

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση
και την ικανοποίηση εργασίας των οδοντιάτρων στην Ελλάδα

ΠΗΤΑ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση
εργασίας των οδοντιάτρων στην Ελλάδα

ΠΗΤΑ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	i
----------------------------------	----------

Ελληνική περίληψη	iv
--------------------------------	-----------

Αγγλική περίληψη	vi
-------------------------------	-----------

Ευχαριστίες	viii
--------------------------	-------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΗΜΕΡΑ

- 1.1 Το προφίλ του σύγχρονου οδοντίατρου**
- 1.2 Η απαιτούμενες σπουδές**
- 1.3 Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι και η γενική υγεία των οδοντίατρων**
- 1.4 Η κατάσταση της Οδοντιατρικής στην Ελλάδα**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

- 2.1 Ορισμός της Επαγγελματικής Ικανοποίησης και σχετιζόμενοι παράγοντες**
- 2.2 Η σημασία της Επαγγελματικής Ικανοποίησης**
- 2.3 Μέτρηση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης**
- 2.4 Η Επαγγελματική Ικανοποίηση στην Οδοντιατρική**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

- 3.1 Ορισμός της Επαγγελματικής Εξουθένωσης**
- 3.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες**
- 3.3 Επιπτώσεις**

- 3.4** **Εργαλεία μέτρησης**
- 3.5** **Η Επαγγελματική Εξουθένωση στην Οδοντιατρική**
- 3.6** **Σχέση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Επαγγελματικής Ικανοποίησης**
- 3.7** **Πρόληψη και αντιμετώπιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- 4.1.** **Σκοπός και στόχοι της μελέτης**
 - 4.1.1 Σκοπός της μελέτης
 - 4.1.2 Επιμέρους στόχοι
- 4.2** **Εργαλεία μέτρησης**
- 4.3** **Πιλοτική μελέτη**
- 4.4** **Το δείγμα της μελέτης**
- 4.5** **Ηθικά θέματα**
- 4.6** **Διαδικασία συλλογής δεδομένων**
- 4.7** **Ανάλυση δεδομένων**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 5.1** **Περιγραφική στατιστική**
 - 5.1.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος (δημογραφικά- επαγγελματικά)

5.1.2 Αυτό-αποτίμηση της λειτουργικότητας των οδοντιάτρων σε διάφορους τομείς της καθημερινότητάς τους

5.2 Επίπεδο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

5.3 Επίπεδο Επαγγελματικής Ικανοποίησης

5.4 Αναλυτική Στατιστική

5.4.1 Δημογραφικά/επαγγελματικά χαρακτηριστικά και Επαγγελματική Εξουθένωση

5.4.2 Δημογραφικά/επαγγελματικά χαρακτηριστικά και Επαγγελματική Ικανοποίηση

5.4.3 Επαγγελματική Εξουθένωση και Ικανοποίηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

I. Έντυπο συγκατάθεσης συμμετεχόντων στη μελέτη.

II. Έντυπο συγκατάθεσης οδοντιατρικού συλλόγου για αποστολή ερωτηματολογίων στα μέλη του

Περίληψη

Εισαγωγή Η οδοντιατρική είναι ένα επάγγελμα που απαιτεί πολλές δεξιότητες σε πρακτικό και κοινωνικό επίπεδο. Ο Έλληνας οδοντίατρος αντιμετωπίζει διάφορες αντιξοότητες στην εργασία του, όπως είναι η γραφειοκρατία, οι πενιχρές αποζημιώσεις από τα ταμεία, καθώς και η ανεπαρκής μέχρι πρότινος πανεπιστημιακή εκπαίδευση, οι οποίες του στερούν συχνά την επαγγελματική ικανοποίηση και του προκαλούν άγχος. Το άγχος μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η επαγγελματική εξουθένωση (ΕΕ) ορίζεται το φαινόμενο της συναισθηματικής εξάντλησης, της παροχής απρόσωπης φροντίδας και της αίσθησης μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, που προκύπτει από τη χρόνια έκθεση σε στρεσογόνους επαγγελματικούς παράγοντες. Πολλοί είναι οι προδιαθεσικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της ΕΕ.

Ως προς την Οδοντιατρική, ο κυριότερος παράγοντας πρόκλησης ΕΕ είναι η έλλειψη προοπτικής καριέρας, σε συνδυασμό με τις σχέσεις με τους ασθενείς, η έλλειψη προσωπικού χρόνου και οι χαμηλές οικονομικές αμοιβές.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης των οδοντιάτρων στην Ελλάδα και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που τις επηρεάζουν.

Μεθοδολογία. Το δείγμα αποτέλεσαν 113 οδοντίατροι (ποσοστό ανταπόκρισης 92%) που εργάζονται σε μια μεγάλη επαρχιακή πόλη της Ελλάδας (ιδιωτικά ή σε μονάδες του ΕΣΥ). Σε αυτούς, το χρονικό διάστημα Σεπτεμβρίου-Νοεμβρίου 2012 χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, το εργαλείο μέτρησης της ΕΕ (MBI), και ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των οδοντιάτρων .

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 19.0.

Αποτελέσματα. Από τα 104 άτομα του δείγματος (50 άνδρες και 54 γυναίκες), οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι (65,4%), με παιδιά (68,3%), κάτοχοι απλά πτυχίου Οδοντιατρικής (76%) και στην πλειοψηφία τους ασκούσαν την Οδοντιατρική ιδιωτικά, χωρίς συνεργασία με άλλους οδοντίατρους ή παρουσία βοηθού. Σε σχέση με την ΕΕ, η πλειοψηφία εμφάνισε μέτριες τιμές, ωστόσο το 93% εμφάνισε χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα. Η ΕΙ των οδοντιάτρων βρέθηκε να κυμαίνεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά με υποκλίμακες της ΕΕ είναι το φύλο, η συνεργασία με άλλον οδοντίατρο, η συχνότητα παρακολούθησης σεμιναρίων και ανανέωσης του εξοπλισμού, ο τρόπος επιλογής του επαγγέλματος, η λειτουργικότητα στο σπίτι, δουλειά και στις στενές φιλικές σχέσεις. Όσο για την ΕΙ, μόνο οι παράγοντες λειτουργικότητα στο σπίτι/οικογένεια και η λειτουργικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί. Τέλος η ΕΙ βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την ΕΕ (αποπροσωποποίηση και –ισχυρότερα- συναισθηματική εξάντληση).

Συμπεράσματα Η ΕΕ είναι παρούσα, έστω και σε μέτριο βαθμό, στους Έλληνες οδοντίατρους, οι οποίοι πολύ συχνά νιώθουν μειωμένη προσωπική επίτευξη, ενώ αρκετοί από αυτούς νιώθουν μέτρια ή υψηλή αποπροσωποποίηση. Η ΕΙ των Ελλήνων οδοντιάτρων σχετίζεται με την καλή λειτουργία τους στη δουλειά και την οικογένεια. Επομένως, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα, όπως η βελτίωση της εκπαίδευσής τους (κατά τις βασικές σπουδές και διά βίου), η εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και η αύξηση της συλλογικότητας, με πρωτοβουλίες των επαγγελματικών-επιστημονικών συλλόγων τους και κατοχύρωση του επαγγέλματός τους από την Πολιτεία (καλύτερο νομοθετικό πλαίσιο, καθεστώς αποζημιώσεων κ.τ.λ.).

Λέξεις-κλειδιά οδοντίατρος, άγχος, στρες, επαγγελματική εξουθένωση, ικανοποίηση εργασίας

Summary

Background: Dentistry is a profession that requires a lot of skills in practical and social level. The Greek dentist is facing several work related adversities, such as bureaucracy, meager compensation from the social security funds, and inadequate graduate level education, which often deprive him of job satisfaction and cause stress to him. Stress can lead to burnout syndrome.

Burnout is defined as the phenomenon of emotional exhaustion, impersonal care delivery and reduced sense of personal accomplishment, resulting from chronic exposure to job stressors. Several predisposing factors can lead to burnout emergence.

Concerning dental practice, the main factor causing burnout is the lack of career prospects, combined with relationships with patients, lack of personal time and low financial remuneration.

Aim: The purpose of this study was to investigate the level of burnout and job satisfaction of dentists in Greece and to identify the influencing factors.

Methods: The sample consisted of 113 dentists (response rate 92%) working in a large provincial city in Greece (privately or in NHS units). To these people, during the period September-November 2012, a questionnaire, consisting of questions related to demographic and occupational characteristics, the measurement tool of burnout (MBI) and a widely used tool for measuring satisfaction of dentists, was granted.

Data analysis was performed using the statistical package SPSS 19.0.

Results: Of the 104 people in the sample (50 male, 54 female), most were married (65.4%), with children (68.3%), mostly lacking post-graduate training (76%) and in majority practicing dentistry privately, without collaboration with other dentists or presence of an assistant. Concerning burnout, the majority showed moderate prices; however, 93% had low personal accomplishment.

The factors found to be associated statistically with MBI subscales were gender, working with another dentist, frequency of attending seminars and equipment renovation, the way of choosing profession, functionality at home, work and at the

close friendly relations. As far as Job Satisfaction was concerned, only the factors functionality at home / family and at work were found to be statistically significant. Finally, Job Satisfaction was found to be negatively related to Burnout (mainly Emotional Exhaustion and less to Depersonalization)

Conclusions: Burnout is present, even modestly, among Greek dentists who very often feel less personal accomplishment, and many of them feel moderate or high depersonalization. Job Satisfaction among Greek dentists is associated with good functioning at work and family. Therefore, measures are proposed to be taken: better education (while studying and life-long), learning stress-coping strategies, increased initiatives from the part of professional and scientific groups and societies and governmental protection of the profession (improved regulatory framework, remuneration system etc.).

Keywords: dentist, anxiety, stress, burnout, job satisfaction

Ευχαριστίες

Στην εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής με βοήθησε πρώτα από όλα η καθηγήτριά μου, κύρια Μπελλάλη Θάλεια, την όποια ευχαριστώ. Με τις παρουσιάσεις της, στα πλαίσια της τελευταίας θεματικής ενότητας, μου έδωσε το έναυσμα να ασχοληθώ με ψυχολογικά θέματα στο χώρο της Υγείας, προσπαθώντας να κατανοήσω τους μηχανισμούς δημιουργίας φαινομένων και τις επιπτώσεις τους στην καθημερινότητά μου, ως παρόχου και αποδέκτη υπηρεσιών Υγείας.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τη Μαρία Μαλλιάρου για τη βοήθεια στη στατιστική επεξεργασία και τις συμβουλές της.

Θερμά ευχαριστώ στα μέλη του ΟΣΛ για την πρόθυμη συμμετοχή τους στην έρευνα, τα επιπλέον σχόλια και τη δέσμευση ότι θα συμμετάσχουν σε μελλοντικές πιο εκτεταμένες μελέτες. Η στάση τους ανέτρεψε την ως τώρα απαισιόδοξη αντίληψη μου ότι η οδοντιατρική είναι μοναχικό επάγγελμα.

Τέλος, το πιο μεγάλο **ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ** απευθύνεται στο σύζυγό μου Δημήτρη και στα παιδάκια μας Γεωργία, Βασίλη, Θωμά για την αμέριστη συμπαράσταση τους, όλο αυτό το δύσκολο διάστημα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τη θεωρία του Maslow περί αναγκών, μόλις οι βιολογικές ανάγκες καλυφθούν, προβάλλουν επιτακτικές οι ψυχολογικές ανάγκες του ατόμου. Τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επιστημόνων έχει εστιαστεί στην ψυχική υγεία και την ευεξία των εργαζομένων, αφού σχετίζεται με πλήθος σωματικών παθήσεων, επηρεάζει τη λειτουργικότητα των εργαζομένων (εντός και εκτός εργασιακού χώρου), τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (με οικογένεια, φίλους, συνεργάτες και με τους αποδέκτες της εργασίας, εφόσον πρόκειται για δουλειά που σχετίζεται με ανθρώπους) και φυσικά την αποδοτικότητα του και την εκτέλεση της εργασίας του.

Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για επαγγέλματα υγείας, η θετική στάση του εργαζόμενου απέναντι στη δουλειά του και τα συναισθήματα που του δημιουργεί αυτή έχουν άμεση επίπτωση στον τρόπο προσέγγισης του ασθενή και στην ψυχολογία που του δημιουργεί (αισιοδοξία, θετικά συναισθήματα προς το γιατρό και την προτεινόμενη θεραπεία) και άρα στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Συνολικότερα, τα αποτελέσματα σε ένα σύστημα υγείας είναι καλύτερα, όταν το υγειονομικό προσωπικό είναι ικανοποιημένο από την εργασία του και διατηρεί υψηλό το ηθικό του.

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (EE) διατυπώθηκε αρχικά από τον Freudenberger (1976), αφού οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία του εργαζόμενου και στην αποτελεσματικότητά του ήταν μεγάλες. Λίγο αργότερα, μελετήθηκε η επαγγελματική ικανοποίηση (EI), ως μια κατάσταση που επιτρέπει στον εργαζόμενο να έχει θετική σχέση με τη δουλειά του (Locke, 1976). Τα τελευταία χρόνια δίνεται έμφαση και σε άλλες έννοιες όπως η εργασιακή δέσμευση (work engagement), που θεωρείται ως ο αντίθετος θετικός πόλος της EE (Maslach & Leiter, 1997).

Η Οδοντιατρική είναι ένα επάγγελμα πολύπλοκο, αφού περικλείει πολλές διαφορετικές πτυχές (κλινικές και εργαστηριακές δεξιότητες, ιατρικές και εξειδικευμένες γνώσεις, διαχειριστικές και διαπροσωπικές ικανότητες). Επομένως η άσκηση της συχνά δημιουργεί ανάμικτα συναισθήματα ικανοποίησης και άγχους. Όταν το άγχος γίνεται χρόνιο και μη αντιμετωπίσιμο, μπορεί να εξελιχθεί στην εμφάνιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης των οδοντιάτρων και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που τις επηρεάζουν. Στον ελληνικό χώρο υπάρχει μόνο μια παρουσίαση του Damaskinos (2005), που αφορά περιορισμένα στοιχεία για την ικανοποίηση των Ελλήνων οδοντιάτρων, βασισμένα σε μια ταχυδρομική έρευνα που πραγματοποίησε ο συγγραφέας.

Η παρούσα διατριβή αποτελείται από δύο μέρη. Στο γενικό μέρος, στο 1^ο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η εικόνα τη Οδο ιατρικής σήμερα: ο νέ ο ρ ό λ ο ς π ο υ κ α λ ε ί τ α ι ν α παίξει ο οδοντίατρος ως γιατρός του στόματος -ακολουθώντας το ολιστικό μοντέλο- και δίνονται πληροφορίες για τη γενική υγεία των οδοντιάτρων. Επίσης, παρουσιάζεται η κατάσταση στην Ελλάδα: σπουδές, επαγγελματικό πλαίσιο, αριθμητικά δεδομένα, ώστε να εκτιμηθεί η επάρκεια των Ελλήνων οδοντιάτρων ως προς τις απαιτήσεις του νέου ρόλου και να εντοπιστούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Στα κεφάλαια 2 και 3 αναλύονται αντίστοιχα τα φαινόμενα της ΕΙ και της ΕΕ: δίνονται οι ορισμοί και αναφέρονται οι αιτιολογικοί παράγοντες της δημιουργίας τους. Επιπλέον, περιγράφεται η επίδρασή τους στο άτομο και στον περίγυρό του, αναφέρονται οι τρόποι μέτρησής τους και καταγράφεται η σχέση τους με την Οδοντιατρική.

Στο ειδικό μέρος της διατριβής, αρχικά (κεφάλαιο 4) αναλύεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε (δείγμα, εργαλείο μέτρησης, συλλογή και επεξεργασία δεδομένων, ηθικά θέματα). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 5, ενώ στο κεφάλαιο 6 γίνεται συζήτηση, από την οποία προκύπτουν συμπεράσματα (κεφάλαιο 7), τα οποία αφού αξιολογηθούν -λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς της μελέτης- οδηγούν σε προτάσεις τόσο για μελλοντικές έρευνες, όσο και για μέτρα βελτίωσης της κατάστασης του Έλληνα οδοντίατρου, ο οποίος βάζεται από πολλές μεριές στις σύγχρονες συγκυρίες της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο. Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΗΜΕΡΑ

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στο προφίλ του σύγχρονου οδοντίατρου, τις απαιτούμενες σπουδές, τους επαγγελματικούς κινδύνους και τη γενική υγεία των οδοντιάτρων και τέλος στην κατάσταση της Οδοντιατρικής στην Ελλάδα, προκειμένου στη συνέχεια να κατανοηθούν καλύτερα οι έννοιες ΕΕ και ΕΙ στην Οδοντιατρική.

1.1 Το προφίλ του σύγχρονου οδοντίατρου

Η Οδοντιατρική απαιτεί ένα συνδυασμό κλινικών και διαχειριστικών ικανοτήτων (Plasschaert et al (2002)). Ο οδοντίατρος είναι ταυτόχρονα πάροχος φροντίδας, εκπαιδευτής (του προσωπικού, του ασθενή), διαχειριστής (πόρων και πληροφοριών) και ενίοτε ερευνητής (Landry, 2006). Η Οδοντιατρική αναφέρεται ως «οικοτεχνία», αφού οι υπηρεσίες παρέχονται από ένα μόνο άτομο (συνήθως) μέσα στα όρια ενός γραφείου. Οι υπηρεσίες του είναι μοναδικές και διακριτές (Seidberg & Sullivan, 2004). Οι te Brake et al (2008) αναφέρουν ως κύρια χαρακτηριστικά του επαγγέλματος την αυτονομία, την ιδιότητα του ελεύθερου επαγγελματία, το οικονομικό ρίσκο, την απομόνωση και την εξάρτηση των οδοντιάτρων από τεχνικού τύπου ικανότητες.

Στη Γενική Συνέλευση της Ένωσης για την Οδοντιατρική Εκπαίδευση οι εμπειρογνώμονες αναφέρθηκαν σε ένα πλήθος ικανοτήτων που πρέπει να διαθέτει ο σύγχρονος οδοντίατρος οι οποίες είναι οι εξής: 1. επαγγελματισμός (επαγγελματική συμπεριφορά, ηθική και δικαιοδοσία), 2. επικοινωνία και διαπροσωπικές ικανότητες (με ασθενείς, συναδέλφους, προσωπικό, κοινωνία), 3. γνώσεις, (γενικής ιατρικής και οδοντιατρικές, τεχνικές και κλινικές), χειρισμό πληροφοριών (από βιβλιογραφικές-διαδικτυακές πηγές, συναδέλφους και κριτική σκέψη (να καταλαβαίνει τις ενδείξεις για παραπομπή σε ειδικούς, να αξιολογεί την επικινδυνότητα σε σχέση με το όφελος) 4. συγκέντρωση κλινικών πληροφοριών (λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, ολοκληρωμένη κλινική εξέταση και γνώσεις σχετικά με εργαστηριακές εξετάσεις και αξιολόγηση των πληροφοριών, αναγνώριση και συνεκτίμηση πληροφοριών όπως κακή διατροφή, παραμέληση του ασθενούς) 5. διάγνωση και σχέδιο θεραπείας (σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και για διάφορες παθήσεις συμπεριλαμβανομένων των νεοπλασμάτων της στοματικής κοιλότητας), 6. διασφάλιση και διατήρηση της στοματικής υγείας (εκπαίδευση του ασθενή πρόληψη και αποκατάσταση βλαβών με

το μικρότερο δυνατό κόστος για τους οδοντικούς και περιοδοντικούς ιστούς και παροχή πρώτων βοηθειών, εφόσον παραστεί ανάγκη) και 7. *προαγωγή υγείας* (σε άτομα, οικογένειες, κοινωνικές ομάδες) (Plaschhaert et al, 2005). Όσον αφορά στις διαχειριστικές ικανότητες, αυτές αφορούν στα εξής: στη στελέχωση του ιατρείου και διοίκηση του προσωπικού, στη διαχείριση των ιατρικών φακέλων και του απορρήτου, στις πληρωμές και τα λογιστικά, στον εξοπλισμό του ιατρείου με υλικά και μηχανήματα, στη διαχείριση των αποβλήτων, στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων, στην εναρμόνιση με τα συστήματα αποζημιώσεων, ακόμη και στη διατήρηση ισορροπίας ανάμεσα στην προσωπική και την επαγγελματική ζωή (Plaschhaert, 2002).

Κατά το Dworkin (2001) ο οδοντίατρος απαιτείται πλέον να ενεργεί σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και ασθένειας, δηλαδή έχοντας πάντα υπόψη ότι οι κοινωνικές-οικογενειακές συνθήκες και οι συνήθειες του εκάστοτε ασθενή επηρεάζουν τη γενική και στοματική υγεία του και θα πρέπει να τις αναζητά πίσω από κάθε πάθηση, λαμβάνοντας το κατάλληλο ιστορικό και εξετάζοντας σφαιρικότερα την κατάσταση υγείας των ασθενών. Επίσης, θα πρέπει να γνωρίζει ότι η ψυχική και πνευματική υγεία του ατόμου επηρεάζει και τη σωματική και να έχει υπόψη του τη σωματοποίηση π.χ. σε πόνο της κροταφογοναθικής διάρθρωσης. Οι Divaris et al (2008) αναφέρονται επίσης, στη βαθμιαία μετατροπή του οδοντίατρου σε γιατρό του στόματος και στην απαίτηση για ιατρικές γνώσεις. Τέλος, η ποιότητα εκτέλεσης της δουλειάς του σύγχρονου οδοντίατρου φαίνεται να σχετίζεται με την ικανότητα ανταπόκρισης στην αλλαγή (π.χ. ενσωμάτωση νέων θεραπειών, προσαρμογή στο νέο νομοθετικό πλαίσιο). (Patel et al, 2011).

1.2 Οι απαιτούμενες σπουδές

Για να ανταποκριθεί ο σύγχρονος οδοντίατρος στους παραπάνω ρόλους απαιτούνται οι αντίστοιχες σπουδές, που θα πρέπει να είναι και αντίστοιχου περιεχομένου σε όλες τις χώρες, παρά τις κατά τόπους εθνικές και πολιτιστικές διαφορές (Plasschaert et al, 2002). Στις περισσότερες από τις χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής οι σπουδές είναι διάρκειας 4 ή 5 ετών και οδηγούν στην απόκτηση πτυχίου. Σύμφωνα με τους Divaris et al (2008), απαιτείται περιεχόμενο σπουδών τέτοιο που να διασφαλίζεται η απόκτηση των παραπάνω ικανοτήτων και να είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες των φοιτητών. Οποσδήποτε, θα πρέπει να υπάρχει ένα ελάχιστο προαπαιτούμενων

γνώσεων και κλινικών δεξιοτήτων, αλλά μπορούν να προστίθενται περιστατικά προς αντιμετώπιση από τους ίδιους τους φοιτητές (πάντα με στόχευση στην ποιότητα), με βάση τις ελλείψεις που διαπιστώνουν οι ίδιοι, στην αυτό-αξιολόγησή τους, αλλά και οι επιβλέποντές τους. Η επαφή με την κλινική πράξη θα πρέπει να ξεκινάει το συντομότερο δυνατό, έστω και με τη μορφή παρακολούθησης των παλαιότερων συναδέλφων ή με την εκτέλεση μη παρεμβατικών πράξεων (π.χ. επίδειξη βουρτσίσματος), καθώς έχει διαφανεί έτσι ότι μειώνεται το άγχος της μετάβασης από τη θεωρία στην πράξη. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να γίνονται παράλληλα με τη διδασκαλία τήρησης πρωτόκολλων για την αποφυγή τραυματισμών, την ορθή χρήση συσκευών και υλικών και τη λήψη μέτρων ατομικής προστασίας, προκειμένου τόσο ο θεράπων, όσο και ο θεραπευόμενος να διατηρούνται ασφαλείς.

Βασικά, οι κατάλληλες σπουδές θα πρέπει να βοηθούν το φοιτητή να εξοικειωθεί με τη διαδικασία της μάθησης, να προωθούν τη διά βίου εκπαίδευση και να τον βοηθούν να αποκτήσει το συνδυασμό των απαιτούμενων προσόντων, με θεωρητικό, αλλά και με βιωματικό τρόπο. Για το σκοπό αυτό απαιτούνται παράλληλα επισκέψεις εκτός σχολής σε διάφορα κέντρα, συμμετοχή των φοιτητών σε σεμινάρια με αξιολόγηση, σε ομάδες εργασίας και συζήτησης-αξιολόγησης περιστατικών και λήψης αποφάσεων για την ενίσχυση τόσο της κριτικής σκέψης, όσο και της συλλογικότητας στην παροχή φροντίδας με άλλους συναδέλφους. Επιπλέον, θα πρέπει να ενισχύονται οι ανταλλαγές φοιτητών μεταξύ εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, με τις οποίες διευρύνονται οι εμπειρίες και προάγεται ο σεβασμός προς τη διαφορετικότητα. Η επαφή με την τεχνολογία, για αναζήτηση πληροφορίας είναι επίσης απαραίτητη.

Η επαφή με την τεχνολογία, προϋποθέτει Πανεπιστήμια άρτια εξοπλισμένα -με ποιοτικά και ποσοτικά κριτήρια -ως προς τα πληροφοριακά συστήματα, αλλά και ως προς τον οδοντιατρικό εξοπλισμό. Οι καθηγητές θα πρέπει να είναι επαρκείς σε αριθμό, αλλά και ικανοί, κυρίως σε γνώσεις και παιδαγωγική κατάρτιση (πράγμα που συχνά δε συμβαίνει), προκειμένου να πλησιάσουν τους φοιτητές και ανθρώπινα, να τους διδάξουν τις διαπροσωπικές ικανότητες που απαιτούνται, το ηθικό πλαίσιο όπου θα κινηθούν επαγγελματικά, να τους τονώσουν την αυτοπεποίθηση και να κάνουν ομαλή τη μετάβαση στον επαγγελματικό στίβο. Τα παραπάνω προϋποθέτουν τη συχνή αξιολόγησή τους από τους ίδιους τους φοιτητές.

Η αξιολόγηση, από την άλλη πλευρά, αφορά και στους φοιτητές. Με άλλα λόγια, οι εξετάσεις θα πρέπει να συχνές και προσαρμοσμένες στις ανάγκες των φοιτητών, καθώς επίσης να βοηθούν τη δημιουργική σκέψη, χωρίς να αποτελούν πηγή στρες (Divaris et al, 2008). Τη σημασία της αυτοαξιολόγησης των φοιτητών οδοντιατρικής, αλλά και της αξιολόγησης από τους συμφοιτητές τους, τονίζουν και οι Plaschhaert et al (2002) σε σχετικό τους άρθρο.

1.3 Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι και η γενική υγεία των οδοντιάτρων

Εκτός των πολλών δεξιοτήτων που απαιτείται να διαθέτουν, οι οδοντίατροι, κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής, έρχονται σε επαφή με δύσκολες καταστάσεις, που έχουν επίπτωση στην υγεία τους. Οι κύριες σωματικές διαταραχές των οδοντιάτρων είναι οι μυοσκελετικές (πόνος στην πλάτη, στο χέρι και στον ώμο), όπου η επίπτωση τους αυξάνει με την ηλικία. Επιπλέον, συχνή είναι η έκθεση σε μολυσματικές ασθένειες (ιός ηπατίτιδας, MCV, κ.α.) μετά από τραυματισμούς και επαφή με τοξικά μολυσματικά υλικά. Ακόμη πιο συχνά φαινόμενα είναι η αλλεργική δερματίτιδα, τα προβλήματα στα μάτια και ακοή. (Purienne et al (2007), Leggat et al (2007)). Οι Myers & Myers (2004) σε έρευνά τους, εκτός όλων των παραπάνω συμπτωμάτων αναφέρουν επιπλέον τη δυσπεψία (60% των οδοντιάτρων) και την κεφαλαλγία (60%). Οι Tsutsumi et al (2007) έδειξαν ότι οι υψηλές απαιτήσεις της δουλειάς συνδέονται με ατυχήματα και τραυματισμούς (τραυματισμός μαλακών ιστών, πρόκληση αιμορραγίας, πτώση εργαλείου, εμφύσημα, τραυματισμός νεύρου, προώθηση δοντιού στο ιγμόρειο).

