



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Εργασιακό Άγχος – Επαγγελματική Εξουθένωση
Εργαζομένων σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Επιπτώσεις ενός Ασταθούς Εργασιακού Περιβάλλοντος**

Δημητρίου Ευμορφία

Επιβλέπων Καθηγητής

Τσιότρας Γεώργιος

Θεσσαλονίκη, Ιούνιος, 2020

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ.....	8
1.1 Ορισμός Εργασιακού Άγχους.....	8
1.2 Εργασιακό Άγχος και Ασφάλεια Εργασίας.....	11
1.3 Παράγοντες Εμφάνισης Εργασιακού Άγχους.....	12
1.4 Επιπτώσεις Εργασιακού Άγχους στην Σωματική και Ψυχική Υγεία.....	16
1.5 Τρόποι Αντιμετώπισης.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....	24
2.1 Ορισμός Επαγγελματική Εξουθένωσης.....	24
2.2 Θεωρητικά Μοντέλα.....	27
2.2.1 Μοντέλο της Maslach.....	27
2.2.2 Μοντέλο της Pines.....	28
2.2.3 Μοντέλο των Edelwich και Brodksy.....	28
2.2.4 Μοντέλο του Cherniss.....	29
2.3 Παράγοντες Εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	29
2.4 Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	33
2.5 Τρόποι Αντιμετώπισης.....	35
2.6 Σχέση Εργασιακού Άγχους – Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	39
3.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	39
3.2 Νομοθετικό Πλαίσιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	41
3.3 Οργανωτικές Αλλαγές που Επιβαρύνουν την Σωματική και Ψυχική Υγεία	

των Εργαζομένων.....	43
3.4 Τρόποι Αντιμετώπισης Αλλαγών – Ενδυνάμωση Εργαζομένων.....	45
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	49
4.1 Στόχος – Ερευνητικά Ερωτήματα.....	49
4.2 Περιγραφή Ερωτηματολογίου	50
4.3 Περιγραφή Δείγματος.....	53
4.4 Περιγραφή Στατιστικών Μεθόδων Ανάλυσης.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	62
5.1 Αποτελέσματα Περιγραφικής Στατιστικής.....	63
5.2 Αποτελέσματα Επαγωγικής Στατιστικής.....	72
5.2.1 Αποτελέσματα Ελέγχων με Κριτήριο το Φύλο.....	72
5.2.2 Αποτελέσματα Ελέγχων με Κριτήριο την Ηλικία.....	78
5.2.3 Αποτελέσματα Ελέγχων με Κριτήριο την Οικογενειακή Κατάσταση..	83
5.2.4 Αποτελέσματα Ελέγχων με Κριτήριο το Επίπεδο Εκπαίδευσης.....	88
5.2.5 Αποτελέσματα Ελέγχων με Κριτήριο τη Θέση Απασχόλησης.....	93
5.2.6 Αποτελέσματα Ελέγχων με Κριτήριο το Συμβόλαιο Εργασίας.....	99
5.2.7 Αποτελέσματα Ελέγχων με Κριτήριο τα Έτη Προϋπηρεσίας.....	104
5.2.8 Αποτελέσματα Ελέγχων Συσχέτισης.....	110
5.2.9 Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	116
6.1 Συμπεράσματα.....	116
6.2 Συζήτηση.....	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	120
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	129

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στον σύγχρονο κόσμο, με όλες τις αλλαγές που διαδραματίζονται, το περιβάλλον εργασίας μπορεί να είναι μία από τις σημαντικότερες πηγές στρες. Οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν συχνότερα εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση, καθώς έχουν σχέση με την ανθρώπινη ζωή.

Σκοπός Έρευνας: Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διευκρινιστεί το προφίλ των υπαλλήλων ως προς το εργασιακό άγχος και ο βαθμός, στον οποίο οι υπάλληλοι εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον στόχος είναι να εξακριβωθεί ποιες είναι οι καλύτερες λύσεις για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με τους υπαλλήλους του δείγματος.

Δείγμα – Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους (ιατροί, υγειονομικοί υπάλληλοι, διοικητικοί υπάλληλοι) σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (πρώην ιατρεία ΙΚΑ), στο Κέντρο Υγείας Τούμπας και στο Κέντρο Υγείας Βότση Θεσ/νίκης. Συλλέχθηκαν συνολικά 105 ερωτηματολόγια, τα οποία αποτελούνται από 65 ερωτήσεις χωρισμένες σε υποκλίμακες. Οι ερωτήσεις αφορούν τη σωματική και ψυχική κατάσταση των εργαζομένων, το εργασιακό άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και τις προτάσεις αντιμετώπισης από τους εργαζόμενους.

Αποτελέσματα: Οι εργαζόμενοι αγχώνονται, κυρίως, για τα προβλήματα γραφειοκρατίας και τον μεγάλο αριθμό εργασιών που πρέπει να διεκπεραιωθούν ταυτόχρονα. Οι εργαζόμενοι νιώθουν αρκετά συχνά συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Τέλος, οι εργαζόμενοι θεωρούν ως κύρια μέτρα αντιμετώπισης την βελτίωση των συνθηκών εργασίας (50%), την μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων (41,3%), την συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων (41,3%) και την σταθερότητα του φορέα απασχόλησης (37,5%).

Συμπεράσματα: Το μεγαλύτερο άγχος των υπαλλήλων προέρχεται από τα προβλήματα επικοινωνίας και τον φόρτο εργασίας. Οι υπάλληλοι προτιμούν σε μεγαλύτερο βαθμό την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, την άσκηση αποκλειστικά των δικών τους καθηκόντων και τη διά βίου εκπαίδευση, ως κυριότερους παράγοντες αντιμετώπισης του άγχους και της εξουθένωσης στο χώρο εργασίας. Το μεγαλύτερο εργασιακό άγχος φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση.

ABSTRACT

Introduction: In a rapidly changing modern world, the working environment can be one of the most important sources of stress. Health professionals experience work-related stress and burnout more often as they are dealing with human life.

Purpose of research: The purpose of this research is to outline the profile of workers in terms of work-related stress and the degree to which workers show signs of burnout. An additional purpose is to find the best solutions for the management of work-related stress and burnout according to the workers of the sample.

Sample – Method: This research has been conducted on workers (doctors, health workers, administrative officers) in Primary Health Care Units (former IKA health clinics), the Health Centre of Toumba and the Health Centre of Votsi in Thessaloniki. In total, 105 questionnaires composed of 65 questions divided in subscales have been collected. The questions pertain to the physical and mental state of the workers, work-related stress, burnout and the workers' recommendations for remedial action.

Results: Workers are mostly stressed about bureaucracy problems and the vast number of tasks that need to be completed simultaneously. Workers experience burnout and depersonalisation quite often. Finally, workers regard the improvement of working conditions (50%), not performing others' tasks (41.3%), continuing education with the attendance of seminars (41.3%) and a steady working environment (37.5%) as the main corrective measures.

Conclusions: Most of workers' stress comes from lack of communication and workload. Workers show a greater preference for the improvement of working conditions, the completion of solely their own tasks and continuing education as the main ways of coping with stress and burnout in the workplace. Excessive work-related stress seems to be considerably associated with excessive burnout.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ όλους αυτούς που με βοήθησαν στην ολοκλήρωση της εργασίας, με τη συμπαράσταση τους και την εμπύχωση τους, και συγκεκριμένα τους γονείς μου και τον σύντροφο μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το εργασιακό άγχος αποτελεί πλέον ιδιαίτερο παράγοντα ανησυχίας, τόσο για τους εργαζόμενους, όσο και για τους εργοδότες. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής αναφέρεται στο άγχος της εργασίας ως «οι βλαβερές και συναισθηματικές αντιδράσεις που εμφανίζονται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν ταιριάζουν με τις ικανότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζόμενου» (Nakao, 2010).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), καθώς και η Ευρωπαϊκή Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία, αναφέρουν ότι το εργασιακό άγχος επηρεάζει το ένα τρίτο των εργαζομένων, και αποτελεί το δεύτερο, σε συχνότητα, πρόβλημα υγείας (Στεφανίδου, 2010).

Το εργασιακό άγχος επιβαρύνει την αμερικανική βιομηχανία 200 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο, εξαιτίας των απουσιών από την εργασία, της μείωσης της παραγωγικότητας, των ασθενειών, των πρόωρων θανάτων. Στην ευρωπαϊκή οικονομία, το εργασιακό άγχος στοιχίζει πάνω από 20 δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο (Στεφανίδου, 2010).

Πλήθος αρνητικών επιπτώσεων στην σωματική και ψυχική υγεία εμφανίζονται λόγω του έντονου εργασιακού άγχους, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, κατάθλιψη, αϋπνία (Nakao, 2010). Διαταραχές συνδεδεμένες με το εργασιακό stress, καθώς και νοσήματα, αναφέρονται σε ποσοστό 30% - 50% των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι στην Ελλάδα εργάζονται περισσότερες ώρες σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους της Ευρώπης. Εμφανίζουν έντονα συμπτώματα άγχους, περιπτώσεις απουσιών από την εργασία, λόγω ασθένειας, ή γενικά, λόγω προβλημάτων υγείας (Στεφανίδου, 2010).

Αποτέλεσμα του εργασιακού άγχους είναι η επαγγελματική εξουθένωση, όπου το άτομο βρίσκεται σε συναισθηματική και σωματική εξάντληση. Ο εργαζόμενος έχει την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις εργασιακές απαιτήσεις (Αντωνίου, 2008).

Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν συχνότερα εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν σχέση με την ανθρώπινη ζωή, οπότε έχουν αυξημένη την αίσθηση της υπευθυνότητας (Στεφανίδου, 2010).

Οι εργαζόμενοι σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήρθαν αντιμέτωποι, τα τελευταία χρόνια, με το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση, καθώς βίωσαν έντονες οργανωσιακές αλλαγές στους χώρους εργασίας τους (Ιορδάνογλου, 2008).

Οι μονάδες που επηρεάστηκαν περισσότερο από τις αλλαγές στον υγειονομικό τομέα είναι οι μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι οποίες μέχρι το 2011 διοικούνταν από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Επιχειρήθηκαν πολλές αλλαγές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με την έναρξη του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), και στη συνέχεια του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), καταλήγοντας στην ένταξη των δομών, το 2017, στις Υγειονομικές Περιφέρειες, στην αλλαγή των ιατρείων σε Κέντρα Υγείας και τη δημιουργία νέων δομών, των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ).

Το προσωπικό των συγκεκριμένων ιατρείων ήρθε αντιμέτωπο με τη διαθεσιμότητα, μετακινήσεις, αλλαγή θέσεων λόγω καταργήσεων ιατρείων, μείωση εισοδημάτων, αύξηση φόρτου εργασίας λόγω πολλών μετακινήσεων και συνταξιοδοτήσεων προσωπικού, συχνές αλλαγές ηγεσίας, απασχόληση σε αλλότρια καθήκοντα, εξαιτίας της υποστελέχωσης των μονάδων υγείας.

Η εμφάνιση του εργασιακού άγχους έχει επιπτώσεις στη φροντίδα των ασθενών και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Για το λόγο αυτό, το πρόβλημα δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστό προσωπικό πρόβλημα των επαγγελματιών υγείας, αλλά ως πρόβλημα που, γενικότερα, μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία (Boya et al., 2008). Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητη η διερεύνηση του φαινομένου του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ελλάδας, με στόχο την σωστή διαχείριση και αντιμετώπιση του, καθώς και την στήριξη του προσωπικού (Χάρος και συν., 2017).

Στα πρώτα τρία κεφάλαια της εργασίας γίνεται περιγραφή των όρων «εργασιακό άγχος» και «επαγγελματική εξουθένωση», αναφέρονται οι παράγοντες εμφάνισης τους, οι επιπτώσεις που έχουν στον εργαζόμενο, καθώς και οι τρόποι επιτυχούς αντιμετώπισης τους. Επίσης, γίνεται αναφορά στις αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και πόσο αυτές έχουν επηρεάσει τον τρόπο εργασίας των υπαλλήλων. Στα επόμενα κεφάλαια αναφέρεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα αυτής. Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις, που προέκυψαν από τη πραγματοποίηση της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

1.1 Ορισμός Εργασιακού Άγχους

Ο όρος στρες αναφέρεται σε καταστάσεις όπου το άτομο βρίσκεται σε στενότητα, είναι ένας όρος παγκόσμια αναγνωρισμένος και προέρχεται από το λατινικό “*distresse*”. Διάφορες λέξεις χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα όπως πίεση, ένταση. Το στρες αποτελεί μία αντίδραση του οργανισμού για να αντιμετωπίσει έναν κίνδυνο που έχει εμφανιστεί. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα ενεργοποιείται σε κατάσταση στρες, ο υποθάλαμος εκκρίνει ορμόνες, όπως η αδρεναλίνη, και το σώμα σταματά κάποιες από τις λειτουργίες του για να εξοικονομήσει ενέργεια (Ιορδάνογλου, 2008). Όλες αυτές οι μεταβολές αποτελούν το “σύνδρομο γενικής προσαρμογής”, το οποίο αποτελείται από τρία στάδια: 1ο στάδιο, αντίδραση συναγερμού: ενεργοποίηση οργανισμού για αντιμετώπιση κινδύνων, 2ο στάδιο, αντίσταση: ο οργανισμός ανταποκρίνεται με χρήση μεγάλων ποσών ενέργειας, 3ο στάδιο, εξάντληση: ο οργανισμός εξαντλείται και μπορεί να οδηγηθεί σε θάνατο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το στάδιο στο οποίο φτάνουν οι καταστάσεις στρες, είναι το δεύτερο (Seyle, 1976).

Το στρες μπορεί να διαχωριστεί σε καλό ή σε κακό. Το καλό στρες (*eustress*) μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα για την υγεία του ατόμου, αντίθετα το κακό (*distress*) μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα (Seyle, 1976). Μπορεί δηλαδή να γίνει διάκριση σε φυσιολογικό άγχος και σε παθολογικό άγχος. Όταν το άγχος υφίσταται σε φυσιολογικά επίπεδα μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αυξήσει την παραγωγικότητα του και να του προσφέρει σημαντικά

κίνητρα. Όταν όμως το άγχος υπάρχει σε υψηλά επίπεδα, και ίσως παραμένει και αφού έχει τελειώσει ο παράγοντας κινδύνου, τότε το άτομο αντιμετωπίζει μία κατάσταση δυσφορίας (Στεφανίδου και συν., 2010).

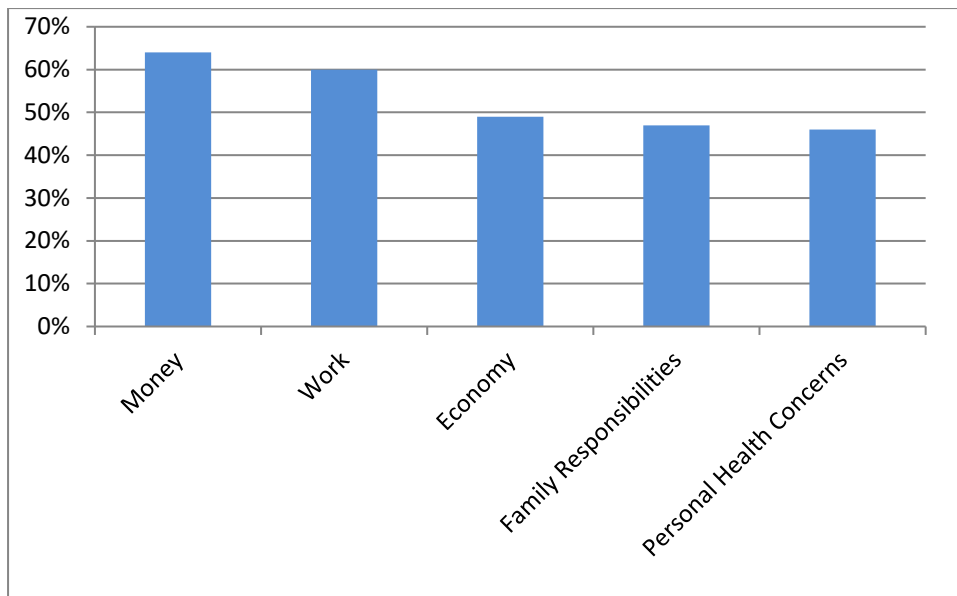
Το εργασιακό άγχος εμφανίζεται ως αντίδραση του ατόμου στις πιέσεις που αντιμετωπίζει κατά την εκτέλεση της εργασίας του, για κάποια ορισμένη χρονική περίοδο. Το εργασιακό άγχος μπορεί να θεωρηθεί αποτέλεσμα πίεσης, ανασφάλειας μεγάλων εργασιακών απαιτήσεων, που μπορεί να αντιμετωπίσει ο εργαζόμενος. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν υπάρχει ισορροπία στις απαιτήσεις της εργασίας του και στη δυνατότητα του ίδιου να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά (Στεφανίδου και συν., 2010).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και Ασφάλεια της Εργασίας αναφέρει το εργασιακό στρες όχι ως μία ασθένεια αλλά ως μία κατάσταση. Το εργασιακό άγχος αποτελεί τα τελευταία χρόνια ζήτημα ιδιαίτερης σημασίας και προτεραιότητας για την υγεία, καθώς και για την ασφάλεια στην εργασία (Σχοινά, 2015).

Το άγχος στην εργασία, αναγνωρισμένο σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο, ως ένα πολύ σημαντικό θέμα, απασχολεί εργαζόμενους και εργοδότες. Η Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμά ότι πάνω από 41 εκατομμύρια Ευρωπαίοι αντιμετωπίζουν εργασιακό άγχος. Ο αριθμός αυτός θα μπορούσε να είναι αρκετά μεγαλύτερος, δεδομένου ότι πολλοί εργαζόμενοι δεν παραδέχονται τα προβλήματα τους, εξαιτίας του φόβου της απόλυσης και του σχολιασμού από τους συναδέλφους (Σχοινά, 2015).

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης στην Εργασία αναφέρει ότι, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι εργαζόμενοι βιώνουν στρες σε ποσοστό μεγαλύτερο του 25%. Ένας στους πέντε ευρωπαίους εργαζόμενους νιώθει κόπωση, ένας στους οκτώ ταλαιπωρείται από πονοκεφάλους, 9- 12% των ανδρών και 9- 11% των γυναικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν έντονη εργασιακή πίεση στη διάρκεια της ημέρας (μεγάλα ποσοστά παρουσιάζουν η Γερμανία, η Ολλανδία και η Ελλάδα) (Επιχειρώ, 2019).

Πίνακας 1: Σημαντικές Πηγές Stress.



Πηγή: APA, 2015.

Κάποια επαγγέλματα δημιουργούν άγχος στους εργαζόμενους περισσότερο από κάποια άλλα. Τα επαγγέλματα στα οποία υπάρχει άμεση επαφή με ανθρώπους ή έχουν να κάνουν με κοινωνικές και οικονομικές αποφάσεις, θεωρούνται αρκετά αγχογόνα. Τα επαγγέλματα υγείας έχουν υψηλή θέση στα πιο στρεσογόνα επαγγέλματα. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να εμφανίσουν εργασιακό άγχος, καθώς είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές, δεν έχουν να αντιμετωπίσουν άψυχα αντικείμενα, και επίσης, γιατί μία παράλειψη τους μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις (Στεφανίδου και συν., 2010).

Μία υγιής δουλειά πρέπει να πιέζει τον εργαζόμενο ανάλογα με τις ικανότητές του, με τις πηγές, με τον έλεγχο που έχει στην εργασία του, με την υποστήριξη που έχει. Η υγεία δεν είναι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία. Έτσι, ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, δεν είναι μόνο ένα περιβάλλον με απουσία επιβλαβών συνθηκών, αλλά και ένα περιβάλλον με παρουσία συνθηκών που προάγουν την υγεία (Who, 2019).

1.2 Εργασιακό Άγχος και Ασφάλεια Εργασίας

Οι αλλαγές που συμβαίνουν τις τελευταίες δεκαετίες επηρεάζουν τους χώρους εργασίας και δημιουργούν προκλήσεις για την ασφάλεια και την υγεία. Τέτοιες αλλαγές είναι η παγκοσμιοποίηση, η πρόοδος της τεχνολογίας, η αλλαγή στις μορφές συμβάσεων εργασίας, η καθιέρωση ελεύθερης αγοράς, οι δημογραφικές αλλαγές. Γενικότερα, η εργασία επηρεάζεται από την αύξηση του ρυθμού εργασίας και οδηγεί σε αυξημένο φόρτο εργασίας, πίεση χρόνου, ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων. Επίσης, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών, εργοδότες και εργαζόμενοι προσπαθούν να είναι ανταγωνιστικοί (EU- OSHA, 2014).

Στον σύγχρονο κόσμο, με όλες τις αλλαγές που διαδραματίζονται, το περιβάλλον εργασίας μπορεί να είναι μία από τις σημαντικότερες πηγές στρες. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν καταστάσεις έντονου στρες μπορούν πιθανά να αποκτήσουν συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους. Η παρουσία έντονου στρες στρέφει την προσοχή του ατόμου αλλού, και μπορεί να παραμελήσει τον ίδιο του τον εαυτό, αδιαφορώντας για τη διατροφή του, την ξεκούραση του, την σωματική του άσκηση. Μπορεί το άτομο να οδηγηθεί σε υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών. Το εργασιακό άγχος αποτελεί έναν ιδιαίτερο επαγγελματικό βλαπτικό παράγοντα. Σύμφωνα με την “Υγιεινή και Ασφάλεια στους Χώρους Εργασίας” ως επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας ορίζεται οποιοσδήποτε φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός παράγοντας, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον εργαζόμενο. Οι παραπάνω βλαπτικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των εργαζομένων, με ένα εργατικό ατύχημα ή από τη χρονιά έκθεση σε αυτούς. Το εργασιακό στρες επηρεάζει τόσο την ψυχοσωματική υγεία του εργαζομένου, όσο και την ασφάλεια των εργαζομένων (Μουστάκα και συν., 2010).

Το εργασιακό άγχος δεν ανήκει στους παράγοντες τους παραδοσιακούς (χημικούς ή φυσικούς παράγοντες), αλλά έχει μία πολυπαραγοντική φύση, με την προσφορά πολλών επιστημών (ιατρική της εργασίας, βιολογία, ψυχολογία, κοινωνικές επιστήμες). Στις περιπτώσεις εργασιακού άγχους δεν ορίζονται τιμές επαγγελματικής έκθεσης (όπως σε χημικές ουσίες), οπότε τα κριτήρια αξιολόγησης είναι αυτά που προσδιορίζουν τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους (Τούκας και συν., 2011).

Στον τομέα της εφαρμοσμένης υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, το επαγγελματικό άγχος αναφέρεται ως μία ενσωμάτωση των βασικών στοιχείων των μοντέλων ανάλυσης της επικινδυνότητας και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Έτσι, το επαγγελματικό άγχος περιγράφεται ως μία κατάσταση που προέρχεται από την αλληλεπίδραση τεσσάρων μεταβλητών, των εξωτερικών απαιτήσεων (πιέσεις εργασιακού περιβάλλοντος), του εσωτερικού υπόβαθρου του εργαζομένου (προσαρμογή στις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις), των εσωτερικών απαιτήσεων (προσδοκίες) και της εξωτερικής υποστήριξης. Οι στρατηγικές ανάλυσης και διαχείρισης του άγχους στηρίζονται πάνω σε αυτές τις τέσσερις μεταβλητές. Στις 8 Οκτωβρίου 2004 υπέγραψαν την Συμφωνία Πλαίσιο για την κοινή αντιμετώπιση του προβλήματος του επαγγελματικού άγχους. Στη συμφωνία αυτή παρέχονται οδηγίες για τη σωστή διαχείριση των παραγόντων που προκαλούν άγχος στην εργασία. Επίσης, αναφέρεται ότι τα προβλήματα που προκαλεί το εργασιακό άγχος αντιμετωπίζονται από μία διαδικασία αξιολόγησης και διαχείρισης κινδύνου, μέσα από την επιλογή συγκεκριμένων ενεργειών. Οι παρεμβάσεις αυτές, για την αντιμετώπιση των παραγόντων εμφάνισης εργασιακού άγχους, μπορεί να είναι συλλογικές, ατομικές, ή και τα δύο, και να περιλαμβάνουν προληπτικά μέτρα (Τούκας και συν., 2011).

Για την αντιμετώπιση του επαγγελματικού κινδύνου υγείας αναπτύχθηκε ο κλάδος της Ιατρικής, η Ιατρική της Εργασίας. Ο κλάδος αυτός διασφαλίζει και προστατεύει τον εργαζόμενο από επαγγελματικές ασθένειες και εργατικά ατυχήματα. Οι ιατροί εργασίας μπορούν να ανιχνεύουν, να προλαμβάνουν και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα των εργαζομένων που προκύπτουν από το εργασιακό stress. Από το 1999 λειτουργεί το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (ΣΕΠΕ), το οποίο είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή των διατάξεων της εργατικής νομοθεσίας (Ιατρική Εργασίας, 2019).

1.3 Παράγοντες Εμφάνισης Εργασιακού Άγχους

Το άγχος προέρχεται είτε από εξωτερικές πηγές, είτε από εσωτερικές πηγές. Οι εξωτερικές πηγές είναι πηγές που είναι έξω από το άτομο και μπορεί να είναι οι κοινωνικοί περιορισμοί, οι καθημερινές απειλές, η οικονομική πίεση. Οι εσωτερικές πηγές είναι πηγές που βρίσκονται μέσα στο άτομο και μπορεί να είναι διαταραχές μεταβολισμού, ορμονικές διαταραχές ή βιοχημικές ανισορροπίες. Οι κοινωνικές αιτίες εμφάνισης άγχους

περιλαμβάνουν τις οικονομικές δυσκολίες, τις εργασιακές δυσκολίες, τις δύσκολες σχέσεις με συναδέλφους (Psychology now, 2019).

Το εργασιακό άγχος μπορεί να έχει πολλούς αιτιολογικούς παράγοντες. Μπορεί να προκύψει από το εργασιακό περιβάλλον και το εργασιακό κλίμα, τις εργασιακές σχέσεις, την οργανωσιακή δομή, το βαθμό ευθύνης, τη λήψη αποφάσεων, την ασάφεια των ρόλων, την προσωπικότητα του εργαζόμενου, την έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης, την έλλειψη επικοινωνίας (Χάρος και συν., 2017).

Προσωπικότητα: Τα άτομα εμφανίζουν διαφορές ως προς τον τρόπο αντίδρασης σε στρεσογόνους παράγοντες. Η ιδιοσυγκρασία του ατόμου παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του στρες, στον τρόπο που θα προσπαθήσει να ξεπεράσει το άτομο τη δύσκολη κατάσταση (Ιορδάνογλου, 2008). Σημαντικό ρόλο στο πώς βιώνει το άτομο το εργασιακό στρες παίζει ο τύπος της προσωπικότητας του. Οι Friedman και Rosenman περιέγραψαν την προσωπικότητα τύπου A, ως άτομα που εργάζονται υπερβολικά, πολλές ώρες, πιέζουν τον εαυτό τους, προσπαθούν να επιτύχουν δύσκολους στόχους σε λίγο χρόνο, έχουν βλέψεις για κοινωνική άνοδο, έχουν κακές σχέσεις με τους συναδέλφους, αφού είναι ανταγωνιστικοί και εχθρικοί (Thornton et al., 2011). Αντίθετα, τα άτομα με προσωπικότητα τύπου B, λειτουργούν πιο χαλαρά, δεν πιέζονται από το χρόνο, είναι φιλόδοξα και εργατικά, αλλά δεν είναι έντονα ανταγωνιστικά. Η προσωπικότητα τύπου A αντιδρά πιο έντονα στους στρεσογόνους παράγοντες (Αδαμίδου. 2015). Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορούν να βοηθήσουν στην εμφάνιση εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας είναι: η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο φόβος αποτυχίας, οι υψηλές προσδοκίες, ο τρόπος που αντιμετωπίζει το άτομο τις πιεστικές καταστάσεις, η έντονη αυτοκριτική, η δυσκολία του ατόμου να επικοινωνήσει με τους συναδέλφους και τους ασθενείς, τα έντονα συναισθήματα που προκύπτουν από την έκθεση στον πόνο και το θάνατο (Χάρος και συν., 2017).

Επαγγελματικές Απαιτήσεις:

Κάποια επαγγέλματα, όπου τα επαγγέλματα υγείας, έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από κάποια άλλα. Τα επαγγέλματα υγείας είναι περισσότερο στρεσογόνα, καθώς από τους επαγγελματίες υγείας απαιτούνται δραστηριότητες, όπως η λήψη αποφάσεων, η εκτέλεση μη δομημένων καθηκόντων, η εκτέλεση των ίδιων καθηκόντων, η εκτέλεση δυσάρεστων καθηκόντων. Η εκτέλεση αυτών των δραστηριοτήτων αυξάνει το στρες που νιώθουν οι

εργαζόμενοι (Greenberg et al., 2013). Συγκεκριμένα, για τα επαγγέλματα υγείας, το αίσθημα ευθύνης για την ανθρώπινη ζωή επιβαρύνει τα άτομα με εργασιακό άγχος. Τα άτομα νιώθουν ότι κάποιο λάθος, που ενδεχομένως θα κάνουν, μπορεί να έχει μη αναστρέψιμα αποτελέσματα για κάποιον συνάνθρωπό τους (Χάρος και συν., 2017).

Ασάφεια Ρόλων:

Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν, επίσης, στρες το οποίο προέρχεται από την ασάφεια ρόλων. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο αισθάνεται αβεβαιότητα, όσον αφορά την ευθύνη που έχει, ποιες προσδοκίες υπάρχουν, πώς να διαχειριστεί το χρόνο του. Τα άτομα, συνήθως, δυσανασχετούν όταν βρίσκονται σε τέτοιες στρεσογόνες καταστάσεις (Greenberg et al., 2013). Όταν το άτομο αναλαμβάνει καθήκοντα και υποχρεώσεις, για τα οποία θεωρεί ότι δεν έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα, επιφορτίζεται με αίσθημα ανεπάρκειας (Iatronet, 2019).

Σύγκρουση Ρόλων:

Συχνά οι εργαζόμενοι καλούνται να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις του εργασιακού τους χώρου σε σχέση με αυτές της οικογένειας. Όταν το άτομο καλείται να ισορροπήσει την εργασιακή και τη μη εργασιακή ζωή, μπορεί να παρατήσει κάποιο από τα δύο. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες τα άτομα δίνουν περισσότερο χρόνο στην εργασία τους με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η προσωπική του ζωή. Όσο νιώθει ο εργαζόμενος ότι πρέπει να εναλλάσσει ρόλους, τόσο περισσότερο επηρεάζεται από το άγχος (Greenberg et al., 2013).

Υπερφόρτιση - Υποφόρτιση:

Η υπερφόρτιση δημιουργεί έντονο στρες στους εργαζόμενους. Σε πολλούς οργανισμούς τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει το επαγγελματικό περιβάλλον, καθώς έχουν οδηγηθεί σε μειώσεις προσωπικού. Αποτέλεσμα είναι κάποιοι υπάλληλοι, λιγότεροι σε αριθμό, να αναλαμβάνουν τα καθήκοντα και να εργάζονται περισσότερο. Από την άλλη, υπάρχει η περίπτωση της υποφόρτισης, κατά την οποία τα άτομα ασχολούνται με ελάχιστα καθήκοντα. Η κατάσταση αυτή οδηγεί το άτομο στην πλήξη και τη μονοτονία και είναι ιδιαίτερα στρεσογόνα (Greenberg et al., 2013).

Οργανωσιακή Κουλτούρα:

Η οργανωσιακή κουλτούρα και το άσχημο κλίμα μπορούν να αποτελέσουν πηγή στρες. Η κακή οργάνωση, η αναξιοκρατία, οι πολλές αλλαγές πολιτικών και διαδικασιών, επιδρούν

αρνητικά στην απόδοση των εργαζομένων. Σε περιπτώσεις που οι οργανισμοί βρίσκονται σε διαδικασίες αλλαγών, συγχωνεύσεων, μετακινήσεων προσωπικού, οι εργαζόμενοι έχουν έντονο το αίσθημα της ανασφάλειας, το αίσθημα ότι χάνουν τον έλεγχο. Τα συναισθήματα αυτά οδηγούν σε μειωμένη αποδοτικότητα και αναστάτωση της ψυχολογικής ισορροπίας. Τα τελευταία χρόνια με τις έντονες οργανωσιακές αλλαγές, όπως μετακινήσεις, μεταθέσεις, διαθεσιμότητα, αλλαγή καθηκόντων, οι εργαζόμενοι βιώνουν έντονα το εργασιακό stress (Ιορδάνογλου, 2008).

Κοινωνική Αναγνώριση:

Η κοινωνική αναγνώριση μπορεί να έχει το ρόλο αιτιολογικού παράγοντα για την εμφάνιση εργασιακού άγχους, παρόλο που δεν έχει μελετηθεί αρκετά. Η κοινωνική αναγνώριση μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Μέσα από την κοινωνική αναγνώριση ο επαγγελματίας υγείας παίρνει το θάρρος, ώστε να παραμείνει στο επάγγελμα και να βελτιώσει την αποδοτικότητα του. Ο εργαζόμενος που συμμετέχει ενεργά στο χώρο εργασίας του και θεωρεί ότι εξασφαλίζει την κοινωνική καταξίωση, μπορεί να αντιμετωπίσει θετικά την εργασία του. Από έρευνα που διενεργήθηκε σε νοσηλευτές της Ελλάδας, προέκυψε ότι το 87,1% έχει την αίσθηση ότι το επάγγελμα του δεν χαίρει κοινωνικής καταξίωσης, κάτι που είναι σε άμεση σχέση με το εργασιακό στρες. Είναι φανερό πως η έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης των επαγγελματιών υγείας οδηγεί στην αύξηση εμφάνισης του εργασιακού άγχους (Μουστάκα και συν., 2010).

Οικονομική Κρίση:

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει ιδιαίτερα τον εργαζόμενο στην Ελλάδα, έχει δημιουργήσει άγχος σε σχέση με την απώλεια της εργασίας του. Η οικονομική κατάσταση μιας χώρας μπορεί να επιδεινώσει την άσχημη κατάσταση, μπορεί να αυξήσει την ανεργία, να επηρεάσει αρνητικά τους δείκτες, και γενικότερα, την ποιότητα ζωής. Οι εργαζόμενοι νιώθουν φόβο και ανασφάλεια, εξαιτίας των περικοπών στους μισθούς, που μπορεί να οδηγηθεί μία χώρα εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης. Επίσης, οι ανεπαρκείς πόροι και η έλλειψη μέσων και υποδομών μπορούν να επιβαρύνουν τον εργαζόμενο με εργασιακό άγχος (Χάρος και συν., 2017).

Εκφοβισμός:

Ένας ακόμα αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης εργασιακού άγχους είναι η περίπτωση του εκφοβισμού (bullying). Ο εκφοβισμός μπορεί να έχει διάφορες μορφές, όπως έντονη και ανοιχτή επιθετικότητα ή αποκλεισμό με έμμεσο τρόπο, όπως συκοφαντία. Ο εκφοβισμός

στην εργασία αναφέρεται σε περιπτώσεις στις οποίες γίνεται προσπάθεια, από ένα ή περισσότερα άτομα, εξουθένωσης, καταπόνησης, βασανισμού, εξαίρεσης ή απομόνωσης του ατόμου από το εργασιακό του περιβάλλον. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί στον εργαζόμενο το αίσθημα της υποτίμησης και του φόβου. Στα επαγγέλματα υγείας συναντώνται καταστάσεις εκφοβισμού, οι οποίες στηρίζονται στις διαφορές στην ιεραρχία και στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Χάρος και συν, 2017).

