τη συνοχή και τη σαφήνεια τόσο εντός των ίδιων των θεμάτων όσο και σε σχέση με το σύνολο του δεδομένου σώματος. Πραγματοποιήθηκε η επαν-επεξεργασία των θεμάτων που έχουν διατυπωθεί στο προηγούμενο στάδιο

5. Ορισμός και ονοματοδοσία θεμάτων (defining and naming themes): Κάθε θέμα αναλύθηκε σε βάθος, με στόχο την κατανόηση της ουσίας του και την ονομασία του με τρόπο που να αποτυπώνει με ακρίβεια το περιεχόμενο και τη σημασία του.

6. Σύνταξη της αναφοράς (producing the report): Η τελική φάση περιλάμβανε τη συγγραφή της ανάλυσης, με την ενσωμάτωση χαρακτηριστικών αποσπασμάτων από τις συνεντεύξεις, τα οποία αναδεικνύουν τα ευρήματα και υποστηρίζουν τη συζήτηση. (Braun and Clarke, 2006).

Τέλος, παρουσιάζονται τα δεδομένα μέσα από τη κριτική ματιά του ερευνητή με βάση τη παραπάνω ανάλυση.

6.5. Ηθικά ζητήματα

Πριν από την έναρξη της έρευνας εξασφαλίστηκε αρχικά η άδεια και έγκριση της έρευνας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Έρευνας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Έπειτα λήφθηκε η άδεια από την 7η ΥΠΕ, για τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας που εργάζονται εντός της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης, λήφθηκε άδεια και

υποστήριξη από το ΣΚΛΕ, για την συμμετοχή κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στις συγκεκριμένες υπηρεσίες Υγείας. *«Η ηθική και δεοντολογία αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της έρευνας, από την σύλληψη μιας ιδέας έως την δημοσίευση των αποτελεσμάτων της»* (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Ηλεκτρονικού Περιεχομένου, 2010-2011). Ζητήματα που λήφθηκαν υπόψη, αφορούσαν την ελεύθερη και συναινετική συμμετοχή των συμμετεχόντων.

Η διανομή και η συλλογή των ποσοτικών ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με την εθελοντική συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε εισαγωγικό σημείωμα που εξηγούσε τον σκοπό της έρευνας και διασφάλιζε ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς. Τονίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η δυνατότητά τους να αποσύρουν τη συμμετοχή τους οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς αιτιολόγηση. Οι συμμετέχοντες παρείχαν συγκατάθεση πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Όσον αφορά τις ποιοτικές συνεντεύξεις, πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με το επιλεγμένο δείγμα, υπήρξε πληροφόρηση για την προστασία τους, από οποιαδήποτε πιθανή βλάβη (σωματική ή ψυχική), τη διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και τη δημοσίευση και αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, δημιουργήθηκε ένα κλίμα εμπιστοσύνης, μεταξύ συνεντευκτή και συνεντευξιαζόμενου, ώστε να μπορέσουν να συλλεχθούν οι απαραίτητες πληροφορίες. Θα διασφαλιστεί πλήρης εχεμύθεια και διακριτικότητα. Ο σεβασμός και η αποδοχή του αυτοπροσδιορισμού των ερωτώμενων ήταν το βασικό «κλειδί» για την επιτυχή εξέλιξη των συνεντεύξεών. Εφαρμόστηκε στάση ενεργητικής ακρόασης, δηλαδή προσεκτική και πραγματική ακρόαση και λιγότερη ομιλία, ενώ δεν υπήρξε η έκφραση προσωπικών απόψεων και εμπειριών κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων (Vega Vega et al., 2019).

Κατά τον καθορισμό των ραντεβού με τους συνεντευξιαζόμενους, αλλά και κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, διασφαλίστηκε το απόρρητο των προσωπικών τους δεδομένων. Επίσης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα διερωτήθηκαν για την χρήση μαγνητοφώνου για την καταγραφή της συνέντευξης, ώστε να υπάρξουν πιο τεκμηριωμένα αποτελέσματα. Δεν προέκυψε κάποιο ηθικό δίλημμα όσον αφορά την μαγνητοφώνηση, αντιθέτως όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι έδειξαν θετική στάση. Για

την δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας, εστάλη στα προσωπικά τους ηλεκτρονικά ταχυδρομεία ή δόθηκε δια ζώσης το έντυπο συναίνεσης - συγκατάθεσης, που περιείχε την γραπτή πληροφόρηση του συμμετέχοντος στην συνέντευξη και το οποίο υπέγραψε καθένας από τους συμμετέχοντες, αφού πρώτα είχε ενημερωθεί για τους στόχους, το περιεχόμενο και την εθελούσια συμμετοχής του στην συγκεκριμένη έρευνα. Με όλους τους προαναφερόμενους τρόπους διασφαλίστηκαν οι βασικές ηθικές αρχές που διέπουν την έρευνα για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνα και με βάση τα δικαιώματα που έχει ο καθένας.

6.6. Αποτελέσματα

Εισαγωγικά – Δημογραφικά Στοιχεία

Από το παρακάτω πίνακα γίνεται σαφές ότι το δείγμα της παρούσας ποιοτικής έρευνας αποτελείται από δεκαπέντε (15) επαγγελματίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας που εργάζονται στον χώρο της Υγείας στη Περιφερειακή Ενότητα Ηρακλείου Κρήτης. Το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων κυμαίνεται από 25 έως 55 ετών, με μέση ηλικία περίπου τα 35-40 έτη. Η ηλικιακή σύνθεση του δείγματος αποτυπώνει την παρουσία τόσο νέων επαγγελματιών, που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της επαγγελματικής τους πορείας, όσο και εργαζομένων με μακροχρόνια εμπειρία στον χώρο της Υγείας.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το δείγμα περιλαμβάνει συμμετέχοντες με διαφορετικά οικογενειακά προφίλ. Εννέα (9) συμμετέχοντες είναι άγαμοι, τέσσερις (4) είναι παντρεμένοι με παιδιά και δύο (2) βρίσκονται σε σταθερή σχέση. Η ποικιλομορφία αυτή παρέχει τη δυνατότητα να διερευνηθεί εάν και πώς η οικογενειακή κατάσταση επιδρά στην εμπειρία της απώλειας και στη διαχείρισή της, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο.

Αναφορικά με τις επαγγελματικές ειδικότητες, το δείγμα παρουσιάζει σημαντική ετερογένεια, η οποία εμπλουτίζει τη συνολική ανάλυση. Ειδικότερα, στο δείγμα συμμετέχουν πέντε (5) κοινωνικοί λειτουργοί (Επαγγελματίας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης), πέντε (5) νοσηλευτές/νοσηλεύτριες (Επαγγελματίας Υγείας), δύο (2) ψυχολόγοι (Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας), ένας (1) φυσικοθεραπευτής (Επαγγελματίας Αποκατάστασης και Υγείας) και δύο (2) ιατροί

(Επαγγελματίας Υγείας), ένας με διπλή ειδικότητα (βιολόγος-γενετίστρια και ιατρός) και ένας στα αρχικά στάδια της επαγγελματικής του πορείας. Η κατανομή αυτή αντανακλά την πολυκλαδικότητα του χώρου της Υγείας και δίνει τη δυνατότητα ανάλυσης της εμπειρίας της απώλειας μέσα από διαφορετικά επαγγελματικά πρίσματα.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί και το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Η πλειονότητα του δείγματος διαθέτει ανώτατη εκπαίδευση, με αρκετούς να έχουν ολοκληρώσει ή να βρίσκονται στη διαδικασία ολοκλήρωσης μεταπτυχιακών σπουδών (επτά συμμετέχοντες). Μάλιστα, μία εκ των συμμετεχουσών διαθέτει και διδακτορικό τίτλο σπουδών, γεγονός που αναδεικνύει υψηλό επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης. Το στοιχείο αυτό ενδέχεται να σχετίζεται με την ικανότητα επεξεργασίας και ενδοσκόπησης των βιωμάτων τους, αλλά και με την προσβασιμότητα σε στρατηγικές διαχείρισης της ψυχικής επιβάρυνσης.

Ως προς τη σχέση εργασίας, παρατηρείται ότι εννέα (9) από τους συμμετέχοντες εργάζονται με συμβάσεις αορίστου χρόνου, γεγονός που προσδίδει σταθερότητα στην επαγγελματική τους κατάσταση. Αντίθετα, έξι (6) συμμετέχοντες απασχολούνται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, κάτι που ενδεχομένως να συνεπάγεται μεγαλύτερη επαγγελματική ανασφάλεια και άγχος, το οποίο μπορεί να επιδρά συσωρευτικά όταν συνυπάρχει με προσωπικές απώλειες και στρεσογόνες εμπειρίες.

Η κατανομή των συμμετεχόντων σε φορείς παρουσιάζει επίσης ενδιαφέρον. Επτά (7) εργαζόμενοι απασχολούνται σε νοσοκομειακές μονάδες (κυρίως στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο και στο ΠΑΓΝΗ- Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας), τρείς (3) σε Κέντρα Διημέρευσης και Φροντίδας ΑμεΑ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), δύο (2) σε ΤΟΜΥ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), ένας (1) σε Κέντρο Υγείας (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), ένας (1) σε ιδιωτικό οίκο ευγηρίας (Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας) και ένας (1) σε ξενώνα φιλοξενίας παιδιών και των οικογενειών τους, που νοσηλεύονται στη παιδοαιματολογική/ογκολογική κλινική στο ΠΑΓΝΗ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας). Η επαγγελματική τοποθέτηση στους φορείς αυτούς υποδηλώνει διαφορετικά επίπεδα έκθεσης σε πιεστικές συνθήκες, όπως η εργασία σε ΜΕΘ, σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ή σε υπηρεσίες υποστήριξης ευάλωτων ομάδων.

Τέλος, αναφορικά με το εργασιακό ωράριο, παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση. Επτά (7) συμμετέχοντες εργάζονται σε πρωινά σταθερά ωράρια (7:00–15:00 ή 9:00–17:00), τρεις (3) σε απογευματινά ωράρια (13:00–21:00 ή 12:30–20:30) και πέντε (5) με κυλιόμενο σύστημα βαρδιών.

Συνολικά, το δείγμα χαρακτηρίζεται από ικανοποιητική ποικιλομορφία όσον αφορά την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ειδικότητα και την εργασιακή συνθήκη. Η ετερογένεια αυτή θεωρείται πλεονέκτημα για τη συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη, καθώς επιτρέπει τη διερεύνηση της ερευνητικής προβληματικής μέσα από πολλαπλές οπτικές γωνίες, παρέχοντας πλούσιο και πολύπλευρο εμπειρικό υλικό. Επιπλέον, η κατανομή του δείγματος σε διαφορετικούς επαγγελματικούς κλάδους της Υγείας διευκολύνει την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το πλαίσιο της εργασίας, οι επαγγελματικές απαιτήσεις και η εργασιακή κουλτούρα επηρεάζουν τη διαχείριση της απώλειας και των στρεσογόνων εμπειριών.

Πίνακας 1. Εισαγωγικά – Δημογραφικά Στοιχεία

Κωδικός	**Ηλικία**	**Τόπος Διαμονής**	**Οικογενειακή Κατάσταση**	**Ειδικότητα**	**Εκπαίδευση**	**Φορέας Εργασίας**	**Τύπος Σύμβασης**	**Ωράριο**
Σ1	27	Ηράκλειο	Άγαμη	Επαγγελματίας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης	Πτυχίο	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	Αορίστου	7:00 – 15:00
Σ2	26	Ηράκλειο	Άγαμη	Επαγγελματίας Ψυχοκοινωνικής	Μεταπτυχιακό, ΑΣΠΑΙΤΕ,	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ορισμένου	13:00 – 21:00

				Υποστήριξης	Σεμινάρια			
Σ3	45	Ηράκλειο	Παντρεμένη	Επαγγελματίας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης	Μεταπτυχιακό (σε εξέλιξη)	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Αορίστου	7:00 – 15:00
Σ4	25	Ηράκλειο	Άγαμος	Επαγγελματίας Αποκατάστασης και Υγείας	Πτυχίο	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ορισμένου	12:30 – 20:30
Σ5	29	Ηράκλειο	Άγαμη	Επαγγελματίας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης	Πτυχίο	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ορισμένου	7:00 – 15:00
Σ6	26	Ηράκλειο	Άγαμος	Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας	Μεταπτυχιακό (σε εξέλιξη), Σεμινάρια	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ορισμένου	13:00 – 21:00
Σ7	28	Ηράκλειο	Άγαμη	Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας	CBT	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ορισμένου	7:00 – 15:00
Σ8	55	Ηράκλειο	Παντρεμένη	Επαγγελματίας Υγείας	Πτυχίο	Δευτεροβάθμια Φροντίδα	Αορίστου	Κυλιόμενο

						Υγείας		
Σ9	25	Ηράκλειο	Σε σχέση	Επαγγελματίας Υγείας	Μεταπτυχιακό (σε εξέλιξη)	Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ορισμένου	7:00 – 15:00
Σ10	48	Ηράκλειο	Παντρεμένος	Επαγγελματίας Υγείας	Μεταπτυχιακό (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας)	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	Αορίστου	7:00 – 15:00
Σ11	43	Ηράκλειο	Παντρεμένη	Επαγγελματίας Υγείας	Μεταπτυχιακό (σε εξέλιξη)	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	Αορίστου	Κυλιόμενο
Σ12	40	Ηράκλειο	Παντρεμένη	Επαγγελματίας Υγείας	Μεταπτυχιακό (σε πλάνο)	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	Αορίστου	Κυλιόμενο
Σ13	35	Ηράκλειο	Παντρεμένη	Επαγγελματίας Υγείας	Πτυχίο	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Αορίστου	7:00 – 15:00 / Απόγ.
Σ14	33	Ηράκλειο	Άγαμη	Επαγγελματίας Υγείας	Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ορισμένου	Πρωινό / Εφημερίες
Σ15	28	Ηράκλειο	Άγαμη	Επαγγελματίας Ψυχοκοινωνικής	Μεταπτυχιακό (σε εξέλιξη)	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Αορίστου	9:00 – 17:00

				Υποστήριξης				

Θεματική Ενότητα 1: Εμπειρία Προσωπικής Απώλειας ή Άλλων Στρεσογόνων Γεγονότων.

Η θεματική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων στον πρώτο θεματικό άξονα αναδεικνύει την πολυδιάστατη φύση της έννοιας της απώλειας στον χώρο των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας. Η απώλεια δεν περιορίζεται αποκλειστικά στον θάνατο στενών προσώπων, αλλά διευρύνεται ώστε να περιλαμβάνει απώλειες που αφορούν την υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, την εργασία και υπαρξιακές ή συμβολικές συνθήκες, όπως η απώλεια σπιτιού ή η ματαίωση της μητρότητας. Ειδικότερα, καταγράφονται έξι κύριες μορφές απώλειας: θάνατος αγαπημένων προσώπων (γονείς, σύντροφοι, φίλοι, συγγενείς), απώλεια σωματικής ή ψυχικής υγείας, απώλεια κοινωνικών σχέσεων, επαγγελματική απώλεια και απώλειες με βαθιά συμβολικό ή υπαρξιακό φορτίο.

Ως προς τον τρόπο βίωσης της απώλειας, καταγράφεται κυρίαρχα μια εμπειρία συναισθηματικού σοκ και αποδιοργάνωσης, με έντονη αίσθηση χάους και απώλειας ελέγχου. Παράλληλα, εμφανίζεται συστηματικά η τάση των συμμετεχόντων να καταπιέζουν τα συναισθήματά τους, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου έχουν αναλάβει τον ρόλο του υποστηρικτικού ατόμου προς την οικογένεια ή το επαγγελματικό τους περιβάλλον. Η εμφάνιση μετατραυματικών αντιδράσεων, όπως σωματικό μούδιασμα, απώλεια μνήμης στιγμών της απώλειας και επαναλαμβανόμενα επεισόδια θλίψης, αναδεικνύεται σε σημαντικό εύρημα της ανάλυσης. Ιδιαίτερα συχνή είναι η παρουσία ενοχών και τύψεων, είτε λόγω φυσικής απουσίας τη στιγμή της απώλειας είτε λόγω εσωτερικευμένων προσδοκιών περί του ρόλου τους ως επαγγελματίες φροντιστές.

Το συναισθηματικό αποτύπωμα των αφηγήσεων διαμορφώνεται από ένα ευρύ φάσμα αντιδράσεων, όπως θλίψη, απογοήτευση, θυμό, φόβο, άγχος και απελπισία. Οι συμμετέχοντες βιώνουν έντονα συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης, συνοδευόμενα από ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως κόπωση, πόνο και μούδιασμα. Ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο που διαπερνά όλες τις αφηγήσεις αφορά την αίσθηση βάρους, την αδυναμία αποφόρτισης και την καταπίεση των συναισθημάτων, γεγονός που ενισχύει την εμφάνιση βαθιάς υπαρξιακής κρίσης και απώλειας νοήματος ζωής.