Σε ψυχολογικό επίπεδο, οι επιπτώσεις του άγχους στους οδοντιάτρους είναι πολλές. Οι ίδιοι θεωρούν την Οδοντιατρική ως ένα πολύ αγχωτικό επάγγελμα. Κατά τους Kay & Lowe (2008) το 86% των οδοντιάτρων στη Βρετανία θεωρούσε τη ζωή του πολύ αγχωτική. Μάλιστα, ποσοστό 13% των οδοντιάτρων σκέφτηκε την αυτοκτονία. Οι Myers & Myers (2004) ανέφεραν νευρική και μελαγχολία στο 60% των οδοντιάτρων, με το 1/3 των οδοντιάτρων να είναι υπέρβαροι, το 10% να καπνίζει και το 90% να καταναλώνει αλκοόλ, αλλά σε χαμηλές δόσεις. Οι Seidberg & Sullivan (2004) βρήκαν ότι 16% ήταν εξαρτημένοι από καπνό, αλκοόλ ή παράνομα φάρμακα και ότι γενικά γινόταν φυσιολογική χρήση αλκοόλ, ωστόσο η υπερκατανάλωση αλκοόλ σχετιζόταν με το στρες. Επίσης υπήρχε αυξημένη τάση αυτοκτονίας στις γυναίκες. Οι Ayers et al., (2008) βρήκαν ότι > 25% των οδοντιάτρων καταναλώνουν

αλκοόλ για ηρεμία, ενώ οι γυναίκες προτιμούν τα ψώνια και την αλληλεπίδραση σε κοινωνικό επίπεδο. Ο Gorter (1999) βρήκε ότι το 6% των Ολλανδών οδοντιάτρων είχε πρόβλημα με το ποτό και 9% αλκοολικές τάσεις (καταγράφοντας αύξηση από το 1996). Το 13% των οδοντιάτρων ήταν παχύσαρκοι και 39% υπέρβαροι (αύξηση ποσοστών επίσης). Αναφέρθηκε ακόμη σε αυτοκτονίες, αποδίδοντας στο 8% των Ολλανδών μέτρια ως φτωχή υγεία, έναντι ποσοστού 9% στη Μ. Βρετανία. Ωστόσο, ο ίδιος (το 2008) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι οδοντίατροι είναι γενικά μια υγιής επαγγελματική ομάδα.

1.4 Η κατάσταση της Οδοντιατρικής στην Ελλάδα

Η οδοντιατρική στην Ελλάδα αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα, τόσο σε επίπεδο σπουδών, όσο και ως προς την άσκηση του επαγγέλματος.

Καταρχήν, μόνο τα τελευταία χρόνια προστέθηκαν στο πρόγραμμα σπουδών μαθήματα που άπτονται και των άλλων πτυχών του επαγγέλματος, όπως της Ηθικής (*Δεοντολογία, Οδοντο-ιατροδικαστική*), της Ψυχολογίας-Κοινωνιολογίας της Υγείας (*Κοινωνική Οδοντιατρική, Ψυχολογία*), της απόκτησης επικοινωνιακών δεξιοτήτων (*Πόνος και Διαχείριση Άγχους, Δεξιότητα στην Επικοινωνία*), της ικανότητας αναζήτησης πληροφοριών (*Πληροφορική*) και διεξαγωγής έρευνας (*Μεθοδολογία, Βιοστατιστική*) της απαίτησης για ιατρικές γνώσεις (*Πρώτες Βοήθειες, Δερματολογία*) (Πρόγραμμα Σπουδών Οδοντιατρικής Α.Π.Θ, 2012). Μέχρι προ λίγων ετών, τα μαθήματα αυτά ήταν άγνωστα, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο κενό γνώσεων σε μεγάλη μερίδα οδοντιάτρων, το οποίο καλούνται να καλύψουν με δική τους προσπάθεια και πόρους.

Ως προς το ίδιο το επάγγελμα, το 2011 στην Ελλάδα υπήρχαν –σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Οδοντιάτρων (2008)- 13919 οδοντίατροι, 53% άντρες και 47% γυναίκες (έναντι 14260, το 2008), από τους οποίους οι 1037 δε διέθεταν ιατρείο. Ωστόσο, η απογραφή του 2011, έδινε μεγαλύτερο αριθμό, 14518, από τους οποίους οι 7072 στην Αττική. (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2011). Το ποσοστό των γυναικών στις 2 Σχολές της χώρας ήταν 62%. Ο Μ.Ο ηλικίας των οδοντιάτρων ήταν 45 ετών, με το 1/3 άνω των 50. Η αναλογία οδοντιάτρων-ασθενών ήταν 1/775, διπλάσια περίπου από το Μ.Ο. των 27 χωρών της Ε.Ε. Αντίθετα, υπήρχαν πολύ λίγοι οδοντιατρικοί βοηθοί/νοσοκόμες. Η αναλογία των οδοντιάτρων λοιπόν είναι πολύ υψηλή και ο

αριθμός τους όλο και αυξάνεται. Σε αυτό συμβάλλει η μη μείωση των εισακτέων, και η παραγωγή οδοντιάτρων στο εξωτερικό -τη δεκαετία 1995-2004 το 30% των οδοντιάτρων σπούδασαν στο εξωτερικό- (Koletsis-Kounari et al., 2011)..

Ως προς τις οδοντιατρικές δαπάνες, αυτές απορροφούσαν το 29% (Damaskinos, 2012), -ή κατά άλλους το 40% των δαπανών υγείας ενός νοικοκυριού (Koletsis-Kounari et al, 2011), σε κάθε περίπτωση υψηλό ποσοστό. Ωστόσο, στη δημόσια υγεία το ποσοστό που δαπανιόταν σε οδοντιατρικές υπηρεσίες ήταν μόνο 1,1% (στοιχεία 2004). Οι αποζημιώσεις που δίνουν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν ανταποκρίνονται στα πραγματικά κόστη των εργασιών ούτε κατά διάνοια. Αυτό, σε συνδυασμό με την απουσία ιδιωτικής οδοντιατρικής ασφάλισης και το υψηλό κόστος της οδοντιατρικής θεραπείας κάνουν τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών χαμηλή. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού καταφεύγει στον οδοντίατρο σε επείγουσες καταστάσεις. Η χρήση από τους ενήλικες ήταν 47% και οι προγραμματισμένες επισκέψεις μόνο 31,7%. Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το μικρό ρυθμό αύξησης του πληθυσμού (0,4%) και την κρίση, καθιστούν την Ελλάδα μια από τις λίγες χώρες της Ε.Ε., όπου καταγράφεται ανεργία οδοντιάτρων (Koletsis-Kounari et al., 2011).

Ως προς το γνωστικό πεδίο, εκτός από την ευρύτητα γνώσεων που απαιτείται να έχει ο σύγχρονος οδοντίατρος για όλα τα οδοντιατρικά πεδία, οι Sanz et al (2008) αναφέρονται και στο ρόλο του ειδικού και θέτουν τον προβληματισμό της μη αναγνώρισης πολλών ειδικοτήτων ως επίσημων από κάποιες χώρες (μεταξύ αυτών και η Ελλάδα). Τίθεται θέμα ως προς τη δικαιοδοσία των οδοντιάτρων για εκτέλεση κάποιων πράξεων (π.χ. εμφυτεύματα), την ποιότητα της θεραπείας και την ασφάλεια των ασθενών, αφού κατά την επιλογή ειδικού δεν υπάρχουν ακριβείς προδιαγραφές, με αποτέλεσμα τη σύγχυση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναπτυχθεί η έννοια της Επαγγελματικής Ικανοποίησης και οι σχετιζόμενοι με αυτή παράγοντες, η σημασία της και οι τρόποι μέτρησής της, καθώς και η ΕΙ στην Οδοντιατρική

2.1 Ορισμός της Επαγγελματικής Ικανοποίησης και σχετιζόμενοι παράγοντες

Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει οριστεί ως *«η θετική συναισθηματική κατάσταση που απορρέει από την αποδοχή της δουλειάς ή των εμπειριών της δουλειάς κάποιου»* (Locke, 1976). Ο ίδιος αναφέρει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση απορρέει από την επίτευξη των αξιών που είναι συμβατές με τις ανάγκες κάποιου. Ανάμεσα στις αξίες που οδηγούν σε ΕΙ είναι η πνευματικά προκλητική δουλειά, το προσωπικό ενδιαφέρον, δουλειά όχι και τόσο επίπονη, ανταμοιβές, κατάλληλες συνθήκες εργασίας, υψηλή αυτοεκτίμηση, παράγοντες της δουλειάς που εναρμονίζονται με τις αξίες του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Robbins (1998) η επαγγελματική ικανοποίηση αφορά στη γενική στάση του ατόμου απέναντι στη δουλειά του. Για αυτό, πρόκειται για μια αλληλεπίδραση παραμέτρων, όπως αρμοδιότητες, ρόλοι, υπευθυνότητες, αλληλεπιδράσεις, κίνητρα και ανταμοιβές. Η Χαραλαμπίδου (1996) αναφέρει ότι η ΕΙ είναι απόρροια της εκπλήρωσης των υποκειμενικών εργασιακών προσδοκιών ή της σύμπτωσης του τύπου της προσωπικότητας του εργαζομένου με το εργασιακό του περιβάλλον. Επομένως, διαφορετικά άτομα κρίνουν εντελώς διαφορετικά την ίδια δουλειά.

Οι Cranny et al (1992) αναφέρουν ότι άνθρωποι που είναι γενικά ευτυχισμένοι και θετικοί στη σκέψη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι ικανοποιημένοι στη δουλειά τους. Το ίδιο και άνθρωποι που έχουν την προδιάθεση να εμπιστεύονται τη διοίκηση. Επιπλέον *«η ικανοποίηση εργασίας είναι η λειτουργία όχι μόνο αυτού που έχουν οι άνθρωποι, αλλά και αυτού που έχουν τη δυνατότητα να έχουν»*. Επομένως, η ικανοποίηση απορρέει από ένα εργασιακό περιβάλλον που ανταμείβει τις προσπάθειες. Σύμφωνα δε με τον Chambers (2001) ικανοποίηση προκαλούν παράγοντες που είναι υπό τον έλεγχο μας, και επίσης οι αντιλαμβανόμενες αμοιβές (γεγονός που προσδίδει στην ΕΙ υποκειμενικότητα).

Τελικά, η ΕΙ είναι μια πολυδιάστατη κατασκευή, που επηρεάζεται κυρίως από 3 παράγοντες; 1) *τα χαρακτηριστικά της δουλειάς*, τόσο τα αντικειμενικά, όσο και τα υποκειμενικά, 2) *τα χαρακτηριστικά του εργαζομένου* (δημογραφικά χαρακτηριστικά, συναισθηματική ευεξία και παράγοντες της προσωπικότητας) και 3) *εξω-εργασιακούς παράγοντες*, όπως είναι οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η οικογενειακή ζωή και η γενική ικανοποίηση από τη ζωή. (Shugars, 1991).

Ο Κάντας (1998) διαχωρίζει την ΕΙ σε «εγγενή», που έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας και αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις που αφορούν την εργασία καθεαυτή (ελευθερία επιλογών, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων), και «εξωγενή», η οποία έχει σχέση με το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία (ασφάλεια, ωράριο, αμοιβές). Άλλοι εργαζόμενοι επομένως ωθούνται περισσότερο από ενδογενή και άλλοι από εξωγενή κίνητρα, για αυτό και κρίνουν διαφορετικά την ίδια δουλειά. Οι Schaufeli & Enzmann (1998) βρήκαν μεγαλύτερη συσχέτιση της επαγγελματικής με την εγγενή ικανοποίηση, παρά με την εξωγενή. Και οι Koustelios & Tsigilis (2005), βρήκαν μεγαλύτερη συσχέτιση της ΕΙ Ελλήνων καθηγητών Φυσικής Αγωγής με εγγενείς παράγοντες (κατά σειρά: φύση δουλειάς, επίβλεψη, εργασιακές συνθήκες) και πολύ λιγότερο με εξωγενείς (π.χ. χρηματικές απολαβές.)

Το ίδιο άτομο εξάλλου, αξιολογεί διαφορετικά επιμέρους πτυχές της δουλειάς του, καθεμία από τις οποίες του προσδίδει διαφορετικό βαθμό ικανοποίησης. Μάλιστα, φαίνεται ότι η ΕΙ είναι ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο μέγεθος, το οποίο, ακόμη και να το βιώσει ο εργαζόμενος σε υπέρτατο βαθμό, αμέσως μετά αρχίζει να υποστρέφει (Koustelios & Tsigilis, 2005), .

Επειδή η ΕΙ είναι μια κατάσταση που βιώνεται εσωτερικά, τελευταία δίνεται έμφαση και στην δέσμευση (engagement) του εργαζομένου, ενός μεγέθους που αφορά προσδιορίσιμες πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος και που επηρεάζει θετικά την ΕΙ. Οι Kaldenberg et al (1995) συσχέτισαν επίσης την ικανοποίηση με τη συναισθηματική και συμπεριφορική δέσμευση του εργαζομένου, χωρίς να βρουν διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, αν και βρέθηκε ότι οι γυναίκες υπερισχύουν συναισθηματικά, ενώ οι άντρες συμπεριφορικά.

2.2 Η σημασία της Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό θέμα, δεδομένου ότι συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής του εργαζομένου, δηλαδή στην πνευματική και ψυχική του υγεία, αλλά και στη συνολική του ικανοποίηση από τη ζωή. Υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη μη ικανοποίηση και στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, όπως είναι η εξάντληση, τα αναπνευστικά προβλήματα, η εφίδρωση και οι υψηλές τιμές χοληστερίνης (Locke, 1976).

Επιπλέον, η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζει τους ρυθμούς της διατήρησης του εργατικού δυναμικού, οδηγώντας σε εγκατάλειψη της δουλειάς, ή σε πρόθεση για εγκατάλειψή της (Sibbald et al., 2003).

Η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζει τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη δουλειά. Συχνά η έλλειψη ικανοποίησης σχετίζεται με απουσίες ή καθυστέρηση στην άφιξη στην εργασία ή παρατεταμένα παράπονα και διαμαρτυρίες (Locke, 1976). Σε έρευνες βρέθηκε εξάλλου συσχέτιση ανάμεσα στην έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης και στην εκτέλεση της δουλειάς. Αυτό οδηγεί σε μείωση της παραγωγικότητας και σε αύξηση των ατυχημάτων (Shugars, 1991).

2.3 Μέτρηση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι δύσκολη διαδικασία, λόγω της πολυδιάστατης φύσης της. Επιπλέον, είναι πιθανό κάποιος να είναι ικανοποιημένος με κάποιες πτυχές της δουλειάς του, ενώ με άλλες όχι. Οι πιο αναγνωρισμένες μετρήσεις της ΕΙ αφορούν στον εντοπισμό των πτυχών της κάθε δουλειάς οι οποίες συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά στην ΕΙ. Ο Harris (2008) αναφέρει ότι, σύμφωνα με τον Cameron (1973), οι πολυδιάστατες κλίμακες μπορούν να αξιολογήσουν καλύτερα την επίδραση κάθε παράγοντα ξεχωριστά αλλά και το πώς επιδρά οποιαδήποτε παρέμβαση στην ΕΙ.

Στη βιβλιογραφία έχουν εντοπιστεί πολλά εργαλεία μέτρησης της ΕΙ. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο φαίνεται να είναι το Minnesota Satisfaction Questionnaire MSQ, (1977), που αποτελείται από 100 ερωτήσεις που καλύπτουν παραμέτρους όπως η χρήση ικανοτήτων, συνεργάτες, ηθικές αξίες, επιτεύγματα, δημιουργικότητα, αναγνώριση, υπευθυνότητα, εργασιακές συνθήκες...). Η βαθμολόγηση γίνεται σε 5βάθμια κλίμακα Likert, με το 5 να δηλώνει τη μέγιστη ικανοποίηση. Η σύντομη εκδοχή του περιέχει 20 ερωτήσεις

2.4 Η Επαγγελματική Ικανοποίηση στην Οδοντιατρική

Στην Οδοντιατρική η σημασία της επαγγελματική ικανοποίησης είναι μεγάλη, μολονότι δεν έχει μελετηθεί τόσο εκτενώς, όσο το στρες. Τα δύο αυτά σχετίζονται, αλλά είναι διαφορετικής φύσης. Το *στρες* σχετίζεται περισσότερο με περιορισμούς και απαιτήσεις. Ο Harris (2008) αναφέρει ότι, σύμφωνα με τον Cooper (1988) κάποιοι από τους στρεσογόνους παράγοντες, π.χ. η πίεση του χρόνου, μπορεί να επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση., ωστόσο υπάρχουν και άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες για την EI, στον προσδιορισμό των οποίων μπορούν να βοηθήσουν οι κλίμακες.

Οι Di Matteo et al, (1993) βρήκαν ότι η EI σχετίζεται με τη *λήψη σεβασμού* από τους ασθενείς και την κοινωνία, αλλά και με την *αλληλεπίδραση με άλλους επαγγελματίες*. Ακόμη επηρεάζεται θετικά από τη *βελτίωση των κλινικών ικανοτήτων και την απόκτηση σύγχρονης γνώσης*. Οι Wingrove et al (1994) συνδέουν την ικανοποίηση με τον *έλεγχο στο ιατρείο και την αίσθηση επίτευξης*, ενώ την έλλειψη EI με παράγοντες σχετικούς με *ασθενείς (δύστροποι, αργοπορημένοι), προσωπικό, κυβέρνηση και λιγότερα εισοδήματα* από αναμενόμενα. Οι Yablon & Rosner (1982) συσχέτισαν αρνητικά την επαγγελματική ικανοποίηση με το *άγχος* της δουλειάς και την *έλλειψη προσωπικού χρόνου*.

Οι Sur et al (2004) ανέφεραν ότι παράγοντες όπως η αντίληψη για το εισόδημα, ο σεβασμός, οι σχέσεις με τους ασθενείς και κοινωνικο-επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των οδοντιάτρων επηρεάζουν τα επίπεδα ικανοποίησης. Στην έρευνα που διεξήγαγαν σε Τούρκους οδοντιάτρους, βρήκαν ποσοστά ικανοποίησης 40.8% και τη συσχέτισαν με *ηλικία (>60), φύλο (άντρες), επαγγελματική εμπειρία, οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι), ύπαρξη βοηθού (θετικά), ασθενείς ανά μέρα (>20 και<5 αρνητικά, 5-9 βέλτιστο), εισόδημα (θετικά) και είδος απασχόλησης* (οι νοσοκομειακοί οδοντίατροι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι)

Οι Shugars et al. (1990) βρήκαν τις ίδιες συσχετίσεις (ως προς φύλο, ηλικία, εισόδημα, βοηθό, συνεχιζόμενη εκπαίδευση) σε έρευνά τους που έγινε σε οδοντιάτρους της Καλιφόρνια. Μόνο ο 1 στους 2 οδοντιάτρους ήταν ικανοποιημένος από την καριέρα του. Σύμφωνα με τους Logan et.al (1997), οι 3 στους 5 οδοντίατροι ήταν ικανοποιημένοι και οι βρέθηκε ότι οι παράγοντες που αύξαναν την EI ήταν το

εισόδημα, ο σεβασμός και οι σχέσεις με τους ασθενείς. Τα ευρήματα επίσης των Wells & Winter (1999) ήταν σύμφωνα με την προαναφερόμενη μελέτη αναφορικά με τις μεταβλητές -ηλικία, φύλο, στρες, εισόδημα, σεβασμός, σχέσεις με ασθενείς, χρόνος που διατίθεται στη δουλειά-, ενώ πρόσθεσαν και την *παροχή της οδοντιατρικής φροντίδας* ως παράγοντα που συμβάλλει στην ικανοποίηση των οδοντιάτρων. Στις λιγότερο ικανοποιητικές πτυχές του επαγγέλματος περιέλαβαν τη *διαχείριση* του ιατρείου και τον οικονομικό σχεδιασμό. Σε μια άλλη έρευνα, των Gilmour et al (2005), που πραγματοποιήθηκε σε μια περιοχή της Μ. Βρετανίας βρέθηκε το 34.1% των οδοντιάτρων να είναι ικανοποιημένο, το 22.5% δυσαρεστημένο και το υπόλοιπο ποσοστό ουδέτερο. Το 27% των ερωτώμενων επιθυμούσε να αλλάξει καριέρα, ενώ το 37.7% θα αποθάρρυνε το παιδί του από το να γίνει οδοντίατρος. Από τις πτυχές της Οδοντιατρικής το άγχος συσχετίστηκε περισσότερο από όλες τις πτυχές με την έλλειψη ικανοποίησης, λιγότερο η απασχόληση στο NHS, ενώ το φύλο και η ηλικία δε βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά. Αντίθετα, βρέθηκε η *εξειδίκευση και μετεκπαίδευση* αύξαναν την ικανοποίηση (επαγγελματική και συνολική).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, των Brown et al, (2000), που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, πάνω από τους μισούς οδοντιάτρους ήταν ικανοποιημένοι. Οι Harris et al. (2009) επίσης, αναγνώρισαν 6 πτυχές του επαγγέλματος που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση στους οδοντιάτρους του Ηνωμένου Βασιλείου: 1)περιορισμός στη δυνατότητα να παρέχουν ποιοτική φροντίδα, 2)σεβασμός, 3)έλεγχος δουλειάς, 4)διοίκηση ενός ιατρείου, 5)ανάπτυξη κλινικών ικανοτήτων και 6)βοήθεια στους άλλους, με πιο σημαντικό προγνωστικό τον 1^ο, ο οποίος επηρεάζεται από το χρόνο αποφοίτησης, τον τομέα όπου εργάζεται και τη θέση του στο ιατρείο. Ακόμη, θεωρούν ότι η αλλαγή στην αντίληψη της αυτονομίας είναι πιο σημαντική παράμετρος από το φορτίο της δουλειάς, (όπως αποδεικνύει η έρευνά τους για τις αλλαγές το 2006 στο NHS, που οδήγησαν σε μείωση της ικανοποίησης) και αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά τις μεταρρυθμίσεις στο καθεστώς αποζημιώσεων, στο περιβάλλον εργασίας και τις εργασιακές συνθήκες.

Σε μια έρευνα που έγινε στην Ινδία, των Jain et al. (2009), η EI βρέθηκε να επηρεάζεται θετικά από τη μείωση των ωρών εργασίας, το σεβασμό, τη δυνατότητα

επαγγελματικής ανάπτυξης και εξέλιξης ταλέντων. Οι Leggar et al (2007) πρόσθεσαν και την απειλή της «κακής πρακτικής» (*malpractice*).

Οι Luzzi et al (2005), βρήκαν ότι 81% των οδοντιάτρων ήταν ικανοποιημένο από τη δουλειά του. Τη μεγαλύτερη ικανοποίηση προσέφεραν κατά σειρά η αυτονομία, οι σχέσεις με συναδέλφους και η ύπαρξη πόρων, ενώ τη μικρότερη οι αποζημιώσεις και οι διοικητικές ευθύνες. Επίσης οι οδοντίατροι άνω των 55 και αμέσως μετά οι κάτω των 35 είχαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης. Οι οδοντίατροι του δημόσιου τομέα δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι στο θέμα της αυτονομίας, σχέσεων με ασθενείς, αποζημιώσεων και πόρων. Ακόμη, οι γυναίκες δήλωσαν πιο ικανοποιημένες στο θέμα του ελεύθερου χρόνου, αφού στατιστικά δουλεύουν λιγότερες ώρες. Εξάλλου, σε έρευνα στη Λιθουανία, οι Puriene et al (2008), βρήκαν ότι το 81% δήλωσαν ικανοποιημένοι, και ότι η αύξηση της ηλικίας, όπως και η απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα, συνέβαλλαν θετικά.

Οι Shugars et al. (1991) έκαναν μια λίστα με όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ΕΙ (Πίνακας 2.1)

Πίνακας 2.1: Παράγοντες που επηρεάζουν την ΕΙ.

Χαρακτηριστικά άσκησης
Συνθήκες εργασίας
Παροχή φροντίδας της ασθενείας
Χρόνος για επαγγελματική ανάπτυξη
Επαγγελματικές σχέσεις
Σχέσεις με ασθενείς
Διαχείριση της άσκησης
Επαγγελματικό περιβάλλον
Στρες
Εισόδημα
Σεβασμός
Χαρακτηριστικά του εργαζομένου
Δημογραφικά χαρακτηριστικά
Ηλικία
Φύλο
Οικογενειακή κατάσταση
Χαρακτηριστικά προσωπικότητας
Συναισθηματική κατάσταση
Εξω-επαγγελματικοί παράγοντες της ζωής
Ποιότητα ζωής
Προσωπικός χρόνος-κοινωνικές σχέσεις

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα, η ΕΙ των οδοντιάτρων επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά της δουλειάς, από τα ατομικά χαρακτηριστικά τους, καθώς και από εξω-επαγγελματικούς παράγοντες. Από όλους τους παράγοντες, τη μεγαλύτερη θετική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση βρέθηκε να την έχουν ο

σεβασμός, οι επαγγελματικές σχέσεις και οι σχέσεις με τους ασθενείς. Το εισόδημα βρέθηκε να επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση, αλλά λιγότερο, ενώ το στρες είχε αρνητική συσχέτιση. Και ο Gorter (1999) συσχέτισε αρνητικά την ΕΙ με το στρες και ιδιαίτερα με μια υποκλίμακά του, την «Προοπτική καριέρας», η οποία με τη σειρά της βρέθηκε να έχει ισχυρή συσχέτιση με την υποκλίμακα «Περιεχόμενο της δουλειάς». Τη συσχέτιση με το στρες αναφέρουν και οι Myers & Myers (2004). Οι Cooper et al (1988) (όπως αναφέρουν οι di Matteo et al., 1993) θεωρούν παράγοντες έλλειψης ικανοποίησης τις απαιτήσεις του χρόνου, την πολυπλοκότητα του σχεδιασμού, τις αρνητικές απόψεις των ασθενών, προβλήματα τεχνικά ή με το προσωπικό.

Η ειδικότητα των οδοντιάτρων φαίνεται να είναι μια άλλη παράμετρος που διαφοροποιεί την ΕΙ. Οι Roth et al (2003), σε έρευνα σε ορθοδοντικούς στον Καναδά, βρήκαν ότι 87% θα ακολουθούσε ξανά την ίδια καριέρα και 84% θα προέτρεπε το παιδί του σχετικά. Η ικανοποίηση σχετιζόταν κυρίως με την παροχή φροντίδας, τις σχέσεις με τους ασθενείς, το προσωπικό και τους συναδέλφους και το σεβασμό που λαμβάνουν. Με την ΕΙ συσχετίστηκαν παράμετροι όπως η ένταξη σε σύλλογο ορθοδοντικών, ο αριθμός προσωπικού, χωρίς ωστόσο να μπορεί να ειπωθεί με ακρίβεια ποιο το αίτιο και ποιο το αιτιατό. Οι Humphris et al (1997) σε έρευνα σε 3 ειδικότητες ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε ορθοδοντικούς και χειρουργούς από ότι σε οδοντίατρους που κάνουν αποκαταστάσεις.