Φύλο: Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνότερα καταστάσεις έντονου στρες και επηρεάζονται περισσότερο, σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με στρεσογόνες καταστάσεις, τόσο στην εργασία τους, όπως διακρίσεις, σεξουαλική παρενόχληση, όσο και στο σπίτι, όπως η ευθύνη για την ανατροφή των παιδιών. Διαφορές ανδρών-γυναικών υπάρχουν και στις μορφές που εκδηλώνεται το στρες. Το στρες στις γυναίκες προέρχεται από διάφορες πηγές (αλλαγές- πιέσεις- απαιτήσεις). Στους άνδρες, συνήθως, η δημιουργία στρες οφείλεται σε θέματα εργασιακής ανταγωνιστικότητας ή ασαφείς απαιτήσεις. Οι γυναίκες δεν μπορούν να διαχειριστούν το ίδιο ικανοποιητικά το εργασιακό στρες σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες έχουν διαχειριστούν πιο υψηλά ποσοστά στρες από τους άνδρες, λόγω της αντιμετώπισης. Οι άνδρες αντιδρούν πιο αποτελεσματικά στο στρες λόγω της σωματικής προδιάθεσης, της σωματικής αντοχής και της δύναμης (Greenberg et al., 2013, Νάκου, 2018).

1.4 Επιπτώσεις Εργασιακού Άγχους

Το εργασιακό άγχος μπορεί να έχει κόστος στα άτομα, αλλά και στον οργανισμό που εργάζονται. Στα άτομα αυξάνονται οι ψυχοσωματικές διαταραχές επηρεάζεται η ψυχική υγεία των εργαζομένων, τα άτομα οδηγούνται σε αυξημένη χρήση αλκοόλ, φαρμάκων, καπνού. Το εργασιακό άγχος εμποδίζει τον επαγγελματία υγείας να προσφέρει ποιοτική φροντίδα υγείας, βοηθά στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης και αυξάνει τα καταθλιπτικά επεισόδια. Η οικογένεια του ατόμου, που βιώνει έντονο εργασιακό άγχος, μπορεί ,επίσης, να επηρεαστεί. Συγκεκριμένα για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να αναφερθούν τρεις κατηγορίες συνεπειών του εργασιακού άγχους. Οι υποκειμενικές εμπειρίες, οι οποίες είναι ανησυχία, απόσπαση, το ίδιο το άτομο μπορεί να μην αναγνωρίζει τα συμπτώματα αυτά. Οι σωματικές συνέπειες, όλες οι ψυχοσωματικές διαταραχές. Αυτές μπορεί να είναι απλές, όπως ημικρανίες ή εξανθήματα στο δέρμα, πιο σοβαρές, όπως πόνοι στην πλάτη, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου ή πολύ σοβαρές, όπως

καρδιαγγειακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια. Τέλος οι αλλαγές στη συμπεριφορά, αυτές παρουσιάζονται στα πλαίσια του θυμού ή, σε πιο σοβαρές καταστάσεις, στο πλαίσιο της εξάρτησης (αλκοόλ). Επίσης, το άτομο μπορεί να παρουσιάσει άρνηση άσκησης καθηκόντων ή ανάληψης νέων, ένταση με τους συναδέλφους ή τους προϊσταμένους (Κοϊνής, 2014).

Το έντονο εργασιακό άγχος που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζει την σωματική και ψυχική τους υγεία και, ακολούθως, την ποιότητα ζωής τους. Τα προβλήματα του σύγχρονου ανθρώπου έχουν σχέση κατά 50% με το άγχος, άμεσα ή έμμεσα. Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι άμεσες ή μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες επιπτώσεις καταγράφονται ο πόνος στην πλάτη, ο πονοκέφαλος η κόπωση. Στις μακροπρόθεσμες καταγράφονται καρδιαγγειακά προβλήματα, υπέρταση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ψυχικές διαταραχές. Το συνεχές άγχος επιφέρει προβλήματα ύπνου, αδυναμία μάθησης (Quality in health, 2020).

Το εργασιακό άγχος μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς το καταστέλλει και καθιστά το άτομο πιο ευάλωτο σε λοιμώξεις. Επίσης, το στρες μπορεί να είναι υπεύθυνο για αυτοάνοσες θυρεοειδοπάθειες, όπως θυρεοειδίτιδα “Hashimoto”, υπερθυρεοειδισμός “Graves”, από τις οποίες πάσχει το 5% του πληθυσμού (Quality in health, 2020).

Επίσης η ύπαρξη έντονου άγχους επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι Friedman και Rosenman, με την περιγραφή τους για προσωπικότητα τύπου A και προσωπικότητα τύπου B, συνδέουν τα άτομα με προσωπικότητα τύπου A με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Καθώς τα άτομα αυτά βιώνουν εχθρική συμπεριφορά και θυμό, οδηγούνται σε αύξηση της αρτηριακής πίεσης και των ορμονών του στρες στο αίμα. Επίσης, το εργασιακό άγχος έχει ως αποτέλεσμα τις κακές διατροφικές συνήθειες, το στρες οδηγεί σε κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά, ζάχαρη, αλάτι (Στεφανίδου και συν., 2010).

Το εργασιακό στρες, επίσης, επηρεάζει έντονα το γαστρεντερικό σύστημα. Εμφανίζονται συμπτώματα επιβράδυνσης της γαστρικής κένωσης, καθώς και κινητικές διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος. Το άτομο μπορεί να έχει εναλλαγές δυσκοιλιότητας με διάρροια, δυσκολία στην πέψη των τροφών, μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών

από το έντερο. Το stress, με τους έντονους ρυθμούς εργασίας, μπορεί να οφείλεται για την εμφάνιση πεπτικού έλκους (Στεφανίδου και συν., 2010).

Τα επαγγέλματα υγείας, και συγκεκριμένα το νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι επαγγέλματα με μεγάλες σωματικές απαιτήσεις. Οι νοσηλευτές κατέχουν τα υψηλότερα ποσοστά μυοσκελετικών παθήσεων, σε σχέση με άλλα επαγγέλματα. Αυτές οι αυξημένες απαιτήσεις οδηγούν πολλές φορές τους επαγγελματίες στην αποχώρηση από την εργασία τους (Trinkoff et al., 2003). Οι πόνοι στην πλάτη ή οι πόνοι στον αυχένα οφείλονται, κυρίως, σε φυσικούς (ο χειρισμός των ασθενών, οι τραυματισμοί, η πολύωρη στατική εργασία, η κακή στάση κατά την εργασία) ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (χαμηλός βαθμός ικανοποίησης, έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους, πίεση χρόνου). Το ένα τρίτο των εργαζομένων αναφέρει τέτοιου είδους προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία του. Σχετική έρευνα στη Γερμανία αναφέρει ότι το 56% των αναφερόμενων ασθενειών των νοσηλευτών οφείλεται σε μυοσκελετικές παθήσεις (Simon et al., 2008).

Μεγάλες είναι οι συνέπειες του εργασιακού άγχους στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Από έρευνες έχει επιβεβαιωθεί ότι άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα αντιμετωπίζουν στην εργασία τους ασάφεια ρόλων, υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, συγκρούσεις, ευθύνη για ανθρώπινες ζωές. Για την εμφάνιση ψυχιατρικής νόσου, εκτός από το οικογενειακό ιστορικό και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, σημαντικό ρόλο παίζει το είδος του επαγγέλματος. Επαγγέλματα όπως κοινωνικοί λειτουργοί, επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικοί, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών και ψυχολογικών διαταραχών. Οι επαγγελματίες υγείας έχοντας να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερους εργασιακούς παράγοντες (ωράριο, φόρτος εργασίας, τραυματικά γεγονότα), βρίσκονται σε συνεχή κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικής διαταραχής. Ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες, όπως η έκθεση σε βία, μπορεί να οδηγήσουν σε μετατραυματικό στρες (Μουστάκα και συν., 2010). Η διαταραχή αυτή αποτελεί την καθυστερημένη αντίδραση του ατόμου σε ένα εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός. Συχνά άτομα που αδυνατούν να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις εμφανίζουν παράπονα, απογοήτευση, επιθετική συμπεριφορά, εχθρικήτητα. Η ένταση και η συχνότητα των προβλημάτων αυτών δείχνουν την πορεία τους, αν θα εξελιχθούν σε ψυχιατρικές διαταραχές, αν το άτομο θα χρειαστεί θεραπευτική αγωγή (Στεφανίδου και συν., 2010).

Όταν το άτομο παραμένει αρκετό χρονικό διάστημα σε μία στρεσογόνο κατάσταση μπορεί να αυξηθεί η περίπτωση εμφάνισης κατάθλιψης. Το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υψηλές απαιτήσεις. Επίσης, το στρες μπορεί να οφείλεται για την έναρξη και εξέλιξη της νόσου Αλτσχάιμερ, αυξάνει το σχηματισμό εγκεφαλικών βλαβών, οι οποίες είναι υπεύθυνες της νόσου και επηρεάζουν τις γνωστικές λειτουργίες (Στεφανίδου και συν., 2010).

Οι εργαζόμενοι που διακατέχονται από το εργασιακό στρες συχνά οδηγούνται σε κατανάλωση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι το 20% των επαγγελματιών υγείας κάνει χρήση αλκοόλ. Οι νοσηλευτές, περισσότερο από άλλους επαγγελματίες υγείας, δηλώνουν υψηλό ποσοστό στην κατανάλωση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Πιθανόν, η εύκολη πρόσβαση σε φάρμακα, η γνώση της δράσης των φαρμάκων, το μικρό κόστος του αλκοόλ, βοηθούν στη χρήση (Αθανασιάδης και συν., 2011).

Τέλος, ως επίπτωση του εργασιακού άγχους αναφέρεται η επαγγελματική εξουθένωση. Ο όρος θα αναλυθεί παρακάτω, παρόλα αυτά πρέπει να αναφερθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μία κατάσταση μείωσης των ενεργειακών πόρων, εξαιτίας του έντονου εργασιακού στρες. Οι επαγγελματίες υγείας οδηγούνται σε σωματική και ψυχική εξουθένωση. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα της έκθεσης του ατόμου, για μεγάλο χρονικό διάστημα, σε υψηλές εργασιακές απαιτήσεις (Στεφανίδου και συν., 2010).

Πίνακας 2: Συμπτώματα εργασιακού άγχους.

Γνωστικά Συμπτώματα	Συναισθηματικά Συμπτώματα
Προβλήματα Μνήμης	Κατάθλιψη ή Δυστυχία
Αδυναμία Συγκέντρωσης	Άγχος και Σύγχυση
Αρνητικές Σκέψεις	Νευρικήτητα – Ευερεθιστικότητα – Θυμός
Ανήσυχες Σκέψεις	Μοναξιά – Απομόνωση
Συνεχής Ανησυχία	Ψυχικά και Συναισθηματικά Προβλήματα Υγείας
Σωματικά Συμπτώματα	Συμπεριφορικά Συμπτώματα
Πόνος	Περισσότερη ή Λιγότερη Κατανάλωση Τροφής
Διάρροια ή Δυσκοιλιότητα	Περισσότερος ή Λιγότερος Ύπνος
Ναυτία - -Ζαλάδα	Απόσυρση
Πόνος στο στήθος – Αυξημένοι Καρδιακοί Παλμοί	Αναβλητικότητα - Παραμέληση Ευθυνών
Απώλεια Σεξουαλικής Διάθεσης	Χρήση Αλκοόλ, Τσιγάρου, Ναρκωτικών
Κρυολόγημα – Γρίπη	Νευρικές Συνήθειες (δάγκωμα νυχιών)

Πηγή: Helpguide, 2020.

1.5 Τρόποι Αντιμετώπισης

Η αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους είναι μία πολύπλευρη διαδικασία. πρέπει να συμπεριλαμβάνει την ανάλυση των κινδύνων, την ανάληψη μέτρων, τη χρήση εμπειρογνομόνων, τη συμμετοχή των εργαζομένων και τη συνεχή προσπάθεια για ενίσχυση της πρόληψης εμφάνισης συμπτωμάτων εργασιακού άγχους. Η πρόληψη του εργασιακού άγχους περιλαμβάνει την πρωτογενή πρόληψη, τη δευτερογενή πρόληψη και την τριτογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στην αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους μέσα από την αλλαγή στον τρόπο οργάνωσης και διαχείρισης της εργασίας. Τέτοιες ενέργειες μπορεί να είναι ο ανασχεδιασμός της εργασίας, η επίτευξη σωστής επικοινωνίας και η βελτίωση των συστημάτων αξιολόγησης. Οι οργανισμοί φροντίζουν για τη διαμόρφωση μιας

υγιούς εργασιακής κουλτούρας, υποστηρίζοντας τους εργαζόμενους και επιτυγχάνοντας τη διαχείριση του άγχους μέσα από την ενίσχυση της ευεξίας τους. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει την ανάπτυξη ατομικών ικανοτήτων διαχείρισης του εργασιακού άγχους, μέσα από την εκπαίδευση. Η εκπαίδευση μπορεί να αφορά τη σωστή διαχείριση του χρόνου και τη χαλάρωση. Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται σε παρεμβάσεις που αφορούν τη βελτίωση της προσαρμογής του ατόμου στο εργασιακό του περιβάλλον ή τη βελτίωση των σχέσεων του ατόμου με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους (European Commission, 2011).

Για να επιτευχθεί η σωστή αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους, από τους οργανισμούς, πρέπει πρώτα να γίνει η εκτίμηση και διαχείριση των παραγόντων κινδύνου. Η εκτίμηση και διαχείριση των κινδύνων εμφάνισης εργασιακού άγχους περιλαμβάνει την ανάλυση της κατάστασης, το σχεδιασμό ενός πλάνου δράσης για τη μείωση του εργασιακού άγχους, την εφαρμογή του πλάνου, την αξιολόγηση του και, τέλος, την εκπαίδευση. Βασικό στάδιο αποτελεί η διαχείριση των κινδύνων, στη φάση αυτή γίνεται διαχωρισμός των θέσεων εργασίας και αξιολόγηση για το ποιες θέσεις προκαλούν το περισσότερο άγχος. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα στατιστικά στοιχεία, όπως απουσίες, παραγωγικότητα. Στη συνέχεια, γίνεται μελέτη του τρόπου οργάνωσης και του τρόπου διοίκησης των θέσεων εργασίας, και λαμβάνονται υπόψη οι συνθήκες εργασίας. Μία ομάδα εργαζομένων μπορεί να αναλάβει το έργο αυτό και να συλλέξει τα στοιχεία. Έπειτα, με επικοινωνία με τους υπεύθυνους, γίνεται ενημέρωση για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν και σχεδιάζεται ένα πλάνο δράσης. Οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στη δημιουργία του πλάνου και προτείνουν τις δικές τους ιδέες (EU- OSHA, 2003).

Οι οργανισμοί οφείλουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά του εργασιακού άγχους ως οργανωσιακό πρόβλημα και να προχωρήσουν σε αντίστοιχες παρεμβάσεις, οι οποίες κρίνονται απαραίτητες μετά την εκτίμηση που έχει προηγηθεί. Τέτοιες παρεμβάσεις είναι η δημιουργία προγραμμάτων εργασίας (πρόγραμμα διαχείρισης stress), συμμετοχή των εργαζομένων στις αποφάσεις και στη λήψη μέτρων, δυνατότητα εργαζομένων για σχηματισμό επιτροπών, τα καθήκοντα των εργαζομένων να συνάδουν με τις ικανότητές τους, δυνατότητα του εργαζομένου να αποχωρεί από τη θέση του εάν πιέζεται, σαφήνεια στους ρόλους για αποφυγή συγκρούσεων, καθήκοντα σχεδιασμένα για να ενθαρρύνουν τους εργαζομένους (Πανταζοπούλου, 2003).

Πολλοί οργανισμοί, αναγνωρίζοντας το πόσο επιζήμιο μπορεί να είναι το εργασιακό άγχος, οδηγούνται στη δημιουργία και πραγματοποίηση προγραμμάτων για την ελαχιστοποίηση των συνεπειών. Τα προγράμματα έχουν σκοπό να επιτύχουν μείωση των απουσιών από την εργασία, υγιέστερους υπαλλήλους, αύξηση της παραγωγικότητας. Τέτοια προγράμματα είναι το Πρόγραμμα Αρωγής Εργαζομένων (Employee Assistance Programs - EAPs), το Πρόγραμμα Διαχείρισης Στρες (Stress Management Programs), το Πρόγραμμα Ευεξίας (Wellness Programs). Το πρόγραμμα αρωγής εργαζομένων αποτελεί πρόγραμμα που έχει δημιουργηθεί για να βοηθάει τους εργαζόμενους σε συγκεκριμένα προβλήματα, όπως η κατάχρηση ουσιών, τα οικονομικά- νομικά προβλήματα. Το πρόγραμμα διαχείρισης στρες αφορά την εκπαίδευση των εργαζομένων σε τεχνικές διαλογισμού και χαλάρωσης. Πολλοί οργανισμοί αναγνωρίζουν την ανάγκη και τη χρησιμότητα των σύντομων διαλειμμάτων για χαλάρωση. Το πρόγραμμα ευεξίας αναφέρεται στην εκπαίδευση των εργαζομένων για υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής. Στα προγράμματα αυτά πραγματοποιούνται εργαστήρια, στα οποία οι εργαζόμενοι μαθαίνουν τρόπους να βελτιώσουν την υγεία τους και να μειώσουν το στρες. Επίσης, στα εργαστήρια αυτά παρουσιάζονται θέματα όπως διατροφή, άσκηση, διαχείριση βάρους (Greenberg et al., 2013).

Κάθε οργανισμός πρέπει να παροτρύνει τους εργαζόμενους για επικοινωνία, για συνομιλία, για συνεργασία. Πρέπει να εξασφαλίζει υγιές και σταθερό περιβάλλον εργασίας. Με το ρυθμό που εμφανίζεται το εργασιακό άγχος τα τελευταία χρόνια, κάθε οργανισμός πρέπει να διαθέτει σύστημα εκτίμησης και διαχείρισης άγχους. Οι οργανισμοί πρέπει να παρέχουν ιατρό εργασίας, σύστημα διοίκησης ανθρώπινων πόρων, εκπαίδευση. Η στρατηγική που πρέπει να ακολουθεί ο οργανισμός, για τη σωστή διαχείριση του άγχους, είναι η παρότρυνση των εργαζομένων να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του άγχους, η ενθάρρυνση των εργαζομένων να παραδέχονται τις εργασιακές πιέσεις που βιώνουν, η κατανόηση των παραγόντων άγχους, η εφαρμογή στρατηγικών διαχείρισης άγχους (Perpen, 2020).

Εκτός από τις παρεμβάσεις ενός οργανισμού, υπάρχουν διάφορες τεχνικές, τις οποίες μπορεί ο ίδιος ο εργαζόμενος να χρησιμοποιήσει, για την αντιμετώπιση του στρες.

1. Διαχείριση χρόνου: Διαχείριση χρόνου αποτελεσματικά, ολοκλήρωση υποχρεώσεων.
2. Κοινωνική Υποστήριξη: Αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων μαζί με άλλους.
3. Υγιεινή διατροφή – Καλή σωματική κατάσταση: Κατανάλωση φρούτων- λαχανικών, μείωση λιπαρών- αλατιού. Τακτική σωματική άσκηση (Greenberg, 2013).

4. Χαλάρωση- Διαλογισμός: Καθάρισμα μυαλού από εξωτερικές σκέψεις, χρήση συστηματικού τρόπου χαλάρωσης. Η χαλάρωση βοηθά στη μείωση της έντασης των μυών.
5. Διάλειμμα: Μερικά λεπτά προσωπικού χρόνου, κατά τη διάρκεια μιας κουραστικής μέρας, μπορούν να είναι αναζωογονητικά. Χρήση αδειών, όποτε αυτό είναι δυνατό (Mayoclinic, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ

ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

2.1 Ορισμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει απασχολήσει τις κοινωνικές επιστήμες, καθώς και τους ειδικούς σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης. Έχει αναγνωριστεί η βαρύτητα των επιπτώσεων του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο άτομο, την παραγωγή και την οικονομία (Κουτελέκος και συν., 2007).

Ο αγγλικός όρος “burnout” που χρησιμοποιείται μεταφράζεται ως “ αναλάνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης” (Κουτελέκος και συν., 2007). Τα τελευταία χρόνια το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα από τα πιο συζητημένα προβλήματα ψυχικής υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι άνθρωποι βιώνουν μία συνεχώς αυξανόμενη πίεση στην καθημερινή τους ζωή και την εργασιακή τους ζωή, στα πλαίσια ενός κόσμου που έχει να αντιμετωπίσει πολλαπλές κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις. Ως αποτέλεσμα, οι εργαζόμενοι εμφανίζουν εργασιακό στρες, κόπωση και εξάντληση (Heinemann et al., 2017).

Το 1974, για πρώτη φορά, χρησιμοποιήθηκε ο όρος “επαγγελματική εξουθένωση” (professional burnout) από τον Freudenberger. Ο Freudenberger προχώρησε σε καταγραφή

των συμπτωμάτων της ψυχικής και σωματικής εξουθένωσης σε διάφορους επαγγελματίες, αλλά και συγκεκριμένα σε επαγγελματίες υγείας. Ως πιο αποδεκτός ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης αναγνωρίζεται ο ορισμός της Christina Maslach (1982). Ο ορισμός περιγράφει “ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, όπου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του και τα συναισθήματα του προς τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και την απόδοση του, και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του”(Παππά και συν., 2008).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει διαγνωσθεί σε πολλά επαγγέλματα, όπως επαγγέλματα υγείας, δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργαζόμενοι στον οικονομικό τομέα (Heinemann et al., 2017). Οι έρευνες που έχουν προηγηθεί, σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, ασχολούνται κυρίως με επαγγέλματα που έχουν άμεση σχέση με τον άνθρωπο. Οι εργαζόμενοι που έχουν σαν βασικό στοιχείο του επαγγέλματος τους τον άνθρωπο, συνήθως, ξεκινούν την εργασία τους με υψηλούς στόχους για την παροχή υπηρεσιών. Στις περιπτώσεις αυτές, ο εργαζόμενος μπαίνει σε μία διαδικασία προσφοράς συναισθηματικής, γνωσιακής και σωματικής ενέργειας. Ο εργαζόμενος έχει να αντιμετωπίσει από τη μία το μεγάλο φόρτο εργασίας, από την άλλη τις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις των καταναλωτών των υπηρεσιών και τις μειώσεις σε δαπάνες και προσωπικό. Ως αποτέλεσμα δημιουργείται η συναισθηματική εξάντληση, η διανοητική κούραση και η σωματική κούραση, το σύνδρομο δηλαδή της επαγγελματικής εξουθένωσης (Αντωνίου, 2008). Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια το σύνδρομο δεν κάνει διακρίσεις και δεν αφορά μόνο τα επαγγέλματα υγείας και τα επαγγέλματα που έρχονται σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Οι επαγγελματίες όλων των κλάδων μπορούν να βιώσουν την εξάντληση και την αδυναμία επικοινωνίας με τους συναδέλφους (Επιχειρώ, 2019).

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (reduced feeling of personal accomplishment) και η αποπροσωποποίηση (depersonalization). Συναισθηματική Εξάντληση: Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μία σχέση αλληλεπίδρασης με το εργασιακό τους περιβάλλον. Όταν οι συνθήκες που επικρατούν είναι στρεσογόνες, ο εργαζόμενος οδηγείται σε συναισθηματική υπερφόρτιση, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις (Κουτελέκος και συν., 2007). Η συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από εμφάνιση ψυχικών συμπτωμάτων άγχους, αγωνίας, χρόνιας κόπωσης,

σεξουαλικής δυσλειτουργίας και σωματικών συμπτωμάτων δυσπεψίας, κεφαλαλγιών, μυαλγιών (Gomez- Gascon et al., 2013).

Αποπροσωποποίηση: Ως άμυνα σε αυτές τις συνθήκες, ο εργαζόμενος αναπτύσσει μία απρόσωπη σχέση με τον ασθενή και, πολλές φορές, εμφανίζει μία συμπεριφορά αρνητική ή κυνική (Maslach et al., 1981). Η αποπροσωποποίηση οδηγεί τον εργαζόμενο σε απομάκρυνση από τον ασθενή, σε απομόνωση, σε ανυπαρξία, σε αποθάρρυνση (Gomez- Gascon et al., 2013).

Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων: Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων χαρακτηρίζεται από έλλειψη προσωπικής ολοκλήρωσης και δημιουργεί μία αρνητική στάση του εργαζομένου απέναντι τόσο στην εργασία του, όσο και στον εαυτό του, μειώνει την παραγωγικότητα του, μειώνει την αυτοεκτίμησή του, μειώνει το ενδιαφέρον του για την εργασία του (Gomez- Gascon et al., 2013).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ατόμου. Επίσης, σοβαρές είναι οι συνέπειες και για το εργασιακό περιβάλλον και για τον ίδιο τον οργανισμό, καθώς τα συμπτώματα οδηγούν σε απουσίες, άδειες, απώλεια παραγωγικότητας, κινητικότητα στην εργασία (Gomez- Gascon et al., 2013).

Η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, διεθνώς, γίνεται με τη χρήση της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας (staff burnout scale for health professionals - SBS-HP) του Jones και με τη χρήση ερωτηματολογίου καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI), το οποίο ήταν δημιουργία των Maslach και Jackson, και μετρά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το MBI αποτελεί ένα από τα πρώτα επικυρωμένα όργανα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και χρησιμοποιείται συνεχώς στην επιστημονική έρευνα (Παππά και συν., 2008). Παρά το γεγονός ότι το MBI έχει καλές αναφορές αξιοπιστίας και εγκυρότητας, έχει δεχθεί έντονη κριτική σε σχέση με τη διατύπωση και τη βαθμολόγηση των αντικειμένων (Wilkinson et al, 2017).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα από τα τέσσερα πιο συχνά προβλήματα σε σχέση με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη. Συχνότερη είναι η εμφάνιση σε συγκεκριμένα

επαγγέλματα, όπως των ιατρών και των νοσηλευτών. Στους ιατρούς τα ποσοστά εμφάνισης συναισθηματικής εξάντλησης είναι 10- 56%, τα ποσοστά εμφάνισης αποπροσωποποίησης είναι 13- 47% και τα ποσοστά έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων είναι 4- 59% . Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους νοσηλευτές είναι 15- 50%, 7- 37%, 25 -76%. (Παππά και συν., 2008). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρουν ότι το 40% των οικογενειακών ιατρών αντιμετωπίζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Gomez- Gascon et al., 2013).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα σύνολο συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται όταν ο εργαζόμενος χάνει τα κίνητρα του για εργασία, και τα οποία πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα, αφού ο εργαζόμενος βιώνει τις συνέπειες στην κοινωνική και προσωπική του ζωή. Διάφορες μελέτες σε Ευρώπη, Αυστραλία, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και Καναδά αποκαλύπτουν ότι ο νέος αυτός ψυχιατρικός όρος έχει κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις (Επιχειρώ, 2019).

2.2 Θεωρητικά Μοντέλα

Τα κύρια θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης προσπαθούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο μέσα από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον. Άλλα μοντέλα προσπαθούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο μέσα από τα χαρακτηριστικά της οργάνωσης και τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας. Ενώ άλλα μοντέλα εστιάζουν στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Φαίνεται να ενισχύεται η άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται στην αλληλεπίδραση των παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος με τα χαρακτηριστικά του (Θεοφίλου, 2009).

2.2.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το μοντέλο της Maslach αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι οποίες αντιπροσωπεύουν κάποιες κατηγορίες συμπτωμάτων (Θεοφίλου, 2009). Από την περιγραφή που προηγήθηκε, γίνεται αντιληπτό ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια. Αυτό το πολύπλοκο φαινόμενο μπορεί να αποτελέσει μία διαδικασία φθοράς ή μία προσπάθεια εκμετάλλευσης των πόρων που έχει στη διάθεσή του ο εργαζόμενος (Αντωνίου, 2008).

2.2.2 Το μοντέλο της Pines (1988)

Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται, από την Pines και τους συνεργάτες της, ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης, η οποία οφείλεται σε μεγάλης διάρκειας συμμετοχή σε συναισθηματικά απαιτητικές καταστάσεις. Με τον ορισμό αυτό η επαγγελματική εξουθένωση δεν αναφέρεται μόνο σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας και τους οργανισμούς, αλλά μπορεί να αφορά και συζυγικές σχέσεις ή πολιτικές συγκρούσεις. Ως μέθοδος μέτρησης χρησιμοποιείται το Burnout Measure (BM). Η Pines και οι συνεργάτες της ξέφυγαν από τον αρχικό ορισμό και οδηγήθηκαν προς έναν εμπειρικό ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, κατά τον οποίο η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο συμπτωμάτων που μπορούν να εμφανιστούν ταυτόχρονα, όπως απόγνωση, αδυναμία, αίσθηση ότι ο εργαζόμενος είναι παγιδευμένος, μειωμένη αυτοεκτίμηση, ευερεθιστικότητα. Η μέτρηση της Pines θεωρείται μονοδιάστατη, δίνει μόνο μία σύνθετη βαθμολογία εξάντλησης (Αντωνίου, 2008).

2.2.3 Το μοντέλο των Edelwich και Brodksy (1980)

Στο μοντέλο των Edelwich και Brodksy η επαγγελματική εξουθένωση που εμφανίζουν οι εργαζόμενοι χαρακτηρίζεται από τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, ο εργαζόμενος εμφανίζει ενθουσιασμό για το επάγγελμα που έχει διαλέξει, διαμορφώνει στόχους και προσδοκίες. Το δεύτερο στάδιο ακολουθεί όταν έχουν διαψευστεί οι προσδοκίες του εργαζόμενου και ο ίδιος περνά στη φάση της “αμφιβολίας” και της “αδράνειας”. Ο εργαζόμενος οδηγείται στα στάδια της “απογοήτευσης και της ματαίωσης, αφού δεν ικανοποιείται από την εργασία του. Τέλος, ακολουθεί το στάδιο της “απάθειας (Κουτελέκος και συν., 2007). Πιο αναλυτικά, το στάδιο του ενθουσιασμού αναφέρεται στην κατάσταση που βρίσκεται το άτομο όταν ξεκινά μία νέα εργασία, αισθάνεται ενθουσιασμό, θέτει υψηλούς στόχους. Ως αποτέλεσμα, το άτομο μπορεί να αφιερώσει πολύ χρόνο στην εργασία του, να επενδύσει παραπάνω από ό,τι πρέπει στην εργασία του, καθώς και στις σχέσεις του με τους ασθενείς. Προσπαθεί να αντλήσει ικανοποίηση από την εργασία του, αφιερώνοντας πολύ χρόνο σε αυτή. Το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας αναφέρεται στη διαπίστωση του εργαζομένου ότι η εργασία του δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του και δεν του προσφέρει ικανοποίηση, με αποτέλεσμα να εμφανίζει συμπτώματα απογοήτευσης. Θεωρεί ότι αν εργαστεί πιο σκληρά θα μπορέσει να αλλάξει την κατάσταση, έτσι εργάζεται περισσότερες ώρες, παρακολουθεί προγράμματα και σεμινάρια. Αρχίζουν να τον απασχολούν ζητήματα που παλαιότερα δεν θεωρούσε ιδιαίτερης σημασίας, νιώθει ότι η

εργασία δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά της προσωπικής του ζωής (Δημητρόπουλος και συν., 2008). Ακολουθεί το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης, στο οποίο ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται την αδυναμία ολοκλήρωσης μέσα από την εργασία του, νιώθει απογοητευμένος. Χρειάζεται να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του ή να αποφασίσει να αποχωρήσει από την εργασία που του προκαλεί τα συναισθήματα αυτά (Edelwich et al., 1980, Θεοφίλου, 2009). Το τελευταίο στάδιο είναι αυτό της απάθειας. Ο εργαζόμενος αρνείται να αναλάβει οποιαδήποτε ευθύνη και, παράλληλα, προσπαθεί να αντιμετωπίσει το αίσθημα ματαίωσης που βιώνει. Παραμένει στην εργασία του για βιοποριστικούς λόγους. Αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών, δεν ενδιαφέρεται για την απόδοση του, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένταση στην εργασία και το άτομο να εισέρχεται σε μία αδιέξοδη φάση της ζωής του (Μαντζάρη, 2018).

2.2.4 Το μοντέλο του Cherniss (1980)

Το μοντέλο του Cherniss περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως διαδικασία, και όχι ως ένα μεμονωμένο συμβάν. Η διαδικασία αυτή ακολουθεί τρία στάδια. 1ο στάδιο: Το εργασιακό στρες, οι εργασιακοί στόχοι είναι αδύνατο να επιτευχθούν λόγω έλλειψης πόρων. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής, της σύγκρουσης του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος του εργαζόμενου (Θεοφίλου, 2009). 2ο στάδιο: Η εξάντληση, αφού το άτομο βιώνει εργασιακό στρες απαντά με συναισθηματική εξάντληση, η οποία εμφανίζεται ως κόπωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια, ανία. Η εργασία αποτελεί πηγή εξάντλησης για τον εργαζόμενο, ο εργαζόμενος βρίσκεται συνεχώς σε ένταση. 3ο στάδιο: Η αμυντική κατάληξη, ο εργαζόμενος προχωρά σε αλλαγές στην στάση και στην συμπεριφορά του. Υιοθετεί συναισθήματα κυνισμού και απάθειας, προσπαθώντας έτσι να επιβιώσει στο δύσκολο περιβάλλον της εργασίας του (Παγώνη, 2018). Οι αλλαγές αυτές μπορούν να μειώσουν τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες, οπότε ο εργαζόμενος μπορεί να ανακουφιστεί και να επιβιώσει επαγγελματικά (Cherniss, 1980, Νότα- Μόσχου, 2018).

2.3 Παράγοντες Εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Αρκετοί επιστήμονες έχουν αναγνωρίσει τη συσχέτιση της εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με παράγοντες ατομικούς, παράγοντες εργασιακούς, παράγοντες δημογραφικούς, παράγοντες διοικητικούς. Οι ατομικοί παράγοντες αναφέρονται στην προσωπικότητά του εργαζόμενου, την αισιοδοξία του και την ωριμότητα του. Οι εργασιακοί παράγοντες αναφέρονται στην εργασιακή ικανοποίηση, σε σχέση με το

εργασιακό άγχος, και στο κλίμα που επικρατεί στην εργασία, τόσο στην κοινωνική, όσο και στην δομική του διάσταση. Οι δημογραφικοί παράγοντες αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι διοικητικοί παράγοντες αναφέρονται στην ασφάλεια, τη μονιμότητα, το σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας (Καρανιάδου και συν., 2006).

Τα περισσότερα μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης καθιστούν σαφές ότι συγκεκριμένοι παράγοντες οφείλονται για την εμφάνιση του συνδρόμου και ότι, αφού εμφανιστεί, έχει συγκεκριμένες συνέπειες (Maslach et al., 2016).

Οργανωσιακοί Παράγοντες: Οι Maslach και Leiter αναφέρουν ότι για την επαγγελματική εξουθένωση έχει αναγνωριστεί μία πληθώρα οργανωσιακών παραγόντων κινδύνου σε πολλές χώρες, για πολλά επαγγέλματα. Έχουν αναγνωριστεί έξι βασικοί τομείς, ο φόρτος εργασίας, ο έλεγχος, η ανταμοιβή, η κοινότητα, η δικαιοσύνη, οι αξίες (Maslach et al., 2016).