Πίνακας 2 - Θεματική Ενότητα 1

Είδη απώλειας	**Συμμετέχοντες**
Θάνατος στενού οικογενειακού προσώπου	6
Απώλεια σωματικής υγείας	4
Εμπειρία ψυχικής νόσου	1
Απώλεια κοινωνικής συναναστροφής	2
Απώλεια εργασίας	1
Απώλεια περιουσίας	1

Πίνακας 3 – Θεματική ενότητα 1

Είδη απώλειας	**Χαρακτηριστικά σημεία συνεντεύξεων**
Θάνατος στενού οικογενειακού προσώπου	«Βίωσα την απώλεια του αδελφού της μαμάς μου πριν δύο χρόνια, όταν ακόμη ήμουν σχεδόν στην αρχή της καριέρας μου. Νοσηλεύτηκε για ένα διάστημα στη ΜΕΘ διασωληνωμένος λόγω ισχυρού εγκεφαλικού επεισοδίου. Έμεινε περίπου τρεις εβδομάδες στη ΜΕΘ, όπου εν τέλει εξέπνευσε. Ήταν μια πολύ επώδυνη περίοδος για εμένα και την οικογένειά μου» (Σ1). «Ναι έχω χάσει του γονείς μου, πρώτα τη μητέρα μου και μετά από ένα χρόνο το πατέρα μου. Η μητέρα μου πέθανε το 2022 και το 2023 ο πατέρας μου. Ο θάνατος της μητέρας» (Σ8).
Απώλεια σωματικής υγείας	«Για εμένα η προσωπική μου απώλεια και το πένθος μου ήταν οι εξωσωματικές που έχω κάνει, για εμένα αυτό ήταν ένα δύσκολο πράγμα, κάθε φορά που περίμενα μια

	χορειακή εξέταση που είχα κάνει. Απίστευτο πένθος και τραύμα, δηλαδή σου έρχεται όλο αυτό και η αγωνία, ο πόνος, τα φάρμακα σου, η ψυχολογία σου, όλα αυτά για να κάνεις ένα παιδί» (Σ12). «Έχω βιώσει τη προσωπική απώλεια της δικής μου υγείας. Διαγνώστηκα με καρκίνο του μαστού το 2014. Η σημαντική μου απώλεια ήταν κυρίως όσον αφορά την απώλεια των μαλλιών μου» (Σ3).
Εμπειρία ψυχικής νόσου	«Η απώλεια της ψυχικής μου υγείας. Αυτό συνέβη αργότερα μετά το θάνατο της θείας μου, περίπου πριν οκτώ μήνες. Υπήρξε μια περίοδος για εμένα πιο καταθλιπτική που βίωσα. Τη συγκεκριμένη περίοδο εκδήλωσα μια συμπεριφορά διαφορετική από το πραγματικό μου εαυτό, δεν είχα καθόλου διάθεση, δεν έκανα ότι με ευχαριστεί, δεν έτρωγα ή έτρωγα υπερβολικά, είχα κάποιες αυτοκαταστροφικές τάσεις γενικότερα, αρνητικές σκέψεις. Ήταν μια περίοδος που ξάπλωνα το βράδυ να κοιμηθώ και έκλαιγα κάθε βράδυ» (Σ4).
Απώλεια κοινωνικής συναναστροφής	«Η απώλεια που βίωσα πολύ έντονα το τελευταίο διάστημα, ήταν η απώλεια της φοιτητικής μου παρέας. Κάπως λίγο τα πράγματα ψυχράθηκαν, κάπως υπήρχαν παράπονα και από τις δύο πλευρές» (Σ6).
Απώλεια εργασίας	«Προσωπική απώλεια θα μπορούσα να πω ότι ήταν λίγο αφού τελείωσα που ήθελα να

	ξεκινήσω να δουλεύω σε μια ψυχιατρική κλινική που ενώ ας πούμε όλα πήγαιναν καλά και υποτίθεται θα ξεκινούσα, είχα ξεκινήσει πρακτικά να δουλεύω αλλά δεν είχαμε υπογράψει τα έγγραφα, μου είπαν δεν μπορούμε να συνεχίσουμε» (Σ9).
Απώλεια περιουσίας	«Το να πρέπει να δώσεις το σπίτι σου και μετά να ζεις στην ανασφάλεια μέχρι να βρεις κάτι άλλο και παράλληλα να τρέχεις όλα αυτά, είναι απίστευτα δύσκολο και επίπονο. Με φιλοξένησε μια γνωστή μου για αρκετό διάστημα» (Σ14).

Πίνακας 4 – Θεματική Ενότητα 1

Κατηγοριοποίηση συναισθημάτων	**Συμμετέχοντες**
Πόνος	2
Μη έκφραση συναισθημάτων	2
Σοκ	3
Φόβος	3
Άγχος	2
Ενοχή	2
Αμφιβολίες	1

Πίνακας 5 – Θεματική Ενότητα 1

Κατηγοριοποίηση συναισθημάτων	**Χαρακτηριστικά σημεία συνεντεύξεων**
Πόνος	«Καταρχήν δεν θυμάμαι καθόλου τη κηδεία του, μαύρο, τίποτα δεν μπορώ. Από την ώρα που το έμαθα έσβησαν όλα. Σοκ, κράτησε και ακόμα κρατάει, μετατραυματικό έχει μείνει» (Σ11).

	«Κάθε φορά, ένας κόμπος στο στομάχι, ένα αρνητικό αποτέλεσμα, και η κατάρρευση. Πόνος, σε όλες τις εκφάνσεις, σωματικός, ψυχικός και συναισθηματικός» (Σ12).
Μη έκφραση συναισθημάτων	«Ήταν μια πολύ μεγάλη απώλεια για εμένα, που το συνειδητοποίησα πολύ αργότερα. Δεν ένιωθα ότι είμαι σε θέση να μοιραστώ με κάποιον από το πλαίσιο της δουλειάς μου αυτό που βίωνα» (Σ4).
Σοκ	«Βρισκόμουν στο χάος και παράλληλα προσπαθούσα να μείνω δυνατή για τη μαμά μου και τα αδέρφια μου. Μη νομίζεις ότι μπόρεσα να το κάνω. Όσο και να θέλεις να σταθείς στους δικούς σου, δεν μπορείς. Δεν μπορούσα να σταθώ καν σε εμένα, πώς να το κάνω για τους άλλους……. Στο άκουσμα αυτού του γεγονότος έχασα τη γη κάτω από τα πόδια μου. Για αρκετούς μήνες έκλαιγα πολλές φορές μέσα στη μέρα, τις πρώτες εβδομάδες ξεσπούσα συνέχεια και είχα πολύ θυμό. Παράλληλα προσπαθούσα να μην δείχνω στην οικογένεια μου ότι λυγίζω και να είμαι ο άνθρωπος που προσπαθεί να κρατήσει τις ισορροπίες και να βοηθήσω τους δικούς μου να σταθούν στα πόδια τους» (Σ2). «Αρχικά, στο άκουσμα της διάγνωσης σοκαρίστηκα πάρα πολύ, δεν μπορούσα να το συνειδητοποιήσω. Μετά κατακλύστηκα με φόβο, αγωνία, δυσφορία. Φοβήθηκα και για εμένα και για τα παιδιά μου. Τότε ήταν πολύ μικρά τα παιδιά και έτρεμα στην ιδέα. Όταν ήρθε η απώλεια μαλλιών όπως σας

	προανέφερα άρχισα να πανικοβάλλομαι, να στρεσάρομαι. Αφού ξύρισα τα μαλλιά και άρχισα να βρίσκω εναλλακτικούς τρόπους, σταδιακά άρχισα να το διαχειρίζομαι αλλά πάντα ήμουν με το άγχος και την αγωνία» (Σ3).
Φόβος	«Απελπισία βίωνα γιατί αισθανόμουν ότι ο καρκίνος είναι κάτι πολύ μεγάλο και γνωρίζουμε όλοι ότι έχει σκοτώσει πολύ κόσμο.Πολλές φορές παρέλυα και σωματικά και νοητικά, δηλαδή αισθανόμουν ένα μούδιασμα, σαν να χάνω την επαφή μου και το μόνο πράγμα που υπήρχε στο κεφάλι μου ήταν η σκέψη, τι γίνεται με τη μαμά, τι κάνει η μαμά, τι θα κάνουμε με τη μαμά» (Σ7).
Άγχος	«Είχα στεναχωρηθεί πάρα πολύ τότε και υπήρχε και αυτή η αίσθηση μήπως δεν μπορώ να το κάνω;» (Σ9). «Δύσκολα, πολύ δύσκολα. Το να μην έχεις το χώρο σου, ειδικά σε μια τόσο απαιτητική καθημερινότητα είναι χάος. Πραγματικά είχα χάσει τον εαυτό μου και δεν μπορούσα να βρω μια λύση να το διαχειριστώ» (Σ14).
Ενοχή	«Απίστευτα δύσκολο ήταν, δεν ήταν διαχειρίσιμο. Είχα πολλές τύψεις που δεν ήμουν εκεί και δεν μπορούσα να βοηθήσω, να της δώσω πρώτες βοήθειες ή τουλάχιστον να πω ότι προσπάθησα, τόσα χρόνια σε αυτή τη δουλειά» (Σ8).

Αμφιβολίες	«Πολύ έντονα συναισθήματα. Είχα θυμό, στεναχώρια, αμφιβολία, αμφισβητούσα τον εαυτό μου και έλεγα μήπως είμαι σκληρός, απογοήτευση, γιατί αυτά που έβλεπα και άκουγα δεν μου άρεσαν» (Σ6).

Παρακάτω ακολουθεί ο πίνακας με τους κωδικούς και τις θεματικές κατηγορίες που προέκυψαν από τη θεματική ανάλυση στον πρώτο θεματικό άξονα.

Πίνακας 6 - Κωδικοί πρώτου Θεματικού άξονα

Ερώτηση	**Κωδικοί**	**Θεματικές Κατηγορίες / Υποκατηγορίες**
Έχετε βιώσει προσωπική απώλεια;	- Κ1: Θάνατος στενού προσώπου- Κ2: Απώλεια υγείας (σωματικής ή ψυχικής)- Κ3: Απώλεια κοινωνικών σχέσεων- Κ4: Εργασιακή απώλεια- Κ5: Συμβολική/Υπαρξιακή απώλεια	- Θάνατος γονέων, συντρόφου, πατέρα, θείου, φίλων- Απώλεια σωματικής υγείας (νόσος) ή ψυχικής ισορροπίας- Απώλεια κοινωνικού κύκλου ή φιλικών σχέσεων- Απώλεια επαγγελματικής ευκαιρίας ή απόλυση- Απώλεια σπιτιού, αποτυχημένες προσπάθειες τεκνοποίησης, απώλεια σταθερότητας ζωής
Πώς βιώσατε την απώλεια;	- Κ6: Συναισθηματικό σοκ / Μη αποδοχή- Κ7: Καταπίεση συναισθημάτων- Κ8: Αίσθηση χάους / Αποδιοργάνωση- Κ9: Μετατραυματικό στρες- Κ10: Απελπισία / Υπαρξιακή κρίση- Κ11: Ενοχές / Αυτοκατηγορία- Κ12: Φόβος / Διαρκές άγχος	- Σοκ και αποδιοργάνωση- Μη συνειδητοποίηση της απώλειας ή καθυστερημένη αποδοχή- Καταπίεση συναισθημάτων για στήριξη άλλων- Μετατραυματικές αντιδράσεις, σωματικά συμπτώματα- Έντονη απελπισία, αίσθηση

		ματαιότητας- Ενοχές για ανεπάρκεια ή μη παρουσία στην απώλεια- Άγχος για την υγεία, τον θάνατο ή μελλοντικές απώλειες
Ποια συναισθήματα βιώσατε;	- Κ13: Θλίψη / Απογοήτευση- Κ14: Θυμός- Κ15: Ενοχές / Τύψεις- Κ16: Φόβος απώλειας / Ανησυχία- Κ17: Μοναξιά / Απομόνωση- Κ18: Ψυχοσωματικός πόνος- Κ19: Αίσθημα βάρους / Μούδιασμα- Κ20: Αίσθηση ματαιότητας / Απώλεια ταυτότητας	- Μόνιμη θλίψη, απογοήτευση, ψυχική καταρράκωση- Θυμός για το άδικο της απώλειας ή την κατάσταση («Γιατί σε εμένα;»)- Ενοχές και τύψεις για χαμένο χρόνο ή ανεπάρκεια- Διαρκής ανησυχία και φόβος για επανάληψη της απώλειας- Απομόνωση, μοναξιά, αίσθημα αποξένωσης- Ψυχοσωματικά συμπτώματα (πόνος, μούδιασμα, εξάντληση)- Αίσθημα αφόρητου βάρους, αδυναμία έκφρασης- Απώλεια νοήματος ζωής, βαθιά υπαρξιακή κρίση

Θεματική Ενότητα 2: Μηχανισμοί Διαχείρισης και Αντιμετώπισης

Η ανάλυση των αφηγήσεων των 15 συμμετεχόντων αναδεικνύει ότι οι στρατηγικές διαχείρισης της προσωπικής απώλειας είναι πολυδιάστατες και συνδυάζουν τόσο εσωτερικούς μηχανισμούς ανθεκτικότητας όσο και την αναζήτηση εξωτερικής υποστήριξης. Ένα από τα πιο έντονα και επαναλαμβανόμενα μοτίβα αφορά την αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, 9 από τους 15 συμμετέχοντες (60%) ανέφεραν ότι προσέφυγαν σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο είτε αμέσως είτε σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την απώλεια, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης στην αντιμετώπιση του πένθους και των στρεσογόνων εμπειριών.

Παράλληλα, 11 συμμετέχοντες (73%) υπογράμμισαν τον καθοριστικό ρόλο του φιλικού και οικογενειακού τους δικτύου στη διαδικασία διαχείρισης της απώλειας. Η συναισθηματική στήριξη από κοντινά πρόσωπα, η αλληλεπίδραση και η συχνή επικοινωνία φαίνεται να λειτούργησαν προστατευτικά, ενισχύοντας την ψυχική ανθεκτικότητα των συμμετεχόντων.

Ένα εξίσου σημαντικό εύρημα αφορά τη στρατηγική της αυτορρύθμισης μέσω του χρόνου και της απόστασης. 6 από τους 15 συμμετέχοντες (40%) ανέφεραν ότι επέλεξαν συνειδητά να απομακρυνθούν για κάποιο διάστημα από κοινωνικές ή επαγγελματικές υποχρεώσεις, προκειμένου να επεξεργαστούν τα συναισθήματά τους. Η μοναχικότητα, η εσωστρέφεια και η επεξεργασία μέσα από τη σιωπή και την απομόνωση λειτούργησαν, σε αρκετές περιπτώσεις, ως μέσο σταδιακής αποδοχής της απώλειας.

Η εργασία αναδείχθηκε επίσης ως βασικός μηχανισμός διαχείρισης της απώλειας, 7 συμμετέχοντες (47%) επεσήμαναν ότι η ενασχόληση με τα επαγγελματικά τους καθήκοντα λειτούργησε ως εργαλείο απόσπασης, σταθερότητας και αποφόρτισης, ιδιαίτερα όταν δεν υπήρχε διαθέσιμος χρόνος για συναισθηματική επεξεργασία λόγω αυξημένων υποχρεώσεων. Επιπλέον, 5 συμμετέχοντες (33%) αναφέρθηκαν στη σωματική εκτόνωση και στη σύνδεση με τη φύση, μέσα από δραστηριότητες όπως οι βόλτες ή η παραμονή σε φυσικό περιβάλλον, οι οποίες φαίνεται να λειτουργούν ανακουφιστικά στη διαχείριση του πένθους. Αντίστοιχα, 8 από τους 15 (53%) υπογράμμισαν τη σημασία της συζήτησης και της συστηματικής

εξωτερίκευσης των συναισθημάτων τους, είτε στο πλαίσιο της οικογένειας είτε με φίλους ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, σε 4 περιπτώσεις (27%) παρατηρήθηκε ότι η υπερφόρτωση από εργασιακές και οικογενειακές υποχρεώσεις περιόρισε σημαντικά τη δυνατότητα συναισθηματικής επεξεργασίας. Οι συμμετέχοντες αυτοί ανέφεραν ότι η ένταση της καθημερινότητας δεν τους άφησε περιθώρια για συνειδητή διαχείριση του πένθους, με αποτέλεσμα να λειτουργούν περισσότερο μέσω αυτοματισμών και άμυνας.

Τέλος, ιδιαίτερα αξιοσημείωτη είναι η αναφορά στον ενστικτώδη μηχανισμό επιβίωσης, ο οποίος αναδείχθηκε έμμεσα ή άμεσα σε σχεδόν όλες τις αφηγήσεις. Ειδικότερα, τουλάχιστον 9 συμμετέχοντες (60%) περιέγραψαν τη διαδικασία προσαρμογής τους ως μια αυτόματη ανάγκη να συνεχίσουν τη ζωή τους, ακόμα και χωρίς πλήρη συναισθηματική επεξεργασία της απώλειας. Το στοιχείο αυτό επιβεβαιώνει ότι η ψυχική ανθεκτικότητα, αν και ενεργοποιείται σε καταστάσεις κρίσης, συχνά συνοδεύεται από συναισθηματική υπερφόρτωση και αίσθημα κόπωσης.

Συνολικά, παρατηρείται ότι, ενώ η πλειονότητα των συμμετεχόντων αναζήτησε επαγγελματική ή κοινωνική υποστήριξη, ένας μικρός αλλά υπολογίσιμος αριθμός ατόμων βασίστηκε κυρίως στη χρονική απόσταση και την απομόνωση, χωρίς να καταφύγει αμέσως σε εξωτερική βοήθεια. Επιπλέον, υπάρχουν σαφείς διαφορές μεταξύ εκείνων που επέλεξαν τη συστηματική εξωτερίκευση συναισθημάτων και εκείνων που κατέφυγαν στη σιωπηλή, εσωτερική επεξεργασία, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι στρατηγικές πένθους είναι βαθιά εξατομικευμένες και επηρεάζονται τόσο από την προσωπικότητα όσο και από τις συνθήκες της ζωής του κάθε συμμετέχοντα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο συνδυασμός πολλαπλών στρατηγικών (π.χ. ψυχοθεραπεία, υποστηρικτικό δίκτυο, εργασία, χρόνος) αποτέλεσε την πλέον συχνή επιλογή, γεγονός που αποτυπώνει την ανάγκη για ολιστική προσέγγιση στη διαχείριση του πένθους, η οποία περιλαμβάνει τόσο την ψυχική όσο και τη λειτουργική υποστήριξη της καθημερινότητας. Συνοψίζοντας, η ανάλυση του Πίνακα 7 καταδεικνύει ότι η εμπειρία και η διαχείριση της προσωπικής απώλειας στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας δεν είναι μια γραμμική ή ομοιογενής διαδικασία, αλλά ένα πολύπλοκο φαινόμενο που καθορίζεται από τη διαθεσιμότητα

υποστήριξης, την προσωπική ανθεκτικότητα και την κοινωνική και επαγγελματική πίεση.