Όσον αφορά την Ελλάδα, ο Damaskinos (2005) σε ταχυδρομική έρευνα που πραγματοποίησε σε Έλληνες οδοντίατρους βρήκε ότι η ικανοποίηση εργασίας και η οικονομική ικανοποίηση σχετίζονται με την ύπαρξη βοηθών. Επιπλέον, η ΕΙ αυξάνεται με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

Η έλλειψη της ΕΙ επιδρά στην ποιότητα της οδοντιατρικής φροντίδας, με άμεσο αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών, και στα αποτελέσματα του συστήματος υγείας. Επίσης, επηρεάζει τα ποσοστά εγκατάλειψης του επαγγέλματος και την παραγωγικότητά του οδοντιατρικού προσωπικού (Shugars, 1991). Στο εξωτερικό οι οδοντιατρικές σχολές κλείνουν και υπάρχει πρόβλημα υποστελέχωσης. Κάτι τέτοιο μάλλον δεν ισχύει στην Ελλάδα, όπου η Οδοντιατρική συνδέεται ακόμη με κύρος, υπάρχει ωστόσο έντονη δυσφορία μεταξύ των οδοντιάτρων.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζει αρνητικά την εκτέλεση της δουλειάς. Στην Οδοντιατρική, ως «κακή εκτέλεση της δουλειάς» εννοούνται παράγοντες που δημιουργούν απειλή ή δυνητική απειλή για την ασφάλεια των ασθενών, εκθέτουν τις υπηρεσίες σε οικονομικό ή άλλο ουσιώδη κίνδυνο, υπονομεύουν τη φήμη ή αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών σημαντικά ή βρίσκονται εκτός προδιαγραφών και στάνταρ –κοινώς, η εκτέλεση των οδοντιατρικών πράξεων γίνεται με τρόπο επικίνδυνο, ασύμφορο, που εκθέτει τον οδοντίατρο και αποκλίνει από τις προδιαγραφές (Patel, 2011). Ακόμη, η έλλειψη ικανοποίησης μπορεί να οδηγήσει απροθυμία περίθαλψης νέων ασθενών ή συγκεκριμένων πληθυσμών και θεωρείται προγνωστική για τη δυσαρέσκεια των ασθενών όσον αφορά τη φροντίδα (Mc Gleen, 1988), όπως αναφέρεται στον Shugars et al, 1993, και τη μη συμμόρφωση τους με τη θεραπεία. (Di Matteo et al, 1993).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα εργαλεία μέτρησης της ΕΙ στους οδοντιάτρους πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαίτερες απαιτήσεις του επαγγέλματος.

Ενώ στη βιβλιογραφία έχουν εντοπιστεί αρκετά εργαλεία μέτρησης της ΕΙ των οδοντιάτρων, το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο φαίνεται να είναι το DSS (Dental Satisfaction Survey) από τους Shugars et al (1991). Το DSS περιλαμβάνει 54 ερωτήσεις, που καλύπτουν πτυχές που φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα (2.2).

Πίνακας 2.2: Πτυχές του επαγγέλματος που καλύπτει το DSS

1. Προσωπικό	3 ερωτήσεις
2. Εισόδημα	7 ερωτήσεις
3. Επαγγελματικές σχέσεις	3 ερωτήσεις
4. Επαγγελματικός χρόνος	7 ερωτήσεις
5. Σχέσεις με ασθενείς	5 ερωτήσεις
6. Διαχείριση της άσκησης	4 ερωτήσεις
7. Προσωπικός χρόνος	3 ερωτήσεις
8. Επαγγελματικό περιβάλλον	2 ερωτήσεις
9. Σεβασμός	3 ερωτήσεις
10. Εργασιακό στρες	2 ερωτήσεις
11. Παροχή φροντίδας Και	5 ερωτήσεις
12. Συνολική επαγγελματική ικανοποίηση	10 ερωτήσεις

Μερικές έρευνες προσθέτουν στο DSS και μια κλίμακα 6 ερωτήσεων, που αξιολογεί τη συνολική ποιότητα ζωής (Roth et al, 2003). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει διατυπωθεί και σε σύντομη μορφή 14 ερωτήσεων από τους Rabiner et al (1994).

Ωστόσο, πάντα πρέπει κανείς να έχει υπόψη του ότι η ΕΙ επηρεάζεται από τις πολιτιστικές αξίες, όπως και από το σύστημα στο οποίο εργάζεται ο οδοντίατρος και έτσι στην εκάστοτε μέτρηση. Ιδανικά, πρέπει να γίνονται οι ανάλογες προσαρμογές, ανάλογα με τη χώρα πραγματοποίησης της έρευνας (Harris, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) έχει μελετηθεί πολύ πιο εκτενώς από την ΕΙ και αυτό φαίνεται και από την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Ωστόσο, υπάρχει πλήθος ορισμών, προδιαθεσικών παραγόντων, αλλά και τρόπων μέτρησης αυτού του φαινομένου. Στο παρόν κεφάλαιο θα οριστεί η ΕΕ, θα αναπτυχθούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες, οι επιπτώσεις, τα εργαλεία μέτρησης, θα περιγραφεί η ΕΕ στην Οδο ψιατρική, η σχέση της με την ΕΙ και θα παρουσιαστούν ορισμένα μέτρα πρόληψης της ΕΕ.

3.1 Ορισμός της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται σε πολλούς επαγγελματικούς κλάδους, ιδιαίτερα σε αυτούς που σχετίζονται με ανθρώπους (Ahola & Hakanen, 2007). Οι Maslach et al (1996), εξηγούν γιατί συμβαίνει αυτό: “οι λύσεις στα προβλήματα των πελατών δεν είναι πάντα προφανείς και εύκολες να υλοποιηθούν, και αυτό κάνει τη κατάσταση περίπλοκη και απογοητευτική”

Οι διάφοροι ορισμοί της ΕΕ αποσκοπούν στο να τη διαχωρίσουν επαρκώς από το επαγγελματικό άγχος, του οποίου θεωρείται ιδιάζουσα μορφή. Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια μορφή χρόνιου, παρατεταμένου επαγγελματικού άγχους, που ξεπερνά τα όρια αντοχής και τις δυνατότητες του ατόμου να προσαρμοστεί και να το αντιμετωπίσει. (Shaufeli et al, 1993). Αυτό συμβαίνει σε αντίθεση με το δημιουργικό άγχος, που βοηθά το άτομο να προσαρμοστεί στις καθημερινές απαιτήσεις της δουλειάς.

Ο όρος εισήχθηκε πρώτα από τον Freudenberger το 1974, που όρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως την κατάσταση εξάντλησης και απογοήτευσης, που προκύπτει από τις επαγγελματικές σχέσεις που αποτυγχάνουν να αποφέρουν τις αναμενόμενες ανταμοιβές. (Freudenberger & Richelson, 1980).

Ωστόσο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός της ΕΕ δόθηκε από τη Maslach (1982), η οποία χαρακτήρισε την επαγγελματική εξουθένωση- την οποία είχε ήδη περιγράψει ως φαινόμενο το 1976- ως ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, παροχής απρόσωπης φροντίδας και μειωμένης προσωπικής επίτευξης, το οποίο μπορεί να

συμβεί σε ανθρώπους που κάνουν δουλειές κοινωνικής ωφέλειας. Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στην εξάντληση (αλλιώς: μείωση των αποθεμάτων, αποστράγγιση) που αισθάνεται κανείς από τις συναισθηματικές απαιτήσεις της δουλειάς. Η αποπροσωποποίηση χαρακτηρίζεται από κυνισμό προς τους αποδέκτες της δουλειάς (η αίσθηση ότι τους αξίζουν κατά κάποιο τρόπο αυτά που παθαίνουν) και απόμακρη στάση, ενώ η μειωμένη προσωπική επίτευξη αναφέρεται στην αυτό-αποτίμηση ότι κάποιος δεν είναι πια αποτελεσματικός και δεν εκπληρώνει τις υποχρεώσεις του (Maslach & Jackson 1981, Maslach et al, 1996).

Οι Pines & Aronson (1988) περιγράφουν την ΕΕ ως «κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από μακροχρόνια έκθεση και ενασχόληση με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή». Κατά τους ίδιους, η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται στο χρόνιο αίσθημα αποτυχίας στην υπαρξιακή αναζήτηση νοήματος.

Κατά τους Cordes & Dougherty (1993), τα 3 χαρακτηριστικά είναι επακόλουθα το ένα του άλλου, δηλαδή οι εργασιακές και προσωπικές ανάγκες οδηγούν σε συναισθηματική εξάντληση. Αυτής αμυντική προσαρμογή είναι η αποπροσωποποίηση. Η τελευταία σχετίζεται με μείωση της εκτέλεσης της δουλειάς, η οποία οδηγεί σε αίσθηση μειωμένης επίτευξης. Ως μαξιλάρι δρα η οργανωτική και προσωπική κοινωνική στήριξη, που αμβλύνει τις επιδράσεις των παραπάνω. Οι Schaufeli & Bakker (2004), αναφέρουν ότι η ΕΕ προκύπτει όταν παραχωρούνται μικρές αμοιβές για ένα στόχο στον οποίο έγινε μεγάλη επένδυση. Κατά τον Gorter (1999), η αποπροσωποποίηση επέρχεται ως συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ η μειωμένη επίτευξη εμφανίζεται ανεξάρτητα. Οι Demerouti et al (2001) αντίθετα, λέει ότι η αλυσίδα ξεκινά με αποπροσωποποίηση που περιέχει αισθήματα ανεπάρκειας και καταλήγει σε συναισθηματική εξάντληση

Από πολλούς επιστήμονες η έλλειψη προσωπικής επίτευξης δε θεωρείται ξεχωριστή διάσταση, αλλά μάλλον μια ανεξάρτητη μεταβλητή, που αναπτύσσεται παράλληλα με τη συναισθηματική εξάντληση (θεωρώντας επομένως τους 2 πρώτους παράγοντες ως πυρηνικές διαστάσεις της ΕΕ, με ισχυρότερο εκ των δύο τη συναισθηματική εξάντληση -και την αποπροσωποποίηση, που είναι απόρροια της προηγούμενης-. (Kallia et al., 2000). Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Koeske & Koeske (1993) -και το αναφέρει ο Kallia (2000)-, δηλαδή ότι η ουσία της επαγγελματικής εξουθένωσης

είναι η συναισθηματική εξάντληση. Για αυτό προτείνουν ένα μοντέλο δύο παραγόντων. Με την παραπάνω άποψη συμφωνούν και οι Galanakis et al (2009) σε έρευνα τους για την ΕΕ των Ελληνίδων μαιών.

Ο αρχικός ορισμός περιόρισε Την ΕΕ σε ανθρώπινες υπηρεσίες, αλλά φαίνεται ότι η συναισθηματική εξάντληση εμφανίζεται και σε άλλα επαγγέλματα με τα ίδια χαρακτηριστικά (ως αντίδραση σε στρεσογόνους παράγοντες -π.χ. φορτίο δουλειάς, προβλήματα ρόλων- και με συγκεκριμένα αποτελέσματα στη συμπεριφορά -π.χ. πρόθεση για παραίτηση-) (Demerouti et al, 2001). Το ίδιο ισχύει με την αποπροσωποποίηση, ή αλλιώς με την παροχή απρόοπτης φροντίδας (που εκδηλώνεται και αλλού ως αλλοτρίωση και αποξένωση), όπως και με τη μειωμένη επίτευξη.

Λόγω αυτών των μειονεκτημάτων του μοντέλου της Maslach, εισήχθησαν και άλλα μοντέλα ερμηνείας του φαινομένου. Καταρχήν υπάρχει το μοντέλο των Edewich & Brodsky (1980) της σταδιακής απο-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας, σύμφωνα με το οποίο ο εργαζόμενος περνά από 4 στάδια: α) τον ενθουσιασμό, ο οποίος -καθώς το παραγόμενο έργο δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του εργαζόμενου- μετατρέπεται σε β) *αμφιβολία και αδράνεια*, που ακολουθούνται από γ) την *απογοήτευση και τη ματαίωση* και καταλήγουν στην δ) *απάθεια*.

Επιπλέον υπάρχει το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980), σύμφωνα με το οποίο η ΕΕ ακολουθεί 3 στάδια: α) *φάση του εργασιακού στρες*, το οποίο δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν να καλύψουν τις απαιτήσεις της δουλειάς β) *φάση εξάντλησης*, που αφορά στη συναισθηματική αντίδραση του ατόμου στο στρες και γ) *φάση αμυντικής κατάληξης*, όπου ως άμυνα στα παραπάνω, ο εργαζόμενος υιοθετεί κνική και απαθή συμπεριφορά.

Η Demerouti et al (2001) εισήγαγαν τελικά το Job Demand-Resource (JD-R) model. Καταρχήν, θεωρούν ότι οι παράγοντες που συνθέτουν το burnout είναι δύο: η εξάντληση και η αποδέσμευση από τη δουλειά. Η πρώτη συμπεριλαμβάνει εδώ και τις σωματικές και γνωστικές πλευρές της εξάντλησης, και όχι απλά τη συναισθηματική πτυχή. Η δεύτερη διάσταση αναφέρεται στην απομάκρυνση κάποιου από τη δουλειά του και τη βίωση αρνητικών στάσεων απέναντι σε αυτή

Σύμφωνα λοιπόν με το μοντέλο JD-R, ο κίνδυνος για σύνδρομο EE είναι μεγαλύτερος σε εργασιακά επαγγέλματα με υψηλές απαιτήσεις δουλειάς (ήτοι τις σωματικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πτυχές της δουλειάς που απαιτούν εντατική σωματική ή πνευματική προσπάθεια και για αυτό συνδέονται με βέβαιο σωματικό και ψυχολογικό κόστος) και χαμηλά αποθέματα της δουλειάς, (δηλαδή τις σωματικές, ψυχολογικές κοινωνικές ή οργανωτικές πτυχές της δουλειάς που μπορεί να κάνουν ένα από τα ακόλουθα: να είναι λειτουργικές στην επίτευξη στόχων, να μειώνουν τις απαιτήσεις της δουλειάς ως προς τα σωματικά και ψυχολογικά κόστη, να διεγείρουν την προσωπική ανάπτυξη).

Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται πολλές έρευνες που δείχνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση (κυρίως η συναισθηματική εξάντληση) σχετίζεται με αυξημένες απαιτήσεις δουλειάς, όπως υπερφόρτωση, πίεση χρόνου, απαιτητικούς πελάτες και μη ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον. Αντίστοιχα έχει βρεθεί συσχέτιση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση (ιδιαίτερα με τη διάσταση της αποπροσωποποίησης) και σε φτωχούς πόρους, όπως υποχρησιμοποίηση ικανοτήτων, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, απουσία ανατροφοδότησης εκτέλεσης, έλλειψη ανταμοιβών, επαγγελματική ανασφάλεια, μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Επομένως, οι απαιτήσεις της δουλειάς είναι περισσότερο προγνωστικοί παράγοντες για την εξάντληση, ενώ η έλλειψη πόρων για την αποδέσμευση από τη δουλειά. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η εξάντληση εμφανίζεται γρηγορότερα από την αποδέσμευση. Οι πόροι διακρίνονται: α) σε εξωτερικούς (οργανωτικούς, όπως π.χ. ποικιλία καθηκόντων, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και έλεγχο της δουλειάς και κοινωνικούς, όπως είναι η υποστήριξη από συναδέλφους, οικογένεια) και β) εσωτερικούς, όπως είναι οι γνωστικές διαδικασίες και τα μοντέλα συμπεριφοράς. (Demerouti, et al. 2001). Μελέτες πάνω σε αυτό το μοντέλο έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι σε περιβάλλον με υψηλές απαιτήσεις ήταν λιγότερο εξουθενωμένοι όταν υπήρχαν επαρκή αποθέματα δουλειάς και καλή σχέση με τους επιβλέποντές τους (Xanthopoulou et al., 2007).

Συνεπώς, η σύγχρονη τάση είναι η στροφή της έρευνας προς την εργασιακή δέσμευση, που θεωρείται ο θετικός πόλος της ευημερίας του εργαζομένου, ενώ η EE ο αρνητικός. Αυτή εστιάζει στις ανθρώπινες δυνάμεις και στη βέλτιστη λειτουργία αντί για τη δυσλειτουργία. Η δέσμευση έχει 3 διαστάσεις: σφρίγος (ενέργεια και

πνευματική ελαστικότητα) αφοσίωση (ανάμιξη, ενθουσιασμό, αίσθηση σημαντικότητας) και απορρόφηση (πλήρης συγκέντρωση και δυσκολία να ξεκολλήσει ο εργαζόμενος από τη δουλειά) (Schaufeli et al, 2002)

3.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Πολλοί είναι οι παράγοντες που συνδέονται με την ΕΕ. Οι Pines & Aronson (1988), αναφέρουν ως προδιαθεσικούς παράγοντες το φύλο (γυναίκες μεγαλύτερη συναισθηματική εξουθένωση και χαμηλότερα επιτεύγματα, λόγω σύγκρουσης ρόλων, αλλά ταυτόχρονα μικρότερη αποπροσωποποίηση, λόγω μεγαλύτερης ποικιλίας στη ζωή τους) και την *ιδιοσυγκρασία* (άτομα που εμπλέκονται συναισθηματικά παθαίνουν συναισθηματική εξάντληση, που τελικά οδηγεί σε αποστασιοποίηση, η οποία σε ακραίες συνθήκες φτάνει σε απανθρωποποίηση). Ακόμη το *εργασιακό περιβάλλον* παίζει ρόλο (περιβάλλοντα με έλλειψη αυτονομίας και ανταμοιβών και υπερφόρτωση (γραφειοκρατικά)). Οι Kobasa et al (1982) ανέφεραν ότι άτομα ανθεκτικά στο άγχος, που μπορούν να αφοσιώνονται στην εργασία τους, να αυτοελέγχονται και να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της δουλειάς ως προκλήσεις κινδυνεύουν λιγότερο από ΕΕ. Ωστόσο, οι Leiter & Maslach (1988) αναφέρουν ότι για την εμφάνιση ΕΕ η συμβολή του εργασιακού περιβάλλοντος είναι σημαντικότερη από τα ατομικά χαρακτηριστικά (δημογραφικά, ιδιοσυγκρασία) του εργαζόμενου. Σε έρευνά τους σε νοσηλεύτριες της Καλιφόρνια βρήκαν αυξημένη συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης (και μέσω αυτής και της αποπροσωποποίησης και στη συνέχεια της μειωμένης επίτευξης) με τις πτυχές σύγκρουση ρόλων, αρνητικές σχέσεις με τους επιβλέποντες, και απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος από τους συναδέλφους.

Οι Cordes & Dougherty (1993) αναφέρουν ως προγνωστικούς της ΕΕ παράγοντες: δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, γάμος-παιδιά, επαγγελματική εμπειρία) και άλλα χαρακτηριστικά (*κοινωνική υποστήριξη*- η οποία λειτουργεί με δύο τρόπους α) δρα ως προστατευτικό μαξιλάρι και β) συμβάλλει στη σωματική και ψυχική υγεία), *προσδοκίες για ανέλιξη σταδιοδρομίας και ανεκπλήρωτοι στόχοι, και μεγάλη εμπλοκή* -για αυτό θεωρούν ότι οι πιο έμπειροι επαγγελματίες κινδυνεύουν λιγότερο, αφού η επαγγελματική τους εξέλιξη συνεπάγεται λιγότερη εμπλοκή με πελάτες, άρα μικρότερη συναισθηματική εξουθένωση και μεγαλύτερη επίτευξη-. Ακόμη, θεωρούν ότι κινδυνεύουν λιγότερο άτομα με *μεγαλύτερη πίστη στη δικαιοσύνη του οργανισμού*, καθώς μειώνεται η αίσθηση αβοηθητότητας και άρα η αποπροσωποποίηση). Ακόμη,

συσχετίζουν την ΕΕ με το είδος του επαγγελματικού περιβάλλοντος (ψυχολογικό κλίμα, το ενδεχόμενο αμοιβών ή τιμωριών, υπερφόρτωση ποσοτική και ποιοτική, συμμετοχή ή όχι στη λήψη αποφάσεων) τα χαρακτηριστικά του εργασιακού ρόλου (επαφές με πελάτες –κυρίως υψηλή συχνότητα και ένταση επαφών-, ασάφεια και σύγκρουση ρόλων -λόγω προβληματικής επεξήγησης από τους αναθέτοντες τη δουλειά ή αντικρουόμενων απαιτήσεων-). Οι ίδιοι ερευνητές θεωρούν ότι κινδυνεύουν περισσότερο όσοι έρχονται σε επαφή με άτομα με μακροχρόνια προβλήματα υγείας. Επίσης, βλέπουν την αποπροσωποποίηση ως άμυνα σε συναισθηματική εξάντληση, λέγοντας ότι τα θύματα είναι πρώην *ιδεαλιστές*.

Οι Maslach & Leiter (1997) αναφέρουν ως παράγοντες εμφάνισης ΕΕ σε ένα οργανισμό εκτός από το φορτίο εργασίας την ιεραρχική δομή του (έλλειψη πρωτοβουλιών προσωπικού), την ανεπάρκεια μισθολογικών απολαβών, την εργασιακή ανασφάλεια, την έλλειψη δικαιοσύνης, τη σύγκρουση των αξιών του εργαζομένου με τους στόχους της επιχείρησης και την καταστροφή της εργασιακής κοινότητας (έλλειψη ομαδικότητας).

Οι Demerouti & Bakker (2007) βρήκαν ότι η ΕΕ είναι εντονότερη σε στελέχη των επαγγεμάτων υγείας παρά σε στελέχη επιχειρήσεων, λόγω υψηλών απαιτήσεων και χαμηλών αποθεμάτων. Επιπλέον, ορισμένοι συσχετίζουν την ΕΕ με την *ανώτερη εκπαίδευση*, πιθανόν λόγω υψηλότερων προσδοκιών και μεγαλύτερων ευθυνών (Maslach et al, 2001). Άλλοι όμως (Piko, 2006), συσχετίζουν την εκπαίδευση με αυξημένη ικανοποίηση και άρα, έμμεσα, με μειωμένη ΕΕ. Ο Gorter (1999), συνδέει την ΕΕ με στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που αναπτύσσουν τα άτομα και κοινωνική υποστήριξη

Ο Κάντας (1996) σε έρευνα του στην Ελλάδα βρήκε μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση σε επαγγέλματα υγείας, στις ηλικίες 20-29, 30-39 και λιγότερο 40-49, σε ανύπαντρους-διαζευγμένους και γυναίκες. Ως προς την αποπροσωποποίηση, τα αποτελέσματα ήταν ίδια με πριν αλλά δεν υπήρχε στατιστική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, ενώ στην έλλειψη επιτευγμάτων ήταν όπως στην εξάντληση, αλλά δε βρήκε διαφορά μεταξύ ηλικιακών ομάδων. Ως προς την ηλικία, παίζει ρόλο η ύπαρξη οικογένειας, που παρέχει κοινωνική στήριξη αλλά και τρίτες μεταβλητές (οι πιο ηλικιωμένοι έχουν άλλη στάση προς εργασία λόγω οικογενειακών υποχρεώσεων ή είναι πιο έμπειροι στις σχέσεις με άλλα άτομα).

Ο Βασιλόπουλος (2012) σε ερευνά του σε δασκάλους πρωτοβάθμιας αναφέρει ότι η ΕΕ είναι μειωμένη σε άτομα με *αυξημένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας, ανθεκτική προσωπικότητα* ενώ αυξημένη ΕΕ παρατηρείται σε άτομα με *χαμηλή αυτοεκτίμηση, τάση να αποδίδουν τις επιτυχίες επιδόσεις σε εξωγενείς παράγοντες και με προσωπικότητα νευρωτική και εσωστρεφή*. Και ο Schmitz (1999) βρήκε ότι νοσηλευτές με αυξημένο το βαθμό ελέγχου (locus of control) είχαν μικρότερη προδιάθεση στην ΕΕ.

3.3 Επιπτώσεις

Ήδη οι Freudenberg (1974) και Maslach (1981) περιέγραψαν τις επιπτώσεις της ΕΕ, αναφέροντας ότι μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ποιότητας της φροντίδας ή της υπηρεσίας που παρέχεται από τον εργαζόμενο. Ακόμη, αναφέρθηκε ως παράγοντας πρόωρης συνταξιοδότησης, αλλαγής δουλειάς, απουσιών και χαμηλού ηθικού. Η ΕΕ σχετίζεται με αυτοαναφερόμενη δυστυχία, που περιλαμβάνει ψυχική εξάντληση, αϋπνία, αυξημένη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, ακόμη δε και αυξημένες αυτοκτονικές τάσεις καθώς και συζυγικά και οικογενειακά προβλήματα.

Οι Pines & Aronson (1988) περιγράφουν την κατάσταση ως ένα μείγμα συναισθηματικής εξάντλησης (που χαρακτηρίζεται από απάθεια, αβοηθητότητα, απελπισία, άγχος, στενοχώρια, νευρικότητα) και πνευματικής-διανοητικής εξάντλησης (έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής, αδυναμία για λήψη αποφάσεων, αρνητισμός απέναντι στον εαυτό του, τους συνεργάτες και τους αποδέκτες τις δουλειάς του, με άλλα λόγια η αποπροσωποποίηση που περιέγραψε και η Maslach).

Οι Cordes & Dougherty (1993), μιλούν για επιδείνωση της σωματικής (αϋπνία, εξάντληση, πονοκέφαλοι και γαστρεντερικές διαταραχές) και πνευματικής υγείας (μείωση της αυτοεκτίμησης, ευερεθιστότητα, βαρεμάρα, αβοηθητότητα και ανησυχία). Ακόμη, υπάρχουν επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, συμπεριφορά “επαγγελματική” απέναντι στα παιδιά του εργαζομένου, απόσυρση από τους πελάτες (λιγότερη οπτική επαφή και διαθέσιμος χρόνος), φτωχότερες συναδελφικές σχέσεις (εντάσεις, σκληρές παρατηρήσεις) αποφυγή της εργασίας (π.χ. μεγαλύτερα διαλείμματα). Η έλλειψη ικανοποίησης για τη δουλειά και τον οργανισμό οδηγούν ενίοτε σε εγκατάλειψη της δουλειάς. Υπάρχει χαμηλή δέσμευση προς τον οργανισμό και προστριβές (Brewer & Clippard, 2002).

Ως συνέπεια των παραπάνω πλήττονται οι οργανισμοί. Οι Malliarou et al (2008) αναφέρουν ότι 40 εκατομμύρια εργασιακές μέρες στην Αγγλία και 550 στις ΗΠΑ χάνονται ως επίπτωση της ΕΕ και το κόστος για τους εργοδότες είναι 200 δις δολάρια το χρόνο. Ο Κάντας (1996) αναφέρει ότι ο εργαζόμενος έχει χαμηλή ενεργητικότητα, χρόνια κόπωση και αδυναμία, αισθήματα αδιεξόδου, απελπισίας και παγίδευσης, ανάπτυξη αρνητικών στάσεων προς τη ζωή, την εργασία και τον εαυτό του. Στον εργασιακό χώρο εμφανίζεται επιδείνωση των διαπροσωπικών σχέσεων και συγκεκριμένα για τους γιατρούς διαφοροποίηση της συμπεριφοράς στους ασθενείς, απουσία και εγκατάλειψη των ασθενών.

Οι Αλεξιάς και συν. (2010) σε έρευνα σε Έλληνες γιατρούς συνέδεσαν την ΕΕ με έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, απροσεξίες και λανθασμένες κρίσεις, αργοπορίες ή απουσίες. Χαρακτηριστική ένδειξη της ΕΕ αποτελεί η αποθάρρυνση του επαγγελματία, ο προβληματισμός του πώς θα αντιμετωπίσει την επόμενη μέρα και πώς θα αφιερωθεί ολόψυχα στους ασθενείς. Ταυτόχρονα έχει την αίσθηση ότι δε μπορεί να ανταποκριθεί στις δικές του προσδοκίες ή των ασθενών. Συχνά η αποθάρρυνση εντείνεται όταν ασκείται κριτική ή δεν αναγνωρίζονται οι προσπάθειές του και οδηγείται βαθμιαία σε αποπροσωποποίηση. Βαθμιαία περιορίζει τις επαφές του, εμφανίζεται πολυάσχολος και απρόθυμος να δώσει πληροφορίες. Συχνά συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντι το ένα περιστατικό και όχι έναν άνθρωπο που πάσχει και γίνεται απότομος, κυνικός. Τα αρνητικά συναισθήματα στρέφονται επιπλέον και προς εαυτό του και συναδέλφους του.

3.4 Εργαλεία μέτρησης

Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης της ΕΕ είναι το Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981, 1986; Maslach et al., 1996) Αποτελείται από 22 ερωτήσεις-δηλώσεις που καλύπτουν τις 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μειωμένη προσωπική επίτευξη. Η πρώτη έκδοσή του αναφερόταν σε δουλειές όπου οι διαδικασίες σχετίζονται με ανθρώπους, όπως δάσκαλοι, γιατροί, νοσοκόμοι. Το 1996 η Maslach και οι συνεργάτες της επέκτειναν το ερωτηματολόγιο και σε άλλες ειδικότητες, αντικαθιστώντας τον όρο αποπροσωποποίηση με τον όρο κυνισμός και την προσωπική επίτευξη με την προσωπική επάρκεια, δημιουργώντας το MBI-GS

(General Survey). (Kalliath et al., 2000). Επίσης, σε έρευνα των Gorter και te Brake (2008) χρησιμοποιείται ένα προσαρμοσμένο στα Ολλανδικά MBI με 20 ερωτήσεις.