1. Ο εργασιακός φόρτος ενισχύει την επαγγελματική εξουθένωση, αφού κάνει το άτομο ανίκανο να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της δουλειάς. Όταν η κατάσταση αυτή έχει μακρά διάρκεια, ο εργαζόμενος έχει λίγες πιθανότητες για ανάπαυση και αποκατάσταση ισορροπίας. Αντίθετα, όταν ο εργασιακός φόρτος είναι διαχειρίσιμος, προσφέρει ευκαιρίες και δυνατότητα στον εργαζόμενο να τον χρησιμοποιήσει και να βελτιώσει τις ικανότητές του.
2. Σύνδεση, επίσης, υπάρχει ανάμεσα στον έλεγχο και την επαγγελματική εξουθένωση. Όταν στους εργαζόμενους δίνεται η δυνατότητα να επηρεάσουν τις αποφάσεις που σχετίζονται με την εργασία τους, να είναι αυτόνομοι και να έχουν τους απαραίτητους πόρους, είναι πιθανότερο να βιώνουν αισθήματα δέσμευσης για την εργασία τους.
3. Ο τομέας της ανταμοιβής αναφέρεται στη δύναμη της ενίσχυσης για τη διαμόρφωση συμπεριφορών. Η μη ικανοποιητική αναγνώριση και ανταμοιβή των εργαζομένων τους καθιστά ευάλωτους στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς έτσι υποτιμούνται τόσο η εργασία, όσο και οι εργαζόμενοι.
4. Ο τομέας της κοινότητας αναφέρεται στη συνεχή σχέση των εργαζομένων με τους συναδέλφους. Όταν η σχέση αυτή χαρακτηρίζεται από έλλειψη στήριξης, έλλειψη εμπιστοσύνης και συγκρούσεις, υπάρχει μεγάλος φόβος για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

5. Η δικαιοσύνη αναφέρεται στο επίπεδο όπου οι αποφάσεις στην εργασία θεωρούνται δίκαιες και ισότιμες. Όταν οι εργαζόμενοι νιώθουν ότι δεν χαιρούν ίσης αντιμετώπισης - σεβασμού, εμφανίζουν εχθρότητα, κυνισμό, θυμό.

6. Οι αξίες αναφέρονται στη δύναμη των στόχων και των προσδοκιών της εργασίας, οι οποίοι, αρχικά, προσέλκυσαν το άτομο στη συγκεκριμένη εργασία. Αυτές οι αξίες προωθούν τη σχέση μεταξύ του ατόμου και του εργασιακού του περιβάλλοντος. Όταν οι αξίες αυτές συγκρούονται, και δημιουργείται χάσμα μεταξύ οργανωτικών και προσωπικών αξιών, οι εργαζόμενοι οδηγούνται προς την εξάντληση, καθώς δεν ξέρουν αν πρέπει να κάνουν τη δουλειά που θέλουν ή τη δουλειά που πρέπει να κάνουν (Maslach et al., 2016).

Δημογραφικοί Παράγοντες: Στους δημογραφικούς παράγοντες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης καταγράφονται η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο.

Η ηλικία μπορεί να έχει αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη μελέτη των Molero- Jur ado et al. (2018), αναφέρεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συχνός σε νεότερους ανθρώπους. Η αυτοαποτελεσματικότητα και η σωστή διαχείριση του στρες αποτελούν προστατευτικά μέτρα κατά της εξάντλησης. Καθώς, οι νεότεροι εργαζόμενοι έχουν λιγότερη εργασιακή εμπειρία, επομένως και λιγότερες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, είναι πιθανότερο να εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, σε μελέτη των Καρανιάδου και συν. (2006), αναφέρεται ότι οι νεότεροι εργαζόμενοι περισσότερο εμφανίζουν το αίσθημα μειωμένης επίτευξης στόχων, σε σχέση με παλαιότερους ιατρούς.

Όσον αφορά τη σχέση φύλου και επαγγελματικής εξουθένωσης, τα αποτελέσματα είναι αλληλοσυγκρουόμενα, αν και σε πολλές μελέτες παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά σε γυναίκες. Σε μελέτη του Διλιντά (2010), δεν προέκυψε σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο των εργαζομένων και την επαγγελματική εξουθένωση, παρόλα αυτά οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίαζαν μεγαλύτερες τιμές συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ οι άνδρες παρουσίαζαν μεγαλύτερο αίσθημα αποπροσωποποίησης.

Η οικογενειακή κατάσταση του εργαζόμενου σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση. Ο γάμος αποδεικνύεται να λειτουργεί προστατευτικά για τις γυναίκες. Όταν ο εργαζόμενος

έχει την υποστήριξη του/ της συζύγου, έχει μία ισορροπημένη οικογενειακή ζωή, προστατεύεται από την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (Παππά και συν., 2008).

Οι εργαζόμενοι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν συχνότερα επαγγελματική εξουθένωση. Οι εργαζόμενοι αυτοί, συνήθως, ασκούν κάποιο επάγγελμα ευθύνης, έχουν μεγάλες προσδοκίες, οι οποίες αν δεν επιτευχθούν απογοητεύονται (Παγώνη, 2018). Στη μελέτη του Διλιντά, αναφέρεται ότι η εκπαίδευση συνδέεται αρνητικά με την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και θετικά με την έλλειψη επίτευξη στόχων.

Ατομικοί Παράγοντες: Οι ατομικοί παράγοντες είναι παράγοντες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης που έχουν σχέση με τον εργαζόμενο ως άτομο και ως προσωπικότητα (Δημητρόπουλος και συν., 2008). Κάποια από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι η ενδυνάμωση, η ενσυναίσθηση, η αίσθηση αποτελεσματικότητας, η ανθεκτικότητα στο στρες, η καλή ψυχική διάθεση. Οι εργαζόμενοι που θέλουν να είναι συνεπείς στην εργασία τους και είναι αρκετά ενσυνείδητοι, εμφανίζουν συχνότερα επαγγελματική εξουθένωση. Οι εργαζόμενοι που επιθυμούν να λειτουργούν ενσυνείδητα στην εργασία τους και είναι αφοσιωμένοι σε αυτήν, βιώνουν αυξημένο άγχος και οδηγούνται στην εξάντληση λόγω της πίεσης για την επίτευξη των στόχων τους. Ο εργαζόμενος που αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την πίεση έχει μικρότερες πιθανότητες εμφάνισης εξάντλησης, ενώ άτομα που δεν είναι ανθεκτικά στο άγχος της εργασίας τους είναι παραπάνω ευάλωτα. Έχει αποδειχθεί ότι, όταν ο εργαζόμενος διαθέτει μία δυναμική προσωπικότητα, μειώνονται οι πιθανότητες να παρουσιάσει επαγγελματική εξουθένωση (Νότα- Μόσχου, 2018). Όταν ο εργαζόμενος νιώθει ότι δεν αντλεί πλέον ικανοποίηση από την εργασία του ή όταν νιώθει ότι δεν μπορεί να πραγματοποιήσει τις προσδοκίες του οδηγείται στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Pines, 2000)

Πίνακας 3: Παράγοντες κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρούς.

Επαγγελματικοί Παράγοντες
Μεγάλος φόρτος εργασίας
Χαμηλή υποστήριξη από ανώτερους και συναδέλφους
Έλλειψη δυνατότητας ελιγμών
Έλλειψη ισότητας
Σύγκρουση αξιών ιδρύματος με προσωπικές αξίες
Υπερβολική επαγγελματική δέσμευση
Υψηλές συναισθηματικές ανάγκες που σχετίζονται με την εργασία
Προσωπικοί Παράγοντες
Όχι αρκετός χρόνος για προσωπική ζωή
Κατάχρηση ουσιών
Ανταγωνιστικότητα
Τελειομανία
Απουσία χόμπι, άσκησης
Δυσκολία στη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων
Άνδρες ιατροί πάσχουν περισσότερο από αποπροσωποποίηση
Γυναίκες ιατροί πάσχουν περισσότερο από συναισθηματική εξάντληση
Κρίση μέσης ηλικίας για ιατρούς ηλικίας 45- 55 ετών
Περιβαλλοντικοί Παράγοντες
Χαμηλή υποστήριξη από φίλους και οικογένεια
Άγαμοι
Χωρίς παιδιά ή παιδιά έως 6 ετών
Παράγοντες Φροντίδας
Συμπόνια για τους ασθενείς
Συναισθηματική καταπόνηση
Σύγχυση

Πηγή: Thirigoux et al., 2016.

2.4 Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στα επαγγέλματα υγείας θεωρείται μεγαλύτερης σημασίας από την εμφάνισή της σε άλλα επαγγέλματα. Για παράδειγμα, είναι διαφορετικό εάν ένας βιβλιοθηκάριος νιώθει εξάντληση, από το να νιώθει εξάντληση ένας νοσηλεύτης, ο οποίος καλείται να αντιμετωπίσει θέματα ζωής και θανάτου. Η σημασία της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας γίνεται ξεκάθαρη από τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει (Παππά και συν., 2008).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει αρνητικές επιπτώσεις στην εργασιακή καθημερινότητα των εργαζομένων, στην προσωπική τους ζωή, αλλά και στην οικογενειακή τους ζωή. Οι συνέπειες αυτές επιβαρύνουν το άτομο σωματικά, ψυχολογικά και πνευματικά (Νότα- Μόσχου, 2018).

Ο εργαζόμενος μπορεί να βιώσει οργανικά συμπτώματα από την επαγγελματική εξουθένωση, όπως μικροενοχλήσεις, αλλά και να έρθει αντιμέτωπος με πιο σοβαρά προβλήματα υγείας, συναισθηματικές ενδείξεις, όπως αποθάρρυνση, μειωμένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη αυτοπεποίθηση. Επίσης, μπορεί να βιώσει συμπτώματα συμπεριφοράς, όπως αδιαφορία, έλλειψη ενδιαφέροντος, έλλειψη σεβασμού προς τους ασθενείς. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να έχουν αντίκτυπο στην προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου, καθώς η εξάντληση επηρεάζει την ικανοποίησή του. Ο εργαζόμενος μεταφέρει τα προβλήματα της εργασίας του στην οικογένειά του και τον κοινωνικό του περίγυρο, έτσι αυξάνονται οι εντάσεις και μειώνεται το ενδιαφέρον του για κοινωνικές συναναστροφές. Ο κάθε εργαζόμενος, όμως, βιώνει με διαφορετικό τρόπο την επαγγελματική εξουθένωση και εμφανίζει διαφορετικά συμπτώματα (Παππά και συν., 2008).

Όταν το άτομο εμφανίζει επαγγελματική εξουθένωση και βιώνει δυσαρέσκεια, απογοήτευση, αποπροσωποποίηση, παρουσιάζει έντονα την ανάγκη να απουσιάσει από την εργασία του, να απομακρυνθεί από αυτή, να κάνει περισσότερα διαλείμματα, να παίρνει περισσότερες άδειες. Μερικοί εργαζόμενοι, όταν βρίσκονται σε τέτοια κατάσταση, μπορεί να επιχειρήσουν να αλλάξουν δουλειά, να μετακινηθούν, ώστε να μπορέσουν να ξεφύγουν από την επίπονη, γι' αυτούς, κατάσταση (Καλμαντή, 2016). Επίσης, συμπτώματα που αφορούν τη συμπεριφορά του εργαζομένου, είναι η μείωση της παρατηρητικότητας, τα λάθη, οι εσφαλμένες αποφάσεις, οι απροσεξίες και τα ατυχήματα (Νότα- Μόσχου, 2018).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να είναι και ψυχολογικές. Οι επιπτώσεις αυτές έχουν τη μορφή της κατάθλιψης, το σύνδρομο του μετατραυματικού στρες, των αγχωδών διαταραχών του άγχους. Το άτομο νιώθει συνεχώς κουρασμένο, δεν έχει διάθεση να επενδύσει στην εργασία του, νιώθει να μειώνεται η ενεργητικότητά του. Όλα αυτά τα συναισθήματα κατακλύζουν τον εργαζόμενο και τον καθιστούν ανίκανο να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της εργασίας του (Νότα- Μόσχου, 2018).

Η εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να οδηγήσει σε μη σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, σε δυσμενή έκβαση των ασθενών, σε μη ικανοποίηση των ασθενών από το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Από μελέτες που διενεργήθηκαν, για τη σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και δεικτών (όπως

ικανοποίηση των ασθενών, ιατρικά σφάλματα), αποδεικνύεται ότι τα συμπτώματα του συνδρόμου μπορούν να επηρεάσουν τους δείκτες (Παππά και συν., 2008).

Επίσης, μπορεί να επηρεαστεί η παραγωγικότητα του εργαζομένου. Στις περιπτώσεις που ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχοκοινωνικά, φυσικά, εργασιακά, τότε επηρεάζεται η απόδοση του και δημιουργείται μία κατάσταση που ονομάζεται τυπική παρουσία (presenteeism). Ο εργαζόμενος βρίσκεται στην εργασία του, αλλά η ψυχική του υγεία δεν του επιτρέπει να αποδώσει ικανοποιητικά. Αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας του, μειώνεται η παραγωγικότητα του (Κυριακοπούλου, 2014).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν, εκτός από τον ίδιο τον εργαζόμενο, και τον οργανισμό στον οποίο απασχολείται. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει μεγάλη οικονομική επιβάρυνση στους οργανισμούς, εξαιτίας των συχνών απουσιών, της μειωμένης απόδοσης και της μειωμένης παραγωγικότητας. Η αποχώρηση υπαλλήλων, εξαιτίας της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, οδηγεί σε έλλειψη προσωπικού, σε μείωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο οργανισμός επιβαρύνεται οικονομικά για να αντικαταστήσει το προσωπικό που αποχώρησε (Παππά και συν., 2008).

2.5 Τρόποι Αντιμετώπισης

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν ως επίκεντρο το άτομο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Ο ίδιος ο εργαζόμενος μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του και να προλάβει την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η σωματική άσκηση, η καλή διατροφή και η ξεκούραση βοηθά τον εργαζόμενο να προστατευτεί από την επαγγελματική εξουθένωση, όπως και η ενασχόληση του με διάφορες δραστηριότητες (Quality in health, 2020).

Με την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων, το άτομο πρέπει να προχωρήσει σε αλλαγή του τρόπου εργασίας. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αγνοεί τα συμπτώματα, αλλά αντίθετα να ζητά τη βοήθεια ειδικού. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να μπορεί να αναπροσαρμόζει τους στόχους του και να μεταβάλει τις προσδοκίες του (Quality in health, 2020). Σε πολλές περιπτώσεις, ο εργαζόμενος νιώθει ότι δεν εισπράττει αυτό που πρέπει από ασθενείς, συναδέλφους και οδηγείται, έτσι, στο συναίσθημα της απογοήτευσης και της ματαίωσης. Για

αυτό το λόγο ο εργαζόμενος πρέπει να αναθεωρεί τις προσδοκίες του σε σχέση με την εργασία του (Καλμαντή, 2016).

Επίσης, ο εργαζόμενος μπορεί να αντιμετωπίσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Οι εργαζόμενοι οφείλουν να αντιληφθούν ότι δεν είναι υπεράνθρωποι και μπορούν να αναζητούν ενθάρρυνση, στήριξη και συμπαράσταση από συναδέλφους, από το φιλικό τους περιβάλλον, από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Καλμαντή, 2016). Η κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους οδηγεί τον εργαζόμενο στην εύρεση νέων πόρων, πέρα από αυτούς που ήδη κατέχει, και μπορεί να βοηθήσει στην ανανέωση των εξαντλημένων ενεργειακών πόρων (Αντωνίου, 2008). Μεγάλη βοήθεια μπορεί να προσφέρει και η συμμετοχή σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης. Ο εργαζόμενος θα μπορέσει να μοιραστεί τα συναισθήματα του και τις αντιλήψεις του, να βρει εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των εργασιακών δυσκολιών, να συζητήσει τις επιτυχείς παρεμβάσεις (Δημητριάδου, 2015).

Η επιλογή της θέσης εργασίας ή η αλλαγή του χώρου εργασίας, από τον ίδιο τον εργαζόμενο, αυξάνει το αίσθημα ελέγχου, καθώς το άτομο νιώθει ότι είναι υπεύθυνο για τις αποφάσεις του. Ενισχύεται η απόδοση του, παρουσιάζει ενδιαφέρον για το αντικείμενο του. Ενισχύεται ψυχολογικά και ηθικά, αφού κρίνει ότι μπορεί να ανταπεξέλθει σε μια αγχωτική κατάσταση. Οπότε κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός θέσεων, η σωστή επιλογή προσωπικού για να καλύψει τις κατάλληλες θέσεις (Καλμαντή, 2016).

Ιδιαίτερη σημασία για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει η εκπαίδευση των εργαζομένων. Η εκπαίδευση παρέχει εφόδια, όπως αυτοπεποίθηση, για τη σωστή αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας βοηθάει στην απόκτηση νέων γνώσεων, στη διαμόρφωση στάσεων και σωστής συμπεριφοράς. Η αυτοπραγμάτωση του ατόμου, αλλά και η ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων, οδηγεί σε μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εκπαίδευση των ατόμων, με αύξηση των δεξιοτήτων τους, μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένες συνθήκες εργασίας και σε μείωση της εργασιακής εξάντλησης (Καλμαντή, 2016). Οι εργαζόμενοι πρέπει να λαμβάνουν μέρος σε σεμινάρια αποκτώντας νέες γνώσεις και δυνατότητες για την εργασία τους, όπως, επίσης, μπορούν να αποκτήσουν γνώσεις, για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, με εκπαίδευση σε συμπεριφορικές τεχνικές μέσω σεμιναρίων (Quality in health, 2020). Υπάρχουν, βέβαια περιπτώσεις, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, στις οποίες τα

άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζουν συχνότερα εξάντληση, εξαιτίας των απαιτητικών θέσεων και των υψηλών φιλοδοξιών που έχουν (Διλιντάς, 2010).

Εκτός από τους ατομικούς τρόπους αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπάρχουν και οι οργανωσιακοί τρόποι αντιμετώπισης. Οι οργανισμοί πρέπει να φροντίζουν για την ύπαρξη ενός κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος, ώστε να επιτυγχάνεται η μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο αποσαφηνισμός των ρόλων και των καθηκόντων μπορεί να μειώσει τις συγκρούσεις μεταξύ εργαζομένων. Επίσης, οι ηγέτες πρέπει να διοικούν με δημοκρατικό τρόπο, για να πλαισιωθούν οι εργαζόμενοι από ένα κεντρικό σύστημα αξιών και κανόνων (Quality in health, 2020).

2.6 Σχέση Εργασιακού Άγχους – Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η έννοια της εξουθένωσης μπορεί να μπερδεύεται με το άγχος της εργασίας. Ο Shirom (1989) αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μία αρνητική συναισθηματική αντίδραση, η οποία οφείλεται στο εργασιακό στρες. Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα είδος πίεσης, καθώς τα αποτελέσματα της μοιάζουν με αυτά του άγχους. Η χαρακτηριστική διαφορά του άγχους με την επαγγελματική εξουθένωση είναι ότι, ενώ το άγχος μπορεί να θεωρηθεί είτε θετικό, είτε αρνητικό, η επαγγελματική εξουθένωση δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να θεωρηθεί θετική (Ozler et al., 2011).

Σε έρευνα που έγινε από τους Abarghouei et al. (2016), εξετάστηκε η σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού άγχους. Στην έρευνα διαπιστώθηκε θετική σχέση μεταξύ των δύο εννοιών. Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό πίεσης στην εργασία, τόσο αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση, και μειώνεται η αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης.

Σε μία άλλη μελέτη των Elshaer et al. (2018), επιχειρήθηκε να αναλυθεί η σχέση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας. Η μελέτη αυτή εμφάνισε σημαντική σχέση μεταξύ εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία προκύπτει από τις αλλαγές στο φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις των ομάδων, το αίσθημα υψηλής ευθύνης για τη ζωή των ανθρώπων, τη δυσαρέσκεια για την εργασία.

Έρευνα των Pines et al. (2005) αναφέρει ότι, ενώ η εξάντληση και η πίεση είναι αντιδράσεις στους παράγοντες άγχους, έχουν διαφορετικές συσχετίσεις και συνέπειες. Οι παράγοντες άγχους από την εργασία σχετίζονται περισσότερο με την ένταση, παρά με την εξάντληση.

Πίνακας 4: Εργασιακό Άγχος VS Επαγγελματική Εξουθένωση.

Stress	Burnout
Ο άνθρωπος αισθάνεται κουρασμένος	Το άτομο αντιμετωπίζει χρόνια εξάντληση
Ο άνθρωπος είναι ανήσυχος	Το άτομο είναι υπερτασικό
Ο άνθρωπος είναι δυσαρεστημένος με τη δουλειά του	Το άτομο βαριέται και είναι κυνικό με τη δουλειά του
Ο άνθρωπος αισθάνεται κακόκεφος	Η εργασιακή δέσμευση είναι μηδενική / αποσύνδεση από τον οργανισμό
Ο άνθρωπος αισθάνεται ένοχος	Το άτομο νιώθει ανυπόμονο/ ευερέθιστο/ απρόθυμο να μιλήσει με άλλους
Ο άνθρωπος αντιμετωπίζει δυσκολίες συγκέντρωσης / τείνει να ξεχνά πράγματα	Το άτομο αντιμετωπίζει κατάθλιψη
Ο άνθρωπος αντιμετωπίζει σωματικές αλλαγές, όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση και αυξημένο καρδιακό παλμό	Το άτομο δεν ξέρει πού βρίσκεται/ συχνά περιστατικά που το άτομο ξεχνάει
Η εργασιακή δέσμευση μειώνεται	

Πηγή: Jankome et al., 2013.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Για το μεγαλύτερο διάστημα του 20^{ου} αιώνα, οι υπηρεσίες υγείας ήταν ταυτισμένες με την ιατρική και η ιατρική με το νοσοκομείο. Τα τελευταία 20 – 30 χρόνια γίνονται προσπάθειες για την αναβάθμιση της πρόσληψης, την ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας. Αν και ποτέ δεν αμφισβητήθηκε η αξία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αν και υπήρξαν φιλόδοξες ρυθμίσεις, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παραμένει μία έννοια παρεξηγημένη και ταλαιπωρημένη (Τούντας, 2008).

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναφέρεται στην πρώτη επαφή του ασθενή με έναν επαγγελματία υγείας. Το 1978, αναγνωρίστηκε διεθνώς η αξία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας, με τη διακήρυξη της Alma Alta (Βραχάτης και συν., 2012).

Η διακήρυξη της Alma Alta μπόρεσε να διευρύνει το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας, στη βάση του ορισμού της “υγείας” του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως “μία κατάσταση στην οποία το άτομο έχει πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, και όχι απλά η απουσία ασθένειας”. Έγινε σαφές, επίσης, ότι οι ανισότητες στην υγεία δεν είναι δεκτές, καθώς η υγεία είναι ένας παραγωγικός πόρος, ο οποίος παράγει σταθεροποίηση και

ειρήνη για τα κράτη. Η διακήρυξη της Alma Alta διέπεται από τις εξής αρχές, 1. ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και υγεία για όλους, 2. κοινωνική συμμετοχή, 3. προαγωγή της υγείας, 4. ορθολογική χρήση των πόρων, 5. διατομεακή δράση και συνεργασία (Βραχάτης και συν., 2012).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει ιατρικές, νοσηλευτικές, οδοντιατρικές πράξεις με στόχο την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση προβλημάτων χωρίς νοσηλεία. Για την εκτέλεση των πράξεων αυτών, απαραίτητη είναι η συνεργασία διαφορετικών επαγγελματιών υγείας (Αδαμακίδου και συν., 2008).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει σαν στόχο να παρέχει υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, να βελτιώσει τη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, να μειώσει το κόστος των υπηρεσιών υγείας και να προσφέρει ικανοποίηση στους πολίτες μετά τη χρήση των υπηρεσιών. Για την επίτευξη των στόχων αυτών, η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στηρίζεται σε κάποιες βασικές αρχές, όπως στη συνεχή σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή, στη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, στον προσανατολισμό στις ανάγκες του πολίτη (άμεση φροντίδα, πρόληψη), στη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με την οικογένεια του ασθενή, στη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που αφορούν την κατάσταση της υγείας του, στη διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών υγείας με μεγάλη ποιότητα. (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και συν., 2015).

Για την επίτευξη μιας ολοκληρωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι απαραίτητη μία οριζόντια, καθώς και μία κάθετη ολοκλήρωση, για να αποφευχθεί ο κατακερματισμός και η ασυνέχεια στις εκβάσεις υγείας. Η οριζόντια ολοκλήρωση αναφέρεται στην πλήρη ολοκλήρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως η διασύνδεση ομοίων επιπέδων φροντίδας. Η κάθετη ολοκλήρωση αναφέρεται στην στοχευμένη ολοκλήρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως η διασύνδεση διαφορετικών επιπέδων φροντίδας (σύνδεση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας) (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και συν., 2015).

Ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εμφανίστηκε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, στο νόμο 1397/1983, όπου αναφέρεται ότι η δημόσια περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια), η οποία παρέχεται από κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, και σε ενδονοσοκομειακή. Αυτή είναι η πρώτη προσπάθεια οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δημιουργούνται τα Κέντρα

Υγείας και καθιερώνεται ο οικογενειακός ιατρός. Ενώ, όμως θα έπρεπε να καλυφθούν οι ανάγκες και του αγροτικού και του αστικού πληθυσμού, αυτό δεν συνέβη, καθώς ποτέ δεν δημιουργήθηκαν Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου. Δημιουργήθηκαν ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα οποία προσέφεραν διαγνωστικές εξετάσεις, επιβαρύνοντας ιδιαίτερα τα ασφαλιστικά ταμεία (Σωτηριάδου, Μαλλιαρού, Σαράφης, 2011).

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα μεταρρυθμίζεται με νομοσχέδια, χωρίς όμως να υπάρχουν υλικά αποτελέσματα. Η υπόθεση της οργάνωσης της ΠΦΥ αποτελεί μια περιπέτεια. Συνεχώς θεσμοθετούνται Κέντρα Υγείας, ο οικογενειακός ιατρός, η πολιτική πρόληψης, χωρίς όμως να επιτυγχάνεται η πλήρης εφαρμογή τους. Οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις δεν έχουν καταφέρει να επιτύχουν διεύρυνση κάλυψης και πρόσβασης στις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Τα νομοσχέδια, όπως φαίνεται, απλά αλλάζουν τις ονομασίες των δομών (Yabasta, 2019).

Σαν αποτέλεσμα, επηρεάζεται και η στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων. Οι γενικοί ιατροί δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε ένα σύστημα υγείας με αβέβαιο εργασιακό καθεστώς, με αμφίβολη συνέχεια της λειτουργίας των δομών, με χαμηλές αποδοχές (Yabasta, 2019). Επίσης, το προσωπικό αντιμετωπίζει συνεχείς αλλαγές στη διοίκηση των μονάδων, έχει βρεθεί σε διαθεσιμότητα, έχει αντιμετωπίσει μεγάλες μειώσεις μισθών, έχει αντιμετωπίσει μετακινήσεις και αλλαγές θέσης, βρίσκεται σε καθεστώς αβεβαιότητας, συνεπώς επηρεάζεται η αποδοτικότητα του και δημιουργούνται προβλήματα συγκρούσεων μεταξύ συναδέλφων.

3.2 Νομοθετικό Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Ελλάδα, μαζί με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, βίωσε έντονα την οικονομική κρίση του 2008. Τα δάνεια, τα οποία δόθηκαν με αυστηρούς όρους, αφορούσαν διαρθρωτικές ρυθμίσεις και μέτρα λιτότητας. Η χρονιά 2010 χαρακτηρίστηκε από μεγάλη κοινωνική και πολιτική αστάθεια, ενώ οι κυβερνήσεις προσπαθούσαν να εφαρμόσουν τα μέτρα που επέβαλλε η Τρόικα. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα από τα συστήματα υγείας που επηρεάστηκαν περισσότερο από τις αλλαγές και τη λιτότητα (Kerasidou et al., 2016).

Με την οικονομική κρίση που βίωσε η Ελλάδα, οι εργασιακές συνθήκες μεταβλήθηκαν και σε πολλές περιπτώσεις χειροτέρεψαν. Οι εργαζόμενοι ήρθαν αντιμέτωποι με μειώσεις

μισθών, μειωμένη απασχόληση, απλήρωτη εργασία, απολύσεις. Όλες αυτές οι εξελίξεις έχουν οδηγήσει σε αύξηση του άγχους, του φόβου, όπως και άλλων ψυχοσωματικών ασθενειών (Σχοινιά. 2015).

Η οικονομική ύφεση των τελευταίων ετών έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία πολλών νομοθετημάτων στο χώρο της υγείας, με στόχο την εξοικονόμηση πόρων και τη δημοσιονομική προσαρμογή. Παρά τις προσπάθειες μεταρρυθμίσεων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από απουσία ΠΦΥ (Ποτήρης και συν., 2014).

Σε μια σύντομη ιστορική αναδρομή για την ΠΦΥ, μπορεί να αναφερθεί η πρώτη προσπάθεια οργάνωσης που έγινε με το Νόμο 1397/1983 (ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας), ο οποίος αναφερόταν στην ίδρυση των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων. Με το Νόμο 2071/1992 δόθηκε η δυνατότητα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Με τους διάφορους νόμους που ακολούθησαν έγινε προσπάθεια ενδυνάμωσης της ΠΦΥ, όπως το Νόμο 2519/1997, με τον οποίο διαμορφώθηκαν τα δίκτυα της ΠΦΥ που περιελάμβαναν τα Κέντρα Υγείας και τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και το Νόμο 2889/2001, με τον οποίο η χώρα διαιρέθηκε στις Υγειονομικές Περιφέρειες (Βραχάτης και συν., 2012). Οι πιο πρόσφατοι Νόμοι είναι ο 3918/2011, με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο 4238/2014, με τον οποίο έγινε η σύσταση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) και τέλος, ο 4486/2017, ο οποίος οδήγησε στη σύσταση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) και στην ενοποίηση των Κέντρων Υγείας με τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων.

Με τη δημιουργία του ΠΕΔΥ, δίνεται έμφαση στη διασύνδεση των υπηρεσιών και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, καθώς και στη δημιουργία ηλεκτρονικού ατομικού φακέλου υγείας (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Με τον συγκεκριμένο νόμο δημιουργείται ένας ενιαίος και καθολικός φορέας Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ). Το εγχείρημα αυτό αποδεικνύεται δύσκολο, καθώς πολλοί και ασύνδετοι φορείς της ΠΦΥ καλούνται να συνεργαστούν (Ποτήρης και συν., 2014).

Η τελευταία προσπάθεια οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έγινε με την οργάνωση των ΤΟΜΥ, τοπικών ομάδων υγείας, με τη δημιουργία δικτύων των επαγγελματιών υγείας. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας. Οι ανάγκες του πληθυσμού καλύπτονται με τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στις μονάδες αυτές. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας αφορούν την πρόληψη και την προαγωγή σε υγιή πληθυσμό, καθώς και την ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Στην παρούσα φάση η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, από τα πρώην ιατρεία ΠΕΔΥ, από τα ΤΟΜΥ, από τα Περιφερειακά Ιατρεία, από τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία και από ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια.

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας αποτελούν μονάδες οικογενειακής φροντίδας με εγγεγραμμένο πληθυσμό, προσφέρουν υπηρεσίες πρόληψης, διαγνωστικές και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Στελεχώνονται από 4 γενικούς ιατρούς ή παθολόγους, 1 παιδίατρο, 4 νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας, 1 κοινωνικό λειτουργό και 2 διοικητικούς υπαλλήλους. Ένας υπάλληλος από το προσωπικό, εκτός από το διοικητικό προσωπικό, ορίζεται συντονιστής (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Οι μονάδες υγείας (Κέντρα Υγείας, πρώην ΠΕΔΥ) περιλαμβάνουν υπηρεσίες ΠΦΥ, αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, εργαστηριακό έλεγχο, οδοντιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδα μητέρας- παιδιού, υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Οι μονάδες στελεχώνονται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, όπως παθολόγους, γενικούς ιατρούς, καρδιολόγους, πνευμονολόγους, ορθοπαιδικούς, νευρολόγους, ψυχιάτρους κ.α., από υγειονομικό προσωπικό, όπως νοσηλευτές, μαιές, επισκέπτες υγείας, ιατρικών εργαστηρίων, φυσιοθεραπευτές κ.α., και διοικητικό προσωπικό. Ιατρός, ανάλογα με τα προσόντα του και την προϋπηρεσία του, τοποθετείται υπεύθυνος της μονάδας, ο οποίος απευθύνεται απευθείας στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας (Orengon, 2019).

Το προσωπικό των ΤΟΜΥ έχει συνάψει σύμβαση εργασίας για δύο χρόνια, με δυνατότητα παράτασης άλλα δύο χρόνια. Το προσωπικό των Κέντρων Υγείας και των πρώην ΠΕΔΥ κατέχει μόνιμες θέσεις, εκτός των περιπτώσεων των επικουρικών θέσεων, για τις οποίες υπάρχει σύμβαση ορισμένου χρόνου.

3.3 Οργανωτικές Αλλαγές που Επιβαρύνουν την Σωματική και Ψυχική υγεία των Εργαζομένων

Η περίοδος αλλαγών αποτελεί περίοδο κατά την οποία ο εργαζόμενος βιώνει έντονο στρες. Η αλλαγή και η αβεβαιότητα, όπως το αίσθημα απώλειας του ελέγχου, επιβαρύνει τον

εργαζόμενο με βαρύ συναισθηματικό φορτίο, επηρεάζει την ψυχική του ισορροπία, επηρεάζει την αποδοτικότητα του. Τα τελευταία χρόνια, με τις συνεχείς αλλαγές στους δημόσιους φορείς, οι εργαζόμενοι βιώνουν έντονα αισθήματα ανασφάλειας και αποξένωσης (Ιορδάνογλου, 2008).

Η διαδικασία, κατά την οποία ένας οργανισμός προσπαθεί να μεταβεί σε μία πιο αποτελεσματική κατάσταση, ονομάζεται οργανωσιακή αλλαγή. Η οργανωσιακή αλλαγή είναι η απόφαση ενός οργανισμού να αυξήσει την αποτελεσματικότητά του ή να αυξήσει την ικανότητά του. Διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες μπορεί να πιέσουν έναν οργανισμό να προχωρήσει σε οργανωσιακή αλλαγή, όπως πολιτικοί παράγοντες, κυβερνητικές ρυθμίσεις, διεθνής κατάσταση. Επίσης, οικονομικοί παράγοντες ωθούν προς την οργανωσιακή αλλαγή, όπως το επίπεδο μισθών, η οικονομική πολιτική της χώρας. Οι κοινωνικο- πολιτισμικοί παράγοντες, επίσης, επηρεάζουν έναν οργανισμό, όπως οι αλλαγές στον τρόπο ζωής (ζήτηση ποιοτικότερων υπηρεσιών). Τέλος, οι τεχνολογικοί παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή έναν οργανισμό, εξαιτίας των νέων δυνατοτήτων που προσφέρει η τεχνολογία (Βακόλα και συν., 2012).

Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν επηρεαστεί από τα μέτρα, που έχουν ληφθεί τα τελευταία χρόνια. Αντιμέτωπισαν περικοπές μισθών κατά 15%, μείωση συντάξεων κατά 10%, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε η ηλικία συνταξιοδότησης από τα 65 στα 67 έτη. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι εργάζονται σε ένα σύστημα με ελλείψεις προσωπικού, έλλειψη πόρων, σε ένα σύστημα με κακή διαχείριση, ενώ, ταυτόχρονα, είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται πολλές ώρες, κάτω από κακές συνθήκες, με μειωμένες αποδοχές και να εξυπηρετούν περισσότερους ασθενείς. Οι ελλείψεις, επίσης, σε ιατρικό εξοπλισμό και φάρμακα, έχουν επιπτώσεις στο προσωπικό των μονάδων υγείας και μπορούν να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση (Kerasidou et al., 2016).