Πίνακας 7 - Θεματική Ενότητα 2

Στρατηγικές διαχείρισης	**Συμμετέχοντες**
Απομόνωση	1
Ψυχοθεραπεία – Ψυχολογική υποστήριξη	5
Εναλλακτικοί μέθοδοι διαχείρισης χρόνου	1
Εργασία	1
Οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον	5
Ένστικτο επιβίωσης	2

Πίνακας 8 – Θεματική Ενότητα 2

Στρατηγικές διαχείρισης	**Χαρακτηριστικά σημεία συνεντεύξεων**
Απομόνωση	«Όταν έμεινα μόνη μου άρχισα να συνειδητοποιώ αυτό που είχε συμβεί και το αποδέχτηκα σιγά - σιγά. Πολλές φορές πρέπει όντως να πάρεις την απόστασή σου, να μείνεις μόνος, να ξεσπάσεις, για να απαλύνει ο πόνος» (Σ1).
Ψυχοθεραπεία – Ψυχολογική υποστήριξη	«Με πολλή ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεύτρια μου ήταν στυλοβάτης σε όλο αυτό. Πραγματικά αν δεν ζητούσα βοήθεια δεν ξέρω αν θα είχε λυθεί η όλη συναισθηματική κατάσταση» (Σ6). «Με ψυχοθεραπεία, ατομική. Προσπαθούσα να κατανοήσω τα συναισθήματά μου και να μην τα αφήνω να με κατακλύζουν, γιατί αυτό το πρόσωπο είναι η μαμά μου και προφανώς είναι πιο δύσκολο να απεμπλακείς από αυτό, οπότε βασικά αυτό που με βοήθησε ιδιαίτερα

	ήταν η ατομική ψυχοθεραπεία και σίγουρα η στήριξη των φίλων μου, των ανθρώπων μου» (Σ7). «Πολύ κλάμα, πολύ απογοήτευση, νομίζω όρια κατάθλιψης αν όχι κατάθλιψη. Πήγα σε ιδιώτη ψυχολόγο εννοείται, το συζητούσα όλο αυτό, με βοήθησε πάρα πολύ με ψυχολογική υποστήριξη. Αναγκαστικά πηγαίνεις εκεί γιατί πρέπει να βρεις ένα τρόπο να αποσυμφοριστείς, να το βγάλεις από πάνω σου» (Σ11).
Εναλλακτικοί μέθοδοι διαχείρισης χρόνου	«Προσπαθούσα να βγαίνω κάποιες στιγμές να περπατάω. Το πατρικό μου είναι δίπλα από τη θάλασσα και έτσι το φυσικό φάρμακο ήταν εκείνη. Όταν γύρισα στο Ηράκλειο σταδιακά άρχισα να το διαχειρίζομαι καλύτερα. Η δουλειά μου, οι φίλοι μου και γενικότερα ο κύκλος μου με βοήθησε πάρα πολύ» (Σ2).
Εργασία	«Δεν είχα πολύ χρόνο να το επεξεργαστώ, είχαν πέσει πάρα πολλά μαζί, η δουλειά βοήθησε στο να κάνω κάτι, να είμαι ενεργή. Δεν προλάβαινα να πέσω στη κατάθλιψη που λέμε, δεν με άφηνε ούτε η δουλειά, ούτε οι υποχρεώσεις γιατί μετά που πέθανε η μαμά, δυσκολευτήκαμε πάρα πολύ με το μπαμπά να σταθεροποιηθεί με την άνοια, τη κατάθλιψη και το πένθος του» (Σ8).
Οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον	«Ήταν άλλο ένα επιπρόσθετο άγχος. Βρήκα τον τρόπο διαχείρισης, ξεκάθαρα εξαιτίας του υποστηρικτικού μου περιβάλλοντος»

	(Σ3). «Το βίωσα πολύ έντονα, αλλά μετά από τους δύο μήνες είπα ότι πρέπει να προχωρήσω, σαν μηχανισμός άμυνας. Με βοήθησαν πάρα πολύ οι γονείς μου σε αυτό, αλλά νομίζω ότι ήθελα και εγώ να το προσπαθήσω αρκετά» (Σ5).
Ένστικτο επιβίωσης	«Νομίζω ότι απλά άφησα το χρόνο, δεν έκανα κάτι πρακτικά για να αλλάξει, απλά κάποια στιγμή θα περνούσε» (Σ9). «Κοίτα, δεν είχα πολλά περιθώρια. Μια απαιτητική καθημερινότητα με πολλές προκλήσεις και μεγάλη δυσκολία εύρεσης σπιτιού. Αυτό που με βοήθησε πολύ ήταν να σκέφτομαι θετικά, όσο γινόταν, να προσπαθώ να οργανώνω έτσι το πρόγραμμα μου ώστε να βρίσκω μια μικρή ηρεμία με φίλους και κοντινούς μου ανθρώπους» (Σ13).

Πίνακας 9 - Κωδικοί δεύτερου Θεματικού άξονα

Ερώτηση	**Κωδικοί**	**Θεματικές Κατηγορίες / Υποκατηγορίες**
Πώς διαχειριστήκατε την προσωπική σας απώλεια;	- **Κ1:** Αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας (ψυχολόγος, ψυχίατρος)- **Κ2:** Υποστήριξη από φιλικό και οικογενειακό δίκτυο- **Κ3:** Αυτορρύθμιση μέσω απόστασης, μοναξιάς και	- Άμεση προσφυγή σε ψυχοθεραπεία, επαγγελματική στήριξη (Κ1)- Ισχυρή συναισθηματική υποστήριξη από οικογένεια, σύντροφο και φίλους (Κ2)- Επιλογή αποστασιοποίησης και

	χρόνου- **Κ4:** Εστίαση στην εργασία ως μηχανισμός άμυνας- **Κ5:** Σωματική εκτόνωση – βόλτες, φύση, δραστηριότητες- **Κ6:** Συζήτηση και εξωτερίκευση συναισθημάτων- **Κ7:** Περιορισμός συναισθηματικής επεξεργασίας λόγω καθημερινότητας και υποχρεώσεων- **Κ8:** Ενεργοποίηση ενστίκτου επιβίωσης	επεξεργασίας μέσω μοναχικού χρόνου και του παράγοντα του χρόνου (Κ3)- Χρήση της εργασίας ως εργαλείο αποφυγής, σταθερότητας και απόσπασης (Κ4)- Χρήση δραστηριοτήτων όπως βόλτες, φύση, για εκτόνωση και αποφόρτιση (Κ5)- Συστηματική εξωτερίκευση σκέψεων και συναισθημάτων σε ανθρώπους εμπιστοσύνης (Κ6)- Περιορισμένη συναισθηματική διεργασία λόγω υπερφόρτωσης υποχρεώσεων (Κ7)- Ενεργοποίηση μηχανισμών ψυχικής ανθεκτικότητας και ενστίκτου επιβίωσης (Κ8)

Θεματική Ενότητα 3: Επίδραση στην Επαγγελματική Ζωή

Η ανάλυση των απαντήσεων των 15 συμμετεχόντων ανέδειξε ότι η προσωπική απώλεια επηρέασε την εργασιακή τους ζωή με ποικίλους τρόπους, οι οποίοι δεν είναι μονοσήμαντοι αλλά συχνά αλληλοσυγκρουόμενοι. Εμφανίζεται μια συνεχής ταλάντευση ανάμεσα στη χρήση της εργασίας ως μηχανισμού αποφόρτισης και στη βίωση της εργασίας ως πεδίο αναβίωσης του πένθους.

Πιο συγκεκριμένα, 9 από τους 15 συμμετέχοντες (60%) ανέφεραν ότι η εργασία λειτούργησε ως μηχανισμός αποφυγής και ψυχικής αποφόρτισης (Κ1). Η καθημερινή τριβή με τα επαγγελματικά καθήκοντα, οι απαιτήσεις των περιστατικών και ο γρήγορος ρυθμός εργασίας αποτέλεσαν, για αρκετούς, τρόπο να αποσπούν τη σκέψη τους από τη δύσκολη συναισθηματική κατάσταση. Εντούτοις, ανέφεραν παράλληλα ότι η φύση της δουλειάς – ειδικά όταν σχετίζεται με ασθένεια, φροντίδα και απώλεια – λειτουργούσε συχνά ως παράγοντας αναβίωσης του πένθους (Κ2), μέσα από την ταύτιση με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Επίσης, ένα ιδιαίτερα έντονο εύρημα είναι η σημαντική συμβολή της συναδελφικής υποστήριξης (Κ3), την οποία αναγνώρισαν και επεσήμαναν 11 από τους 15 συμμετέχοντες (73%). Το ασφαλές περιβάλλον που δημιουργούν οι σχέσεις εμπιστοσύνης στον εργασιακό χώρο, η κατανόηση και η αποδοχή από τους συναδέλφους, λειτούργησαν προστατευτικά και θεραπευτικά.

Η ανάγκη για άδεια και χρόνο απομάκρυνσης από το εργασιακό περιβάλλον (Κ4) αναφέρθηκε από κάποιους συμμετέχοντες. Παράλληλα, κάποιοι συμμετέχοντες ανέφεραν μειωμένη απόδοση, αντοχές και λειτουργικότητα (Κ5), ιδιαίτερα στο αρχικό διάστημα της επανόδου στην εργασία. Οι συναισθηματικές πιέσεις, η αϋπνία, η δυσκολία συγκέντρωσης και η έλλειψη ψυχικών αποθεμάτων περιγράφονται συχνά.

Σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων – 6 στους 15 (40%) – περιγράφουν έντονα συναισθήματα θυμού, μοναξιάς και απογοήτευσης (Κ6), ιδιαίτερα όταν διαπίστωναν ότι το εργασιακό περιβάλλον δεν μπορούσε πάντα να ανταποκριθεί στις ψυχολογικές τους ανάγκες. Ο θυμός στρεφόταν τόσο προς την απώλεια όσο και προς τις περιστάσεις της καθημερινότητας.

Παράλληλα, 5 συμμετέχοντες (33%) περιέγραψαν την εμφάνιση φοβικών αντιδράσεων (Κ7), ιδιαίτερα σε συνθήκες που θύμιζαν την προσωπική τους απώλεια ή σε περιστατικά που σχετίζονταν με θάνατο, ατυχήματα ή σοβαρές ασθένειες.

Ένα ακόμα εύρημα υψηλής σημασίας είναι η συναισθηματική φθορά από την επαναλαμβανόμενη αναπαραγωγή του βιώματος (Κ8), την οποία αναφέρουν 7 από τους 15 (47%). Η ανάγκη να μοιραστούν την εμπειρία ή η διαρκής υπενθύμιση μέσα από παρόμοια επαγγελματικά περιστατικά φέρνει συνεχή επανατραυματισμό.

Παρόλα αυτά, μέσα από αυτή τη διαδικασία, κάποιοι συμμετέχοντες επεσήμαναν ότι ανέπτυξαν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση (Κ9), δηλαδή μια βαθύτερη κατανόηση για τον πόνο και τη δυσκολία που βιώνουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους. Μάλιστα, αρκετοί επεσήμαναν ότι η εμπειρία τους βελτίωσε τη στάση τους απέναντι στους ασθενείς, την ποιότητα της φροντίδας και την επικοινωνία τους με τα συνοδά πρόσωπα.

Συνολικά, από την ανάλυση προκύπτει ότι ενώ για κάποιους η εργασία λειτούργησε ως χώρος σταθερότητας, κανονικότητας και ψυχικής αποφόρτισης (Κ1), για άλλους αποτέλεσε πεδίο επιβάρυνσης και αναβίωσης της δικής τους εμπειρίας (Κ2, Κ8). Αυτή η διπλή διάσταση αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της σχέσης ανάμεσα στο πένθος και στην επαγγελματική ταυτότητα των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας.

Πίνακας 10 - Θεματική Ενότητα 3

Επίδραση στην εργασία	**Συμμετέχοντες**
Παρουσία στην εργασία	2
Απόδοση	2
Παραγωγικότητα	2
Σχέσεις με συναδέλφους	2
Νόμιμες άδειες	2
Ενσυναίσθηση	3
Απομόνωση	2

Πίνακας 11 – Θεματική Ενότητα 3

Επίδραση στην εργασία	**Χαρακτηριστικά σημεία συνεντεύξεων**
Παρουσία στην εργασία	«Εντάξει, εργασιακά ήταν δύσκολο να πηγαίνεις στη δουλειά σε αυτή τη κατάσταση, αλλά από την άλλη ήταν πραγματικά ότι ξεχνιόσουν. Γιατί και η ΜΕΘ είναι ένα κομμάτι στο νοσοκομείο που δε σταματάς καθόλου, είσαι συνέχεια σε εγρήγορση και η κούραση είναι πάρα πολύ, οπότε κοιμάσαι μετά αναγκαστικά παρόλο που έχω προβλήματα ύπνου και αϋπνίες πάρα πολλές, κάποια στιγμή βγαίνεις νοκ άουτ, δεν σε αφήνει. Εντάξει εργασιακά δεν μου δημιούργησε τόσο πρόβλημα, όσο με βοήθησε. Είχα το πόνο μου, είχα τη κούραση, σίγουρα η ΜΕΘ δεν είναι ένα ευχάριστο περιβάλλον, άκουγες και άλλα. Ξεχνιόσουν όμως, γιατί έχεις μάθει να δουλεύεις εκεί, ξέρεις πώς να κινηθείς οπότε αναγκαστικά κάπως βοηθάει αυτό. Εντάξει, ευτυχώς σε ρεπό και άδειες δεν έχω παράπονο, υπήρχε κατανόηση και αλληλεγγύη σε αυτά» (Σ8). «….προσπαθούσα όλο το δικό μου βίωμα να το αφήνω έξω από τη δουλειά. Θα μου πεις γίνεται; Θα σου πω όχι πάντα. Δεν ήταν εύκολο και κυρίως όταν προσπαθείς να το ξεχάσεις, αλλά σκέφτεσαι ότι μετά δεν θα γυρίσεις σπίτι σου. Όμως, όπως σου είπα και πριν είμαι σαν άνθρωπος αρκετά αισιόδοξη και ψάχνω να βρίσκω πάντα τη θετική πλευρά. Υπήρχαν φορές που αγχωνόμουν έντονα, ζητούσα λίγο χρόνο, συζητούσα με κάποιον συνάδελφο τι μου συμβαίνει και την ανησυχία μου και συνέχιζα κανονικά» (Σ14).

Απόδοση	«Όταν ήρθε αυτή η περιπέτεια στη ζωή μου ολοκλήρωνα στο κοινωφελές, οπότε εργάστηκα για λίγο διάστημα και έπειτα σταμάτησα. Το θετικό ήταν ότι δε σταμάτησα να κάνω τις κοινωνικές δραστηριότητες που αφορούσαν τα παιδιά» (Σ3).
Παραγωγικότητα	«Κοίτα, είχα λιγότερη ανοχή στο τι συνέβαινε στο κέντρο, επειδή απασχολούταν το κεφάλι μου με πολύ συναίσθημα. Και μικρότερη αντοχή. Δυσκολεύτηκα τη περίοδο εκείνη να έχω αντοχή στην εργασιακή μου ζωή. Πολλές φορές, επειδή και οι ωφελούμενοι είναι αρκετά δύσκολοι, δεν είχα τόση υπομονή να οριοθετήσω συμπεριφορές» (Σ6). «Με έκανε να κάνω όλα τα πράγματα μηχανικά, αλλά ήθελα να είμαι στην δουλειά για να μην είμαι σπίτι και να σκέφτομαι. Ήταν βοηθητικό το να πηγαίνω στην δουλειά. Ταυτόχρονα ήταν και δύσκολο να μην είμαι το ίδιο λειτουργική με πριν» (Σ15).
Σχέσεις με συναδέλφους	«Ήταν περίεργα. Ένα μόνιμο βάρος και ένας βαθύτατος πόνος με κατέκλυζε. Παρόλα αυτά προσπαθούσα να ξεφεύγω με τη δουλειά, με συζητήσεις με τους συναδέλφους.Επίσης, η φύση της δουλειάς μας σε ένα τέτοιο πλαίσιο, που έχεις να διαχειριστείς καθημερινά τεράστιες απώλειες, σε φέρνει αντιμέτωπο ξανά με τη δική σου εμπειρία. Σίγουρα αυτό επηρεάζει το συναίσθημα και σου ξυπνά δικές σου εικόνες» (Σ1).

	«Όταν όμως πρέπει να γίνονται ορισμένα πράγματα για κάποιους άλλους, είναι έτσι και η δουλειά μας γίνεσαι σαν το ρομπότ, πρέπει να το προχωρήσεις. Το κομμάτι και η επικοινωνία με τους συναδέλφους δεν βοήθησε πολύ γιατί δεν υπάρχει χρόνος να διαχειριστείς αυτή την κατάσταση, να την συζητήσεις» (Σ10).
Νόμιμες άδειες	«Στην αρχή ευτυχώς πήρα αρκετές και σημαντικές ημέρες απουσίας για να καταφέρω κάπως να πατήσω στα πόδια μου. Αφού επέστρεψα με αγκάλιασαν όλοι και αυτό πραγματικά ήταν το πιο σημαντικό και αυτό που στη πραγματικότητα χρειαζόμουν» (Σ2). «Υπήρχε μια παύση εκείνο το διάστημα, πήρα κάποιες ημέρες άδειας, περίπου 10 ημέρες, από τη κανονική μου άδεια. Έπειτα, όταν επέστρεψα προσπάθησα να είμαι αρκετά λειτουργική. Είχα περίπου δύο με τρείς εβδομάδες προσαρμογής που δυσκολεύτηκα λιγάκι» (Σ5).
Ενσυναίσθηση	«Σίγουρα επηρέασε, διότι πώς μπορείς να βοηθήσεις κάποιον άλλο να ξεπεράσει τον πόνο του, όταν εσύ ο ίδιος βιώνεις πόνο καθημερινά; Γιατί καλώς ή κακώς η δουλειά μου στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αυτή, να βοηθήσεις κάποιον να νιώσει καλύτερα, να τον φροντίσεις, να του απαλύνεις το πόνο του» (Σ4). «Θεωρώ πως με επηρέασε και θετικά. Μετά από τη δική μου εμπειρία έγινα παραπάνω ευαίσθητη στους ασθενείς που έχω απέναντι μου και στους οικείους τους σίγουρα. Όχι ότι

	πριν δεν ήμουν, αλλά αυτή η εμπειρία μου με μαλάκωσε. Να μπορώ να καταλάβω περισσότερο τι ακριβώς βιώνουν και πόσο δύσκολα μπορεί να περνάνε» (Σ13).
Απομόνωση	«Όταν ήρθα στη Κρήτη, δηλαδή έξι χρόνια μετά που έβλεπα όλα αυτά τα τροχαία και το γεγονός ότι πρέπει να ανακοινώσεις σε αυτή την έρμη την μάνα ή να δίνουμε σε μια σακούλα σκουπιδιών τα προσωπικά είδη του παιδιού, τη βέρα του, το σταυρό του και ότι άλλο, εγώ όταν το έκανα αυτό ερχόμουν σπίτι και βαλάντωνα…Μετά από το γεγονός με έπιασαν κάποιες φοβίες, η καθημερινότητα μου με τα τροχαία και την απώλεια με τρόμαζε πάρα πολύ και με επηρέαζε και στη προσωπική μου ζωή» (Σ11).

Πίνακας 12 - Κωδικοί Θεματικής Ενότητας 3

Ερώτηση	**Κωδικοί**	**Θεματικές Κατηγορίες / Υποκατηγορίες**
Πώς επηρέασε την εργασιακή σας ζωή;	- **Κ1:** Η εργασία ως μηχανισμός αποφυγής και ψυχικής αποφόρτισης- **Κ2:** Αναβίωση του πένθους και των συναισθημάτων μέσω της φύσης της δουλειάς- **Κ3:** Στήριξη από συναδέλφους ως θεραπευτικός παράγοντας- **Κ4:** Ανάγκη για άδειες και χρόνο προσαρμογής- **Κ5:** Μειωμένη	- Η εργασία λειτουργεί είτε ως μέσο ψυχικής εκτόνωσης και αποφόρτισης (**Κ1**), είτε ως παράγοντας αναβίωσης του πένθους, ειδικά σε επαγγέλματα που σχετίζονται με τη φροντίδα και τον θάνατο (**Κ2**).- Η συναδελφική υποστήριξη και η κατανόηση συμβάλλουν

	απόδοση, αντοχές και λειτουργικότητα- **Κ6:** Έντονα συναισθήματα θυμού, μοναξιάς και απογοήτευσης- **Κ7:** Φοβικές αντιδράσεις και υπερευαισθησία σε ερεθίσματα- **Κ8:** Επαναλαμβανόμενη συναισθηματική φθορά από την αναπαραγωγή του βιώματος (μέσα από ερωτήσεις, συζητήσεις ή εργασιακές καταστάσεις)- **Κ9:** Ανάπτυξη μεγαλύτερης ενσυναίσθησης προς ασθενείς και οικείους τους	καθοριστικά στην ψυχική ανακούφιση (**Κ3**).- Αναδεικνύεται έντονη ανάγκη για επαρκείς άδειες προσαρμογής, η οποία ωστόσο δεν καλύπτεται πάντα επαρκώς (**Κ4**).- Πολλοί συμμετέχοντες περιγράφουν περιορισμένες δυνάμεις, χαμηλή αποδοτικότητα και αυξημένη ψυχική κόπωση (**Κ5**).- Συναισθήματα θυμού, μοναξιάς και απογοήτευσης συνοδεύουν τη δυσκολία επανένταξης στην εργασιακή ρουτίνα (**Κ6**).- Σε αρκετές περιπτώσεις καταγράφονται φοβικές αντιδράσεις, είτε προς επαγγελματικά ερεθίσματα είτε στην καθημερινότητα (**Κ7**).- Η συνεχής αναπαραγωγή του βιώματος, είτε μέσα από ερωτήσεις συναδέλφων είτε μέσα από παρόμοιες επαγγελματικές περιστάσεις, οδηγεί σε συναισθηματική φθορά (**Κ8**).- Παράλληλα, αναπτύσσεται αυξημένη ενσυναίσθηση και βαθύτερη κατανόηση προς τον πόνο των ασθενών και των οικογενειών τους (**Κ9**).