Ωστόσο το MBI έχει δεχθεί κριτική, αφενός για τον τρισκελή του χαρακτήρα, αφετέρου γιατί σε κάθε υποκλίμακα οι ερωτήσεις είναι διατυπωμένες στην ίδια κατεύθυνση, δηλαδή όλες θετικά στις υποκλίμακες εξάντληση και κυνισμός (μεγαλύτερα σκορ σημαίνουν μεγαλύτερη EE) και αρνητικά στην επαγγελματική επίτευξη (όπου τα χαμηλότερα σκορ συνεπάγονται μεγαλύτερη EE) και αυτό αυξάνει τις τάσεις συναίνεσης (Demerouti et al, 2001). Η συγκεκριμένη ερευνήτρια προτείνει τη χρήση ενός άλλου εργαλείου, επινοημένου το 1998 από την ίδια και συνεργάτες της, του Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Ο OLBI μετρά 2 διαστάσεις: την εξάντληση (με 8 ερωτήσεις, 4 θετικά και 4 αρνητικά διατυπωμένες) και την αποδέσμευση από τη δουλειά (με 8, δηλαδή 4+4 ερωτήσεις). Η διαφορά στα δύο εργαλεία είναι ότι στο MBI η αποπροσωποποίηση αναφέρεται στη στάση απέναντι στους αποδέκτες (να γίνει π.χ. απρόσωπος), ενώ στον OLBI η αποδέσμευση αφορά τις σχέσεις του εργαζόμενου με τη δουλειά του και τη (μη) ταύτιση με αυτή. Επιπλέον, η συμπερίληψη θετικά και αρνητικά διατυπωμένων ερωτήσεων είναι πλεονέκτημα έναντι του MBI. Τέλος, η εξάντληση αναφέρεται και σε σωματικές και γνωστικές πτυχές, ώστε να εφαρμόζεται και σε χειρώνακτες και η αποδέσμευση είναι γενικότερη από τον κυνισμό. Η επαγγελματική επίτευξη-επάρκεια δεν περιλαμβάνεται (Demerouti, 2001, Demerouti & Bakker, 2007). Οι Demerouti et al, (2010) αναφέρουν ότι πρόκειται για αξιόπιστο εργαλείο για ταυτόχρονη εκτίμηση της EE και της εργασιακής δέσμευσης (περικλείοντας ουσιαστικά τους MBI και UWES-εργαλείο μέτρησης της δέσμευσης-). Η κλίμακα OLBI έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες στη Γερμανία, στις ΗΠΑ, αλλά και στην Ελλάδα (Demerouti & Bakker, 2007). Ο δείκτης αξιοπιστίας του και για τις 2 διαστάσεις βρέθηκε $\alpha=0,85$

3.5 Η Επαγγελματική Εξουθένωση στην Οδοντιατρική

Μελέτες δείχνουν ότι οι οδοντίατροι παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές και επαγγελματική εξουθένωση από τα φοιτητικά τους χρόνια (Alzahem et al., 2011). Ο φόρτος εργασίας (τόσο σε επίπεδο γνώσεων, με τα θετικά και βιοϊατρικά μαθήματα στα πρώτα έτη και τα εξειδικευμένα οδοντιατρικά αργότερα, όσο και σε επίπεδο εργαστηριακής-κλινικής άσκησης), η επαφή με συχνά ασυνεπείς και απαιτητικούς ασθενείς σε χώρους υπερφορτωμένους με φοιτητές και ανεπαρκώς εφοδιασμένους με

εξοπλισμό και υλικά σε συνδυασμό συχνά με κακή επικοινωνία με τους επιβλέποντες, το σύστημα των πολλαπλών εξετάσεων και «προόδων» είναι μερικές από τις αναφερόμενες αιτίες. (Polychronopoulou & Divaris, 2010). Και οι μεταπτυχιακοί φοιτητές βιώνουν ΕΕ, τόσο λόγω φόρτου εργασίας, όσο και μεγαλύτερης οικονομικής και επαγγελματικής αβεβαιότητας, και μάλιστα στα κλινικά αντικείμενα τα ποσοστά ήταν μεγαλύτερα (53%-39%-18%, στις 3 υποκλίμακες) (Divaris et al, 2012). Σε έρευνα τους σε 3 πανεπιστήμια της Γερμανίας οι Pohlman et al (2005) ανέφεραν ως προδιαθεσικούς παράγοντες τους παραπάνω, δίνοντας υψηλά ποσοστά ΕΕ στους φοιτητές (10%-28%-17% στις 3 υποκλίμακες). Ειδικά το 28% ήταν πολύ υψηλό, δηλώνοντας τη δυσκολία προσαρμογής των φοιτητών στην αλληλεπίδραση με τους ασθενείς Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των Alzahem et al (2011), αναφέρονται ως προδιαθεσικοί παράγοντες το φύλο (γυναίκες), το έτος (τελευταία έτη), και ο *τρόπος επιλογής της σχολής* (τυχαία, όχι ως πρώτη επιλογή)

Ως προς τους οδοντίατρους μετά την αποφοίτηση, τα πράγματα δεν είναι καλύτερα. Οι Osbourne & Croucher (1994), όπως αναφέρεται από τους Purienne et al., 2007 βρήκαν στην Μεγάλη Βρετανία ποσοστά ΕΕ 10,6% επί του γενικού πληθυσμού των οδοντιάτρων (25.53%-8.88%-34.42% στις επιμέρους υποκλίμακες). Η αποπροσωποποίηση βρέθηκε μειωμένη με την πάροδο της ηλικίας, λόγω βελτίωσης διαπροσωπικών ικανοτήτων, ανάπτυξης στενότερης επαφής με ασθενείς. Οι μεγαλύτερες ομάδες, ανύπαντροι είχαν μικρότερα ποσοστά ΕΕ. Η επίτευξη βρέθηκε μεγαλύτερη σε κατόχους μεταπτυχιακών. Το περιβάλλον δεν βρέθηκε να παίζει ρόλο άμεσα, ωστόσο ένα όμορφο περιβάλλον μειώνει το άγχος του ασθενή, με αποτέλεσμα μικρότερη φόρτιση του οδοντίατρου. Η συνεργασία μειώνει την αυτονομία αλλά παρέχει κοινωνική στήριξη, μοίρασμα των ευθυνών και καλύτερο έλεγχο των οικονομικών θεμάτων.

Ο Gorter (2000) συνόψισε τα ευρήματα του για τις αιτίες της ΕΕ ως εξής: α) *έλλειψη προοπτικής καριέρας και β) ρουτίνα* (απουσία περιεχομένου, συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας συνέχισης της δουλειάς για χρόνια, αδυναμία αλλαγής συνθηκών, εγκλωβισμός στο ιατρείο, γ) *πίεση δουλειάς* (πίεση χρόνου, σωματική πίεση, ακατάλληλη στάση, συνεχής συγκέντρωση, ιατρικά επείγοντα, πρόκληση πόνου, τεχνικά προβλήματα, φόβος λάθους) -σχετικά με αυτό ο ίδιος (2005) τονίζει ότι εκτός από την υπερπίεση εξίσου κακή είναι η υποπίεση, η έλλειψη ερεθισμάτων και η

υποαπασχόληση-), δ) αρνητική επίδραση δουλειάς στην προσωπική ζωή, ε) ασθενείς με ιδιαιτερότητες (δύσκολοι, απείθαρχοι, ανήσυχοι, απαιτητικοί ασθενείς, που κάνουν συνέχεια διαπραγματεύσεις ή απειλούν με μηνύσεις), στ προβλήματα με προσωπικό (αλλά και σχέσεις με συναδέλφους), ζ) περιορισμοί από κυβέρνηση ή ασφαλιστικές εταιρίες και ασφαλιστικά ταμεία (και γενικά οικονομικές πιέσεις και οικονομική διαχείριση της επιχείρησης). Πιο αναλυτικά, σε προηγούμενη έρευνα του ίδιου, η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται με την πίεση της δουλειάς, την επαγγελματική και προσωπική ζωή και την προοπτική καριέρας. Η αποπροσωποποίηση με την προοπτική καριέρας, τις επαφές με τους ασθενείς. Η επίτευξη με την προσωπική και επαγγελματική ζωή και την προοπτική καριέρας. Συνολικά, η έλλειψη προοπτικής είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ΕΕ (Gorter et al, 1998). Άρα, η ΕΕ δε φαίνεται να σχετίζεται με το περιβάλλον εργασίας (μόνος ή με συνεργάτες) αυτό καθαυτό, αλλά με τη σχέση του οδοντίατρου με αυτό (πώς το εκλαμβάνει).

Οι Kay & Lowe (2008) επίσης ανέφεραν ότι οι κατεξοχήν στρεσογόνοι παράγοντες για τους οδοντίατρους είναι το φορτίο δουλειάς, οι οικονομικές πλευρές του επαγγέλματος, οι επαφές με ασθενείς και οι πλευρές της, ενώ ο Gale (1998) είχε επικεντρωθεί περισσότερο στις πτυχές της δουλειάς (τρέξιμο πίσω από το πρόγραμμα, η επιδίωξη τεχνικής τελειότητας, ο φόβος πρόκλησης πόνου σε ασθενείς)

Ο Gorter, σε έρευνες που δημοσιεύτηκαν το 1999 και 2000, βρήκε ότι τα ποσοστά ΕΕ οδοντιάτρων στην Ολλανδία ήταν μικρότερα από τα ποσοστά του γενικού πληθυσμού, ωστόσο όσοι ήταν υπερβολικά εξουθενωμένοι (και ειδικά στην υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης), είχαν στις μετρήσεις πολύ μεγαλύτερο Μ.Ο από τα γενικά ποσοστά. (21% σε κίνδυνο, 13% ΕΕ, 2.5% υπερβολικά). Δε βρήκε διαφορά ανάμεσα σε άντρες-γυναίκες, ωστόσο ως προς την ηλικία, στους 40-54 ποσοστό 11% είχε υψηλό ή πολύ υψηλό ποσοστό αποπροσωποποίησης, ενώ χαμηλή επίτευξη παρουσίαζαν οι οδοντίατροι κάτω των 30. Ο Gorter κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στους οδοντίατρους τα κύρια μεγέθη προς μέτρηση είναι η συναισθηματική εξουθένωση και η αποπροσωποποίηση, ενώ η προσωπική επίτευξη είναι λειτουργία του χρόνου που περνά κανείς στο επάγγελμα. Και σε έρευνα στη Β. Ιρλανδία από τους Gorter & Freeman (2011) η ΕΕ συσχετίστηκε με τις παραμέτρους σχέσεις με ασθενείς και φορτίο δουλειάς και βρέθηκε ποσοστό οδοντιάτρων 16% με ΕΕ και 10% σε κίνδυνο. Βρέθηκαν ως

παράγοντες κινδύνου το εξωτερικό κέντρο ελέγχου, η κακή στάση, η μοναχική άσκηση, και ο τρόπος άσκησης (απασχόληση στο NHS). Επίσης με την ΕΕ σχετίζονται κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (ενδοτικότητα, έλλειψη συμβιβαστικότητας, απόκρυψη των συναισθημάτων) καθώς και η λανθασμένη επιλογή καριέρας, κάτι που ο Gorter το είχε ξανά αναφέρει σε έρευνα το 1998.

Οι te Brake et al (2008) σε διαχρονική τους μελέτη στην Ολλανδία διαπίστωσαν μια σταδιακή αύξηση του κινδύνου ΕΕ των οδοντιάτρων διαχρονικά, με κύριο υπαίτιο τους άντρες (η ομάδα υψηλού κινδύνου 15.8% το 2001 έναντι 14.1% το 2000). Ο ίδιος και συνεργάτες του (2007) βρήκαν στους οδοντιάτρους συναισθηματική εξάντληση σε ποσοστά ίδια με το γενικό Μ.Ο, ενώ η προσωπική επίτευξη και η εργασιακή δέσμευση ήταν υψηλότερες από Μ.Ο. Αυτό δείχνει ότι αφενός η ΕΕ είναι αντίστροφα συνδεδεμένη με τη δέσμευση, αφετέρου ότι συχνά το άγχος μπορεί να είναι πηγή δημιουργικότητας στους οδοντιάτρους. Στις έρευνες τους (2003, 2008) βρήκαν διαφορά στα 2 φύλα μόνο για την αποπροσωποποίηση, (οι γυναίκες είχαν χαμηλότερη, πιθανώς λόγω λιγότερων ωρών εργασίας και μικρότερης ηλικίας).

Οι Den ton et al (2008), βρήκαν ότι στη Μεγάλη Βρετανία ένα 8% έχει ΕΕ, άλλο 18,5% είναι σε κίνδυνο και 42% παρουσιάζει υψηλή συναισθηματική εξάντληση. Δε βρήκαν συσχέτιση με το φύλο (όπως και οι Croucher et al, 1998) όμως βρήκαν αρνητική συσχέτιση με την εξειδίκευση. Ωστόσο δεν είναι εύκολο να βρούμε ποιο το αίτιο και ποιο το αιτιατό (ο ενθουσιασμός, ο τύπος προσωπικότητας, η ποικιλία δουλειάς των πιο εξειδικευμένων π.χ. διδασκαλία μειώνουν το burnout ή τα άτομα που δεν υποφέρουν από ΕΕ αποφασίζουν να εξειδικευτούν;). Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές βρήκαν εξάρτηση της ΕΕ από τον αριθμό των οδοντιάτρων στην ομάδα και τις ώρες εργασίας (όπως και Croucher et al, 1998; Hakanen et al, 2005)

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση οι Lee et al (2011), κατέγραψαν ως προδιαθεσικούς παράγοντες τους εξής: λιγότεροι οδοντίατροι, δουλειά στο NHS, λιγότερα ακαδημαϊκά προσόντα, ώρες δουλειάς, αγαμία, έλλειψη προοπτικής καριέρας, φτωχή υγεία.

Μια πιθανή αιτία ΕΕ είναι συνολικά το περιβάλλον και η φύση του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Το πεδίο εργασίας είναι εξαιρετικά μικρό. Οι οδοντίατροι συχνά δουλεύουν όρθιοι, με ακριβείς και προσεκτικές κινήσεις και τα μάτια εστιασμένα σε

ένα σημείο (Ηλιαδης και συν., 2012). Μια έρευνα του Lang-Runtz (1984), που αναφέρουν οι Ηλιαδης και συν. (2012) έδειξε ότι την Οδοντιατρική επιλέγουν άτομα με καταναγκαστικές προσωπικότητες, με υψηλά στάνταρ και μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Περισσότερο κινδυνεύουν τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή κλινική εμπειρία. (Rada & Johnson- Leong (2004). Επίσης η ειδικότητα παίζει ρόλο. Συγκεκριμένα, οι γενικοί οδοντίατροι και οι χειρουργοί στόματος έχουν μεγαλύτερη ΕΕ, οι ορθοδοντικοί μικρότερη (La Porta, 2010, όπως αναφέρουν οι Ηλιαδης και συν, 2012). Η *διδασκαλία* δρα επίσης προστατευτικά στη ΕΕ, μάλλον λόγω της ποικιλίας που εξασφαλίζει (Rutter, 2002)

Ωστόσο, η καινούργια θεώρηση της ΕΕ, βάσει του μοντέλου της Demerouti εφαρμόζεται και στην οδοντιατρική (Hakanen et al, 2005). Σε έρευνα σε Φιλανδούς οδοντίατρους φάνηκε ότι οι πόροι δουλειάς (ποικιλία, καλές σχέσεις με ασθενείς, επαφές με συναδέλφους), μπορούν να δράσουν προστατευτικά στην πρόκληση ΕΕ, κόντρα στις απαιτήσεις της δουλειάς (φορτίο δουλειάς, νόμοι, ψυχολογική κόπωση) και μάλιστα ο προστατευτικός τους ρόλος είναι τόσο μεγαλύτερος όσο μεγαλύτερες είναι και οι απαιτήσεις. Ο Gorter (1999), συμφωνεί, αναφέροντας ότι η έλλειψη πόρων (τύπος Α προσωπικότητας-ανταγωνιστικός, εριστικός-, υπέρμετρος ιδεαλισμός, αδυναμία διαχείρισης ιατρείου, μη ρεαλιστικές προσδοκίες, ανεπάρκεια για διαχείριση δυσκολιών κ.τ.λ.) σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις της δουλειάς οδηγούν σε ΕΕ.

Πλέον, όπως ήδη έχει αναφερθεί, δίνεται περισσότερη έμφαση στην δέσμευση των οδοντιάτρων. Οι Gorter et al (2008) σε έρευνα στην Ολλανδία βρήκαν θετική συσχέτιση πόρων και δέσμευσης. Οι οδοντίατροι είχαν υψηλό βαθμό δέσμευσης και μάλιστα στην αφοσίωση και απορρόφηση παρουσίασαν υψηλότερες τιμές από το Μ.Ο. αρά θεωρήθηκαν υγιής κλάδος. Παράγοντες που συντελούν είναι η περηφάνια και ο ιδεαλισμός, η φροντίδα ασθενών, οι σχέσεις με συναδέλφους. Ωστόσο η δέσμευση δεν αποκλείει την ΕΕ. Το ενδιαφέρον είναι ότι οι οδοντίατροι άνω των 60 παρουσίασαν απότομη άνοδο επιπέδων δέσμευσης και πτώση ΕΕ. Οι Gorter & Freeman (2011) βρήκαν ότι η αναμονή του αποτελέσματος, η δουλειά με τους ασθενείς και η χειρωνακτική δουλειά είναι τα πιο σημαντικά για την δέσμευση, που δρα προστατευτικά. Προαπαιτείται ωστόσο καλή σωματική και ψυχική υγεία των οδοντιάτρων.

Ο Gorter (1999) βρήκε ότι η ΕΕ είναι χαμηλή σε άτομα που έχουν είτε ενεργή στρατηγική είτε που ψάχνουν κοινωνική υποστήριξη (κυρίως από τους συντρόφους ζωής) καθώς και σε άτομα που διαθέτουν κοινωνική υποστήριξη. Μεγάλο ποσοστό των οδοντιάτρων διαθέτουν αυτά τα εφόδια (ενδεχομένως λόγω του management προφίλ των οδοντιάτρων). Αυτοί που έχουν πρόβλημα είναι αυτοί που ψάχνουν και δεν βρίσκουν κοινωνική υποστήριξη (10%).

Από συνεντεύξεις του Gorter (1999), το προφίλ του οδοντιάτρου με ΕΕ είναι ένα από τα ακόλουθα:

α) παγιδευμένος σε φαύλο κύκλο (treadmill walker)

β) συνθλιμμένος ιδεαλιστής-τελειομανής

γ) μανιώδης δρομέας

δ) αηδιασμένος οδοντίατρος

ε) μελαγχολικός

Οι επιπτώσεις της ΕΕ στους οδοντιάτρους είναι σημαντικές. Οι Ahola & Hakanen (2007) έδειξαν ότι η ένταση της δουλειάς προδιαθέτει σε ΕΕ απευθείας και μέσω κατάθλιψης (λόγω αδυναμίας αντιμετώπισης καταστάσεων και μειωμένης αυτοεκτίμησης). Αλλά και η ΕΕ προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Ο Gorter (1999) και οι Myers & Myers (2004) βρήκαν ότι η ΕΕ σχετίζεται με αϋπνία, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, μειωμένη άσκηση. Ο Gale (1998) ως επιπτώσεις του στρες (και άρα και της χρόνιας κατάστασής του, της ΕΕ) ανέφερε πόνους στην πλάτη (από κακή στάση και ψυχολογικής φύσης), ανησυχία, κατάθλιψη, αυτοκτονίες, διαζύγια.

Όσον αφορά στη σχέση με τους ασθενείς, παρατηρείται έλλειψη φροντίδας, σεβασμού και ενδιαφέροντος για ασθενή, η οποία είναι «μεταδοτική» και σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη η ΕΕ σχετίζεται με την έκβαση της υγείας του ασθενή, το βαθμό συνεργασίας του με τον οδοντίατρο και την συμμόρφωση με την προτεινόμενη θεραπεία (Παππά, 2008)

3.6 Σχέση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Η EI και η EE έχουν αντίστροφη σχέση: υψηλότερα επίπεδα EE συνεπάγονται χαμηλότερη ικανοποίηση. Οι παράγοντες που τις συνδέουν είναι η πεποίθηση για υψηλό φόρτο εργασίας, η μεγάλη εμπλοκή με τους ασθενείς-πελάτες, η σύγκρουση ρόλων, γενικά η κακή ψυχολογική κατάσταση του εργαζομένου, η αίσθηση ότι δεν ελέγχει το περιβάλλον του και δε συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων. Η EI σχετίζεται και συνολικά και επιμέρους με κάθε μια από τις τρεις υποκλίμακες της EE, παρουσιάζοντας χαλαρότερη σύνδεση με την αποπροσωποποίηση (Brewer & Clippard, 2002). Οι Schaufeli & Enzmann (1998) αντίθετα υποστήριξαν ότι η αποπροσωποποίηση παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την EI. Οι ίδιοι βρήκαν μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση μεταξύ εγγενούς ικανοποίησης και burnout, κάτι που βρήκαν και οι Koustelios & Tsigilis, το 2005, σε έρευνά τους σε καθηγητές φυσικής αγωγής, όπως και οι Anbar & Eker (2008), σε Τούρκους ακαδημαϊκούς. (όπου τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την EE παρουσίασαν οι παράγοντες ομοιομορφία δουλειάς και έλλειψη αναγνώρισης από τους άλλους και έπειτα ο χαμηλός μισθός)

Την αρνητική συσχέτιση των δύο μεγεθών, EE και EI, δείχνουν και άλλες έρευνες (Dolan, 1987; Sarmiento et al, 2004; Piko, 2006; Tsigilis et al, 2004). Οι Kalliah & Morris (2002) σε έρευνα σε νοσηλευτές στη Ν. Ζηλανδία, βρήκαν ότι η χαμηλή EI είναι προγνωστικός παράγοντας για την συναισθηματική εξάντληση και έμμεσα για την αποπροσωποποίηση. Παρόλα αυτά, πρόκειται για δύο διακριτές μεταξύ τους έννοιες, που αμφοτέρως είναι πολυδιάστατες και ως τέτοιες πρέπει να εξετάζονται και να συσχετίζονται.

Ωστόσο, για παράδειγμα, σε έρευνα των Purienne et al (2008), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό 81% των οδοντιάτρων ήταν ικανοποιημένο, ταυτόχρονα όμως, ποσοστό 83,6% δήλωσαν ότι βίωναν EE (με ένα 20% να αναφέρει χρονιότητα), ενώ το ίδιο περίπου ποσοστό βρήκε το επάγγελμα πνευματικά εξουθενωτικό, πράγμα που δείχνει ότι, υπάρχει συσχέτιση, αλλά όχι υψηλή μεταξύ των δύο μεγεθών. Εξάλλου, είναι διαφορετική η φύση των δύο. Συγκεκριμένα, η EI είναι στάση προς τη δουλειά, ενώ η EE είναι συναισθηματική απόκριση στη δουλειά. Η πρώτη λοιπόν σχετίζεται περισσότερο με τα χαρακτηριστικά της δουλειάς, ενώ η δεύτερη με τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Εξάλλου, η μεταξύ τους σχέση είναι αμφιλεγόμενη και δεν είναι διακριτό το ποιο είναι το αίτιο και ποιο το αιτιατό, αλλά και ποιοι μπορεί να είναι οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες της εμφάνισης και των δύο καταστάσεων.

3.7 Πρόληψη και αντιμετώπιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Για την πρόληψη εμφάνισης της ΕΕ, και σύμφωνα με τους Pines & Aronson (1988), 3 βήματα πρέπει να γίνουν:

- α) Να συνειδητοποιήσει το άτομο την κατάστασή του και να προσδιορίσει τις κύριες αιτίες της ΕΕ
- β) Να αντιληφθεί ότι το πρόβλημα είναι μια λειτουργία της κατάστασης παρά δικιά του ανεπάρκεια
- γ) Να χρησιμοποιήσει γνωστική καθαρότητα, δηλαδή να καθορίσει τα πράγματα που μπορούν να αλλαχθούν.

Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ως επιπλέον στρατηγικές για την πρόληψη/αντιμετώπιση της ΕΕ τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και επαναδιατύπωση των προτεραιοτήτων μας, την αποφυγή υπερεμπλοκής (αφού θεωρούν ότι η ΕΕ αφορά όχι τους αναισθητους, αλλά τους υπερευαίσθητοποιημένους), ποικιλία και στην προσωπική ζωή, καλή υγεία και αίσθηση χιούμορ.

Οι τεχνικές σε ατομικό/διοικητικό επίπεδο θα περιγραφούν στο κεφάλαιο με τις Προτάσεις

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα διατριβή αφορά σε μια συγχρονική αναλυτική έρευνα (cross-sectional analytical study)

4.1. Σκοπός και στόχοι μελέτης

4.1.1 Σκοπός μελέτης

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης των οδοντιάτρων και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που τις επηρεάζουν. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα βοηθήσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη στάση των οδοντιάτρων απέναντι στην εργασία τους και την ψυχολογική φόρτιση που τυχόν τους δημιουργεί, προκειμένου να ληφθούν μέτρα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για βελτίωση της κατάστασης

4.1.2 Επιμέρους στόχοι:

- α) Να προσδιοριστούν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης των οδοντιάτρων
- β) Να συσχετιστούν δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες με την εμφάνιση της ΕΕ
- γ) Να συσχετιστούν δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες με την εμφάνιση της ΕΙ
- δ) Να εντοπιστεί πιθανή σχέση μεταξύ της ΕΕ και ΕΙ.

4.2 Εργαλεία μέτρησης

Για τη συλλογή των δεδομένων κατασκευάστηκε αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, που αποτελούνταν από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής) και τα επαγγελματικά στοιχεία των οδοντιάτρων (τόπος άσκησης επαγγέλματος, έτη υπηρεσίας, μετεκπαίδευση, ύπαρξη συνεργατών, ώρες εργασίας και αριθμός ασθενών/βδομάδα, όροι άσκησης επαγγέλματος). Επιπλέον, υπήρχε μία ερώτηση (η 16) σχετικά με τα

κριτήρια επιλογής του επαγγέλματος (επιλογή των 3 σπουδαιότερων από μια λίστα που περιελάμβανε ανθρωπιστικά, κοινωνικά, οικονομικά, επιστημονικά κριτήρια, τον παράγοντα τύχη-ωστόσο υπήρχε και η δυνατότητα να αναφέρει και ο ίδιος κάποιο άλλο κριτήριο). Ακόμη, διερευνήθηκαν η συχνότητα ανανέωσης των γνώσεων (ερώτηση 10) και του εξοπλισμού (ερώτηση 11) η πρόθεση αλλαγής του χώρου εργασίας -και ζητήθηκε να αιτιολογηθεί αυτή- (ερώτηση 16). Τέλος, υπήρχε μια ερώτηση (η 17) υποκειμενικής εκτίμησης από τον οδοντίατρο της λειτουργικότητάς του σε καθένα ξεχωριστά από τους τομείς δουλειά, οικογενειακές σχέσεις, φιλικές σχέσεις, κοινωνικές σχέσεις. Οι ερωτώμενοι έπρεπε να διαλέξουν ανάμεσα σε τέσσερις διαβαθμίσεις αυτό-αποτίμησης της λειτουργικότητάς τους (από καθόλου ως πολύ).