Η στελέχωση των μονάδων ΠΦΥ, σε ανθρώπινο δυναμικό, αποδεικνύεται όλα τα χρόνια ελλιπής. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί βασικό εργαλείο για να χαρακτηριστεί ένα σύστημα αποτελεσματικό. Απαιτείται σχεδιασμός στηριζόμενος στην ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, παράλληλα με προσπάθειες παρακίνησης του προσωπικού και ορθολογικής του χρήσης (Πολύζος και συν., 2000).

Συγκεκριμένα, στα προβλήματα που προκύπτουν σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό, μπορεί να αναφερθεί η δυσκολία στη στελέχωση τους, λόγω των συχνών μετακινήσεων του προσωπικού και της άνισης κατανομής του. Υπάρχει πιθανότητα, ανάλογα με τις ανάγκες κάποιου Κέντρου Υγείας ή κάποιου νοσοκομείου, να γίνει μετακίνηση του υπάλληλου για να καλύψει το κενό που έχει δημιουργηθεί. Κατά τη διαδικασία ένταξης των μονάδων υγείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες, έγινε μετακίνηση όλου του διοικητικού προσωπικού στις κεντρικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να απασχολούνται υγειονομικοί υπάλληλοι σε διοικητικά καθήκοντα (γραφείο προσωπικού, τηλεφωνικά ραντεβού). Στις περιπτώσεις αυτές, σαφώς δημιουργείται αναστάτωση στη μονάδα υγείας που υπηρετεί ο υπάλληλος, καθώς πρέπει να καλυφθούν οι αρμοδιότητες του από κάποιον άλλο υπάλληλο. Επίσης, υπάρχει το φαινόμενο της άνισης γεωγραφικής κατανομής του προσωπικού, το προσωπικό συνήθως επιλέγει να εργαστεί στα μεγάλα αστικά κέντρα. Αποτέλεσμα είναι να μένουν κενές θέσεις, θέσεις ιατρών σε κέντρα υγείας να καλύπτονται από αγροτικούς ιατρούς, ο πληθυσμός της επαρχίας να μην καλύπτει τις ανάγκες του. Προσλήψεις το τελευταίο διάστημα δεν πραγματοποιούνται, με αποτέλεσμα οι υπάλληλοι να αναγκάζονται να καλύψουν τα κενά που δημιουργούνται, να απασχολούνται σε αλλότρια καθήκοντα, να έχουν αυξημένο φόρτο εργασίας.

3.4 Τρόποι Αντιμετώπισης Αλλαγών – Παρακίνηση Εργαζομένων

Για να χαρακτηριστεί επιτυχημένη μια αλλαγή, σύμφωνα με το μοντέλο Kotter, πρέπει να στηρίζεται σε 8 βήματα, τα οποία είναι η ενδυνάμωση της αίσθησης του επείγοντος, η δημιουργία ηγετικού συνασπισμού, η ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής, η διάδοση του οράματος αυτού, η ενδυνάμωση ευρείας δράσης, η δημιουργία βραχυπρόθεσμων επιτυχιών, η εδραίωση των κερδών και η παραγωγή περισσότερης αλλαγής, και η υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων στην κουλτούρα του οργανισμού (Kotter et al., 2005).

Η ενδυνάμωση του αισθήματος του επείγοντος μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την συνειδητοποίηση της ανάγκης για αλλαγή. Το προσωπικό ενημερώνεται για τα οφέλη της αλλαγής, για ποιους λόγους πρέπει να εργαστούν περισσότερο. Μπορούν να παρουσιαστούν αποτελέσματα μονάδων υγείας που άλλαξαν τον τρόπο λειτουργίας τους, για να τονιστεί η ανάγκη αλλαγής.

Η συγκρότηση ενός ισχυρού ηγετικού συνασπισμού αποτελεί βασικό βήμα στη διαδικασία αλλαγής, καθώς ένας ηγέτης, όσο ικανός και αν είναι, δεν μπορεί μόνος του να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα και να εγγυηθεί την επιτυχία. Θεωρείται απαραίτητη η δημιουργία μιας ομάδας, η οποία θα γνωρίζει καλά το περιβάλλον των μονάδων και θα έχει τις κατάλληλες δεξιότητες. Μπορούν να επιλεγούν άτομα από όλο το προσωπικό, όπως επίσης, μπορούν να επιλεγούν άτομα που έχουν εμπειρία σε οργανισμούς που έχουν εφαρμόσει τέτοιες αλλαγές .

Η δημιουργία ενός ξεκάθਾਰου οράματος αποτελεί εγγύηση για την επιτυχία της αλλαγής. Χωρίς όραμα, η διαδικασία μπορεί να οδηγηθεί προς λανθασμένη κατεύθυνση. Το όραμα πρέπει να περιγραφεί σε κάθε εμπλεκόμενο, πώς θα λειτουργούν οι εργαζόμενοι στα νέα δεδομένα, και να είναι εύκολο στη μετάδοση του. Το όραμα που θα υιοθετήσει η διοίκηση πρέπει να έχει ρεαλιστικούς και ξεκάθαρους στόχους.

Η διάδοση του οράματος περιλαμβάνει την ενημέρωση όλου του προσωπικού, καθώς και των ασθενών. Η ενημέρωση μπορεί να γίνει μέσω παρουσίασης, με μηνύματα στα προσωπικά ηλεκτρονικά ταχυδρομεία των εμπλεκόμενων, με έντυπο υλικό και αφίσες. Μέσα από τα ΜΜΕ ή με έντυπο υλικό μπορεί να γίνει ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τις νέες υπηρεσίες των μονάδων υγείας.

Όλο το προσωπικό συμμετέχει και διατηρεί το αίσθημα της ενεργής συμμετοχής, μέσα από την ομαδική λήψη αποφάσεων. Το προσωπικό μπορεί να κάνει τις δικές του προτάσεις, καθώς και να αναλάβει κάποιες αρμοδιότητες.

Τα αποτελέσματα μιας αλλαγής αναμένεται να είναι βραχυπρόθεσμα. Η ενημέρωση όλων των εμπλεκόμενων για την πορεία της διαδικασίας αλλαγής μπορεί να γίνει με την καταγραφή συγκεκριμένων αποτελεσμάτων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, έτσι δημιουργείται το αίσθημα της επιτυχίας σε αυτούς που εργάζονται.

Η ομάδα καθοδήγησης οφείλει να στοχεύει σε πιο μεγάλα σχέδια αλλαγής, να μην επαναπαύεται. Η διοίκηση δεν έχει αναλάβει μόνο κάποιο πλάνο για αλλαγή, αλλά οδηγείται προς τη συνεχή βελτίωση λειτουργίας των μονάδων υγείας.

Οι αλλαγές που επιχειρούνται πρέπει να παγιωθούν, δεν επιτρέπεται να επιστρέψουν οι μονάδες στις παλιές μέρες λειτουργίας. Τα αποτελέσματα της αλλαγής πρέπει να ενσωματωθούν στην κουλτούρα των οργανισμών. Οι εργαζόμενοι, έτσι, παραμένουν στον

καινούριο τρόπο λειτουργίας και στα νέα δεδομένα, εφόσον αναγνωρίζουν τα οφέλη της αλλαγής στους ίδιους, στον οργανισμό και στον πληθυσμό.

Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί έναν τομέα μεγάλης εργασιακής έντασης και απαιτεί την απασχόληση έμπειρου προσωπικού. Η πολιτική υγείας στηρίζεται στις γνώσεις και τις ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού, οπότε η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει την απόδοση του υγειονομικού συστήματος. Το προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στη λειτουργία προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων (Σακελλαρόπουλος και συν., 2012). Ένα προσωπικό που υποκινείται σωστά, εκπαιδεύεται σωστά και είναι επαρκές, μπορεί να εγγυηθεί την επιτυχία ενός συστήματος υγείας (Λεοντίου, 2013).

Η παρακίνηση αναφέρεται στις διεργασίες που αφορούν την ένταση, την κατεύθυνση, καθώς και την επιμονή των προσπαθειών ενός ατόμου, για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου. Μέσα από αυτές τις διεργασίες, το προσωπικό μπορεί να ενεργοποιήσει τις ικανότητες του και να βελτιώσει την απόδοση του (Robbins et al., 2011). Για την παρακίνηση του προσωπικού έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες, οι οποίες έχουν σαν στόχο την αποτελεσματικότητα και την αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων. Οι θεωρίες αυτές είναι, η θεωρία ιεράρχησης αναγκών (Maslow), η θεωρία παρακίνησης ERG (Alderfer), η θεωρία X και Y (McGregor), η θεωρία δύο παραγόντων (Herzberg), η θεωρία αναγκών (McClelland) και άλλες, όπως η θεωρία ισότητας (Adams), η θεωρία στοχοθέτησης (Lock), η θεωρία προσδοκίας (Vroom), η θεωρία αυτό-αποτελεσματικότητας (Bandura) (Μάρκοβιτς και συν., 2011).

Τα κίνητρα που φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο τους εργαζομένους έχουν να κάνουν με τη βελτίωση των δεξιοτήτων τους, την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, την ενδυνάμωση στην εργασία τους, τη βελτίωση του επαγγελματικού τους κύρους, την καλύτερη συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό, τη δυνατότητα ιεραρχικής εξέλιξης (Καμαργιανάκη, 2014). Η υποκίνηση του προσωπικού παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση του έργου τους μέσω της εκπαίδευσης, της κατάρτισης και της διεύρυνσης των ρόλων του. Τα κίνητρα, όταν χρησιμοποιούνται συνδυαστικά, μπορούν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα (Ανδριοπούλου και συν., 2018).

Κατά την εφαρμογή των αλλαγών, το πιο ρεαλιστικό και αποτελεσματικό κίνητρο είναι η δυνατότητα του προσωπικού να εκπαιδευτεί, να επιμορφωθεί, να βελτιώσει την απόδοση του, να αποκτήσει γνώσεις σε νέα αντικείμενα. Επίσης, κίνητρο αποτελεί η δυνατότητα που

θα δοθεί στο προσωπικό που θα εκπαιδευτεί για επαγγελματική εξέλιξη ή για επαγγελματική επιβράβευση (Μάρκοβιτς και συν., 2011). Η εκπαίδευση του προσωπικού, με αύξηση των δεξιοτήτων και εξοικείωση με τις λειτουργίες, μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και στη μείωση του εργασιακού στρες (Mondy, 2011).

Κίνητρο αποτελεί και η ανάθεση αρμοδιοτήτων στους εργαζομένους ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης που έχουν επιτύχει, όπως και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων δίνει το αίσθημα της ταύτισης με τον οργανισμό. Τέλος, απαραίτητη για την υποκίνηση του προσωπικού θεωρείται, κατά τη διαδικασία σχεδιασμού και κατά τη διαδικασία εφαρμογής των αλλαγών, η συνεχής επικοινωνία των εμπλεκομένων και η συνεχής επαναπληροφόρηση. Το προσωπικό πρέπει να ενημερώνεται για την εξέλιξη των διαδικασιών και τα αποτελέσματά τους, με συχνές συναντήσεις, για να εξακριβώνεται η πρόοδος (Μάρκοβιτς και συν., 2011).

Ιδιαίτερη είναι, επίσης, η σημασία της δημιουργίας Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού. Η ομάδα ΠΦΥ, αποτελούμενη από επαγγελματίες υγείας με διαφορετικές επαγγελματικές δεξιότητες, μοιράζεται κοινούς στόχους για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Η συνεργασία των επαγγελματιών μπορεί να οδηγήσει στην αυτοδυναμία τους, να ενισχύσει τον αυτοπροσδιορισμό τους, να βελτιώσει την απόδοσή τους και να βοηθήσει στην αποφυγή συγκρούσεων μεταξύ τους. Οι ομάδες επαγγελματιών υγείας δεν είναι το άθροισμα των δεξιοτήτων του υπαλλήλου, αλλά ο πολλαπλασιασμός τους (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και συν., 2015).

Οι επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αγωνίζονται να διατηρήσουν σε ικανοποιητικό επίπεδο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, παρά τις μεταρρυθμίσεις και τις αλλαγές στην Ελλάδα. Επιθυμία τους είναι να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Αναγνωρίζουν ότι η αύξηση των ασθενών, η μείωση των αποδοχών, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η μη αναγνώριση του επαγγέλματος τους μπορεί επηρεάσουν τον τρόπο άσκησης της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλα αυτά, οι επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσπαθούν να διατηρήσουν το ήθος και τα ιδανικά του επαγγέλματος τους, παραβλέποντας το προσωπικό κόστος, όπως το εργασιακό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση (Kerasidou et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Στόχος - Ερευνητικά Ερωτήματα

Στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής πραγματοποιήθηκε έρευνα μεταξύ υπαλλήλων Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (πρώην Ιατρεία ΙΚΑ) των Κέντρων Υγείας Τούμπας και Βότση στη Θεσσαλονίκη. Στόχος είναι να διευκρινιστεί το προφίλ των υπαλλήλων ως προς το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα που απαντώνται στη συνέχεια της παρούσας διπλωματικής. Τα ερωτήματα της έρευνας είναι τα εξής:

1. Πόσο συχνή είναι η εμφάνιση προβλημάτων που αφορούν τη σωματική υγεία, την έλλειψη ενέργειας και κόπωση και τη συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα;
2. Ποιες είναι οι καπνιστικές τους συνήθειες και η συμπεριφορά τους στην κατανάλωση αλκοόλ;
3. Πόση βαρύτητα δίνουν οι εργαζόμενοι σε διάφορες πηγές άγχους που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις, την έλλειψη ενδιαφέροντος για τη δουλειά και άλλα εμπόδια που συναντώνται στο χώρο εργασίας;
4. Σε ποιο βαθμό οι υπάλληλοι που αποτελέσαν το δείγμα της έρευνας χαρακτηρίζονται από επαγγελματική εξουθένωση;

5. Ποιες είναι οι καλύτερες λύσεις για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξάντλησης σύμφωνα με τους υπαλλήλους του δείγματος;
6. Υπάρχει σημαντική επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Βότση και Τούμπας ως προς τα επίπεδα εργασιακού άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και σωματικών ή συναισθηματικών δυσλειτουργιών που βιώνουν και ως προς τις λύσεις που προτείνουν γι' αυτά τα προβλήματα;
7. Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των διαφόρων παραγόντων συναισθηματικής υγείας, εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης;
8. Μπορεί να υπάρξει σημαντική πρόβλεψη της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν οι υπάλληλοι από τους παράγοντες εργασιακού άγχους και συναισθηματικής υγείας;
9. Μπορεί να υπάρξει σημαντική πρόβλεψη της αποπροσωποποίησης των υπαλλήλων μέσω των υποκλιμάκων του εργασιακού άγχους και της συναισθηματικής υγείας;
10. Οι παράγοντες συναισθηματικής υγείας και εργασιακού άγχους είναι σημαντικοί για την πρόβλεψη της προσωπικής επίτευξης των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Βότση και Τούμπας;
11. Μπορεί να γίνει πρόβλεψη της ικανοποίησης των εργαζομένων από το επάγγελμα τους μέσω των υποκλιμάκων του εργασιακού άγχους, της συναισθηματικής εξάντλησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης;

4.1 Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Σε αυτή την ενότητα δίνεται η περιγραφή του ερωτηματολογίου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) που χρησιμοποιήθηκε για τον σκοπό της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 65 ερωτήσεις που αφορούν τη σωματική και συναισθηματική κατάσταση, την εξουθένωση από το επάγγελμα, το εργασιακό άγχος και την αντιμετώπισή του. Όλες οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου. Οι περισσότερες ερωτήσεις έχουν απαντήσεις διαβαθμισμένες με κάποια κλίμακα Likert.

Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται 18 ερωτήσεις που αφορούν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Τούμπας και Βότση. Οι πρώτες 8 ερωτήσεις αφορούν την συχνότητα εμφάνισης σωματικών δυσλειτουργιών όπως αυτές περιγράφονται από πονοκεφάλους, αυξημένες τιμές ορισμένων δεικτών στο σώμα (π.χ. σάκχαρο, αρτηριακή πίεση), την απώλεια μνήμης, την αϋπνία και πόνους (Καραδήμας,

1999). Σε κάθε περίπτωση οι απαντήσεις είναι διαβαθμισμένες με βάση την ίδια κλίμακα Likert: Καθόλου (0), Σπάνια (1), Μερικές φορές (2), Συχνά (3). Στη συνέχεια οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν αναφορικά με το αν καπνίζουν και αν καταναλώνουν αλκοόλ. Και στις δύο ερωτήσεις υπήρξαν υποερωτήματα, όπου οι εργαζόμενοι που έδωσαν θετική απάντηση καλούνταν να δηλώσουν τις ποσότητες τσιγάρων που καταναλώνουν ημερησίως και τα ποτήρια αλκοόλ που καταναλώνουν εβδομαδιαίως. Οι τελευταίες 8 δηλώσεις αυτής της ενότητας αφορούν ψυχικά χαρακτηριστικά. Πρόκειται για ερωτήματα που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο SF-36. Σε καθένα από αυτά τα χαρακτηριστικά οι απαντήσεις ακολουθούν την ίδια κλίμακα Likert: Καθόλου (0), Μικρό Διάστημα (1), Μερικές φορές (2), Σημαντικό Διάστημα (3), Το μεγαλύτερο διάστημα (4), Συνεχώς (5).

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται οι 34 προτάσεις του εργασιακού άγχους όπως αυτές προτάθηκαν από τους Cooper και Cartwright το 1994. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν για κάθε δήλωση σε ποιο βαθμό είναι πηγή άγχους. Συγκεκριμένα, σε όλες τις δηλώσεις ακολουθείται η ίδια διαβάθμιση στις απαντήσεις: Δεν είναι πηγή στρες (0), Πηγή Πολύ Χαμηλού Στρες (1), Πηγή Χαμηλού Στρες (2), Πηγή Στρες (3), Πηγή Υψηλού Στρες (4), Πηγή Πολύ Υψηλού Στρες (5).

Στην τρίτη ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που αφορούν την εξάντληση στο χώρο εργασίας του σύντομου ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης με 9 ερωτήσεις (Maslach et al., 1996) στο οποίο αργότερα προστέθηκαν άλλες τρεις ερωτήσεις που αφορούν την επαγγελματική ικανοποίηση (McManus et al., 2003). Πρόκειται για 12 προτάσεις που αφορούν συγκεκριμένες υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης και παρουσιάζουν απαντήσεις με βάση την ίδια επταβάθμια κλίμακα Likert. Οι απαντήσεις αφορούν τη συχνότητα εμφάνισης των χαρακτηριστικών επαγγελματικής εξουθένωσης και είναι οι εξής: Ποτέ (0), Λίγες Φορές Ετησίως ή Λιγότερο (1), 1 Φορά τον Μήνα ή Λιγότερο (2), Λίγες Φορές τον Μήνα (3), 1 Φορά την Εβδομάδα (4), Λίγες Φορές την Εβδομάδα (5), Κάθε Μέρα (6).

Η τέταρτη ενότητα του ερωτηματολογίου αποτελείται ουσιαστικά από 1 πρόταση με 11 δυνατές προτάσεις. Σε αυτή την περίπτωση οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να επιλέξουν τις τρεις κυριότερες προτάσεις αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακόμη, δόθηκε η δυνατότητα να δηλώσουν μια δική τους πρόταση αν δεν υπάρχουν τρεις από τις ήδη υπάρχουσες που να ανταποκρίνονται πλήρως στις απόψεις τους.

Τέλος, στο πέμπτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται 8 δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Βότση και Τούμπας. Πρόκειται για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση απασχόλησης, το συμβόλαιο εργασίας, τον τύπο απασχόλησης και τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων.

Σε αυτή την ενότητα αναφέρονται και τα αποτελέσματα από την ανάλυση αξιοπιστίας που πραγματοποιήθηκε στις υποκλίμακες των διαφόρων υποενοτήτων του ερωτηματολογίου. Οι υποκλίμακες χρησιμοποιήθηκαν αυτούσιες από τα αρχικά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τη σύνταξη του τελικού ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας. Οι 8 τελευταίες προτάσεις της πρώτης ενότητας, προέρχονται, όπως προαναφέρθηκε, από το ερωτηματολόγιο SF-36 όπου σχημάτιζαν τις υποκλίμακες «ενέργεια/ κόπωση» και «συναισθηματική κατάσταση». Μάλιστα, σε κάποιες δηλώσεις αυτής της ενότητας πραγματοποιήθηκε αντιστροφή των ερωτήσεων, ώστε όλες να έχουν το ίδιο νόημα και η μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία να είναι ενδεικτική καλύτερης συναισθηματικής υγείας.

Στη συνέχεια ελέγχθηκε η αξιοπιστία των πέντε υποκλιμάκων του εργασιακού άγχους. Πρόκειται για τα προβλήματα επικοινωνίας, τον φόρτο εργασίας, την έλλειψη ενδιαφέροντος, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τα εμπόδια ανάπτυξης καριέρας. Σε αυτή την περίπτωση δεν υπήρξε αντιστροφή των απαντήσεων σε καμία ερώτηση. Επιπλέον, η μεγαλύτερη βαθμολογία δηλώνει ότι ο αντίστοιχος παράγοντας είναι πηγή μεγαλύτερου στρες.

Τέλος, ελέγχθηκε η αξιοπιστία των τεσσάρων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι υποκλίμακες αφορούν την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση, την προσωπική επίτευξη και την ικανοποίηση από το επάγγελμα. Σε αυτή την περίπτωση χρειάστηκε να γίνει αντιστροφή της 11^{ης} πρότασης. Η μεγαλύτερη βαθμολογία συμβολίζει την μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση και την μικρότερη ικανοποίηση. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι προτάσεις της «προσωπικής επίτευξης» όπου η μεγαλύτερη βαθμολογία δηλώνει την μεγαλύτερη απογοήτευση των εργαζομένων από το επάγγελμά τους.

Η ανάλυση αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε με τον συντελεστή alpha του Cronbach (Field, 2009). Πρόκειται για έναν δείκτη με τιμές από 0 έως 1 όπου οι υψηλότερες τιμές είναι ενδεικτικές μεγαλύτερης αξιοπιστίας. Συγκεκριμένα, η υψηλή αξιοπιστία επιβεβαιώνεται για τιμές του δείκτη μεγαλύτερες από 0,7 ή από 0,8 σύμφωνα με πιο αυστηρούς συγγραφείς.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, υπάρχουν ομάδες με υψηλή αξιοπιστία ενώ άλλες δεν υπερβαίνουν την κατώτερη τιμή του 0,7. Ωστόσο, στις περιπτώσεις όπου η τιμή του alpha είναι χαμηλή αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο μικρό πλήθος ερωτήσεων / προτάσεων που απαρτίζουν τη συγκεκριμένη ομάδα είτε στο γεγονός ότι οι ερωτώμενοι αντιλαμβάνονται διαφορετικά τις προτάσεις της ομάδας και όχι ως μία κατηγορία.

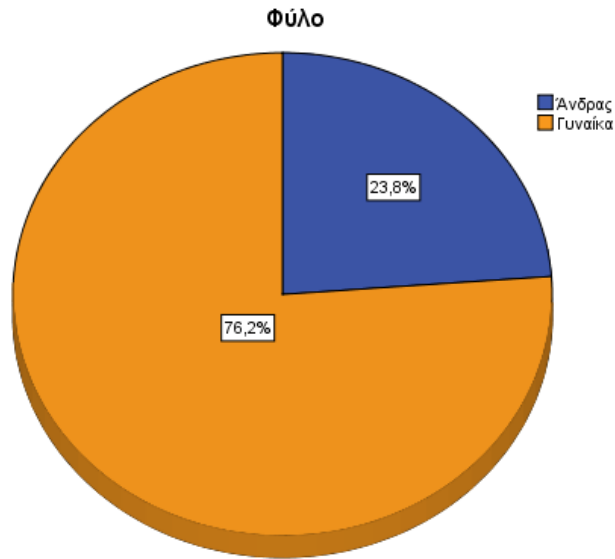
Πίνακας 5: Αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας με τη χρήση του συντελεστή alpha του Cronbach.

Κλίμακες	Υποκλίμακες	Ερωτήσεις / Προτάσεις	Alpha
Συναισθηματική υγεία (Μέρος A1)	Ενέργεια / Κόπωση	4, 6*, 8*	0,644
	Συναισθηματική κατάσταση	1*, 2*, 3, 5*, 7	0,793
Εργασιακό άγχος (Μέρος A2)	Προβλήματα Επικοινωνίας	19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 34	0,926
	Φόρτος Εργασίας	4, 8, 9, 10, 30	0,805
	Έλλειψη Ενδιαφέροντος	11, 12, 16, 17, 20	0,741
	Διαπροσωπικές Σχέσεις	3, 5, 6, 7, 13, 15, 18	0,857
	Εμπόδια Ανάπτυξης Καριέρας	14, 21, 33	0,551
Επαγγελματική Εξουθένωση (Μέρος A3)	Συναισθηματική εξάντληση	3, 4, 7	0,819
	Αποπροσωποποίηση	2, 5, 8	0,384
	Προσωπική Επίτευξη	1, 6, 9	0,656
	Ικανοποίηση από το επάγγελμα	10, 11*, 12	0,492

*Σε αυτές τις προτάσεις πραγματοποιήθηκε αντιστροφή των απαντήσεων.

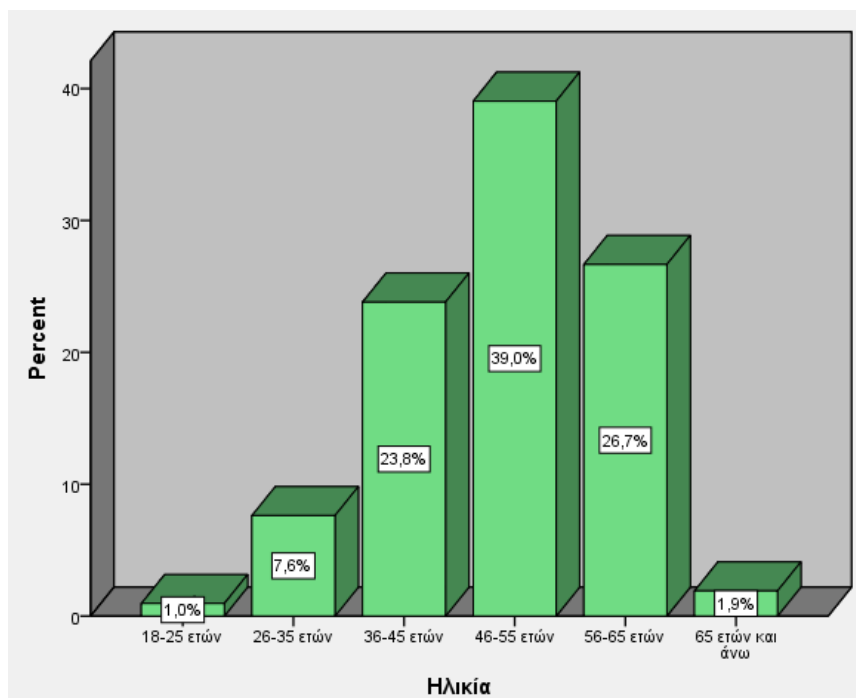
4.3 Περιγραφή Δείγματος

Ακολουθεί η περιγραφή του δείγματος που αποτελείται από 105 εργαζόμενους των Κέντρων Υγείας Βότση και Τούμπας. Αρχικά, οι υπάλληλοι ρωτήθηκαν σχετικά με το φύλο τους. Όπως φαίνεται στο Σχήμα 1 το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος καλύπτεται από γυναίκες (76,2%) ενώ μόλις 25 άντρες συμμετείχαν στην έρευνα.



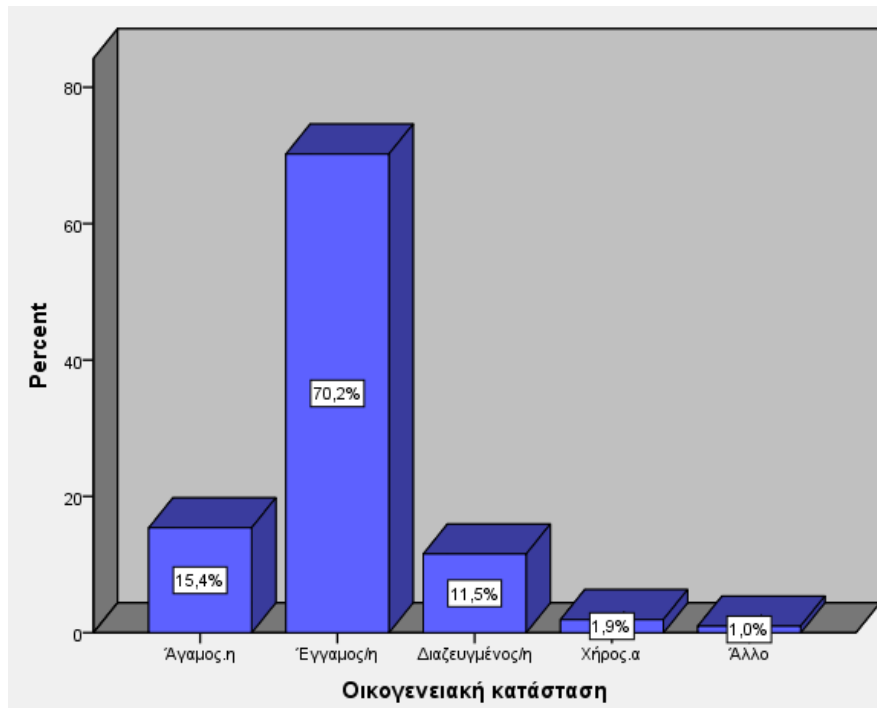
Σχήμα 1: Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων ως προς το φύλο.

Ακολούθως, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αναφορικά με την ηλικία τους (Σχήμα 2). Το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ηλικίας 46-55 ετών (39%) ενώ αρκετά υψηλά είναι και τα ποσοστά των ατόμων 36-45 ετών (23,8%) και 56-65 ετών (26,7%). Αντίθετα, υπήρξε μόνο ένας υπάλληλος 18-25 ετών και μόλις 2 άνω των 65 ετών.



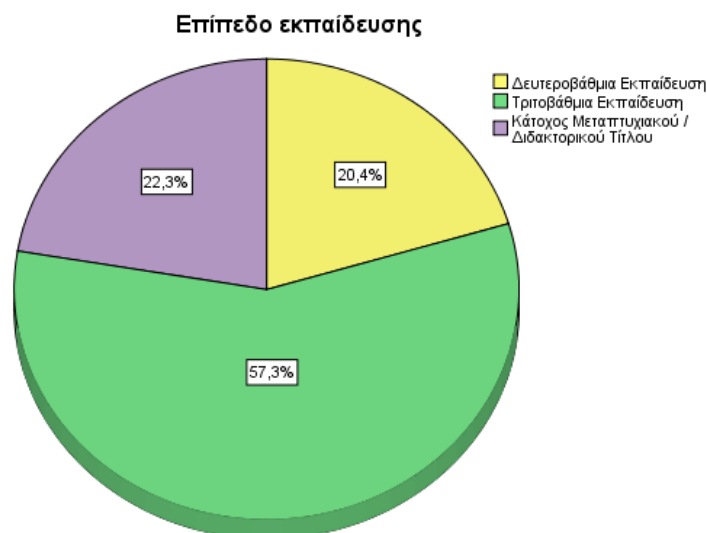
Σχήμα 2: Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων ως προς την ηλικία.

Στο επόμενο ραβδόγραμμα παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των μελών του δείγματος ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση (όπου υπήρξε ένας ερωτώμενος που δεν απάντησε). Οι περισσότεροι εργαζόμενοι του δείγματος δήλωσαν ότι είναι παντρεμένοι (73 άτομα) ενώ αρκετά υψηλά είναι και τα ποσοστά άγαμων (15,4%) και διαζευγμένων (11,5%).



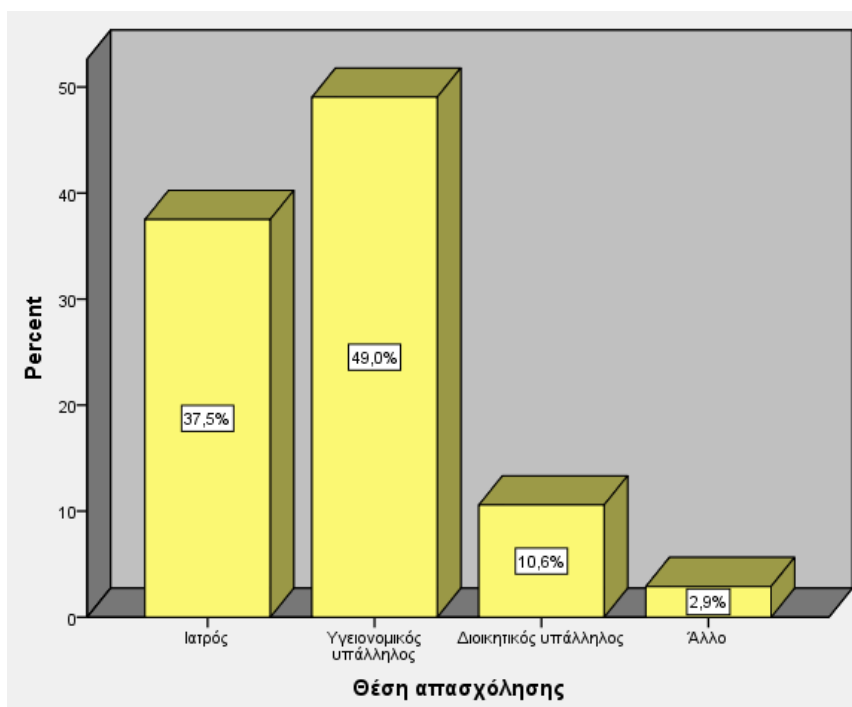
Σχήμα 3: Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Ένα ακόμη σημαντικό χαρακτηριστικό είναι το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων. Όπως φαίνεται στο Σχήμα 4, περισσότεροι από τους μισούς είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (57,3%) ενώ σημαντικά είναι και τα πλήθη αποφοίτων της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (21 άτομα) και κατόχων μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών (23 άτομα). Σημειώνεται ότι τα ποσοστά αναφέρονται στο σύνολο των 103 υπαλλήλων που απάντησαν σε αυτό το ερώτημα καθώς υπήρξαν δύο υπάλληλοι που δεν δήλωσαν το μορφωτικό τους επίπεδο.



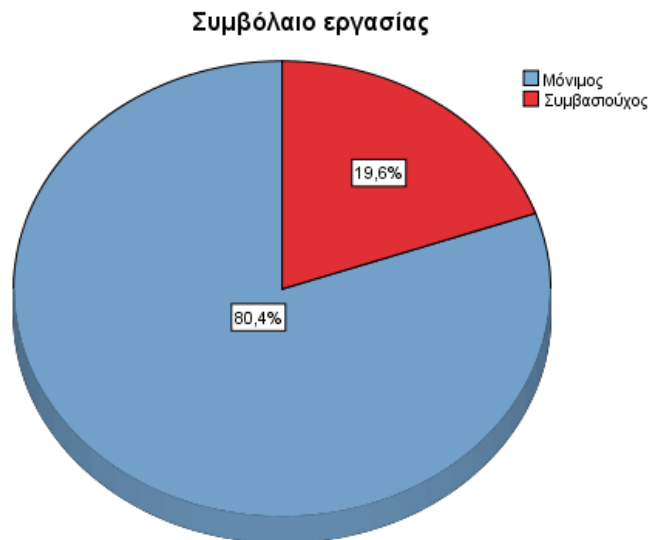
Σχήμα 4: Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

Στη συνέχεια, οι ερωτώμενοι απάντησαν σχετικά με τη θέση απασχόλησής τους. Σε αυτή την ερώτηση υπήρξε ένας ερωτώμενος που δεν απάντησε. Όπως δείχνει το επόμενο ραβδόγραμμα (Σχήμα 5), το 49% του δείγματος αποτελείται από υγειονομικούς υπάλληλους ενώ υπήρξαν και 39 γιατροί. Τέλος, στην έρευνα συμμετείχαν 11 διοικητικοί υπάλληλοι ενώ 3 άτομα δήλωσαν άλλη θέση χωρίς περαιτέρω διευκρίνιση.