Θεματική Ενότητα 4: Εμπόδια και Διευκολυντικοί Παράγοντες

Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε ότι οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήρθαν αντιμέτωποι με μια σειρά από σημαντικά εμπόδια τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, τα οποία επηρέασαν τη διαδικασία πένθους, τη προσωπική ευημερία αλλά και τη λειτουργικότητά τους στο επαγγελματικό περιβάλλον. Ταυτόχρονα, εντοπίστηκαν συγκεκριμένοι υποστηρικτικοί παράγοντες, οι οποίοι λειτούργησαν ανακουφιστικά και διευκόλυναν τη διαχείριση της απώλειας.

Σε πρακτικό και διοικητικό επίπεδο, τα συχνότερα εμπόδια που αναφέρθηκαν σχετίζονται με τη γεωγραφική απόσταση (Κ1), ιδίως όταν οι οικογένειες των συμμετεχόντων βρίσκονται εκτός του τόπου διαμονής ή εργασίας τους. Η αδυναμία άμεσης παρουσίας σε κρίσιμες στιγμές (κηδεία, αποχαιρετισμός) ενίσχυσε το αίσθημα ματαίωσης και αδυναμίας. Παράλληλα, οι περιορισμένες άδειες (Κ2, Κ3) αποτέλεσαν κοινό παράπονο, καθώς το ισχύον θεσμικό πλαίσιο δεν προβλέπει επαρκή στήριξη σε περιπτώσεις ψυχολογικής επιβάρυνσης λόγω πένθους, γεγονός που οδηγεί στην ανάγκη είτε χρήσης της τακτικής άδειας είτε στην απουσία χωρίς αποδοχές.

Ένα ακόμη κρίσιμο εμπόδιο που αναδείχθηκε αφορά την έλλειψη χρόνου για συναισθηματική αποφόρτιση (Κ4) και την απουσία υποστηρικτικών διαδικασιών μέσα στο εργασιακό περιβάλλον. Η διαχείριση του πένθους σε παράλληλο χρόνο με την εκτέλεση ενός φροντιστηκού ρόλου εντός δομών υγείας ή κοινωνικής φροντίδας αναφέρεται από τους περισσότερους ως συναισθηματικά εξαντλητική (Κ6, Κ8). Μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις η εργασία αποτέλεσε συνεχή υπενθύμιση της προσωπικής απώλειας, κυρίως όταν οι επαγγελματίες ήρθαν σε επαφή με περιστατικά που θύμιζαν τη δική τους εμπειρία (Κ7).

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε και στις διαπροσωπικές δυσκολίες στο χώρο εργασίας (Κ5), καθώς κάποιοι συνάδελφοι είτε δεν επέδειξαν κατανόηση είτε ήταν αδιάφοροι, γεγονός που ενίσχυσε το βίωμα μοναξιάς και αδυναμίας. Ταυτόχρονα, το βάρος της σωματικής κόπωσης (Κ9) επισημάνθηκε κυρίως από νοσηλευτές/νοσηλεύτριες και επαγγελματίες σε απαιτητικές δομές, όπως η ΜΕΘ, όπου η έκθεση σε συνεχή θάνατο επιβαρύνει περαιτέρω την ψυχική ανθεκτικότητα (Κ10).

Ωστόσο, παρά τα πολλαπλά εμπόδια, αναδείχθηκαν και σημαντικοί παράγοντες ανακούφισης. Καθολικά σχεδόν οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι η στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό δίκτυο (Κ13) αποτέλεσε βασικό πυλώνα ανθεκτικότητας. Παράλληλα, σε αρκετές περιπτώσεις το εργασιακό περιβάλλον και η συναδελφική υποστήριξη (Κ14) λειτούργησαν θεραπευτικά, ιδιαίτερα όταν υπήρχε αμοιβαία ενσυναίσθηση και αλληλεγγύη.

Ιδιαίτερα θετικό αντίκτυπο αναφέρθηκε από όσους είχαν τη δυνατότητα να λάβουν υποστήριξη μέσω ψυχοθεραπείας (Κ15). Αυτός ο παράγοντας συνέβαλε ουσιαστικά στη διαχείριση των συναισθημάτων και στην καλύτερη επεξεργασία της απώλειας. Εξίσου σημαντική αναδείχθηκε η παρουσία του ατόμου στις τελευταίες στιγμές ζωής του οικείου προσώπου (Κ16), καθώς αυτό φάνηκε να λειτουργεί ως μηχανισμός συναισθηματικής αποφόρτισης και ψυχολογικής ολοκλήρωσης του κύκλου του πένθους.

Συνολικά, η ανάλυση της συγκεκριμένης θεματικής ενότητας αναδεικνύει την έντονη συνάρτηση μεταξύ ατομικών, κοινωνικών και θεσμικών παραγόντων στη διαχείριση του πένθους. Η έλλειψη θεσμικής μέριμνας (άδειες, ψυχολογική υποστήριξη εντός εργασίας) συνδυάζεται με τη σωματική και ψυχική εξάντληση, γεγονός που καθιστά την ατομική και κοινωνική υποστήριξη τον κυρίαρχο μηχανισμό ανθεκτικότητας για τους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας.

Πίνακας 13 - Θεματική Ενότητα 4

Εμπόδια	**Συμμετέχοντες**
Γεωγραφική απόσταση	1
Απουσία νόμιμων αδειών	2
Σωματική και ψυχική εξάντληση	5
Δυσκολία στις σχέσεις με τους συναδέλφους	1
Δυσκολία συναισθηματικής αποφόρτισης	4
Απουσία υποστηρικτικών διαδικασιών	2

Πίνακας 14 – Θεματική Ενότητα 4

Εμπόδια	**Χαρακτηριστικά σημεία συνεντεύξεων**
Γεωγραφική απόσταση	«Εμπόδια δε μπορώ να πω ότι υπήρχαν ιδιαίτερα. Μόνο η χιλιομετρική απόσταση που είχα απ' το χωριό μου και που δε μπόρεσα λόγω αυτής να παρεβρεθώ εγκαίρως στο ξενύχτι, αλλά και έπειτα στα εννιάμερα του θείου μου. Ευκολία ήταν για μένα το γεγονός ότι ο θείος μου έφυγε ημέρα Πέμπτη κατά τις απογευματινές ώρες και χρειάστηκε να λείψω μόνο μια ημέρα από τη δουλειά μου. Έφτασα Παρασκευή πρωί και έμεινα έως και την Κυριακή. Ήταν δύο ημέρες μετά τον Δεκαπεντάυγουστο και ευτυχώς είχε πάρει άδεια και μια πολύ καλή μου φίλη και ήταν εκεί μαζί μου. Η παρέα της ήταν μια μορφή αποφόρτισης για εμένα. Γενικότερα όμως δεν μπορώ να βρω ευκολίες σε ένα τέτοιο γεγονός. Μόνο τους ανθρώπους που πραγματικά με αγαπούν και εμένα και την οικογένειά μου και στάθηκαν δίπλα μας» (Σ1).
Απουσία νόμιμων αδειών	«Δυστυχώς δεν υπάρχουν αναρρωτικές άδειες λόγω κακής ψυχικής υγείας ή ψυχοσύνθεσης. Ευκολία, εντάξει, όταν βρίσκεσαι σε ένα κέντρο που κατά κύριο λόγο συναναστρέφεσαι με ωφελούμενους με νοητική υστέρηση, δε χρειάζεται να κρύβεσαι τόσο» (Σ4). «Το πιο βασικό για εμένα ήταν να έχω λίγο παραπάνω άδεια με αποδοχές, για να μπορέσω να το δουλέψω καλύτερα και να το συνειδητοποιήσω. Να γυρίσω ίσως πιο προετοιμασμένη, ενώ βιώνω αυτή την

	απώλεια. Περίμενα επίσης από τους συναδέλφους μου περισσότερη υποστήριξη, που δεν υπήρχε» (Σ5).
Σωματική και ψυχική εξάντληση	«Τα πάντα. Μετά από αυτό δεν νομίζω ότι υπάρχει μεγαλύτερη δυσκολία, μεγαλύτερος πόνος. Συνειδητοποίησα αυτό που λένε ότι μόνο τα προβλήματα υγείας και οι απώλειες είναι ουσιαστικά προβλήματα. Σε αυτά δεν μπορείς να κάνεις τίποτα, δεν μπορείς να το αλλάξεις, να τους φέρεις πίσω» (Σ2). «Η φύση της δουλειάς έχει μέσα και αρκετή σωματική κόπωση, όπου πολλές φορές οι αντοχές μας επηρεάζονται πάρα πολύ από το πώς νιώθουμε ή το τι κουβαλάμε μέσα μας, οπότε πολλές φορές εγώ ένιωθα εξουθενωμένος πριν πάω στη δουλειά» (Σ4).
Δυσκολία στις σχέσεις με τους συναδέλφους	«Επίσης, άλλο ένα εμπόδιο ήταν ότι δεν υπήρχε ο χρόνος να συζητήσω ότι βιώνω με τους συναδέλφους, γενικότερα αν συζητάς κάποιο περιστατικό που σε δυσκολεύει ή κάτι από την προσωπική σου ζωή και την καθημερινότητα, μια ομάδα ίσως θα βοηθούσε πολύ» (Σ10). «Πέρα από τους υποστηρικτικούς συναδέλφους, υπήρχαν και συνάδελφοι που δεν ήταν υποστηρικτικοί. Το γεγονός ότι έπρεπε να αντιμετωπίσω και να πολεμήσω κάποιους συναδέλφους που δεν τα πηγαίνουμε τόσο καλά, με δυσκόλευε

	παραπάνω» (Σ6).
Δυσκολία συναισθηματικής αποφόρτισης	«Το εμπόδιο ήταν να μπορέσω να διαχειριστώ το συναίσθημά μου εκείνη τη ώρα και να είμαι επαγγελματίας στο πλαίσιο της δουλειάς μου. Σε ζορίζει πάρα πολύ το να πρέπει να καταπιείς τα συναισθήματά σου και να μπεις σε μια διάθεση ότι πρέπει να είμαι επικοινωνιακή, δίπλα στον ασθενή που με χρειάζεται και να μη με καταβάλει το συναίσθημα» (Σ5). «Εμπόδιο ήταν ότι γίνεσαι ακόμα πιο συναισθηματικός, πράγμα που είναι κακό για εσένα τον ίδιο, δεν γίνεται να τα βιώνεις και να τα παίρνεις όλα δικά σου. Είναι λες και έχεις ένα μαστίγιο και μαστιγώνεσαι κάθε μέρα, μα δεν γίνεται όμως, είναι μια δουλειά. Και η δουλειά σου είναι η ασθένεια και η αρρώστια και ο πόνος, δεν γίνεται εσύ να το επωμίζεσαι και να το παίρνεις όλο αυτό» (Σ11).
Απουσία υποστηρικτικών διαδικασιών	«Αυτό που με δυσκόλεψε και με δυσκολεύει ακόμη και τώρα, είναι ότι ο θεράποντας ιατρός μου δεν έχει τη προσέγγιση που εγώ θα ήθελα, δηλαδή, ενώ σου απαντάει στις ερωτήσεις, δεν υπάρχει το ανθρώπινο στοιχείο. Δυστυχώς είσαι ένας αριθμός, ένα ραντεβού» (Σ3).

Πίνακας 15 – Θεματική Ενότητα 4

Διευκολυντικοί παράγοντες	**Συμμετέχοντες**
Υποστηρικτικό περιβάλλον	2
Ψυχοθεραπέια – Ψυχολογική υποστήριξη	1
Υλική υποστήριξη	1

Πίνακας 16 – Θμεατική Ενότητα 4

Διευκολυντικοί παράγοντες	**Χαρακτηριστικά σημεία συνεντεύξεων**
Υποστηρικτικό περιβάλλον	«Η παρέα της ήταν μια μορφή αποφόρτισης για εμένα. Γενικότερα όμως δεν μπορώ να βρω ευκολίες σε ένα τέτοιο γεγονός. Μόνο τους ανθρώπους που πραγματικά με αγαπούν και εμένα και την οικογένειά μου και στάθηκαν δίπλα μας» (Σ1).
Ψυχοθεραπέια – Ψυχολογική υποστήριξη	«Μπήκα λίγο στη διαδικασία της μετάβασης. Εντάχθηκα σε ένα πρόγραμμα συστημικής θεραπείας, όπου αυτό με βοήθησε, γιατί αποσυμπιέστηκα αρκετά. Προετοιμάστηκα και ήρθε ομαλά όλο αυτό. Άρα αυτό ήταν μια σημαντική ευκολία. Βέβαια πάντα έχεις την ανησυχία και το φόβο αν θα ξανά έρθει, αν θα γίνει κάποια μετάσταση» (Σ3).
Υλική υποστήριξη	«Ευκολία σίγουρα ήταν ότι βρέθηκε η γνωστή μου και μπορούσε να με φιλοξενήσει για αρκετό διάστημα» (Σ14).

Πίνακας 17 - Κωδικοί Θεματικής Ενότητας 4

Ερώτηση	**Κωδικοί**	**Θεματικές Κατηγορίες**
Ποια ήταν τα εμπόδια που διαπιστώσατε κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης κατάστασης;	Κ1. Χιλιομετρική απόσταση	Διοικητικά και πρακτικά εμπόδια
	Κ2. Έλλειψη αναρρωτικών αδειών για ψυχολογικούς λόγους	Θεσμική ανεπάρκεια – έλλειψη πρόνοιας
	Κ3. Μικρός αριθμός ημερών άδειας	Θεσμικά – εργασιακά εμπόδια
	Κ4. Έλλειψη χρόνου για συζήτηση και αποφόρτιση	Εργασιακές συνθήκες και ψυχολογική πίεση
	Κ5. Έλλειψη υποστήριξης από κάποιους συναδέλφους	Διαπροσωπικές δυσκολίες στο εργασιακό περιβάλλον
	Κ6. Συναισθηματική υπερφόρτιση – αυξημένη ευαλωτότητα	Συναισθηματικά και ψυχολογικά εμπόδια
	Κ7. Η εργασία ως συνεχής υπενθύμιση της απώλειας	Ψυχολογική επιβάρυνση από τη φύση της δουλειάς
	Κ8. Δυσκολία διαχείρισης του συναισθήματος για να στηρίξω τους άλλους	Συναισθηματικές αντιστάσεις και φροντιστηκοί ρόλοι
	Κ9. Σωματική κόπωση λόγω φύσης εργασίας	Σωματική και επαγγελματική επιβάρυνση
	Κ10. Θάνατος νέων ατόμων ως τραυματική	Δευτερογενές τραύμα και βαρύ πένθος

	εμπειρία	
	Κ11. Δυσκολία στην επικοινωνία με θεράποντες – ψυχρότητα	Ανεπαρκής επικοινωνία και υποστήριξη
	Κ12. Δυσκολία προσαρμογής στη ζωή χωρίς το οικείο πρόσωπο	Υπαρξιακή και προσωπική προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα
Ποιες ήταν οι ευκολίες που σας βοήθησαν;	Κ13. Στήριξη από φίλους και οικογένεια	Υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα
	Κ14. Στήριξη από συναδέλφους και εργασιακό περιβάλλον	Υποστηρικτικά επαγγελματικά δίκτυα
	Κ15. Ψυχοθεραπεία – Συστημική θεραπεία	Επαγγελματική υποστήριξη και ενδυνάμωση
	Κ16. Παρουσία στις τελευταίες στιγμές του οικείου προσώπου	Συναισθηματική ανακούφιση και ολοκλήρωση πένθους
	Κ17. Προσωρινή φιλοξενία – Υλική υποστήριξη	Πρακτική υποστήριξη σε υλικό επίπεδο
	Κ18. Εργασία με άτομα με νοητική αναπηρία ως προστατευτικός παράγοντας	Επαγγελματικός ρόλος με μικρότερη συναισθηματική έκθεση

Θεματική Ενότητα 5: Ανάγκες και Προτάσεις για τον Εργασιακό Χώρο

Ο σχολιασμός της Θεματικής Ενότητας 5, η οποία αφορά τις ανάγκες και τις προτάσεις για τον εργασιακό χώρο, αναδεικνύει σημαντικά ευρήματα τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Η εμπειρία της απώλειας φαίνεται να έχει οδηγήσει όλους τους συμμετέχοντες σε μία βαθύτερη ενδοσκόπηση και αναθεώρηση αξιών, επαναπροσδιορίζοντας τις προτεραιότητές τους στη ζωή και την εργασία.

Καταρχάς, σε ατομικό επίπεδο, αρκετοί συμμετέχοντες (Κ1, Κ4, Κ8) αναφέρουν ότι η εμπειρία του πένθους τους οδήγησε στο να εκτιμήσουν περισσότερο τον ποιοτικό χρόνο με τους αγαπημένους τους ανθρώπους. Παράλληλα, αναδείχθηκε έντονα η ανάγκη για αυτοφροντίδα (Κ2), τόσο σε ψυχικό όσο και σε σωματικό επίπεδο. Πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μέσα από αυτή τη δύσκολη συνθήκη έμαθαν να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους (Κ3, Κ5), γεγονός που τους βοήθησε στην προσαρμογή και την ανθεκτικότητα απέναντι στη δυσκολία.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά ο κωδικός Κ6, ο οποίος αποτυπώνει την κοινή διαπίστωση ότι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας είναι «απροστάτευτοι» απέναντι στο ψυχικό φόρτο που συσσωρεύεται από τη φύση της εργασίας τους. Αυτή η παρατήρηση ενισχύεται από το γεγονός ότι αρκετοί ερωτώμενοι αισθάνονται ότι δεν υπάρχει καμία θεσμική μέριμνα ώστε να υποστηρίζονται οι ίδιοι όταν έρχονται αντιμέτωποι με προσωπικές ή επαγγελματικές απώλειες.

Σε σχέση με τις ανάγκες από το εργασιακό περιβάλλον, η ανάγκη για επαρκή και ευέλικτη άδεια (Κ8, Κ9, Κ12) αναδεικνύεται καθολικά, καθώς η ισχύουσα νομοθεσία δεν καλύπτει ικανοποιητικά τις ανάγκες πένθους. Πέρα από την ανάγκη για άδεια, οι συμμετέχοντες υπογραμμίζουν την απουσία οργανωμένων και δωρεάν υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης (Κ10, Κ17), οι οποίες θεωρούνται απολύτως αναγκαίες, ειδικά για επαγγελματίες που εργάζονται σε περιβάλλοντα υγείας με υψηλή συναισθηματική και σωματική καταπόνηση.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αναφορά στον κωδικό Κ13, όπου επισημαίνεται ότι το πένθος δεν αφορά μόνο την απώλεια ατόμων πρώτου βαθμού συγγένειας, αλλά και σημαντικούς ανθρώπους του κοινωνικού και επαγγελματικού περιβάλλοντος, ζήτημα που σήμερα δεν αναγνωρίζεται νομικά.

Οι προτάσεις που καταγράφονται από τους συμμετέχοντες περιλαμβάνουν τη δημιουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής στήριξης εντός του εργασιακού χώρου (Κ14), κάτι που θα μπορούσε να λειτουργήσει τόσο προληπτικά όσο και θεραπευτικά. Παράλληλα, η ανάγκη για θεσμοθέτηση περισσότερων ημερών άδειας (Κ15) χωρίς την επιβάρυνση των υπολοίπων συναδέλφων προβάλλεται ως κρίσιμη. Η ανάπτυξη κρατικών φορέων ή τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης (Κ16) αναδεικνύεται ως μια δομική ανάγκη, που απουσιάζει πλήρως από το υπάρχον σύστημα.

Τέλος, ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην ανάγκη για εκπαιδευτικά προγράμματα ευαισθητοποίησης γύρω από το πένθος και την απώλεια (Κ18). Αυτή η διάσταση είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι το πένθος παραμένει ταμπού στην κοινωνία και στο εργασιακό περιβάλλον, γεγονός που εντείνει την απομόνωση των πενθούντων εργαζομένων.

Συνολικά, η τελευταία θεματική ενότητα αναδεικνύει την αναγκαιότητα για θεσμικές αλλαγές, με έμφαση στην ενίσχυση των παροχών ψυχοκοινωνικής στήριξης, την αναθεώρηση της πολιτικής για τις άδειες πένθους, και την ένταξη δομών υποστήριξης στους χώρους εργασίας. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η διαχείριση της απώλειας δεν είναι ατομική υπόθεση, αλλά αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διασφάλιση της ψυχικής ανθεκτικότητας και της επαγγελματικής ευημερίας των εργαζομένων, ειδικά σε τομείς υψηλής συναισθηματικής έκθεσης όπως η υγεία και η κοινωνική φροντίδα.

Πίνακας 18 – Θεματική Ενότητα 5

Προσωπικές - Εργασιακές Ανάγκες	**Συμμετέχοντες**
Ποιοτικό χρόνο	3
Εκτίμηση της αξίας της ζωής	3
Συναισθηματική αποφόρτιση	1
Νόμιμη άδεια	5
Υπηρεσίες υποστήριξης και συμβουλευτικής	1
Ανθρώπινες εργασιακές συνθήκες	1

Πίνακας 19 – Θεματική Ενότητα 5

Προσωπικές - Εργασιακές Ανάγκες	**Χαρακτηριστικά σημεία συνεντεύξεων**
Ποιοτικό χρόνο	«Κατέληξα στο γεγονός πως πρέπει να περνάμε όμορφα με τα αγαπημένα μας πρόσωπα, να περνάμε ποιοτικό χρόνο, γιατί οι στιγμές αυτές που ζούμε μαζί τους μπορεί να είναι οι τελευταίες» (Σ1). «Πρέπει να εκτιμάς το χρόνο, γιατί πάντα σου δίνει μια γνώση. Δεν πρέπει να βιάζουμε καταστάσεις, γιατί δεν ζούμε κιόλας. Πλέον μπορώ να σου πω ότι ήρθε σε μια καλή περίοδο η ασθένεια, για να κόψω λίγο ταχύτητες. Να μάθω να φροντίζω τον εαυτό μου, να μάθω την αυτοφροντίδα. Ωστόσο το καλό είναι ότι έμαθα να εκφράζομαι, να εκφράζω συναισθήματα» (Σ3).
Εκτίμηση της αξίας της ζωής	«Ότι η ζωή είναι ωραία. Έμαθα να αγαπάω περισσότερο τον εαυτό μου, να τον φροντίζω, να μιλάω όταν χρειάζομαι βοήθεια και να μην νιώθω ενοχές για αυτό» (Σ4). «Ότι δεν γνωρίζεις πόσο χρόνο θα έχεις με τους δικούς σου ανθρώπους και ότι είναι σημαντικό να προσπαθείς να ζεις όσες περισσότερες στιγμές γίνεται μαζί τους» (Σ8).
Συναισθηματική αποφόρτιση	«Έχω καταλήξει στο ότι είναι σημαντικό να διαχειρίζεσαι σταθερά και με υποστήριξη τα ζητήματα που σε απασχολούν. Το να περιορίζεις το συναίσθημά σου δεν είναι σωστό, αλλά πρέπει να βρεις ένα τρόπο να το διαχειριστείς, ειδικά αν εργάζεσαι σε τέτοια πλαίσια» (Σ5).

Νόμιμη άδεια	«Ίσως λίγο περισσότερο χρόνο θα χρειαζόμουν να απέχω από την εργασία μου. Δυο – τρεις μέρες ακόμη. Για κάποιους ανθρώπους – και φυσικά βάζω και τον εαυτό μου μέσα σε αυτούς – κρίνεται απαραίτητη η άδεια από την εργασία τους, για τουλάχιστον μια εβδομάδα, δεδομένου ότι ο κάθε άνθρωπος βιώνει διαφορετικά μια απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου» (Σ1). «Αυτό που θα χρειαζόμουν είναι αρχικά να μπορώ να πάρω άδεια με αποδοχές, γιατί τώρα πήρα τη νόμιμη μου άδεια και μετά πήρα κάποιες μέρες χωρίς αποδοχές, καταλαβαίνεις ότι υπήρχαν και περεταίρω δυσκολίες» (Σ2).
Υπηρεσίες υποστήριξης και συμβουλευτικής	«Θα χρειαζόμουν ξεκάθαρα δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης και συμβουλευτικής. Είναι σημαντικό καθημερινά να επικοινωνούμε και να παίρνουμε ανατροφοδότηση, σαν εποπτεία, από μια ομάδα ειδικών που θα είναι εκεί για εμάς» (Σ5). «Επίσης, καλύτερη ενημέρωση για γραμμές υποστήριξης θεωρώ θα ήταν πολύ βοηθητικές σε καταστάσεις κρίσης. Γενικά θεωρώ θα πρέπει να μιλήσουμε για το πένθος και την απώλεια, να έρθουμε κοντά, να ενημερωθούμε, να εκπαιδευτούμε. Κανείς άνθρωπος δεν είναι εντάξει μετά από μια δίκη του σημαντική απώλεια και συνήθως αποφεύγουμε να μιλάμε για αυτό και περιμένουμε μόνος του να ανακάμψει» (Σ15).

Ανθρώπινες εργασιακές συνθήκες	«Καταλήγω ότι είμαστε απροστάτευτοι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, θα το λέω πάντα. Είμαστε δέκτες όλου αυτού του όγκου της πίεσης, του συναισθήματος της συμπεριφοράς και δεν έχουμε ένα μέρος να τα διοχετεύσουμε όλα αυτά. Συνήθως αυτό το μέρος είναι η προσωπική μας ζωή» (Σ6). «Κυρίως κατανόηση, βοήθεια, χρόνο, χώρο, βοήθεια πρακτική, συμβουλευτική. Αυτά θα χρειαζόμουν και ακόμη φυσικά τα χρειάζομαι από το εργασιακό μου περιβάλλον» (Σ6).

Πίνακας 20 – Θεματική Ενότητα 5

Προτάσεις	**Συμμετέχοντες**
Ψυχοκοινωνικής στήριξης - Εποπτεία	2
Νόμιμες άδειες	3
Γραμμές υποστήριξης	1
Εκπαιδευτικά προγράμματα	1

Πίνακας 21 – Θεματική Ενότητα 5

Προτάσεις	**Χαρακτηριστικά σημεία συνεντεύξεων**
Ψυχοκοινωνικής στήριξης - Εποπτεία	«Βεβαίως! Σε κάθε περίπτωση, καλό θα ήταν να υπάρχει μια ομάδα ψυχοκοινωνικής στήριξης εργαζομένων εντός του χώρου εργασίας, ακόμη και για εμάς τους ίδιους που ασχολούμαστε με την ψυχική υγεία και τη συμβουλευτική ή και μια ομάδα εποπτείας κοινωνικών λειτουργών» (Σ1).

	«Είναι πολύ σημαντικό και πρέπει να υπάρχει σε κάθε υπηρεσία μια ομάδα που να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και εποπτεία στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας δωρεάν, ιδιαίτερα όταν βιώνουν κάτι τόσο δύσκολο» (Σ3).
Νόμιμες άδειες	«Επίσης, η παροχή νόμιμων αδειών για το συγκεκριμένο λόγο με αποδοχές. Δεν είναι δυνατόν να δικαιούσαι μόνο 3 ημέρες για θάνατο πρώτου βαθμού συγγένειας. Τι να κάνουν οι 3 ημέρες μπροστά σε κάτι τόσο τραγικό; Πρέπει να αλλάξει άμεσα η νομοθεσία και να μεριμνήσει το κράτος για τις συγκεκριμένες περιπτώσεις» (Σ2). «Δεν συμφωνώ δηλαδή στη παθητική απομάκρυνση από τη δουλειά έτσι απλά, αλλά με ενεργητικά μέσα, να μοιραστείς, να εμπιστευθείς, να μιλήσεις, να ακούσεις. Άδειες ωρών ίσως σε κάποιες περιπτώσεις να είναι αρκετά βοηθητικές. Εγώ αρκετές φορές είχα την ανάγκη να φύγω τις δύο τελευταίες ώρες, επειδή είχα ζοριστεί συναισθηματικά» (Σ6).
Γραμμές υποστήριξης	«Πέρα από αυτά που προανέφερα με την εξειδικευμένη ομάδα υποστήριξης του προσωπικού, μπορούμε και πρέπει να τα δούμε σε επίπεδο κράτους, να υπάρχουν φορείς που να μπορείς να επικοινωνήσεις, να πάρεις ένα τηλέφωνο, γραμμές υποστήριξης που να σχετίζονται όμως καθαρά και με την εργασία. Δηλαδή να υπάρχει υποστήριξη και καθοδήγηση σε σχέση με το περιβάλλον της

	εργασίας και τις απαιτήσεις» (Σ4).
Εκπαιδευτικά προγράμματα	«Είναι σημαντικό όπως ανέφερα και παραπάνω να θεσμοθετηθούν άδειες, για όλες τις εκφάνσεις της απώλειας και όχι μόνο τους συγγενείς πρώτου βαθμού. Είναι δυνατόν; Είναι αστείο αυτό το πράγμα. Να υπάρχει χώρος και χρόνος για τη διεργασία του πένθους, για να μπορέσουμε να ανακάμψουμε ψυχικά και σωματικά και να επιστρέψουμε πίσω και να είμαστε λειτουργικοί. Επίσης, να υπάρξει ψυχολογική υποστήριξη και να υπάρξουν και ενημερωτικά προγράμματα που θα μας εξοικειώσουν περισσότερο με την απώλεια και το πένθος, για να σταματήσουν να είναι θέματα ταμπού. Να μπορούμε να μιλάμε, να συζητάμε, να αποσυμπιεζόμαστε και να το δουλεύουμε όλο αυτό που μας συμβαίνει, στα πλαίσια και της εργασίας μας, αλλά και εκτός αυτής δωρεάν από το κρατικό μηχανισμό» (Σ15).

Πίνακας 22. Κωδικοί Θεματικής Ενότητας 5

Ερώτηση	**Κωδικοί**	**Θεματικές Κατηγορίες**
Σε τι διαπιστώσεις έχετε καταλήξει μετά από αυτή την εμπειρία;	Κ1: Εμβάθυνση σχέσεων και ποιοτικός χρόνος με αγαπημένα πρόσωπα Κ2: Ανάγκη για αυτοφροντίδα Κ3: Έκφραση και αποδοχή συναισθημάτων Κ4: Εκτίμηση του χρόνου και της ζωής Κ5: Αντιμετώπιση και όχι αποφυγή	Επανεκτίμηση αξιών ζωής και σχέσεων /Αυτοφροντίδα και συναισθηματική διαχείριση / Ανάγκη για συστημική υποστήριξη επαγγελματιών υγείας

	συναισθημάτων Κ6: Επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απροστάτευτοι από τη συναισθηματική επιβάρυνση Κ7: Ανθρωποκεντρική φροντίδα προς τους ασθενείς	
Τι θα χρειαζόσασταν η ίδια από το εργασιακό σας περιβάλλον;	Κ8: Περισσότερες ημέρες άδειας Κ9: Άδεια με αποδοχές για πένθος ή ψυχική επιβάρυνση Κ10: Δωρεάν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης Κ11: Κατανόηση και ευελιξία από την εργοδοσία Κ12: Ενίσχυση προσωπικού ώστε να καλύπτονται ανάγκες χωρίς να επιβαρύνονται οι συνάδελφοι Κ13: Αναγνώριση απωλειών και εκτός πρώτου βαθμού συγγένειας	Θεσμική υποστήριξη (άδειες, παροχές) / Ψυχολογική στήριξη και καθοδήγηση / Οργανωτική ευελιξία και κατανόηση
Έχετε κάποιες προτάσεις για υπηρεσίες υποστήριξης στον χώρο εργασίας;	Κ14: Δημιουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής στήριξης και εποπτείας εντός εργασιακού χώρου Κ15: Θεσμοθέτηση περισσότερων ημερών άδειας για πένθος ή ψυχολογική επιβάρυνση Κ16: Δημιουργία κρατικών ή τοπικών φορέων/γραμμών επικοινωνίας για υποστήριξη εργαζομένων Κ17: Καθημερινή δυνατότητα αποφόρτισης, ακόμα και με άδειες ωρών Κ18: Ενημερωτικά προγράμματα και εκπαίδευση για τη διαχείριση του πένθους	/ Δομές δωρεάν υποστήριξης εντός εργασίας / Πολιτικές και νομοθετικές αλλαγές υπέρ των εργαζομένων / Εκπαίδευση – άρση του ταμπού του πένθους

6.7. Συσχέτιση της παρούσας ποιοτικής έρευνας με προηγούμενες μελέτες

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας ανέδειξε κυρίως μελέτες που εστιάζουν στο επαγγελματικό πένθος μετά από απώλεια ασθενών και όχι συχνά στο προσωπικό πένθος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον. Σύμφωνα με μια ποιοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Σαντιάγο της Χιλής το 2019, που αφορούσε επαγγελματίες υγείας σε παιδιατρικές ΜΕΘ πέντε δημόσιων νοσοκομείων εστιάζοντας στο πένθος και στη διαχείριση του. Η συγκεκριμένη έρευνα εστιάζει στο πένθος μετά από απώλεια ασθενή και τα ευρήματα δείχνουν πολλά κοινά στοιχεία με τη δικής μας έρευνα. Αρχικά, οι επαγγελματίες υγείας μετά την απώλεια κάποιου ασθενή αντιλαμβάνονται πολύ χαμηλή υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον, καθώς δεν υπάρχουν ομάδες υποστήριξης πένθους. Οι εργαζόμενοι δεν βρίσκουν τρόπους να εξωτερικεύσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τη θλίψη τους, καθώς υπάρχει πολύ μεγάλη επαγγελματική υπερφόρτωση και πίεση λόγω των αναγκών των ασθενών και της έλλειψης υποστήριξης. Αναφέρουν, ότι οι παραπάνω συνθήκες τους οδηγούν στην ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης και προστασίας για να μπορέσουν να είναι αποδοτικοί στο χώρο της εργασίας τους, κάτι που αποδεικνύει υψηλό συναισθηματικό φορτίο και επαγγελματική εξουθένωση. Στη δική μας ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε παρουσιάζονται όλα τα παραπάνω ευρήματα κοινά, κάτι που μας παρουσιάζει ότι είτε είναι προσωπική η απώλεια, είτε απώλεια ασθενή, το συναισθηματικό φορτίο υπάρχει και η υποστήριξη από την ίδια υπηρεσία υγείας είναι ανύπαρκτη. Οι επαγγελματίες υγείας και στις δύο έρευνες στηρίζουν τις απώλειες και τα στρεσογόνα γεγονότα που βιώνουν σε προσωπικά δίκτυα υποστήριξης και την άτυπη υποστήριξη από το συναδελφικό μέτωπο (Vega Vega et al., 2019).

Από την άλλη πλευρά, μια ποιοτική έρευνα, σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε οίκους ευγηρίας που παρέχουν παρηγορητική φροντίδα σε τρεις γεωγραφικές επαρχίες της Γαλλίας με ποικίλα καθεστώτα ιδιοκτησίας (δημόσιες, ιδιωτικές, συνεταιριστικές), το 2024 με ποιοτικές συνεντεύξεις σε ομάδες εστίασης. Οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν συχνά αισθήματα θλίψης και χαράς, καθώς νιώθουν ικανοποίηση που παρέχουν φροντίδα αλλά από την άλλη πλευρά βιώνουν την απώλεια των ασθενών και τη διαδικασία του πένθους. Γίνεται αναφορά σε

έλλειψη χώρου και χρόνου έκφρασης συναισθημάτων και διαχείρισης της συγκεκριμένης κατάστασης. Στη δική μας ποιοτική έρευνα εντοπίζονται ίδια ευρήματα, καθώς οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας αναφέρουν ότι δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και δεν λαμβάνουν σημαντική υποστήριξη εντός του πλαισίου εργασίας. Στην παραπάνω έρευνα οι επαγγελματίες ανέφεραν τη σημασία των θεσμικών κανόνων, ώστε να μπορούν με κάποιους τρόπους να εκφράζουν τα δύσκολα συναισθήματά τους. Η καθημερινή έκθεση με το θάνατο στα πλαίσια της εργασίας και η έλλειψη χώρου και χρόνου να θρηνήσουν, να αποσυμπιεστούν και να αισθανθούν συναισθηματική ισορροπία τους οδήγησε να καταπιέσουν τα συναισθήματά τους και να προσπαθούν αποδοτικά να παρέχουν τις υπηρεσίες του. Αναφέρουν ότι ο περιορισμός ουσιαστικής υποστήριξης προκαλεί συναισθηματική δυσφορία, αισθήματα ενοχής και αίσθημα αποτυχίας και αδυναμίας. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι και στις δύο έρευνες οι επαγγελματίες υγείας εντόπισαν εναλλακτικούς και άτυπους τρόπους υποστήριξης, όπως συμβουλευτική συνάντηση με ψυχολόγους και υποστήριξη από άτυπα δίκτυα (Umubyeyi et al., 2024).

Επίσης, πραγματοποιήθηκε μια ποιοτική συστηματική ανασκόπηση το 2024, μέσα από τις βιβλιοθήκες PubMed, Embase, ScienceDirect, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, Cochrane Library, Scopus και Wiley, με μελέτη 30 ποιοτικών μελετών, όπου φάνηκε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων και πένθους που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας βασίζονται στις συναισθηματικές και επαγγελματικές σχέσεις. Με το συγκεκριμένο τρόπο διαχειρίζονται τις απώλειες και προσπαθούν να είναι αποδοτικοί και αποτελεσματικοί στις παροχές φροντίδας των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν περιλάμβαναν ιατρούς, ογκολόγους, εργοθεραπευτές παρηγορητικής φροντίδας, λογοθεραπευτές και νοσηλευτές. Οι συμμετέχοντες επέλεξαν ένα τρόπο απελευθέρωσης και αποσυμπίεσες που ήταν το κλάμα. Επίσης, ένας τρόπος αντιμετώπισης ήταν να αποστασιοποιούνται συναισθηματικά από το συγκεκριμένο γεγονός. Άλλη μια στρατηγική είναι η γνωστική διαχείριση και ο αναστοχασμός για το θάνατο και τη ζωή. Οι επαγγελματίες επέλεξαν να βρουν άτυπους τρόπους διαχείρισης τους πένθους, μέσω διακοπών, ξεκούρασης, επικοινωνίας. Επίσης, πολλούς επαγγελματίες τους βοήθησε η επαφή με τη θρησκεία και την πνευματικότητα. Οι συναισθηματικές

αντιδράσεις συχνά θεωρούνται ένδειξη αδυναμίας και οι εργαζόμενοι πιέζουν τα συναισθήματά τους μέχρι να εμφανιστεί η κατάλληλη στιγμή για να θρηνήσουν. Τα ευρήματά της συγκεκριμένης μελέτης υποστηρίζουν μια πολύπλευρη προοπτική των δεξιοτήτων αντιμετώπισης των επαγγελματιών και τη σημαντικότητα να παρέχονται στοχευόμενα προγράμματα παρέμβασης και υπηρεσίες υποστήριξης που να βοηθούν τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης ώστε να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το πένθος και την απώλεια. (Fang et al., 2024).

Ωστόσο, πραγματοποιήθηκε μια ποιοτική μελέτη το 2019 σε ιδρύματα φροντίδας και νοσοκομεία που παρέχεται παρηγορητική φροντίδα, απευθυνόμενη σε νοσηλευτές, μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι χρειάζονται χρόνο και ουσιαστική υποστήριξη μετά το βίωμα ενός προσωπικού πένθους, κατά την επιστροφή στον εργασιακό χώρο. Παρουσιάζουν διαφορά στο πώς βιώνουν ένα απρόσμενο θάνατο ενός αγαπημένου τους προσώπου από έναν αναμενόμενο θάνατο. Αναφέρουν ότι μετά την προσωπική τους εμπειρία το εργασιακό πλαίσιο μπορεί να πυροδοτήσει την αναβίωση τους προσωπικού τους πένθους, καθώς έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τον θάνατο ασθενών. Ο διαχωρισμός προσωπικής από την εργασιακή απώλεια μπορεί να χρειαστεί πολύ χρόνο και υποστήριξη. Για τους επαγγελματίες είναι σημαντική η ύπαρξη χρόνου απουσίας και παρουσίας υποστήριξης μετά από μια τέτοια εμπειρία στα πλαίσια του εργασιακού χώρου (Reed et al., 2019). Στη δική μας ποιοτική μελέτη διαφαίνεται το ίδιο ακριβώς, καθώς οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας αναφέρουν τη σημαντικότητα ψυχολογικής υποστήριξης και αδειών απώλειας, μετά από μια προσωπική απώλεια για να μπορέσουν να είναι αποδοτικοί και ικανοποιημένοι στο χώρο εργασίας τους.

Ακόμη μια έρευνα που αναφέρεται σε πένθος και συναισθηματικές δυσκολίες λόγω απώλειας ασθενών είναι στη Γερμανία το 2025, σε μια ποιοτική μελέτη με ημιδομημένες συνεντεύξεις, με 25 επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την ψυχοογκολογική φροντίδα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι μετά το θάνατο ενός ασθενή υπάρχουν συναισθηματικές και γνωστικές επιπτώσεις, καθώς νιώθουν λύπη, θυμό, σοκ και συναισθηματική κόπωση. Παρόλα αυτά αναφέρουν ότι το προσωπικό τους πένθος τους επηρεάζει περισσότερο σε σχέση με το πένθος από την απώλεια ενός ασθενή. Επίσης, ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν περιορισμό

στην έκφραση των συναισθημάτων τους στον εργασιακό χώρο, καθώς υπήρχε το άγχος ότι θα στιγματιστούν και δεν υπήρχε το περιθώριο να εκφραστούν. Παρουσίασαν αρνητικές και θετικές επιπτώσεις μιας τέτοιας απώλειες, γιατί αφενός, εμπλέκονται συναισθηματικά και οδηγούν τα αρνητικά συναισθήματα του πένθους και στη προσωπική τους ζωή, αφετέρου όμως μαθαίνουν να διαχειρίζονται τον καθημερινό θάνατο των ασθενών, που τους βοηθά να διαχειρίζονται καλύτερα και προσωπικές απώλειες. Όσον αφορά την παραπάνω έρευνα, σε σχέση με τη δική μας ποιοτική μελέτη, μπορεί να διαφέρει στο υποκείμενο της απώλειας, καθώς στη συγκεκριμένη έρευνα αναφέρεται σε επαγγελματική απώλεια, αλλά διαφαίνεται ότι οι επιπτώσεις είναι παρόμοιες με τη δική μας έρευνα. Έλλειψη χώρου αποσυμπίεσης και έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων, συναισθήματα απώλειας και πένθους που επηρεάζουν και τη προσωπική, αλλά και την επαγγελματική ζωή, καθώς και ανάπτυξη προσωπικών στρατηγικών διαχείρισης και συναισθηματικής ανάπτυξης. (Wandke et al., 2025)

6.8. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε με σαφήνεια τη βαθιά επίδραση της προσωπικής απώλειας και του πένθους στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των εργαζομένων στον χώρο της Υγείας. Μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, προκύπτει ότι η απώλεια, ανεξαρτήτως του είδους της –είτε αφορά τον θάνατο αγαπημένου προσώπου, είτε την απώλεια υγείας, σχέσεων, εργασίας ή ακόμα και την απώλεια της ψυχικής ισορροπίας– λειτουργεί ως ένα βαθιά τραυματικό γεγονός, ικανό να αναδιαμορφώσει ολόκληρη την ψυχοσύνθεση του ατόμου.

Στη βάση των αφηγήσεων αναδεικνύεται ότι η εμπειρία του πένθους δεν αποτελεί μια γραμμική διαδικασία με σαφή και προβλέψιμα στάδια, αλλά ένα δυναμικό και πολυδιάστατο φαινόμενο, όπου συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές αλληλοεπιδρούν, μεταβάλλονται και επανεμφανίζονται με διαφορετική ένταση και μορφή ανάλογα με τις συνθήκες. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την απώλεια ως ένα γεγονός που προκάλεσε ρήγμα στην προσωπική τους συνέχεια, μια βίαιη ανατροπή της κανονικότητας που οδηγεί σε μια μακρά και επώδυνη προσπάθεια επαναπροσδιορισμού του εαυτού και του νοήματος της ζωής.

Ένα κοινό νήμα που διαπερνούσε τις μαρτυρίες ήταν η δυσκολία συνειδητοποίησης και αποδοχής της απώλειας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες

περιέγραψαν φάσεις έντονου σοκ, συναισθηματικού μουδιάσματος και ψυχικής παράλυσης, αδυνατώντας να κατανοήσουν και να επεξεργαστούν το τελεσίδικο της απώλειας. Το γεγονός αυτό εντάθηκε από την ταυτόχρονη ανάγκη τους να παραμείνουν δυνατοί για τους οικείους τους ή για τους ασθενείς τους, οδηγώντας σε μια συστηματική καταπίεση των προσωπικών τους συναισθημάτων.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι το επαγγελματικό πλαίσιο, αν και παρείχε σε κάποιες περιπτώσεις μια λειτουργική απόσπαση από τον πόνο, λειτούργησε ταυτόχρονα και ως παράγοντας επιβάρυνσης. Η φύση της εργασίας στον χώρο της υγείας, με τη συχνή έκθεση σε ασθένεια, πόνο και θάνατο, αποτέλεσε για τους περισσότερους μια συνεχή υπενθύμιση της ίδιας τους της απώλειας, προκαλώντας συχνά συναισθήματα αναβίωσης του τραύματος. Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας καλούνται να φροντίζουν άλλους ανθρώπους τη στιγμή που οι ίδιοι βιώνουν μια συναισθηματική κατάρρευση, γεγονός που οδηγεί σε φαινόμενα δευτερογενούς τραυματικού στρες, συναισθηματικής εξάντλησης και συχνά επαγγελματικής αποστασιοποίησης.

Παράλληλα, ένα άλλο κρίσιμο εύρημα της μελέτης αφορά στην εμφανή απουσία θεσμικών μηχανισμών υποστήριξης εντός του εργασιακού περιβάλλοντος. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τόνισε ότι δεν υπάρχουν ούτε δομές, ούτε διαδικασίες που να επιτρέπουν την υγιή διαχείριση του πένθους στον χώρο εργασίας. Αντίθετα, το σύστημα φαίνεται να λειτουργεί στη βάση της σιωπηλής ανοχής, με την προσδοκία ότι ο εργαζόμενος θα επιστρέψει γρήγορα και απρόσκοπτα στις υποχρεώσεις του, ανεξάρτητα από την ψυχολογική του κατάσταση.

Το έλλειμμα αυτό επιτείνεται από την περιορισμένη διάρκεια των θεσμοθετημένων αδειών πένθους, η οποία, όπως καταγράφεται στα δεδομένα, κρίνεται από όλους ανεπαρκής. Επιπλέον, η έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εντός του εργασιακού πλαισίου οδηγεί τους επαγγελματίες στην αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας, συχνά με δική τους πρωτοβουλία και προσωπικό κόστος.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι, παρά τις αντιξοότητες, οι συμμετέχοντες ανέδειξαν και πλευρές προσωπικής ανάπτυξης και ενδυνάμωσης που προέκυψαν μέσα από την εμπειρία της απώλειας. Η συνειδητοποίηση της τρωτότητας της ζωής οδήγησε πολλούς στην αναθεώρηση των προτεραιοτήτων τους, στην εστίαση σε

ποιοτικότερο χρόνο με αγαπημένα πρόσωπα, στην ανάγκη για αυτοφροντίδα και στην έκφραση συναισθημάτων, τα οποία στο παρελθόν παρέμεναν συχνά αποσιωπημένα.

Ωστόσο, παρά την ατομική προσαρμογή και τις στρατηγικές διαχείρισης που ανέπτυξαν, αναδεικνύεται εμφατικά η ανάγκη για συλλογική και θεσμική υποστήριξη. Οι εργαζόμενοι ζητούν την ύπαρξη δομημένων υπηρεσιών ψυχολογικής στήριξης, ομάδων εποπτείας και συστηματικής εκπαίδευσης για τη διαχείριση του πένθους. Επίσης, επισημαίνουν την ανάγκη για την αναθεώρηση του νομικού πλαισίου σχετικά με τις άδειες πένθους, έτσι ώστε να καλύπτει όχι μόνο την απώλεια συγγενών πρώτου βαθμού, αλλά και άλλων σημαντικών προσώπων ή βιωμάτων που σχετίζονται με σημαντική συναισθηματική απώλεια.

Ένα ακόμη κρίσιμο σημείο που αναδύεται από τις μαρτυρίες αφορά στην ανάγκη αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας. Το πένθος και η απώλεια παραμένουν θέματα ταμπού στον χώρο της υγείας. Οι εργαζόμενοι συχνά νιώθουν ότι πρέπει να αποσιωπούν τα προσωπικά τους βιώματα, να φορούν τη "μάσκα" του επαγγελματισμού και να συνεχίζουν να λειτουργούν σαν να μην επηρεάζονται από τη δική τους ανθρώπινη εμπειρία. Αυτή η κουλτούρα της σιωπής οδηγεί σε ψυχική απομόνωση, επαγγελματική εξουθένωση και, μακροπρόθεσμα, σε φαινόμενα φυγής από τον κλάδο.

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καθιστούν σαφές ότι η διαχείριση της απώλειας στον χώρο της υγείας δεν μπορεί να παραμείνει στην ατομική ευθύνη του επαγγελματία. Αντιθέτως, αποτελεί θεσμική και οργανωσιακή υποχρέωση να αναγνωριστεί ότι οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας είναι πρώτα άνθρωποι που χρειάζονται χώρο, χρόνο και υποστήριξη για να επεξεργαστούν το πένθος τους. Η δημιουργία ενός συστήματος που θα στηρίζει ουσιαστικά τον άνθρωπο πίσω από τον επαγγελματικό ρόλο δεν είναι απλώς ηθικά επιβεβλημένη, αλλά αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μόνο μέσα από τη θεσμική αναγνώριση της ανθρώπινης διάστασης του πένθους, την ενσωμάτωση της ψυχολογικής φροντίδας στην καθημερινότητα του επαγγελματικού χώρου και τη διαμόρφωση μιας κουλτούρας που θα αγκαλιάζει το πένθος και τις στρεσογόνες εμπειρίες, μπορεί να επιτευχθεί ένα περιβάλλον εργασίας που να προάγει όχι μόνο την υγεία των ασθενών,

αλλά και την ψυχική υγεία και υγεία των ίδιων των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας.

6.9. Περιορισμοί / Δυσκολίες

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που σχετίζονται κυρίως με το μέγεθος και τη σύνθεση του δείγματος, το οποίο ενδεχομένως να μην είναι απόλυτα αντιπροσωπευτικό του συνολικού πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας στη Περιφερειακή Ενότητα Ηρακλείου. Οι δυσκολίες που προέκυψαν κατά την διεξαγωγή της ποσοτικής έρευνας ήταν κυρίως χρονικές, καθώς χρειάστηκε αρκετή προσωπική επιμονή, υπομονή και υπενθύμιση στο δείγμα για την συμπλήρωση του ποσοτικού ερωτηματολογίου. Ήταν αναμενόμενες και λογικές ωστόσο οι συγκεκριμένες δυσκολίες, καθώς το δείγμα και ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας ήταν και είναι πάντα χρονικά υπερφορτωμένες, με πολλές προκλήσεις, περιορισμένο χρόνο και πολλά υγειονομικά μέτωπα. Όσον αφορά, την ποιοτική έρευνα, οι περιορισμοί που δημιουργήθηκαν ήταν κυρίως η απουσία χρόνου των συνεντευξιαζόμενων, που σε αρκετές περιπτώσεις οδήγησε στην πραγματοποίηση των συνεντεύξεων, μέσω τηλεδιάσκεψης, όπου κάποιες φορές αντιμετωπίστηκαν προβλήματα σύνδεσης στο διαδίκτυο.

7. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Για την περαιτέρω εμβάθυνση στα ευρήματα της παρούσας μελέτης, προτείνονται ορισμένες κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα. Καταρχήν, θα ήταν χρήσιμο να επεκταθεί το δείγμα ώστε να συμπεριληφθούν εργαζόμενοι από διαφορετικούς τομείς του συστήματος υγείας και από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, με σκοπό την επίτευξη υψηλότερου επιπέδου γενικευσιμότητας. Επιπρόσθετα, προτείνεται η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών, προκειμένου να εντοπιστούν οι μεταβαλλόμενες τάσεις στις στρατηγικές διαχείρισης του στρες και στην αντίληψη της υγείας, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα αξιολόγησης της μακροπρόθεσμης επίδρασης των προσωπικών απωλειών στον εργασιακό χώρο.

Εν κατακλείδι, τα συμπεράσματα της έρευνας αναδεικνύουν ένα σύνθετο τοπίο, στο οποίο οι εμπειρίες απώλειας και τα στρεσογόνα γεγονότα επιδρούν με διάφορους τρόπους στην υγεία, την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Οι διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ των ομάδων, ιδιαίτερα όσον αφορά τον χρόνο απασχόλησης και την αντίληψη της υγείας, υποδηλώνουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση και στοχευμένες παρεμβάσεις.

Τα ευρήματα, παρά τους περιορισμούς τους, ανοίγουν το δρόμο για μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση των μηχανισμών που διαμορφώνουν την επαγγελματική συμπεριφορά και την ψυχοκοινωνική ευημερία στον χώρο της υγείας, προτείνοντας παράλληλα νέες προοπτικές για μελλοντική έρευνα και πρακτικές εφαρμογές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Atkins, L., & Wallace, S. (2012). Qualitative research in education. SAGE Publications.
2. Austin, W., Bergum, V., & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: Mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, *10*(3), 177–183. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12940972/
3. Basque, M.-F. (2001). Πένθος και υγεία άλλοτε και σήμερα – το σοκ της απώλειας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις – η αντιμετώπιση. Αθήνα: Θυμάρι.
4. Barker, R. L. (2014). The social work dictionary (6th ed.). NASW Press.
5. Bell, J. (1999). Doing your research project: A guide for first-time researchers in education and social science. Open University Press.
6. Bennett, K. M., Gibbons, K., & Mackenzie-Smith, S. (2010). Loss and restoration in later life: an examination of dual process model of coping with bereavement. Omega – Journal of Death and Dying, 61(4), 315–332. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21058612/
7. Bergeron, D. M. (2024). Grieving at work: Examining the impact of grief on organizational citizenship behaviors, work commitment, and perceived organizational support. Group & Organization Management. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/10596011241310272
8. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
9. Burke, A. (2022). Grief and Loss: NCLEX RN [Internet]. Registered Nursing. Retrieved February 10, 2022, from https://www.registerednursing.org/
10. Cakirpaloglu, S. D., Kubatova, H., Harsa, P., Macek, P., & Slezackova, A. (2024). Strain and serenity: Exploring the interplay of stress, burnout, mental state, and well-being among healthcare professionals. BMC Psychology, 12, Article 186. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11232682/
11. Caruso, C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. Rehabilitation Nursing, 39(1), 16–25. https://doi.org/10.1002/rnj.107
12. Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J., & Jackson, D. (2018). Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving

forward. Nursing & Health Sciences, 10(1), 57–65. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2005.00221.x

13. Collins, K. M. T., Onwuegbuzie, A. J., & Jiao, Q. G. (2006). Prevalence of mixed-methods sampling designs in social science research. Evaluation & Research in Education, 19(2), 83–101. https://doi.org/10.2167/eri421.0
14. Creswell, J. (2008). Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (3rd ed.). Pearson Education, Inc.
15. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Σχεδιασμός έρευνας: Προσεγγίσεις ποιοτικών, ποσοτικών και μεικτών μεθόδων (Η. Σαντουρίδης & Τ. Παγγέ, Επιστ. επιμ., 1η ελλην. έκδ. από 5η αγγλική). Προπομπός. (Πρωτότυπο έργο δημοσιεύθηκε το 2018)
16. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). Designing and conducting mixed methods research (2nd ed.). SAGE Publications.
17. Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12-hour shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. BMJ Open, 5(9), e008331. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331
18. Dewhurst, F., Turner, R., Barrett, L., Westhead, E., Wakefield, D., & Hanratty, B. (2025). Bereavement training in the workplace: Can it help bridge the grief support gap? Omega (Westport). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40437809/
19. Dooley, C. M., Carroll, B., Fry, L. E., Seamon-Lahiff, G., & Bartone, P. T. (2019). A model for supporting grief recovery following traumatic loss: The Tragedy Assistance Program for Survivors (TAPS). Military Medicine, 184(7–8), 166–170. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31132122/
20. Doka, K. J. (2002). Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow. Lexington Books.
21. Doka, K. J. (Ed.). (2002). Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice. Research Press.
22. Edrees, H. H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns

Hopkins Hospital: A case study. BMJ Open, 6(9), e011708. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708

23. European Psychiatric Association. (2015). EPA guidance on the role and responsibilities of psychiatrists. European Psychiatry, 30(3), 423–430. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.02.003
24. Fang, M. L., Scott, T. L., Lee, L., & Johnston, C. (2024). Bereavement coping strategies among healthcare professionals: A qualitative systematic review and meta-synthesis. Palliative and Supportive Care, 22(2), 167–180. https://doi.org/10.1017/S147895152300086X
25. Fiore, J. (2021). A systematic review of the Dual Process Model of coping with bereavement (1999–2016). Omega – Journal of Death and Dying, 84(2), 414–458. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31829782/
26. Finnbakk, E., Wangensteen, S., Skovdahl, K.-I., & Fagerström, L. (2015). The Professional Nurse Self Assessment Scale: Psychometric testing in Norwegian long term and home care contexts. BMC Nursing, 14, 59. https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0109-3
27. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48(1), 150–170. https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150
28. Galánis, P. (2017). Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
29. Galanis, P., Katsiroumpa, A., Moisoglou, I., Kalogeropoulou, M., Gallos, P., & Vraka, I. (2024). Emotional intelligence protects nurses against quiet quitting, turnover intention, and job burnout. AIMS Public Health, 11(2), 601–613. https://doi.org/10.3934/publichealth.2024030
30. Galilee Palliative Care Centre. (n.d.). Bereavement support. Ανακτήθηκε από https://galilee.gr
31. Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 9(1), 139–145. https://doi.org/10.1017/S0033291700021644
32. Gordon, S., et al. (2018). Nursing roles in contemporary healthcare. Health Services Research, 53(3), 1746–1757. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12846

33. Granados-Gamez, G., Aguilar-Latorre, A., Ropero-Padilla, C., Frade-Mera, M. J., López-Entrambasaguas, O. M., & Romero-Béjar, J. L. (2025). The moderating role of professional grief in the relationship between job stress dimensions and turnover intention among nurses. BMC Psychology, 13, Article 179. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03000-8
34. Granek, L., Ben-David, M., Shapira, S., Bar-Sela, G., & Ariad, S. (2017). Grief symptoms and difficult patient loss for oncologists in response to patient death. Psycho-Oncology, 26(7), 960–966. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26988940/
35. Granek, L., Tozer, R., Mazzotta, P., Ramjaun, A., & Krzyzanowska, M. K. (2012). Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. Archives of Internal Medicine, 172(12), 964–966. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22732754/
36. Gross, R. (2019). Being human. Routledge.
37. Herbert, M. (2008). Τα παιδιά μπροστά στο πένθος και την απώλεια. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
38. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11(2), 213–218.
39. Hudon, C., Champoux, M., & Poirier, A. (2025). Roles of physiotherapists in primary care teams: A scoping review. BMJ Open, 15(2), e092276. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092276
40. Hansen, L. (2025). Working through grief: Exploring the relationship between organizational support on employee engagement, satisfaction, and loyalty. Transdisciplinary Journal of Management. https://tjm.scholasticahq.com/article/142164-working-through-grief-exploring-the-relationship-between-organizational-support-on-employee-engagement-satisfaction-and-loyalty
41. Kacel, E. (2024). The role and impact of clinical psychology: Healing and empowering. Journal of Forensic Psychology, 9(1). https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/the-role-and-impact-of-clinical-psychology-healing-and-empowering-126805.html
42. Kealey, D. J., & Protheroe, D. R. (1996). The effectiveness of cross-cultural training for expatriates: An assessment of the literature on the issue. International Journal of Intercultural Relations, 20(2), 141–165.

43. Keene, E. A., Hutton, N., Hall, B., & Rushton, C. H. (2010). Bereavement debriefing sessions: An intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. Pediatrics, 126(5), e1260–e1265. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20860257/
44. Kounenou, K., Pezirkianidis, C., Blantemi, M., Kalamatianos, A., Kourmousi, N., & Kostara, S. G. (2025). Vicarious trauma and burnout among mental health professionals in Greece: The role of core self-evaluations, self-compassion, and occupational factors. Psychiatry International, 6(3), 100. https://doi.org/10.3390/psychiatryint6030100
45. Kumar, P., & Clark, M. (2021). Clinical medicine (10th ed.). Elsevier.
46. Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying. The Macmillan Company.
47. Kubler-Ross, E. (1991). The dying child. In D. Papadatou & C. Papadatos (Eds.), Children and death. Washington, DC: Hemisphere Publishing Co.
48. Lu, H., While, A. E., & Barriball, L. K. (2017). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 49(8), 1017–1038. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009
49. 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
50. Malik, A., Ayuso-Mateos, J. L., Baranyi, G., Barbui, C., Thornicroft, G., van Ommeren, M., & Akhtar, A. (2023). Mental health at work: WHO guidelines. World Psychiatry, 22(2), 331–332. https://doi.org/10.1002/wps.21094
51. Mangoulia, P., & Christodoulou, G. (2025). Cultivating self-compassion to improve social workers' professional quality of life. Healthcare, 13(11), 1313. https://doi.org/10.3390/healthcare13111313
52. Maben, J., Taylor, C., Dawson, J., Leamy, M., McCarthy, I., Reynolds, E., & Foot, C. (2018, November). A realist informed mixed-methods evaluation of Schwartz Center Rounds® in England (Health Services and Delivery Research, No. 6.37). Southampton, UK: NIHR Journals Library. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533102/
53. McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. Journal of Advanced Nursing, 44(6), 633–642. https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x

54. Merimna. (n.d.). Caring for children and families experiencing illness and death. Retrieved from https://merimna.org.gr/
55. Mental Health at Work. (n.d.). https://mentalhealthatwork.gr/
56. Mitchell, E. S. (1986). Multiple triangulation: A methodology for nursing science. Advances in Nursing Science, 8(3), 18–26.
57. Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. Journal of Emergency Medical Services, 8(3), 36–39. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10258348/
58. Nielsen, K., Yarker, J., Randall, R., & Munir, F. (2009). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. BMC Health Services Research, 9(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-240
59. Nachmias, C., & Nachmias, D. (1992). Research methods in the social sciences (4th ed.). New York: St. Martin's Press.
60. Newby, P. (2014). Research methods for education (2nd ed.). Routledge.
61. Orton, D. G. (2022). Team Lavender supports healthcare workers: "Our spiritual, emotional and mental health matters." Journal of Pastoral Care & Counseling, 76(3), 162–170. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15423050221106423
62. Papadatou, D. (2002). Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. Pediatric Nursing, 28(6), 555–561. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12226956/
63. Papadatou, D., Metallinou, M., Hatzichristou, C., & Pavlidi, A. (2002). Διαχείριση του πένθους στον εργασιακό χώρο υγείας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Retrieved from https://www.psych.uoa.gr/
64. Papadatou, D. (2024). Υπηρεσίες υποστήριξης για επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Συνθήκες λειτουργίας, κριτική και προτάσεις βελτίωσης. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. https://www.researchgate.net/publication/8884491_A_Greek_perspective_on_concepts_of_death_and_expression_of_grief_with_implications_for_practice
65. Parkes, C. M., & Weiss, R. (1983). Recovery from bereavement. New York: Basic Books.

66. Peter, K. A., Schwendimann, R., Zúñiga, F., & Ausserhofer, D. (2024). Factors associated with health professionals' stress reactions, job satisfaction, intention to leave and health related outcomes. BMC Health Services Research, 24, Article 835. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10718-5
67. Pentaraki, M. (2018). Social work practice of hospital social workers under the structural adjustment program in Greece: Social workers protecting the right to health care within the context of neoliberalism. *Socialni Práce, 2018*(4), 7–20. https://socialniprace.cz/article/social-work-practice-of-hospital-social-workers-under-the-structural-adjustment-program-in-greece-social-workers-protecting-the-right-to-health-care-within-the-context-of-neoliberalism/
68. Phillips, C. S., Trainum, K., & Thomas Hebdon, M. C. (2025). Hidden in plain sight: A scoping review of professional grief in healthcare and charting a path for change. *Health Services Insights*, 18. https://doi.org/10.1177/11786329251344772
69. Portero de la Cruz, S., Vaquero Abellán, M., & Pastor-Bravo, M. del M. (2020). A multicenter study into burnout, perceived stress, job satisfaction, coping strategies, and general health among emergency department nursing staff. Journal of Clinical Medicine, 9(4), 1007. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32252444/
70. Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. American Journal of Psychiatry, 152(1), 22–30.
71. Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Medicine, 6(8), e1000121. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121

72. Rado, S. (1928). The problem of melancholia. The International Journal of Psychoanalysis, 9, 420–438.
73. Rando, T. A. (2000). Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers. Research Press.
74. Reed, E., Waghorn, M., Gregory, A., Vriens, J., Sills, E., & Todd, J. (2019). Exploring the experience of returning to work after personal bereavement. International Journal of Palliative Nursing, 25(11), 525–530. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31755834/
75. Rink, L. C., Oyesanya, T. O., Adair, K. C., Humphreys, J. C., Silva, S. G., & Sexton, J. B. (2023). Stressors among healthcare workers: A summative content analysis. Global Qualitative Nursing Research, 10. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37020708/
76. Robson, C. (2007). Η έρευνα του πραγματικού κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές. GUTENBERG.
77. Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M., & Curran, T. (2015). ASSET: A management guide. Robertson Cooper Ltd.
78. Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2015). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. Mayo Clinic Proceedings, 92(1), 129–146. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004
79. Shukla, A., & Srivastava, R. (2008). Effect of job stress and personal life stress on mental health and job outcomes of medical professionals. Industrial Psychiatry Journal, 17(2), 26–30. https://www.researchgate.net/publication/228208706_Effect_of_Job_Stress_and_Personal_Life_Stress_on_Mental_Health_and_Job_Outcomes_of_Medical_Professionals
80. Singh, K. (2007). Quantitative social research methods. New Delhi: Sage Norfolk: Peter Francis Publishers.
81. Somekh, B., & Lewin, C. (Eds.). (2004). Research methods in the social sciences. SAGE Publications.
82. Smith, K. (2023). Grief First Aid: Essential Training for Teams. The Loss Foundation.

83. Stalikas, A. (2011). Θεραπευτική σχέση, αυθεντικότητα και ενσυναίσθηση. In A. Stalikas (Ed.), Θεραπευτικές παρεμβάσεις: Θεμελιώδη θέματα ψυχοθεραπείας (pp. 53–85). Τόπος.
84. Siomkos, G., & Mavros, D. (2008). Έρευνα αγοράς. Εκδόσεις Σταμούλη.
85. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. Death Studies, 23(3), 197–224. https://doi.org/10.1080/074811899201046
86. Stroebe, M., Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. Omega – Journal of Death and Dying, 61(4), 273–289. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21058610/
87. Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. Omega: Journal of Death and Dying, 74(4), 455–473. https://doi.org/10.1177/0030222817691870
88. Taylor, C., Xyrichis, A., Leamy, M. C., Reynolds, E., & Maben, J. (2018). Can Schwartz Center Rounds support healthcare staff with emotional challenges at work, and how do they compare with other interventions aimed at providing similar support? BMJ Open, 8(10), e024254. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024254
89. Tegan, G. (2021). Mixed methods research: Definition, guide & examples. Scribbr. https://www.scribbr.com/methodology/mixed-methods-research/
90. Umubyeyi, B., Leboul, D., & Bagaragaza, E. (2024). "You close the door, wipe your sadness and put on a smiling face": A qualitative study of the emotional labour of healthcare professionals providing palliative care in nursing homes in France. BMC Health Services Research, 24(1), Article 1070. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11403791/
91. Vega Vega, P., González Rodríguez, R., López Encina, M. E., Abarca González, E., Carrasco Aldunate, P., Rojo Suárez, L., & González Briones, X. (2019). Perception of support in professionals' and technicians' grief in pediatric intensive care units in public hospitals. Revista Chilena de Pediatría, 90(4). https://doi.org/10.32641/rchped.v90i4.1010
92. Walker, K. N., MacBride, A., & Vachon, M. L. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. Social Science & Medicine, 11(1), 35–41.

93. Wilkinson, I. (2000). Is normal grief a mental disorder? The Philosophical Quarterly, 5, No. 200.
94. Worden, J. W. (2009). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (4th ed.). Springer.
95. World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131
96. World Health Organization. (2024, October 10). Greece takes steps to improve mental health at work using WHO guidance. https://www.who.int/europe/news/item/10-10-2024-greece-takes-steps-to-improve-mental-health-at-work--using-who-guidance
97. Yıldız, M. S., & Khan, M. M. (2024). Factors affecting the choice of medical specialties in Türkiye: An analysis based on cross-sectional survey of medical graduates. BMC Medical Education, 24(1), 373. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05349-7
98. Young, H. (2016). Loss and profound intellectual disabilities: the significance of early separation responses. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 10(6), 315–323. https://www.emerald.com/amhid/article-abstract/10/6/315/35491/Loss-and-profound-intellectual-disabilities-the?redirectedFrom=fulltext
99. Γαλάνης, Π. (2017). Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
100. Γεωργοπούλου, Χ. Α. Μ. (2015). Επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στον νοσοκομειακό χώρο. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Ανακτήθηκε από https://repository.library.teiwest.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/4016/H%20ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ%20ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ%20ΤΩΝ%20ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ%20ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ%20ΣΤΟ%20ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ%20ΧΩΡΟ..pdf?isAllowed=y&sequence=1
101. Δημάκου, Σ. Μ. (2015). Κοινωνική εργασία στο νοσοκομείο: Παρεμβάσεις και προκλήσεις. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Ανακτήθηκε από https://repository.library.teimes.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/4040/ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ%20ΕΡΓΑΣΙΑ%20ΣΤΟ%20ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ..pdf?isAllowed=y&sequence=1

102. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Ηλεκτρονικού Περιεχομένου. (2010–2011). Ηθική και δεοντολογία στην επιστημονική έρευνα. Επιστημονικά & Τεχνολογικά Θέματα, 81, 12–1. https://www.ekt.gr/el/magazines/features/19073
103. Εθνικό Τυπογραφείο. (2010). Ν. 3850/2010 – Κώδικας Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία. https://www.et.gr
104. ΕΛΙΝΥΑΕ. (2020). Ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στην εργασία. https://www.elinyae.gr
105. Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015). Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στην ψυχολογία και στην εκπαίδευση. ΚΑΛΛΙΠΟΣ. https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5826/3/15327_Isari-KOY.pdf
106. Ιωσιφήδης, Θ. (2008). Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Κριτική.
107. Καλινικάκη, Θ. (2015). Η κοινωνική εργασία στην Ελλάδα: Εξέλιξη και προκλήσεις. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. https://www.socwork.gr/
108. Παρασκευόπουλος, Ι., & Γιαννίτσας, Ν. Δ. (1999). Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής. Ελληνικά Γράμματα.
109. Υπουργείο Υγείας. (2021). Γραμμή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης 10306. https://www.moh.gov.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΟΣΟΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητέ/-η συμμετέχοντα/ο

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της Διπλωματικής μου εργασίας στο Διατμηματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα "Διεπιστημονική Διαχείριση των

Χρόνιων Νοσημάτων, της Αναπηρίας και της Γήρανσης", στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, με θέμα «Η επίδραση των εμπειριών προσωπικής απώλειας και άλλων στρεσογόνων παραγόντων στην υγεία, την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στον χώρο της Υγείας», υπό την επίβλεψη της κας Παπαδακάκη Μαρίας - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια. mpapadakaki@hmu.gr

Ο σκοπός της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των εμπειριών προσωπικής απώλειας στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας που υπηρετούν σε δομές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ΠΕ Ηρακλείου. Ειδικοί στόχοι αυτής της εργασίας είναι: α) η διερεύνηση της επίδρασης της απώλειας και των στρεσογόνων γεγονότων στην ικανοποίηση από την εργασία και την αποδοτικότητα των συμμετεχόντων, β) η διερεύνηση των στρατηγικών διαχείρισης της απώλειας, γ) η χαρτογράφηση των υφιστάμενων παροχών και υπηρεσιών για την υποστήριξη των εργαζόμενων σε αντίστοιχες καταστάσεις και δ) η διατύπωση προτάσεων για την βελτίωση του μηχανισμού υποστήριξης στο χώρο εργασίας.

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις που θα δώσετε εμπιστευτικές. Έχετε δικαίωμα να αποσυρθείτε από την διαδικασία συμπλήρωσης οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα δεδομένα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς/ερευνητικούς σκοπούς. Σας υπενθυμίζουμε ότι μετά την υποβολή των ανώνυμων δεδομένων σας, δεν θα είναι δυνατόν να αποσύρετε τη συμμετοχή σας από την έρευνα, καθώς δεν θα μπορούμε να ταυτοποιήσουμε τις απαντήσεις σας στα δεδομένα που θα έχουν συλλεγεί. Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να είναι ειλικρινείς για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα της έρευνας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα διαρκέσει 20 λεπτά.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας!

Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας,

Τσουκαλά Αργυρώ (hrwtsoukala@gmail.com)

Α) Κοινωνικο/δημογραφικά Χαρακτηριστικά:

1) Φύλο: □Άντρας □ Γυναίκα □Άλλο

2) Ηλικία: ……(έτη)

3) Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος/η □
- Έγγαμος/η □
- Διαζευγμένος/η □
- Σε διάσταση □
- Χήρος/α □

4)Αριθμός παιδιών: ……..

5) Τόπος μόνιμης κατοικίας:

- Αστική □
- Ημιαστική □
- Αγροτική □

6) Μορφωτικό επίπεδο:

- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση □
- Τεχνικές σχολές/ ΙΕΚ □
- Ανώτατη εκπαίδευση □
- Μεταπτυχιακό □
- Διδακτορικό □
- Άλλο: …….

7) Έχετε παρακολουθήσει επιμορφωτικό σεμινάριο 300 ωρών και άνω στο ίδιο ή

συναφές αντικείμενο;

- Ναι □
- Όχι □

8) Καταγωγή

- Ελληνική □
- Άλλο: …….

9) Επάγγελμα/Ειδικότητα:

- Ιατρός □
- Νοσηλευτής/τρια □
- Ψυχολόγος □
- Κοινωνικός/ή Λειτουργός □
- Άλλο □

10) Παρακαλώ προσδιορίστε:……
….

11) Τύπος εργασιακής σχέσης (Μια απάντηση-σε περίπτωση περισσότερων της μιας απασχόλησης αναφερθείτε στην κύρια απασχόλησή σας)

- Μόνιμος □
- Σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου □
- Σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου □
- Σύμβαση έργου □
- Ωρομίσθιος □
- Εργαζόμενος με πρόγραμμα ΟΑΕΔ □
- Άλλο: …….....

12) Πόσο καιρό απασχολείστε στην τρέχουσα εργασία σας;

- < 1 έτος □
- 1-3 έτη □
- 4-5 έτη □
- > 5έτη □

13) Ωράριο εργασίας

- Μόνο πρωί □
- Μόνο απόγευμα □
- Μόνο βράδυ □
- Πρωί-απόγευμα □
- Κυλιόμενο □
- Άλλο: ……

14) Πόσα χρόνια εργάζεστε στην τελευταία σας εργασία;

- > 1 □
- 1-5□
- 6-10□
- 10-15□
- 16 και άνω

15) Φορέας Απασχόλησης:

- Δημόσιο □
- Ιδιωτικό □
- ΜΚΟ □
- ΝΠΔΔ □

- ΝΠΙΔ □
- Άλλο □

Τομείς απασχόλησης:

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΤΟΜΥ, Κέντρα Υγείας) □
- Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Πανάνειο – Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου) □
- Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου/ ΠΑ.ΓΝΗ) □
- Ιδιωτική Κλινική □
- Ιδιωτικό Ιατρείο □
- Άλλο: …….

Β) Στρεσογόνα Γεγονότα

Παρακαλώ συμπληρώστε με 'Χ' στον παρακάτω πίνακα για κάθε γεγονός που είτε έχει συμβεί σε εσάς είτε σε κάποιο κοντινό σας πρόσωπο είτε δεν σας έχει συμβεί ποτέ. Έπειτα, συμπληρώστε ΄Χ΄ αν το γεγονός σας συνέβη τους τελευταίους 6 με 12 μήνες ή σας έχει συμβεί γενικά στην ζωή σας

	Έχει συμβείσε εμένα	**Έχεισυμβεί σε κάποιο κοντινό μου πρόσωπο**	**Έχει συμβεί τους τελευταίους 6-12 μήνες**	**Έχει συμβεί γενικά στην ζωή μου**	**Δενμου έχει συμβεί ποτέ**
Θάνατος συντρόφου					
Διαζύγιο					
Συζυγική διάσταση					
Θάνατος μέλους της οικογένειας					
Τραυματισμός					
Ασθένεια					
Γάμος					
Απόλυση από την εργασία					

Συζυγική επανασύνδεση					
Συνταξιοδότηση					
Αλλαγή στην υγείαμέλους της οικογένειας					
Εγκυμοσύνη					
Σεξουαλικές δυσκολίες					
Απόκτηση νέουμέλους στην οικογένεια					
Αλλαγή στην εργασία					
Θάνατος στενού φίλου					
Αλλαγή αντικειμένου εργασίας					
Αλλαγή στην συχνότητα διαπληκτισμών με το/τη σύντροφο					
Οικονομικά προβλήματα					
Κατάσχεση					
Αλλαγή αρμοδιοτήτων στην εργασία					
Αλλαγές στην δομή της οικογένειας					
Ενδοοικογενειακές συγκρούσεις					
Προσωπική επιτυχία					
Έναρξη ή διακοπή εκπαίδευσης					
Αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης					
Προβλήματα με τον προϊστάμενο					
Αλλαγή στο ωράριο ή τις συνθήκες εργασίας					
Αλλαγή κατοικίας					
Αλλαγή σχολείου/σχολής					

Αλλαγή στον τρόπο ψυχαγωγίας					
Αλλαγή θρησκευτικών δραστηριοτήτων					
Αλλαγή στις συνθήκες ύπνου					
Αλλαγή στη συχνότητων των οικογενειακών συναθροίσεων					
Αλλαγή στις συνήθειες διατροφής					
Διακοπές					
Μικρο-παραβάσεις του νόμου					

Γ) Επιβάρυνση Φροντιστών

	Πολύ(0)	***Μέτρια(1)***	***Λίγο(2)***	***Καθόλου(3)***
Πόση υποστήριξη σας δίνει η αίσθηση του ρόλου του φροντιστή;				
Πιστεύετε ότι ο δέκτης φροντίδας δέχεται περισσότερη φροντίδα απ' ότι αυτός χρειάζεται;				
Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που προσφέρετε έχει επηρεάσει την κοινωνική σας ζωή;				
Πιστεύετε ότι λόγω του χρόνου που περνάτε με τον ασθενή σας δεν έχετε χρόνο για τον εαυτό σας;				
Αισθάνεστε άγχος ανάμεσα στην παροχή φροντίδας και την κάλυψη άλλων ευθυνών για την οικογένεια ή την εργασία σας;				
Νιώθετε αμηχανία με την συμπεριφορά του προσώπου που φροντίζετε?				
Αισθάνεστε θυμωμένος όταν είστε μαζί του;				

Πιστεύετε ότι η σχέση με τον δέκτη φροντίδας επηρεάζει αρνητικά την σχέση σας με τα άλλα μέλη της εργασίας;				
Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για το άτομο που φροντίζετε;				
Αισθάνεστε ότι ο δέκτης φροντίδας εξαρτάται από εσάς;				
Αισθάνεστε η υγεία σας να έχει υποστεί βλάβη λόγω της εμπλοκής σας με τον δέκτη φροντίδας;				
Αισθάνεστε ότι δεν έχετε προστασία της ιδιωτικής σας ζωής, όπως θα θέλατε;				
Αισθάνεστε άβολα να έχετε φίλους λόγω του ασθενή;				
Αισθάνεστε ότι δεν έχετε αρκετούς πόρους να φροντίσετε τον ασθενή;				
Θα θέλατε να αφήσετε την φροντίδα του ασθενή σε κάποιο άλλο άτομο;				
Συνολικά πόση επιβάρυνση νιώθετε από την προσφορά φροντίδας στον ασθενή;				

Δ) Τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών

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, στεναχώρια, 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 ένα πρόβλημα που έχετε ή είχατε.

	Ποτέ	**Σπάνια**	**Μερικές φορές**	**Συχνά**	**Πάντα**
Προσπαθώ να αναλύω το πρόβλημα, ώστε να το κατανοήσω καλύτερα					
Προσπαθώ να ξεχνάω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο					
Πιστεύω ότι ο χρόνος θα αλλάξει τα πράγματα και απλά περιμένω					
Συμβιβάζομαι ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση					
Μιλάω σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για τη κατάσταση					
Ασκώ κριτική ή κάνω μάθημα στον εαυτό μου					
Ελπίζω πως θα γίνει ένα θαύμα					
Αποδέχομαι τη μοίρα μου					
Συνεχίζω σαν να μην συμβαίνει τίποτα					
Προσπαθώ να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου					
Προσπαθώ να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων					
Εκφράζω το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα					
Αποδέχομαι την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου					
Εμπνέομαι να κάνω κάτι δημιουργικό					
Προσπαθώ να ξεχάσω το όλο θέμα					
Σκέφτομαι ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο					
Περιμένω να δω τι θα συμβεί πριν κάνω					

οτιδήποτε					
Αφήνω τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο					
Βγαίνω από αυτήν την εμπειρία καλύτερος/η από πριν					
Μιλάω με κάποιον που μπορεί να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.					
Τολμώ κάτι πολύ ριψοκίνδυνο					
Βρίσκω παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό					
Ανακαλύπτω ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή					
Αλλάζω κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα					
Ζητάω τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι					
Προσπαθώ να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά					
Μιλάω σε κάποιον για το πώς νιώθω					
Πεισμώνω και πολεμάω να πετύχω ό,τι θέλω					
Ξεσπάω στους άλλους					
Βασίζομαι στην προηγούμενη εμπειρία μου. Έχω ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις					
Γνωρίζω τι πρέπει να γίνει και έτσι διπλασιάζω τις προσπάθειές μου για να πετύχω.					
Βρίσκω μία - δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.					
Εύχομαι να μπορούσα να αλλάξω ό,τι έχει συμβεί ή το πώς νιώθω					
Ονειροπολώ ή φαντάζομαι ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που είμαι					
Εύχομαι να εξαφανιστεί η κατάσταση ή					

φαντάζομαι ότι έχω με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή					
Φαντάζομαι το πώς θα αλλάξουν τα πράγματα					
Προσεύχομαι					
Θυμίζω στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα					

Δ) Κατάσταση Γενικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά: θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποιες ενοχλήσεις και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν, υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε, θέλουμε να ξέρουμε τις τωρινές και πρόσφατες ενοχλήσεις σας και όχι εκείνες που είχατε στο παρελθόν.

	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
Αισθάνεσθε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;				
Νιώθετε την ανάγκη για κάτι τονωτικό;				
Νιώθετε εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;				
Έχετε αισθανθεί πως είστε άρρωστος/η;				
Έχετε καθόλου πόνους στο κεφάλι;				
Νιώθετε σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;				
Έχετε περιόδους που αισθάνεσθε κρυάδες ή εξάψεις;				
Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχος/η;				
Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;				
Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;				

Είστε οξύθυμος/η και αρπάζεστε εύκολα;				
Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;				
Αισθάνεσθε πως δεν αντέχετε άλλο;				
Αισθάνεσθε συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;				
Έχετε καταφέρει να είστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/ή;				
Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;				
Έχετε αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;				
Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείτε τις δουλειές σας;				
Έχετε αισθανθεί πως παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σας;				
Έχετε αισθανθεί ικανός/η να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;				
Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;				
Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;				
Έχετε αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;				
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;				
Σας έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στην ζωή σας;				
Βρίσκετε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα, γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;				
Έχετε πιάσει τον εαυτό σας να εύχεται να είχατε πεθάνει και να είχατε ξεμπερδέψει με όλα;				
Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας				

έρχεται στο μυαλό;				

Ε) Δεξιότητες Διαχείρισης

Παρακαλώ συμπληρώστε σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι σας εκφράζει η κάθε πρόταση(1=ποτέ, -7=πάντα)

Δεν υπάρχει σωστή και λανθασμένη απάντηση . Όσο πιο ειλικρινά απαντάτε τόσο μεγαλύτερη αξία θα έχουν τα αποτελέσματα.

1) Ικανοποίηση

	ΠΟΤΕ (1)	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**ΠΑΝΤΑ (7)**
Μπορώ να χρησιμοποιήσω τη γνώση άλλων επιστημών (πχ. κοινωνιολογία, υπολογιστών, ψυχολογία κλπ) που είναι χρήσιμες στο επάγγελμά μου.							
Μπορώ να παρέχω φροντίδα σύμφωνα με καθορισμένα Πρότυπα πρακτικής του επαγγέλματός μου.							
Μπορώ να ζητήσω από τον Προϊστάμενο τους πόρους που χρειάζομαι.							
Μπορώ να εφαρμόσω κατάλληλα τι όποιες στρατηγικές μείωσης του κόστους που προωθούνται από την εργασία μου.							
Μπορώ να συμμετέχω αποτελεσματικά σε σχεδιασμό και διαχείριση ανθρώπινων πόρων στην εργασία μου.							
Μπορώ να χρησιμοποιήσω τα κατάλληλα δίκτυα Παραπομπής, χωρίς δυσκολία.							
Μπορώ να πάρω ορθές αποφάσεις πρακτικής ελλείψει πολιτικών και διαδικασιών του οργανισμού, στον οποίο απασχολούμαι.							

2)Επαγγελματική λογοδοσία:

	ΠΟΤΕ (1)	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**ΠΑΝΤΑ (7)**

Μπορώ να αναγνωρίσω με ειλικρίνεια μια εργασία που δεν είχα ολοκληρώσει.							
Μπορώ να εκτιμήσω ρεαλιστικά τη συνεισφορά μου στον χώρο εργασίας μου.							
Μπορώ να αναφέρω λάθη και ζημιές, συμπεριλαμβανομένων και δικών μου.							
Μπορώ να χρησιμοποιήσω τις γνώσεις στην πράξη.							
Μπορώ να εντοπίσω και να επιλύσω αποτελεσματικά τα ηθικά διλήμματα στο χώρο εργασίας μου.							

3) Ικανότητα

	ΠΟΤΕ (1)	2	3	4	5	6	**ΠΑΝΤΑ (7)**
Μπορώ να εντοπίσω τα τρέχοντα προβλήματα και ζητήματα ψυχικής υγείας/υγείας.							
Έχω ισοδύναμες επαγγελματικές γνώσεις με τους άλλους επαγγελματίες της ειδικότητάς μου.							
Μπορώ να επιδείξω μια επαγρύπνηση όσον αφορά την διαχείριση των πόρων σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.							
Μπορώ να εφαρμόσω ασφαλείς θεραπευτικές παρεμβάσεις.							
Μπορώ να εργαστώ σε διαφορετικά θεραπευτικά πρωτόκολλα.							
Μπορώ να εντοπίσω καταστάσεις (οξεία κρίση λ.χ.) που χρειάζονται άμεση βοήθεια.							
Μπορώ να βελτιώσω τις δικές μου γνώσεις και ικανότητες.							
Μπορώ να συμμετέχω ενεργά σε ερευνητικές δραστηριότητες.							

Μπορώ να προστατεύσω τα ανθρώπινα δικαιώματα (π.χ. έρευνα, εμπιστευτικότητα, ίση κατανομή πόρων, ιδιωτική ζωή, συναινετική συναίνεση κλπ).							
Μπορώ να συνεισφέρω πολύτιμα στην ανάπτυξη του επαγγέλματός μου.							
Μπορώ να ασκώ το επάγγελμα χωρίς να διακρίνω την θρησκεία, την εθνικότητα, τον πολιτισμό, την σεξουαλικότητα κλπ. του εξυπηρετούμενου/ ασθενή.							

4) Επαγγελματική Ευθύνη

	ΠΟΤΕ (1)	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**ΠΑΝΤΑ (7)**
Μπορώ να ενσωματώσω τις αρχές και τις δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας στη πρακτική του επαγγέλματός μου.							

5)Αυτοπεποίθηση

	ΠΟΤΕ (1)	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**ΠΑΝΤΑ (7)**
Μπορώ να εκφράσω δυναμικά αρνητικά συναίσθημα για άλλους ανθρώπους.							

Ζ) Ικανοποίηση από την εργασία

	Καθόλου (0)	*Λίγο (1)*	*Μέτρια (2)*	*Πολύ (3)*	*Πάρα πολύ(4)*
Αισθάνομαι απομονωμένος στη δουλειά (π.χ. δουλεύω μόνος μου ή δεν έχω υποστήριξη από τους άλλους).					
Δεν είμαι σίγουρος για αυτό που ο προϊστάμενος περιμένει από μένα.					
Ο προϊστάμενος διαρκώς βρίσκει λάθη σε αυτά που κάνω.					
Άλλοι παίρνουν την επιβράβευση για αυτά που κάνω εγώ.					

Οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου δεν είναι καλές.					
Εργάζομαι περισσότερες ώρες από αυτές που συμφώνησα αρχικά.					
Εργάζομαι Σαβ/κα και βραδινές ώρες.					
Στην εργασία μου καταναλώνω πολλές ώρες ταξιδεύοντας.					
Στη δουλειά μου έχω να προλάβω μη ρεαλιστικές προθεσμίες.					
Μου αναθέτουν υπερβολικό έργο στην εργασία μου που δεν μπορώ να το διαχειριστώ.					
Δεν έχω επαρκή χρόνο να κάνω τη δουλειά μου όπως θα ήθελα.					
Η εργασία μου είναι πιθανόν να αλλάξει στο μέλλον.					
Νιώθω ότι τα προσόντα μου δε θα είναι αρκετά για τη δουλειά μου στο κοντινό μέλλον.					
Δε συμμετέχω στις αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία μου.					
Οι ιδέες μου ή προτάσεις μου δεν λαμβάνονται υπόψη.					
Δε μου έχουν πει ποτέ ότι κάνω καλά τη δουλειά μου.					
Δεν είμαι επαρκώς εκπαιδευμένος για να εκτελέσω όσα απαιτεί η εργασία μου.					
Δεν έχω τον κατάλληλο εξοπλισμό για να κάνω τη δουλειά μου.					
Η αμοιβή μου δεν είναι τόσο καλή όσο είναι άλλων που κάνουν την ίδια ή παρόμοια εργασία με τη δική μου.					
Το εργασιακό μου περιβάλλον δεν είναι ευχάριστο (π.χ.θορυβώδες,βρώμικο,ανθυγιεινό).					
Η εργασία μου κρύβει κινδύνους για την υγεία μου.					
Παρακολουθούν συστηματικά την απόδοσή μου στο χώρο εργασίας μου.					
Η εργασία μου είναι βαρετή και επαναλαμβανόμενη.					
Στην εργασία μου έχω να αντιμετωπίσω δύσκολους εξυπηρετούμενους.					
Δεν ευχαριστιέμαι την εργασία μου.					

1) Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση της υγεία σας την τρέχουσα περίοδο;

(Επιλέξτε τον αριθμό που σας εκφράζει περισσότερο)

(Πολύ κακή) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Πολύ καλή)

2) Αριθμός ημερών απουσίας από την εργασία σας κατά τους 12 προηγούμενους μήνες;

_____ (ημέρες)

Ευχαριστώ πολύ!!!

ΟΔΗΓΟΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

- Μένετε στο Ηράκλειο;
- Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
- Ποια είναι η ειδικότητάς σας;
- Έχετε κάνει μεταπτυχιακές σπουδές ή κάποια άλλη εκπαίδευση;
- Που εργάζεστε; Σε ποιο φορέα;
- Πόσα χρόνια εργάζεστε;
- Πόσο καιρό είστε σε αυτή την δομή/ υπηρεσία;
- Ποιος είναι ο τύπος της εργασιακής σας κατάστασης;
- Τι ωράριο εργάζεστε;
- Έχετε βιώσει προσωπική απώλεια; Αν ναι, μπορείτε να μου δώσετε κάποιες πληροφορίες για το συγκεκριμένο γεγονός;
- Πώς βιώσατε την απώλεια;
- Ποια είναι τα συναισθήματα που θα μου περιγράφατε;
- Πως διαχειριστήκατε τη προσωπική σας απώλεια;
- Πώς επηρέασε την εργασιακή σας ζωή;
- Ποια ήταν τα εμπόδια και αντίστοιχα οι ευκολίες που διαπιστώσατε κατά την διάρκεια της συγκεκριμένης κατάστασης;
- Τι ήταν αυτό που σας δυσκόλεψε;
- Σε τι διαπιστώσεις έχετε καταλήξει μετά από αυτή την εμπειρία;
- Τι θα χρειαζόσασταν ο ίδιος από το εργασιακό σας περιβάλλον;
- Έχετε κάποιες προτάσεις για υπηρεσίες υποστήριξης στον χώρο εργασίας;