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από το ερωτηματολόγιο της ΕΕ της Maslach (MBI). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 22 ερωτήσεις-δηλώσεις και μετρά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει α) 9 δηλώσεις σχετικά με τη συναισθηματική εξάντληση, που εκτιμούν την συχνότητα τους συναισθηματικής εξάντλησης και κατάπτωσης του εργαζομένου λόγω της δουλειάς του, β) 5 δηλώσεις για την αποπροσωποποίηση (παροχή απρόσωπης φροντίδας), που αντανακλούν τη συχνότητα των αντιδράσεων αδιαφορίας και απρόσωπης, χωρίς συναίσθημα αντιμετώπισης των ασθενών και γ) 8 δηλώσεις για την έλλειψη προσωπικής επίτευξης, που αναφέρονται στην αίσθηση ανεπάρκειας προσωπικών επιτευγμάτων. Οι ερωτώμενοι αξιολογούν τη συχνότητα της κατάστασης που βιώνουν (και που περιγράφεται σε κάθε δήλωση), βαθμολογώντας την από το 0 ως το 6 (0= ποτέ, 6= κάθε μέρα). Πρόκειται δηλαδή για μια 7βάθμια κλίμακα Likert. Κατά την ανάλυση προκύπτουν 3 ξεχωριστές βαθμολογίες με απλή άθροιση των επιμέρους απαντήσεων που ανήκουν σε κάθε κλίμακα. Τα αποτελέσματα κατηγοριοποιούνται για κάθε συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης σε υψηλά, μέτρια και χαμηλά επίπεδα, σύμφωνα με τις αναλύσεις που αφορούν τους ιατρικές ανθρωπιστικές επιστήμες (Maslach, 1981). Η κλίμακα της προσωπικής επίτευξης αξιολογείται αντίστροφα (υψηλές βαθμολογίες= χαμηλά επίπεδα ΕΕ) (Κάντας, 1996). Υψηλά επίπεδα ΕΕ παρατηρούνται όταν υπάρχει υψηλή βαθμολογία στις 2 πρώτες υποκλίμακες και χαμηλή στην 3^η, μέτρια όταν και στις 3 υποκλίμακες οι βαθμολογίες είναι μέτριες και χαμηλή ΕΕ

καταγράφεται όταν στις 2 πρώτες υποκλίμακες υπάρχουν χαμηλές βαθμολογίες, ενώ στην 3^η υψηλές.

Το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης είναι έγκυρο και αξιόπιστο, χρησιμοποιείται διεθνώς και στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από τους Αναγνωστόπουλο & Παπαδάτου (1992). Η τιμή του δείκτη Cronbach's alpha των κλιμάκων συναισθηματικής εξάντλησης βρέθηκε $a=0,81$, των προσωπικών επιτευγμάτων $a=0,71$ και της απρόσωπης φροντίδας $a=0,55$. Έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε πολλές άλλες έρευνες και σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες, (Κάντας, 1996, Galanakis et al, 2009, Αλεξιάς και συν. 2010, Διλιντάς, 2010, Δουβανάς και συν., (2011), Βασιλόπουλος, (2012).

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την κλίμακα της Επαγγελματικής Ικανοποίησης οδοντιάτρων (14-DSS) των Rabiner et al (1994), που αποτελείται από 14 ερωτήσεις, των οποίων οι απαντήσεις βαθμολογούνται στην 5βάθμια κλίμακα Likert (από 1= διαφωνώ ισχυρά ΔΙ ως 5= συμφωνώ ισχυρά ΣΙ). Το 14-DDS προήλθε από επεξεργασία του ευρύτερου DDS, που περιλαμβάνει 54 ερωτήσεις. Οι 14 ερωτήσεις επιλέχθηκαν από τους κατασκευαστές του, έτσι ώστε να είναι κατά το δυνατό αντιπροσωπευτικές όλων των πτυχών που καλύπτει το DDS και αυτούσιες διατηρήθηκαν και εδώ. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά και αντίστροφα και είναι η πρώτη φορά που χρησιμοποιείται στον ελληνικό πληθυσμό.

Τέλος, στο ερωτηματολόγιο υπήρχε χώρος για προτάσεις από τους συμμετέχοντες σχετικά με τη βελτίωση των συνθηκών στο χώρο της δουλειάς τους και σχόλια για οτιδήποτε τους απασχολούσε σχετικά. Άμεσος στόχος ήταν η πληρέστερη κατανόηση των αντιλήψεων και στάσεων τους απέναντι στις συνθήκες της δουλειάς τους, σε σχέση πάντα με την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση εργασίας, που αυτή τους δημιουργεί.

4.3 Πιλοτική μελέτη

Πριν οριστικοποιηθεί η δομή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου δόθηκε πιλοτικά σε 15 οδοντιάτρους (που δε συμμετείχαν στην τελική μορφή της έρευνας) με μια ευρύτερη μορφή, που περιείχε 73 επιπλέον ερωτήσεις-δηλώσεις σχετικά και με την επίδραση επιμέρους στρεσογόνων παραγόντων στον οδοντίατρο. Οι συγκεκριμένες

ερωτήσεις βασίστηκαν σε άρθρο των Gorter et al (1999) για το εργασιακό στρες των Ολλανδών οδοντιάτρων και τους στρεσογόνους παράγοντες.

Ωστόσο, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, αν και παρουσίαζε μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον, κρίθηκε από τους συμμετέχοντες στην πιλοτική μελέτη ως πολύ χρονοβόρο (μέσος χρόνος απάντησης 50 λεπτά) και επομένως ήταν δύσκολο να απαντηθεί από την πλειοψηφία και έτσι αποφασίστηκε να παραληφθεί από την παρούσα μελέτη.

Ως προς τη σαφήνεια των ερωτήσεων δεν παρουσιάστηκε κάποιο πρόβλημα. Οι ερωτήσεις απαντήθηκαν με ευκολία, ο δε χρόνος που απαιτήθηκε για την απάντηση του τελικού ερωτηματολογίου ήταν 7-10 λεπτά, χρόνος εύκολα διαθέσιμος, ακόμη και από ένα πολυάσχολο οδοντίατρο. Επομένως, η πιλοτική μελέτη έδειξε την καταλληλότητα του επιλεγμένου (τελικά) εργαλείου μέτρησης.

4.4 Το δείγμα της μελέτης

Το αρχικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 113 οδοντίατροι που επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο - δείγμα ευκολίας-, με βάση τη λίστα με τις διευθύνσεις εργασίας όλων των μελών του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λάρισας (Ο.Σ.Λ.). Αν και αρχικά είχε σχεδιαστεί να περιληφθούν και οδοντίατροι που διατηρούσαν ιατρεία και εκτός πόλης, η χρονική πίεση ολοκλήρωσης της μελέτης δεν το επέτρεψε. Ένας άλλος λόγος που προτιμήθηκαν οι οδοντίατροι της πόλης, ήταν ότι ήταν εύκολη η προσωπική επαφή μαζί τους για τυχόν υπενθύμιση κατά τη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.

Τα κριτήρια που έπρεπε να πληρούν οι οδοντίατροι ήταν τα εξής:

- Να εργάζονται στην πόλη της Λάρισας
- Να είναι εν ενεργεία
- Να υπάρχει η προφορική τους συγκατάθεση για συμμετοχή στη μελέτη

4.5 Ηθικά θέματα

Πριν τη διεξαγωγή της μελέτης, ζητήθηκε με έγγραφο από το Δ.Σ. του Ο.Σ.Λ άδεια διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας (παράρτημα II). Στο έγγραφο αναφέρονταν τα στοιχεία της ερευνήτριας, ο σκοπός της έρευνας, το ερευνητικό ίδρυμα, η μορφή της έρευνας και ο τρόπος χρησιμοποίησης των στοιχείων με τη διαβεβαίωση

διαφύλαξης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Ο Σύλλογος έδωσε γραπτά την άδεια του. Μετά τη σχετική έγκριση για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, και αφού το θέμα τροποποιήθηκε ελαφρώς, χωρίς ωστόσο να αλλάξουν ο βασικός σκοπός και η διαδικασία της έρευνας, η ερευνήτρια διένειμε τα ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες μετά από ενημέρωσή τους τόσο για το σκοπό της μελέτης όσο και για τη διατήρηση της ανωνυμίας. Η ενημέρωση αυτή παρέχόταν και γραπτά, στην 1^η σελίδα του ερωτηματολογίου (Παράρτημα Ι), όπου και ζητούνταν από τον συμμετέχοντα να δηλώσει αν δέχεται να συμμετάσχει στη μελέτη.

4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων έγινε το διάστημα Σεπτεμβρίου-Νοεμβρίου 2012

Η συλλογή των δεδομένων έγινε ως εξής: η ερευνήτρια επικοινωνήσε προσωπικά με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων και η διανομή έγινε αυτοπροσώπως. Σε κάποιο μικρό ποσοστό (περίπου 15%) το ερωτηματολόγιο παραδόθηκε στο βοηθό των οδοντιάτρων, στον οποίο εξηγήθηκε ο σκοπός και οι στόχοι.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από κάποιους οδοντιάτρους έγινε απευθείας ή ζητήθηκε από την ερευνήτρια να περάσει λίγο αργότερα την ίδια μέρα για να το παραλάβει. Η πλειοψηφία τήρησε την προθεσμία των 10-15 ημερών που δόθηκε (συνήθως προηγούνταν τηλεφώνημα πριν την επίσκεψη στο ιατρείο για παραλαβή), ενώ σε ορισμένους χρειάστηκαν περισσότερες από μία επισκέψεις ή τηλεφωνικές υπενθυμίσεις στο τηλέφωνο, προκειμένου να ολοκληρώσουν τη συμπλήρωση. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 92%. Αναλυτικότερα, υπήρξαν δύο άτομα που παρά τη θεωρητική επιθυμία τους να συμμετέχουν, και μετά από πολλές υπενθυμίσεις δεν συμπλήρωσαν τελικά το ερωτηματολόγιο. Δύο ακόμη άτομα δέχτηκαν αρχικά να συμμετέχουν, αλλά κατά τη 2η επίσκεψη επικαλέστηκαν έλλειψη χρόνου. Άλλοι τέσσερις δε βρέθηκαν κατά τη διαδικασία συλλογής (λόγω των θερινών διακοπών). Κάποιοι, ελάχιστοι από τους παραπάνω, πριν παραδώσουν το ερωτηματολόγιο, ζήτησαν διευκρινίσεις αλλά όχι ουσιαστικής σημασίας (π.χ. τι σημαίνει πρακτικά ώρες εργασίας, σύγκριση με το εισόδημα άλλων).

Τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν σε ομοιόμορφους κλειστούς φακέλους, που είχαν μοιραστεί εξαρχής από την ερευνήτρια. Από τα επιστραφέντα ερωτηματολόγια (n=105), μόνο 1 συμμετέχων δήλωνε ότι δε συναινούσε στη μελέτη και το άφησε κενό. Απέμειναν λοιπόν 104 ερωτηματολόγια, δείγμα επαρκές για λήψη αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

Εν τέλει, η προσωπική επαφή φαίνεται ότι αποφέρει καλύτερη ανταπόκριση, αφού το ποσοστό απαντήσεων 90% κρίνεται ως εξαιρετικά υψηλό, δεδομένου και του προσωπικού χαρακτήρα των ερωτήσεων. Το ότι η «πόρτα πόρτα» διανομή δίνει καλύτερα αποτελέσματα, αποδίδεται και στην οικοδόμηση κλίματος εμπιστοσύνης. Οποσδήποτε έπαιξε ρόλο και το ενδιαφέρον που παρουσιάζει το θέμα (και η σχετική πρωτοτυπία για το συγκεκριμένο επαγγελματικό κλάδο στην Ελλάδα), αφού πολλοί οδοντίατροι το επικρότησαν, εξέφρασαν το ενδιαφέρον τους να μάθουν τα αποτελέσματα της έρευνας, εξέφραζαν και ανοιχτά προτάσεις και προβληματισμούς.

4.7 Ανάλυση δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών, (Statistical Package for Social Sciences) SPSS-19. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε:

Μονομεταβλητή ανάλυση: βρέθηκε η Κατανομή συχνότητας των μεταβλητών για τη μελέτη των τιμών της κάθε μεταβλητής τόσο χωριστά όσο και σε σύνολα. Οι μέσες τιμές MT (Mean) και οι τυπικές αποκλίσεις TA (Standard Deviation/ SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών και την περιγραφική ανάλυση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's t-test.

Διμεταβλητή ανάλυση: χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη των σχέσεων που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στις μεταβλητές. Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες t-test, ANOVA, αφού οι μεταβλητές πληρούσαν τα κριτήρια για εφαρμογή παραμετρικών μεθόδων. Για τον έλεγχο συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής Pearson's r. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής

συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,50 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,50.

Το χρησιμοποιούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες ορίστηκε στο 0,05. Έτσι τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο . ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Περιγραφική Στατιστική

5.1.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος (δημογραφικά- επαγγελματικά)

Από τα 104 άτομα του δείγματος, τα 50 (ποσοστό 48.1%) ήταν άνδρες και τα υπόλοιπα 54 (το 51.9%) γυναίκες. Ως προς τις ηλικίες, το μεγαλύτερο ποσοστό (34.6%) ανήκε στην ομάδα 31-40, οι 34 (32.7%) στην ομάδα 41-50 και οι 27 (ποσοστό 26%) στις ηλικίες >51 ετών. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων, οι 68 (ήτοι 65.4%) ήταν έγγαμοι και οι 71 (το 68.3%) είχαν παιδιά.

Πίνακας 5.1: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης-σχετικής) των χαρακτηριστικών

N		%
Φύλο		
Άνδρας	50	48.1
Γυναίκα	54	51.9
Σύνολο	104	100.0
Ηλικία		
21-30	7	6.7
31-40	36	34.6
41-50	34	32.7
>51	27	26.0
Σύνολο	104	100.0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	29	27.9
Έγγαμος	68	65.4
Διαζευγμένος	6	5.8
Χήρος	1	1.0
Σύνολο	104	100.0
Παιδιά		
Ναι	71	68.3
Όχι	33	31.7
Σύνολο	104	100.0
Τόπος διαμονής		
Λάρισα και γύρω περιοχές	102	98.1
Εκτός νομού	2	1.9
Σύνολο	104	100.0

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, στο μεγαλύτερο ποσοστό (76%) ανέφεραν ότι κατέχουν μόνο το πτυχίο του Πανεπιστημίου. Μόλις το 18.3% ανέφεραν ότι συστεγάζονται με άλλον/ους οδοντίατρους. Στην ερώτηση πόσο συχνά

παρακολουθούν επιμορφωτικά σεμινάρια/συνέδρια, η πλειοψηφία (54.8%) απάντησε ότι παρακολουθεί 2-6 φορές το χρόνο. Οι 63 (το 60.6% του δείγματος), ανέφεραν ότι εμπλουτίζουν συχνά τον εξοπλισμό τους με νέα μηχανήματα- υλικά. Ως προς την ύπαρξη βοηθού, η ισχυρή πλειοψηφία (70 οδοντίατροι, ήτοι το 67.3%) ανέφερε ότι δε διαθέτει. Σχετικά με τους όρους άσκησης του επαγγέλματος, οι περισσότεροι, οι 96 (ποσοστό 92.3%) εργάζονταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες.

Σε σχέση με τα υπόλοιπα επαγγελματικά στοιχεία, για τα χρόνια προϋπηρεσίας στο επάγγελμα η Μ.Τ. ήταν 17,36 έτη (min-max=0,00-40,00), ο αριθμός των ασθενών/εβδομάδα ήταν κατά Μ.Ο. 38,66 (min-max=0,00-150,00), ενώ η Μ.Τ. των ωρών εργασίας/βδομάδα ήταν 37,36 (min-max=0,00-80,00). Τα παραπάνω περιγράφονται αναλυτικότερα στον Πίνακα 5.2

Πίνακας 5.2: Περιγραφικά στατιστικά επαγγελματικών παραμέτρων

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Χρόνια προϋπηρεσίας	104	0,00	40,00	17,3654	10,02454
Ώρες εργασίας/βδομάδα	104	0,00	80,00	37,36	12,352
Ασθενείς/βδομάδα	104	0,00	150	38,66	26,553

N		%
Τόπος άσκησης επαγγέλματος		
Λάρισα και γύρω περιοχές	104	100.0
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Πανεπιστήμιο	79	76.0
Μεταπτυχιακό	11	10.6
Πιστοποιημένη εξειδίκευση	14	13.5
Σύνολο	104	100.0
Συστεγάξετε με κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας;		
Όχι	84	80.8.
Ναι, με άλλο οδοντίατρο	19	18.3
Ναι, με άλλο γιατρό	1	1.0
Σύνολο	104	100.0
Πόσο συχνά παρακολουθείτε επιμορφωτικά σεμινάρια/συνέδρια;		
Ποτέ	3	2.9
Μια φορά το χρόνο	31	29.8
2-6 φορές το χρόνο	57	54.8
>6 φορές το χρόνο	13	12.5
Σύνολο	104	100.0
Αγοράζετε νέα είδη υλικών/μηχανημάτων;		

Προτιμώ να χρησιμοποιώ αυτά που γνωρίζω	19	18.3
Μόνο αν παραστεί ανάγκη (φθορά, κακές κριτικές)	22	21.2
Εμπλουτίζω συχνά τον εξοπλισμό και τη γκάμα των υλικών	63	60.6
Σύνολο	104	100.0
Έχετε βοηθή;		
Ναι	34	32.7
Όχι	70	67.3
Σύνολο	104	100.0
Με ποιους όρους ασκείτε το επάγγελμά σας;		
Ελεύθερος επαγγελματίας	96	92.3
Μισθωτός	5	4.8
Συνδυασμός και των 2	3	2.9
Σύνολο	104	100.0

Σχετικά με τους λόγους που οδήγησαν τους ερωτηθέντες στο να επιλέξουν το συγκεκριμένο επάγγελμα (έχοντας τη δυνατότητα να επιλέξουν μέχρι 3, από μια λίστα με πιθανούς λόγους), το 54.8% (n=57) δήλωσαν ότι στην οδοντιατρική τους οδήγησε η επιθυμία να φροντίζουν ανθρώπους, ένα ποσοστό 49% (n=51) δήλωσε ότι οδηγήθηκαν εκεί από την αυξημένη πιθανότητα επαγγελματικής αποκατάστασης, το 44.2% (n=46) παρακινήθηκε από το επιστημονικό ενδιαφέρον του αντικειμένου αυτού, το 28.8% (n=30) δέχτηκε επιρροές από το περιβάλλον του, ενώ ποσοστό 27.9% (n=29) βρέθηκε στο επάγγελμα τυχαία. Ακόμη υπάρχει ποσοστό 14.4% (n=15) που δήλωσε ότι οδηγήθηκε στην Οδοντιατρική από επιθυμία για κοινωνική καταξίωση και ακόμη ένα 8.7% (n=9) που ακολούθησε το οικογενειακό επάγγελμα. Τέλος, ποσοστό επίσης 8.7% (n=9) δήλωσε ότι ήταν άλλοι οι λόγοι επιλογής του επαγγέλματος (συνδυασμός επιστήμης και καλλιτεχνίας, ξεπέραςμα των προσωπικών φοβιών). Τα παραπάνω παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.3.

Πίνακας 5.3: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτη σχετική) ανάλογα με τα κίνητρα επιλογής του οδοντιατρικού επαγγέλματος

		N	%
Τι σας οδήγησε στο συγκεκριμένο επάγγελμα			
Η επιθυμία να φροντίζω ανθρώπους	Ναι	57	54.8
	Όχι	47	45.2
	Σύνολο	104	100.0

Η αυξημένη πιθανότητα επαγγελματικής αποκατάστασης	Ναι	51	49.0
	Όχι	53	51.0
	Σύνολο	104	100.0
Οι επιρροές που δέχτηκα από περιβάλλον	Ναι	30	28.8
	Όχι	74	71.2
	Σύνολο	104	100.0
Η κοινωνική καταξίωση	Ναι	15	14.4
	Όχι	89	85.6
	Σύνολο	104	100.0
Το επιστημονικό ενδιαφέρον	Ναι	46	44.2
	Όχι	58	55.8
	Σύνολο	104	100.0
Το οικογενειακό επάγγελμα	Ναι	9	8.7
	Όχι	95	91.3
	Σύνολο	104	100.0
Τυχαία βρήθηκα στο επάγγελμα	Ναι	29	27.9
	Όχι	75	72.1
	Σύνολο	104	100.0
Άλλο	Ναι	9	8.7
	Όχι	95	91.3
	Σύνολο	104	100.0

Στην ερώτηση σχετικά με την πρόθεση αλλαγής του χώρου εργασίας, αν δινόταν η δυνατότητα, μόνο οι 21 (ποσοστό 21% του δείγματος), απάντησαν καταφατικά, 14 άτομα (13.5%) απάντησαν ίσως, ενώ οι 69 (ήτοι 66.3%) απάντησαν αρνητικά. Στην ερώτηση αυτοί που απάντησαν με ΝΑΙ ή ΙΣΩΣ να αναφέρουν λόγους πιθανής αλλαγής, οι 13 (το 12.5% των ερωτηθέντων) ανέφεραν την επιθυμία τους για μεγαλύτερο χώρο, οι 10 (το 9.6%) οικονομικούς λόγους, οι 5 (4.8%) ανέφεραν ότι βαρέθηκαν το συγκεκριμένο χώρο, ενώ 2 άτομα (1.9%) ανέφεραν την επιθυμία να συνεργαστούν και με άλλους γιατρούς και ένας (1%) αναφέρθηκε γενικά στον κορεσμό της πόλης με οδοντίατρος (Πίνακας 5.4).

Πίνακας 5.4: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτη- σχετική) ανάλογα με την πρόθεση αλλαγής του χώρου εργασίας και τους επικαλούμενους λόγους.

	N	%
Αν σας δινόταν η ευκαιρία, θα αλλάζατε το χώρο εργασίας;		
Ναι	21	20.2
Όχι	69	66.3
Ίσως	14	13.5
Σύνολο	104	100.0

Λόγος που θα αλλάζατε το χώρο εργασίας			
Μεγαλύτερος χώρος	Ναι	13	12.5
	Όχι	91	87.5
	Σύνολο	104	100.0
Οικονομικοί λόγοι	Ναι	10	9.6
	Όχι	94	90.4
	Σύνολο	104	100.0
Βαρέθηκα	Ναι	5	4.8
	Όχι	99	95.2
	Σύνολο	104	100.0
Κορεσμός πόλεων	Ναι	1	1
	Όχι	103	99
	Σύνολο	104	100.0
Συνεργασία με άλλους γιατρούς	Ναι	2	1.9
	Όχι	102	98.1
	Σύνολο	104	100.0

5.1.2 Αυτό-αποτίμηση της λειτουργικότητας των οδοντιάτρων σε διάφορους τομείς της καθημερινότητάς τους

Στην ερώτηση πόσο ικανοποιητικά (θεωρούν ότι) λειτουργούν καθημερινά στο σπίτι/οικογένεια η πλειοψηφία (ποσοστό 53.8%) δήλωσε αρκετά, ενώ πολύ δήλωσε το 22.2%. Αντίστοιχα λίγο δήλωσε ότι λειτουργεί το 20.2% του δείγματος και καθόλου το 3.8%. Ως προς τη δουλειά, η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ότι λειτουργεί πολύ (48.1%) ή αρκετά (47.1%) καλά. Ένα πολύ μικρό ποσοστό δήλωσε ότι λειτουργεί λίγο (2.9%) ή και καθόλου (1.9%) ικανοποιητικά. Στις στενές φιλικές σχέσεις, το 49% δήλωσε ότι λειτουργεί αρκετά ικανοποιητικά, πολύ ικανοποιητικά μόνο το 16.3%, ενώ λίγο και καθόλου ικανοποιητικά δήλωσαν το 31.7% και 2.9% αντίστοιχα. Τέλος, στις ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις, οι μισοί οδοντίατροι δήλωσαν ότι λειτουργούν λίγο ικανοποιητικά, το 32.7% αρκετά και μόνο το 12.5% πολύ, ενώ ποσοστό 4.8% καθόλου ικανοποιητικά. Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται πιο αναλυτικά στον Πίνακα 5.5.

Πίνακας 5.5: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτη- σχετική) ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης των οδοντιάτρων από την λειτουργικότητά τους σε διάφορους τομείς της καθημερινότητάς τους

N		%	
Πόσο ικανοποιητικά λειτουργείτε σε καθένα από τους ακόλουθους τομείς στην καθημερινή σας ζωή			
σπίτι/οικογένεια	Καθόλου	4	3.8
	Λίγο	21	20.2
	Αρκετά	56	53.8
	Πολύ	23	22.1
	Σύνολο	104	100.0

Δουλεία	Καθόλου	2	1.9
	Λίγο	3	2.9
	Αρκετά	49	47.1
	Πολύ	50	48.1
	Σύνολο	104	100.0
στενές φιλικές σχέσεις	Καθόλου	3	2.9
	Λίγο	33	31.7
	Αρκετά	51	49.0
	Πολύ	17	16.3
	Σύνολο	104	100.0
ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις	Καθόλου	5	4.8
	Λίγο	52	50.0
	Αρκετά	34	32.7
	Πολύ	13	12.5
	Σύνολο	104	100.0

5.2 Επίπεδο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου MBI δηλαδή η συνέπειά του και ο βαθμός συνοχής των ερωτήσεων, εκτιμήθηκε με το συντελεστή αξιοπιστίας *άλφα* (alpha coefficient reliability) γνωστός και ως συντελεστής *Cronbach*, ο οποίος ήταν $\alpha=0,775$. Έγινε υπολογισμός του ίδιου συντελεστή και για την κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου και αυτός βρέθηκε να είναι για την υποκλίμακα συναισθηματική εξάντληση *Cronbach* $\alpha=0,874$, για την υποκλίμακα αποπροσωποποίηση *Cronbach* $\alpha=0,644$, για την υποκλίμακα προσωπική επίτευξη *Cronbach* $\alpha=0,805$.

Στον πίνακα 5.6 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς των διαστάσεων του ερωτηματολογίου MBI όπου φαίνεται ότι η μέση τιμή της κλίμακας συναισθηματική εξάντληση ήταν 19.72 (min-max=0.00-54.00), δηλαδή χαμηλή, η μέση τιμή της κλίμακας αποπροσωποποίηση ήταν 5.97 (min-max=0.00-24.00), δηλαδή μέτρια προς χαμηλή και η μέση τιμή της κλίμακας προσωπικά επιτεύγματα ήταν 30.56 (min-max=0.00-40.00), δηλαδή χαμηλή

Πίνακας 5.6: Παράμετροι θέσης και διασποράς και Cronbach α των διαστάσεων του ερωτηματολογίου MBI

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	ΤΑ	95%ΔΕ	Cronbach α
Συναισθηματική Εξάντληση Χαμηλή <=20 Μέτρια 21-30 Υψηλή>=31	104	0,00	54,00	19,72	10,838	17,61 – 21,82	0,874
Απόρροπη φροντίδα Χαμηλή <=5 Μέτρια 6-10 Υψηλή>=11	104	0,00	24,00	5,97	4,964	5,02-6,91	0,644
Προσωπικά επιτεύγματα Χαμηλή <=35 Μέτρια 36-41 Υψηλή>=42	104	0,00	40,00	30,56	5,666	29,46 – 31,66	0,805

Στον πίνακα 5.7 φαίνονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς των ερωτημάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης, από όπου φαίνεται ότι η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ του 0,67 και 5,28.

Πίνακας 5.7: Παράμετροι θέσης και διασποράς ερωτημάτων ΕΕ

MASLACH BURNOUT INVENTORY	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	104	0	6	2,63	1,696
2. Νιώθω άδειος/α, σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	104	0	6	1,78	1,864
3. Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά	104	0	6	2,55	1,811
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	104	0	6	5,02	1,576
5. Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν αντικείμενα	104	0	6	0,74	1,372
6. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα	104	0	6	1,58	1,699
7. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	104	0	6	4,87	1,475
8. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	104	0	6	2,68	1,840
9. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	104	0	6	4,92	1,349
10. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	104	0	6	1,59	1,949
11. Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.	104	0	6	1,38	1,609
12. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	104	0	6	4,25	1,544
13. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	104	0	6	1,60	1,574
14. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	104	0	6	4,35	1,847
15. Στην ουσία, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	104	0	6	0,67	1,153
16. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	104	0	6	1,44	1,614
17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	104	0	6	5,28	1,065
18. Στο τέλος της ημέρας έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	104	0	6	4,45	1,461
19. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά	104	0	6	4,48	1,435
20. Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	104	0	6	1,20	1,437
21. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	104	0	6	4,35	1,618
22. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	104	0	6	1,59	1,370

Στον πίνακα 5.8 φαίνεται η κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ανάλογα με τις κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Υψηλή ΕΕ παρουσίασε το 1% (n=1) του δείγματος, ενώ μέτρια επαγγελματικής εξουθένωση παρουσίασε το 99% του δείγματος (n=103)

Πίνακας 5.8: Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ανάλογα με τις κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης

MBI	Χαμηλή		Μέτρια		Υψηλή	
	N	%	N	%	N	%
Συναισθηματική εξάντληση	56	53,8	32	30,8	16,0	15,4
Προσωπικά επιτεύγματα	93	89,4	11	10,6	0,0	0,0
Απόρροπη φροντίδα	28	26,9	45	43,3	31,0	29,8

5.3 Επίπεδο Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach-α του εργαλείου μέτρησης της ΕΙ των οδοντιάτρων 14-DDS βρέθηκε $\alpha=0,516$.