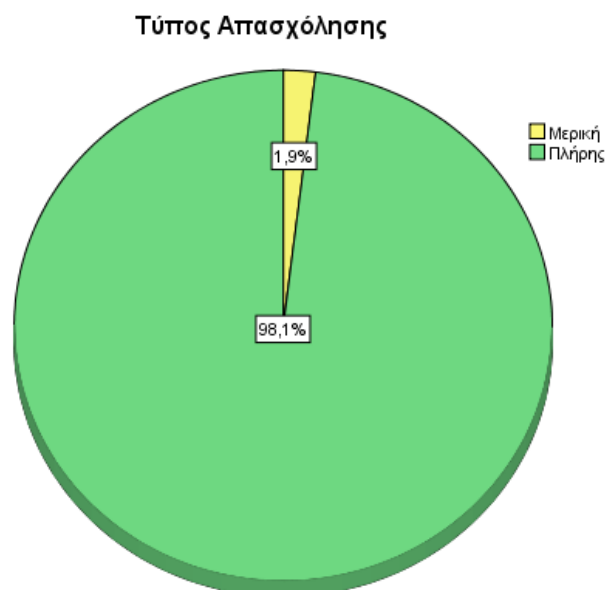
Σχήμα 5: Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων ως προς τη θέση απασχόλησης.

Το έκτο χαρακτηριστικό που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι το συμβόλαιο εργασίας των συμμετεχόντων με το Κέντρο Υγείας στο οποίο εργάζονται. Όπως φαίνεται στο Σχήμα 6, από τους 102 υπαλλήλους που απάντησαν, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από μόνιμους υπαλλήλους (80,4%) ενώ οι υπόλοιποι είναι συμβασιούχοι.



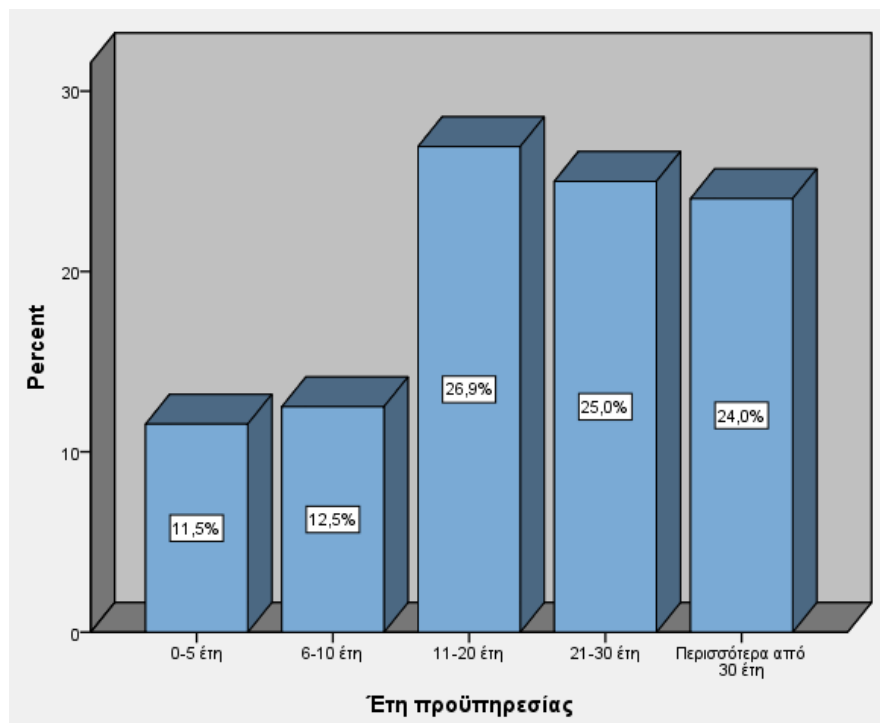
Σχήμα 6: Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων ως προς το συμβόλαιο εργασίας.

Ακολουθώς, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με τον τύπο της απασχόλησής τους. Από τα 104 άτομα που απάντησαν σε αυτή την ερώτηση υπήρξαν μόνο 2 που ανέφεραν μερική απασχόληση ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι είναι πλήρως απασχολούμενοι.



Σχήμα 7: Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων ως προς τον τύπο απασχόλησης.

Η τελευταία ερώτηση αφορά τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων (Σχήμα 8). Από τα 104 άτομα που απάντησαν τα μεγαλύτερα ποσοστά σημειώνονται μεταξύ αυτών που έχουν 11-20 έτη (26,9%), 21-30 έτη (25%) και περισσότερα από 30 έτη υπηρεσίας (24%).



Σχήμα 8: Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων ως προς τα έτη προϋπηρεσίας.

4.4 Περιγραφή Στατιστικών Μεθόδων Ανάλυσης

Σε αυτή την ενότητα περιγράφονται οι μέθοδοι ανάλυσης που εφαρμόστηκαν προκειμένου να εξαχθούν τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Τούμπας και Βότση. Όλα τα στατιστικά μέτρα και οι επαγωγικοί έλεγχοι εκπονήθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS 23.

Αρχικά, χρησιμοποιήθηκαν μέτρα της περιγραφικής στατιστικής ώστε να διαπιστωθεί η άποψη των μελών του δείγματος. Συγκεκριμένα, στις περισσότερες ερωτήσεις / προτάσεις του ερωτηματολογίου και στις συνολικές βαθμολογίες των υποκλιμάκων, που αναφέρθηκαν σε προηγούμενο τμήμα αυτού του κεφαλαίου, υπολογίστηκαν η ελάχιστη και μέγιστη τιμή, ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση των απαντήσεων. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκε πίνακας

συχνοτήτων για να διαπιστωθεί ποιες από τις προτάσεις αντιμετώπισης εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρούνται σημαντικότερες σύμφωνα με τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ακολούθως, εφαρμόστηκαν επαγωγικοί έλεγχοι ώστε να διαπιστωθεί αν οι απαντήσεις των ερωτώμενων επηρεάζονται σημαντικά από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, οι έλεγχοι υποθέσεων πραγματοποιούνται σε επίπεδο σημαντικότητας (περιθώριο σφάλματος) 5% που σημαίνει ότι υπάρχει βεβαιότητα 95% για την ορθότητα των αποτελεσμάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε φορά που η τιμή p ενός ελέγχου είναι μικρότερη από 0,05 η μηδενική υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται. Στις επόμενες παραγράφους αυτής της ενότητας αναφέρονται η μηδενική και εναλλακτική υπόθεση κάθε ελέγχου που εφαρμόστηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Αρχικά, αναφέρονται οι έλεγχοι ανεξαρτησίας μεταξύ καθενός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και καθεμίας από τις προτάσεις αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε αυτή την περίπτωση, εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 ανεξαρτησίας του Pearson (Πραμαγγιούλης, 2008). Ωστόσο, απαραίτητη προϋπόθεση για την αξιοπιστία του ελέγχου είναι να μην υπάρχει αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5 σε περισσότερα από το 20% των κελιών του πίνακα συνάφειας των 2 μεταβλητών που εξετάζονται κάθε φορά. Στην περίπτωση παραβίασης αυτής της προϋπόθεσης, εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher, αν οι μεταβλητές είναι διχότομες – έχουν μόνο δύο δυνατές απαντήσεις η καθεμία, ή η μέθοδος Monte Carlo σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση (Τσαγρής, 2014).

Επίσης, εφαρμόστηκαν έλεγχοι διαφορών για να διαπιστωθεί αν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις απαντήσεις στις προτάσεις / ερωτήσεις με κλίμακα Likert και τις συνολικές βαθμολογίες των υποκλιμάκων της έρευνας. Ωστόσο, πριν γίνει αναφορά στους ελέγχους διαφορών αξίζει να σημειωθεί ότι ελέγχθηκε η κανονικότητα των δεδομένων σε καθένα από τα ανεξάρτητα δείγματα που μελετώνται κάθε φορά ώστε να διαπιστωθεί αν θα εφαρμοστεί έλεγχος διαφοράς μέσω τιμών ή διαμέσων. Γι' αυτό το σκοπό εφαρμόστηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov (Τσαγρής, 2014) όπου μελετάται η μηδενική υπόθεση H_0 : τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης H_1 : η κατανομή των δεδομένων είναι σημαντικά διαφορετική της κανονικής.

Στην περίπτωση δύο ανεξάρτητων δειγμάτων όπου η υπόθεση της κανονικότητας ικανοποιείται και στα 2 δείγματα εφαρμόστηκε ο έλεγχος t (Independent Samples t -test).

Σύμφωνα με αυτόν μελετάται η μηδενική υπόθεση H_0 : οι μέσες τιμές των πληθυσμών απ;ο τους οποίους προέρχονται τα δείγματα είναι ίσες έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης H_1 : οι πληθυσμιακές μέσες τιμές διαφέρουν σημαντικά (Τσαγρής, 2014, Πραμαγγιούλης, 2008). Αντίθετα, όταν η κανονικότητα των δεδομένων παραβιάζεται τουλάχιστον σε ένα από τα δύο δείγματα, ο έλεγχος t αντικαθίσταται από την μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney (Τσαγρής, 2014) που εξετάζει ισότητα διαμέσων. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην περίπτωση του ελέγχου t το στατιστικό πακέτο SPSS παρέχει δύο αποτελέσματα ανάλογα με το αν οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις είναι ίσες ή σημαντικά διαφορετικές που είναι μια συνθήκη για την επιλογή της κατάλληλης τιμή του ελέγχου t . Ο έλεγχος ισότητας διακυμάνσεων πραγματοποιείται με τη δοκιμασία Levene.

Στην περίπτωση τριών ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων εφαρμόζεται η Ανάλυση Διακύμανσης όταν ικανοποιείται η κανονικότητα σε καθένα από τα δείγματα. Με αυτό τον έλεγχο εξετάζεται η μηδενική υπόθεση H_0 : οι μέσες τιμές των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δείγματα είναι ίσες έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης H_1 : οι πληθυσμιακές μέσες τιμές διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Επιπλέον, πρέπει να ικανοποιείται η ισότητα των πληθυσμιακών διακυμάνσεων που εξετάζεται μέσω του ελέγχου Levene, διότι αν παραβιάζεται τότε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (Πραμαγγιούλης, 2008) αντικαθίσταται από τη διόρθωση Brown-Forsythe (Field, 2009). Ωστόσο, αν η κανονικότητα των δεδομένων παραβιάζεται τουλάχιστον σε ένα από τα δείγματα, τότε ανεξάρτητα από το τι ισχύει για τις πληθυσμιακές διακυμάνσεις, εφαρμόζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis (Πραμαγγιούλης, 2008) όπου πλέον εξετάζεται η ισότητα των διαμέσων και όχι των μέσων τιμών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης, όσο και η διόρθωση Brown-Forsythe παρέχουν μόνο την ένδειξη για ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς, χωρίς να προσδιορίζουν ποια ή ποιες πληθυσμιακές μέσες τιμές διαφέρουν σημαντικά από τις υπόλοιπες. Για να βρεθεί η προέλευση της διαφοράς εφαρμόζονται ζευγαρωτοί έλεγχοι μεταξύ των δειγμάτων με την μέθοδο Tukey (αν οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις είναι ίσες) ή με την μέθοδο Games-Howell (αν οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις διαφέρουν σημαντικά). Στην περίπτωση του ελέγχου Kruskal-Wallis δεν παρέχεται η δυνατότητα ζευγαρωτών ελέγχων για να διαπιστωθεί η προέλευση των πιθανών σημαντικών διαφορών. Ωστόσο σε κάθε περίπτωση ελέγχου διαφορών δίνονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις κάθε δείγματος ώστε να υπάρξει γενική εικόνα της προέλευσης κάποιας σημαντικής διαφοράς.

Ακόμη, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχέτισης ώστε να διαπιστωθεί αν οι συνολικές βαθμολογίες των υποκλιμάκων της έρευνας παρουσιάζουν σημαντική γραμμική σχέση. Γι' αυτό το σκοπό χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Τσαγρής, 2014) με τον οποίο υπολογίζεται η ισχύς της γραμμικής σχέσης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κανονικότητα των τιμών και των δύο μεταβλητών. Ωστόσο, λόγω του μεγάλου μεγέθους του δείγματος (περισσότερες από 30 παρατηρήσεις) μπορεί να θεωρηθεί ότι η κανονικότητα ισχύει μέσω του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος (Χαλικιάς και συν.,2015). Ο συντελεστής παίρνει τιμές από -1 έως 1 με την τιμή 0 να δηλώνει την απουσία γραμμικής σχέσης μεταξύ των μεταβλητών που εξετάζονται κάθε φορά. Αντίθετα, τιμές κοντά στο -1 ή το 1 δηλώνουν την ύπαρξη ισχυρής αρνητικής και θετικής, αντίστοιχα, γραμμικής σχέσης. Ο αντίστοιχος έλεγχος υπόθεσης εξετάζει την μηδενική υπόθεση H_0 : οι μεταβλητές δεν σχετίζονται σημαντικά έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης H_1 : υπάρχει σημαντική γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Τέλος, εφαρμόστηκε πολλαπλή παλινδρόμηση ώστε να διαπιστωθεί αν οι τρεις αρχικές μεταβλητές του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπική επίτευξη) μπορούν να προβλεφθούν σημαντικά από τις υποκλίμακες της συναισθηματικής υγείας και του εργασιακού άγχους (Field, 2009). Τέλος, εφαρμόστηκε μία τέταρτη παλινδρόμηση όπου μελετάται αν η ικανοποίηση των εργαζομένων από το επάγγελμα μπορεί να προβλεφθεί σημαντικά από τις συνολικές βαθμολογίες στις υπόλοιπες υποκλίμακες της έρευνας. Από τον συντελεστή προσδιορισμού R^2 διαπιστώνεται το ποσοστό μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής που ερμηνεύεται από τις μεταβολές των ανεξάρτητων μεταβλητών της έρευνας. Επίσης, κάθε συντελεστής B του μοντέλου δηλώνει την αύξηση (αν είναι θετικός) ή την μείωση (αν είναι αρνητικός) στην τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής αν η τιμή της συγκεκριμένης ανεξάρτητης μεταβλητής αυξηθεί κατά 1 μονάδα και θεωρώντας ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας παραμένουν σταθερές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο δίνονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των υπαλλήλων των Κέντρων Υγείας Τούμπας και Βότση. Αρχικά, αναφέρονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής. Σε αυτή την ενότητα δίνονται αποκλειστικά οι απαντήσεις των μελών του δείγματος, χωρίς να διαπιστώνεται τι ισχύει για τον πληθυσμό της έρευνας. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε κάθε περίπτωση υποκλιμάκων δίνεται σε παρένθεση το δυνατό εύρος τιμών με βάση την κωδικοποίηση των απαντήσεων, ενώ η ελάχιστη και μέγιστη τιμή που δίνονται στους πίνακες αφορούν αυτά που προέκυψαν από το δείγμα.

Ακολούθως, εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι ανεξαρτησίας και διαφορών, με τους οποίους μελετάται αν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της έρευνας επηρεάζουν σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων και τις συνολικές βαθμολογίες που σημειώνουν στις διάφορες υποκλίμακες. Με τους επαγωγικούς ελέγχους μπορεί να γίνει γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό της έρευνας (όλοι οι υπάλληλοι των 2 Κέντρων Υγείας) με βεβαιότητα 95%. Επιπλέον, οι έλεγχοι συσχέτισης δείχνουν την σύνδεση ανάμεσα στις συνολικές βαθμολογίες των διαφόρων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου. Τέλος, οι παλινδρομήσεις παρέχουν μια σαφέστερη εικόνα των χαρακτηριστικών που είναι σημαντικά για την πρόβλεψη των παραγόντων επαγγελματικής εξουθένωσης.

5.1 Αποτελέσματα Περιγραφικής Στατιστικής

Αρχικά, δίνονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής. Ο πρώτος πίνακας αυτής της ενότητας (Πίνακας 6) παρουσιάζει τα βασικά περιγραφικά μέτρα των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες σχετικά με τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία. Για κάθε μεμονωμένη ερώτηση ή δήλωση, καθώς και για τις συνολικές βαθμολογίες των υποκλιμάκων υπολογίστηκαν η ελάχιστη τιμή (E.T.), η μέγιστη τιμή (M.T.), ο μέσος όρος (M.O.) και η τυπική απόκλιση των απαντήσεων (T.A.). Όπως φαίνεται, τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, κατά μέσο όρο, οι εργαζόμενοι είναι οι ενοχλήσεις στη σπονδυλική στήλη (M.O.=1.73, T.A.=1.09), ο πονοκέφαλος (M.O.=1.45, T.A.=1.11) και προβλήματα με το στομάχι (M.O.=1.42, T.A.=1.08).

Όσον αφορά τη συναισθηματική υγεία, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ότι την τελευταία εβδομάδα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας είχαν αισθανθεί σχεδόν στον ίδιο βαθμό μεγάλη ενεργητικότητα (M.O.=2.46, T.A.=1.13) και κούραση (M.O.=2.50, T.A.=1.31). Από το σύνολο που σημειώθηκε στην υποκλίμακα της ενέργειας και κόπωσης φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι είχαν μέτρια επίπεδα ενέργειας (M.O.=7.84, T.A.=2.85). Επίσης, η ευτυχία είναι το συναίσθημα που υπερίσχυσε μεταξύ των εργαζομένων την τελευταία εβδομάδα πριν την έρευνα (M.O.=2.27, T.A.=1.22), ενώ η απελπισία εμφανίστηκε στον μικρότερο βαθμό (M.O.=1.6, T.A.=1.16). Συνολικά, οι εργαζόμενοι παρουσίασαν μέτρια συναισθηματική κατάσταση την τελευταία εβδομάδα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας (M.O.=14.44, T.A.=4.60).

Πίνακας 6: Περιγραφικά μέτρα των απαντήσεων σχετικά με τη σωματική και συναισθηματική υγεία.

Κλίμακες	Ερωτήσεις / Δηλώσεις	E.T.	M.T.	M.O.	T.A.
Σωματική υγεία	Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (N=103)	0	3	1,17	1,08
	Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (N=102)	0	3	0,86	0,98
	Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (N=102)	0	3	0,40	0,77
	Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (N=102)	0	3	1,73	1,09
	Έχετε συχνά πονοκέφαλο; (N=103)	0	3	1,45	1,11
	Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (N=102)	0	3	0,66	0,88
	Αντιμετωπίζετε προβλήματα αϋπνίας; (N=103)	0	3	1,39	1,12
	Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι / δυσκοιλιότητας / διάρροιας; (N=102)	0	3	1,42	1,08
Συναισθηματική υγεία	Μεγάλη ενεργητικότητα (N=105)	0	5	2,46	1,13
	Εξάντληση (N=105)	0	5	2,12	1,28
	Κούραση (N=105)	0	5	2,50	1,31
	Σύνολο ενέργειας / κόπωσης (0-15) (N=105)	1	5	7,84	2,85
	Πολύ εκνευρισμό (N=104)	0	5	1,90	1,28
	Πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά (N=105)	0	5	2,00	1,37
	Ηρεμία – γαλήνη (N=104)	0	4	2,14	1,16
	Απελπισία – μελαγχολία (N=105)	0	4	1,06	1,16
Ευτυχισμένος/η (N=105)	0	5	2,27	1,22	
Σύνολο συναισθηματικής κατάστασης (0-25) (N=103)	5	24	14,44	4,60	

Ακόμη, στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν για τις συνήθειές τους σχετικά με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 38,1% των μελών του δείγματος απάντησε θετικά στο κάπνισμα, ενώ το 35,5 απάντησε θετικά στην κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον, από τα 39 άτομα, σχετικά με το πλήθος τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως, διαπιστώνεται μέσος αριθμός 14,92 τσιγάρων με τυπική απόκλιση 9,06. Τέλος, από τα 37 άτομα, που απάντησαν σχετικά με την κατανάλωση ποτηριών αλκοόλ εβδομαδιαίως, προέκυψε μέση τιμή 2,87 ποτηριών με τυπική απόκλιση 1,67.

Ση συνέχεια μελετήθηκαν οι απαντήσεις που αφορούν το εργασιακό άγχος των υπαλλήλων στα Κέντρα Υγείας Τούμπας και Βότση. Τα αποτελέσματα για την κάθε πρόταση ξεχωριστά και για τις συνολικές υποκλίμακες παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Ανάμεσα στα κυριότερα προβλήματα επικοινωνίας είναι η ύπαρξη μη λειτουργικού περιβάλλοντος (Μ.Ο.=2.59, Τ.Α.=1.52) και η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων (Μ.Ο.=2.44, Τ.Α.=1.55). Αντίθετα, η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων σε υφισταμένους δεν αποτελεί πηγή ιδιαίτερου άγχους (Μ.Ο.=1.98, Τ.Α.=1.47) των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα. Συνολικά, τα προβλήματα επικοινωνίας αποτελούν μέτρια πηγή άγχους των εργαζομένων (Μ.Ο.=18.01, Τ.Α.=9.56).

Όσο αφορά τον φόρτο εργασίας, οι εργαζόμενοι αγχώνονται κυρίως για τα προβλήματα γραφειοκρατίας (Μ.Ο.=2.74, Τ.Α.=1.53) και τον μεγάλο αριθμό εργασιών που πρέπει να διεκπεραιωθούν ταυτόχρονα (Μ.Ο.=2.69, Τ.Α.=1.51). Αντίθετα, οι νέες τεχνολογικές εξελίξεις δε φαίνεται να τους απασχολούν ιδιαίτερα (Μ.Ο.=1.65, Τ.Α.=1.41). Γενικά, από τη συνολική βαθμολογία στον φόρτο εργασίας φαίνεται ότι αυτός ο παράγοντας αποτελεί πηγή χαμηλού στρες για τους εργαζομένους (Μ.Ο.=11.56, Τ.Α.=5.55).

Η έλλειψη ενδιαφέροντος είναι ακόμη ένας παράγοντας που μελετήθηκε για την πρόκληση άγχους στους εργαζομένους των Κέντρων Υγείας. Τα πιο σημαντικά προβλήματα φαίνεται να είναι η αδυναμία των εργαζομένων να αρνηθούν δουλειές που τους ανατίθενται (Μ.Ο.=2.22, Τ.Α.=1.53) και η ρουτίνα στη δουλειά (Μ.Ο.=2.10, Τ.Α.=1.53). Αντίθετα, ο μεγάλος αριθμός συνελεύσεων και συναντήσεων φαίνεται να είναι το μικρότερο πρόβλημα των εργαζομένων (Μ.Ο.=1.34, Τ.Α.=1.27). Συνολικά, η έλλειψη ενδιαφέροντος είναι ακόμη ένας παράγοντας χαμηλού άγχους των εργαζομένων (Μ.Ο.=9.10, Τ.Α.=5.07).

Ακόμη, οι εργαζόμενοι ρωτήθηκαν για τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Σε αυτό τον τομέα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο στρες προκαλείται από τον μεγάλο βαθμό ευθύνης που επωμίζονται οι εργαζόμενοι (M.O.=2.31, T.A.=1.51) και από την αντιμετώπιση προβλημάτων με ανωτέρους (M.O.=2.19, T.A.=1.46). Αντίθετα, τα προβλήματα με τους υφισταμένους φαίνεται να είναι η μικρότερη πηγή άγχους (M.O.=1.93, T.A.=1.38). Για ακόμη μια φορά φαίνεται ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις δεν δημιουργούν υψηλό άγχος στους συμμετέχοντες (M.O.=14.57, T.A.=7.75).

Η τελευταία κατηγορία ερωτήσεων αφορούσε τα εμπόδια ανάπτυξης καριέρας. Εδώ φαίνεται ότι το κυριότερο πρόβλημα των εργαζομένων είναι η λειτουργία του τεχνολογικού εξοπλισμού (M.O.=2.47, T.A.=1.51), ενώ η έλλειψη συμπαράστασης από το οικογενειακό περιβάλλον για την εργασία δεν είναι πηγή υψηλού άγχους των εργαζομένων (M.O.=1.30, T.A.=1.35). Συνολικά τα εμπόδια στην ανάπτυξη της καριέρας δεν φαίνεται να δημιουργούν σοβαρό άγχος στους εργαζόμενους (M.O.=5.81, T.A.=3.35).

Ακόμη, υπήρξαν ερωτήσεις που αφορούν θέματα της εργασίας, αλλά δεν εντάσσονται σε κάποια συγκεκριμένη υποκλίμακα. Όπως φαίνεται, οι μεγαλύτερες πηγές άγχους των εργαζομένων είναι ο πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (M.O.=2.33, T.A.=1.53) και η έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (M.O.=2.21, T.A.=1.43). Αντίθετα, η διαδρομή προς τη δουλειά είναι το μικρότερο πρόβλημα των εργαζομένων (M.O.=0.85, T.A.=1.12).

Πίνακας 7: Περιγραφικά μέτρα των απαντήσεων που σημειώθηκαν στο εργασιακό άγχος.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις	E.T.	M.T.	M.O.	T.A.
19) Αντιμετώπιση προβλημάτων με τους συνοδούς των πολιτών που εξυπηρετώ (N=105)	0	5	2,10	1,45
22) Ανακοίνωση σε υφιστάμενους δυσάρεστων πραγμάτων (αύξηση καθηκόντων μετακινήσεις) (N=103)	0	5	1,98	1,47
23) Συγκρούσεις με τους στόχους της διοίκησης (N=105)	0	5	2,19	1,51
24) Μη κατάλληλη εφαρμογή των στόχων της διοίκησης από τους υπευθύνους (N=105)	0	5	2,27	1,46
25) Έλλειψη επικοινωνίας διοίκησης – πολιτών (N=104)	0	5	2,21	1,46
26) Έλλειψη επικοινωνίας εργαζομένων – πολιτών (N=105)	0	5	2,25	1,45
27) Έλλειψη επικοινωνίας διοίκησης – εργαζομένων (N=105)	0	5	2,44	1,55
34) Μη λειτουργικό περιβάλλον εργασίας (κακή χωροθέτηση, κακός φωτισμός, κακός εξαερισμός) (N=105)	0	5	2,59	1,52
Σύνολο προβλημάτων επικοινωνίας (0-40) (N=102)	0	40	18,01	9,56
4) Φοβάμαι μήπως κάνω κάποιο λάθος (N=105)	0	5	2,10	1,46
8) Προθεσμίες και πίεση χρόνου (N=104)	0	5	2,35	1,51
9) Μεγάλος αριθμός εργασιών που πρέπει να διεκπεραιωθούν ταυτόχρονα (N=104)	0	5	2,69	1,51
10) Προβλήματα γραφειοκρατίας (N=104)	0	5	2,74	1,53
30) Νέες τεχνολογικές εξελίξεις (N=105)	0	5	1,65	1,41
Σύνολο φόρτου εργασίας (0-25) (N=104)	0	25	11,56	5,55
11) Ρουτίνα στη δουλειά (N=104)	0	5	2,10	1,53
12) Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (N=104)	0	5	1,87	1,49
16) Δεν μπορώ να πω εύκολα όχι σε δουλειά που μου αναθέτουν (N=105)	0	5	2,22	1,53
17) Μεγάλος αριθμός συνελεύσεων – συναντήσεων (N=105)	0	5	1,34	1,27

20) Ανάμειξη δουλειάς με την οικογενειακή ζωή (N=105)	0	5	1,53	1,40
Σύνολο έλλειψης ενδιαφέροντος (0-25) (N=104)	0	24	9,10	5,07
3) Είμαι υποχρεωμένος να παίρνω αποφάσεις (N=105)	0	5	1,99	1,40
5) Αντιμετώπιση προβλημάτων με ανώτερους / προϊσταμένους (N=105)	0	5	2,19	1,46
6) Αντιμετώπιση προβλημάτων με κατώτερους / υφισταμένους (N=105)	0	5	1,93	1,38
7) Αντιμετώπιση προβλημάτων με συναδέλφους (N=105)	0	6	2,06	1,39
13) Μεγάλος βαθμός ευθύνης (N=105)	0	5	2,31	1,51
15) Είμαι ανήσυχος/η για το αν θα παραμείνω στη θέση μου (N=105)	0	5	1,97	1,89
18) Αντιμετώπιση προβλημάτων με πολίτες που εξυπηρετώ (N=105)	0	5	2,11	1,48
Σύνολο διαπροσωπικών σχέσεων (0-35) (N=105)	0	35	14,57	7,75
14) Δεν γνωρίζω ποια θα είναι η εξέλιξη της καριέρας μου (N=105)	0	5	2,04	1,72
21) Έλλειψη συμπαράστασης από το οικογενειακό περιβάλλον ως προς τη δουλειά (N=105)	0	5	1,30	1,35
33) Προβλήματα στη λειτουργία του τεχνολογικού εξοπλισμού (N=105)	0	5	2,47	1,51
Σύνολο εμποδίων ανάπτυξης καριέρας (0-15) (N=105)	0	15	5,81	3,35
1) Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω ως αργά (N=104)	0	5	1,60	1,45
2) Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (N=104)	0	5	1,91	1,30
28) Η διαδρομή προς τη δουλειά (N=105)	0	5	0,85	1,12
29) Κακή αισθητική χώρου εργασίας (N=105)	0	5	1,37	1,35
31) Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (N=105)	0	5	2,21	1,43
32) Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (N=105)	0	5	2,33	1,53

Ακολουθούν τα περιγραφικά μέτρα των απαντήσεων που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8, οι εργαζόμενοι νιώθουν αρκετά συχνά συναισθηματική εξάντληση (M.O.=6.85, T.A.=4.68) και αποπροσωποποίηση (M.O.=3.64, T.A.=3.16). Αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν ποτέ δεν αισθάνονται να μεταχειρίζονται τους ασθενείς σαν αντικείμενα (M.O.=0.48, T.A.=0.89), ενώ η κούραση όταν ξυπνούν και έχουν να αντιμετωπίσουν ακόμη μια μέρα στη δουλειά, είναι το πιο συχνό φαινόμενο (M.O.=2.41, T.A.=1.79). Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας συμμετέχοντας δε σημειώνει την ανώτερη βαθμολογία στο σύνολο της αποπροσωποποίησης ενώ το ίδιο παρατηρείται και στην μεταχείριση των ασθενών ως αντικειμένων.

Οι επόμενες προτάσεις αφορούν την προσωπική επίτευξη των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι είναι πολύ συχνό αυτό το αίσθημα (M.O.=13.10, T.A.=4.07) μεταξύ των υπαλλήλων των Κέντρων Υγείας Βότση και Τούμπας, ενώ οι πλέον θετικές απαντήσεις δίνονται στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών (M.O.=4.69, T.A.=1.62). Ακόμη, από το σύνολο των τελευταίων τριών προτάσεων φαίνεται ότι σπάνια οι εργαζόμενοι σκέφτονται ότι επέλεξαν λάθος επάγγελμα (M.O.=4.21, T.A.=3.74), το οποίο φαίνεται και από τις ελάχιστες φορές που έχουν σκεφτεί να παρατήσουν την εργασία τους (M.O.=0.78, T.A.=1.53).

Πίνακας 8: Περιγραφικά μέτρα των απαντήσεων που σημειώθηκαν στην επαγγελματική εξουθένωση.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις	E.T.	M.T.	M.O.	T.A.
3) Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου. (N=103)	0	6	2,37	1,78
4) Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά. (N=103)	0	6	2,41	1,79
7) Είναι πολύ κουραστικό για εμένα να δουλεύω όλη μέρα με ασθενείς. (N=102)	0	6	2,15	1,94
Σύνολο συναισθηματικής εξάντλησης (0-18) (N=102)	0	18	6,85	4,68
2) Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι τους ασθενείς μου σαν να είναι αντικείμενα. (N=102)	0	4	0,48	0,89
5) Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος από τότε που ξεκίνησα αυτή τη δουλειά. (N=103)	0	6	2,03	1,87
8) Ουσιαστικά δεν με απασχολεί τι συμβαίνει στους ασθενείς. (N=102)	0	6	1,20	1,87
Σύνολο αποπροσωποποίησης (0-18) (N=101)	0	13	3,64	3,16
1) Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου. (N=102)	0	6	4,69	1,62
6) Επηρεάζω θετικά τους ασθενείς μέσα από τη δουλειά μου. (N=103)	0	6	4,33	1,72
9) Νιώθω όμορφα στο τέλος της ημέρας που δούλεψα με ασθενείς. (N=103)	0	6	4,12	1,93
Σύνολο προσωπικής επίτευξης (0-18) (N=102)	3	18	13,10	4,07
10) Σκέφτομαι να παρατήσω το επάγγελμά μου. (N=103)	0	6	0,78	1,53
11) Αντανακλώ την ικανοποίηση που λαμβάνω από το επάγγελμά μου. (N=103)	0	6	3,51	2,10
12) Μετανιώνω για την απόφασή μου να ακολουθήσω το συγκεκριμένο επάγγελμα. (N=103)	0	6	0,95	1,62
Σύνολο ικανοποίησης από το επάγγελμα (0-18) (N=103)	0	17	4,21	3,74

Τέλος, δίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επιλογής των θετικών απαντήσεων σε καθένα από τα μέτρα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης που αναφέρονται στην τελευταία ενότητα του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 9, οι εργαζόμενοι θεωρούν ως κύρια μέτρα αντιμετώπισης την βελτίωση των συνθηκών εργασίας (50%), την μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων (41,3%), την συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων (41,3%) και την σταθερότητα του φορέα απασχόλησης (37,5%). Αντίθετα, η οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους (7,7%) και η κοινωνική καταξίωση (8,7%) δεν θεωρούνται ως οι πλέον ενδεδειγμένοι τρόποι για την καταπολέμηση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 9: Συχνότητες και ποσοστά των απαντήσεων στα μέτρα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Προτάσεις (N=104)	Συχνότητες	Ποσοστά
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	52	50%
Σταθερότητα φορέα απασχόλησης	39	37,5%
Δυνατότητα επιλογής θέσης	12	11,5%
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	43	41,3%
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων	43	41,3%
Ίση κατανομή φόρτου εργασίας	35	33,7%
Σαφής ορισμός καθηκόντων	32	30,8%
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων	19	18,3%
Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊσταμένους	26	25%
Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους	8	7,7%
Κοινωνική καταξίωση	9	8,7%
Άλλο	3	2,9%

5.2 Αποτελέσματα Επαγωγικής Στατιστικής

Σε αυτή την ενότητα δίνονται τα αποτελέσματα των επαγωγικών ελέγχων ανεξαρτησίας και διαφορών ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις απαντήσεις και συνολικές βαθμολογίες στα βασικά ερωτήματα της έρευνας. Σε κάθε υποενότητα των ελέγχων διαφοράς περιλαμβάνονται 2 πίνακες. Στον πρώτο αναφέρονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς μεταξύ των διαφόρων ομάδων, ως προς τις προτάσεις της σωματικής υγείας και τις υποκλίμακες της συναισθηματικής υγείας, του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην περίπτωση του εργασιακού άγχους υπήρξαν ορισμένες προτάσεις που δεν ανήκουν σε κάποια υποκλίμακα και γι' αυτό το λόγο μελετήθηκαν ξεχωριστά. Ο δεύτερος πίνακας καθεμίας από τις προαναφερθείσες ενότητες αναφέρεται στους ελέγχους ανεξαρτησίας του χαρακτηριστικού που μελετάται με καθεμία από τις προτάσεις αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στον ίδιο πίνακα περιλαμβάνονται και οι έλεγχοι ανεξαρτησίας με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον, δίνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων της συναισθηματικής υγείας, της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους. Τέλος, αναφέρονται τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων με εξαρτημένες μεταβλητές τις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

5.2.1 Αποτελέσματα των ελέγχων με κριτήριο το φύλο

Αρχικά, μελετήθηκαν οι απαντήσεις των εργαζομένων σε σχέση με το φύλο. Στον πρώτο πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς ανδρών και γυναικών ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Όπως προέκυψε, οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν σημαντικά ως προς την συχνότητα εμφάνισης πονοκεφάλων ($U=630.000$, $p=0.006$), την απώλεια μνήμης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών πριν τη διεξαγωγή της έρευνας ($U=637.500$, $p=0.008$) και την αντιμετώπιση προβλημάτων με το στομάχι ($U=711.000$, $p=0.043$). Και στις τρεις περιπτώσεις, φαίνεται ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνότερα αυτά τα προβλήματα σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Αντίθετα, τα δύο φύλα δε φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη συναισθηματική υγεία.

Επίσης, οι άνδρες και οι γυναίκες φαίνεται να διαφοροποιούνται ως προς την ένταση του στρες που βιώνουν από τα προβλήματα επικοινωνίας ($t(100)=-2.035$, $p=0.044$) και την κακή

αισθητική στο χώρο εργασίας ($U=751.000$, $p=0.052$). Για μια ακόμη φορά οι γυναίκες υπερτερούν σημαντικά έναντι των ανδρών. Αντίθετα, η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι περίπου ίδια τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες εργαζόμενες στα Κέντρα Υγείας Βότση και Τούμπας.

Πίνακας 10: Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος με κριτήριο το φύλο.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις / Προτάσεις	M.O.±T.A. (Αντρες)	M.O.±T.A. (Γυναίκες)	t/U	P
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ				
Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,16±1,03	1,17±1,10	973,000	0,987
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,84±0,85	0,87±1,02	947,500	0,900
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,48±0,77	0,38±0,78	881,500	0,409
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,60±1,04	1,77±1,11	869,000	0,450
Έχετε συχνά πονοκέφαλο; (0-3)	0,92±1,04	1,62±1,08	630,000	0,006
Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,25±0,53	0,78±0,94	637,500	0,008
Αντιμετωπίζετε προβλήματα αϋπνίας; (0-3)	1,28±1,14	1,42±1,12	905,000	0,578
Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι / δυσκοιλιότητας / διάρροιας; (0-3)	1,04±0,98	1,55±1,08	711,000	0,043
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ				
Ενέργεια / κόπωση (0-15)	7,92±2,34	7,81±3,00	960,500	0,765
Συναισθηματική κατάσταση (0-25)**	14,76±4,65	14,33±4,61	0,402	0,689
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ				
Προβλήματα επικοινωνίας (0-40)**	14,68±8,74	19,09±9,62	-2,035	0,044
Φόρτος εργασίας (0-25)	10,52±4,46	11,89±5,84	836,500	0,250
Έλλειψη ενδιαφέροντος (0-25)	7,80±4,60	9,51±5,17	804,500	0,163
Διαπροσωπικές σχέσεις (0-35)	13,04±7,04	15,05±7,93	872,000	0,335

Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας (0-15)**	4,92±2,69	6,09±3,49	-1,533	0,128
<i>Μεμονωμένες προτάσεις του εργασιακού άγχους</i>				
Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω ως αργά (0-5)	1,64±1,29	1,58±1,50	927,000	0,636
Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (0-5)	1,60±1,08	2,01±1,35	814,500	0,177
Η διαδρομή προς τη δουλειά (0-5)	0,52±0,71	0,95±1,20	832,500	0,170
Κακή αισθητική χώρου εργασίας (0-5)	0,92±1,08	1,51±1,41	751,000	0,052
Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (0-5)	2,04±1,51	2,26±1,40	919,500	0,535
Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (0-5)	2,04±1,57	2,43±1,52	862,000	0,291

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Συναισθηματική εξάντληση (0-18)	5,58±4,15	7,24±4,78	749,000	0,139
Αποπροσωποποίηση (0-18)	2,71±2,77	3,94±3,24	726,000	0,111
Προσωπική επίτευξη (0-18)	12,88±4,98	13,17±3,79	907,000	0,818
Ικανοποίηση από το επάγγελμα (0-18)	3,88±3,54	4,32±3,81	894,000	0,671

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, το φύλο διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για 2 ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test). Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney.

Στη συνέχεια αναφέρονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ανάμεσα στο φύλο και καθεμία από τις προτάσεις αντιμετώπισης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακόμη μελετάται η ενδεχόμενη στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και το κάπνισμα ή/και την κατανάλωση αλκοόλ. Όπως φαίνεται, στον Πίνακα 11, οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν σημαντικά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2(1)=6.198$, $p=0.013$) με τους άνδρες να εμφανίζουν σχεδόν διπλάσιο ποσοστό θετικών απαντήσεων (56%) σε σχέση με τις γυναίκες (28,7%). Επιπλέον, όσο αφορά τα μέτρα αντιμετώπισης του άγχους και της εξουθένωσης που προέρχονται από την εργασία, οι άνδρες και οι γυναίκες υποστηρίζουν σε σημαντικά διαφορετικό βαθμό τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας ($\chi^2(1)=11.848$, $p=0.001$) και την ίση κατανομή του φόρτου εργασίας ($\chi^2(1)=4.594$, $p=0.032$). Στην πρώτη περίπτωση υπερέχουν σημαντικά οι άνδρες (80%) έναντι των γυναικών (40,5%), ενώ οι γυναίκες προτιμούν σημαντικά περισσότερο την ίση κατανομή του φόρτου εργασίας (39,2%) σε σχέση με τους άνδρες (16%).

Πίνακας 11: Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ως προς τις βλαβερές συνήθειες και την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης με κριτήριο το φύλο.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	N (%). Άντρες	N(%) Γυναίκες	x²	P
ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ				
Καπνίζετε;	11 (44%)	29 (36,3%)	0,485	0,486
Καταναλώνετε αλκοόλ;	14 (56%)	23 (28,7%)	6,198	0,013
ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ				
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	20 (80%)	32 (40,5%)	11,848	0,001
Σταθερότητα φορέα απασχόλησης	7 (28%)	32 (40,5%)	1,267	0,260
Δυνατότητα επιλογής θέσης	4 (16%)	8 (10,1%)	0,642	0,423
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	8 (32%)	35 (44,3%)	1,185	0,276
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων	13 (52%)	30 (38%)	1,540	0,215
Ίση κατανομή φόρτου εργασίας	4 (16%)	31 (39,2%)	4,594	0,032
Σαφής ορισμός καθηκόντων	11 (44%)	21 (26,6%)	2,705	0,100
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων**	5 (20%)	14 (17,7%)	0,066	0,797
Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊσταμένους	4 (16%)	22 (27,8%)	1,422	0,233
Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους**	1 (4%)	7 (8,9%)	0,632	0,676
Κοινωνική καταξίωση**	2 (8%)	7 (8,9%)	0,018	1,000
Άλλο**	2 (8%)	1 (1,3%)	3,074	0,143

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, το φύλο επιδρά σημαντικά στις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την δοκιμασία χ^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

5.2.2 Αποτελέσματα των ελέγχων με κριτήριο την ηλικία

Το επόμενο χαρακτηριστικό που μελετάται είναι η ηλικία. Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόστηκαν έλεγχοι διαφοράς και ανεξαρτησίας μεταξύ 4 ομάδων: 26-35 ετών (8 άτομα), 36-45 ετών (25 άτομα), 46-55 ετών (41 άτομα) και 56-65 ετών (28 άτομα). Αντίθετα, αποκλείστηκαν από την έρευνα οι εργαζόμενοι 18-25 ετών και άνω των 65 ετών λόγω του πολύ μικρού πλήθους τους. Τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς μεταξύ των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Όσο αφορά τη σωματική υγεία εμφανίζονται σημαντικές διαφορές μόνο στην περίπτωση απώλεια μνήμης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών πριν τη διεξαγωγή της έρευνας ($H=7.872$, $p=0.049$). Συγκεκριμένα, το φαινόμενο εντοπίζεται συχνότερα μεταξύ των εργαζομένων ηλικίας 46-55 ετών ($M.O.=0.90$, $T.A.=0.94$), ενώ είναι σπανιότερο στην περίπτωση των εργαζομένων 26-35 ετών ($M.O.=0.25$, $T.A.=0.46$). Η συναισθηματική υγεία φαίνεται να είναι στα ίδια περίπου επίπεδα για όλους τους εργαζομένους ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ηλικία επηρεάζει σημαντικά το βαθμό άγχους που χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους σχετικά με τον φόρτο εργασίας ($F(3, 97)=3.180$, $p=0.027$), την έλλειψη ενδιαφέροντος ($H=11.091$, $p=0.011$), τις διαπροσωπικές σχέσεις ($F(3,98)=5.252$, $p=0.002$) και τη διαδρομή προς τη δουλειά ($H=11.237$, $p=0.011$). Σε κάθε περίπτωση, οι εργαζόμενοι ηλικίας 26-35 ετών είναι αυτοί που νιώθουν εντονότερο στρες, ενώ οι εργαζόμενοι 56-65 ετών είναι οι πλέον χαλαροί απέναντι σε τέτοια θέματα.

Τέλος, η ηλικία φαίνεται να διαφοροποιεί σημαντικά την συναισθηματική εξάντληση ($H=16.449$, $p=0.001$), την προσωπική επίτευξη ($H=9.192$, $p=0.027$) και την ικανοποίηση από το επάγγελμα ($H=12.770$, $p=0.005$) των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, η συναισθηματική εξάντληση εντοπίζεται κυρίως μεταξύ των εργαζομένων 26-35 ετών ($M.O.=8.88$, $T.A.=3.98$) και 46-55 ετών ($M.O.=8.98$, $T.A.=4.75$) ενώ οι εργαζόμενοι ηλικίας 56-65 ετών είναι αυτοί που βιώνουν σπανιότερα αυτή την κατάσταση ($M.O.=4.89$, $T.A.=4.17$). Επιπλέον, οι πιο ηλικιωμένοι είναι αυτοί που νιώθουν συχνότερα την προσωπική επίτευξη ($M.O.=14.50$, $T.A.=3.84$), ενώ οι νεότεροι βιώνουν σπανιότερα αυτόν τον παράγοντα ($M.O.=9.63$, $T.A.=5.37$). Τέλος, η μεγαλύτερη βαθμολογία στην ικανοποίηση από το επάγγελμα δηλώνει την μεγαλύτερη απογοήτευση των εργαζομένων κι έτσι γίνεται φανερό ότι οι νεότεροι υπάλληλοι είναι οι πλέον απογοητευμένοι από το επάγγελμα ($M.O.=6.00$, $T.A.=4.78$), ενώ οι ηλικιωμένοι είναι και οι πλέον ευχαριστημένοι από αυτό ($M.O.=2.71$, $T.A.=2.97$).

Πίνακας 12: Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος με κριτήριο την ηλικία.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις / Προτάσεις	M.O.±T.A. (26-35 ετών)	M.O.±T.A. (36-45 ετών)	M.O.±T.A. (46-55 ετών)	M.O.±T.A. (56-65 ετών)	F/H	P
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ						
Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,00±1,20	1,20±1,08	1,34±1,06	0,85±1,05	3,695	0,296
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,38±0,74	0,64±0,86	0,88±0,95	1,20±1,12	5,839	0,120
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,25±0,71	0,44±0,92	0,41±0,74	0,44±0,77	0,772	0,856
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,38±0,92	1,68±0,99	1,73±1,25	1,96±0,98	2,198	0,532
Έχετε συχνά πονοκέφαλο; (0-3)	1,88±1,13	1,44±1,08	1,56±1,21	1,31±0,93	1,810	0,613
Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,25±0,46	0,60±0,96	0,90±0,94	0,40±0,71	7,872	0,049
Αντιμετωπίζετε προβλήματα αύπνιας; (0-3)	1,00±1,07	1,32±1,07	1,54±1,23	1,38±0,98	1,722	0,632
Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι / δυσκοιλιότητας / διάρροιας; (0-3)	1,00±0,54	1,28±1,10	1,51±1,17	1,60±0,96	2,688	0,442
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ						
Ενέργεια / κόπωση (0-15)	8,63±2,62	7,88±3,07	7,29±2,89	8,00±2,40	2,421	0,490
Συναισθηματική κατάσταση (0-25)	15,88±5,11	15,44±4,37	13,00±4,57	14,89±4,42	6,707	0,082
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ						
Προβλήματα επικοινωνίας (0-40)**	23,00±7,01	18,84±10,53	18,83±9,82	14,96±8,72	1,764	0,159
Φόρτος εργασίας (0-25)**	13,75±5,52	11,48±5,25	13,05±5,59	9,22±5,09	3,180	0,027
Έλλειψη ενδιαφέροντος (0-25)	10,50±5,45	9,68±4,66	10,44±4,95	6,52±4,63	11,091	0,011

Διαπροσωπικές σχέσεις (0-35)**	20,38±6,30	15,52±7,56	16,05±7,53	10,46±7,15	5,252	0,002
Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας (0-15)	6,38±2,88	6,40±3,18	6,39±3,56	4,46±2,99	6,542	0,088
<i>Μεμονωμένες προτάσεις του εργασιακού άγχους</i>						
Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω ως αργά (0-5)	2,25±1,49	1,68±1,49	1,68±1,49	1,30±1,35	3,061	0,382
Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (0-5)	2,25±0,89	1,76±1,39	2,12±1,27	1,78±1,34	2,959	0,398
Η διαδρομή προς τη δουλειά (0-5)	1,50±1,41	0,72±1,02	1,15±1,22	0,43±0,79	11,237	0,011
Κακή αισθητική χώρου εργασίας (0-5)	1,50±0,76	1,20±1,32	1,51±1,54	1,39±1,29	1,422	0,700
Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (0-5)	2,13±1,25	2,20±1,53	2,49±1,42	1,86±1,38	4,016	0,260
Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (0-5)	2,25±1,28	2,08±1,58	2,56±1,47	2,21±1,60	2,160	0,540
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ						
Συναισθηματική εξάντληση (0-18)	8,88±3,98	5,52±3,64	8,98±4,75	4,89±4,17	16,449	0,001
Αποπροσωποποίηση (0-18)	5,00±4,07	3,75±3,37	3,92±3,11	2,93±2,78	2,442	0,486
Προσωπική επίτευξη (0-18)	9,63±5,37	12,83±3,86	12,87±3,67	14,50±3,84	9,192	0,027
Ικανοποίηση από το επάγγελμα (0-18)	6,00±4,78	3,38±2,90	5,60±3,97	2,71±2,97	12,770	0,005

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, η ηλικία διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης της Διακύμανσης (ANOVA). Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Ακολούθως πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι ανεξαρτησίας ανάμεσα στην ηλικία και τις βλαβερές συνήθειες που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο, όπως επίσης και μεταξύ της ηλικίας και καθενός μέτρου αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 13. Όπως φαίνεται, η ηλικία δεν επηρεάζει τις καπνιστικές συνήθειες ή την κατανάλωση αλκοόλ. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι διαφορετικής ηλικίας δίνουν σημαντικά διαφορετική βαρύτητα στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας ($\chi^2(3)=9.386$, $p=0.025$) και την ίση κατανομή του φόρτου εργασίας ($\chi^2(3)=11.106$, $p=0.011$) στην αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας κρίνεται σημαντικότερος παράγοντας καθώς αυξάνεται η ηλικία, ενώ η ίση κατανομή του φόρτου εργασίας επιζητείται κυρίως από εργαζομένους ηλικίας 36-45 ετών (58,3%) και 46-55 ετών (34,1%).

Πίνακας 13: Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ως προς τις βλαβερές συνήθειες και την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης με κριτήριο την ηλικία.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	N (%). 26-35 ετών	N (%) 36-45 ετών	N (%). 46-55 ετών	N (%) 56-65 ετών	χ²	P
ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ						
Καπνίζετε;	2 (25%)	7 (28%)	20 (48,8%)	11 (39,3%)	3,571	0,305
Καταναλώνετε αλκοόλ;*	2 (25%)	10 (40%)	13 (31,7%)	10 (35,7%)	0,814	0,850
ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ						
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	3 (37,5%)	6 (25%)	23 (56,1%)	18 (64,3%)	9,386	0,025
Σταθερότητα φορέα απασχόλησης	3 (37,5%)	12 (50%)	14 (34,1%)	9 (32,1%)	2,136	0,596
Δυνατότητα επιλογής θέσης	0 (0%)	3 (12,5%)	6 (14,6%)	3 (10,7%)	1,421	0,794
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	5 (62,5%)	8 (33,3%)	18 (43,9%)	10 (35,7%)	2,579	0,476
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων	2 (25%)	8 (33,3%)	17 (41,5%)	15 (53,6%)	3,235	0,370
Ίση κατανομή φόρτου εργασίας*	3 (37,5%)	14 (58,3%)	14 (34,1%)	4 (14,3%)	11,106	0,011
Σαφής ορισμός καθηκόντων**	2 (25%)	11 (45,8%)	12 (29,3%)	7 (25%)	3,073	0,380
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων	2 (25%)	3 (12,5%)	4 (9,8%)	9 (32,1%)	6,488	0,093
Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊσταμένους**	4 (50%)	6 (25%)	7 (17,1%)	7 (25%)	4,097	0,251
Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους	0 (0%)	2 (8,3%)	5 (12,2%)	(3,6%)	2,447	0,507
Κοινωνική καταξίωση	0 (0%)	0 (0%)	5 (12,2%)	4 (14,3%)	4,672	0,193
Άλλο	0 (0%)	1 (4,2%)	0 (0%)	2 (7,1%)	3,311	0,478

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, η ηλικία επιδρά σημαντικά στις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η δοκιμασία χ^2 ανεξαρτησίας του Pearson. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μέθοδο Monte Carlo.

5.2.3 Αποτελέσματα των ελέγχων με κριτήριο την οικογενειακή κατάσταση

Ακολούθως μελετώνται τα αποτελέσματα των διαφόρων ομάδων, όπως αυτές καθορίζονται από την οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, προέκυψαν τρεις ομάδες με ικανό πλήθος ατόμων προς μελέτη: άγαμοι (16 άτομα), έγγαμοι (73 άτομα) και διαζευγμένοι (12 άτομα). Στον πρώτο πίνακα (Πίνακας 14) αυτής της ενότητας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς. Όπως φαίνεται, η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει σημαντικά κανέναν παράγοντα σωματικής και συναισθηματικής υγείας. Επίσης, αυτό το χαρακτηριστικό δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά ούτε τις απαντήσεις σχετικά με το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση.

Πίνακας 14: Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος με κριτήριο την οικογενειακή κατάσταση.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις / Προτάσεις	M.O.±T.A. (Άγαμοι)	M.O.±T.A. (Εγγαμοι)	M.O.±T.A. (Διαζευγμένοι)	F/H	P
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ					
Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,25±1,07	1,11±1,09	1,08±1,17	0,286	0,867
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,88±1,03	0,84±0,93	0,92±1,17	0,003	0,998
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,50±1,03	0,37±0,73	0,42±0,79	0,041	0,980
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,56±1,03	1,87±1,05	1,25±1,36	3,268	0,195
Έχετε συχνά πονοκέφαλο; (0-3)	1,38±1,26	1,55±1,03	1,17±1,47	1,458	0,482
Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,50±0,82	0,70±0,89	0,67±1,07	0,758	0,685
Αντιμετωπίζετε προβλήματα αιπνίας; (0-3)	1,25±1,34	1,46±1,09	1,08±1,17	1,504	0,471
Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι / δυσκοιλιότητας / διάρροιας; (0-3)	1,25±1,07	1,51±1,07	1,25±1,06	1,216	0,544
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ					
Ενέργεια / κόπωση (0-15)**	7,88±3,05	7,47±2,70	9,42±3,18	2,489	0,088
Συναισθηματική κατάσταση (0-25)***	13,94±2,84	14,27±4,75	15,75±5,91	0,605	0,555
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ					
Προβλήματα επικοινωνίας (0-40)**	19,56±10,53	18,04±9,21	16,92±11,37	0,271	0,763
Φόρτος εργασίας (0-25)**	13,69±4,84	11,38±5,64	10,00±6,45	1,646	0,198
Έλλειψη ενδιαφέροντος (0-25)	10,63±5,01	8,85±4,93	8,92±6,35	0,999	0,607
Διαπροσωπικές σχέσεις (0-35)	16,56±7,92	14,59±7,85	12,75±7,88	1,904	0,386

Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας (0-15)**	6,19±3,41	5,86±3,24	5,42±3,92	0,182	0,834
<i>Μεμονωμένες προτάσεις του εργασιακού άγχους</i>					
Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω ως αργά (0-5)	1,63±1,41	1,63±1,51	1,33±1,30	0,306	0,858
Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (0-5)	2,13±1,15	1,94±1,35	1,50±1,31	1,280	0,527
Η διαδρομή προς τη δουλειά (0-5)	0,94±1,39	0,75±1,04	1,25±1,14	2,619	0,270
Κακή αισθητική χώρου εργασίας (0-5)	1,25±1,61	1,47±1,33	1,17±1,27	1,445	0,486
Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (0-5)	2,56±1,32	2,22±1,41	1,83±1,64	2,794	0,247
Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (0-5)	2,63±1,50	2,40±1,50	1,75±1,71	2,650	0,266

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Συναισθηματική εξάντληση (0-18)	7,19±4,34	6,97±4,60	7,00±6,03	0,019	0,991
Αποπροσωποποίηση (0-18)	4,00±3,61	3,72±3,10	3,82±3,19	0,018	0,991
Προσωπική επίτευξη (0-18)	12,80±4,46	13,30±3,82	12,50±5,14	0,154	0,926
Ίκανοποίηση από το επάγγελμα (0-18)	3,88±3,05	4,03±3,84	5,75±4,29	1,759	0,415

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης της Διακύμανσης (ANOVA).

*** Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόστηκε η διόρθωση Brown-Forsythe. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Στη συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας (Πίνακας 15). Όπως φαίνεται, η οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Τούμπας και Βότση δε σχετίζεται σημαντικά με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και με τα μέτρα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η σταθερότητα του φορέα απασχόλησης ($\chi^2(2)=8.095$, $p=0.017$) όπου την μεγαλύτερη βαρύτητα δίνουν οι διαζευγμένοι (75%).

Πίνακας 15: Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ως προς τις βλαβερές συνήθειες και την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης με κριτήριο την οικογενειακή κατάσταση.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	N (%). Άγαμοι	N (%) Έγγαμοι	N (%). Διαζευγμένοι	χ²	P
ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ					
Καπνίζετε;	4 (25%)	27 (37%)	8 (66,7%)	5,317	0,070
Καταναλώνετε αλκοόλ;	4 (25%)	25 (34,2%)	5 (41,7%)	0,893	0,640
ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ					
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	5 (31,3%)	41 (56,9%)	4 (33,3%)	4,972	0,083
Σταθερότητα φορέα απασχόλησης	6 (37,5%)	23 (31,9%)	9 (75%)	8,095	0,017
Δυνατότητα επιλογής θέσης**	3 (18,8%)	9 (12,5%)	0 (0%)	2,344	0,310
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	9 (56,3%)	27 (37,5%)	6 (50%)	2,248	0,325
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων	6 (37,5%)	31 (43,1%)	5 (41,7%)	0,166	0,920
Ίση κατανομή φόρτου εργασίας	6 (37,5%)	26 (36,1%)	2 (16,7%)	1,837	0,399
Σαφής ορισμός καθηκόντων**	7 (43,8%)	18 (25%)	4 (33,3%)	2,360	0,355
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων**	5 (31,3%)	13 (18,1%)	0 (0%)	4,537	0,111
Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊσταμένους**	4 (25%)	18 (25%)	3 (25%)	0,000	1,000
Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους**	1 (6,3%)	4 (5,6%)	2 (16,7%)	1,967	0,367
Κοινωνική καταξίωση**	1 (6,3%)	7 (9,7%)	1 (8,3%)	0,200	1,000
Άλλο**	0 (0%)	3 (4,2%)	0 (0%)	1,203	0,740

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, η οικογενειακή κατάσταση επιδρά σημαντικά στις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την δοκιμασία χ^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

5.2.4 Αποτελέσματα των ελέγχων με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης

Το επόμενο χαρακτηριστικό, ως προς το οποίο αξίζει να μελετηθούν οι απαντήσεις των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Βότση και Τούμπας, είναι το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι μόνοι που αποκλείστηκαν σε αυτή την περίπτωση είναι οι 2 εργαζόμενοι που δεν απάντησαν στο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες στην έρευνα χωρίζονται σε απόφοιτους Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (21 άτομα), απόφοιτους Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (59 άτομα) και κατόχους μεταπτυχιακού / διδακτορικού τίτλου σπουδών (23 άτομα). Οι πρώτοι έλεγχοι αφορούν τις ενδεχόμενες στατιστικά σημαντικές διαφορές των τριών ομάδων ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 16, αυτό το χαρακτηριστικό δε διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων σχετικά με τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος. Μοναδική εξαίρεση από τους στρεσογόνους παράγοντες φαίνεται να είναι η εργασία μέχρι αργά ($H=6.620$, $p=0.037$), όπου οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης φαίνεται να αγχώνονται περισσότερο ($M.O.=1.85$, $T.A.=1.48$), ενώ το μικρότερο στρες εντοπίζεται στους αποφοίτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($M.O.=0.95$, $T.A.=1.20$).

Πίνακας 16: Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις / Προτάσεις	M.O.±T.A. (Απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης)	M.O.±T.A. (Απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης)	M.O.±T.A. (Κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού τίτλου)	F/H	P
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ					
Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,10±1,12	1,14±1,10	1,39±0,99	1,206	0,547
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	1,05±1,10	0,86±1,01	0,74±0,81	0,698	0,705
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,60±1,05	0,41±0,75	0,23±0,53	1,318	0,517
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,90±1,02	1,74±1,14	1,48±1,04	1,776	0,411
Έχετε συχνά πονοκέφαλο; (0-3)	1,65±1,27	1,41±1,11	1,39±1,03	0,697	0,706
Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,80±1,06	0,72±0,86	0,43±0,79	2,438	0,295
Αντιμετωπίζετε προβλήματα απνίας; (0-3)	1,05±1,05	1,55±1,16	1,30±1,06	3,104	0,212
Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι / δυσκοιλιότητας / διάρροιας; (0-3)	1,60±1,10	1,47±1,07	1,22±1,09	1,530	0,465
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ					
Ενέργεια / κόπωση (0-15)	7,90±3,39	7,58±2,67	8,48±2,87	2,342	0,310
Συναισθηματική κατάσταση (0-25)**	15,81±5,14	13,81±4,53	14,65±4,22	1,495	0,229
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ					
Προβλήματα επικοινωνίας (0-40)**	17,19±10,46	18,02±9,69	18,57±8,92	0,112	0,894
Φόρτος εργασίας (0-25)**	13,05±5,99	11,36±5,24	11,36±5,75	0,785	0,459

Έλλειψη ενδιαφέροντος (0-25)	8,81±5,97	9,17±5,03	9,32±4,54	0,183	0,913
Διαπροσωπικές σχέσεις (0-35)**	14,05±7,96	15,02±8,03	14,43±7,14	0,134	0,874
Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας (0-15)	5,86±3,76	6,07±3,41	5,13±2,77	1,358	0,507
<i>Μεμονωμένες προτάσεις του εργασιακού άγχους</i>					
Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω ως αργά (0-5)	0,95±1,20	1,85±1,48	1,68±1,39	6,620	0,037
Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (0-5)	2,10±1,51	1,90±1,31	1,82±1,14	0,304	0,859
Η διαδρομή προς τη δουλειά (0-5)	0,95±1,36	0,73±0,93	1,13±1,33	1,221	0,543
Κακή αισθητική χώρου εργασίας (0-5)	1,71±1,65	1,22±1,34	1,43±1,12	2,179	0,336
Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (0-5)	2,14±1,46	2,15±1,39	2,39±1,59	0,665	0,717
Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (0-5)	2,43±1,72	2,32±1,48	2,26±1,60	0,117	0,943
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ					
Συναισθηματική εξάντληση (0-18)	7,57±5,35	6,75±4,74	6,18±4,02	0,734	0,693
Αποπροσωποποίηση (0-18)	4,05±3,12	3,75±2,93	3,14±3,86	2,353	0,308
Προσωπική επίτευξη (0-18)	13,65±3,17	13,55±4,09	11,27±4,49	5,285	0,071
Ικανοποίηση από το επάγγελμα (0-18)	4,62±3,15	4,02±4,06	4,27±3,63	1,194	0,551

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης της Διακύμανσης (ANOVA). Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Ακολουθούν, τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και καθεμία από τις βλαβερές συνήθειες, που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο, και τις προτάσεις αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 17, γίνεται εμφανές ότι το επίπεδο εκπαίδευσης δεν σχετίζεται σημαντικά με το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και τους παράγοντες αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, σε αυτή την τελευταία ομάδα προτάσεων, μοναδική εξαίρεση είναι η μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων ($\chi^2(1)=6.894$, $p=0.032$). Στην προκειμένη περίπτωση, οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης είναι αυτοί που θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό σημαντικό αυτόν τον παράγοντα (66,7%) για την μείωση του άγχους και της εξουθένωσης στο χώρο εργασίας.

Πίνακας 17: Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ως προς τις βλαβερές συνήθειες και την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	N (%). Απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	N (%) Απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης	N (%). Κάτοχοι μεταπτυχιακού / διδακτορικού τίτλου	x²	P
ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ					
Καπνίζετε;	7 (33,3%)	25 (42,4%)	8 (34,8%)	0,738	0,692
Καταναλώνετε αλκοόλ;	6 (28,6%)	25 (42,4%)	6 (26,1%)	2,526	0,283
ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ					
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	9 (42,9%)	28 (48,3%)	13 (56,5%)	0,850	0,654
Σταθερότητα φορέα απασχόλησης	6 (28,6%)	25 (43,1%)	7 (30,4%)	1,984	0,371
Δυνατότητα επιλογής θέσης**	0 (0%)	9 (15,5%)	3 (13%)	3,623	0,205
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	14 (66,7%)	22 (37,9%)	7 (30,4%)	6,894	0,032
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων	5 (23,8%)	28 (48,3%)	8 (34,8%)	4,201	0,122
Ίση κατανομή φόρτου εργασίας	10 (47,6%)	17 (29,3%)	8 (34,8%)	2,296	0,317
Σαφής ορισμός καθηκόντων	9 (42,9%)	14 (24,1%)	9 (39,1%)	3,339	0,188
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων**	3 (14,3%)	12 (20,7%)	4 (17,4%)	0,447	0,838
Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊσταμένους	3 (14,3%)	15 (25,9%)	8 (34,8%)	2,438	0,296
Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους**	3 (14,3%)	4 (6,9%)	1 (4,3%)	1,667	0,468
Κοινωνική καταξίωση**	1 (4,8%)	7 (12,1%)	0 (0%)	3,666	0,162
Άλλο	0 (0%)	2 (3,4%)	1 (4,3%)	0,848	0,837

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, το επίπεδο εκπαίδευσης επιδρά σημαντικά στις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την δοκιμασία χ^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

5.2.5 Αποτελέσματα των ελέγχων με κριτήριο τη θέση απασχόλησης

Στη συνέχεια μελετώνται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς και ανεξαρτησίας με κριτήριο τη θέση απασχόλησης. Συγκεκριμένα μελετώνται οι γιατροί (39 άτομα), οι υγειονομικοί υπάλληλοι (51 άτομα) και οι διοικητικοί υπάλληλοι (11 άτομα) που συμμετείχαν στην έρευνα. Αρχικά, αναφέρονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς (Πίνακας 18).

Όσο αφορά τη σωματική υγεία, η θέση απασχόλησης φαίνεται να διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων σχετικά με την ύπαρξη πονοκεφάλων ($H=7.945$, $p=0.019$) και απώλειας μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών πριν την διεξαγωγή της έρευνας ($H=6.361$, $p=0.042$). Σε κάθε περίπτωση οι υγειονομικοί υπάλληλοι είναι αυτοί που εμφανίζουν συχνότερα τα συγκεκριμένα προβλήματα (Μ.Ο.=1.72, Τ.Α.=1.07; Μ.Ο.=0.84, Τ.Α.=0.96 αντίστοιχα) ενώ οι διοικητικοί υπάλληλοι τα αντιμετωπίζουν σπανιότερα (Μ.Ο.=0.82, Τ.Α.=0.98; Μ.Ο.=0.18, Τ.Α.=0.41 αντίστοιχα). Αντίθετα, οι τρεις ομάδες εργαζομένων δε φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη συναισθηματική υγεία.

Όσο αφορά το εργασιακό άγχος, οι υπάλληλοι φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τον φόρτο εργασίας ($F(2,97)=5.007$, $p=0.009$), την έλλειψη ενδιαφέροντος ($H=7.551$, $p=0.023$) και τις διαπροσωπικές σχέσεις ($F(2,98)=5.883$, $p=0.004$). Συγκεκριμένα, στις δύο πρώτες περιπτώσεις η χειρότερη εικόνα εμφανίζεται μεταξύ των διοικητικών υπαλλήλων (Μ.Ο.=13.36, Τ.Α.=3.08; Μ.Ο.=10.55, Τ.Α.=3.98) ενώ στην τρίτη περίπτωση το μεγαλύτερο άγχος εμφανίζεται στους υγειονομικούς υπαλλήλους (Μ.Ο.=17.12, Τ.Α.=8.06). Ακόμη, η διαδρομή προς τη δουλειά ($H=8.457$, $p=0.015$) και η κακή αισθητική του χώρου εργασίας ($H=11.341$, $p=0.003$) είναι δύο επιπλέον παράγοντες ως προς του οποίους διαφοροποιείται σημαντικά το άγχος των εργαζομένων. Και στις δύο περιπτώσεις το μεγαλύτερο άγχος εμφανίζεται μεταξύ των υγειονομικών υπαλλήλων (Μ.Ο.=1.12, Τ.Α.=1.21; Μ.Ο.=1.59, Τ.Α.=1.42 αντίστοιχα). Αντίθετα, οι γιατροί είναι αυτοί που αγχώνονται λιγότερο για την διαδρομή προς τη δουλειά (Μ.Ο.=0.49, Τ.Α.=0.85) ενώ οι διοικητικοί υπάλληλοι εμφανίζουν τον μικρότερο βαθμό άγχους σχετικά με την κακή αισθητική του χώρου εργασίας (Μ.Ο.=0.27, Τ.Α.=0.47).

Τέλος, η θέση απασχόλησης επηρεάζει σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων σχετικά με τους παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, οι υγειονομικοί υπάλληλοι φαίνεται να εμφανίζουν τα μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Μ.Ο.=8.45, Τ.Α.=4.68) και τη μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση (Μ.Ο.=4.85, Τ.Α.=3.39). Αντίθετα, οι

γιατροί βιώνουν τη μεγαλύτερη προσωπική επίτευξη (M.O.=14.39, T.A.=3.65). Τέλος, η μεγαλύτερη απογοήτευση από το επάγγελμα εντοπίζεται και πάλι μεταξύ των υγειονομικών υπαλλήλων (M.O.=5.30, T.A.=4.08) ενώ τη μεγαλύτερη ικανοποίηση βιώνουν οι γιατροί (M.O.=2.84, T.A.=3.09).