Στον πίνακα 5.9 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς των ερωτημάτων της επαγγελματικής ικανοποίησης. Τα ερωτήματα 1,3, 7, 8, 10, 14 έχουν αντιστραφεί στη βαθμολόγηση (διατυπώνονται θετικά). Η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ του 1,81 και 4,07. Στην τελευταία γραμμή παρουσιάζονται οι συνολικές τιμές της ΕΙ, από όπου φαίνεται πως κυμαίνεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

Πίνακας 5.9: Παράμετροι θέσης και διασποράς των ερωτημάτων της ΕΙ

14-DSS	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Δε λαμβάνω το σεβασμό που μου αξίζει	104	1	5	3,40	1,136
Το εισόδημά μου μου επιτρέπει να φροντίζω πολύ καλά την οικογένειά μου	104	1	5	3,27	1,054
Η Οδοντιατρική είναι ένα πολύ αγχωτικό επάγγελμα	104	1	4	1,81	0,921
Διευθετώ τις επιχειρηματικές πτυχές του επαγγέλματός μου πολύ καλά	104	1	5	3,19	0,996

Έχω καταφέρει να ενσωματώσω στη δουλειά μου τις τεχνολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στην οδοντιατρική	104	1	5	3,65	0,922
Έχω αρκετό διαθέσιμο χρόνο για την προσωπική μου ζωή	104	1	5	2,68	1,117
Υπάρχει μικρός αριθμός ειδικών στους οποίους μπορώ να παραπέμψω ασθενείς μου	104	1	5	3,05	1,197
Στερούμαι δυνατότητων να παρέχω ποιοτική φροντίδα	104	1	5	4,07	1,068
Η εκτέλεση της δουλειάς των συνεργατών μου είναι άψογη σε γενικές γραμμές	104	1	5	3,71	0,972
Η απειλή του να ασκήσω κακή πρακτική με έχει κάνει να αλλάξω σημαντικά τον τρόπο που ασκώ το επάγγελμά μου	104	1	5	3,12	1,146
Έχω αρκετό χρόνο να αφιερώω στις οδοντιατρικές ανάγκες των ασθενών μου	104	1	5	3,74	0,881
Η ποιότητα της διαπροσωπικής φροντίδας που παρέχω είναι πολύ υψηλή	104	1	5	4,05	0,817
Είμαι πολύ ευχαριστημένος με το εισόδημά μου συγκρίνοντάς το με αυτό των άλλων οδοντιάτρων	104	1	5	2,90	0,909
Έχω πολύ περιορισμένη δυνατότητα να συζητώ δύσκολες περιπτώσεις με συναδέλφους	104	1	5	3,34	1,197
Επαγγελματική Ικανοποίηση (συνολικά)	104	33,00	63,00	46,02	5,340

5.4 Αναλυτική Στατιστική

5.4.1 Δημογραφικά/επαγγελματικά χαρακτηριστικά και Επαγγελματική Εξουθένωση

Η Διμεταβλητή ανάλυση των υποκλιμάκων του MBI με το φύλο έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά συσχέτιση του φύλου με την υποκλίμακα προσωπικά επιτεύγματα της ΕΕ ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα, αυτή είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες, και η Μ.Τ. της σε αυτές είναι 31,38 στις γυναίκες, έναντι 29,68 στους άντρες (Πίνακας 5.10)

Πίνακας 5.10: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του MBI με το φύλο

Υποκλίμακες ΕΕ	Φύλο	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p-value
----------------	------	---	-----------	-----------------	---------

Συναισθηματική Εξάντληση	Άνδρας	50	18.3400	10.78852	0,984
	Γυναίκα	54	21.0000	10.82624	
Αποπροσωποποίηση	Άνδρας	50	5.6800	4.12776	0,072
	Γυναίκα	54	6.2407	5.48389	
Προσωπικά Επιτεύγματα	Άνδρας	50	29.6800	7.11836	0,038
	Γυναίκα	54	31.3889	3.75885	

Ως προς την ηλικία, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με καμία από τις υποκλίμακες της ΕΕ, αφού και στις 3 το $p > 0.05$ (Πίνακας 5.11).

Πίνακας 5.11: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του MBI με την ηλικία

Υποκλίμακες ΕΕ	Ηλικία	N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Συναισθηματική Εξάντληση	20-30	7	17.8571	12.70733	0,683
	31-40	36	21.4167	10.58132	
	41-50	34	19.3529	10.23625	
	>51	27	18.4074	11.72525	
	Σύνολο	104	19.7212	10.83814	
Αποπροσωποποίηση	20-30	7	4.1429	3.53217	0,355
	31-40	36	5.9444	4.65952	
	41-50	34	5.3824	3.88482	
	>51	27	7.2222	6.28388	
	Σύνολο	104	5.9712	4.86409	
Προσωπικά Επιτεύγματα	20-30	7	26.4286	12.13613	0,092
	31-40	36	30.6667	5.64168	
	41-50	34	31.9706	4.15958	
	>51	27	29.7407	4.52848	
	Σύνολο	104	30.5673	5.66674	

Ως προς τις παραμέτρους οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος, άγαμος, χήρος ή διαζευγμένος), ύπαρξη παιδιών, ύπαρξη βοηθού, επίπεδο εκπαίδευσης δεν βρέθηκε στατιστική συσχέτιση ($p=0,512-0,268-0,084$, $p=0,502-0,946-0,863$, $p=0,175-0,155-0,279$ και $p=0,986-0,370-0,277$ αντίστοιχα).

Στον Πίνακα 5.12 παρουσιάζεται η στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων της ΕΕ με την συνεργασία ή όχι με άλλο γιατρό/οδοντίατρο. Φαίνεται υπάρχει συσχέτιση ($p=0,042$) των προσωπικών επιτευγμάτων με τη *συνεργασία με άλλον* και συγκεκριμένα όσοι δουλεύουν μόνοι παρουσιάζουν υψηλότερα προσωπικά επιτεύγματα (Μ.Τ.= 31,17) έναντι όσων συνεργάζονται με άλλο οδοντίατρο (Μ.Τ.= 27,68).

Πίνακας 5.12: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του MBI με τη συνεργασία με άλλο οδοντίατρο/γιατρό

Υποκλίμακες ΕΕ		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p-value
Συναισθηματική εξάντληση	Όχι	84	19.5238	10.93736	0,922
	Ναι, με άλλο οδοντίατρο	19	20.6316	10.93013	
	Ναι, με άλλο γιατρό	1	19.0000	.	
	Σύνολο	104	19.7212	10.83814	
Αποπροσωποποίηση	Όχι	84	5.9643	4.80072	0,578
	Ναι, με άλλο οδοντίατρο	19	6.2632	5.25824	
	Ναι, με άλλο γιατρό	1	1.0000	.	
	Σύνολο	104	5.9712	4.86409	
Προσωπικά επιτεύγματα	Όχι	84	31.1786	5.03520	0,042
	Ναι, με άλλο οδοντίατρο	19	27.6842	7.46140	
	Ναι, με άλλο γιατρό	1	34.0000	.	
	Όχι	104	30.5673	5.66674	

Ως προς τη συσχέτιση καθεμίας από τις υποκλίμακες της ΕΕ με τη συχνότητα παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων, βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση ($P=0,00$) της υποκλίμακας προσωπικά επιτεύγματα, με μεγαλύτερες τιμές προσωπικών επιτευγμάτων σε όσους παρακολουθούν σεμινάρια >6 φορές το χρόνο ($MT= 33$), ενώ οι μικρότερες τιμές εμφανίζονται σε όσους δεν παρακολουθούν ποτέ σεμινάρια ($MT= 18$).

Πίνακας 5.13: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του MBI με τη συχνότητα παρακολούθησης εκπαιδευτικών σεμιναρίων

Υποκλίμακες ΕΕ/Συχνότητα παρακολούθησης εκπαιδευτικών σεμιναρίων	N	MT	TA	p-value
--	---	----	----	---------

Συναισθηματική Εξάντληση	Ποτέ	3	10.0000	17.32051	0,325
	1 φορά το χρόνο	31	19.2903	11.60515	
	2-6 φορές/χρόνο	57	19.7719	9.56560	
	>6 φορές το χρόνο	13	22.7692	12.66329	
	Σύνολο	104	19.7212	10.83814	
Αποπροσωποποίηση	Ποτέ	3	8.3333	9.71253	0.170
	1 φορά το χρόνο	31	6.8387	5.12573	
	2-6 φορές/χρόνο	57	5.0351	4.12728	
	>6 φορές το χρόνο	13	7.4615	5.68060	
	Σύνολο	104	5.9712	4.86409	
Προσωπικά επιτεύγματα	Ποτέ	3	18.0000	15.87451	0,000
	1 φορά το χρόνο	31	30.0323	4.24644	
	2-6 φορές/χρόνο	57	30.9649	5.33508	
	>6 φορές το χρόνο	13	33.0000	2.88675	
	Σύνολο	104	30.5673	5.66674	

Στον Πίνακα 5.14 φαίνεται η στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων της ΕΕ με τη συχνότητα που ο οδοντίατρος αλλάζει/εμπλουτίζει τον εξοπλισμό του (υλικά/μηχανήματα). Όπως φαίνεται, στην υποκλίμακα αποπροσωποποίηση υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ($p=0,016$) με τη συχνότητα ανανέωσης του εξοπλισμού με μεγαλύτερες τιμές αποπροσωποποίησης ($MT= 8,59$) στους οδοντίατρους εκείνους που δηλώνουν ότι ανανεώνουν τον εξοπλισμό μόνο αν παραστεί ανάγκη και μικρότερη ($MT= 5,23$) σε όσους ανανεώνουν συχνά τη γκάμα των υλικών και μηχανημάτων. Επίσης, υπάρχει συσχέτιση ($p=0,043$) και των προσωπικών επιτευγμάτων, τα οποία είναι υψηλότερα σε αυτούς που ανανεώνουν συχνά τη γκάμα ($MT= 31,68$), ενώ οι μικρότερες τιμές ($MT= 28,68$) παρατηρούνται σε αυτούς που δηλώνουν ότι προτιμούν να χρησιμοποιούν αυτά που ήδη γνωρίζουν.

Πίνακας 5.14: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του MBI με τη συχνότητα ανανέωσης των υλικών/εξοπλισμού

Υποκλίμακες ΕΕ/συχνότητα ανανέωσης των υλικών/εξοπλισμού		N	ΜΤ	ΤΑ	p-value
Συναισθηματική Εξάντληση	Προτιμώ να χρησιμοποιώ αυτά που ήδη γνωρίζω	19	17.8421	10.25380	0,708
	Μόνο αν παραστεί ανάγκη	22	20.2273	14.22584	
	Εμπλουτίζω συχνά τον εξοπλισμό και τη γκάμα των υλικών	63	20.1111	9.73373	
	Σύνολο	104	19.7212	10.83814	
Αποπροσωποποίηση	Προτιμώ να χρησιμοποιώ αυτά που ήδη γνωρίζω	19	5.3684	3.80366	0,016
	Μόνο αν παραστεί ανάγκη	22	8.5909	6.95331	
	Εμπλουτίζω συχνά τον εξοπλισμό και τη γκάμα των υλικών	63	5.2381	3.95423	
	Σύνολο	104	5.9712	4.86409	
Προσωπικά επιτεύγματα	Προτιμώ να χρησιμοποιώ αυτά που ήδη γνωρίζω	19	28.6842	7.45395	0,043
	Μόνο αν παραστεί ανάγκη	22	29.0000	7.59699	
	Εμπλουτίζω συχνά τον εξοπλισμό και τη γκάμα των υλικών	63	31.6825	3.80079	
	Σύνολο	104	30.5673	5.66674	

Δε βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στις υποκλίμακες της ΕΕ και στον τρόπο άσκησης του επαγγέλματος (ελεύθερος επαγγελματίας, μισθωτός, συνδυασμός).

Από τους παράγοντες που οδήγησαν στην επιλογή του επαγγέλματος, στατιστικά σημαντική σχέση με τις υποκλίμακες της ΕΕ και συγκεκριμένα με την αποπροσωποποίηση παρουσιάζει η *τυχαία επιλογή επαγγέλματος* ($p=0,036$). Συγκεκριμένα, όσοι βρέθηκαν τυχαία παρουσίασαν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση ($MT= 5,42$) σε σχέση με όσους δε δήλωσαν το παραπάνω ($MT= 7,37$). Τα παραπάνω περιγράφονται στον Πίνακα 5.15.

Πίνακας 5.15: Συσχέτιση των υποκλιμάκων το υ MBI με την τυχαία επιλογή επαγγέλματος.

Υποκλίμακες ΕΕ	Τυχαία επιλογή επαγγέλματος	N	MT	TA	p-value
Συναισθηματική εξάντληση	Ναι	29	21.9655	8.80131	0,167
	Όχι	75	18.8533	11.46522	
Αποπροσωποποίηση	Ναι	29	7.3793	5.57042	0,036
	Όχι	75	5.4267	4.48473	
Προσωπικά επιτεύγματα	Ναι	29	30.3103	4.29371	0,727
	Όχι	75	30.6667	6.13879	

Δε βρέθηκε στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων ΕΕ με την πρόθεση αλλαγής του χώρου εργασίας ($p>0,05$).

Αντίθετα, βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση με τη *λειτουργικότητα του οδοντίατρου στο σπίτι/οικογένεια*. ($p=0,00$ $p=0,002$ αντίστοιχα). Έτσι, τη μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση την παρουσιάζουν όσοι δηλώνουν ότι δε λειτουργούν καθόλου αποτελεσματικά στο σπίτι/οικογένεια ($MT= 43$ και $14,5$ αντίστοιχα), ενώ τη μικρότερη συναισθηματική εξάντληση την εμφανίζουν όσοι δηλώνουν ότι λειτουργούν αρκετά ικανοποιητικά ($MT= 17,26$). Αντίστοιχα τη μικρότερη αποπροσωποποίηση την εμφανίζουν όσοι λειτουργούν πολύ ικανοποιητικά στο σπίτι ($MT= 4,6$). Τα παραπάνω παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.16

Πίνακας 5.16: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του MBI με τη λειτουργικότητα στο σπίτι

Υποκλίμακες ΕΕ/λειτουργικότητα στο σπίτι	N	ΜΤ	ΜΑ	p-value	
Συναισθηματική Εξάντληση	Καθόλου	4	43.0000	11.01514	0,000
	Λίγο	21	24.0000	8.88257	
	Αρκετά	56	17.2679	8.52694	
	Πολύ	23	17.7391	12.01975	
	Σύνολο	104	19.7212	10.83814	
Αποπροσωποποίηση	Καθόλου	4	14.5000	8.96289	0,002
	Λίγο	21	5.9048	3.38976	
	Αρκετά	56	5.9464	4.94486	
	Πολύ	23	4.6087	3.61486	
	Σύνολο	104	5.9712	4.86409	
Προσωπικά Επιτεύγματα	Καθόλου	4	29.0000	5.03322	0,866
	Λίγο	21	30.9048	4.47107	
	Αρκετά	56	30.8036	5.22379	
	Πολύ	23	29.9565	7.70760	
	Σύνολο	104	30.5673	5.66674	

Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε και μεταξύ των κλιμάκων αποπροσωποποίηση και προσωπικά επιτεύγματα και της λειτουργικότητας στη δουλειά ($p=0,002$ και $p=0,00$ αντίστοιχα). Συγκεκριμένα, η αποπροσωποποίηση βρέθηκε υψηλότερη σε όσους δήλωσαν ότι λειτουργούν λίγο ικανοποιητικά στη δουλειά ($ΜΤ= 12,33$) ενώ οι πιο χαμηλές τιμές παρουσιάζονταν σε όσους δήλωναν ότι λειτουργούν πολύ ικανοποιητικά ($ΜΤ= 4,46$). Επίσης τα προσωπικά επιτεύγματα ήταν υψηλότερα σε όσους δήλωναν ότι λειτουργούν πολύ ικανοποιητικά ($ΜΤ= 30,78$), ενώ στην πιο χαμηλή βαθμίδα ήταν όσοι δήλωσαν ότι δε λειτουργούν καθόλου ικανοποιητικά ($ΜΤ= 11$). Τα παραπάνω φαίνονται στον Πίνακα 5.17.

Πίνακας 5.17: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του MBI με τη λειτουργικότητα στη δουλειά

Υποκλίμακες ΕΕ/λειτουργικότητα στη δουλειά	N	ΜΤ	ΜΑ	p-value
--	---	----	----	---------

Συναισθηματική Εξάντληση	Καθόλου	2	25.0000	35.35534	0,488
	Λίγο	3	23.0000	6.24500	
	Αρκετά	49	20.9388	10.16204	
	Πολύ	50	18.1200	10.61889	
	Σύνολο	104	19.7212	10.83814	
Αποπροσωποποίηση	Καθόλου	2	2.5000	3.53553	0,002
	Λίγο	3	12.3333	5.85947	
	Αρκετά	49	7.2653	4.77308	
	Πολύ	50	4.4600	4.33406	
	Σύνολο	104	5.9712	4.86409	
Προσωπικά Επιτεύγματα	Καθόλου	2	11.0000	15.55635	0,000
	Λίγο	3	27.6667	4.04145	
	Αρκετά	49	30.3061	5.60210	
	Πολύ	50	31.7800	3.66612	
	Σύνολο	104	30.5673	5.66674	

Σε σχέση με τη *λειτουργικότητα στις στενές φιλικές σχέσεις* βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση με την υποκλίμακα συναισθηματική εξάντληση ($p=0,023$), αφού βρέθηκε ότι τις υψηλότερες τιμές εξάντλησης τις εμφάνιζαν όσοι δήλωναν ότι δε λειτουργούν καθόλου ικανοποιητικά ($MT= 33,33$), ενώ αντίθετα τις χαμηλότερες τιμές όσοι λειτουργούν πολύ ικανοποιητικά στις φιλικές τους σχέσεις ($MT= 16,17$)-Πίνακας 5.18- Στις υπόλοιπες υποκλίμακες της ΕΕ δε βρέθηκε συσχέτιση. Αντίθετα, η λειτουργικότητα στις ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις δε βρέθηκε να επηρεάζει τις υποκλίμακες της ΕΕ ($p.0,05$).

Πίνακας 5.18: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του MBI με τη λειτουργικότητα στις στενές φιλικές σχέσεις

Υποκλίμακες ΕΕ/λειτουργικότητα στις στενές φιλικές σχέσεις	N	MT	MA	p-value	
Συναισθηματική Εξάντληση	Καθόλου	3	33.3333	18.58315	0,023
	Λίγο	33	22.3636	10.60312	
	Αρκετά	51	18.3922	10.28412	
	Πολύ	17	16.1765	9.46200	

	Σύνολο	104	19.7212	10.83814	
Αποπροσωποποίηση	Καθόλου	3	11.0000	11.78983	0,171
	Λίγο	33	6.7273	5.08842	
	Αρκετά	51	5.3529	4.35809	
	Πολύ	17	5.4706	4.04842	
	Σύνολο	104	5.9712	4.86409	
Προσωπικά επιτεύγματα	Καθόλου	3	28.6667	2.30940	0,237
	Λίγο	33	29.8485	6.09878	
	Αρκετά	51	31.6863	4.09629	
	Πολύ	17	28.9412	8.40737	
	Σύνολο	104	30.5673	5.66674	

5.4.2 Δημογραφικά/επαγγελματικά χαρακτηριστικά και Επαγγελματική Ικανοποίηση

Δε βρέθηκε συσχέτιση της ΕΙ των οδοντιάτρων με το φύλο ($p>0,05$), όπως δείχνει και ο Πίνακας 5.19

Πίνακας 5.19: Συσχέτιση της ΕΙ με το φύλο

	Φύλο	N	MT	TA	p-value
Επαγγελματική Ικανοποίηση	Άνδρας	50	46,5000	5,73301	0,598
	Γυναίκα	54	45,5926	4,97359	

Η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει την ΕΙ ($p=0,175$). Επίσης δε βρέθηκε συσχέτιση της ΕΙ με την ύπαρξη ή όχι παιδιών ($p=0,454$). Ακόμη η ύπαρξη βοηθού δε βρέθηκε να επηρεάζει την ΕΙ ($p=0,523$), το ίδιο και η ηλικία ($p=0,980$), ενώ ούτε οι όροι άσκησης του επαγγέλματος παίζουν ρόλο ($p= 0,859$)

Από τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του επαγγέλματος, κανένας δε φαίνεται να σχετίζεται με την ΕΙ ($p>0,05$). Επίσης, δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ΕΙ και της πρόθεσης αλλαγής του χώρου εργασίας ($p=0,502$) και των επιμέρους παραγόντων που την επηρεάζουν. Ούτε βρέθηκε συσχέτιση με τη συχνότητα παρακολούθησης σεμιναρίων ($p=0,837$) καθώς και με τη συχνότητα ανανέωσης του εξοπλισμού ($p=0,105$). Τέλος, το επίπεδο εκπαίδευσης δε φάνηκε να σχετίζεται με την ΕΙ ($p=0, 055$).

Η λειτουργικότητα του οδοντίατρου σε διάφορους τομείς φαίνεται να επηρεάζει την ΕΙ, όταν πρόκειται για τη *λειτουργικότητα στο σπίτι/οικογένεια* ($p=0,038$). Στην περίπτωση αυτή η ΜΤ ικανοποίησης είναι αρκετά υψηλότερη (ΜΤ= 46,52) σε όσους δηλώνουν ότι λειτουργούν πολύ ικανοποιητικά στο σπίτι/οικογένεια από όσους δηλώνουν ότι δε λειτουργούν καθόλου ικανοποιητικά (ΜΤ= 39,25).

Επίσης η ΕΙ επηρεάζεται θετικά από τη *λειτουργικότητα στη δουλειά* ($p=0,037$). Στην περίπτωση αυτή, η ΜΤ της ΕΙ όσων θεωρούν ότι λειτουργούν πολύ ικανοποιητικά στη δουλειά είναι πολύ υψηλότερη από την ΕΙ αυτών που δήλωσαν ότι δε λειτουργούν καθόλου ικανοποιητικά (47,20 έναντι 38,50 αντίστοιχα). Στις υπόλοιπες περιπτώσεις (λειτουργικότητα στις στενές φιλικές σχέσεις και λειτουργικότητα στις ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις) το p βρέθηκε μεγαλύτερο από το στατιστικά αποδεκτό όριο του 0,05. Τα παραπάνω φαίνονται και στους Πίνακες 5.21 και 5.22.

Πίνακας 5.20: Συσχέτιση της ΕΙ με τη λειτουργικότητα στο σπίτι/οικογένεια

	Λειτουργικότητα στο σπίτι/οικογένεια	N	ΜΤ	ΤΑ	p-value
ΕΙ	Καθόλου	4	39,2500	4,99166	0,038
	Λίγο	21	45,000	4,61519	
	Αρκετά	56	46,6964	4,95771	
	Πολύ	23	47,2000	6,22947	
	Σύνολο	104	46,0288	5,34528	

Πίνακας 5.21: Συσχέτιση της ΕΙ με τη λειτουργικότητα στη δουλειά

	Λειτουργικότητα στη δουλειά	N	ΜΤ	ΤΑ	p-value
ΕΙ	Καθόλου	2	38,5000	4,94975	0,037
	Λίγο	3	42,6667	5,68624	
	Αρκετά	49	45,3469	4,71501	
	Πολύ	50	45,5600	5,62066	
	Σύνολο	104	46,0288	5,34528	

5.4.3 Επαγγελματική Εξουθένωση και Ικανοποίηση

Στον Πίνακα 5.23 φαίνεται η γραμμική συσχέτιση της ΕΕ με την ΕΙ. Η ΕΙ βρέθηκε να σχετίζεται με μια ισχυρή αρνητική γραμμική συσχέτιση με την υπο κλίμακα

συναισθηματική εξουθένωση ($r=-0.534$, $p=0.000$). Ακόμη, η ΕΙ παρουσιάζει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την με την απρόσωπη φροντίδα ($r=-0.3163$, $p=0.000$). Τέλος, η ΕΕ δε βρέθηκε να συσχετίζεται με την υποκλίμακα προσωπικά επιτεύγματα ($r=0,085$, $p=0.389$)

Πίνακας 5.23: Γραμμική συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής ικανοποίησης

		Συναισθηματική Εξουθένωση	Αποπρόσωπη φροντίδα	Προσωπικά Επιτεύγματα
Ικανοποίηση	Pearson correlation	-0,534	-0,363	0,085
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,389

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση και η ικανοποίηση εργασίας των οδοντιάτρων και η συσχέτισή τους με δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες, με απώτερο σκοπό να διατυπωθούν προτάσεις βελτίωσης των συνθηκών εργασίας τους, προκειμένου να επηρεαστεί θετικά η ποιότητα ζωής των ίδιων και των οικογενειών τους και να είναι πιο παραγωγικοί στο επάγγελμά τους (προς όφελος των ίδιων και των ασθενών).

Όσον αφορά στα **δημογραφικά χαρακτηριστικά** του υπό μελέτη δείγματος, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες και τα ποσοστά δε διέφεραν σημαντικά από τα πανελλήνια ποσοστά που βρέθηκαν σε άλλη έρευνα του 2011 (53% άντρες και 47% γυναίκες) (Damaskinos & Economidou, 2012). Η πλειοψηφία είχε παιδιά και ως προς την ηλικία εξίσου μοιρασμένα (από 1/3 του δείγματος) ήταν τα άτομα στις ομάδες 31-40 και 41-50, το 1/4 (27%) ανήκε στην ομάδα >51 ετών και μόνο το 6,7% ήταν 21-30 ετών. Αυτό είναι ήταν αναμενόμενο, δεδομένης της έκτασης των σπουδών (τουλάχιστον 5 έτη) και της δυσκολίας εισαγωγής στη συγκεκριμένη σχολή, σε συνδυασμό με τις στρατιωτικές υποχρεώσεις στους άντρες.

Σχετικά με τα **επαγγελματικά χαρακτηριστικά** του δείγματος, τα 3/4 (76%) είχαν απλά το πτυχίο της Σχολής ενώ το υπόλοιπο 24% διέθετε μεταπτυχιακό ή πιστοποιημένη εξειδίκευση. Σύμφωνα με το Council of European Dentists (2008), το 4% περίπου των Ελλήνων οδοντιάτρων διαθέτουν πιστοποιημένη εξειδίκευση (είτε Ορθοδοντική είτε Γναθοχειρουργική, συνολικά 570 άτομα). Στις μικρότερες πόλεις, τα ποσοστά εξειδικευμένων οδοντιάτρων είναι μικρότερα, αφού οι διαπροσωπικές σχέσεις παίζουν βασικό ρόλο και μόνο τα τελευταία χρόνια ο φόβος της ανεργίας οδήγησε αρκετούς φοιτητές σε απόκτηση εξειδίκευσης (ορθοδοντική-γναθοχειρουργική) ή μεταπτυχιακών τίτλων (τους οποίους εξάλλου παρέχουν τα ελληνικά πανεπιστήμια μόλις τις τελευταίες δεκαετίες μαζί). Ωστόσο, η ασάφεια γύρω από τις ειδικότητες στην Ελλάδα ενδεχομένως να δημιουργεί και ασάφεια στις αντίστοιχες δηλώσεις των οδοντιάτρων περί απόκτησης ειδικότητας.

Επιπλέον, πάνω από τους μισούς (το 54,8%) δήλωσαν ότι παρακολουθούν σεμινάρια 2-6 φορές το χρόνο, δηλαδή μάλλον συχνά, ενώ 12,5% >6 φορές το χρόνο, και μόνο το 2,9% ποτέ, πράγμα που κάνει φανερή την επιθυμία και ανάγκη των οδοντιάτρων

για επιμόρφωση, πράγμα που με τη σειρά του απορρέει από τον αυξημένο όγκο νέων γνώσεων και τεχνικών σε συνδυασμό με την ελλιπή συχνά εκπαίδευση στις σχολές. Η ανάγκη για διεύρυνση των επιστημονικών-επαγγελματικών οριζόντων φαίνεται και από το γεγονός ότι το 60,6% του δείγματος δήλωσε ότι ανανεώνει συχνά τη γκάμα των υλικών και εξοπλισμού που χρησιμοποιεί.

Σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας, το 80,8% των οδοντιάτρων δε συστεγάζονταν, πράγμα αναμενόμενο, αφού οι συνεργασίες δεν έχουν ευδοκιμήσει στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στην επαρχία (όπου ενδεχομένως οι συνθήκες επιβίωσης δεν είναι τόσο σκληρές, ώστε να τις επιβάλλουν τρόπον τινά), κυρίως λόγω των περιορισμών της νομοθεσίας (στη συγκεκριμένη πόλη κάποιες από τις προσπάθειες για σύσταση πολυοδοντιατρείων απέτυχαν). Τελευταία ωστόσο, τα δεδομένα αλλάζουν, προαλείφοντας την επικράτηση των οδοντιατρικών εταιριών στο εγγύς μέλλον, ιδιαίτερα εφόσον τα έξοδα επιμερίζονται καλύτερα και οι επαγγελματικοί και νομικοί κίνδυνοι αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα κατά αυτό τον τρόπο (ωστόσο, υπάρχει ο αντίλογος της εμπορευματοποίησης).

Επιπλέον, το 67,3% του δείγματος δε διέθετε βοηθό, πράγμα επίσης αναμενόμενο, δεδομένης της μη οικονομικής κάλυψης του μέσω προγραμμάτων (ή της άγνοιας πολλών οδοντιάτρων για τα ισχύοντα), αλλά κυρίως της υπολειτουργίας σχολών αντίστοιχων με του εξωτερικού, για την κατάρτιση τέτοιων στελεχών (σε μια έρευνα στο διαδίκτυο διαπιστώθηκε ότι στην ευρύτερη περιοχή Θεσσαλίας δε λειτουργούν τέτοια τμήματα). Τέλος, σε πολύ υψηλό ποσοστό (92,3%) οι οδοντίατροι ανήκαν στον ιδιωτικό τομέα, πράγμα που συνάδει με την κατάσταση πανελληνίως (παρότι μια επίσκεψη και στο έτερο νοσοκομείο της πόλης, το Πανεπιστημιακό, θα μείωνε τα ποσοστά). Η έρευνα του το Council of European Dentists (2008) ανέφερε ότι ποσοστό 80% των οδοντιάτρων στην Ελλάδα δουλεύουν στον ιδιωτικό τομέα (οι περισσότεροι χωρίς βοηθό). Αντίθετα, στο ΗΒ, σε σύνολο 35000 οδοντιάτρων, οι 24.000 (ποσοστό 77%) απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα –σε 11000 οδοντιατρεία- και σχεδόν όλοι οι υπόλοιποι στο NHS. Σε αυτο τον αριθμό αντιστοιχούσαν περίπου 40000 οδοντιατρικές νοσοκόμες και 5000 υγιεινολόγοι.

Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα οι οδοντίατροι παρουσιάζουν ΕΕ σε μέτριο ποσοστό. Επίσης, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη προσωπική επίτευξη από τους άνδρες. Σύμφωνα με άλλες έρευνες, οι άντρες εμφανίζουν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση

(te Brake et al, 2008; Tsutsumi, 2007), ενώ οι γυναίκες μικρότερη επίτευξη (Myers, 2004). Οι Gorter (1999, 2000) και Denton, (2008) δεν βρήκαν διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. Πιθανόν το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης να έχει να κάνει με τον πολλαπλό ρόλο των γυναικών στην Ελλάδα και τη μεγαλύτερη βαρύτητα που δίνουν στην καριέρα, πράγμα που τους επιτρέπει να βλέπουν το επάγγελμα πιο χαλαρά και ενδεχομένως να απολαμβάνουν περισσότερο την άσκησή του.

Ως προς την ηλικία δε βρέθηκε στατιστική διαφορά, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Croucher et al (1998), ωστόσο έρχεται σε αντίθεση με άλλες (όπως του Gorter, 2000, που βρήκε υψηλότερη αποπροσωποποίηση στις ηλικίες 40-54 και χαμηλότερα επιτεύγματα στους οδοντιάτρους κάτω των 30 και των te Brake et al, 2008, που βρήκαν αύξηση της ΕΕ με την πάροδο της ηλικίας

Επίσης, ως προς την *οικογενειακή κατάσταση*, δε βρέθηκε διαφορά, αν και σε άλλες έρευνες υπάρχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα (σε άλλες οι έγγαμοι φαίνεται να έχουν μικρότερη ΕΕ (Lee, 2011), ενώ σε άλλες η παρουσία παιδιών αυξάνει την ΕΕ (Myers & Myers, 2004).

Επιπρόσθετα, *η συνεργασία με άλλο μειώνει την προσωπική επίτευξη*. Και άλλες έρευνες συσχετίζουν τη συνεργασία με την ΕΕ. Οι Croucher et al, 1998 συσχέτισαν τη συνεργασία με μικρότερη ΕΕ συνολικά, αλλά και μικρότερη επίτευξη. Οι Gorter & Freeman (2011) ανέφεραν ότι η μοναχική άσκηση προδιαθέτει σε ΕΕ. Οι Osbourne & Croucher (1994) συμφώνησαν, αφού σε έρευνα στη ΜΒ ανέφεραν ότι η συνεργασία μειώνει την αυτονομία αλλά παρέχει κοινωνική στήριξη, μοίρασμα των ευθυνών και καλύτερο έλεγχο των οικονομικών θεμάτων. Ενδεχομένως στην Ελλάδα το ασαφές και ίσως και ανταγωνιστικό πλαίσιο, που προαναφέρθηκε, προδιαθέτει αρνητικά τους οδοντιάτρους.

Αντίθετα, οι όροι άσκησης του επαγγέλματος δε φάνηκαν να επηρεάζουν τα επίπεδα ΕΕ, ωστόσο το δείγμα των μισθωτών οδοντιάτρων ήταν μικρό (n=8) για τη λήψη συμπερασμάτων. Ενδεχομένως μια μελλοντική έρευνα να ασχοληθεί εκτενέστερα με αυτό το κομμάτι. Αντίθετα, στο ΗΒ έχουν γίνει αρκετές έρευνες, οι οποίες συνηγορούν ότι η απασχόληση στο NHS αυξάνει την ΕΕ –και μειώνει την ΕΙ- (Gorter & Freeman, 2011; Lee et al, 2011).

Επίσης, ο *τρόπος επιλογής επαγγέλματος* φαίνεται να παίζει ρόλο στην ΕΕ (η τυχαία επιλογή αυξάνει την ΕΕ, κάτι που υποστηρίζει ο Alzahem (2001), ενώ και οι Gorter, 1999; Gorter & Freeman, 2011 αναφέρθηκαν στην παράμετρο λανθασμένη επιλογή επαγγέλματος.

Η *ικανοποιητική λειτουργικότητα στη δουλειά, στην οικογένεια, αλλά και στις στενές φιλικές σχέσεις* προκύπτει ότι σχετίζονται με μείωση της ΕΕ και συγκεκριμένα με την υποκλίμακα συναισθηματική εξάντληση. Αυτό είναι αναμενόμενο, αφού η κοινωνική στήριξη και γενικά οι πόροι έχει βρεθεί ότι αμβλύνουν την επίπτωση των απαιτήσεων της δουλειάς πάνω στον εργαζόμενο (σύμφωνα και με το μοντέλο JD-R των Demerouti et al (2001), που συμφωνεί με τα αποτελέσματα ερευνών των Gorter (1999), Hakanen et al (2005), Gorter et al (2008))

Ως προς την ικανοποίηση, βρέθηκε ότι οι οδοντίατροι είναι ικανοποιημένοι σε μέτριο προς υψηλό βαθμό. Οι μόνοι σχετιζόμενοι παράγοντες βρέθηκαν να είναι η λειτουργικότητα στην οικογένεια και στη δουλειά. Αυτό είναι λογικό, εφόσον η ικανοποίηση συνδέεται με την ικανότητα διαχείρισης των καταστάσεων και τη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή και ποιότητα ζωής (Shugars et al, 1991). Ωστόσο, πιθανό να συμβαίνει και το αντίστροφο: η μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία αποφέρει καλύτερη λειτουργικότητα στο σπίτι.

Ως προς την ικανοποίηση, σε άλλες έρευνες τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Π.χ., Οι Gilmour et al (2005) δε βρήκαν επίσης συσχέτιση με το φύλο και την ηλικία, ενώ οι Shugars et al (1990) και οι Wells & Winter (1999) βρήκαν συσχέτιση (μεγαλύτερη ΕΙ σε άνδρες και σε μεγαλύτερες ηλικίες). Ωστόσο οι Luzzi et al (2005) βρήκαν ότι οι γυναίκες ήταν πιο ικανοποιημένες στο θέμα του ελεύθερου χρόνου. Επίσης οι Humphris et al (1997) και Roth et al (2003) βρήκαν θετική σύνδεση με την ειδικότητα, ενώ Luzzi et al (2005) και οι Purienne et al (2007) βρήκαν μείωση της ΕΙ σε οδοντιάτρους που δούλευαν στο δημόσιο τομέα. Όσον αφορά στην Ελλάδα, η μόνη μελέτη, όπως προαναφέρθηκε είναι του Damaskinos (2005), που συσχέτισε την ικανοποίηση των Ελλήνων οδοντιάτρων με την ηλικία και την ύπαρξη βοηθού.

Τέλος, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ΕΙ και των 2 από τις 3 υποκλίμακες της ΕΕ (συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση). Η μεταξύ τους αρνητική σχέση επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Dolan, 1987; Sarmiento et al,

2004; Piko, 2006; Tsigilis et al, 2004). Κυρίως, διασύνδεση υπάρχει με την αποπροσωποποίηση, όπως συμφωνούν και οι Kalliah & Morris (2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα από την παραπάνω μελέτη ήταν επομένως τα ακόλουθα:

- Οι οδοντίατροι παρουσιάζουν μέτρια ποσοστά ΕΕ και μέτρια προς υψηλά ποσοστά ΕΙ
- Οι οδοντίατροι που συνεργάζονται με άλλους και όσοι βρέθηκαν στην Οδοντιατρική τυχαία έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ΕΕ, ενώ όσοι παρακολουθούν συχνά σεμινάρια και ανανεώνουν τον εξοπλισμό, καθώς και όσοι λειτουργούν ικανοποιητικά στις οικογενειακές, στενές φιλικές σχέσεις και στη δουλειά τους έχουν μικρότερα ποσοστά ΕΕ.
- Οι οδοντίατροι που λειτουργούν ικανοποιητικά στη δουλειά και στην οικογένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ΕΙ.
- Η ΕΙ συνδέεται αρνητικά με την ΕΕ (κυρίως με την συναισθηματική εξάντληση, λιγότερο με την αποπροσωποποίηση και καθόλου με επιτεύγματα)

Οποσδήποτε υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί στην παρούσα διατριβή:

1) Καταρχήν το δείγμα της ήταν μικρό (παρόλο που το ποσοστό απόκρισης ήταν μεγάλο) και επιπλέον ήταν δείγμα ευκολίας, γεγονός που ενέχει όλους τους ενδογενείς κινδύνους σχετικά με τη γενίκευση των ευρημάτων στον ευρύτερο αντίστοιχο πληθυσμό. Ωστόσο κάποια χρήσιμα συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν. Επίσης, όλοι οι συμμετέχοντες εργάζονταν μέσα στην πόλη και επιπλέον η πλειοψηφία στο κέντρο, αφού ήταν ευκολότερη η προσέγγισή τους.

2) Επιπλέον οι συμμετέχοντες ήταν όλοι εν ενεργεία, κάτι που ανεβάζει τη μέση τιμή ικανοποίησης-εξωραΐζει την κατάσταση, αφού δεν εκφράστηκαν οι απόψεις αυτών που εγκατέλειψαν το επάγγελμα (ενδεχομένως κάποιοι από τους οποίους να το έκαναν λόγω αρνητικών εμπειριών και συναισθημάτων, τα οποία θα άξιζε να εκφραστούν). Σε μελλοντική έρευνα θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν και αυτοί που εγκατέλειψαν το επάγγελμα.

3) Ακόμη, στη μελέτη αυτή ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναγνωρίσουν αναδρομικά τους παράγοντες που τους επηρέασαν στην επιλογή του επαγγέλματός

τους. Υπάρχει λοιπόν ο κίνδυνος κάποιες απόψεις να έχουν εξελιχθεί ή να έχουν αλλοιωθεί ως αποτέλεσμα του χρόνου και της εμπειρίας που απέκτησαν.

4) Εξάλλου, στο ερωτηματολόγιο ζητούνται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Υπάρχει λοιπόν ο κίνδυνος της μη απόλυτης ειλικρίνειας (οι απαντήσεις των ερωτώντων να αντανakλούν περισσότερο την εικόνα που θα ήθελαν να δώσουν για τον εαυτό τους και τις επιθυμίες τους, παρά την πραγματικότητα)

5) Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο του τρίτου μέρους (της EI), η γενίκευση των αποτελεσμάτων περιορίζεται από την έλλειψη στοιχείων αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ελληνικής έκδοσης. Ωστόσο, το DDS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες έρευνες (Shugars et al, 1990; Wells & Winter, 1999; Gilmour et al, 2005; Fahim, 2013) και η αξιοπιστία της σύντομης εκδοχής του και η υπεροχή της έναντι εναλλακτικών έχει δειχθεί από τους κατασκευαστές της (Rabiner et al., 1994)

6) Ακόμη δεν περιλήφθηκε η μεταβλητή εισόδημα (μάλλον ως ευαίσθητο προσωπικό δεδομένο), προκειμένου να συσχετιστεί με επαγγελματική ικανοποίηση. Περιλήφθηκαν μόνο αριθμός ασθενών και οι ώρες εργασίας, που δεν είναι πολύ σαφείς παράμετροι, δεδομένου ότι σε κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις (π.χ. ενδοδοντία) υπάρχουν πολλαπλές επισκέψεις χωρίς ανά επίσκεψη αμοιβή. Ωστόσο, ο αριθμός ασθενών/βδομάδα δεν είναι δηλωτικός (ίσως έπρεπε να διευκρινιστεί αν πρόκειται για τους ίδιους με πολλαπλές επισκέψεις ή διαφορετικούς). Οι ώρες εργασίας δεν είναι επίσης ενδεικτικές, γιατί συνδέονται με την ταχύτητα του οδοντιάτρου, και πολλοί τις ταυτίζουν με ώρες παραμονής στο ιατρείο (Κάποιοι σκόπιμα το κάνουν, για να εξωραΐσουν την κατάστασή τους). Έπρεπε να ήταν πιο συγκεκριμένη η ερώτηση, παρότι κανείς δεν εξέφρασε αντίρρηση.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής μας επιτρέπουν να διατυπώσουμε προτάσεις σε πρακτικό επίπεδο. Το πρώτο βήμα είναι η αναγνώριση της EE ως συνδρόμου παρόντος και στους οδοντιάτρους και η ενημέρωση τους σχετικά. Απαιτείται η εκπόνηση μελετών από τις Οδοντιατρικές σχολές, τους επαγγελματικούς φορείς των οδοντιάτρων, κυρίως οδοντιατρικές επιστημονικές ενώσεις αλλά και δημόσιους προνοιακούς φορείς και η ενημέρωση των εμπλεκόμενων σχετικά με την EE και την έλλειψη EI ως έννοιας και σχετικά με την επίπτωση του η στο οδοντιατρικό επάγγελμα (ποσοστά, συνέπειες, τρόποι αντιμετώπισης). Η παρούσα

έρευνα και παρόμοιες, ευρύτερης κλίμακας, που πιθανό να εκπονηθούν στο μέλλον μπορούν να αποτελέσουν μια καλή αφετηρία.

Ως προς την πρόληψη του φαινομένου της ΕΕ, απαιτείται η οχρήωση του οδοντίατρου ήδη από τα φοιτητικά χρόνια. Το Πανεπιστήμιο πρέπει να προσφέρει στους φοιτητές την επάρκεια γνώσεων (ιατρικών, οδοντιατρικών, κοινωνικών, δεοντολογικών), κλινικών και εργαστηριακών ικανοτήτων –σε περιβάλλον και με συνθήκες που αναλύθηκαν στο γενικό μέρος- προκειμένου ο μελλοντικός οδοντίατρος να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις αποτελεσματικά, τόσο σε γνωστικό όσο και ανθρώπινο επίπεδο, έχοντας πρώτα από όλα μάθει να κατανοεί το οδοντιατρικό άγχος και να το διαχειρίζεται. Για το τελευταίο βοηθά πολύ η έκθεση των φοιτητών και σε εξωτερικά ερεθίσματα (επισκέψεις, μαθητεία σε παλιότερο οδοντίατρο) και η το ναίριτερο δυνατό επαφή με ασθενείς. Επίσης η μετάδοση της εμπειρίας των παλιότερων φοιτητών θα ήταν βοηθητική και για τους νεώτερους και για τους ίδιους (αφού η διδασκαλία βρέθηκε ότι δρα προστατευτικά).

Επειδή, συχνά η ΕΕ και η έλλειψη ΕΙ οφείλονται σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες, το Πανεπιστήμιο οφείλει να προετοιμάσει τους φοιτητές για τις μελλοντικές δυσκολίες του επαγγέλματος (οικονομικά, διαδικαστικά κ.α.) μέσω σεμιναρίων και συμβουλευτικών συναντήσεων και βοηθώντας τους να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους. Υπάρχει εξάλλου η πιθανότητα να μην είναι κατάλληλοι κάποιοι και με κατάλληλη καθοδήγηση να αποχωρήσουν εγκαίρως, πριν δαπανήσουν άπειρα οικονομικά, χρονικά, ψυχικά και σωματικά αποθέματα. Ωστόσο ο επαγγελματικός προσανατολισμός θα ήταν καλό να ξεκινούσε πιο επισταμένα από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Κριτήριο εισαγωγής στις σχολές αντί για την τύχη ή την απόκτηση κύρους θα έπρεπε να είναι και η κοινωνική νομοσνη και ο τύπος της προσωπικότητας του ατόμου.

Σε ό,τι αφορά τον Έλληνα οδοντίατρο η κατάσταση είναι πιο πολύπλοκη. Θα πρέπει να αντιμετωπιστούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που μειώνουν την ικανοποίηση και του προκαλούν στρες.

Καταρχήν το οικονομικό πλαίσιο είναι αγχογόνο. Οι αποζημιώσεις των ταμείων θα πρέπει να εναρμονιστούν κάπως με την πραγματικότητα. Είναι αδύνατο να καλύπτεται ένα 20% των δαπανών, ακόμη και για τα τελείως απαραίτητα και να μην

περιλαμβάνονται σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές στη λίστα. Επίσης πρέπει να βρεθεί ένας τρόπος πληρωμής των θεραπειών κοινά αποδεκτός από τους οδοντίατρους (έτσι ώστε να τον αποδεχτούν και οι ασθενείς) με ανά επίσκεψη πληρωμή, προπληρωμή συγκεκριμένου ποσοστού της θεραπείας στις προσθετικές π.χ., κοστολόγηση του ελέγχου, ρήτρα σε ασθενείς που δεν εμφανίζονται ή καθυστερούν, προκειμένου να μην είναι έρμια των διαθέσεων του ασθενή. Οι ίδιοι οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν για τις δυσκολίες και τα έξοδα του επαγγέλματος. Στην καθιέρωση των παραπάνω έχουν μερίδιο ευθύνης οι επαγγελματικές-συνδικαλιστικές οργανώσεις των οδοντιάτρων και φυσικά απαιτείται η νομοθετική-οικονομική μέριμνα της Πολιτείας.

Ως προς τη δεοντολογία, απαιτούνται αυστηρές προδιαγραφές και έλεγχοι από φορείς της Πολιτείας τόσο για τα χρησιμοποιούμενα υλικά, εξοπλισμό και τεχνικές, όσο και για τη δικαιοδοσία αυτών που ασκούν διάφορες θεραπευτικές δράσεις (ενδεχομένως με αυστηρότερες προδιαγραφές για τις ειδικότητες και τις μετεκπαιδεύσεις). Αυτό θα διώξει τη σύγχυση από τους ασθενείς, θα προστατεύσει κάπως τους οδοντίατρους από την απειλή του malpractice και θα αποκαταστήσει αρκετά το πληγωμένο κύρος τους, αφού θα δώσει τέλος σε διακανονισμούς και στην αμφισβήτηση των αμοιβών. Ως συνέπεια θα μειωθεί το επαγγελματικό στρες. Φυσικά και πάλι οι οδοντίατροι και οι σύλλογοι τους είναι κύρια υπεύθυνοι. Ακόμη απαιτείται προστασία από μικρόβια (με τήρηση ιατρικού φακέλου και ΜΑΠ -τήρηση κανόνων υγιεινής) και βλαπτικά ερεθίσματα

Ο Gorter (2000) ανέφερε την έλλειψη προοπτικής καριέρας ως πρώτη αιτία ΕΕ. Επομένως, ο εμπλουτισμός της επαγγελματικής ζωής των οδοντιάτρων είναι σημαντικός για την πρόληψη του φαινομένου. Η συνεχιζόμενη επιμόρφωση των Οδοντιάτρων σχετικά με όλους τους τομείς που άπτονται των ενδιαφερόντων τους (Οδοντιατρική, Ιατρική, Ψυχολογία, Διαχείριση), οι εναλλαγές και δημιουργία ενός ευχάριστου περιβάλλοντος είναι απαραίτητα. Απαιτείται η δημιουργία ομάδων συναδέλφων που συζητούν τα περιστατικά και ωφελούνται των εμπειριών των παλαιότερων και της τεχνογνωσίας των νεότερων. Στην Ολλανδία, τα λεγόμενα a-groups απέδωσαν καρπούς (Gorter, 2001). Και στη Σουηδία, οι ομάδες συζήτησης ήταν διαδεδομένες στο Πανεπιστήμιο, κατά την παραμονή της ερευνήτριας εκεί, το 1998-99. Οι Cordes & Dougherty (1993) αναφέρουν ότι χρειάζεται επαναδιατύπωση

των προσδοκιών των οδοντιάτρων με βάση το ρεαλισμό, κατάτμηση των στόχων σε επιμέρους. Ακόμη πρέπει να λήξει η ασάφεια του ρόλου των οδοντιάτρων.

Ως προς τη διαχείριση του άγχους και της μετεξέλιξης του του συνδρόμου ΕΕ, απαιτείται καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης, με τη χρήση ερωτηματολογίων και βελτίωση των ικανοτήτων αντιμετώπισης, που πρέπει να ξεκινάει από τη σχολή και να συνεχίζεται με ομιλίες και σεμινάρια. Οι οδοντίατροι που κινδυνεύουν περισσότερο μπορούν να συμμετάσχουν σε πιο εξειδικευμένα σεμινάρια. Στην Ολλανδία, τα προγράμματα περιελάμβαναν εκπαίδευση σε δεξιότητες διεκδίκησης, μέσω του παιχνιδιού ρόλων. Ως αποτέλεσμα, οι μέσες τιμές των βαθμολογιών MBI μειώθηκαν. Άλλα προγράμματα περιελάμβαναν διδασκαλία του ορθού τρόπου χρησιμοποίησης της κοινωνικής υποστήριξης και των ατομικών πόρων. Επίσης εφαρμόστηκαν προγράμματα συμβουλευτικής καριέρας, με επίσης θετικά αποτελέσματα. (Gorter, 2001).

Άλλες στρατηγικές διαχείρισης του burnout περιλαμβάνουν εκμάθηση και υιοθέτηση τρόπων από τους οδοντιάτρους για καλύτερη διαχείριση του χρόνου τους (Μεραμβελιωτάκη -Simon, χ.η.). Δεν έχουν όλες οι οδοντιατρικές εργασίες την ίδια βαρύτητα. Στο εξωτερικό υπάρχουν ειδικοί για το σκοπό αυτό. Στην Ελλάδα μπορεί να βοηθήσει η μείωση της γραφειοκρατίας (που συνδέεται με το καθεστώς των αποζημιώσεων) και η παρουσία βοηθού. Δεν υπάρχουν αρκετές σχολές που να προμηθεύουν βοηθούς ή συνεργάτες και έτσι η εκπαίδευση γίνεται πρακτικά. Πολλοί οδοντίατροι δήλωσαν ότι θα έπαιρναν βοηθό, αν δε χρειαζόταν να τον εκπαιδεύσουν οι ίδιοι. Η επιδότηση της πρόσληψης από το Κράτος θα βοηθούσε πολύ την κατάσταση.

Στη διαχείριση του χρόνου βοηθούν και οι ομάδες. Αν το καθεστώς αποσαφηνιστεί και διευκολυνθεί η σύσταση εταιριών μπορεί να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα. Και οι οικονομικές δυσκολίες επιμερίζονται και οι ρόλοι κατανέμονται, αρκεί να υπάρχει σαφήνεια, ειλικρίνεια, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και αυτονομία. Αυτό εξάλλου είναι και το θέμα για τους οδοντιάτρους που δουλεύουν σε νοσοκομεία. Η συλλογικότητα όμως αφορά και τη συνεργασία με άλλους οδοντιάτρους, ειδικούς και γιατρούς για τη σφαιρική αντιμετώπιση περιστατικών. Το χτίσιμο επικοινωνίας είναι απαραίτητο και ο ανταγωνισμός και η κοντόφθαλμη

οπτική πρέπει να εκλείψουν. Ακόμη το ωράριο των οδοντιάτρων πρέπει να είναι ελαστικό και με βάση και τις ατομικές τους ανάγκες

Ωστόσο, για την πρόληψη και αντιμετώπιση απαιτείται και εμπλουτισμός συνολικά της ζωή των οδοντιάτρων, οι οποίοι πρέπει να αντιληφθούν ότι η δουλειά δεν είναι το επίκεντρο της ζωής. Το μοντέλο JD-R δίνει χρήσιμες ιδέες. Οι οδοντίατροι πρέπει να αποκτήσουν καλύτερη επικοινωνία μεταξύ τους, τόσο για ανταλλαγή εμπειριών, όσο και για κοινωνική στήριξη, που είναι ένας από τους σημαντικότερους πόρους. Εξάλλου, η εργασιακή δέσμευση, αντίθετος θετικός πόλος της ΕΕ, είναι «κολλητική» από τον ένα στον άλλο. Οι ίδιοι οι ερωτώμενοι στην έρευνα διατύπωσαν την επιθυμία να βγουν από το «κλουβί» τους. Ο ρόλος των συλλόγων είναι και εδώ καθοριστικός.

Φυσικά η κοινωνική υποστήριξη αφορά κυρίως την οικογένεια του οδοντιάτρου, η οποία πρέπει να κατανοήσει τις δυσκολίες του επαγγέλματος. Αλλά και ο οδοντίατρος πρέπει να βελτιώσει τις διαπροσωπικές του ικανότητες (με τους τρόπους που προαναφέρθηκαν). Γενικά, η ισορροπία προσωπικής-επαγγελματικής ζωής είναι απαραίτητη. Ο οδοντίατρος πρέπει να βρει ασχολίες που τον γεμίζουν.

Απαραίτητη προϋπόθεση αύξησης της ΕΙ και μείωσης της ΕΕ είναι η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των οδοντιάτρων. Αυτό προϋποθέτει και την υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής. Η διατροφή πρέπει να μην παραμελείται λόγω ωραρίου, όπως και η άσκηση, που αμβλύνει τα μυοσκελετικά προβλήματα και θα επιφέρει ευεξία. Η εργονομία του ιατρού είναι επίσης βασική για την πρόληψη ενοχλήσεων. Η απαλλαγή από βλαβερές συνήθειες (αλκοόλ, τσιγάρο) είναι πολύ βοηθητική, αφού αυτές δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο, όπου αίτιο και αιτιατό μπερδεύονται. Η ψυχική υγεία είναι εξίσου-αν όχι και περισσότερο- σημαντική. Μπορούν να εφαρμοστούν και πιο ειδικές θεραπείες: χαλάρωση, συμβουλευτική, διαλογισμός, συνεδρίες με ειδικούς.

Επίσης, η παρούσα διατριβή μπορεί να αποτελέσει αφορμή για επιπλέον έρευνα. Θέματα που μπορούν να περιληφθούν σε μελλοντικές έρευνες:

α) διερεύνηση της συσχέτισης της ΕΕ με την κοινωνική στήριξη και τη λειτουργικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις

β) διερεύνηση της συσχέτισης ΕΕ και ΕΙ με τη γενική υγεία των οδοντιάτρων και τις συμπεριφορές υγείας αυτών

γ) διερεύνηση της έννοιας της επαγγελματικής δέσμευσης σε σχέση με την ΕΕ και την ΕΙ

δ) τέλος, ενδιαφέρον θα είχε και η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας, με συνεντεύξεις των οδοντιάτρων, για την εις βάθος διερεύνηση των απόψεων των συμμετεχόντων, ώστε να εντοπιστούν παράγοντες της ΕΕ και της ΕΙ που δεν προβλέφθηκαν και να συμπεριληφθούν στο ποσοτικό εργαλείο της παρούσας μελέτης.

Το επάγγελμα του οδοντίατρου, κάτω από προϋποθέσεις μπορεί να προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση στον ίδιο και τους ασθενείς και να συνδυάζει την επιστημονικότητα με την καλλιτεχνία. Αρκεί ο ίδιος να βρει τις ισορροπίες του (με ή χωρίς έξωθεν βοήθεια) και να δημιουργηθεί το κατάλληλο υποστηρικτικό περιβάλλον από την πολιτεία αλλά ενίοτε και τους ασθενείς.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

Ahola, K., Hakanen, J., (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders* 104, 103–110.

Alzahem, A., M., van der Molen, H.,T., Alaujan. A.,H., Schmidt, H., G.,& Zamakhshary, M.,H., (2011). Stress amongst dental students: a systematic review. *European Journal of Dental Education*,15, 8-18.

Anbar, A., Eker, M., (2008). Examination of Relationship between Burnout and Job Satisfaction among Turkish Accounting and Finance Academicians. *European Journal of Economic and Political Studies*, 1(1)

Ayers, K., M. S. , Thomson W.,M., Newton J.,T., Rich, A., M., (2008). Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. *Occupational Medicine*, 58, 275–281

te Brake, H., Bouman, A.M, Gorter, RC, Hoogstraten, J, & Eijkman M.A.J. (2008). Using the Maslach Burnout Inventory among dentists: burnout measurement and trends. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, 69–75.

te Brake, H, Bouman, A.M, Gorter, R, Hoogstraten, J, & Eijkman, M. (2007). Professional burnout and work engagement among dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 115, 180–185

te Brake, H., Bloemendal, E., Hoogstraten, J, (2003). Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 321-327.

Brewer, E, W.,& Clippard, L., F., (2002). Burnout and Job Satisfaction Among Student Support Services Personnel. *Human Resource Development Quarterly*, 13 (2).

Brown, L. J.,Wagner, K. S., & Johns, B. (2000). Racial/ethnic variations of practicing dentists. *Journal of the American Dental Association*, 131, 1750-1754

Cameron S.(1973). *Job satisfaction: the concept and its measurement*. Michigan: Work Research Unit.

Chambers, D., W.,(2001). The Role of Dentists in Dentistry. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1430-1440.

Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger Publisher.

Cooper, C. L., Watts, J., Baglioni, A. J., Jr & Kelly, M. (1988). Occupational stress amongst general practice dentists. *Journal of occupational Psychology*, 61, 163-174.

Cordes, C., L.,& Dougherty, T., W.,A (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout, *The Academy of Management Review*, 18 (4), 621-656.

Croucher, R, Osborne, D, Marcenes, W, Sheiham, A. (1998). Burnout and issues of the work environment reported by general dental practitioners in the United Kingdom. *Community Dental Health*, 15, 40-43

Damaskinos, P., (2005) *Challenges and problems that the dental community faces in Greece*. In: Proceedings of the 8th World Congress on Preventive Dentistry, September 7-10, Liverpool, UK

Damaskinos, P., Economou, C., (2012). Systems for the Provision of Oral Health Care in the Black Sea Countries. Part 10: Greece. *Oral Health and Dental Management*, 11(1), 3-10.

Demerouti, E., Mostert, K., Bakker, A., B., (2010). Burnout and Work Engagement: A Thorough Investigation of the Independence of Both Constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, (3), 209–222.

Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A., B., Schaufeli, W., B., (2001). The job Demand-Resources Model of burnout, *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.

Di Matteo, M.R., Shugars, D.A., Hays, R.D. (1993). Occupational stress, life stress and mental health among dentists. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 153-162

Divaris, K., Polychronopoulou, A., Taoufik, K., Katsaros, C., Eliades, T., (2012) Stress and burnout in postgraduate dental education. *European Journal of Dental Education*, 16, 35–42.

Divaris, K., Barlow, P., J., Chendea, S., A., Cheong, W., S., Dounis, A., Dragan, I., F., Hamlin, J., Hosseinzadeh, L., Kuin, D., Mitrirattanakul, S., Mo'nes, M., Molnar, N., G. Perryer, G., Pickup, J., Raval, N., Shanahan, D., Songpaisan, Y., Taneva, E., Yaghoub-Zadeh, S., West, K., and Vrazic, D., (2008). The academic environment: the students' perspective, *European Journal of Dental Education*, 12 (Suppl. 1), 120–130

Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12(1), 3-12.

Dworkin, S., F., (2001). The Dentist as Biobehavioral Clinician. *Journal of Dental Education*, 65 (12), 1417-1429.

- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.
- Fahim, A., E., (2013). Predictors of job satisfaction among practicing dentists at hospitals in Suez Canal governorates hospitals. *Intenational Journal of Occupational Medicine and Environmental Health.*, 26(1).
- Freudenberger, H.,J., (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger H., J., Richelson, G., I. Burnout (1980). *The high cost of high achievement*. New York: Anchor Pres, Doubleday&Company, Inc.,.
- Galanakis, M., Moraitou, M., Garivaldis, F., J., Stalikas, A., (2009). Factorial Structure and Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory (MBI) in Greek Midwives. *Europe's Journal of Psychology*, 4, 52-70
- Gale, E., N., (1998). Stress in dentistry. *New York State Dental Journal*, 64, 8.
- Gilmour, J., Stewardson, D., A., Shugars, D., A.& BurkeF., G., T. (2005). An assessment of career satisfaction among a group of general dental practitioners in Staffordshire. *British Dental Journal* 198, 701 – 704.
- Gorter, RC, Albrecht, G, Hoogstraten, J, & Eijkman, M.A.J. (1998). Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 106, 999-1005
- Gorter, R.,C., Albrecht, G., Hoogstraten, J., Eijkman, M.,A.,J., (1999). Measuring work stress among Dutch dentists. *International Dental Journal*, 49(3), 144-152.
- Gorter, R.C, Albrecht, G, Hoogstraten, J, & Eijkman, M.A.J (1999). Professional burnout among Dutch dentists. *Community Denistry and Oral Epidemiology*, 27, 109–116.
- Gorter RC. (2000). *Burnout among dentists; identification and prevention*. Academic thesis, University of Amsterdam: Amsterdam, The Netherlands. 2000.

Gorter, R., C., Eijkman, M., A., J., Hoogstraten J., (2001). A career counseling program for dentists: effects on burnout. *Patient Education and Counseling*, 43, 23-30

Gorter, R., C., (2005). Work stress and burnout among dental hygienists. *International Journal of Dental Hygiene* 3, 88–92

Gorter RC, te Brake H., Hoogstraten J, Eijkman M., (2008). Positive engagement and job resources in dental practice. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, 47–54.

Gorter, R.,C., Freeman, R., (2011). Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39, 87–95.

Hakanen, J,J, Bakker A,B, Demerouti E, (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences*, 113, 479–487.

Harris, R.,V., Ashcroft, A., Burnside, G., Dancer, J.,M., Smith, D., & Grieveson, B., (2008). Facets of job satisfaction of dental practitioners working in different organisational settings in England. *British Dental Journal*, 204, E1, 1-8.

Harris, R., Burnside, G., Ashcroft, A., Grieveson, B., (2009). Job satisfaction of dental practitioners before and after a change in incentives and governance: a longitudinal study. *British Dental Journal*, 207,E4, 1-7.

Humphris G, Lilley J, Kaney S, Broomfield D.(1997). Burnout and stress-related factors among junior staff of three dental hospital specialties. *British Dental Journal*, 183, 15-21.

Jain, M., Mathur, A.,Joshi, S., Goklani, P., Kothari, B., Prabu, D., Kulkarni, S., (2009). Job Satisfaction Assessment Among Dentists And Dental Auxiliaries In India. *The Internet Journal of Dental Science*. 7 (2).

Kaldenberg, D., O., Becker, B., W., Zvonkovic, A., (1995). Work and commitment among young professionals: A study of male and female dentists. *Human Relations*, 48(11), 1355.

Kalliath, T., J., & Driscoll, M., P., Gillespie, D., F., Bluedorn, A., C.,(2000).A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work and Stress*, 14 (1), 35-50.

Kalliath, T., & Morris, R., (2002). Job Satisfaction Among Nurses: A Predictor of Burnout Levels. *Journal of Nursing Administration*. 32(12), 648-654.

Kay, E., J., Lowe J.,C., (2008). A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005. *British Dental Journal*; 204 (E19), 1-10.

Kobasa, S. C, Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.

Koeske, G. F., & Koeske, R. D. (1993). A preliminary test of a stress-strain-outcome model for reconceptualizing the burnout phenomenon. *Journal of Social Service Research*, 17, 107–135.

Koletsis-Kounari, H., Papaioannou, W., Stefaniotis, T.,(2011). Greece's high dentist to population Ratio: comparisons, causes, and effects. *Journal of Dental Education*, 75, 1507-1515.

Koustelios, A., and Tsigilis, N., (2005). The relationship between burnout and job satisfaction among physical education teachers: a multivariate approach. *European Physical Education Review*, 11, 189-203.

Landry., C.,F., (2006). Work Roles, Tasks, and the Information Behavior of Dentists. *Journal Of The American Society For Information Science And Technology*, 57(14), 1896–1908.

Lang-Runtz, H (1984). Stress in dentistry: it can kill you. *Journal of Canadian Dental Assosiation*, 50, 539-41.

LaPorta, LD (2010). Occupational Stress in Oral and Maxillofacial Surgeons: Tendencies, Traits and Triggers. *Oral Maxillofacial Surgery Clinic of North America*, 22(4):495-502

Lee, S.C., Oguienko, O., Song, B.J., Sunderji, S., Wong, J., Zhao, X., Versloot, J., & Azarpazhooh, A. (2011). Risk Factors for Burnout Among Dentists: An Evidence-Based Study of the Literature. University of Toronto, Faculty of Dentistry

Leggar, P., A., Kedjarune, u.,, Smith, D., R., (2007). Occupational Health Problems in Modern Dentistry: A Review. *Industrial Health*, 45, 611-621.

Leiter M., Maslach C., (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment, *Journal of Organizational Behaviour*, 9, 297-308.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.

Logan, H. L., Muller, P. J., Berst, M. R., & Yeane, D.W. (1997). Contributors to dentists' job satisfaction and quality of life. *Journal of the American College of Dentists*, 64(4), 39-43.

Luzzi, L., Spencer, A., J., Jones, K., Teusner, D., (2005). Job satisfaction of registered dental practitioners. *Australian Dental Journal*, 50(3), 179-185

McGlynn, E. (1988). *Physician job satisfaction: Its measurement and use as an indication of system performance*. Santa Monica, CA: RAND Graduate School, doctoral dissertation.

Malliarou, M., M., Moustaka, E., C., Konstantinidis, T., C., (2008). Burnout of Nursing Personnel in a regional University Hospital. *Health Science Journal*, 2(3)

Maslach, C. & Jackson, S., E., (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113

Maslach, C., (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W.S. Paine (Ed), *Job Stress and burnout* (pp. 29-40). Beverly Hills, CA: Sage.

Maslach, C., Jackson, S., E., M & Leiter, M., P., (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Leiter, M., (1997), *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*, New York, Jossey Bass.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, and C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Myers, H., L., Myers, L.B., (2004). "It's difficult being a dentist" : stress and health in the general dental practitioner. *British Dental Journal*, 197(2), 89-93.

Osborne D, Croucher R. (1994). Levels of burnout in general dental practitioners in the south-east of England. *British Dental Journal*, 177, 372-377.

Patel, R., Eaton, K.,A., Garcia, A., Rincon, V., Adams, L., Brooks, J. (2011). Factors Influencing Dental Practitioner Performance: A Summary of a Recent Literature Review, *Oral Health And Dental Management*, 10 (3), 119-130.

Piko, B., F., (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43, 311–318.

Pines, A., & Aronson, E., (1988). *Career Burnout. Causes and Cures*. New York: The Free Press

Plasschaert, A., J. , M., Holbrook, W., P., Delap, E., Martinez, C., Walmsley, A., D., (2005). Profile and competences for the European dentist. *European Journal of Dental Education*, 9, 98–107

Plasschaert, A., Boyd, M., Andrieu, S., Basker, R., Beltran, R.,J., Blasi, G., Chadwick, B., Chambers, D., Christersson, C., Haddock, F., Kerschbaum, T., Kogon, S., Kovesi, G., Ozer, F., Parkash, H., Villamil, J., E., Vogel, R., E., Wolowski, A.

(2002). Development of professional competences. *European Journal of Dental Education*; 6 (Suppl. 3), 33–44.

Polychronopoulou, A., Divaris, K., (2010). A Longitudinal Study of Greek Dental Students' Perceived Sources of Stress. *Journal of Dental Education*, 74(5), 524-530.

Pohlmann, K., Jonas, S., Ruf, S., and Harzer, W., (2005). Stress, burnout and health in the clinical period of dental education, *European Journal of Dental Education*, 9, 78–84

Priebe S, Fakhoury W, White I, Watts J, Bebbington P, Billings, J et al . (2004). Characteristics of teams, staff and patients: Associations with outcome of patients in assertive outreach. *British Journal of Psychiatry*, 185, 306–311

Puriene, A., Aleksejuniene, A., Petrauskiene, J., Balciuniene, I., & Janulyte, V., (2008). Self-perceived Mental Health and Job Satisfaction among Lithuanian Dentists. *Industrial Health*, 46, 247–252

Puriene, A., Janulyte, V., Musteikyte, M., Bendinskaite, R., (2007). General health of dentists. Literature review, *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 9, 10-20.

Rabiner, D., J., Shugars, D., A., Hays, R., D., (1994). A short-form measure of dentists' job satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 17(3), 271-275.

Rada, R, E, Johnson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *Journal of American Dental Association*, 135, 788-794.

Robbins S., P. (1998). *Organizational behaviour: concepts, controversies, application*. 5th ed., pp:142. New Jersey: Prentice-Hall International.

Roth, S.,F., Heo, G., BSc, Varnhagen, C., Glover, K.,E., & Major, P.,W. (2003). Job satisfaction among Canadian orthodontists. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 123(6), 695-700.

Rutter, H, Herzberg, J, Paice E., (2002). Stress in doctors and dentists who teach. *Medical Education*, 36, 543–549.

Sanz, M., Treasure, E., van Dijk, W., Feldman, C., Groeneveld, H., Kellett, M., Pazdera, J., Rouse, L., Sae-Lim, V., Seth-Smith, A., Yen, E., Zarkowski, P Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. (2008). *European Journal of Dental Education*, 12 (Suppl. 1), 101–110

Sarmiento T.P, Laschinger H.K; Iwasiw C. (2004) Nurse educators workplace empowerment, Burnout & Job satisfaction, Testing Kanter's Theory. *Journal of Advanced Nursing* 46(2), 134-143

Schaufeli, W., B., Maslach, C., & Marek, T., (1993). *Professional burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington: Taylor and Francis.

Schaufeli, W.B. and Enzman, D. (1998) *The Burnout Companion to Study and Research: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.

Schaufeli, W., B, Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., Baker, A., B., (2002). The measurement of engagement and burn out; A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal Happiness Studies*, 3, 71-92.

Schmitz, N., Newmann, W., Oppermann, R., (1999). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studie*. 37(2), 95-99.

Seidberg, B, H, Sullivan, T, H, (2004). Dentists' use, misuse, abuse or dependence on mood-altering substances. *New York State Dental Journal*, 70, 30–33.

Shugars, D. A., DiMatteo, M. R., Hays, R. D., Cretin, S., & Johnson, J. J. (1990). Professional satisfaction among California general dentists. *Journal of Dental Education*, 54, 661-669.

Shugars, D., A., Hays, R., D., Di Matteo, M., R., Cretin, S., (1991). Development of an Instrument to Measure Job Satisfaction Among Dentists. *Medical Care*, 29(8), 728-744.

Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. (2003). National survey of job satisfaction and retirement among general practitioners in England. *British Medical Journal*, 326, 22–24.

Sur, H., Hayran, O., Mumcu, G., Soylemez, D., Atli, H., Yildirim, C., (2004). Factors Affecting Dental Job Satisfaction : A Cross-Sectional Survey in Turkey *Evaluation of the Health Professions*, 27(2) 152-164.

Tsigilis, N., Koustelios, A.& Togia, A., (2004). Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction and burnout *Journal of Managerial Psychology*, 19(7), 666-675.

Tsutsumi, A, Umehara K, Ono, H, Kawakami, N (2007). Types of psychosocial job demands and adverse events due to dental mismanagement: a cross sectional study. *BioMed Central Oral Health*, 7(3), 1-6.

Wells, A., & Winter, P., A., (1999). Influence of practice and personal characteristics on dental job satisfaction. *Journal of Dental Education*, 63(11), 805- 812

Wingrove F, Porter P, Bisby G, May C., (1994). Perceptions of occupational satisfaction among Iowa dentists. *Iowa Dental Journal*,, 80(3), 23-24812.

Xanthopoulou, D., Bakker, A., B.,Dollard, M., F., Demerouti, E.,, Schaufeli, W., B., Taris, T., W., Schreurs, P., J., G.,(2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources *Journal of Managerial Psychology*, 22 (8), 766-786.

Yablon, P., & Rosner, J., E., (1982). The career satisfaction of dentists in relation to their age and income. *Journal of the American College of Dentists*, 49(3-4), 45-52.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ, Πιλάτης, Ι., (2010). Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131 Α, 109-136.

Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών, *Ψυχολογικά Θέματα*, 5, 183–202

Βασιλόπουλος, Σ.,Φ., (2012). Η επαγγελματική εξουθένωση και η σχέση της με το κοινωνικό άγχος στους εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. *Hellenic Journal of Psychology*, 9, 18-44

Διλιντάς, Α., (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27 (3), 498-508.

Δουβανάς, Α., Μπάλιου, Μ., Παντελάκη, Α., Πουσδέρη, Π., Μαρβάκη Χ., (2011). Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10 (3), 373-388

Ηλιάδης, Α., Παπαδέλη, Χ., Νταμπαράκης, Ν., Καπετάνιου, Ι., Παπαδέλης, Ι., (2012). Άγχος, ανησυχία, εξουθένωση και κατάθλιψη: η σημασία τους κατά την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος, *Στόμα*, 40 , 49 – 56.

Κάντας, Α., (1996). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3(2), 71-85

Κάντας, Α., (1998). *Οργανωτική και Βιομηχανική Ψυχολογία*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ., (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 94-101.

Χαραλαμπίδου Ε., (1996), *Επαγγελματική Ικανοποίηση των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου*, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα

Άλλες πηγές

Pines, A., & Aronson, E., (1988). *Career Burnout. Causes and Cures*. New York: The Free Press. (book review) , accessed in http://ac.els-cdn.com/S8755722389800791/1-s2.0-S8755722389800791-main.pdf?_tid=35014d8e-a7fd-11e2-9202-00000aacb35f&acdnat=1366271853_76440cc2f3ca14a66c0d_d9503a9968df, date of access: 18/4/2013

MSQ Long Form, (1977), accessed in http://www.psych.umn.edu/psylabs/vpr/pdf_files/MSQ%201977%20Long%20form.pdf, date of access: 14/3/2013

MSQ Short Form,(1977), accessed in http://www.psych.umn.edu/psylabs/vpr/pdf_files/MSQ%201977%20Short%20form.pdf, date of access: 14/3/2013

Μεραμβελιωτάκη-Simon, M., (χ.η.). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Άρθρο στην ηλεκτρονική σελίδα του περιοδικού *Ψυχολόγος* Προσβάσιμο στο <http://e-psychology.gr/work-psychology/654-burn-out-meramveliotaki-simon-psychologos>, ημερομηνία πρόσβασης 17/4/2013

Cranny C., J., Smith, P., C., Stone, E., F. (1992) *Job satisfaction: how people feel about their jobs and how it affects their performance*. New York: Lexington Books. (BOOK REVIEW), accessed in: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=c3ba8c39-a151-4249-8d65-e16c4f829eb3%40sessionmgr15&hid=10:7>, date of access: 18/4/2013????

Demerouti, E., & Bakker, A., B., (2007). The Oldenburg Burnout Inventory: A Good Alternative to Measure Burnout (and Engagement). Accessed in http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_173.pdf , date of access: 17/4/2013.

Denton, D.,A., Newton, J., T., Bower, E., J., (2008). Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *British Dental Journal*, accessed in <http://www.nature.com/bdj/journal/v205/n7/pdf/sj.bdj.2008.654.pdf>, date of access: 30/5/2013

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2011). *Ιατροί & Οδοντίατροι, κατά γεωγραφική περιφέρεια και νομό*, στο www.statistics.gr/.../A2103_SHE09_TB_AN_00_2011., ημερομηνία πρόσβασης: 24/4/2013

Council of European Dentists (2008). EU Manual of Dental Practice-Greece/UK, accessed in <http://www.eudental.eu/index.php?ID=35918>, date of access: 25/3/2013

Οδηγός Σπουδών Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ. (2012), προσβάσιμο στο: http://www.dent.auth.gr/content/Programma_Spoudon_2012.pdf, ημερομηνία πρόσβασης 27/4/2013

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. Έντυπο συγκατάθεσης συμμετεχόντων στη μελέτη



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ

Αγαπητή/ε συνάδελφε,

Κρατάτε στα χέρια σας ένα έντυπο με μια σειρά ερωτήσεων που καλείστε να απαντήσετε στο πλαίσιο της μελέτης με θέμα: **«Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση εργασίας των οδοντιάτρων στην Ελλάδα»**, που διεξάγεται εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙΘ (Αναπλ. Καθηγήτρια Θάλεια Μπελλάλη) και του Μεταπτυχιακού Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, μέρος της οποίας έχει ως στόχο την εκπόνηση της διπλωματικής διατριβής της μεταπτυχιακής φοιτήτριας κ. Μελομένης Πήτα (οδοντίατρο, μέλους του ΟΣΛ). Σημαντική στην προσπάθεια αυτή θεωρείται η συμβολή και συνεργασία του Συλλόγου μας, που απαριθμεί περίπου 350 μέλη, ένα από τα οποία είστε και εσείς! Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι στρεσογόνοι παράγοντες που προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων οδοντιάτρων, καθώς και η ικανοποίηση που λαμβάνουν και να προσδιοριστεί εάν σχετίζονται με το νέο βιοψυχοκοινωνικό ρόλο που καλούνται να παίξουν στο χώρο εργασίας τους.

Η επεξεργασία των στοιχείων που θα συλλεχθούν, θα οδηγήσει στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που θα αφορούν στη λήψη μέτρων σχετικά με τη βελτίωση των εκπαιδευτικών, επαγγελματικών, οικονομικών συνθηκών του επαγγέλματος, προκειμένου να ανταποκρίνεται ο οδοντίατρος κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο στο νέο του ρόλο. Κατανοείτε ότι, οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα είναι **αυστηρά απόρρητες** και θα τηρηθεί **ανωνυμία**. Επίσης, η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο. Χωρίς τη βοήθεια τη δική σας και άλλων συναδέλφων δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτής της σημαντικής μελέτης για τα Ελληνικά δεδομένα, σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα. Σε 10 περίπου ημέρες από τη διανομή του ερωτηματολογίου η κυρία Πήτα θα σας τηλεφωνήσει, προκειμένου να έρθει προσωπικά στο χώρο εργασίας σας να για να το παραλάβει.

Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη **Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη**

ΛΑΡΙΣΑ

Μελπομένη Πήτα

Οδοντίατρος

Φοιτήτρια ΑΠΚΥ

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ

Μπελλάλη Θάλεια

Αναπλ. Καθηγήτρια ΑΤΕΙΘ

ΣΕΠ ΑΠΚ

Π. Έντυπο συγκατάθεσης οδοντιατρικού συλλόγου για αποστολή ερωτηματολογίων στα μέλη του.



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ



ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

Προς τον

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

Θεσσαλονίκη 15 Ιανουαρίου 2012

Θέμα: Χορήγηση άδειας για εκπόνηση μελέτης στα μέλη του Συλλόγου σας
Παρακαλούμε όπως εγκρίνετε τη διεξαγωγή έρευνας στα μέλη του Συλλόγου σας με θέμα «**Οι στρεσογόνοι παράγοντες και η ικανοποίηση από την εργασία των οδοντιάτρων σε σχέση με το νέο προφίλ του ρόλου τους**». Η συγκεκριμένη έρευνα διεξάγεται εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙΘ και του Μεταπτυχιακού Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, μέρος της οποίας έχει ως στόχο την εκπόνηση της διπλωματικής διατριβής της μεταπτυχιακής φοιτήτριας **κ. Μελπομένης Πήτα (οδοντίατρου, μέλους του Συλλόγου)**.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι στρεσογόνοι παράγοντες και η ικανοποίηση από την εργασία των οδοντιάτρων, λαμβάνοντας υπόψη το ρόλο που καλούνται να παίξουν στη σύγχρονη εποχή. Το προφίλ του σύγχρονου οδοντίατρου περιλαμβάνει εκτός από τις καθαρά οδοντιατρικές γνώσεις, τη δυνατότητα διάγνωσης και θεραπείας νόσων της στοματικής κοιλότητας, αλλά και γενικά ιατρικές γνώσεις (διάγνωση συστηματικών παθήσεων με εντόπιση στο στόμα, αντιμετώπιση επειγόντων

ιατρικών περιστατικών στο ιατρείο, αλλά και συμβουλευτική των ασθενών πάνω σε παθήσεις, όπως νεοπλάσματα, καρδιαγγειακές νόσους, διατροφικές διαταραχές κ.α.).

Το προφίλ του σύγχρονου οδοντίατρου ακόμη, περιλαμβάνει γνώσεις και δεξιότητες πάνω στο τεχνικό μέρος της δουλειάς και την ιατρική τεχνολογία, γνώσεις ψυχολογίας του ασθενή, γηριατρικής και κοινωνιολογίας της υγείας, ως και οικονομικών της υγείας. Είναι λοιπόν πολυσύνθετο και πολυδιάστατο, με αποτέλεσμα η οδοντιατρική πράξη να είναι ταυτόχρονα (ή κατά τις περιστάσεις) πηγή ικανοποίησης, αλλά και στρες για τον οδοντίατρο.

Η επεξεργασία των στοιχείων που θα συλλεχθούν, θα οδηγήσει στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που θα αφορούν στη λήψη μέτρων σχετικά με τη βελτίωση των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών συνθηκών προκειμένου να ανταποκρίνεται ο Έλληνας οδοντίατρος κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο στο παραπάνω ρόλο.

Οι πληροφορίες θα είναι **αυστηρά απόρρητες** και θα τηρηθεί **ανωνυμία**. Επίσης, η συμμετοχή των μελών σας στη μελέτη είναι εθελοντική.

Θα επιθυμούσαμε να μας στηρίξετε σε αυτήν την προσπάθεια, καθώς χωρίς τη βοήθεια των συναδέλφων μέσω του Συλλόγου δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτής της σημαντικής μελέτης για τα Ελληνικά δεδομένα, σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα. Για το σκοπό αυτό ζητάμε πρωτίστως τη γραπτή συγκατάθεσή σας για τη διεξαγωγή της έρευνας. Επιπλέον, η οποιαδήποτε μορφής βοήθειά σας στην αποστολή και παραλαβή των ερωτηματολογίων στους οδοντίατρος του Νομού, θα μας ήταν πολύτιμη.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη στήριξη.

Θάλεια Μπελλάλη



Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ ΣΕΠ, ΑΠΚΥ