Πίνακας 18: Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος με κριτήριο τη θέση απασχόλησης.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις / Προτάσεις	M.O.±T.A. (Ιατροί)	M.O.±T.A. (Υγειονομικοί υπάλληλοι)	M.O.±T.A. (Διοικητικοί υπάλληλοι)	F/H	P
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ					
Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,97±1,00	1,28±1,13	1,27±1,19	1,690	0,430
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,86±0,95	0,90±1,02	0,91±1,04	0,008	0,996
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,24±0,60	0,56±0,91	0,36±0,67	3,486	0,175
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,70±1,15	1,86±1,05	1,18±0,98	3,616	0,164
Έχετε συχνά πονοκέφαλο; (0-3)	1,26±1,06	1,72±1,07	0,82±0,98	7,945	0,019
Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,54±0,84	0,84±0,96	0,18±0,41	6,361	0,042
Αντιμετωπίζετε προβλήματα αϋπνίας; (0-3)	1,42±1,13	1,48±1,13	1,00±1,10	1,675	0,433
Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι / δυσκοιλιότητας / διάρροιας; (0-3)	1,24±1,09	1,66±1,00	1,00±1,18	5,338	0,069
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ					
Ενέργεια / κόπωση (0-15)	7,85±2,55	7,51±3,08	8,45±2,95	0,978	0,613
Συναισθηματική κατάσταση (0-25)**	14,81±4,58	13,92±4,77	15,00±4,36	0,503	0,606
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ					
Προβλήματα επικοινωνίας (0-40)**	16,19±8,16	20,10±10,58	17,45±7,45	1,885	0,158
Φόρτος εργασίας (0-25)**	9,61±4,95	12,98±5,86	13,36±3,08	5,007	0,009
Έλλειψη ενδιαφέροντος (0-25)	7,45±4,72	10,14±5,25	10,55±3,98	7,551	0,023

Διαπροσωπικές σχέσεις (0-35)**	11,72±7,08	17,12±8,06	13,64±5,63	5,883	0,004
Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας (0-15)**	5,46±3,36	6,49±3,41	4,45±2,84	2,167	0,120
<i>Μεμονωμένες προτάσεις του εργασιακού άγχους</i>					
Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω ως αργά (0-5)	1,58±1,39	1,71±1,60	1,45±0,93	0,019	0,990
Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (0-5)	1,66±1,19	2,18±1,42	1,91±0,83	3,255	0,196
Η διαδρομή προς τη δουλειά (0-5)	0,49±0,85	1,12±1,21	0,91±1,30	8,457	0,015
Κακή αισθητική χώρου εργασίας (0-5)	1,33±1,26	1,59±1,42	0,27±0,47	11,341	0,003
Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (0-5)	2,10±1,33	2,35±1,48	2,45±1,44	1,441	0,486
Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (0-5)	2,33±1,46	2,47±1,60	2,27±1,42	0,448	0,799
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ					
Συναισθηματική εξάντληση (0-18)	5,24±4,35	8,45±4,68	6,73±3,26	10,388	0,006
Αποπροσωποποίηση (0-18)	2,74±2,72	4,85±3,39	1,73±1,56	12,907	0,002
Προσωπική επίτευξη (0-18)	14,39±3,65	12,86±3,82	8,64±3,70	16,743	<0,001
Ικανοποίηση από το επάγγελμα (0-18)	2,84±3,09	5,30±4,08	4,82±2,86	10,262	0,006

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, η θέση απασχόλησης διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης της Διακύμανσης (ANOVA). Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Στη συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας (Πίνακας 19). Όπως προέκυψε, η θέση απασχόλησης δε διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων ως προς το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Ωστόσο, οι τρεις ομάδες εργαζομένων διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη βαρύτητα που δίνουν σε ορισμένα μέτρα για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, οι τρεις ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά στα ποσοστά επιλογής της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας ($\chi^2(2)=12.189$, $p=0.002$), της ίσης κατανομής του φόρτου εργασίας ($\chi^2(2)=11.949$, $p=0.003$), του σαφή ορισμού καθηκόντων ($\chi^2(1)=8.747$, $p=0.013$) και της οργάνωσης σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους ($\chi^2(1)=6.028$, $p=0.052$). Στην πρώτη περίπτωση οι γιατροί υπερέχουν σημαντικά έναντι των υπολοίπων (69,2%). Αντίθετα, η ίση κατανομή του φόρτου εργασίας επιλέγεται κυρίως σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους υγειονομικούς υπαλλήλους (50%) έναντι των άλλων δύο ομάδων. Τέλος, οι διοικητικοί υπάλληλοι δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στα δύο τελευταία χαρακτηριστικά ως παράγοντες αντιμετώπισης του άγχους και της εξουθένωσης στο χώρο εργασίας.

Πίνακας 19: Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ως προς τις βλαβερές συνήθειες και την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης με κριτήριο τη θέση απασχόλησης.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	N (%). Ιατροί	N (%) Υγειονομικοί υπάλληλοι	N (%). Διοικητικοί υπάλληλοι	χ²	P
ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ					
Καπνίζετε;	15 (38,5%)	20 (39,2%)	4 (36,4%)	0,032	0,984
Καταναλώνετε αλκοόλ;	14 (35,9%)	17 (33,3%)	4 (36,4%)	0,080	0,961
ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ					
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	27 (69,2%)	20 (40%)	2 (18,2%)	12,189	0,002
Σταθερότητα φορέα απασχόλησης	12 (30,8%)	20 (40%)	5 (45,5%)	1,180	0,554
Δυνατότητα επιλογής θέσης	7 (17,9%)	3 (6%)	2 (18,2%)	3,410	0,173
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	12 (30,8%)	24 (48%)	6 (54,5%)	3,469	0,176
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων	22 (56,4%)	16 (32%)	4 (36,4%)	5,521	0,063
Ίση κατανομή φόρτου εργασίας	6 (15,4%)	25 (50%)	3 (27,3%)	11,949	0,003
Σαφής ορισμός καθηκόντων	7 (17,9%)	15 (30%)	7 (63,6%)	8,747	0,013
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων	11 (28,2%)	6 (12%)	2 (18,2%)	3,744	0,154
Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊσταμένους	14 (35,9%)	10 (20%)	2 (18,2%)	3,271	0,195
Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους**	0 (0%)	6 (12%)	2 (18,2%)	6,028	0,052
Κοινωνική καταξίωση**	5 (12,8%)	4 (8%)	0 (0%)	1,844	0,376
Άλλο**	2 (5,1%)	1 (2%)	0 (0%)	1,119	0,709

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, η θέση απασχόλησης επιδρά σημαντικά στις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την δοκιμασία χ^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

5.2.6 Αποτελέσματα των ελέγχων με κριτήριο το συμβόλαιο εργασίας

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό των εργαζομένων, το οποίο πιθανώς διαφοροποιεί τις απαντήσεις τους σχετικά με τη συναισθηματική και σωματική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος είναι το συμβόλαιο εργασίας που διαθέτουν. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 20, η μόνη περίπτωση σωματικής υγείας όπου διαφοροποιούνται σημαντικά οι απαντήσεις των εργαζομένων αφορά τις αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών μέχρι τη διεξαγωγή της έρευνας ($U=580.500$, $p=0.049$). Συγκεκριμένα, οι μόνιμοι υπάλληλοι εμφανίζουν συχνότερα αυτή τη σωματική δυσλειτουργία ($M.O.=0.95$, $T.A.=0.99$) σε σχέση με τους συμβασιούχους ($M.O.=0.50$, $T.A.=0.89$). Αντίθετα, το συμβόλαιο εργασίας δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά κανέναν από τους παράγοντες συναισθηματικής υγείας, εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος με κριτήριο το συμβόλαιο εργασίας.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις / Προτάσεις	M.O.±T.A. (Μόνιμοι)	M.O.±T.A. (Συμβασιούχοι)	F/H	P
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ				
Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,19±1,13	1,05±0,89	757,500	0,700
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,95±0,99	0,50±0,89	580,500	0,049
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,43±0,78	0,30±0,80	698,500	0,295
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,70±1,11	1,75±1,07	772,500	0,874
Έχετε συχνά πονοκέφαλο; (0-3)	1,34±1,07	1,75±1,21	636,000	0,144
Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,63±0,89	0,60±0,68	757,000	0,746
Αντιμετωπίζετε προβλήματα απνίας; (0-3)	1,39±1,14	1,25±1,07	749,500	0,653
Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι / δυσκοιλιότητας / διάρροιας; (0-3)	1,48±1,08	1,05±0,95	610,500	0,105
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ				
Ενέργεια / κόπωση (0-15)	7,84±2,85	8,00±2,81	805,500	0,902
Συναισθηματική κατάσταση (0-25)**	14,19±4,60	15,70±4,50	-1,321	0,189
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ				
Προβλήματα επικοινωνίας (0-40)	17,99±9,34	17,80±11,04	779,000	0,856
Φόρτος εργασίας (0-25)**	11,52±5,33	11,70±6,28	-0,132	0,896
Έλλειψη ενδιαφέροντος (0-25)	9,20±5,13	8,45±4,87	758,000	0,657
Διαπροσωπικές σχέσεις (0-35)	14,10±7,65	16,60±8,19	660,500	0,178

Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας (0-15)	5,60±3,44	6,75±2,94	633,500	0,114
<i>Μεμονωμένες προτάσεις του εργασιακού άγχους</i>				
Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω ως αργά (0-5)	1,57±1,47	1,75±1,41	737,500	0,526
Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (0-5)	1,93±1,29	1,85±1,42	784,000	0,820
Η διαδρομή προς τη δουλειά (0-5)	0,88±1,18	0,75±0,91	811,000	0,934
Κακή αισθητική χώρου εργασίας (0-5)	1,41±1,42	1,10±1,07	748,000	0,529
Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (0-5)	2,24±1,46	2,05±1,40	749,000	0,541
Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (0-5)	2,43±1,60	1,95±1,32	670,000	0,199

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Συναισθηματική εξάντληση (0-18)	6,89±4,66	6,00±4,70	697,000	0,416
Αποπροσωποποίηση (0-18)	3,56±3,18	3,80±2,98	737,500	0,705
Προσωπική επίτευξη (0-18)	13,01±4,03	13,25±4,53	738,500	0,652
Ικανοποίηση από το επάγγελμα (0-18)	4,41±3,74	3,30±3,90	619,500	0,117

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, το σύμβολο εργασίας διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης της Διακύμανσης (ANOVA). Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Στη συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας (Πίνακας 21) του συμβολαίου εργασίας με τις βλαβερές συνήθειες και τις προτάσεις αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όπως προέκυψε, αυτό το χαρακτηριστικό δεν επηρεάζει σημαντικά το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ ούτε και τη βαρύτητα που δίνουν οι εργαζόμενοι στους διάφορους παράγοντες αντιμετώπισης του άγχους και της εξουθένωσης στο χώρο εργασίας.

Πίνακας 21: Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ως προς τις βλαβερές συνήθειες και την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης με κριτήριο το συμβόλαιο εργασίας.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	N (%). Μόνιμοι	N (%) Συμβασιούχοι	x²	P
ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ				
Καπνίζετε;	31 (37,8%)	8 (40%)	0,033	0,856
Καταναλώνετε αλκοόλ;	28 (34,1%)	7 (35%)	0,005	0,943
ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ				
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	39 (48,1%)	10 (50%)	0,022	0,882
Σταθερότητα φορέα απασχόλησης	28 (34,6%)	10 (50%)	1,628	0,202
Δυνατότητα επιλογής θέσης**	9 (11,1%)	3 (15%)	0,232	0,701
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	32 (39,5%)	9 (45%)	0,201	0,654
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων	36 (44,4%)	6 (30%)	1,378	0,241
Ίση κατανομή φόρτου εργασίας	26 (32,1%)	7 (35%)	0,061	0,804
Σαφής ορισμός καθηκόντων	24 (29,6%)	8 (40%)	0,797	0,372
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων**	17 (21%)	2 (10%)	1,268	0,350
Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊσταμένους	19 (23,5%)	7 (35%)	1,118	0,290
Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους**	8 (9,9%)	0 (0%)	2,145	0,206
Κοινωνική καταξίωση**	8 (9,9%)	1 (5%)	0,470	0,684
Άλλο**	2 (2,5%)	1 (5%)	0,356	1,000

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, το συμβόλαιο εργασίας επιδρά σημαντικά στις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο ακριβής έλεγχος του Fisher. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την δοκιμασία χ^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

5.2.7 Αποτελέσματα των ελέγχων με κριτήριο τα έτη προϋπηρεσίας

Το τελευταίο χαρακτηριστικό ως προς το οποίο μελετώνται οι απαντήσεις των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Τούμπας και Βότση είναι τα έτη προϋπηρεσίας. Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς μεταξύ των 5 ομάδων του δείγματος σε καθεμία από τις ερωτήσεις και υποκλίμακες που αφορούν την σωματική και συναισθηματική υγεία, το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση.

Αναφορικά με τη σωματική υγεία, οι εργαζόμενοι διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την αυξημένη αρτηριακή πίεση τον τελευταίο χρόνο πριν τη διεξαγωγή της έρευνας ($H=10.515$, $p=0.033$), την αϋπνία ($H=12.107$, $p=0.017$) και τα προβλήματα με το στομάχι ($H=11.111$, $p=0.025$). Στην πρώτη περίπτωση, την σοβαρότερη κατάσταση εμφανίζουν όσοι έχουν περισσότερα από 20 χρόνια προϋπηρεσίας. Αντίθετα, η αϋπνία πλήττει κυρίως αυτούς που έχουν 6-10 έτη υπηρεσίας (M.O.=1.92, T.A.=0.95) αλλά και σ' αυτή την περίπτωση ακολουθούν όσοι έχουν περισσότερα από 20 έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα. Τέλος, οι παλαιότεροι επαγγελματίες είναι και πάλι αυτοί που εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα με το στομάχι. Ακόμη, αναφορικά με τη συναισθηματική υγεία, οι εργαζόμενοι διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη συναισθηματική τους κατάσταση ανάλογα με την προϋπηρεσία τους. Αυτοί που έχουν 0-5 έτη υπηρεσίας εμφανίζουν τα καλύτερα επίπεδα συναισθηματικής υγείας (M.O.=16.75, T.A.=3.52), ενώ όσοι έχουν συμπληρώσει περισσότερα από 20 έτη στο επάγγελμα βρίσκονται ανάμεσα σ' αυτούς με την χαμηλή ποιότητα συναισθηματικής υγείας.

Επιπλέον, η έλλειψη ενδιαφέροντος είναι το μοναδικό χαρακτηριστικό εργασιακού άγχους ως προς το οποίο διαφοροποιούνται σημαντικά οι υπάλληλοι ανάλογα με τα έτη υπηρεσίας τους στο επάγγελμα. Συγκεκριμένα, η χειρότερη κατάσταση εντοπίζεται ανάμεσα σε αυτούς που έχουν 6-10 έτη υπηρεσίας (M.O.=11.62, T.A.=3.57) ενώ οι υπάλληλοι με περισσότερα από 30 έτη υπηρεσίας στο επάγγελμα εμφανίζουν το μικρότερο άγχος (M.O.=7.29, T.A.=4.92) ως προς τον συγκεκριμένο παράγοντα.

Τέλος, τα έτη υπηρεσίας επηρεάζουν σημαντικά τον βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Βότση και Τούμπας. Συγκεκριμένα, οι υπάλληλοι διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την αποπροσωποποίηση ($H=11.034$, $p=0.026$) και την ικανοποίηση που λαμβάνουν από το επάγγελμά τους ($H=10.187$, $p=0.037$). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υπάλληλοι με 6-10 έτη υπηρεσίας είναι αυτοί στους οποίους εντοπίζεται κυρίως το φαινόμενο της αποπροσωποποίησης (M.O.=4.46, T.A.=3.38) και η μεγαλύτερη

απογοήτευση από το επάγγελμα (M.O.=6.00, T.A.=3.63). Από την άλλη μεριά όσοι έχουν 0-5 έτη εμφανίζουν την καλύτερη εικόνα και στις δύο περιπτώσεις (M.O.=2.42, T.A.=2.28; M.O.=2.25, T.A.=2.34 αντίστοιχα).

Πίνακας 22: Αποτελέσματα των ελέγχων διαφοράς ως προς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό άγχος με κριτήριο τα έτη προϋπηρεσίας.

Ερωτήσεις / Δηλώσεις / Προτάσεις	M.O.±T.A. (0-5 έτη)	M.O.±T.A. (6-10 έτη)	M.O.±T.A. (11-20 έτη)	M.O.±T.A. (21-30 έτη)	M.O.±T.A. (Περισσότερα από 30 έτη)	F/H	P
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ							
Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,83±0,84	1,54±0,88	0,93±1,15	1,46±1,07	1,13±,14	6,322	0,176
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,33±0,65	0,85±0,90	0,64±0,91	1,32±1,03	0,91±1,04	10,515	0,033
Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών; (0-3)	0,33±0,89	0,38±0,65	0,36±0,87	0,50±0,76	0,41±0,73	2,028	0,731
Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	1,17±1,12	1,92±0,76	1,54±1,17	1,64±1,19	2,22±0,90	8,660	0,070
Έχετε συχνά πονοκέφαλο; (0-3)	1,00±1,21	1,92±1,04	1,36±1,13	1,38±1,13	1,61±1,03	5,185	0,269
Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών; (0-3)	0,42±0,52	0,54±0,88	0,68±1,02	0,92±0,95	0,57±0,79	3,471	0,482
Αντιμετωπίζετε προβλήματα απνίας; (0-3)	0,67±0,89	1,92±0,95	1,07±1,25	1,58±1,07	1,61±1,03	12,107	0,017
Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι / δυσκοιλιότητας / διάρροιας; (0-3)	0,58±0,67	1,15±1,07	1,46±1,11	1,68±1,07	1,70±1,06	11,111	0,025
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ							
Ενέργεια / κόπωση (0-15)**	8,50±3,00	6,77±2,62	8,14±3,31	7,62±2,32	7,92±2,94	0,730	0,573
Συναισθηματική κατάσταση (0-25)	16,75±3,52	12,54±3,76	15,68±4,96	13,12±4,41	14,04±4,68	9,390	0,052
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ							
Προβλήματα επικοινωνίας (0-40)***	16,58±10,72	21,46±7,08	19,59±12,15	17,36±7,64	15,84±8,55	3,002	0,557
Φόρτος εργασίας (0-25)	12,00±5,12	13,69±4,50	12,07±6,42	11,46±5,01	10,08±5,48	6,577	0,160
Έλλειψη ενδιαφέροντος (0-25)	8,75±3,91	11,62±3,57	9,25±6,23	9,69±4,57	7,29±4,92	10,762	0,029

Διαπροσωπικές σχέσεις (0-35)**	15,75±7,16	17,23±7,12	15,75±9,14	14,04±6,72	12,24±7,36	1,225	0,305
Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας (0-15)**	6,08±3,37	6,62±2,87	6,46±4,04	5,65±2,99	4,84±3,00	1,016	0,403
<i>Μεμονωμένες προτάσεις του εργασιακού άγχους</i>							
Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω ως αργά (0-5)	1,67±1,50	2,08±0,95	1,50±1,67	1,81±1,44	1,25±1,36	5,539	0,236
Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά (0-5)	2,00±1,48	2,23±0,73	1,89±1,52	1,92±1,13	1,75±1,42	1,962	0,743
Η διαδρομή προς τη δουλειά (0-5)	0,75±0,97	0,69±0,75	1,04±1,43	1,12±1,11	0,52±0,92	5,548	0,236
Κακή αισθητική χώρου εργασίας (0-5)	0,83±1,27	0,77±0,73	1,79±1,60	1,42±1,21	1,40±1,41	7,159	0,128
Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού (0-5)	2,17±1,59	2,46±1,56	2,29±1,58	2,42±1,30	1,80±1,26	2,160	0,706
Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός (0-5)	1,83±1,34	2,38±1,45	2,39±1,77	2,46±1,33	2,36±1,66	1,370	0,849
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ							
Συναισθηματική εξάντληση (0-18)	5,50±3,80	7,77±4,38	6,64±4,87	8,85±4,63	5,00±4,44	4,472	0,346
Αποπροσωποποίηση (0-18)	2,42±2,28	4,46±3,38	3,48±3,87	4,20±2,58	3,56±3,15	11,034	0,026
Προσωπική επίτευξη (0-18)	13,00±4,18	9,92±4,39	13,32±3,76	12,96±4,00	14,56±3,61	0,581	0,965
Ικανοποίηση από το επάγγελμα (0-18)	2,25±2,34	6,00±3,63	4,38±4,25	5,04±3,91	3,12±3,10	10,187	0,037

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος Ανάλυσης της Διακύμανσης (ANOVA).

*** Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόστηκε η διόρθωση Brown-Forsythe. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Τέλος, δίνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ανάμεσα στα έτη υπηρεσίας και καθεμία από τις ερωτήσεις που αφορούν το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ (Πίνακας 23). Στον ίδιο πίνακα παρουσιάζονται και τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας αυτού του χαρακτηριστικού με καθένα από τα μέτρα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όπως φαίνεται, τα έτη υπηρεσίας σχετίζονται σημαντικά με τις καπνιστικές συνήθειες των υπαλλήλων. Συγκεκριμένα, οι υπάλληλοι με 21-30 έτη υπηρεσίας είναι αυτοί που απαντούν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι καπνίζουν (61,5%) ενώ τα μικρότερα ποσοστά σημειώνονται μεταξύ αυτών που έχουν 0-5 έτη υπηρεσίας (25%) και 11-20 έτη υπηρεσίας (21,4%). Αντίθετα, αυτό το χαρακτηριστικό δε σχετίζεται σημαντικά με κανέναν από τους παράγοντες που οι εργαζόμενοι θεωρούν σημαντικούς για την αντιμετώπιση του άγχους και της εξουθένωσης στον χώρο εργασίας.

Πίνακας 23: Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας ως προς τις βλαβερές συνήθειες και την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης με κριτήριο τα έτη προϋπηρεσίας.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	N (%). 0-5 έτη	N (%) 6-10 έτη	N (%). 11-20 έτη	N (%) 21-30 έτη	N (%). Περισσότερα από 30 έτη	χ²	P
ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ							
Καπνίζετε;	3 (25%)	7 (53,8%)	6 (21,4%)	16 (61,5%)	8 (32%)	11,942	0,018
Καταναλώνετε αλκοόλ;	4 (33,3%)	6 (46,2%)	5 (17,9%)	12 (46,2%)	10 (40%)	5,979	0,201
ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ							
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	4 (33,3%)	4 (30,8%)	12 (44,4%)	16 (61,5%)	15 (60%)	5,965	0,202
Σταθερότητα φορέα απασχόλησης	6 (50%)	6 (46,2%)	11 (40,7%)	9 (34,6%)	6 (24%)	3,379	0,497
Δυνατότητα επιλογής θέσης**	1 (8,3%)	2 (15,4%)	4 (14,8%)	2 (7,7%)	3 (12%)	0,966	0,916
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	4 (33,3%)	6 (46,2%)	11 (40,7%)	13 (50%)	9 (36%)	1,532	0,821
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων	4 (33,3%)	5 (38,5%)	10 (37%)	14 (53,8%)	9 (36%)	2,536	0,638
Ίση κατανομή φόρτου εργασίας	6 (50%)	6 (46,2%)	10 (37%)	6 (23,1%)	7 (28%)	4,120	0,390
Σαφής ορισμός καθηκόντων	7 (58,3%)	6 (46,2%)	8 (29,6%)	4 (15,4%)	7 (28%)	8,669	0,070
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων**	3 (25%)	2 (15,4%)	3 (11,1%)	3 (11,5%)	8 (32%)	5,267	0,268
Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊσταμένους	3 (25%)	5 (38,5%)	4 (14,8%)	6 (23,1%)	8 (32%)	3,430	0,489
Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους**	0 (0%)	1 (7,7%)	5 (18,5%)	0 (0%)	2 (8%)	7,559	0,098
Κοινωνική καταξίωση**	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	4 (15,4%)	4 (16%)	6,346	0,163
Άλλο**	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (8%)	3,878	0,406

*Στις περιπτώσεις όπου $p < 0.05$, το σύμβολο εργασίας επιδρά σημαντικά στις απαντήσεις των εργαζομένων.

**Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε η μέθοδος Monte Carlo. Όλοι οι άλλοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με την δοκιμασία χ^2 ανεξαρτησίας του Pearson.

5.2.8 Αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης

Σε αυτή την ενότητα δίνονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων συναισθηματικής υγείας, εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 24 η συναισθηματική κατάσταση συνδέεται με σημαντική θετική σχέση με την ενέργεια / κόπωση ($r=0.577$, $p<0.001$). Αυτό σημαίνει ότι όσοι υπάλληλοι έχουν μεγαλύτερη ενέργεια νιώθουν και καλύτερα συναισθηματικά. Αντίθετα, η υποκλίμακα της ενέργειας σχετίζεται αρνητικά με όλους σχεδόν τους παράγοντες εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ίδιο ισχύει και για την συναισθηματική κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι οι υπάλληλοι που έχουν μεγαλύτερη ενέργεια και καλύτερη συναισθηματική κατάσταση είναι αυτοί που βιώνουν σε μικρότερο βαθμό το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, οι περισσότεροι παράγοντες εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με σημαντική θετική σχέση γεγονός που σημαίνει ότι το μεγαλύτερο άγχος στην εργασία συνδέεται με μεγαλύτερη εξουθένωση.

Πίνακας 24: Αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων συναισθηματικής υγείας, εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης.

	ΕΝ_ΚΟΠ	ΣΥΝ_ΚΑΤ	ΠΡ_ΕΠΙΚ	ΦΟΡ_ΕΡΓ	ΕΛΛ_ΕΝΔ	ΔΙΑΠ_ΣΧ	ΕΜΠ_ΑΝ	ΣΥΝ_ΕΞ	ΑΠΟΠΡ	ΠΡ_ΕΠΙΤ
ΕΝ_ΚΟΠ	-									
ΣΥΝ_ΚΑΤ	0,577 (<0,001)	-								
ΠΡ_ΕΠΙΚ	-0,420 (<0,001)	-0,295 (0,003)	-							
ΦΟΡ_ΕΡΓ	-0,502 (<0,001)	-0,344 (<0,001)	0,735 (<0,001)	-						
ΕΛΛ_ΕΝΔ	-0,435 (<0,001)	-0,370 (<0,001)	0,768 (<0,001)	0,775 (<0,001)	-					
ΔΙΑΠ_ΣΧ	-0,490 (<0,001)	-0,379 (<0,001)	0,722 (<0,001)	0,755 (<0,001)	0,752 (<0,001)	-				
ΕΜΠ_ΑΝ	-0,418 (<0,001)	-0,225 (0,022)	0,700 (<0,001)	0,639 (<0,001)	0,641 (<0,001)	0,648 (<0,001)	-			
ΣΥΝ_ΕΞ	-0,523 (<0,001)	-0,418 (<0,001)	0,485 (<0,001)	0,572 (<0,001)	0,638 (<0,001)	0,614 (<0,001)	0,480 (<0,001)	-		
ΑΠΟΠΡ	-0,244 (0,014)	-0,205 (0,042)	0,217 (0,032)	0,265 (0,008)	0,336 (0,001)	0,380 (<0,001)	0,269 (0,006)	0,464 (<0,001)	-	
ΠΡ_ΕΠΙΤ	0,142 (0,154)	0,257 (0,010)	-0,123 (0,224)	-0,132 (0,188)	-0,261 (0,009)	-0,088 (0,102)	-0,013 (0,899)	-0,203 (0,042)	-0,179 (0,074)	-
ΙΚΑΝ	-0,315 (0,001)	-0,314 (0,001)	0,234 (0,019)	0,250 (0,011)	0,407 (<0,001)	0,315 (0,001)	0,184 (0,063)	0,535 (<0,001)	0,390 (<0,001)	-0,454 (<0,001)

Οι ομάδες που μελετώνται ως προς την ύπαρξη σημαντικής γραμμικής σχέσης είναι οι εξής: Ενέργεια / κόπωση (ΕΝ_ΚΟΠ), Συναισθηματική κατάσταση (ΣΥΝ_ΚΑΤ), Προβλήματα Επικοινωνίας (ΠΡ_ΕΠΙΚ), Φόρτος εργασίας (ΦΟΡ_ΕΡΓ), Έλλειψη ενδιαφέροντος (ΕΛΛ_ΕΝΔ), Διαπροσωπικές σχέσεις (ΔΙΑΠ_ΣΧ), Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας (ΕΜΠ_ΑΝ), Συναισθηματική εξάντληση (ΣΥΝ_ΕΞ), Αποπροσωποποίηση (ΑΠΟΠΡ), Προσωπική Επίτευξη (ΠΡ_ΕΠΙΤ) και Ικανοποίηση από το επάγγελμα (ΙΚΑΝ)

5.2.9 Αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης

Στην τελευταία ενότητα των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα εξαγόμενα των παλινδρομήσεων που πραγματοποιήθηκαν. Με αυτές τις παλινδρομήσεις ελέγχεται η ενδεχόμενη σημαντική πρόβλεψη των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης από τις υπόλοιπες κλίμακες που αφορούν την συναισθηματική υγεία και το εργασιακό άγχος.

Στην πρώτη παλινδρόμηση ελέγχθηκε αν οι μεταβλητές της συναισθηματικής υγείας και του εργασιακού άγχους μπορούν να προβλέψουν σημαντικά την συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας Τούμπας και Βότση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 25. Το μοντέλο κρίθηκε κατάλληλο για την πρόβλεψη της συναισθηματικής εξάντλησης των υπαλλήλων ($F(7,88)=14.083$, $p<0.001$) και ερμηνεύει το 52,8% των μεταβολών της εξαρτημένης μεταβλητής. Όπως φαίνεται, η ενέργεια / κόπωση ($t(95)=-2.272$, $p=0.026$) και η έλλειψη ενδιαφέροντος ($t(95)=2.945$, $p=0.004$) είναι οι μόνοι παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν σημαντικά την συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη ενέργεια και η μικρότερη έλλειψη ενδιαφέροντος οδηγούν σε καλύτερη συναισθηματική κατάσταση.

Πίνακας 25: Αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «συναισθηματική εξάντληση».

Υποκλίμακες	B	SE	B	T	p*
Σταθερά	5,877	1,972		2,980	0,004
Ενέργεια / κόπωση	-0,370	0,163	-0,229	-2,272	0,026
Συναισθηματική κατάσταση	-0,078	0,096	-0,077	-0,807	0,422
Προβλήματα επικοινωνίας	-0,095	0,068	-0,189	-1,402	0,165
Φόρτος εργασίας	0,075	0,112	0,087	0,667	0,507
Έλλειψη ενδιαφέροντος	0,367	0,125	0,387	2,945	0,004
Διαπροσωπικές σχέσεις	0,147	0,078	0,233	1,874	0,064
Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας	0,069	0,157	0,049	0,438	0,662

$R^2=0,528$

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$ η συγκεκριμένη υποκλίμακα είναι σημαντική για την πρόβλεψη της συναισθηματικής εξάντλησης των εργαζομένων.

Ακολούθως, μελετήθηκαν αν οι υποκλίμακες συναισθηματικής υγείας και εργασιακού άγχους είναι σημαντικές για την πρόβλεψη της αποπροσωποποίησης των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 26 φαίνεται ότι το μοντέλο είναι κατάλληλο για την πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής ($F(7,87)=3.153, p=0.005$), αν και ερμηνεύει μόνο το 20,2% των μεταβολών της. Οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι ο μοναδικός παράγοντας που μπορεί να προβλέψει σημαντικά την αποπροσωποποίηση ($t(94)=2.307, p=0.023$). Συγκεκριμένα, όσο χειρότερες είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, τόσο μεγαλύτερη είναι η αποπροσωποποίηση που βιώνουν οι υπάλληλοι.

Πίνακας 26: Αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «αποπροσωποποίηση».

Υποκλίμακες	B	SE	B	T	p*
Σταθερά	1,827	1,741		1,049	0,297
Ενέργεια / κόπωση	-0,091	0,145	-0,082	-0,629	0,531
Συναισθηματική κατάσταση	0,019	0,086	0,027	0,219	0,827
Προβλήματα επικοινωνίας	-0,096	0,059	-0,283	-1,630	0,107
Φόρτος εργασίας	-0,059	0,098	-0,099	-0,598	0,552
Έλλειψη ενδιαφέροντος	0,195	0,112	0,297	1,747	0,084
Διαπροσωπικές σχέσεις	0,158	0,069	0,368	2,307	0,023
Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας	0,098	0,135	0,101	0,722	0,472

$R^2=0,202$

*Στις περιπτώσεις όπου $p<0.05$ η συγκεκριμένη υποκλίμακα είναι σημαντική για την πρόβλεψη της αποπροσωποποίησης των εργαζομένων.

Η τρίτη παλινδρόμηση αφορά την ενδεχόμενη σημαντική πρόβλεψη της προσωπικής επίτευξης μέσω των υποκλιμάκων του εργασιακού άγχους και της συναισθηματικής υγείας. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 27, το μοντέλο είναι ικανό να προβλέψει την προσωπική επίτευξη ($F(7,88)=2.208, p=0.041$) αν και ερμηνεύει μόνο το 14,9% των μεταβολών της. Η έλλειψη ενδιαφέροντος φαίνεται να είναι ο μοναδικός σημαντικός παράγοντας για την πρόβλεψη της προσωπικής επίτευξης ($t(95)=2.208, p=0.041$). Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη έλλειψη ενδιαφέροντος οδηγεί τους εργαζόμενους σε μικρότερο αίσθημα προσωπικής επίτευξης.

Πίνακας 27: Αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «προσωπική επίτευξη».

Υποκλίμακες	B	SE	B	T	p*
Σταθερά	9,725	2,305		4,219	< 0,001
Ενέργεια / κόπωση	0,133	0,192	0,093	0,691	0,491
Συναισθηματική κατάσταση	0,136	0,114	0,154	1,193	0,236
Προβλήματα επικοινωνίας	-0,039	0,078	-0,089	-0,501	0,618
Φόρτος εργασίας	0,050	0,130	0,066	0,386	0,701
Έλλειψη ενδιαφέροντος	-0,356	0,147	-0,420	-2,420	0,018
Διαπροσωπικές σχέσεις	0,131	0,091	0,237	1,445	0,152
Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας	0,280	0,180	0,224	1,560	0,122

R²=0,149

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05 η συγκεκριμένη υποκλίμακα είναι σημαντική για την πρόβλεψη της προσωπικής επίτευξης των εργαζομένων.

Η τελευταία παλινδρόμηση έχει στόχο να διαπιστωθεί αν η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι από το επάγγελμα μπορεί να προβλεφθεί σημαντικά από τις υποκλίμακες του εργασιακού άγχους και της συναισθηματικής υγείας και από τις υπόλοιπες υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 28. Το μοντέλο κρίθηκε ικανό για την πρόβλεψη της ικανοποίησης ($F(10,83)=7.435$, $p<0.001$) και μάλιστα ερμηνεύει το 47,3% των μεταβολών της. Ωστόσο, κανένας από τους παράγοντες συναισθηματικής υγείας και εργασιακού άγχους δεν κρίθηκε σημαντικός για την πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής. Οι μοναδικοί σημαντικοί παράγοντες είναι η συναισθηματική εξάντληση ($t(93)=2.805$, $p=0.006$), η αποπροσωποποίηση ($t(93)=2.476$, $p=0.015$) και η προσωπική επίτευξη ($t(93)=-3.523$, $p=0.001$). Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση καθώς και το μικρότερο αίσθημα προσωπικής επίτευξης οδηγούν σε μεγαλύτερη απογοήτευση από το επάγγελμα.

Πίνακας 28: Αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «ικανοποίηση από το επάγγελμα».

Υποκλίμακες	B	SE	B	T	p*
Σταθερά	7,826	1,865		4,196	< 0,001
Ενέργεια / κόπωση	-0,043	0,138	-0,035	-0,313	0,755
Συναισθηματική κατάσταση	-0,080	0,080	-0,107	-1,001	0,320
Προβλήματα επικοινωνίας	0,036	0,056	0,095	0,656	0,514
Φόρτος εργασίας	-0,132	0,091	-0,200	-1,443	0,153
Έλλειψη ενδιαφέροντος	0,094	0,110	0,128	0,861	0,392
Διαπροσωπικές σχέσεις	-0,034	0,067	-0,069	-0,504	0,616
Εμπόδια ανάπτυξης καριέρας	-0,176	0,129	-0,166	-1,367	0,175
Συναισθηματική εξάντληση	0,266	0,095	0,347	2,805	0,006
Αποπροσωποποίηση	0,261	0,106	0,238	2,476	0,015
Προσωπική επίτευξη	-0,265	0,075	-0,310	-3,523	0,001

R²=0,473

*Στις περιπτώσεις όπου p<0.05 η συγκεκριμένη υποκλίμακα είναι σημαντική για την πρόβλεψη της ικανοποίησης των εργαζομένων από το επάγγελμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Συμπεράσματα

Σε αυτή την ενότητα δίνονται τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν από τις απαντήσεις των εργαζομένων που συμμετείχαν στο δείγμα και από τους ελέγχους υποθέσεων που πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια. Τα βασικότερα συμπεράσματα είναι τα εξής:

1. Η σωματική και συναισθηματική υγεία των εργαζομένων φαίνεται να είναι αρκετά καλή, με πιο συχνά τα προβλήματα που αφορούν τους πόνους, την κούραση και την κακή ψυχολογία. Ακόμη, το μεγαλύτερο άγχος των υπαλλήλων φαίνεται να προέρχεται από τα προβλήματα επικοινωνίας και τον φόρτο εργασίας. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι εμφανίζουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξάντλησης και προτιμούν σε μεγαλύτερο βαθμό την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, την άσκηση αποκλειστικά των δικών τους καθηκόντων και τη διά βίου εκπαίδευση ως κυριότερους παράγοντες αντιμετώπισης του άγχους και της εξουθένωσης στο χώρο εργασίας.
2. Οι γυναίκες υπάλληλοι φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς, σε σχέση με τους άνδρες, στην εμφάνιση σωματικών δυσλειτουργιών και στο άγχος που

βιώνουν από τα προβλήματα επικοινωνίας. Αντίθετα, η συναισθηματική υγεία εντοπίζεται περίπου στον ίδιο βαθμό και στα δύο φύλα. Επίσης, το θέμα της αισθητικής στο χώρο εργασίας προβληματίζει περισσότερο τις γυναίκες, σε σχέση με τους άνδρες. Επιπλέον, οι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς στην κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ εμφανίζουν περίπου τα ίδια ποσοστά καπνίσματος με αυτές. Τέλος, οι άνδρες θεωρούν πιο σημαντική τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, ως παράγοντα αντιμετώπισης του άγχους και της εξουθένωσης στο χώρο εργασίας σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην ίση κατανομή του φόρτου εργασίας.

3. Η ηλικία είναι ακόμη ένας παράγοντας που επηρεάζει τη σωματική υγεία των εργαζομένων, με τους νεότερους να είναι σημαντικά πιο υγιείς από τους πιο ηλικιωμένους. Ωστόσο, δεν επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική υγεία των υπαλλήλων. Ωστόσο, το άγχος φαίνεται ότι είναι πιο έντονο στις νεαρές ηλικίες και, ειδικά, όσον αφορά το φόρτο εργασίας, την έλλειψη ενδιαφέροντος, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη διαδρομή προς τη δουλειά. Ακόμη, η συναισθηματική εξάντληση πλήττει κυρίως τους νεαρούς εργαζόμενους, ενώ οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νιώθουν πιο έντονα την προσωπική επίτευξη. Ακόμη, οι νεαροί δηλώνουν περισσότερο απογοητευμένοι από το επάγγελμα, ενώ οι πιο ηλικιωμένοι είναι σημαντικά πιο ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Τέλος, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας επιζητείται κυρίως από τους πιο ηλικιωμένους υπαλλήλους, ενώ οι νεότεροι κρίνουν πιο σημαντική την ίση κατανομή του φόρτου εργασίας.
4. Η οικογενειακή κατάσταση, το συμβόλαιο απασχόλησης και το επίπεδο εκπαίδευσης δε φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τις απαντήσεις των εργαζομένων σχετικά με τη σωματική και συναισθηματική υγεία, το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Ωστόσο, οι διαζευγμένοι δίνουν σημαντικά μεγαλύτερη βαρύτητα, σε σχέση με τους υπόλοιπους, στη σταθερότητα του φορέα απασχόλησης, ως μέσο για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης δηλώνουν σημαντικά πιο απαραίτητη την μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων για την αντιμετώπιση του άγχους και της εξουθένωσης στο χώρο εργασίας.

5. Η θέση απασχόλησης είναι ακόμη ένας σημαντικός παράγοντας διαφοροποίησης των υπαλλήλων. Συγκεκριμένα, οι υγειονομικοί υπάλληλοι είναι αυτοί που έχουν τα συχνότερα προβλήματα σωματικής υγείας, ενώ οι διοικητικοί υπάλληλοι αντιμετωπίζουν σπανιότερα τέτοιου είδους θέματα. Αντίθετα, οι διοικητικοί υπάλληλοι εμφανίζονται περισσότερο αγχωμένοι όσον αφορά τον φόρτο εργασίας και την έλλειψη ενδιαφέροντος στο χώρο της εργασίας, ενώ οι υγειονομικοί υπάλληλοι αγχώνονται περισσότερο σε σχέση με τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κακή αισθητική του χώρου εργασίας και τη διαδρομή προς τη δουλειά. Επίσης, οι υγειονομικοί υπάλληλοι είναι αυτοί που βιώνουν την μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, ενώ οι γιατροί νιώθουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την προσωπική επίτευξη. Επίσης, οι γιατροί βιώνουν την μεγαλύτερη ικανοποίηση από το επάγγελμα, ενώ οι υγειονομικοί υπάλληλοι την μεγαλύτερη απογοήτευση. Επίσης, οι γιατροί δίνουν μεγαλύτερη σημασία στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, ενώ οι υγειονομικοί υπάλληλοι πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό, έναντι των υπολοίπων, ότι η ίση κατανομή του φόρτου εργασίας είναι ένας σημαντικός παράγοντας εξομάλυνσης του άγχους και της εξουθένωσης στο χώρο εργασίας. Τέλος, οι διοικητικοί υπάλληλοι υποστηρίζουν περισσότερο, σε σχέση με τους υπόλοιπους, τον σαφή ορισμό καθηκόντων και την οργάνωση σεμιναρίων για την αντιμετώπιση του άγχους.
6. Οι εργαζόμενοι με περισσότερα έτη υπηρεσίας εμφανίζουν επιβαρυσμένη σωματική και συναισθηματική υγεία, ενώ η έλλειψη ενδιαφέροντος τους αγχώνει σε σημαντικά μικρότερο βαθμό έναντι των συναδέλφων με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας. Επίσης, η ομάδα των υπαλλήλων με 6-10 έτη υπηρεσίας φαίνεται να εμφανίζει τη μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση και τη μεγαλύτερη απογοήτευση από το επάγγελμα. Ακόμη, οι πιο έμπειροι εργαζόμενοι είναι πιο επιρρεπείς στο κάπνισμα, ενώ δε διαφοροποιούνται σημαντικά από τους νεότερους σε κανέναν από τους παράγοντες αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.
7. Ακόμη, είναι σημαντικό ότι οι υπάλληλοι με μεγαλύτερη ενέργεια και καλύτερη συναισθηματική κατάσταση είναι αυτοί που επηρεάζονται λιγότερο από στρεσογόνους παράγοντες στο χώρο εργασίας και αυτοί που νιώθουν λιγότερο εξαντλημένοι από το επάγγελμά τους. Επιπλέον, το μεγαλύτερο

εργασιακό άγχος φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση.

8. Τέλος, η έλλειψη ενδιαφέροντος και η μεγαλύτερη κόπωση φαίνεται να προβλέπουν σημαντικά την συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων, ενώ οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της αποπροσωποποίησης των εργαζομένων και η έλλειψη ενδιαφέροντος αποτελεί τον σημαντικότερο προβλεπτικό παράγοντα της προσωπικής επίτευξης. Τέλος, η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και το μικρότερο αίσθημα προσωπικής επίτευξης φαίνεται να προβλέπουν σημαντικά την απογοήτευση που νιώθουν οι εργαζόμενοι από το επάγγελμα.

6.2 Συζήτηση

Από την προηγούμενη ανάλυση προέκυψε ότι το φύλο, η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας είναι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την σωματική υγεία των εργαζομένων και το άγχος που βιώνουν στο χώρο εργασίας. Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε σωματική δυσλειτουργία σε σχέση με τους άνδρες, όπως και οι πιο ηλικιωμένοι εργαζόμενοι σε σχέση με τους νεότερους και αυτοί που έχουν περισσότερα έτη προϋπηρεσίας. Ακόμη, το άγχος φαίνεται να είναι μεγαλύτερο μεταξύ των νεότερων εργαζομένων σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία. Επίσης, η ομάδα των εργαζομένων με 6-10 έτη υπηρεσίας εμφανίζεται σημαντικά πιο αγχώδης σε σχέση με τους υπόλοιπους. Τέλος, η καλύτερη συναισθηματική υγεία φαίνεται να είναι η άμυνα απέναντι στο εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση.

Μια πρόταση για θα μπορούσε να είναι η επέκταση της έρευνας σε Κέντρα Υγείας άλλων περιοχών της Θεσσαλονίκης και της επαρχίας, ώστε να είναι δυνατή η συγκριτική ανάλυση όλων των Κέντρων Υγείας της Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας-Θράκης. Θα είχε ενδιαφέρον η συγκεκριμένη έρευνα, ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε Κέντρα Υγείας των μεγάλων πόλεων και σε Κέντρα Υγείας της επαρχίας.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008) Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*. Τόμος 47, Τεύχος 3.
- Αδαμίδου, Κ. (2015) *Εργασιακό Άγχος και Αυτοεκτίμηση σε Επαγγελματικούς Χώρους με Έντονο Εργασιακό Στρες*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Αθανασιάδης, Θ., Τσάρας, Κ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσου, Ε. (2011) Εκτίμηση Εργασιακού Stress και Χρήσης Αλκοόλ σε Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. Τόμος 3, Τεύχος 4.
- Ανδριοπούλου, Μ., Μπέλλου, Π., Δαλαμάγκα, Δ. (2018) Η Σημαντικότητα του Διευρυμένου Ρόλου των Νοσηλευτών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. Τόμος 7, Τεύχος 2.
- Αντωνίου, Α. Σ. (2008) *Burn Out Syndrome – Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press A.E.
- Βακόλα, Μ., Νικολάου, Ι. (2012) *Οργανωσιακή Ψυχολογία και Συμπεριφορά*. Αθήνα: Rosili.
- Βραχάτης, Δ.Α., Παπαδόπουλος, Α. (2012) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*. Τόμος 51, Τεύχος 1.
- Δημητριάδου, Χ. (2015) *Η Επαγγελματική Εξουθένωση των Ελλήνων Νοσηλευτών και η Σχέση της με την Σωματική και Ψυχική τους Υγεία*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Δημητρόπουλος, Χ., Φιλίππου Ν. (2008) Η Επαγγελματική Εξουθένωση στο Χώρο της Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. Τόμος 25, Τεύχος 5.
- Διλιντάς, Α. (2010) Μελέτη του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Προσωπικό ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. Τόμος 27, Τεύχος 3.

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU – OSHA) (2003) *Πρόληψη Ψυχοκοινωνικών Κινδύνων και του Εργασιακού Άγχους στην Πράξη*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU – OSHA) (2014) *Υπολογίζοντας το Κόστος του Άγχους και των Ψυχοκοινωνικών Κινδύνων που Συνδέονται με την Εργασία*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Θεοφίλου, Π. (2009) Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Χώρο της Υγείας. *Ε- Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*. Τόμος 4, Τεύχος 4.

Ιορδάνογλου, Δ. (2008) *Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού στις Σύγχρονες Οργανώσεις – Νέες Τάσεις και Πρακτικές*. Αθήνα: Κριτική.

Καλμαντή, Α. (2016) *Επαγγελματική Εξουθένωση Επαγγελματιών Υγείας- Συμβουλευτική Παρέμβαση*. Πτυχιακή Εργασία. Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.

Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., Σακελλάρη, Ε. (2015) *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: kallipos.

Καμαργιανάκη, Δ. (2014) *Κίνητρα και Αντιλήψεις των Νοσηλευτών Σχετικά με τη Δια Βίου Μάθηση και τη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Καραδήμας, Ε. (1999) *Ο Ρόλος των Προσδοκιών Αυτοαποτελεσματικότητας ως Ρυθμιστικού Παράγοντα στη Σχέση μεταξύ Στρες και Ψυχοσωματικής Υγείας*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. ΕΚΠΑ.

Καρανιάδου, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Τελειώνη, Μ. (2006) Δημογραφικοί, Εργασιακοί και Διοικητικοί Παράγοντες που Επηρεάζουν την Επαγγελματική Εξουθένωση Γιατρών και Νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*. Τόμος 45, Τεύχος 3.

Κοϊνής, Α., Σαρίδη, Μ. (2014) Εργασιακό στρες και η Επίδραση του στην Επαγγελματική και Προσωπική Ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 13, Τεύχος 4.

Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ. (2007) Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Νοσηλευτών (Burn Out Syndrome). *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τεύχος 2.

Κυριακοπούλου, Β. (2014) *Η Παραγωγικότητα των Εργαζομένων στις Μονάδες Υγείας και η Σχέση της με την Υγείας τους*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Λεοντίου, Ι. (2013) Η νοσηλευτική συμβολή στις μεταβαλλόμενες συνθήκες στην Υγεία. *Νοσηλευτική*. Τόμος 52, Τεύχος 1.

Μαντζάρη, Μ. (2018) *Η Επίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης των Εργαζομένων πάνω στο Εργασιακό Άγχος που Βιώνουν και στην Εκδήλωση του Συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Μάρκοβιτς, Γ., Μοναστηρίδου, Σ. (2011) Παρακίνηση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και Πλαίσιο Ρεαλιστικών Κινήτρων σε Δημόσιο Νοσοκομείο. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 10, Τεύχος 4.

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2010) *Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην Ψυχική και την Σωματική Υγεία (Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό)*. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Ιατρικής.

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Κούβελα, Θ.Ο. (2010) Η Χαμηλή Κοινωνική Αναγνώριση του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος ως Παράγοντας Εργασιακού Άγχους του νοσηλευτικού Προσωπικού. *Hygeia- Εργασία*. Τόμος 1, Τεύχος 2.

Νάκου, Δ. (2018) *Η Αξιολόγηση και η Διαχείριση του Επαγγελματικού Στρες στο Προσωπικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) κατά την Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Νότα – Μόσχου, Α. (2018) *Εργασιακό Άγχος και Επαγγελματική Εξουθένωση σε Δείγμα Εργαζομένων στο Δημόσιο Τομέα: Ο Ρόλος της Αντιλαμβανόμενης*

Οργανωσιακής και Συναισθηματικής Κοινωνικής Υποστήριξης. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Παγώνη, Ε. (2018) *Η Σχέση της Ψυχολογικής Ανθεκτικότητας των Επαγγελματιών Υγείας με τα Επίπεδα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.*

Πανταζοπούλου- Φωτεινά, Α. (2003) *Εργασιακό Περιβάλλον και Ψυχικές Επιπτώσεις (Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία) Προσέγγιση από το Χώρο της Ιατρικής της Εργασίας. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.*

Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ. (2008) *Επαγγελματική Εξουθένωση Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού και οι Επιπτώσεις της στο Επίπεδο των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Τόμος 25, Τεύχος 1.*

Πολύζος, Ν. & Υφαντόπουλος, Ι. (2000) *Η ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία και η Στελέχωση των Υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Τόμος 17, Τεύχος 6.*

Ποτήρης, Α., Σαράφης, Π. (2014) *Ανασκόπηση του Νομοθετικού Πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις Βελτίωσης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. Τόμος 6, Τεύχος 3.*

Πραμαγγιούλης, Π. (2008) *Οδηγός Ανάλυσης Δεδομένων με τη Χρήση SPSS. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.*

Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Θωμάς, Δ., Κυριαζής, Σ., Φιλιποπούλου, Μ. (2012) *Διαρθρωτικά και Ποιοτικά Χαρακτηριστικά του Ανθρώπινου Δυναμικού του Δημόσιου Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα. Αθήνα: Κοινωνικό Πολύκεντρο.*

Στεφανίδου, Α., Βαρβόγλη, Λ., Λειβαδίτης, Μ., Αργυροπούλου – Πατάκα, Π. (2010) *Η Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους Επαγγελματίες Υγείας. Νοσηλευτική. Τόμος 49, Τεύχος 4.*

Σχοινά, Μ. (2015) Εργασιακό Άγχος. *Δίκτυο Υπηρεσιών Πληροφόρησης και Συμβουλευτικής Εργαζομένων*. Ινστιτούτο Εργασίας.

Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- Κατάσταση και Προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 3, Τεύχος 4.

Τούκας, Δ., Τούκα, Α. (2011) Ανάλυση και Διαχείριση του Επαγγελματικού Άγχους στο Νοσοκομειακό Περιβάλλον: Από την Επιστημονική Προσέγγιση στην Πρακτική Εφαρμογή. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. Τόμος 28, Τεύχος 1.

Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Τσαγρής, Μ. (2014) *Στατιστική με τη Χρήση του Πακέτου IBM SPSS 22*. Αθήνα και Nottingham.

Χαλικιάς, Μ., Μανωλέσσου, Α. , Λάλου, Π. (2015) *Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Χάρος, Δ., Κολυπέρα, Β., Λαζαρίδου, Ε., Ανδριοπούλου, Μ., Βιβιλάκη, Β., Λιβάνης, Ε. (2017) Ο Αντίκτυπος του Εργασιακού Άγχους στους Επαγγελματίες Υγείας κατά τη Διάρκεια της Οικονομικής Κρίσης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. Τόμος 34, Τεύχος 4.

European Commission (2011) *Εγχειρίδιο Πρόληψης του Άγχους – Μοντέλα και Καλές Πρακτικές*. Improving Educators' Resilience to Stress, Stress Less.

Greenberg, J., Baron, A.R. (2013) *Οργανωσιακή Ψυχολογία και Συμπεριφορά*. Αθήνα: Gutenberg.

Kotter, J.P., Cohen, D.S. (2005) *Η Καρδιά της Αλλαγής*. USA: Interbooks.

Mondy, R.W. (2011) *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*. Αθήνα: Τζιόλα.

Robbins, S., Judge, T. (2011) *Οργανωσιακή Συμπεριφορά, Βασικές Έννοιες και Σύγχρονες Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Κριτική.

Υπουργείο Υγείας (2017) Η Μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ.

Επιχειρώ, <https://www.epixeiro.gr/article/83265> (τελευταία επίσκεψη 15/12/2019)

Iatronet, <https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/2842/roy-ofeiletai-to-ergasiako-agchos.html> (τελευταία επίσκεψη 26/11/2019)

Iatrikiergasias, <http://www.iatrikiergasias.com/εργασιακο-στρες/> (τελευταία επίσκεψη 10/12/2019)

Opengov, <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2044> (τελευταία επίσκεψη (20/11/2019)

P.E.P.E.N., http://www.pepen.gr/pagesen/spa/gr/results_gr/SPA_HANDBOOK_2405006%20final_GR.pdf (τελευταία επίσκεψη 26/1/2020)

Psychologynow, <https://www.psychologynow.gr/arthra-psyxikis-ygeias/psychikes-diataraxes/agchos-stres/5065-agchos-mathainontas-gia-tin-kathimerini-mas-parea.html> (τελευταία επίσκεψη 6/12/2019)

Quality in Health, <https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/49-tropoi-antimetopisis-tis-epaggelmatikis-eksouthenosis-sto-plaisio-tis-dioikisis-anthropinou-dynamikoy-petros-lathiras.html> (τελευταία επίσκεψη 15/1/2020)

Yabasta, <https://yabasta.gr/article/298/Prwtobathmia-Frontida-Ygeias-H-epaggelia-ths-adyaths-metarrythmishs-sthn-Ellada.html> (τελευταία επίσκεψη 20/12/2019)

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abarghouei, M., Sorbi, M., Abarghouei, M., Bidaki, R., Yanzanpoor, S. (2016) A Study of Job Stress and Burnout and Related Factors in the Hospital Personnel of Iran. *Electron Physician*. Vol. 8, Issue 7.

Boya, F.O., Demiral, Y., Ergor, A., Akvardar, Y., Witte, H. (2008) Effects of Perceived Job Insecurity of Perceived Anxiety and Depression in Nurses. *Industrial Health*. Vol. 46.

Cherniss, C. (1980) *Professional Burnout in Human Service Organizations*. New York: Praeger Publisher.

Cooper, C., Cartwright, S. (1994) Healthy Mind; Healthy Organization: A Proactive Approach to Occupational Stress. *Human Relations*, Vol.47, Issue 4.

Edelwich, J., Brodksy, A. (1980) *Burn- out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Sciences Press.

Elshaer, N.S. M., Moustafa, M.S.A., Aiad, M.W., Eldesoky- Ramadan, N.I. (2018) Job Stress and Burnout Syndrome among Critical Care Healthcare Workers. *Alexandria Journal of Medicine*. Vol. 54.

Field, A. (2009) *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications.

Gomez- Gascon, J., Martin- Fernandez, J., Galvez- Herrer, M., Japias- Merino, E., Beamud- Lagos, M., Mingote- Adan, J.C. (2013) Effectiveness of an Intervention for Prevention and Treatment of Burnout in Primary Health Care Professionals. *BMC Family Practice*. Vol. 14.

Heinemann, L., Heinemann, T. (2017) Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *Sage Open*. Vol. 1, Issue 12.

Jankome, P., Ritacco, M. (2013) The Impact of Stress and Burnout on Employees' Performance at Botswana Power Corporation. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*. VI. 5, Issue 6.

Kerasidou, A., Kingori, P., Legido- Quigley, H. (2016) "You Have to Keep Fighting": Maintaining Healthcare Services and Professionalism on the Frontline of Austerity in Greece. *International Journal of Equity in Health*. Vol. 15.

Maslach, C., Jackson, S. (1981) The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*. Vol. 2.

Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (1996) *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.) CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Leiter, M.P. (2016) Understanding the Burnout Experience: Recent Research and its Implications for Psychiatry. *World Psychiatry*. Vol. 15.

McManus, I. C., Smithers, E., Partridge, P., Keeling, A., Fleming, P. R. (2003) A Levels and Intelligence as Predictors of Medical Careers in UK Doctors: 20 year Prospective Study. *British Medical Journal*. Vol. 327.

Molero- Jurado, M., Perez- Fuentes, M., Linares- Ganquez, J.J., Marquez, M., Martizez, A.M. (2018) Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 15.

Nakao, M. (2010) Work Related Stress and Psychosomatic Medicine. *Biopsychosocial Med*. Vol. 4, Issue 4.

Ozler, D.E., Atalay, G.G. (2011) A Research to Determine the Relationship Between Organizational Cynicism and Burnout Levels of Employees in Health Sector. *Business and Management Review*. Vol. 1, Issue 4.

Pines, A.M. (2000) Treating Career Burnout: A Psychodynamic Existential Perspective. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 56, Issue 5.

Pines, A.M., Keinan, G. (2005) Stress and Burnout: The Significant Difference. *Personality and Individual Differences*. Vol. 39, Issue 3.

Seyle, H. (1976) *Stress in Health and Disease*. USA: Butterworths.

Simon, M., Jackenberg, P., Nienhaus, A., Estryng- Behar, M., Conway, P.M., Haseelhorn, H.M. (2008) Back or Neck- Pain- Related Disability of Nursing Staff in Hospitals, Nursing Homes and Home Care in Seven Countries- Results from the European NEXT- Study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 45.

Stress in America (2015) *Paying with our Health*. American Psychological Association (APA).

Thirioux, B., Birault, F., Jaafari, N. (2016) Empathy is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro- Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Frontiers in Psychology*. Vol. 7.

Thornton, B., Ryckman, R.M., Gold, J.A. (2011) Competitive Orientations and the Type A Behavior Pattern. *Scientific Research*. Vol. 2, Issue 5.

Trinkoff, A.M., Lipscomb, J.A., Geiger- Brown, J., Storr, C.L., Brady, B.A. (2003) Perceived Physical Demands and Reported Musculoskeletal Problems in Registered Nurses. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 24, Issue 3.

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., Eames, C. (2017) Examining the Relationship between Burnout and Empathy in the Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Burnout Research*. Vol. 6.

Helpguide, <https://www.helpguide.org/articles/stress/stress-symptoms-signs-and-causes.htm> (τελευταία επίσκεψη 10/1/2020)

Mayoclinic, <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/coping-with-stress/art-20048369> (τελευταία επίσκεψη 13/1/2020)

World Health Organization,
https://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/ (τελευταία επίσκεψη 25/11/2019)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αίτηση Έγκρισης Έρευνας στο Κέντρο Υγείας Τούμπας

Προς: Κέντρο Υγείας Τούμπας Θεσσαλονίκης

Θεσσαλονίκη, 27/5/2020

Θέμα: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας, μέσω ερωτηματολογίου, στο προσωπικό του Κέντρου Υγείας Τούμπας.

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πολιτική Υγείας – Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», της σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, σχεδιάζεται ερευνητική εργασία από τη φοιτήτρια Δημητρίου Ευμορφία με τίτλο «Εργασιακό Άγχος – Επαγγελματική Εξουθένωση Εργαζομένων σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – Επιπτώσεις ενός Ασταθούς Εργασιακού Περιβάλλοντος».

Σημειώνεται ότι η έρευνα δεν θα παραβιάζει τα προσωπικά δεδομένα του προσωπικού και δεν θα παρακολύει την εργασία του.

Εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας στο προσωπικό του Κέντρου Υγείας.



(Υπογραφή – Σφραγίδα)

Αίτηση Έγκρισης Έρευνας στο Κέντρο Υγείας Βότση

Προς: Κέντρο Υγείας 25^{ης} Μαρτίου Θεσσαλονίκης

Θεσσαλονίκη, 12/5/2020

Θέμα: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας, μέσω ερωτηματολογίου, στο προσωπικό του Κέντρου Υγείας 25^{ης} Μαρτίου.

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πολιτική Υγείας – Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», της σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, σχεδιάζεται ερευνητική εργασία από τη φοιτήτρια Δημητρίου Ευμορφία με τίτλο «Εργασιακό Άγχος – Επαγγελματική Εξουθένωση Εργαζομένων σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – Επιπτώσεις ενός Ασταθούς Εργασιακού Περιβάλλοντος».

Σημειώνεται ότι η έρευνα δεν θα παραβιάζει τα προσωπικά δεδομένα του προσωπικού και δεν θα παρακωλύει την εργασία του.

Εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας στο προσωπικό του Κέντρου Υγείας.

(Υπογραφή – Σφραγίδα)
4η Υ.Πε. - Κ.Υ. 25ης Μαρτίου
ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΜΑΡΤΙΑ
ΥΠΕΥΘΥΝΗ Κ.Υ. 25ης ΜΑΡΤΙΟΥ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
Α.Μ.Κ.Α. 1407203984 - Ε.Γ.Α.Α. 71014

Ερωτηματολόγιο Εργασιακού Άγχους και Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί για ακαδημαϊκή έρευνα και μόνο.

A. 1. Πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας.

Παρακαλώ σημειώστε το αριθμό που αντικατοπτρίζει καλύτερα το πόσο συχνά αντιμετωπίσατε τα παρακάτω συμπτώματα.

Καθόλου	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά
0	1	2	3

1	Αισθανθήκατε πόνο ή σφίξιμο στο στήθος στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;	
2	Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;	
3	Παρατηρήσατε αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;	
4	Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στη σπονδυλική στήλη στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;	
5	Έχετε συχνά πονοκέφαλο;	
6	Παρατηρήσατε απώλεια μνήμης στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;	
7	Αντιμετωπίζετε προβλήματα άπνιας;	
8	Αντιμετωπίζετε προβλήματα με το στομάχι/ δυσκοιλιότητας/ διάρροιας;	

9. Καπνίζετε; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν απαντήσατε ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως;

10. Καταναλώνετε αλκοόλ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν απαντήσατε ναι, πόσα ποτήρια εβδομαδιαίως;

Παρακαλώ σημειώστε το αριθμό που αντικατοπτρίζει καλύτερα το διάστημα, κατά την τελευταία εβδομάδα, που αισθανθήκατε:

Καθόλου	Μικρό Διάστημα	Μερικές Φορές	Σημαντικό Διάστημα	Το Μεγαλύτερο Διάστημα	Συνεχώς
0	1	2	3	4	5

1	Πολύ εκνευρισμό	
2	Πολύ πεσμένος/ η ψυχολογικά	
3	Ηρεμία- γαλήνη	
4	Μεγάλη ενεργητικότητα	
5	Απελπισία- μελαγχολία	
6	Εξάντληση	
7	Ευτυχισμένος/ η	
8	Κούραση	

A. 2. Ερωτήσεις εργασιακού άγχους.

Παρακαλώ σημειώστε το αριθμό που αντικατοπτρίζει καλύτερα το βαθμό, στον οποίο θεωρείτε πηγές στρες τις παρακάτω καταστάσεις.

Δεν Είναι Πηγή Στρες	Πηγή Πολύ Χαμηλού Στρες	Πηγή Χαμηλού Στρες	Πηγή Στρες	Πηγή Υψηλού Στρες	Πηγή Πολύ Υψηλού Στρες
0	1	2	3	4	5

1	Είμαι αναγκασμένος/η να δουλεύω έως αργά	
2	Συχνές διακοπές κατά την εργασία από συναδέλφους ή πολίτες	
3	Είμαι υποχρεωμένος να παίρνω αποφάσεις	
4	Φοβάμαι μήπως κάνω κάποιο λάθος	
5	Αντιμέτωπιση προβλημάτων με ανώτερους / προϊστάμενους	
6	Αντιμέτωπιση προβλημάτων με κατώτερους / υφιστάμενους	
7	Αντιμέτωπιση προβλημάτων με συναδέλφους	
8	Προθεσμίες και πίεση χρόνου	
9	Μεγάλος αριθμός εργασιών που πρέπει να διεκπεραιωθούν ταυτόχρονα	
10	Προβλήματα γραφειοκρατίας	
11	Ρουτίνα στη δουλειά	
12	Ελάχιστα ενδιαφέροντα πράγματα στη δουλειά	
13	Μεγάλος βαθμός ευθύνης	
14	Δεν γνωρίζω ποια θα είναι η εξέλιξη της καριέρας μου	
15	Είμαι ανήσυχος/ η για το αν θα παραμείνω στη θέση μου	
16	Δεν μπορώ να πω εύκολα όχι σε δουλειά που μου αναθέτουν	
17	Μεγάλος αριθμός συνελεύσεων – συναντήσεων	
18	Αντιμέτωπιση προβλημάτων με πολίτες που εξυπηρετώ	
19	Αντιμέτωπιση προβλημάτων με τους συνοδούς των πολιτών που εξυπηρετώ	
20	Ανάμειξη δουλειάς με την οικογενειακή ζωή	
21	Έλλειψη συμπαράστασης από το οικογενειακό περιβάλλον ως προς τη δουλειά	
22	Ανακοίνωση σε υφιστάμενους δυσάρεστων πραγμάτων (αύξηση καθηκόντων, μετακινήσεις)	
23	Συγκρούσεις με τους στόχους της διοίκησης	
24	Μη κατάλληλη εφαρμογή των στόχων της διοίκησης από τους υπευθύνους	
25	Έλλειψη επικοινωνίας διοίκησης – πολιτών	
26	Έλλειψη επικοινωνίας εργαζομένων – πολιτών	
27	Έλλειψη επικοινωνίας διοίκησης – εργαζομένων	
28	Η διαδρομή προς τη δουλειά	
29	Κακή αισθητική χώρου εργασίας	
30	Νέες τεχνολογικές εξελίξεις	
31	Έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού	
32	Πεπαλαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός	
33	Προβλήματα στη λειτουργία του τεχνολογικού εξοπλισμού	
34	Μη λειτουργικό περιβάλλον εργασίας (κακή χωροθέτηση, κακός φωτισμός, κακός εξαερισμός)	

A. 3. Ερωτήσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Παρακαλώ σημειώστε το αριθμό που αντικατοπτρίζει καλύτερα το πόσο συχνά έχετε τα παρακάτω συναισθήματα και σκέψεις.

Ποτέ	Λίγες Φορές Ετησίως ή Λιγότερο	1 Φορά το Μήνα ή Λιγότερο	Λίγες Φορές το Μήνα	1 Φορά την Εβδομάδα	Λίγες φορές την Εβδομάδα	Κάθε Μέρα
0	1	2	3	4	5	6

1	Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	
2	Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι τους ασθενείς μου σαν να είναι αντικείμενα	
3	Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	
4	Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά	
5	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος από τότε που ξεκίνησα αυτή τη δουλειά	
6	Επηρεάζω θετικά τους ασθενείς μέσα από τη δουλειά μου	
7	Είναι πολύ κουραστικό για εμένα να δουλεύω όλη μέρα με ασθενείς	
8	Ουσιαστικά δεν με απασχολεί τι συμβαίνει στους ασθενείς	
9	Νιώθω όμορφα στο τέλος της ημέρας που δούλεψα με ασθενείς	
10	Σκέφτομαι να παρατήσω το επάγγελμά μου	
11	Αντανακλώ την ικανοποίηση που λαμβάνω από τη δουλειά μου	
12	Μετανιώνω για την απόφασή μου να ακολουθήσω το συγκεκριμένο επάγγελμα	

B. Προτάσεις Αντιμετώπισης Εργασιακού Άγχους και Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Παρακαλώ σημειώστε τις 3 πιο σημαντικές προτάσεις για εσάς.

- Βελτίωση συνθηκών εργασίας
- Σταθερότητα φορέα απασχόλησης
- Δυνατότητα επιλογής θέσης
- Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με παρακολούθηση σεμιναρίων
- Ίση κατανομή φόρτου εργασίας
- Σαφής ορισμός καθηκόντων
- Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων
- Επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας με προϊστάμενους
- Οργάνωση σεμιναρίων για εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης εργασιακού άγχους
- Κοινωνική καταξίωση
- Άλλο, παρακαλώ
διευκρινίστε.....

Γ. Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω κοινωνικά – δημογραφικά στοιχεία.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Φύλο <input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ηλικία <input type="checkbox"/> 18-25 <input type="checkbox"/> 26-35 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 56-65 <input type="checkbox"/> 65 και άνω
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Οικογενειακή Κατάσταση <input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α <input type="checkbox"/> Άλλο 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Επίπεδο Εκπαίδευσης <input type="checkbox"/> Υποχρεωτική Εκπαίδευση <input type="checkbox"/> Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση <input type="checkbox"/> Τριτοβάθμια Εκπαίδευση <input type="checkbox"/> Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού Τίτλου
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Θέση Απασχόλησης <input type="checkbox"/> Ιατρός <input type="checkbox"/> Υγειονομικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Διοικητικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Άλλο 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Συμβόλαιο Εργασίας <input type="checkbox"/> Μόνιμος <input type="checkbox"/> Συμβασιούχος
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Τύπος Απασχόλησης <input type="checkbox"/> Μερική <input type="checkbox"/> Πλήρης 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Έτη Προϋπηρεσίας <input type="checkbox"/> 0-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 30 και άνω

Σας ευχαριστώ για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου!