



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Το εργασιακό άγχος και οι επιπτώσεις του στους
επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας
και ψυχικής υγείας στο Ν. Ηρακλείου».**

**ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ: ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΟΛΓΑ
ΣΕΡΑΚΙΩΤΗΣ ΛΑΜΠΡΟΣ
ΣΤΑΘΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΒΑΝΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007

*Η μελέτη αυτή αφιερώνεται σε όλους όσους συμμετείχαν
στη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας.*

*Ευχαριστούμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας και
όλους όσους μας συμπαροστάθησαν στην προσπάθεια αυτή!*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελ.

- Εισαγωγή.....8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΟ ΑΓΧΟΣ

1.1.	Η έννοια και το περιεχόμενο του άγχους.....	11
1.2.	Άγχος και συναφείς όροι.....	12
1.2.1.	Φόβος.....	12
1.2.2.	Απειλή.....	13
1.2.3.	Αγωνία.....	13
1.2.4.	Στρες.....	14
1.3.	Είδη άγχους.....	15
1.4.	Θεωρητικές προσεγγίσεις του άγχους.....	16
1.5.	Τα αίτια του άγχους.....	17
1.6.	Διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος.....	18
1.6.1.	Σωματοψυχικές.....	18
1.6.2.	Ψυχοσωματικές.....	21
1.7.	Τα συμπτώματα του άγχους.....	24
1.8.	Προσωπικότητα και άγχος.....	25
1.8.1.	Τύποι προσωπικότητας.....	25
1.8.2.	Άγχος και διεγερσιμότητα.....	26
1.8.3.	Αυτοεκτίμηση.....	26
1.8.4.	Στερεότυπα των φύλων.....	27
1.8.5.	Τρόποι αντίδρασης και προσωπικότητα.....	28
1.9.	Στάδια προσαρμογής στο άγχος.....	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

2.1. Ορισμός εργασιακού άγχους.....	31
2.2. Οι πηγές του εργασιακού άγχους.....	33
2.2.1 Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία.....	34
2.2.2. Ο εργασιακός ρόλος.....	37
2.2.3. Οι εργασιακές σχέσεις.....	39
2.2.4. Η επαγγελματική ανάπτυξη ως στρεσογόνος παράγοντας.....	42
2.2.5. Δομή και οργάνωση του εργασιακού χώρου.....	43
2.2.6. Σχέση οικογενειακής και εργασιακής ζωής.....	44
2.3. Συμπτώματα και συνέπειες του εργασιακού άγχους.....	45
2.4. Τρόποι αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

ΟΙ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ

ΟΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

3.1. Η έννοια και η σημασία τη εργασίας.....	55
3.2. Η σύμβαση εργασίας και τα είδη της.....	58
3.3. Βασικά δικαιώματα και υποχρεώσεις των εργαζομένων.....	60
3.4. Ο φόρτος εργασίας.....	64
3.5. Η σημασία και η αναγκαιότητα της δια βίου εκπαίδευσης.....	65
3.5.1. Ορισμός και ιδεολογία της δια βίου εκπαίδευσης.....	66
3.5.2. Στόχοι.....	66
3.5.3. Δράσεις.....	67
3.5.4. Φορείς.....	68
3.5.5. Αποτελεσματικότητα.....	68
3.6. Η έννοια και το περιεχόμενο του χρόνου διαχείριση του χρόνου.....	69
3.6.1. Η διαχείριση του χρόνου.....	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

4.1 Στοιχεία προσωπικότητας που επιδρούν στην συμπεριφορά του εργαζόμενου.....	71
4.2. Η σημασία των κινήτρων για τους εργαζόμενους και τις οργανώσεις.....	74
4.2.1. Θεωρίες κινήτρων.....	76
4.3. Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	82
4.4. Η έννοια και η σημασία της επαγγελματικής ανάπτυξης-εξέλιξης.....	87
4.4.1. Επαγγελματική ανάπτυξη και φύλο.....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (Burnout Syndrome)

5.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	93
5.2. Στάδια εξέλιξης της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	95
5.3. Αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	99
5.4. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	102
5.5. Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	105
5.5.1. Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο.....	105
5.5.2. Παρέμβαση σε οργανωτικό επίπεδο.....	108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της Υγείας και η θεωρητική της προσέγγιση.....	112
6.1.1 Η έννοια της ψυχικής υγείας.....	115
6.1.2 Η προαγωγή υγείας.....	116
6.1.3 Καθοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας.....	118
6.2 Η έννοια του συστήματος υγείας και ο σκοπός του.....	119
6.2.1 Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.....	122
6.3 Έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	123
6.4 Η δομή και η λειτουργία των Κέντρων υγείας.....	127
6.5 Ο Θεσμός του γενικού-οικογενειακού γιατρού.....	129
6.6 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο της ψυχικής υγείας.....	133
6.7 Προβλήματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	137
6.8. Η νοσοκομειακή περίθαλψη.....	138
6.8.1. Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	139
6.8.2. Τύποι και περιεχόμενο νοσοκομειακής περίθαλψης.....	140
6.8.3. Δομή και οργάνωση.....	141
6.8.4. Ψυχιατρικός τομέας.....	141
6.8.5. Οικονομική πολιτική των νοσοκομείων.....	142
6.8.5.1. Πηγές χρηματοδότησης.....	142
6.8.5.2. Δαπάνες.....	143
6.9. Αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	143
6.10. Προβλήματα.....	144

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Σκοπός της μελέτης.....	146
7.2 Ερευνητικές υποθέσεις.....	146
7.3 Δειγματοληψία.....	147
7.4. Ερωτηματολόγιο.....	148
7.5. Πιλοτική έρευνα.....	149
7.6. Η ερευνητική διαδικασία.....	150
7.7. Δυσκολίες κατά την πραγματοποίηση της μελέτης.....	150

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

8.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	152
8.2. Προσωπικότητα.....	153
8.3. Άγχος.....	154
8.4. Συμπτώματα – Ενοχλήματα.....	158
8.5. Εργασιακό άγχος.....	159
8.6. Διάθεση και εμπλοκή στην εργασία.....	163
8.7. Επαγγελματική ικανοποίηση.....	164
8.8. Ενδεχόμενη κούραση (αίσθηση κόπωσης, έλλειψη ενεργητικότητας ή γενικής εξάντλησης).....	166
8.9. Ελεύθερος χρόνος.....	168
8.10. Δημιουργία δεικτών.....	170
8.11. Ερευνητικές υποθέσεις.....	177

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

• Βιβλιογραφία.....	199
• Παράρτημα.....	208

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σύγχρονη εποχή ο άνθρωπος βαδίζει σε έναν κόσμο με αβέβαιες προοπτικές “πνίγοντας τον” η αγωνία για το αύριο με αποτέλεσμα να χάνει την πίστη στον εαυτό του και στις δυνάμεις του.

Σημαντικό ρόλο στα παραπάνω, διαδραματίζει τόσο η εύρεση της εργασίας σε αρχικό στάδιο, όσο και η δραστηριοποίηση του ατόμου στον επαγγελματικό στίβο αργότερα. Η εργασία αποτελεί για τον άνθρωπο βασικό μέσο βιοπορισμού και ηθικής ανταμοιβής. Σε καθημερινή βάση προσπαθεί να αντεπεξέλθει στις ανάγκες της εργασίας του, αγωνιζόμενος να αποδώσει τα μέγιστα που απαιτεί το εργασιακό περιβάλλον στα πλαίσια της παραγωγικής διαδικασίας.

Στις βιομηχανικές κοινωνίες κυρίως, η παραγωγικότητα διαδραματίζει το βασικό σκοπό της κάθε οργάνωσης αδιαφορώντας για το άτομο-εργαζόμενο και τη ψυχοσυναισθηματική του κατάσταση. Το άτομο πλέον αναγκάζεται να λειτουργεί μηχανικά και να αλλοιώνεται η πραγματική έννοια της εργασίας για εκείνο.

Τα προαναφερθέντα σε συνδυασμό με τυχόν ύπαρξη μεγάλου φόρτου εργασίας, αρνητικών εργασιακών σχέσεων, κακής διοίκησης της οργάνωσης, έλλειψης ασφάλειας και υγιεινής στο χώρο, δυσλειτουργία στη συνεργασία και την ομαδικότητα προβλήματα στη σωστή κατανομή των ευθυνών αλλά και η ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση έχουν άμεσο αντίκτυπο στον εργαζόμενο. Όλα αυτά σε συνδυασμό με την απουσία κοινωνικής υποστήριξης τόσο από το οικογενειακό όσο και από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση εργασιακού άγχους και τη διατάραξη της ψυχικής υγείας του ατόμου. Το εργασιακό άγχος προκαλείται από ένα πλήθος παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί είναι τόσο εξωτερικοί από το εργασιακό περιβάλλον, όσο και εσωτερικοί από το ίδιο το άτομο, ως προσωπικότητα. Οι εργαζόμενοι μπορεί να αντιδράσουν σε αυτό είτε με την εκδήλωση ψυχοσυναισθηματικών και σωματικών διαταραχών, είτε με ατυχήματα και καταχρήσεις ουσιών.

Το φαινόμενο του εργασιακού άγχους τις τελευταίες δεκαετίες πλήττει μεγάλη μερίδα του εργατικού δυναμικού, κεντρίζοντας το ενδιαφέρον σε αρκετούς επιστήμονες και οδηγώντας τους στη διεξαγωγή ερευνών, τόσο για

τα αίτια και τη συχνότητα του, όσο και για τα μέτρα αντιμετώπισης και εξάλειψής του.

Επίσης, έχει κάνει αισθητή την εμφάνιση του και ο όρος του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο οποίος σχετίζεται άμεσα με το εργασιακό άγχος. Συνοπτικά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης επέρχεται από τα συσσωρευμένα χρόνια συμπτώματα του εργασιακού άγχους που "κουβαλά" το άτομο, με αποτέλεσμα να πλήττεται η εργασιακή ικανοποίηση, να χάνονται οι ηθικές αξίες του ατόμου και να αποκτά όλο και περισσότερο έδαφος η εργασιακή κόπωση.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να στρέφεται το ενδιαφέρον στην υποστήριξη και τη συμβουλευτική των εργαζομένων εντός του εργασιακού χώρου. Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής στρατηγικής για την απασχόληση, προσπαθεί να κινηθεί και η Ελλάδα, χωρίς όμως να έχει καταφέρει να φτάσει στο επίπεδο άλλων χωρών του εξωτερικού. Η ανάγκη είναι επιτακτική και μόλις τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια μικρή αφύπνιση των οργανώσεων για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και την πρόληψη εμφάνισης του εργασιακού άγχους και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η παρούσα μελέτη έχει ως θέμα της το εργασιακό άγχος και τις επιπτώσεις του στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας του Ν. Ηρακλείου, θέμα το οποίο εντοπίζει και συνθήκες εργασίας των υπηρεσιών αυτών.

Κατά κύριο λόγο αναφέρεται τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Στο θεωρητικό αναπτύσσονται τα εξής κεφάλαια: Στο 1^ο κεφάλαιο αναφέρονται η έννοια, τα αίτια, τα συμπτώματα, τα είδη, οι θεωρίες, καθώς και οι τύποι της προσωπικότητας που αφορούν το άγχος γενικά. Το 2^ο κεφάλαιο πραγματεύεται την έννοια, τις πηγές, τις συνέπειες και τους τρόπους αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους. Στο 3^ο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της εργασίας, οι νομοθετικές ρυθμίσεις και παράλληλα οι σημαντικές έννοιες που σχετίζονται με αυτή όπως, ο φόρτος, η δια βίου εκπαίδευση και η διαχείριση του χρόνου. Το 4^ο κεφάλαιο περιέχει τις έννοιες των κινήτρων, της επαγγελματικής ικανοποίησης, και της επαγγελματικής ανάπτυξης. Το 5^ο κεφάλαιο αναφέρεται στους παράγοντες, τα στάδια, τις επιπτώσεις και τους τρόπους παρέμβασης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, στο 6^ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και η

μελέτη ολοκληρώνεται με το ερευνητικό της μέρος. Σε αυτό αναφέρονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν και τονίζονται τα σημαντικότερα σημεία της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΤΟ ΑΓΧΟΣ

1.1 Η έννοια και το περιεχόμενο του άγχους.

Το άγχος, τα τελευταία χρόνια, έχει προκαλέσει αρκετά μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον στους ερευνητές διαφόρων κλάδων. Το γεγονός αυτό διαπιστώνεται από τις εκατοντάδες, αν όχι χιλιάδες, άρθρων και βιβλίων, τα οποία παρουσιάζουν διάφορες πλευρές του. Παρά το διεπιστημονικό ενδιαφέρον, η έννοια του άγχους δημιουργεί αρκετές δυσκολίες, καθώς δεν υπάρχει ένα γενικά αποδεκτό θεωρητικό υπόβαθρο από όλους και κάθε ερευνητής εισάγει δικούς του όρους για την κατανόηση του φαινομένου. Για το λόγο αυτό, στην παρούσα έρευνα θα αναφερθούν ενδεικτικά οι ορισμοί, που προέκυψαν από τις τελευταίες, χρονικά, βιβλιογραφικές αναφορές.

«Άγχος είναι ένα ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας, που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, η οποία με έχουσα συγκεκριμένο αντικείμενο δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο το οποίο και εξουθενώνεται» (Οικονόμου, 1994:86).

Το άγχος αφορά «συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης και είναι συχνά μια βασανιστική κατάσταση απόγνωσης. Χαρακτηρίζεται από τη διάχυτη εντύπωση ενός μεγάλου κινδύνου λιγότερο ή περισσότερο πραγματικού, φυσικού ή ψυχικού, και συχνά μόλις συνειδητού, μπροστά στον οποίο νοιώθει κανείς αδύναμος» (Παπαδόπουλος, 1994:18).

Ένας άλλος ορισμός που δίνεται για το άγχος αναφέρεται στην «αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κανείς βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών (=τρόπος αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων , δηλαδή δε μπορεί να τα ερμηνεύσει)»(Pervin, John, 2001:475).

Η έννοια της κατάστασης του άγχους «αναφέρεται στις τρέχουσες αλλαγές που προκαλούν οι στρεσογόνες συνθήκες τόσο στην ψυχολογική λειτουργία των ρυθμιστικών μηχανισμών όσο και στη συμπεριφορά του ατόμου» (Βασιλάκη και συν., 2001:75).

1.2 Άγχος και συναφείς όροι.

Η υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος του άγχους αποδίδεται τόσο από επιστήμονες όσο και από απλούς ανθρώπους με διάφορους όρους όπως φόβος, αγωνία, απειλή και stress. Η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτές τις έννοιες και το άγχος οδήγησε πολλούς μελετητές να ασχοληθούν με το χαρακτηρισμό, την ταύτιση, τις ομοιότητες ή τις διαφορές τους. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη μια σύντομη σκιαγράφηση των κυριότερων χαρακτηριστικών τους και των διάφορων απόψεων.

1.2.1 Φόβος.

«Φόβος είναι το δυσάρεστο συναίσθημα που νοιώθει κάποιος μπροστά στην απειλή κάποιου συγκεκριμένου και κατανοητού λογικά κινδύνου, που συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και συναισθηματική ταραχή, καθώς και από την επιθυμία του ατόμου να αμυνθεί ή να τραπή σε φυγή» (Πιάνος, 2000:147).

Ο φόβος είναι αντικειμενική παρουσία ενός εξωτερικού, αντικειμενικού, υπαρκτού και αληθινού κινδύνου. Δημιουργεί είτε την τάση της αποφυγής και της φυγής είτε την προετοιμασία για την επίθεση και τον αγώνα. Αντίθετα, στο άγχος το οποίο είναι υποκειμενικό δημιούργημα, ο κίνδυνος και η απειλή υποβόσκουν όντας άγνωστα και απροσδιόριστα. Η αναμονή αυτών καθηλώνει, αδρανοποιεί και παραλύει το άτομο (Γαλανού, 1977). Ως προς την περιγραφή τους από τον πάσχοντα το άγχος περιγράφεται ενσυνείδητα, αόριστα κι έχει χρόνια διάρκεια, ενώ ο φόβος περιγράφεται ασυνείδητα, πολύ συγκεκριμένα κι έχει βραχεία εντόπιση (Οικονόμου, 1994). Σε κατάσταση φόβου, το άτομο είναι σε θέση να οργανώσει την άμυνα του διότι η αιτία που τον προκαλεί είναι γνωστή και συγκεκριμένη, αντιθέτως στο άγχος αυτό δεν είναι εφικτό, επειδή ο κίνδυνος είναι εσωτερικός (Φιλιπποπούλου, 1968).

1.2.2. Απειλή.

Η απειλή ορίζεται ως «η επίγνωση μιας επικείμενης ευρύτατης αλλαγής στην πυρηνική δομή κάποιου. Κάθε φορά που οι άνθρωποι αναλαμβάνουν κάποια νέα δραστηριότητα, εκτίθενται στη σύγχυση. Η σύγχυση μπορεί να οδηγήσει σε κάτι καινούργιο ή να εξελιχθεί σε απειλή για το άτομο» (Pervin, John, 2001:476).

Το άγχος συνδέεται σχεδόν πάντοτε με την έννοια της απειλής αντικειμενικής ή υποκειμενικής, πραγματικής ή συμβολικής (Ραγιά, 1993). Το άγχος είναι μια αντίδραση φόβου, που κλιμακώνεται από την απλή δυσφορία μέχρι και τον πιο μεγάλο πανικό. Η εκδήλωση του προϋποθέτει συνθήκες πραγματικής ή φανταστικής απειλής. Το άτομο καταλαμβάνεται από δυσφορία, αγωνία, ανησυχία, μελαγχολία και πολλές φορές πλήρη πανικό εξαιτίας της αδυναμίας εύρεσης τρόπων αντιμετώπισής της (Ρώμας, 1984).

Η αντίληψη μιας περίπτωσης ως απειλητικής και οι ψυχολογικές αντιδράσεις προς αυτήν εξαρτώνται από την προσωπικότητα του ατόμου, το φιλοσοφικό του προσανατολισμό και τις κληρονομικές προδιαθέσεις του. Επίσης, επηρεάζονται από την κοινωνική και πολιτιστική υποδομή του, την εμπειρία του, το βαθμό ευφύιας, τις συνήθειες και τη μόρφωσή του (Ραγιά, 1978).

1.2.3. Αγωνία.

«Αγωνία είναι μια από τις πολλές λέξεις με τις οποίες αποδίδεται στα ελληνικά η υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος του άγχους. Το άτομο λέγοντας ότι έχει αγωνία, εννοεί ότι έχει άγχος, χωρίς να γνωρίζει πολλές φορές ότι οι δυο λέξεις είναι συνώνυμες» (Παπαδόπουλος, 1994:22).

Η αγωνία είναι πιο δύσκολο να διαχωριστεί από το άγχος. Η λέξη άγχος σημαίνει μια περίπλοκη ψυχική κατάσταση στην οποία συμμετέχουν το συγκινησιακό, το συναισθηματικό, το ιδεονοητικό και το αισθητηριακό – σωματικό στοιχείο. Γι' αυτό και το άγχος χαρακτηρίζεται από το άτομο σαν αίσθημα αποτυχίας, αδυναμίας, ηττοπάθειας και έλλειψης προσαρμογής.

Στην αγωνία το αντικείμενό της είναι πιο φανερό, πιο εξωτερικό, πιο πραγματικό και προσιτό, γι' αυτό υπάρχει δυνατότητα διαφυγής και διεξόδου,

η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη δραστηριότητας. Η αγωνία εκφράζεται με περισσότερη ανησυχία από το άγχος γι' αυτό και προκαλεί εντονότερες κινητικές αντιδράσεις για αποφυγή, αποτροπή και κατανίκηση του κινδύνου, από ό,τι το άγχος που διαποτίζει, ακινητοποιεί, παραλύει και καταβάλλει το άτομο (Γαλανού,1977).

1.2.4. Στρες.

Το στρες ή αλλιώς ψυχολογική ένταση ορίζεται ως *«μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον η οποία εκφράζεται με την εκτίμηση του ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματα του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία»* (Βασιλάκη και συν., 2001)

Δεδομένου ότι το στρες σχετίζεται με στρεσογόνους παράγοντες που συναντώνται στην καθημερινότητα, κάθε άνθρωπος μπορεί να το βιώσει ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, μόρφωσης ή κοινωνικής τάξης λόγω του ότι αποτελεί την απάντησή του σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000). Πάρα ταύτα, πιστεύεται, ότι υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση έναντι του στρες, γι' αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο (Αντωνίου, 2006).

Οι έννοιες του «άγχους» και του «στρες» χρησιμοποιούνται σαν συνώνυμοι τόσο από επιστήμονες όσο και από μη ειδικούς. Το στρες αποτελείται από μια σύνθετη ψυχοβιολογική διεργασία η οποία προκαλείται από ένα στρεσογόνο ερέθισμα το οποίο δημιουργεί την αντίληψη μιας απειλητικής κατάστασης, προκαλώντας άγχος στο άτομο (Σπίλμπεργκερ, 1982). Δεν οδηγεί σε πλήρη αμηχανία ούτε συνδέεται με εσωτερικές συγκρούσεις και περιορίζεται σε συγκεκριμένη περίσταση με μικρή χρονική διάρκεια. Το άγχος είναι αντίδραση προς το στρες, το οποίο βιώνεται ως δυσάρεστο συναίσθημα και απαιτεί αντιμετώπιση από το άτομο. Κοινό χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι οι σωματικές εκδηλώσεις και η συναίσθηση της πίεσης από το πρόσωπο (Ραγιά, 1978).

Στην παρούσα εργασία, η έννοια του άγχους θα θεωρηθεί συνώνυμη με εκείνη του στρες, προκειμένου να αποφευχθεί η σύγχυση του νοήματος των δυο εννοιών.

1.3 Είδη άγχους.

Το άτομο αντιδρά προς το άγχος με διάφορους τρόπους. Είτε υγιείς είτε παθολογικούς. Υγιής είναι η συμπεριφορά, που τείνει στη λύση του προβλήματος, γεγονός που δεν ισχύει στην παθολογική η οποία συνδέεται με έντονο θυμό και εκρήξεις επιθετικότητας (Ραγιά,1993). Ανάλογα διαμορφώνονται τα είδη του άγχους.

Το αρνητικό στρες, το οποίο συνήθως αποδίδεται "distress" χρησιμοποιείται, συνήθως ως συνώνυμο της λέξης stress. Το θετικό στρες ή "eustress" βοηθάει τους ανθρώπους να αντιδρούν γρήγορα, να αναπτύσσουν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων τους και να επιτυγχάνουν σε διάφορους τομείς της ζωής, αξιοποιώντας όλες τις δυνατότητές τους στο μέγιστο βαθμό. Επίσης, υπάρχει και το ουδέτερο στρες, "neustress" το οποίο δεν αποτελεί έναν απαραίτητα βοηθητικό ή επιβλαβή τύπο στρες (Αντώνιου, 2006).

Μια από τις πιο γνωστές κατηγοριοποιήσεις του άγχους είναι αυτή σε ελαφρό, μέτριο, έντονο και πανικός. Πιο αναλυτικά, το ελαφρό άγχος είναι το φυσιολογικό άγχος της καθημερινής ζωής, το οποίο δημιουργεί τα κίνητρα για προσπάθεια και επιτυχία σκοπών. Το μέτριο αφαιρεί από το άτομο την προσοχή, τη συγκέντρωση, την ικανότητα για διαυγή σκέψη, καθώς και την άμεση εκπλήρωση κάποιου έργου. Το έντονο άγχος είναι οξύ, απομονώνει το άτομο και δυσχεραίνει την μάθηση και εκπλήρωση δράσεων. Τέλος, ο πανικός επιφέρει ανικανότητα αντιμετώπισης οποιασδήποτε κατάστασης, λήψης οποιασδήποτε απόφασης και ψυχωσικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (Ραγιά, 1993).

Στην περίπτωση που το άγχος αποτελεί καθημερινό στοιχείο και μπλοκάρει τις καθημερινές συνηθισμένες πράξεις, τότε πρόκειται για το νευρωτικό – ψυχωτικό – παθολογικό άγχος (Γαλανού, 1977). Στο παθολογικό άγχος η ένταση είναι ανάλογη προς το προκαλούμενο ερέθισμα και η

προσαρμογή του ατόμου δεν είναι πλήρης (Οικονόμου, 1994). Το νευρωσικό άγχος εμφανίζεται σε νευρωσικά άτομα και εκδηλώνεται σε υπερβολικό βαθμό σαν αίσθημα απελπισίας σε σχέση με το αίτιο που την προκαλεί, με αποτέλεσμα, το άτομο να γίνεται άτολμο, ανασφαλές και να βρίσκεται σε συναισθηματικό τέλμα (Ρώμας, 1984).

Μια άλλη μορφή άγχους είναι το υπαρξιακό άγχος, το οποίο αποτελεί φόβο για άγνωστες καταστάσεις. Χαρακτηριστικά της διάθεσης του ατόμου είναι η ανησυχία και οι εσωτερικές συγκρούσεις (Παπαδόπουλος, 1994). Το αντικειμενικό άγχος το βιώνει κανείς απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο αλλά επιτρέπει στο άτομο να αντεπεξέλθει του υπάρχοντος προβλήματος (Σπίλμπεργκερ, 1982).

1.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις του άγχους.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση υπάρχουν δυο θεωρίες για την επεξήγηση του άγχους, οι οποίες συμπληρώνουν η μία την άλλη. Κατά την πρώτη *το άγχος είναι άμεση μεταμόρφωση μη εκφορτισμένης σεξουαλικής ενέργειας*. Κατά την δεύτερη, *«το άγχος αποδίδεται σε ενδοψυχική σύγκρουση, το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του Εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις, που έρχονται σε σύγκρουση με το Εγώ και το Υπερεγώ ή την πραγματικότητα»* (Μάνος, 1988:223-225).

Η βιολογική προσέγγιση υποστηρίζει, ότι το άγχος γίνεται αντιληπτό ως φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, η ένταση της οποίας εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ένταση των ερεθισμάτων (Βασιλάκη κ. α., 2001). Πολλές αγχώδεις διαταραχές έχουν προγεννητική διάθεση (Μάνου, 1988). Κατά το συμπεριφορισμό, το άγχος αναπτύσσεται ως εξαρτημένη ή επίκτητη αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα (Grant etc, 2001).

Η γνωστική θεωρία υποστηρίζει, ότι το άγχος είναι αποτέλεσμα εκτίμησης καταστάσεων, όπου παρουσιάζονται ως αδύνατοι ο καθορισμός των αιτίων της κατάστασης και η διευθέτηση του κινδύνου, λόγω της χαώδης συναισθηματικής θέσης του (Παπαδόπουλος, 1994). Στον υπαρξισμό, οι μεταφυσικές αγωνίες του ανθρώπου προκαλούν το άγχος, με τη συνειδητοποίηση του θανάτου (Ρώμας, 1984).

Τέλος, σύμφωνα με τη φαινομενολογική θεωρία, το άγχος είναι η αντίδραση του οργανισμού στις αρνητικές εμπειρίες, που προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον. Η δυσαρμονία ανάμεσα στον εαυτό και την εμπειρία παραμένει διαρκής πηγή έντασης και απειλής (Pervin, John, 2001).

1.5 Τα αίτια του άγχους.

Το άγχος μπορεί να προέρχεται από μια εσωτερική σύγκρουση, από μια όχι ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα, ή από απώλεια αγάπης που ενεργοποιεί ένα παλιότερο συναίσθημα εγκατάλειψης οφειλόμενο σε προηγούμενες δυσάρεστες εμπειρίες (Παπαδόπουλος, 1994).

Οι γενεσιουργές αιτίες του άγχους κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη συναντάται μια σοβαρή και σαφής κληρονομική προδιάθεση, ενώ η επιρροή του περιβάλλοντος είναι ελάχιστος σημασίας. Στη δεύτερη κατηγορία η προσωπικότητα που δεν έχει δομηθεί πλήρως, δημιουργεί το "έδαφος" στις φυσιολογικές ή έντονες επιδράσεις του περιβάλλοντος να δράσουν παθολογικά πάνω της. Στην τελευταία κατηγορία, περιβαλλοντικοί παράγοντες διαμορφώνουν την προσωπικότητα και μπορούν να επιδράσουν καταλυτικά, δημιουργώντας το άγχος (Γαλανού, 1977).

Οι πηγές άγχους μπορούν επίσης, να διακριθούν σε πρωτογενείς και δευτερογενείς. Στις πρώτες ανήκουν ουσιαστικά τα αρνητικά βιώματα της παιδικής ηλικίας (παραμέληση, αιφνίδιος απογαλακτισμός), ενώ στις δεύτερες τα βιώματα από τον κοινωνικό περίγυρο (αποδοκιμασίες, ηθικές στερήσεις, επαγγελματική θέση) (Οικονόμου, 1994). Επίσης, μπορούν να είναι και φανταστικά αίτια, όντας σε θέση να απειλούν ισάξια με τα πραγματικά την ταυτότητα, τον αυτοσεβασμό και την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Grant etc, 2001).

Μια άλλη διάκριση των αγχογόνων ερεθισμάτων είναι σε βιολογικά (αρρώστια, πόνος, ατύχημα), σε χημικά (φάρμακα, μολυσμένη τροφή, νερό), σε μικροβιακά (ιοί, βακτήρια, παράσιτα), σε ψυχολογικά (εικόνα σώματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση), αναπτυξιακά (πρόωρη γέννηση, ανατομικά ελαττώματα), σε κοινωνικό πολιτιστικά (διαπροσωπικές σχέσεις, οικονομική

δυσχέρεια, μετανάστευση) και σε περιβαλλοντικά (ανεργία, αστική ζωή) (Ραγιά, 1993).

1.6 Διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος.

Οι διαταραχές, που σχετίζονται με το άγχος, διακρίνονται στις ψυχοσωματικές και στις σωματοψυχικές. Οι πρώτες αναφέρονται σε σωματικά – οργανικά συμπτώματα που προκαλούνται από ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ αντίθετα οι δεύτερες αναφέρονται σε ψυχολογικά συμπτώματα που προκαλούνται από σωματικούς παράγοντες. Τα δυο αυτά είδη βρίσκονται σε συνεχή αλληλεξάρτηση μέσω μιας κυκλικής διαδικασίας (Αντωνίου, 1994).

1.6.1. Σωματοψυχικές.

Η διάγνωση της ασθένειας του άγχους σε γενικές γραμμές δεν είναι δύσκολη υπόθεση, λόγω του ότι αποτελεί μια γενική και αόριστη ανησυχία, η οποία είναι βασικό στοιχείο των νευρώσεων (Βασιλάκη και συν., 2001). Η νεύρωση είναι μια ψυχική διαταραχή, που αφορά στην εξέλιξη του ατόμου, δίχως οργανικό υπόβαθρο, που ζημιώνει τη συμπεριφορά του αλλά δεν παραποιεί την προσωπικότητα (Πιάνος, 2000). Καθοριστικοί παράγοντες για την εξέλιξη των νευρώσεων είναι η κληρονομικότητα, η προσωπικότητα, η διανοητικότητα, τα βιώματα, η δεκτικότητα και ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου στις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Οι παθογόνες επιδράσεις μπορούν, να οδηγήσουν το άτομο στην εκδήλωση αγχώδης νεύρωσης, πανικού, φοβικών νευρώσεων, διαταραχής μετατραυματικού στρες και κατάθλιψη (Γαλανού, 1977).

✓ Αγχώδης νεύρωση.

Το βασικό στοιχείο αυτής της νεύρωσης είναι το γενικευμένο και έντονο άγχος. Το αγχώδες συναίσθημα είναι επίμονο και κατακλύζει την προσωπικότητα μετατρέπόμενο σε μια σειρά συμπτωμάτων, τόσο ψυχικών όσο και σωματικών (Μάνος, 1988).

Η αγχώδης κατάσταση είναι παροδική, η ένταση και η διάρκεια της είναι συνάρτηση του εσωτερικού ή εξωτερικού κινδύνου που την προκαλεί. Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να έχει σχέση με το περιβάλλον, με ηθικές συγκρούσεις, με ασυνείδητες ψυχοσυγκρούσεις ή να συνδυάζεται με παθολογικές καταστάσεις (Lempriere, Feline, 1995).

✓ Διαταραχή πανικού.

Βασικό κλινικό στοιχείο της διαταραχής πανικού είναι οι επαναλαμβανόμενες προσβολές έντονου άγχους, οι οποίες δεν περιορίζονται σε κάποια συγκεκριμένη συνθήκη και ως εκ τούτου είναι απρόβλεπτες. Υπάρχει σχεδόν πάντοτε δευτερογενής φόβος θανάτου, απώλειας ελέγχου ή τρέλας. Οι μεμονωμένες προσβολές, συνήθως διαρκούν μόνο για λίγα λεπτά, μολονότι μερικές φορές διαρκούν περισσότερο.

Το άτομο σε κατάσταση πανικού συχνά βιώνει κλιμάκωση του φόβου και των αυτονομικών συμπτωμάτων, τα οποία οδηγούν σε εσπευσμένη έξοδο από το χώρο στον οποίο βρίσκεται. Ο φόβος αυτός είναι έντονος και συνοδεύεται από υπερβολική ένταση και αίσθηση επικείμενης καταστροφής. Επίσης, συχνές και απροσδόκητες προσβολές πανικού αποτρέπουν το άτομο να μείνει μόνο του ή να πηγαίνει σε δημόσιους χώρους. Ορισμένες φορές συνοδεύεται από διάφορα σωματικά συμπτώματα (World Health Organization, 1993).

✓ Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση.

Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση αποτελεί το συνδυασμό διαταραχών ιδεοληψίας και ψυχαναγκασμού. Η ιδεοληψία είναι επίμονες και έμμονες σκέψεις, συναισθήματα ή εικόνες, που το άτομο δεν μπορεί, να αποφύγει. Ο ψυχαναγκασμός είναι επαναλαμβανόμενες, σκόπιμες φράσεις ή πράξεις, που μειώνουν το άγχος και το άτομο νιώθει, ότι δεν έχει κανέναν έλεγχο (Grant etc, 2001).

Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση είναι αυτόκλητη κι επίμονη στη συνείδηση του ατόμου, το οποίο υποχρεώνεται να την επαναλάβει ορισμένες

φορές. Η συνέπεια είναι να δημιουργείται άγχος. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι, τα φαινόμενα είναι παθολογικά, προσπαθεί να αντισταθεί και μη πετυχαίνοντας το, καταφεύγει στην επανάληψη της ιδέας ή της πράξης, ωστόσο ηρεμίζει (Ιεροδιακόνου και συν., 1988).

✓ Φοβική νεύρωση.

Η φοβική νεύρωση (φοβία) πηγάζει από τον επίμονο και ανεδαιφικό φόβο μπροστά σε ορισμένες καταστάσεις ή αντικείμενα, που περιορίζουν σοβαρά τις δυνατότητες του ατόμου (Παπαδόπουλος, 1994). Η φοβία συνοδεύεται κατά κανόνα από άγχος, το οποίο συχνά φτάνει μέχρι πανικό. Με τη φοβία το άτομο βελτιώνει την εσωτερική του αναστάτωση, μετατοπίζοντας το άγχος σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, αντικείμενο ή ζώο, τα οποία στη συνέχεια μπορεί να αποφεύγει. Κατά αυτό τον τρόπο, οι φοβικοί αισθάνονται ασφαλείς, ελεύθεροι από το άγχος και απαλλάσσονται από την εσωτερική τυραννία (Φιλιπποπούλου, 1968).

Οι φοβίες διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: αγοραφοβία (φόβος να είναι κανείς σε μέρη ή καταστάσεις, από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή να προκαλεί αμηχανία ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση ξαφνικής αδυναμίας), κοινωνική φοβία (φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις) και η απλή φοβία (φόβος συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων (Lempriere, Feline, 1995).

✓ Διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Η διαταραχή αυτή προκύπτει ως καθυστερημένη ή παρατεταμένη αντίδραση προς ψυχοπιεστικό γεγονός ή κατάσταση (μικρής ή μεγάλης διάρκειας) εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσεως, που είναι πιθανόν, να προκαλέσει διάχυτη δυσφορία σχεδόν σε οποιοδήποτε (World Health Organization, 1993).

Μπορεί, να παρουσιαστεί σε άτομα, που έχουν ζήσει κάποιο ή κάποια τραυματικά γεγονότα τα οποία είναι έξω από τις συνηθισμένες ανθρώπινες εμπειρίες. Σε αυτές τις εμπειρίες, υπάρχει έντονη απειλή ή πραγματικός

τραυματισμός της προσωπικής ακεραιότητας. Το άτομο επαναβιώνει το τραυματικό γεγονός μέσα από επανειλημμένες και αθέμιτες αναμνήσεις του συμβάντος ή μέσα από επαναλαμβανόμενα όνειρα και εφιάλτες ή κυριολεκτικά ξαναζεί το συμβάν με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικές καταστάσεις (flashback), επιδεικνύοντας συμπεριφορά παρόμοια με τότε. Επιπλέον, το άτομο μπορεί, να βιώσει έντονη δυσφορία σε ανάλογες συμβολικά παρόμοιες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των επετείων του συμβάντος (Μάνος, 1988).

✓ Καταθλιπτική νεύρωση.

Η καταθλιπτική νεύρωση ή αλλιώς αντιδραστική κατάθλιψη αποτελεί αντίδραση του ατόμου σε πρόσφατη, συνήθως ψυχοτραυματική εμπειρία. Το άγχος σε αυτήν εκφράζεται με τη μορφή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που εκλύονται πάντα μετά από μια εξωτερική ψυχοτραυματική εμπειρία (Οικονόμου, 1994). Η διαταραχή αυτή αποτελεί έκφραση ανάγκης για βοήθεια. Το άτομο διαστρεβλώνει την πραγματικότητα και σε μια απώλεια ή απειλή αντιδρά με θλίψη μεγαλύτερη σε ένταση και διάρκεια από ό,τι τα περισσότερα άτομα (Πιάνος,2000) .

Στη συγκεκριμένη νεύρωση, το άγχος εκφράζεται σαν μια εσωτερική δυσφορία, φόβο, αίσθημα επικείμενου κινδύνου ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνωδά σωματικά συμπτώματα. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δυο αποτελεί τη βασική διαταραχή (Μάνος, 1988).

1.6.2. Ψυχοσωματικές.

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές ή αλλιώς σωματόμορφες συνιστούν την έκφραση του άγχους με σωματικά συμπτώματα. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα ως πραγματικά. Οι σωματόμορφες διαταραχές, αν και αποτελούν αντικείμενα κλινικής μελέτης, παρέχουν πρωτογενή και δευτερογενή πλεονεκτήματα. Το πρωτογενές πλεονέκτημα, που λειτουργεί στο ασυνείδητο επίπεδο, είναι η μείωση του άγχους. Το δευτερογενές αφορά

στην αποφυγή των καταστάσεων, που προκαλούν το άγχος μέσω της επίδειξης των σωματικών συμπτωμάτων (Grant etc, 2001).

✓ Διαταραχή της σωματοποίησης.

Στη διαταραχή της σωματοποίησης ο ασθενής παρουσιάζει πολλά υποτροπιάζοντα σωματικά συμπτώματα, χωρίς οργανική αφετηρία. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν μακρό και περίπλοκο ιστορικό επαφών, με πολλές αρνητικές εξετάσεις και άκαρπες επεμβάσεις. Τα συνηθέστερα συμπτώματα ξεκινούν από το γαστρεντερικό σύστημα και ανωμαλίες της δερματικής αισθητικότητας, ενώ συνήθη είναι τα ενοχλήματα, που αφορούν στη σεξουαλική λειτουργία (World Health Organization, 1993).

Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται πριν τη μέση ηλικία. Δεν μπορεί, να δοθεί πλήρης ερμηνεία σε κάθε σύμπτωμα από μια γνωστή ιατρική ειδικότητα, ενώ τα συμπτώματα προξενούν σημαντική εξασθένηση της κοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας. Η κλινική πορεία της διαταραχής είναι χρόνια και παρουσιάζει διακυμάνσεις (Grant etc, 2001).

✓ Διαταραχή της μετατροπής – υστερία.

Στην υστερία, το άτομο υφίσταται αλλοίωση των σωματικών του λειτουργιών, ως αντίδρασή του στο άγχος. Η μετατροπή αυτή (σωματοποίηση) του άγχους αποτελεί το χαρακτηριστικό παθογενετικό γνώρισμα της νόσου (Οικονόμου, 1994). Οι ενδόμυχες ψυχοσυγκρούσεις αφορούν περισσότερο στις σεξουαλικές ενορμήσεις, οι οποίες απωθούνται ή καταπιέζονται υπερβολικά (Φιλιππούλου, 1968).

Ο ασθενής μπορεί, να υποστεί τύφλωση, παροξυσμό ή ακόμα και παράλυση. Η μετατροπή σημειώνεται αμέσως μετά το στρες, ασυνείδητα. Το σωματικό σύμπτωμα φυσιολογικά σχετίζεται με τις ψυχολογικές συγκρούσεις ή ανάγκες και είναι αδύνατον να ερμηνευτεί από νευρολογική ή άλλη ειδικότητα. Επίσης, προξενεί αποδυνάμωση της κοινωνικής, της επαγγελματικής και των υπολοίπων πτυχών της ζωής του ανθρώπου (Grant etc, 2001).

✓ Διαταραχή του σωματόμορφου άλγους – διαταραχή του πόνου.

Ο πόνος εμφανίζεται σε μια ή περισσότερες ανατομικές θέσεις και προξενεί σημαντική κακουχία ή αποδυνάμωση. Οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στην έναρξη, την ένταση, την επιδείνωση ή τη συνέχιση του πόνου (Grant etc, 2001).

Η εγκατάσταση του πόνου συνδέεται με συναισθηματική σύγκρουση ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, η παρουσία των οποίων επιτρέπει το συμπέρασμα, ότι αποτελούν τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες. Το αποτέλεσμα είναι συνήθως η αυξημένη παροχή υποστήριξης και προσοχής, είτε από πρόσωπα του περιβάλλοντος του ασθενή, είτε από το γιατρό (World Health Organization, 1993).

✓ Υποχονδρία.

Στην υποχονδρία ο ασθενής έχει την τάση, να προτρέχει σε εξετάσεις για να προσδιορίσει ή να επιβεβαιώσει την υποτιθέμενη γι' αυτόν φύση της υποκείμενης νόσου. Επίσης, φοβάται τα φάρμακα και τις ανεπιθύμητες παρενέργειές τους και επιζητά τη διαβεβαίωση με συχνές επισκέψεις σε διάφορους γιατρούς (World Health Organization, 1993).

Ο μη ρεαλιστικός τρόπος ερμηνείας των σωματικών συμπτωμάτων τον καταβάλλει από μεγάλη θλίψη. Η εμμονή του προξενεί κλινικά σημαντική ένταση και αποδυνάμωση και η διάρκεια εμμονής του αγγίζει τουλάχιστον τους 6 μήνες (Grant etc, 2001).

✓ Μυοσπασματα (τικς).

Τα τικς είναι συνειδητές αλλά ακούσιες συσπάσεις μυϊκών ομάδων, ιδίως του προσώπου που εκτελούνται άσκοπα, άκαιρα και κατά ενοχλητικό τρόπο επαναληπτικά και εκλαμβάνονται σαν σκόπιμες κινήσεις. Η προσπάθεια που καταβάλλεται για τη διακοπή τους, προκαλεί άγχος (Οικονόμου, 1994).

1.7 Τα συμπτώματα του άγχους.

Το άγχος είναι ένα καθολικό σύμπτωμα, το οποίο οι ασθενείς περιγράφουν συνήθως σαν μια εναγώνια αναμονή κάποιας δυσάρεστης κατάστασης. Αυτή βιώνεται σαν βάρος πάνω στο στήθος συνοδευόμενο από νευροφυτικές διαταραχές (ταχυκαρδία, συχνουρία, διάρροια, ναυτία, εφίδρωση) (Ρασιδάκι, 1979).

Οι πρώτες ενδείξεις, ότι τα επίπεδα στρες έχουν ανέβει, είναι πολλές φορές αδιόρατα και δεν τραβούν την προσοχή του ατόμου. Πρόκειται για δυσκολίες στη συγκέντρωση, γρήγορη ομιλία, ανυπομονησία, συχνές εκρήξεις θυμού και ένα αίσθημα κούρασης, που επιμένει. Το άτομο τα παραβλέπει όλα αυτά και επιπλέον αυξάνει την προσπάθεια συγκέντρωσης, με αποτέλεσμα την αποτυχία και τον εκνευρισμό. Για την καταπολέμησή του καταφεύγει σε αύξηση των εξαρτησιογόνων ουσιών (αλκοόλ, κάπνισμα) ή ακόμη και του φαγητού (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000).

Από βιολογικής πλευράς, το άγχος προκαλείται *«από την υπερέκκριση φλοιοτρόπου ορμόνης, που με τη σειρά της επιδρά στο φλοιό των επινεφριδίων προκαλώντας την έκκριση γλυκορτικοειδών»* (Ραγιά, 1993:193). Ανάλογα διαμορφώνονται τα συμπτώματα εκδήλωσης του άγχους.

Συνηθέστερα συμπτώματα για το μυϊκό σύστημα είναι οι μυϊκοί πόνοι, τα πιασίματα, η δυσκαμψία και το τρίξιμο των δοντιών, ενώ στα αισθητηριακά οι εμβοές, η θόλωση της όρασης, το αίσθημα αδυναμίας και τα μουδιάσματα. Στα ψυχολογικά, εντάσσονται η βαριεστημάρα, η τάση για αναβολή, η έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή και στα γνωσιακά η αφηρημάδα, οι διαταραχές μνήμης και η δυσκολία συγκέντρωσης. Στα γαστρεντερικά ανήκουν η δυσπεψία, η ναυτία, ο έμετος και η απώλεια βάρους. Τέλος, στα ουρογεννητικά υπάρχουν συμπτώματα όπως η συχνουρία, η πρόωρη εκσπερμάτιση και η ανικανότητα (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000).

Σοβαρότερες ασθένειες θεωρούνται η αρτηριακή υπέρταση, το έλκος στομάχου, καθώς και το ευερέθιστο έντερο. Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιακά προβλήματα, όπως στηθάγχη και έμφραγμα μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο, ενώ και ο καρκίνος θεωρείται από πολλούς ειδικούς συνέπεια του άγχους (Grant etc, 2001).

1.8 Προσωπικότητα και άγχος.

Ως προσωπικότητα ορίζεται η ψυχοσωματική οντότητα, που έχει την εξελικτική ικανότητα να συναλλάσσεται και να επικοινωνεί, ανάλογα με τον εαυτό της και με το περιβάλλον (Διαμαντόπουλος, 2001). Τα κυριότερα στοιχεία της είναι ο χαρακτήρας, η συναισθηματική ιδιοσυγκρασία, τα κίνητρα, η νοημοσύνη και η σωματική διάπλαση του ατόμου (Χασάπη, 1980).

1.8.1 Τύποι προσωπικότητας.

Η προσωπικότητα διακρίνεται στον τύπο προσωπικότητας A, B και C. Ο τύπος προσωπικότητας A έχει βιαστικό και κοφτό λόγο, κάνει γρήγορες κινήσεις, μασάει γρήγορα την τροφή του, σκέφτεται και κάνει πολλά πράγματα μαζί, είναι ανυπόμονος και έχει αδυναμία να ανεχθεί ρυθμούς πιο αργούς από τους δικούς του. Ακόμη, προσπαθεί να επιβάλλει τις απόψεις του, αισθάνεται ενοχές, όταν δεν ασχολείται με κάτι και κάνει νευρικές χειρονομίες - τικ. Επίσης, διακατέχεται από έντονη συγκέντρωση και επαγρύπνηση, ισχυρή έλξη προς ανταγωνισμό, τελειομανία, παρουσιάζει υψηλά επίπεδα διαπροσωπικών συγκρούσεων και τυγχάνει περιορισμένης ή μηδενικής κοινωνικής υποστήριξης. Αυτός ο τύπος είναι σε συνεχή πίεση για να επιτύχει κάτι (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000). Μελέτες έχουν δείξει ότι, οι άντρες που έχουν προσωπικότητα τύπου A πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Επιπροσθέτως, η συνήθης εχθρική συμπεριφορά, που τους χαρακτηρίζει, επιβαρύνει την κατάσταση. (Αντωνίου, 2006)

Ο τύπος προσωπικότητας B φαίνεται χαλαρός, χωρίς βιασύνη. Έχει απόλυτη ελευθερία από τις τάσεις του τύπου A, ο τόνος της φωνής του είναι χαμηλός και κάνει ήρεμες κινήσεις. Διακατέχεται από αισιοδοξία και δεν αντιλαμβάνεται την πίεση του χρόνου, δεν αισθάνεται την ανάγκη επίδειξης των επιτευγμάτων του, έχει την ικανότητα να χαλαρώνει χωρίς αισθήματα ενοχής και να εργάζεται χωρίς πίεση. Δεν προσπαθεί να εντυπωσιάσει τους άλλους και ξέρει να απολαμβάνει τη ζωή και τις χαρές της. Ένας τρίτος τύπος προσωπικότητας C είναι ο τύπος προσωπικότητας που είναι κράμα των A και B (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000). Θα μπορούσε, να υποστηριχθεί, ότι η ύπαρξη

προσωπικότητας αυτού του τύπου, είναι άτομο με προσωπικότητα με τάση για καρκίνο (Αντωνίου, 2006).

1.8. 2. Άγχος και διεγερσιμότητα.

Όπως δείχνουν πολλές έρευνες, η προσωπικότητα είναι ένας από τους παράγοντες, που επηρεάζουν τον τρόπο αντίληψης μιας κατάστασης ως αγχώδης (Βασιλάκη και συν., 2001). Έχει αποδειχθεί, ότι τα αγχώδη άτομα αισθάνονται τρωτά και απασχολούνται έντονα με ενδεχόμενους κινδύνους, βρίσκονται σε διαρκή ετοιμότητα και επαγρύπνηση, ανιχνεύουν, καταπονούν και σαρώνουν το περιβάλλον αναζητώντας ενδείξεις – σημάδια ύπαρξης ενδεχόμενου κινδύνου (McAllen etc, 1986). Αν υπάρχει προσωπική τρωτότητα ένα ερέθισμα, που μπορεί, να είναι αρνητικό ή αντικειμενικά ουδέτερο για ένα υγιές άτομο, για τον αγχώδη εκλαμβάνεται μόνο η απειλητική εκδοχή (Matthew's etc, 1989).

Στα άτομα με υψηλό επίπεδο διεγερσιμότητας τα ερεθίσματα μιας συγκεκριμένης έντασης προκαλούν υψηλό επίπεδο διέγερσης, ενώ στα άτομα με χαμηλό επίπεδο διεγερσιμότητας το επίπεδο διέγερσης στα ίδια ερεθίσματα είναι χαμηλότερο. Το ιδιοσυγκρασιακό χαρακτηριστικό της διεγερσιμότητας δρα ως ρυθμιστής που αυξάνει το επίπεδο άγχους στα άτομα, και σε ακραίες περιπτώσεις οδηγεί σε επίπεδα υπερβολικού άγχους (Βασιλάκη και συν., 2001).

1.8.3 Αυτοεκτίμηση.

Σύμφωνα με την κοινωνικογνωστική θεωρία, οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι έχουν χαμηλή αυτεπάρκεια, εκδηλώνουν υψηλή αντίδραση άγχους και μεγάλη δυσφορία, όταν έρχονται αντιμέτωποι με αγχογόνες καταστάσεις. Είναι πιθανό, να αναπτύξουν και πρόσθετες δυσλειτουργικές γνωστικές διεργασίες (όπως η ανησυχία για το τι μπορεί να συμβεί). Το βασικό χαρακτηριστικό δεν είναι το στρεσογόνο ερέθισμα αλλά η σκέψη, ότι η αντιμετώπιση του καθίσταται αδύνατη. Ουσιαστικά, είναι μια αντίδραση φόβου για το φόβο, η οποία μπορεί να οδηγήσει στον πανικό (Pervin, John, 2001).

1.8.4. Στερεότυπα των φύλων.

Οι ατομικές διαφορές και η ποικιλία των στρεσογόνων πηγών είναι τόσο μεγάλη, ώστε η διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο δε βοηθάει ιδιαίτερα. Ακόμη, οι φάσεις, που διέρχεται στη ζωή του ο άνθρωπος με την πάροδο της ηλικίας, αποτελούν κρίσιμες καμπές κατά τις οποίες αυξάνονται οι πιθανότητες, να περάσει μια δύσκολη περίοδο. Η κατάσταση αυτή αυξάνει τα επίπεδα του στρες, που βιώνει (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000).

Παρόλα αυτά, τα κοινωνικά στερεότυπα για τους ρόλους των φύλων αποδίδουν διαφορετικά είδη στρες αλλά και αντιδράσεις στο κάθε φύλο. Σύμφωνα με τις στατιστικές, η επίπτωση των συναισθηματικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες. Οι γυναίκες εκδηλώνουν το στρες με δάκρυα, απόσυρση, απουσίες από τη δουλειά και γενικά «αδυναμία». Έχουν στρες λόγω της χαμηλής κοινωνικής τους θέσης, της αβεβαιότητας, της αδυναμίας (και σεξουαλικής παρενόχλησης) και της μονότονης ζωής (σύγκρουση οικογενειακών – επαγγελματικών ευθυνών) (Fontana, 1993). Στις γυναίκες υπάρχουν τρεις σημαντικές ενδείξεις άγχους, οι οποίες είναι η καταβολή, οι υπερβολικές αντιδράσεις και η εξάντληση. Ο γυναικείος ψυχισμός ασχολείται, κυρίως με τον εσωτερικό υποκειμενικό κόσμο και προσπαθεί να μειώσει το άγχος κάνοντας αλλαγές στον ίδιο του τον εαυτό. Μια γυναίκα έχει ανάγκη να έρθει σε επαφή με τα συναισθήματά της, που τη βοηθούν να συγκεντρωθεί, να παρατηρήσει τις ενέργειές της και να κάνει τις απαραίτητες εσωτερικές αλλαγές, με σκοπό να μειώσει το άγχος.

Ο άντρας, όταν θέλει, να αντιδράσει στο άγχος αποτραβιέται στις σκέψεις του για να αποφασίσει τί πρέπει να κάνει για να το περιορίσει, θέλει να συγκεντρωθεί για να έρθει ξανά σε επαφή με τον πραγματικό του εαυτό και να ισοροπήσει. Η αντρική οπτική αντιδρά στο άγχος με τρόπο πιο αντικειμενικό ή αναλυτικό και προσπαθεί να μειώσει το άγχος, αλλάζοντας τον εξωτερικό αντικειμενικό κόσμο (Gray, 2003). Οι άντρες εκφράζουν θυμό, επιθετικότητα και αυτο-επιβεβαιωτική συμπεριφορά. Οι πρόωροι θάνατοι από οργανικές ασθένειες, που θεωρείται, ότι σχετίζονται με το στρες (καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό) είναι συχνότεροι στους άντρες (Fontana, 1993).

Αναφορικά, με την εκδήλωση διαταραχών οι γυναίκες δείχνουν πιο επιρρεπείς στη διαταραχή γενικευμένου άγχους, όπως επίσης και στη διαταραχή της σωματοποίησης, η οποία συνήθως αρχίζει στην πρώτη ενήλικη ζωή (World Health Organization, 1993). Επίσης, οι περισσότερες φοβικές διαταραχές και κυρίως η αγοραφοβία εμφανίζονται συνήθως σε αυτές (Lemperiere, Feline, 1995).

Οι προσβολές πανικού ενδέχεται, να είναι δευτερογενείς καταθλιπτικές διαταραχές, ιδιαίτερα στους άντρες. Η Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι εξίσου συνήθης και στα δύο φύλα. Στην προνοσηρή προσωπικότητα συχνά κυριαρχούν τα καταναγκαστικά στοιχεία. (World Health Organization, 1993).

1.8.5. Τρόποι αντίδρασης και προσωπικότητα.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι, που ο άνθρωπος αντιδρά στους στρεσογόνους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου. Υπάρχουν τρεις κύριοι τρόποι αντίδρασης – ανταπόκρισης: μάχη, φυγή, ξεγλιστρήμα. Η τακτική της μάχης διακρίνεται στην εξωτερική (τα άτομα εστιάζουν περισσότερο στη συσσώρευση επιτυχίας παρά στη διαδικασία επίτευξης του σκοπού) και την εσωτερική (το άτομο φαίνεται να έχει τον πλήρη έλεγχο αλλά στην πραγματικότητα κατατρώγεται με αυτό). Η τακτική της φυγής έχει σαν στόχο την αποφυγή του στρεσογόνου παράγοντα και οδηγεί το άτομο σε καχύποπτη συντηρητική συμπεριφορά. Ακόμη, γίνεται ευάλωτο, εξαρτημένο και μαλακό. Τέλος, η τακτική του ξεγλιστρήματος βάζει το άτομο σε μια μετέωρη κατάσταση μάχης και φυγής. Η υπερβολική χρήση αυτής της τακτικής εκφράζει άνθρωπο χωρίς σταθερές αξίες και συνήθως το οδηγεί σε απρόβλεπτη συμπεριφορά (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000).

1.9. Στάδια προσαρμογής στο άγχος.

Οι αλλαγές, που επέρχονται στον ανθρώπινο οργανισμό εξαιτίας του άγχους, περιγράφονται ως «Γενικό Σύνδρομο Προσαρμογής» και έχει τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι αυτό της αφύπνισης ή κατάστασης συναγερμού και περιλαμβάνει τη φάση σοκ (άμεση αντίδραση) και τη φάση αντισοκ (αντίδραση εκτάκτου ανάγκης) (Αντωνίου, 2006). Το σώμα βρίσκεται σε διέγερση, να αμυνθεί με μια επίθεση θερμότητας, θορύβου, αληθινής ή λεκτικής επίθεσης. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα αντιδρά αυτόματα και μεγάλες ποσότητες αδρεναλίνης εκκρίνονται και διοχετεύονται σε όλο το σώμα. Το άτομο είναι έτοιμο να αντιδράσει με μάχη ή φυγή.

Το δεύτερο στάδιο αποτελεί τη φάση της αντίστασης και της προσαρμογής, όπου το σώμα αρχίζει να προσαρμόζεται στη μεγάλη ποσότητα των ορμονών και προσπαθεί να αντιδράσει στο στρεσογόνο παράγοντα.

Τέλος, το τρίτο στάδιο είναι η φάση της εξάντλησης, όπου οι στρεσογόνοι παράγοντες επιμένουν, ενώ οι μηχανισμοί άμυνας είναι ανεπαρκείς και το σώμα εξουθενώνεται. Αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση πολλών ασθενειών ακόμη και ο θάνατος (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000).

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε αναφορά στην έννοια του άγχους, ένα πρόβλημα το οποίο "μαστίζει" τη σύγχρονη κοινωνία και έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Ως άγχος μπορεί να οριστεί ένα βίωμα, που προκαλεί εσωτερική δυσφορία, η οποία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί εύκολα από το άτομο με αποτέλεσμα να επέρχεται η ψυχολογική ή ακόμη και η σωματική του εξουθένωση. Όταν το άτομο αναφέρεται στο άγχος πολλές φορές το ταυτίζει με τους όρους φόβο, αγωνία, απειλή, stress. Η αλήθεια βρίσκεται στο γεγονός, ότι αυτές οι έννοιες έχουν κοινό παρονομαστή μια αγχογόνα κατάσταση. Οι τρόποι αντίδρασης σε αυτό μπορεί να είναι υγιείς αλλά και παθολογικοί, όπως προαναφέρθηκε στην αρχή του κεφαλαίου. Μπορεί να είναι ελαφρό, μέτριο, έντονο και να οδηγήσει ακόμη και στον πανικό. Ανάλογα με την ένταση αλλά και την προσωπικότητα του ατόμου μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από ψυχοσωματικές και σωματοψυχικές διαταραχές. Αναφορικά με την προσωπικότητα (τύπου A, B, C), αυτή είναι ένας από τους βασικότερους

παράγοντες, που επηρεάζουν τον τρόπο αντίληψης μιας κατάστασης ως αγχώδης, ενώ το φύλο δεν φαίνεται να έχει καθοριστικό ρόλο.

Ζώντας σε μια εποχή, που οι εξελίξεις κινούνται ραγδαία, οι απαιτήσεις αυξάνονται επίσης ανάλογα. Προκειμένου, ο σύγχρονος άνθρωπος να αντεπεξέλθει και να προσαρμοστεί αναγκάζεται να εργαστεί πάρα πολλές ώρες. Η πίεση στην εργασία, ο υψηλός φόρτος εργασίας, η λανθασμένη ως επακόλουθο διαχείριση του χρόνου, ο παραμερισμός της προσωπικής ζωής τον οδηγεί στην εμφάνιση του εργασιακού άγχους, το οποίο απασχολεί το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού. Τα συμπτώματα, τα αίτια, οι επιπτώσεις του άγχους έχουν αρκετά κοινά σημεία με το εργασιακό άγχος αλλά και αρκετές διαφορές. Στο κεφάλαιο, που ακολουθεί, γίνεται αυτή η διαφοροποίηση και διαφαίνεται η σημαντικότητα ή η υψηλή θέση που έχει καταλάβει στη ζωή του ανθρώπου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

2.1 Ορισμός εργασιακού άγχους.

Το άγχος αναγνωρίζεται πλέον ως ένα από τα κυριότερα και σοβαρότερα «προβλήματα υγείας» που σχετίζονται με την εργασία κι αυτό γιατί συνδέεται με διάφορους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους. Η πίεση στην εργασία και το στρες που δημιουργείται ως άμεση συνέπεια αυτής, αποτελούν στοιχεία της καθημερινότητάς μας. Ιδιαίτερα στον εργασιακό χώρο το φαινόμενο αυτό είναι συχνό, καθώς η απασχόληση αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία στη ζωή μας, παραμερίζοντας κατά μεγάλο μέρος την προσωπική ζωή.

Η νέα πραγματικότητα που δημιουργήθηκε από την βιομηχανοποίηση, την ταχύτατη ανάπτυξη της τεχνολογίας και την παγκοσμιοποίηση, επιτάσσει έντονους ρυθμούς στο χώρο της εργασίας και υψηλές απαιτήσεις, στα οποία το εργατικό δυναμικό καλείται να ανταποκριθεί με επιτυχία. Έτσι λοιπόν οι εργαζόμενοι μη έχοντας σε αρκετές περιπτώσεις τα κατάλληλα εφόδια τόσο σε επίπεδο γνώσεων (κατάρτισης και εξειδίκευσης) όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο έρχονται αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες, τις οποίες πρέπει να τις ξεπεράσουν, προκειμένου να επιβιώσουν και να παραμείνουν στην επαγγελματική τους θέση και ρόλο. Με λίγα λόγια το στρες πηγάζει από τη σχέση κι αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος. Και συγκεκριμένα το εργασιακό άγχος είναι η κατάσταση κατά την οποία δεν υπάρχει ή το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός ή του ατόμου και στις δυνατότητες του ατόμου. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην έννοια της αντίληψης καθώς η πίεση θα λέγαμε ότι έχει ένα υποκειμενικό χαρακτήρα. Συγκεκριμένα οι ίδιες συνθήκες που για μερικούς ανθρώπους μπορούν να αποτελέσουν πηγές στρες, για κάποιους άλλους δεν έχουν την ίδια επίδραση. Κι αυτό γιατί παίζει μεγάλο ρόλο η σημασία που δίνει το άτομο σε ένα γεγονός ή σε μία κατάσταση, καθώς και το μέγεθος των ικανοτήτων που διαθέτει για την αντιμετώπισή του αγχογόνου παράγοντα. Έτσι λοιπόν είναι δυνατόν τα άτομα να αντιδρούν διαφορετικά σε παρόμοια φύσης καταστάσεις, ενώ το ίδιο άτομο μπορεί να αντιδράσει διαφορετικά σε παρόμοια φύσης καταστάσεις σε διαφορετικές περιόδους της

ζωής του. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η πίεση και το άγχος, όπως αναφέραμε και στο 1^ο κεφάλαιο, μπορούν να θεωρηθούν και ως θετικά όταν υπάρχουν σε τέτοιο βαθμό ώστε να κινητοποιούν το άτομο να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Αντιθέτως η παρατεταμένη έκθεσή του ατόμου στο άγχος μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα του στην εργασία του και να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του και στην οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Ωστόσο, όλες οι εκδηλώσεις άγχους στην εργασία, δεν μπορούν να θεωρηθούν ως εργασιακό άγχος. Το εργασιακό άγχος μπορεί να προέρχεται από διάφορους και διαφορετικούς παράγοντες τους οποίους θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

Το άγχος μπορεί ενδεχομένως να επηρεάσει οποιοδήποτε εργασιακό χώρο ανεξάρτητα από το μέγεθός του και τον τομέα δραστηριότητάς του και οποιοδήποτε εργαζόμενο ανεξάρτητα από τη μορφή συμβολαίου ή τη σχέση εργασίας. Το άγχος δεν αφορά μόνο τους εργαζόμενους αλλά και τους εργοδότες, καθώς η λειτουργία και η πορεία της επιχείρησής, της εταιρείας ή της οργάνωσής τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπλοκή και την απόδοση των εργαζομένων.

«Από τη φύση τους μερικά επαγγέλματα είναι περισσότερο αγχογόνα από άλλα. Ιδιαίτερα αγχογόνα είναι τα επαγγέλματα εκείνα που συνεπάγονται σχέσεις με ανθρώπους, απαιτούν ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων, ή οι αποφάσεις που λαμβάνονται είναι δυνατόν να έχουν σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες. Σύμφωνα με τους Cooper & Eaker (1988) παραδείγματα τέτοιων επαγγελμάτων αναφέρονται ενδεικτικά παρακάτω:

1. Επαγγέλματα ένστολα: αστυνομικοί, κυβερνήτες αεροσκαφών, φύλακες σε σωφρονιστικά ιδρύματα.
2. Καλλιτεχνικά επαγγέλματα: δημοσιογράφοι, ηθοποιοί, παρουσιαστές ραδιοφώνου και τηλεόρασης, κινηματογραφιστές.
3. Επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου: διαφημιστές, διευθυντές προσωπικού.
4. Επαγγέλματα παραγωγής και κατασκευών: ανθρακωρύχοι, κτίστες.
5. Επαγγέλματα υγείας: οδοντίατροι, γιατροί (ιδιαίτερα χειρουργοί), νοσοκόμες.

6. Επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών: δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί.» (Καντάς, 1995: 103).

Η υγιής εργασία είναι εκείνη κατά την οποία η πίεση υπάρχει σε τέτοιο βαθμό που να παρακινεί τους εργαζόμενους να αξιοποιούν τις ικανότητες τους. Δηλαδή οι απαιτήσεις θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις δυνατότητες των εργαζομένων. Επίσης η πίεση σχετίζεται με το βαθμό ελέγχου που έχουν οι εργαζόμενοι πάνω στη δουλειά τους καθώς και με την υποστήριξη που λαμβάνουν από τα άτομα που εργάζονται στον ίδιο χώρο όπως διευθυντές, προϊστάμενους και συναδέλφους. Σύμφωνα με το World Health Organization (1986), «ως υγεία δεν θεωρείται ότι είναι μόνο η απουσία της αρρώστιας ή της αδυναμίας αλλά η θετική κατάσταση μιας πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Έτσι το υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό στο οποίο δεν υπάρχει απλά και μόνο η απουσία επιβλαβών συνθηκών αλλά η προώθηση άφθονων υγιών συνθηκών» (Leka και συν., 2003: 4).

Είναι πολύ σημαντικό να γίνονται συνεχείς αξιολογήσεις των κινδύνων για την υγεία και να παρέχεται κατάλληλη πληροφόρηση και κατάρτιση όσον αφορά τα ζητήματα υγείας. Επιπλέον να δίδονται οδηγίες και πρακτικές υποστήριξης στις διάφορες οργανώσεις και δομές.

2.2 Οι πηγές του εργασιακού άγχους

Ένα πολύ σημαντικό πρώτο βήμα, τόσο για το κάθε άτομο ξεχωριστά, όσο και για τον κάθε οργανισμό είναι ο εντοπισμός και η αναγνώριση των τομέων και των στοιχείων εκείνων, που φαίνεται ότι προκαλούν στρες στο εργασιακό περιβάλλον. Ωστόσο, δεδομένης της πολυπλοκότητας του φαινομένου του άγχους όταν αναφερόμαστε στις πηγές άγχους δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτοι και κατηγορηματικοί και δεν πρέπει να αγνοούμε την προσωπική αντίληψη του κάθε ατόμου, σχετικά με το ποιους παράγοντες θεωρεί ως στρεσογόνους και ποιους όχι. Έτσι λοιπόν σ' αυτή την ενότητα θα αναφερθούμε σε πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες στο εργασιακό

περιβάλλον, τους οποίους για ευνόητους λόγους θα κατατάξουμε σε κατηγορίες και που θεωρούμε ότι επιδρούν αρνητικά στα περισσότερα άτομα.

Γεγονός είναι ότι το κάθε άτομο έχει κάποιες προσδοκίες όσον αφορά την εργασία του. Όταν λοιπόν οι προσδοκίες αυτές έρχονται σε σύγκρουση με τις πραγματικές συνθήκες εργασίας, τότε δημιουργείται ντιστρές στο άτομο. Το κατά πόσο τελικά θα καταφέρει να αντιμετωπίσει το ντιστρές εξαρτάται από την προσωπικότητά του, τα βιώματά του και από άλλες εξωτερικές συνθήκες.

«Σύμφωνα με το μοντέλο για το άγχος στην εργασία που προτείνει ο Cooper, οι πηγές άγχους κατατάσσονται σε έξι κατηγορίες: αυτές που είναι εσωγενείς στην εργασία, αυτές που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο, αυτές που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, αυτές που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου, αυτές που σχετίζονται με τη δομή και το κλίμα της οργάνωσης και τέλος αυτές που αναφέρονται στη σχέση (διασύνδεση) της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή» (Καντάς, 1995: 105-106).

Οι πηγές άγχους επενεργούν συσσωρευτικά στο άτομο με αποτέλεσμα την πιθανή εμφάνιση σε αυτό σωματικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων ή ακόμη και ψυχοσωματικών ασθενειών. Ας δούμε όμως πιο αναλυτικά τον κάθε στρεσογόνο παράγοντα ξεχωριστά.

2.2.1. Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία

➤ Κακές συνθήκες εργασίας

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο χώρος εργασίας για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων και κατ' επέκταση για την αποδοτικότητά τους. Ο χώρος που ζούμε αλλά και ο χώρος που εργαζόμαστε επηρεάζει τις σωματικές, εγκεφαλικές και ψυχικές μας λειτουργίες. Ένα καλοδιατηρημένο κτίριο, με καλή διάταξη μέσα στο χώρο και όμορφη διακόσμηση είναι στοιχεία που δημιουργούν στους εργαζόμενους ευχάριστα συναισθήματα και διάθεση για εργασία. Η διάταξη μέσα στο χώρο θα πρέπει να είναι τέτοια που να επιτρέπει την εύκολη ροή της εργασίας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο,

αποφεύγοντας παράλληλα τις άσκοπες κινήσεις λόγω έλλειψης ελεύθερου χώρου ή μεγάλων αποστάσεων.

Ωστόσο οι περισσότεροι χώροι εργασίας δεν πληρούν τα κριτήρια για την προώθηση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων. Έτσι λοιπόν οι συνθήκες σε πολλές οργανώσεις και υπηρεσίες και κυρίως στις δημόσιες είναι δυσάρεστες ή και πολλές φορές επικίνδυνες όπως έντονος και σε πολλές περιπτώσεις τεχνητός ή ανύπαρκτος φωτισμός, έντονος και διαρκής θόρυβος, τοξικές ουσίες/ακτινοβολία, ακραίες θερμοκρασίες ζεστές ή κρύες, δυσάρεστες μυρωδιές, έλλειψη εξαερισμού ή ελλιπή συστήματα εξαερισμού, υγρασία, «καταθλιπτικός» χρωματισμός του χώρου, κ.λ.π. Ιδιαίτερα «ευαίσθητο»-στρεσογόνο περιβάλλον θεωρείται αυτό του νοσοκομείου που συγκεντρώνει λίγο πολύ όλες τις προαναφερθείσες κακές συνθήκες. Όλα τα παραπάνω λοιπόν επηρεάζουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων και τους δημιουργούν ενοχλήσεις όπως πονοκεφάλους, εκνευρισμό, υπερένταση, αδυναμία συγκέντρωσης κ.α. Για μια ακόμη φορά θα τονίσουμε ότι δεν επηρεάζονται το ίδιο όλα τα άτομα κι αυτό γιατί κάποια μπορεί να έχουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στα υψηλά επίπεδα θορύβου ή στα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα θερμοκρασίας. Επίσης πολλοί εργαζόμενοι συνήθως κάνουν παράπονα για την έντονη σκόνη που υπάρχει στους χώρους εργασίας τους και γενικότερα για την έλλειψη καθαριότητας. Τέλος θα αναφέρουμε ότι πολλοί χώροι εργασίας είναι κατασκευασμένοι από επικίνδυνα υλικά όπως αμιάντο που σύμφωνα με τους επιστήμονες έχουν ιδιαίτερα βλαβερές συνέπειες για την ανθρώπινη υγεία, οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν μακροπρόθεσμα (π.χ.καρκίνος).

➤ **Βάρδιες εργασίας**

«Από τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, μερικοί οργανισμοί είχαν αρχίσει να διαιρούν την ημέρα σε δύο ή τρεις βάρδιες εργασίας, όχι κατ' επιλογή αλλά αναγκαστικά. Αποτελεί κοινωνική επιταγή ορισμένα επαγγέλματα να υπηρετούνται σε 24ωρη βάση, ιδιαίτερα εκείνα που ασκούνται σε χώρους νοσοκομείων δημόσιων και πυροσβεστικών υπηρεσιών και άλλων παρόμοιων.» (Αντωνίου, 2006: 107)

«Αρκετές έρευνες κατέδειξαν την ύπαρξη ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στις νυχτερινές βάρδιες εργασίας και στα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά υπνηλίας και κόπωσης, στα προβλήματα πέψης/όρεξης και τις διαταραχές ύπνου είτε όσον αφορά τη διάρκεια είτε την ποιότητά του»(Αντωνίου,2006:107). Κι αυτό συμβαίνει γιατί ο ανθρώπινος οργανισμός έχει το δικό του σύστημα λειτουργίας, υπάρχει δηλαδή ένας ρυθμός. Έτσι λοιπόν ο νυχτερινός ύπνος θεωρείται πολύ σημαντικός για την ξεκούραση και καλύτερη λειτουργία του εγκεφάλου, σε αντίθεση με τον ημερήσιο ύπνο που δεν είναι το ίδιο ποιοτικός. Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι όσες ώρες και να κοιμηθεί κάποιος κατά τη διάρκεια της ημέρας, ο νυχτερινός ύπνος δεν αναπληρώνεται με τίποτα.

Σύμφωνα λοιπόν με τους Monk & Folkard (1983), «όσοι δουλεύουν σε βάρδιες αντιμετωπίζουν τόσο βιολογικά όσο και συναισθηματικά προβλήματα εξαιτίας της διαταραχής των βιολογικών τους ρυθμών, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής του κύκλου ύπνου / αφύπνισης, της παραμέτρου της θερμοκρασίας και του ρυθμού έκκρισης αδρεναλίνης. Οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η συνεργασία με όσους δουλεύουν σε βάρδιες εξαρτάται από τον επιτυχή χειρισμό τριών αλληλοσυσχετιζόμενων παραγόντων: ύπνος, κοινωνική και οικογενειακή ζωή και κερκαδιανοί ρυθμοί» (Αντωνίου, 2006:111).

Η αλλαγή λοιπόν των βιορυθμών επηρεάζει τη συγκέντρωση και την αποδοτικότητα του εργαζόμενου κάνοντάς τον πιο επιρρεπή στα ατυχήματα. Οι αλλαγές στη βάρδια έχουν επιπτώσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες αλλά πέρα απ' αυτές έχουν και κοινωνικές επιπτώσεις, καθώς διαταράσσεται η οικογενειακή και κοινωνική ζωή των ατόμων. Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι περισσότερο επιβλαβής έχει αποδειχτεί η νυχτερινή βάρδια, ενώ παίζει μεγάλο ρόλο στην προσαρμοστικότητα των εργαζομένων οι βάρδιες να είναι σταθερές.

➤ **Φόρτος εργασίας**

Ο φόρτος εργασίας θα λέγαμε παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη στρες, καθώς αναγκάζει τον εργαζόμενο να ανταποκριθεί επιτυχώς στα καθήκοντά του μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό όριο και μάλιστα θεωρείται υπεύθυνος για την εμφάνιση διαφόρων συμπτωμάτων ντιστρές και

παθήσεων. Ουσιαστικά δηλαδή το άτομο είναι υποχρεωμένο να φέρει εις πέρας πολλές και διαφορετικές μεταξύ τους δουλειές που εκκρεμούν, μέσα στο χρονικό πλαίσιο που έχει τεθεί. Έτσι λοιπόν ο εργαζόμενος αισθάνεται να «πνίγεται», ότι χάνει τον έλεγχο, αισθάνεται εκνευρισμό, βρίσκεται σε συνεχή υπερένταση, αγωνία, και φυσικά έντονο στρες για τον αν θα τα καταφέρει. «Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν είναι μόνο ο φόρτος εργασίας που παίζει ρόλο στην ψυχική και σωματική υγεία, αλλά και το αντίθετο, ο υπο-φόρτος εργασίας, όταν ακολουθείται από ακανόνιστες περιόδους έντασης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με τους κυβερνήτες αεροπλάνων, που μετά από απέραντες ώρες ανίας (π.χ. υπερατλαντική πτήση) καλούνται ξαφνικά να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερα αγχογόνες καταστάσεις» (Καντάς, 1995: 106)

2.2.2 Ο εργασιακός ρόλος

Ο ρόλος είναι ένα σύνολο από οργανωμένες ενέργειες, πράξεις και στάσεις του ατόμου και που αυτές αντιστοιχούν σε μια καθορισμένη θέση που το άτομο έχει στο δεδομένο εργασιακό περιβάλλον και κατ' επέκταση στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η θέση είναι ένα σύνολο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Το άτομο που υλοποιεί αυτά τα δικαιώματα και τα καθήκοντα εκτελεί ένα ρόλο. Ωστόσο η άσκηση ενός επαγγελματικού ρόλου είναι δυνατόν να συνοδεύει ορισμένες δυσκολίες όπως τον να μην είναι ξεκάθαρα τα καθήκοντα ή οι αρμοδιότητες του εργαζομένου ή όταν υπάρχουν διαφορετικές απαιτήσεις και προσδοκίες από ή για τον εργαζόμενο που έρχονται σε σύγκρουση. Πιο αναλυτικά, είναι γεγονός ότι πολλές φορές όταν ένα άτομο προσλαμβάνεται σε μία θέση εργασίας του γίνεται μερική πληροφόρηση σχετικά με το ρόλο του και τα καθήκοντά του. Αποτέλεσμα της μη επαρκούς πληροφόρησης είναι το άτομο είτε να μην υλοποιεί κάποιες δράσεις διότι δεν γνωρίζει ότι εμπίπτουν στο φάσμα των δικών του αρμοδιοτήτων, είτε στην προθυμία και προσπάθειά του να προσφέρει τις υπηρεσίες του ,να κατηγορηθεί ότι ξεπέρασε τα επαγγελματικά του όρια ή όπως κοινώς λέμε ότι "μπήκε σε χωράφια άλλων". Ασάφεια ρόλου μπορεί να υπάρξει κι όταν ο ίδιος ο εργαζόμενος δεν αντιληφθεί ή δεν κατανοήσει τους στόχους της οργάνωσης και τις συγκεκριμένες απαιτήσεις των ανώτερών του.

«Σύμφωνα με τους Ivancevich & Matteson (1980), σύγκρουση ρόλων έχουμε όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι πρέπει να ικανοποιήσει διαφορετικών ειδών απαιτήσεις και προσδοκίες ή όταν η συμμόρφωση με ορισμένες απαιτήσεις του ρόλου κάνει δύσκολη ή αδύνατη τη συμμόρφωση με κάποιες άλλες πλευρές του ρόλου. Μία τέτοια κατάσταση μπορεί να προέρχεται από δύο διαφορετικούς ρόλους που ασκεί το ίδιο το άτομο (π.χ. εργαζόμενος και συνδικαλιστής, ή προϊστάμενος και υφιστάμενος, ταυτόχρονα, οπότε υπάρχουν διαφορετικές προσδοκίες απ' αυτόν από διαφορετικές ομάδες στον ίδιο χώρο εργασίας» (Καντάς, 1995: 109).

Οι Ross & Atmaier (1994) διέκριναν τις εξής καταστάσεις σύγκρουσης ρόλων: (α) όταν δύο διαφορετικά πρόσωπα έχουν διαφορετικές απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργαζόμενο, (β) όταν το ίδιο άτομο έχει αντιφατικές απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργαζόμενο, (γ) όταν οι απαιτήσεις του ρόλου ενός ατόμου βρίσκονται σε σύγκρουση με τις προσωπικές του αξίες, (δ) όταν το άτομο αντιμετωπίζει διαφορετικές απαιτήσεις από το χώρο εργασίας και από το οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον του έξω από το χώρο εργασίας» (Καντάς, 1995: 109).

Καταστάσεις σύγκρουσης ρόλων βιώνουν καθημερινά οι σημερινές γυναίκες καθώς διαθέτουν πολλαπλούς ρόλους με υψηλές απαιτήσεις. Έτσι λοιπόν μία γυναίκα μπορεί να είναι εργαζόμενη, σύζυγος, νοικοκυρά, μητέρα κ.λ.π. προσπαθώντας με κάθε δυνατό τρόπο να ανταποκριθεί εξίσου σε όλους αυτούς τους ρόλους. Όλες αυτές οι ευθύνες που πηγάζουν απ' τους πολλαπλούς ρόλους δημιουργούν μεγάλη πίεση και στρες στις γυναίκες επιβαρύνοντας την σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση.

«Σύμφωνα με τους Cooper & Smith (1985) όσοι κατέχουν υπαλληλικές θέσεις γραφείου είναι περισσότερο επιρρεπείς να βιώσουν στρες εξαιτίας της σύγκρουσης ρόλων».(Αντωνίου, 2006: 122)

Μία άλλη σημαντική πηγή στρες είναι η αμφισβήτηση του ρόλου. Κάθε άτομο που εργάζεται με ζήλο περιμένει τη θετική ανταπόκριση και την αναγνώριση από τους άλλους. Όταν όμως δεν υπάρχει αναγνώριση από τους άλλους αλλά αντίθετα υπάρχει αμφισβήτηση, τότε το άτομο στρεσάρεται, απογοητεύεται και βρίσκεται σε μία συνεχή αγωνία και υπερένταση, γεγονός που μπορεί να το κάνει να χάσει την αυτοπεποίθησή του και να "παραιτηθεί" από τις προσπάθειες του. «Σύμφωνα με τους Jimmieson & Terry (1993), η

αμφισβήτηση ρόλου επιδρά δυσμενώς στην ψυχική ευεξία του ατόμου, ειδικά όταν χαρακτηρίζεται από μειωμένο αυτοέλεγχο. Αξίζει να σημειωθεί η μελέτη του Margolis και συν. (1974) με αντιπροσωπευτικό δείγμα 1496 συμμετεχόντων σε εθνική κλίμακα. Οι ερευνητές εντόπισαν ορισμένες σημαντικές σχέσεις μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συγκεκριμένων συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου όπως:

α) κατάθλιψη,

β) επαγγελματικής δυσαρέσκειας,

γ) δυσαρέσκειας από τη ζωή,

δ) μειωμένων εργασιακών κινήτρων,

ε) μειωμένων επιπέδων αυτοεκτίμησης και

στ) πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία» (Αντωνίου, 2006: 124)

Τέλος οι Ivancevich & Matteson (1980) επισημαίνουν ότι για πολλούς ανθρώπους οι ευθύνες λειτουργούν ως στρεσογόνος παράγοντας κι αυτό προκύπτει από τη συγκεκριμένη φύση των ευθυνών, κυρίως επειδή συνδέονται με την ανάγκη λήψης δυσάρεστων διαπροσωπικών αποφάσεων. Άλλη αιτία είναι ότι τα άτομα σε υπεύθυνες θέσεις υφίστανται υπερβολικό φόρτο εργασίας και ενδεχομένως σύγκρουση και αμφισβήτηση ρόλου» (Αντωνίου, 2006:126).

2.2.3. Οι εργασιακές σχέσεις

Ο άνθρωπος μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά στο εργασιακό του περιβάλλον μόνο όταν του δίνεται η ευκαιρία να ενεργεί ελεύθερα, όταν νοιώθει ότι οι άλλοι τον υπολογίζουν και τον αναγνωρίζουν και γενικότερα θα λέγαμε όταν αισθάνεται ασφάλεια μέσα στον εργασιακό χώρο. Οι σχέσεις που δημιουργούνται μέσα σε μία οργάνωση αποτελούν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη παραγωγικών δραστηριοτήτων. Αρμονικές σχέσεις πρέπει να αναπτύσσονται ανάμεσα σε όλα τα μέλη μιας οργάνωσης ανεξαρτήτως θέσεως. Έτσι λοιπόν πρέπει να δημιουργηθεί η πεποίθηση στους εργαζόμενους ότι οι θετικές αλληλεπιδράσεις και το κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας αποβαίνουν προς κοινό όφελος ηθικό και υλικό. Ωστόσο «το κατά πόσο καλές θα είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας,

εξαρτάται και από τη νοοτροπία των εργαζομένων, μια και υπάρχουν άτομα περισσότερο ανταγωνιστικά κι άλλα λιγότερο.

Στο χώρο εργασίας μπορούμε να διακρίνουμε τρεις τύπους διαπροσωπικών σχέσεων: σχέσεις με προϊσταμένους, σχέσεις με συναδέλφους και σχέσεις με υφισταμένους.

Η ηγεσία μιας οργάνωσης παίζει το σημαντικότερο ρόλο για την εύρυθμη λειτουργία των εργαζομένων της. Ο τρόπος διοίκησης των προϊσταμένων προς το προσωπικό είναι μία βασική πηγή στρες όταν αυτή δεν είναι η επιθυμητή. Έτσι λοιπόν όταν ένας προϊστάμενος είναι αυταρχικός και φέρεται μ' ένα τρόπο εξουσιαστικό και αδιάλλακτο απέναντι στους εργαζομένους του, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία έντασης, πίεσης και στρες στο προσωπικό. Αντίθετα ένας προϊστάμενος που παρέχει υποστήριξη και ενθάρρυνση τονίζοντας τα θετικά στοιχεία των εργαζομένων του, που κάνει θετική κριτική για την απόδοσή τους, που σέβεται τα δικαιώματά τους, που εμπλέκει το προσωπικό μέσω γόνιμου διαλόγου στη λήψη σημαντικών αποφάσεων και που δίνει ευκαιρίες εξέλιξης συμβάλλει στην σωματική και κυρίως ψυχική ευεξία των εργαζομένων.

Ωστόσο στις σχέσεις μεταξύ εργαζόμενου και προϊστάμενου, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και το στρες που ενδεχομένως βιώνει ο προϊστάμενος που είναι υπεύθυνος για άτομα. Στην περίπτωση που κάποιος προϊστάμενος είναι υπεύθυνος για υλικά πράγματα συνήθως δεν δίνει και πολύ σημασία στις εργασιακές σχέσεις. Αυτό που τον ενδιαφέρει περισσότερο είναι η επίδοση των εργαζομένων. «Σύμφωνα με τους Cooper & Marshall (1978), τα επίπεδα του «διευθυντικού» στρες είναι υψηλότερα για τους επιστήμονες που προήχθησαν σε ανώτατες θέσεις επί τη βάσει της εξέχουσας εργασιακής τους απόδοσης, χωρίς όμως να έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση για ανώτατα στελέχη εξαιτίας των πλημμυρών εργασιακών σχέσεων. Επίσης υποστηρίζουν ότι το βασικό χαρακτηριστικό των σύγχρονων διευθυντών πρέπει να είναι η ικανότητα να παραχωρούν αρμοδιότητες σε άλλους και να διοικούν συμμετοχικά. Οι Gowler & Legge (1975) επισήμαναν ορισμένους ειδοποιούς παράγοντες που καθιστούν τη συμμετοχική διοίκηση ως ένα ιδιαίτερο ψυχοπιεστικό παράγοντα για το διευθυντή, δηλαδή:

1. Λανθασμένη αντιστοιχία τυπικών και πραγματικών δυνατοτήτων.

2. Απέχθεια για τη διάβρωση του επίσημου ρόλου και της εξουσίας (και απώλεια της κοινωνικής θέσης και των απολαβών).
3. Ασυμβίβαστες πιέσεις, όπως απαιτήσεις τόσο για επίδειξη συμμετοχικού πνεύματος, όσο και απόδοσης υψηλών προδιαγραφών.
4. Άρνηση των υφιστάμενων να συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων» (Αντωνίου, 2006: 131).

«Στρες στον εργαζόμενο μπορεί να προκύψει κι όταν ο διευθυντής του αρνείται συστηματικά την αναγνώριση που πιστεύει ότι αξίζει. Αυτό δημιουργεί το αίσθημα της υποτίμησης, καταστρέφει την ικανοποίηση από την εργασία και μειώνει τα κίνητρα για την βελτίωση της απόδοσης και προώθησης νέων εξελίξεων» (Fontana, 1993: 67).

Η επίδραση που έχουν οι συναδέλφοι στην ψυχολογία του κάθε ατόμου είναι καθοριστικής σημασίας. Ειδικότερα η υποστήριξη από τους συναδέλφους όμοιας βαθμίδας, κάνει το άτομο να αισθάνεται άνετα, ευχάριστα και γεμάτο αυτοπεποίθηση. «Η κλασική μελέτη των French & Carlan (1973) επιβεβαίωσε τον ευεργετικό ρόλο των ισορροπημένων σχέσεων με τους συναδέλφους, καθώς διαπίστωσαν ότι κοινωνική υποστήριξη από αυτούς μπορεί να λειτουργήσει διαμεσολαβητικά όσον αφορά τις επιδράσεις του εργασιακού στρες, όπως για παράδειγμα στα επίπεδα γλυκόζης και κορτιζόνης, όπως επίσης και αρτηριακής πίεσης» (Αντωνίου, 2006: 134).

Βασικοί στρεσογόνοι παράγοντες είναι η ύπαρξη ανταγωνισμού και η έλλειψη συναδελφικής ομάδας που χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη, αλληλοβοήθεια, καλή επικοινωνία και συνεργασία.

Τα άτομα που είναι ανταγωνιστικά, δεν καλλιεργούν σχέσεις αλληλεγγύης και αλληλοσυμπάρστασης σε τυχόν προβλήματα. Όταν η ανταγωνιστικότητα επικρατεί στις ανθρώπινες σχέσεις μαζί της επικρατεί η επιφυλακτικότητα και δεν υπάρχει η εκφόρτιση των προσωπικών προβλημάτων (Σταθάτου, 1989).

Παρόλο που η ομάδα των συναδέλφων μπορεί να αποτελέσει το στήριγμα στον κάθε εργαζόμενο ικανοποιώντας τις εσωτερικές ψυχολογικές και κοινωνικές του ανάγκες, μπορεί επίσης να προκαλέσει μεγάλη πίεση στον εργαζόμενο όταν τον υποχρεώνει να υλοποιήσει κάποιες δράσεις σε καθορισμένο χρονικό πλαίσιο ή τον αναγκάζει να συμμορφωθεί σε

ορισμένους κανόνες. Άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το κάθε άτομο έχει τη δική του ξεχωριστή προσωπικότητα, διαφορετικές ανάγκες, διαφορετικά κίνητρα, ενδεχομένως και διαφορετικές προσδοκίες. «Χαρακτηριστική είναι η επισήμανση του πρωτοπόρου του στρες, Hans Selye, ότι η υποχρέωση να συνυπάρξει κανείς με άλλους ανθρώπους συνιστά ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα της ζωής» (Αντωνίου, 2006: 127).

Τέλος ιδιαίτερες δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενες γυναίκες τόσο με τους υφισταμένους τους εάν κατέχουν κάποια ανώτατη θέση, όσο και με τους ανωτέρους τους ή τους συναδέλφους τους. Παρότι οι γυναίκες έχουν αποδείξει εδώ και πολλά χρόνια την αξία τους και τις ικανότητές τους στον τομέα της απασχόλησης υπάρχει ακόμη και σήμερα κοινωνικός ρατσισμός από ένα ποσοστό ανθρώπων. Άλλοτε πάλι οι γυναίκες πέφτουν θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης στον εργασιακό τους χώρο, γεγονός που αυξάνει σε μεγάλο βαθμό το άγχος τους.

2.2.4. Η επαγγελματική ανάπτυξη ως στρεσογόνος παράγοντας

Η επαγγελματική ανάπτυξη είναι ένα ζήτημα που μπορεί για πολλά άτομα να αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα. Ο φόβος της απόλυσης ή η αγωνία για ενδεχόμενη προαγωγή δημιουργούν άγχος και ανησυχία στους εργαζόμενους. Το άγχος αυτό όμως διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία και τα χρόνια απασχόλησης. Συγκεκριμένα ένας νέος σε ηλικία άνθρωπος που προσλαμβάνεται σε μία δουλειά έχει κάποιες προσδοκίες μεταξύ των οποίων είναι και η επαγγελματική ανάπτυξη. Όταν όμως οι προσδοκίες του αυτές έρχονται σε σύγκρουση με τους στόχους και τις απαιτήσεις της οργάνωσης όπως έχουμε προαναφέρει επηρεάζεται η συναισθηματική και ψυχική του κατάσταση. Όπως επίσης όταν το άτομο αυτό δέχεται ανταγωνιστική ή επιθετική συμπεριφορά από τους άλλους αμφισβητώντας ταυτόχρονα το ρόλο του και τις ικανότητές του, το αποτέλεσμα είναι το άτομο αυτό να αισθάνεται απόρριψη, να μειώνεται η αυτοπεποίθησή του, να μην έχει διάθεση να πάει στη δουλειά του κάνοντας έτσι πολλές απουσίες κ.λπ.

Στην περίπτωση ενός μεσήλικα ανθρώπου με χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας το άγχος του μπορεί να αφορά το αίσθημα ανασφάλειας σχετικά με

τις εξελίξεις στο γνωστικό πεδίο. Ο ίδιος με λίγα λόγια αισθάνεται ότι οι γνώσεις που κατέχει δεν επαρκούν ώστε να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις που επιτάσσει η κοινωνία μας. Οι περιορισμένες ευκαιρίες εξέλιξης σε συνδυασμό με την επαγγελματική κόπωση οδηγούν τα άτομα αυτά πολλές φορές στην απομόνωση και αισθάνονται την εργασία τους μονότονη, χωρίς ενδιαφέρον. Άλλη αιτία στρες για τα άτομα αυτής της ηλικίας είναι η δυσκολία να συνδυάσουν την επαγγελματική με την προσωπική τους ζωή, καθώς οι αντοχές τους και τα ψυχικά τους αποθέματα έχουν εξαντληθεί. Επίσης στρες στους εργαζόμενους είναι δυνατόν να δημιουργήσει η πρόωρη σύναξη.

2.2.5 Δομή και οργάνωση του εργασιακού χώρου

Το άτομο έρχεται στην οργάνωση που αποτελεί το χώρο εργασίας του με έναν αριθμό εσωτερικών αναγκών. Αν λοιπόν η οργάνωση δημιουργήσει ένα κλίμα για το άτομο που θα του επιτρέψει την ικανοποίηση των αναγκών του, το άτομο θα εργαστεί και θα αποδώσει. Αν όμως το ευρύτερο σύστημα δεν δώσει τις ευκαιρίες αυτές για την ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου, το άτομο αυτό θα προτάξει τις δικές του ανάγκες κι όχι τους στόχους της οργάνωσης.

«Υπερβολικές και σε πολλές περιπτώσεις ανεξέλεγκτες απαιτήσεις και πιέσεις μπορούν να προκληθούν από κακό σχεδιασμό της εργασίας, κακή διαχείριση και ανικανοποίητες εργασιακές συνθήκες. Εξαιτίας λοιπόν αυτών των συνθηκών είναι δυνατόν οι εργαζόμενοι να μην λαμβάνουν την ικανοποιητική υποστήριξη από τους άλλους ή να μην έχουν αρκετό έλεγχο της εργασίας τους και των πιέσεών της» (Leka και συν., 2003).

Όσο περισσότερο οι απαιτήσεις και οι πιέσεις της εργασίας ταιριάζουν με τις γνώσεις και τις δεξιότητες των εργαζομένων και όση περισσότερη υποστήριξη λαμβάνουν οι εργαζόμενοι από τους άλλους στη δουλειά ή σε σχέση με τη δουλειά, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα να βιώσουν εργασιακό στρες. Επίσης όσο περισσότερο έλεγχο έχουν οι εργαζόμενοι πάνω στη δουλειά τους και στον τρόπο που την εκτελούν και όσο περισσότερο συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη δουλειά τους, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες να αισθανθούν άγχος.

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι οι περισσότερες αιτίες του εργασιακού άγχους αφορούν τον τρόπο με τον οποίο είναι σχεδιασμένη η εργασία και τον τρόπο με τον οποίο οι οργανώσεις διοικούνται. Επειδή αυτές οι πτυχές της εργασίας έχουν τη δυνατότητα για την πρόκληση της βλάβης, καλούνται κίνδυνοι σχετιζόμενοι με το στρες ή (αλλιώς)πιο απλά στρεσογόνοι παράγοντες. Ας μην ξεχνάμε ότι το να είναι οι εργαζόμενοι υγιείς και ικανοποιημένοι από την εργασία τους και από τις συνθήκες, ωφελεί και την ίδια την οργάνωση. Το όφελος δηλαδή της οργάνωσης έγκειται στην μεγαλύτερη αφοσίωση του προσωπικού στην εργασία και στην καλύτερη απόδοσή του.

2.2.6. Σχέση οικογενειακής και εργασιακής ζωής

Η σωματική και ψυχική ευεξία των ατόμων δεν επηρεάζεται μόνο από το εργασιακό του περιβάλλον αλλά και από τις προσωπικές τους στάσεις και από τα οικογενειακά προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν. Η οικογενειακή ζωή θα λέγαμε ότι είναι αμφίπλευρη, από τη μία αποτελεί το βασικότερο στήριγμα για τον κάθε άνθρωπο (όταν υπάρχουν υγιείς σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της) και από την άλλη μπορεί να αποτελέσει τη σημαντικότερη πηγή άγχους. Οι απαιτήσεις της οικογένειας και οι απαιτήσεις της εργασίας πολλές φορές όχι μόνο απλά δεν συμβαδίζουν αλλά έρχονται σε σύγκρουση καθιστώντας το άτομο ανάκανο να βρει τις ισορροπίες. Το γεγονός αυτό προκαλεί μεγάλο άγχος ιδιαίτερα στις γυναίκες που εργάζονται και είναι και μητέρες. Αυτές οι γυναίκες συνήθως προσπαθούν να εξελιχθούν επαγγελματικά αλλά προσπαθούν ταυτόχρονα να ανταποκριθούν και στα οικογενειακά τους καθήκοντα.

Σύγκρουση ρόλων λοιπόν μπορεί να υπάρξει όταν δεν μπαίνουν όρια με αποτέλεσμα τα προβλήματα της δουλειάς να μεταφέρονται στο σπίτι, όταν σε μία οικογένεια εργάζονται και οι δύο σύζυγοι, όταν ο ένας από τους δύο συζύγους χρειάζεται να κάνει τακτικά επαγγελματικά ταξίδια ή όταν ο ένας εκ των δύο υποχρεώνεται να μετακομίσει για επαγγελματικούς λόγους, δημιουργώντας μ' αυτό τον τρόπο διλήμματα στην υπόλοιπη οικογένεια.

«Οι Hall & Hall (1980) υποστήριξαν ότι για μια μοντέρνα «διπλής-καριέρας οικογένεια» δεν υπάρχει πλέον ο παραδοσιακός «πλήρους απασχόλησης» γονέας ή σύζυγος. Ο όρος «οικογένεια διπλής-καριέρας», εισήχθη αρχικά από τους κοινωνιολόγους Rhona & Robert Rapoport (1971), προκειμένου να αναφερθούν σε οικογένειες που και οι δύο σύζυγοι επεδίωκαν επαγγελματική σταδιοδρομία και ταυτοχρόνως αποτελούσαν μέλη μιας οικογένειας. Έχει διαπιστωθεί ότι οι παντρεμένες γυναίκες σε διευθυντικές θέσεις που είχαν μικρά παιδιά βίωναν εντονότερα τη σύγκρουση ρόλων, είχαν μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, αισθήματα ενοχής και γενικά η υγεία τους βρισκόταν σε χειρότερη κατάσταση από ό,τι των ανδρών συναδέλφων τους» (Αντωνίου, 2006: 145).

«Κατά τους Pearlin & Turner (1987), κυριότερα προβλήματα που αναφέρονται μεταξύ των δύο συζύγων και δημιουργούν άγχος που μεταφέρεται προς το χώρο της εργασίας είναι:

- α.) Έλλειψη αμοιβαιότητας, όταν δηλαδή ο ένας από τους δύο πιστεύει ότι η προσφορά του στην οικογένεια είναι μεγαλύτερη από αυτή του άλλου.
- β.) Ανισότητα στη συναισθηματική προσφορά, που πιθανόν διαβλέπει ο ένας από τους δύο.
- γ.) Έλλειψη αυτοβεβαίωσης, όταν ο ένας από τους δύο συζύγους νιώθει ότι η αυτοεικόνα που έχει δεν επιβεβαιώνεται στα μάτια άλλων μελών της οικογένειας.
- Δ.) Διάψευση των προσδοκιών όσον αφορά το ρόλο του/της συζύγου, απογοήτευση δηλαδή ως προς αυτά που περίμενε από το γάμο» (Καντάς, 1995: 112).

2.3 Συμπτώματα και συνέπειες του εργασιακού άγχους

Αν και το στρες είναι ένα θέμα που μας απασχολεί πάρα πολύ στην καθημερινότητά μας, εντούτοις δεν είναι πάντα ξεκάθαρο το πότε μπορούμε να πούμε ότι κάποιος υποφέρει από στρες. Έτσι πολλές φορές αποδίδουμε συμπτώματα και συμπεριφορές σ' άλλες αιτίες που στην πραγματικότητα οφείλονται σε καταστάσεις στρες που αντιμετωπίζει το άτομο. Το γεγονός αυτό γίνεται ακόμη πιο δύσκολο όταν το άτομο κλείνεται στον εαυτό του και

δεν εξωτερικεύει τα συναισθήματά του. Ωστόσο επιστημονικά έχουν καταγραφεί ορισμένα συμπτώματα ώστε να μπορέσουμε να εντοπίσουμε νωρίς εάν κάποιο άτομο υποφέρει από στρες.

Προτού ξεκινήσουμε να αναφέρουμε τα έκδηλα συμπτώματα του στρες θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι δεν επηρεαζόμαστε όλοι από τις ίδιες πιθανές πηγές στρες κι ότι δεν αντιδρούμε όλοι με τα ίδια συμπτώματα και την ίδια ένταση στο στρες. Οι ιδιαίτερες οργανικές ευαισθησίες που έχει ο καθένας, ο βαθμός του προβλήματος, η χρονική διάρκεια που αντιμετωπίζει κανείς ντιστρές και η γενικότερη κατάσταση της υγείας του, είναι μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα. «Το στρες έχει συνδεθεί με ποικίλα προβλήματα υγείας και εκδηλώνονται μέσω μιας μακράς σειράς σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων. Οι ειδικοί (Charlesworth & Nathan, 1984, Cooper & Quick, 1999), εκτιμούν ότι το 50% με 80% των ασθενειών γενικότερα συνδέονται κατά κάποιο τρόπο με το στρες. Συγκεκριμένα, οι ακόλουθες παθήσεις που σχετίζονται με το στρες έχουν κατηγοριοποιηθεί κατά τον τρόπο από τον Cooper (1988). Από αυτές οι δύο πρώτες είναι πλέον γενικά αποδεκτό ότι έχουν άμεση σχέση με το στρες. Όσον αφορά τις υπόλοιπες, παρόλο που μεσολαβητικοί παράγοντες όπως η διατροφή, το κάπνισμα και ο γενικότερος τρόπος ζωής παίζουν κάποιο ρόλο, το στρες ωστόσο αποτελεί έναν πρόσθετο παράγοντα επιδείνωσης:

A.) Λίστα ασθενειών και ενοχλήσεων

- Υπέρταση
- Καρδιακή προσβολή
- Ημικρανίες
- Πονοκέφαλοι έντασης
- Άσθμα
- Αλλεργίες
- Κολίτιδα
- Καρκίνος
- Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
- Δυσκοιλιότητα

- Υψηλή πίεση αίματος
- Δερματολογικές παθήσεις
- Κρίσεις πανικού
- Κατάθλιψη

Β.) Λίστα σωματικών συμπτωμάτων του στρες

- Ανορεξία
- Δυσπεψία
- Κόπωση ή λήθαργος
- Αϋπνία
- Δυσκοιλιότητα ή διάρροια
- Πονοκέφαλοι
- Ναυτία
- Αυξημένη κατανάλωση φαγητού
- Αυξημένο κάπνισμα
- Απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος

Γ) Λίστα ψυχικών συμπτωμάτων του στρες

- ❖ Ευερεθιστότητα και επιθετικότητα
- ❖ Δυσχέρεια αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων
- ❖ Αισθήματα αποτυχίας
- ❖ Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
- ❖ Αλλαγές διάθεσης
- ❖ Απώλεια αίσθησης του χιούμορ
- ❖ Δυσκολία συγκέντρωσης
- ❖ Έλλειψη αυτοεκτίμησης
- ❖ Απώλεια ενδιαφέροντος για του; Άλλου; Ανθρώπους
- ❖ Απομόνωση» (Αντωνίου,2006,σελ.43)

«Ειδικότερα, σχετικά με τις επιδράσεις του εργασιακού στρες στους υπαλλήλους, οι Jones & Dubois (1989) αναφέρουν ότι το τίμημα για τις επιχειρήσεις περιλαμβάνει μία σειρά επιβλαβών επιδράσεων τόσο για το άτομο όσο και για την επιχείρηση όπως:

- Επαγγελματική δυσαρέσκεια
- Αυξημένο αριθμό αποχωρήσεων και αδειών λόγω ασθένειας
- Μειωμένη αποδοτικότητα
- Αυξημένα σφάλματα και ατυχήματα
- Ανταγωνιστική ομαδική δράση
- Έλλειψη δημιουργικότητας
- Δαπάνες αντικατάστασης
- Πρόωρη σύνταξη
- Οργανωτική κατάρρευση» (Αντωνίου Α.,2006,σελ.43)

2.4. Τρόποι αντιμετώπισης

Το πρώτο βήμα για να αντιμετωπίσει κάποιος το άγχος είναι να κατανοήσει την ύπαρξή του και να εντοπίσει τις αιτίες του. Ωστόσο πολλές φορές τα ίδια τα άτομα δεν είναι σε θέση να το κάνουν αυτό, γι' αυτό είναι χρήσιμη η βοήθεια κάποιου ειδικού που θα υποδείξει κάποιους τρόπους μείωσής του στρες. Ιδιαίτερα όσον αφορά το εργασιακό άγχος είναι πολύ σημαντικό η ίδια η οργάνωση που απασχολεί άτομα που βιώνουν στρες, να φροντίσει να γίνουν οι κατάλληλες ενέργειες ενδυνάμωσης και υποστήριξης αυτών των ατόμων. Ωστόσο η καλύτερη αντιμετώπιση του στρες είναι η πρόληψή, η οποία μπορεί να γίνει μέσα από την εκπαίδευση και την πληροφόρηση και ειδικότερα με συμβουλευτική στρες (Αντωνίου, 2006, Σταθάτου 1989).

Η πρόληψη μπορεί να ξεκινήσει σε ατομικό επίπεδο, αλλάζοντας κάποια πράγματα στον τρόπο ζωής μας για παράδειγμα κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, το ξενύχτι, κ.λπ., τη διατροφή μας, την καθιστική ζωή κ.λπ. που επιβαρύνουν τον οργανισμό μας και συντελούν στην εμφάνιση του στρες. Επίσης σημαντικό είναι να μάθουμε τον εαυτό μας, να

φτάσουμε σ' αυτό που αποκαλούμε αυτογνωσία. Να αναγνωρίσουμε και να τονίσουμε τα θετικά στοιχεία του εαυτού μας. Σε περίπτωση που στο εργασιακό μας περιβάλλον βιώνουμε συγκρούσεις καλό είναι να αναλογιστούμε και τις δικές μας ευθύνες. Να αναγνωρίσουμε τη συμπεριφορά που έχουμε και που πιθανόν μας φέρνει σε σύγκρουση με τους άλλους. Να θέτουμε βραχυπρόθεσμους κυρίως στόχους και να τους ιεραρχούμε. Να μην φορτώνουμε τους εαυτούς μας με πάρα πολλές δραστηριότητες ταυτόχρονα διότι πολύ πιθανό να μην καταφέρουμε να ολοκληρώσουμε καμία. Θα πρέπει να βάζουμε όρια και να προσπαθούμε να τα τηρούμε. Να βρούμε το ρυθμό εργασίας που ανταποκρίνεται στις δυνατότητές μας και να προσπαθήσουμε να τον καλλιεργήσουμε. Σημαντικό είναι επίσης το να μάθουμε να μην μεταφέρουμε τα προβλήματα της εργασίας μας στο σπίτι. Τέλος πολύ ωφέλιμο είναι να διαθέτουμε ένα ορισμένο χρόνο για τον εαυτό μας αξιοποιώντας τον με ευχάριστες και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Όλα αυτά που αναφέραμε είναι κάποιες ενδεικτικές στάσεις και συμπεριφορές που ο καθένας μπορεί να υιοθετήσει χωρίς απαραίτητα τη βοήθεια κάποιου ειδικού. Σε περίπτωση όμως που κάποιος χρειαστεί τη βοήθεια του ειδικού υπάρχουν ορισμένες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του ντιστρές. Αυτές είναι οι εξής:

«1. Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση

.Στόχος της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης είναι να μάθει το άτομο να περιορίζει τη μυϊκή του ένταση σε βαθμό κατώτερο από ό,τι συνήθως και να αναπτύξει τη μυϊκή χαλάρωση. Επιπλέον σκοπός των ασκήσεων της τεχνικής αυτής είναι να συνηθίσει το άτομο να βρίσκεται σε χαλάρωση. Οι ασκήσεις μυϊκής χαλάρωσης προσφέρονται ιδιαίτερα για όσους σωματοποιούν το ντιστρές τους και το εκφράζουν με σωματικές ενοχλήσεις, καθώς και σε όσους έχουν συνηθίσει να βρίσκονται σε κατάσταση μυϊκής έντασης.

2. Βιοανάδραση

Με τη βιοανάδραση παίρνουμε άμεση πληροφόρηση σχετικά με τις φυσιολογικές μας αντιδράσεις και έτσι είμαστε σε θέση να τις ελέγξουμε. Η πληροφόρηση αυτή έρχεται σε μορφή οπτική ή ακουστική και είναι

ανάλογη με το μέγεθος της δεδομένης φυσιολογικής αντίδρασης. Πρόκειται για μία συσκευή, η οποία μεταφράζει το μήνυμα από τους μετωπικούς μυς όπου έχουν τοποθετηθεί ηλεκτρόδια σε κατανοητά σημεία. Η βιοανάδραση συνήθως προϋποθέτει ότι το άτομο έχει ήδη την εμπειρία των ασκήσεων χαλάρωσης και εφαρμόζεται όταν πια το άτομο είναι χαλαρωμένο. Μετά από πρακτική εξάσκηση το άτομο μαθαίνει να χαλαρώνει μόνο του χωρίς τη βοήθεια της συσκευής και να ελέγχει αυτό το βαθμό χαλάρωσης. Η βιοανάδραση έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα χρήσιμη σε άτομα που υποφέρουν από υπέρταση, καρδιακές αρρυθμίες, πονοκεφάλους και άσθμα.

3. Έλεγχος Ερεθισμάτων

Όπως περιγράφει ο όρος στην περίπτωση αυτή το άτομο μαθαίνει να συμπεριφέρεται κάτω από ορισμένα ερεθίσματα με ένα δεδομένο τύπο συμπεριφοράς. Όταν αλλάξουν τα ερεθίσματα και μπουν άλλα στη θέση τους αλλάζει και η ζητούμενη συμπεριφορά. Η μέθοδος του ελέγχου των ερεθισμάτων έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα χρήσιμη για το πρόβλημα της αϋπνίας.

4. Μάθημα Θετικής Συμπεριφοράς

Τα μαθήματα Θετικής Συμπεριφοράς περικλείουν έναν αριθμό θεραπευτικών τεχνικών που σκοπεύουν στη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων. Η θετική συμπεριφορά περιγράφεται καλύτερα σαν το αντίθετο της αγχώδους συμπεριφοράς. Η αρχή που διέπει τη θετική συμπεριφορά είναι ότι αυτή μαθαίνεται, ο στόχος των μαθημάτων είναι να μάθει τα άτομα να εκφράζουν τα συναισθήματά τους όπως και τις σκέψεις τους καλύτερα, ούτως ώστε να μην θίγουν τους άλλους, αλλά να εκφράζονται και οι ίδιοι. Τα μαθήματα αυτά διδάσκονται σε ομάδες ατόμων με αριθμό από 5-12. Μία από τις βασικές αρχές της μεθόδου θετικής συμπεριφοράς είναι ότι η πράξη επηρεάζει τη σκέψη και όχι το αντίθετο, η σκέψη δηλαδή, την πράξη.

5. Γνωσιακή Μέθοδος Θεραπείας

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο η προβληματική συμπεριφορά και τα συναισθήματα που την ακολουθούν είναι το αποτέλεσμα παράλογου τρόπου σκέψης ή παράλογων πιστεύω. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να αποδείξει στο άτομο ποια είναι αυτά τα «παράλογα πιστεύω» και τι θα πρέπει να γίνει για να απαλλαγεί από αυτά το άτομο. Ο στόχος δηλαδή είναι να βοηθηθεί το άτομο να αναπτύξει ένα νέο σύστημα αξιών που θα το βοηθήσει να ερμηνεύει αλλιώς την κάθε κατάσταση. Με λίγα λόγια ο θεραπευτής ενδιαφέρεται κύρια για το τι σκέφτεται το άτομο κι όχι για τη συμπεριφορά του που θα αλλάξει σαν αποτέλεσμα του νέου τρόπου σκέψης.» (Σταθάτου, 1989)

Εκτός όμως από τους τρόπους παρέμβασης σε ατομικό επίπεδο, μεγάλη σημασία για την καλύτερη αντιμετώπιση του άγχους έχει η ανάπτυξη παρεμβάσεων σε οργανωσιακό επίπεδο. Οι μέθοδοι με προσανατολισμό το άτομο περιλαμβάνουν συγκεκριμένους τύπους τεχνικών χαλάρωσης, όπως προαναφέραμε, προγράμματα σωματικής άσκησης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Αντίθετα οι μέθοδοι που προσανατολίζονται στον οργανισμό έχουν ως στόχο να ελαχιστοποιήσουν ή να εξαλείψουν τις επιβλαβείς συνέπειες του στρες στο εργασιακό περιβάλλον. Είναι κατανοητό το ότι σε ένα μεγάλο βαθμό οι οργανώσεις μπορούν να επηρεάσουν τα επίπεδα άγχους των εργαζομένων τους. Οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι, όπως ορίζει το Σύνταγμα, να διασφαλίζουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. «Οι παρεμβάσεις λοιπόν σε οργανωτικό επίπεδο μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- A.) Πρωτοβάθμιες- εκπαίδευση υγείας, επανασχεδιασμός της εργασίας, αλλαγή της οργάνωσης, πρόληψη.
- B.) Δευτεροβάθμιες-προγράμματα αντιμετώπισης του στρες, όπως η σωματική άσκηση, οι τεχνικές χαλάρωσης, η διαχείριση του χρόνου.
- Γ.) Τριτοβάθμιες – θεραπεία της δυσφορίας, για παράδειγμα προγράμματα υποστήριξης των υπαλλήλων, παροχή συμβουλών, παραπομπή για ιατρική βοήθεια μέσω του ιατρικού τμήματος του οργανισμού.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αντιμετωπίζει το πρόβλημα του στρες στον εργασιακό χώρο από την πλευρά της πρόληψης και στην ιδανική περίπτωση ενσωματώνει τεχνικές ελέγχου και ρύθμισης της ευεξίας των υπαλλήλων» (Αντωνίου, 2006: 152). Το πρωτοβάθμιο επίπεδο λοιπόν έχει να κάνει με την προσπάθεια να μειωθούν οι αιτίες πίεσης και να δημιουργηθεί ένα υγιές περιβάλλον εργασίας. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, «οι Elkin & Rosch (1990) πρότειναν μια κλίμακα στρατηγικών που είναι η εξής:

- 1) Επανασχεδιασμός της εργασίας
- 2) Επανασχεδιασμός του οργανωσιακού περιβάλλοντος
- 3) Καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας
- 4) Ενθάρρυνση συμμετοχής στη διοίκηση
- 5) Συμπερίληψη του υπαλλήλου στις επαγγελματικές ομάδες
- 6) Ανάλυση των εργασιακών ρόλων και καθορισμός στόχων
- 7) Καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών
- 8) Δημιουργία συνεκτικών ομάδων» (Αντωνίου, 2006, σελ.151)

Επίσης η οργάνωση θα πρέπει να παρέμβει για τη βελτίωση της επικοινωνίας και την εξομάλυνση των σχέσεων των εργαζομένων. Όπως επίσης να εφαρμόσει τεχνικές ενδυνάμωσης και υποστήριξης των υπαλλήλων. «Για την προώθηση της αντιμετώπισης του στρες, οι Αρχές Αγωγής Υγείας έχουν δημοσιεύσει ένα φυλλάδιο που περιγράφει εν συντομία ένα πρόγραμμα οργανωσιακής διαχείρισης του στρες για χρήση από το National Health System - NHS(1997). Αυτό περιλαμβάνει:

- 1) Διαγνωστικές συζητήσεις μεταξύ του προϊστάμενου και ανώτερων διοικητικών στελεχών του οργανισμού, καθώς και εξωτερικών συμβούλων.
- 2) Μία «Ομάδα Ακρόασης» συγκροτούμενη από διαφορετικές ειδικότητες για τη διεξαγωγή προκαταρκτικής ανάλυσης της φύσης και της έκτασης του προβλήματος του στρες στον οργανισμό.
- 3) Ομάδες συζήτησης για το εργασιακό στρες, με σκοπό τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων

- 4) Μία ομάδα διαχείρισης του στρες για το χειρισμό και συντονισμό των πληροφοριών και την εφαρμογή των πορισμάτων από τις ομάδες συζήτησης, παράλληλα με τη συνεργασία εξωτερικών συμβούλων» (Αντωνίου, 2006: 153).

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αναφέρεται στη δράση που επικεντρώνεται στην «αντιμετώπιση του στρες που αισθάνεται το άτομο εμπλέκοντας τεχνικές επίγνωσης καθώς και άσκηση και εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Η αγωγή για το στρες και η άσκηση αντιμετώπισής του μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην αναγνώριση του προσωπικού ορίου στρες που εξαρτάται από τις ατομικές διαφορές και την αναγνώριση των συμπτωμάτων του. Συνήθως αυτή η εκπαίδευση που περιλαμβάνει προγράμματα οργάνωσης χρόνου, διεκδικητικότητας και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και συμβουλές για την τροποποίηση της εργασίας/τρόπου ζωής, παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία εκ μέρους των ατόμων ενός σχεδίου ελέγχου του» (National Institute for Occupational Safety and Health, 1998).

Επιπλέον βασικός στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η βελτίωση της ικανότητας των ατόμων να προσαρμόζονται αποτελεσματικά στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Τέλος το τρίτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αφορά τον εντοπισμό των ατόμων που η συναισθηματική και ψυχολογική τους κατάσταση έχει ήδη διαταραχθεί από το εργασιακό στρες. Κι ο εντοπισμός αυτός γίνεται με τη βοήθεια συμβούλων που παρέχουν κατευθύνσεις και συμβουλές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των υπαλλήλων, είτε αυτά αφορούν την εργασία είτε την οικογένεια. Πολλές οργανώσεις στα πλαίσια των προγραμμάτων αντιμετώπισης του στρες έχουν ενσωματώσει στο δυναμικό τους επαγγελματίες συμβούλους, γεγονός που οδηγεί στη μείωση αρκετών συμπτωμάτων του στρες.

Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής στρατηγικής για τον τομέα της απασχόλησης προσπαθεί να κινηθεί και η Ελλάδα χωρίς όμως να καταφέρει ακόμη να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Δυστυχώς στην Ελλάδα η υπηρεσία παροχής συμβούλων και οι επαγγελματικές υπηρεσίες υγείας δεν έχουν οργανωθεί ακόμα και δεν είναι γνωστά στο ευρύ κοινό. Η σημασία και η

συμβολή τους όμως είναι μεγάλη, αν αναλογιστεί κανείς τα πολλαπλά προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι εργαζόμενοι στο εργασιακό τους περιβάλλον και κατ' επέκταση στη ζωή τους γενικότερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΙ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

3.1 Η έννοια και η σημασία της εργασίας.

Αναφέροντας την έννοια της εργασίας, μπορούμε να την ορίσουμε ως τη συνειδητή ή πνευματική προσπάθεια του ανθρώπου που έχει ως κύριο σκοπό την ικανοποίηση των υλικών και πνευματικών αναγκών του. Εργασία είναι κάθε απασχόληση του ανθρώπου και κάθε μορφή δραστηριότητας με κάποιο σκοπό. Σε νομικό επίπεδο ο σκοπός της εργασίας μπορεί να είναι οποιοσδήποτε, αρκεί να είναι θεμιτός χωρίς να περιλαμβάνει στοιχεία ανηθικότητας ή παρανομίας (Καρακατσάνης, 1992).

Από την κοινωνιολογική έννοια του όρου της εργασίας, ορίζεται ως η ανθρώπινη μορφή αλληλεπίδρασης του ανθρώπου με τη φύση, η διαδικασία ανταλλαγής ύλης μεταξύ ανθρώπου και φύσης και της χρησιμοποίησης των οργάνων του σώματος του ανθρώπου για να εκτελέσει την εργασία. Η εργασιακή διαδικασία προϋποθέτει προπαντός την ύπαρξη ανάγκης για ορισμένο αντικείμενο της κατανάλωσης. Τα κύρια συστατικά στοιχεία της εργασίας είναι τα εξής:

- τον άνθρωπο ως υποκείμενο της εργασίας,
- το αντικείμενο της εργασίας,
- τα μέσα της εργασίας
- το αποτέλεσμα (προϊόν) της εργασίας.

Η αλληλεπίδραση αυτών των στοιχείων κατά ορισμένο τρόπο συνιστά την εργασία με αφετηρία τις βιολογικά απαραίτητες ανάγκες του ανθρώπου η οποίες καλύπτονται από την εργασία και ολοκληρώνονται με την κατανάλωση των προϊόντων (Καπόπουλος, 1995).

Χαρακτηριστικό της εργασίας είναι ο κοινωνικός χαρακτήρας της διότι το άτομο ενώ εργάζεται για τον εαυτό του και την κάλυψη των αναγκών στην ουσία εργάζεται για χάρη του κοινωνικού συνόλου. Αυτό είναι εμφανές από το γεγονός ότι υπάρχει καταμερισμός των διαφόρων επαγγελματιών καθώς ο ένας καλύπτει επαγγελματικά τον άλλο. Με τον τρόπο αυτό, όλοι εργάζονται για τον ένα και ο ένας εργάζεται για όλους (Διαμαντόπουλος, 1995).

«Η σημασία της εργασίας για τον άνθρωπο είναι κάτι πολύ σημαντικό και έχει καταλυτικό ρόλο στην πορεία της ζωής του. Ο κάθε άνθρωπος εργάζεται για να παίρνει κάποια πράγματα τα οποία χρειάζεται από τη δουλειά του. Οι λόγοι που κάνουν τους ανθρώπους να εργάζονται είναι πολλοί. Μερικοί είναι κοινοί στην πλειονότητα των εργαζομένων ενώ άλλοι είναι ιδιαίτεροι για τον κάθε άνθρωπο.

Οι γνώσεις σχετικά με το τι θέλουν οι άνθρωποι από τη δουλειά τους, μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμες για τους εργοδότες και προϊστάμενους που θέλουν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα, παραγωγικότητα και ποιότητα ζωής των υπαλλήλων ή υφισταμένων τους. Τα χρήματα δεν είναι ο μοναδικός λόγος για τον οποίο οι άνθρωποι εργάζονται. Η αναγνώριση και η σημασία που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι από τους εργοδότες τους, αποτελούν ίσως ισχυρότερα κίνητρα στην εργασία από ότι ο μισθός τους.

Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι εργάζονται για τα οικονομικά οφέλη που αποκομίζουν. Χωρίς χρήματα τίποτα δεν μπορεί να γίνει και έτσι θα ήταν λάθος να υποτιμούμε τη σημασία των οικονομικών και άλλων ωφελημάτων που προκύπτουν από την εργασία. Όμως περισσότερο από άλλα, οι άνθρωποι επιζητούν την αναγνώριση και την εκτίμηση για το έργο που επιτελούν. Ιδιαίτερα ζητούν την αναγνώριση αυτή από άτομα για τα οποία τρέφουν σεβασμό.

Παράλληλα υπάρχει η ανάγκη για έλεγχο της εργασίας που επιτελούν. Θέλουν να μπορούν να επηρεάζουν τις αποφάσεις που τους αφορούν. Ιδιαίτερα αυτό είναι χρήσιμο όταν πρόκειται για τοποθέτηση στόχων που θα μπορούν να επιτευχθούν. Το αίσθημα του ότι ανήκουν στο γενικότερο σύνολο, είναι μια ισχυρή ενίσχυση του πνεύματος της ομάδας για καλύτερα αποτελέσματα. Η έγκαιρη ενημέρωση τους όπως όλων των άλλων, η συμμετοχή σε συναντήσεις, η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων τους και στους άλλους, ικανοποιεί σημαντικές πτυχές των προσδοκιών τους από την επαγγελματική τους ζωή.

Οι άνθρωποι θέλουν στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία να έχουν ευκαιρίες για ανέλιξη, εκπαίδευση, εμπλουτισμό των εμπειριών τους και για επιμορφωτικά ταξίδια. Οι δυνατότητες ύπαρξης και ικανοποίησης των προσδοκιών αυτών, ωθούν τους εργαζόμενους προς περισσότερο εποικοδομητικές και παραγωγικές συμπεριφορές.

Υπάρχει ταυτόχρονα η ανάγκη για ξεκάθαρη καθοδήγηση του τι απαιτείται από αυτούς, των στόχων που πρέπει να επιτύχουν. Έχουν επιπρόσθετα ανάγκη να γνωρίζουν το αποτέλεσμα των προσπαθειών τους και το βαθμό της δικής τους συμβολής στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων.

Συνοπτικά βλέπουμε λοιπόν ότι οι άνθρωποι επιζητούν τα ακόλουθα από τη δουλειά τους:

- χρήματα και οικονομικά οφέλη
- αναγνώριση του έργου τους
- εκτίμηση από άτομα που σέβονται και έχουν και έχουν υψηλή γνώμη για αυτά
- αίσθημα του ότι ανήκουν σε μια ομάδα
- ευκαιρίες για επαγγελματική ανάπτυξη
- εκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση
- καθοδήγηση

Η σημασία της κατανόησης του τι θέλει ο κάθε άνθρωπος από τη δουλειά του, είναι μεγάλη. Ο εργαζόμενος αφού καταλάβει καλά τις δικές του εξατομικευμένες ανάγκες, μπορεί καλύτερα να διοχετεύει την ενέργεια και προσπάθειες του. Οι εργοδότες, γνωρίζοντας τις βασικές αυτές αρχές και αναγνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, θα είναι σε θέση να τροχοδρομήσουν καλύτερα την εκπλήρωση των προσδοκιών στο μέτρο του δυνατού, του κάθε εργαζομένου.

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι με την εργασία ο άνθρωπος ισχυροποιεί τις σωματικές του δυνάμεις και τις αξιοποιεί προς όφελος της υγείας του. Σε πνευματικό επίπεδο οξύνει το νου του, καλλιεργεί την διάνοηση και τη δημιουργική φαντασία του. Ηθικά αισθάνεται ικανοποίηση για το έργο που προσφέρει και η ζωή του αποκτά νόημα και σκοπό» (Goleman, 2000).

. 3.2. Η σύμβαση εργασίας και τα είδη της

Η σύμβαση εργασίας σύμφωνα με το άρθρο 648 του αστικού κώδικα, είναι η συμφωνία γραπτή ή προφορική σύμφωνα με την οποία ένα άτομο (υπάλληλος ή εργάτης) που καλείται μισθωτός, αναλαμβάνει την υποχρέωση να παρέχει τις υπηρεσίες του για ορισμένο ή αόριστο χρόνο σε ένα φυσικό ή νομικό πρόσωπο (εργοδότης), έναντι συμφωνημένου μηνιαίου μισθού ή ημερομισθίου. Στη σύμβαση εργασίας ο εργοδότης οφείλει να καταβάλει μηνιαίο μισθό ή ημερομίσθιο και να εκπληρώνει τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την νομοθεσία, ενώ ο δε μισθωτός οφείλει να παρέχει τη συμφωνημένη εργασία με επιμέλεια, να ακολουθεί τις διατάξεις των νόμων και το περιεχόμενο της σύμβασης που συμφωνήθηκε (Λαναρά 1999).

Η σύμβαση εργασίας για να παράγει έννομα αποτελέσματα πρέπει να συντρέχουν οι εξής όροι:

- ικανότητα προς δικαιοπραξία
- βούληση
- συμφωνία βουλήσεως και δηλώσεως
- έννομη αναγνώριση του περιεχομένου της συμβάσεως.

Τα χαρακτηριστικά της σύμβασης εργασία είναι ότι
-είναι αμφετοβαρής, ως δεσμεύουσα και των δυο μερών
-είναι προσωπικής φύσεως π.χ. ο εργοδότης δεν μπορεί να μεταβιβάσει τον μισθωτό του σε άλλον εργοδότη, εκτός αν αυτό συμφωνήθηκε κατά την κατάρτιση της αρχικής συμβάσεως. Έτσι μεταξύ των δυο μερών δημιουργείται μια σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης (Γαμβρούδης, 2006).

Από την πλευρά εξαρτήσεως του μισθωτού η σύμβαση εργασίας μπορεί να διακριθεί σε **α) σύμβαση εξαρτημένης εργασίας, β) σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών και γ) σύμβαση μισθώσεως έργου.**

Το εργατικό δίκαιο αναφέρεται μόνο στη σύμβαση εξαρτημένης εργασίας διότι οι διατάξεις της εργατικής νομοθεσίας εφαρμόζονται μόνο σε εκείνες που υπάρχει εξαρτημένη εργασία. Η νομολογία των δικαστηρίων δέχεται ότι για να είναι η εργασία εξαρτημένη πρέπει να υπάρχει εξάρτηση χρόνου, τόπου, και είδους εργασίας (Γαμβρούδης, 2006).

«Από το συνδυασμό των άρθρων 648 και 652 του αστικού κώδικα προκύπτει ότι σύμβαση εξαρτημένης εργασίας υπάρχει όταν ο μισθωτός παρέχει την

εργασία του με μισθό, αδιάφορα με τον τρόπο που αυτός καθορίζεται και υποβάλλεται από τον εργοδότη σε νομική (προσωπική) εξάρτηση, η οποία εκδηλώνεται με το δικαίωμα του εργοδότη να ασκεί εποπτεία και έλεγχο στην παροχή γενικά της εργασίας χωρίς να είναι απαραίτητη ή συνήθως υπάρχουσα η οικονομική εξάρτηση» (Λαναρά, 1999:7).

Από την πλευρά της χρονικής διάρκειας της εξαρτημένης σύμβασης εργασίας υπάρχουν δυο είδη συμβάσεων:

A) Σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου

Η σύμβαση αυτή αναφέρει την ημερομηνία και το έτος έναρξης της ισχύος της και αφήνει ανοιχτό το έτος διάρκειάς της, ο οποίος λήγει μόνο μετά από καταγγελία του εργοδότη ή του μισθωτού ή λόγω οικειοθελούς αποχώρησης ή συνταξιοδότησης του μισθωτού.

Συγκεκριμένα, η σύμβαση εξαρτημένης εργασίας αορίστου χρόνου υφίσταται, όταν είναι ακαθόριστος (αβέβαιος) ο χρόνος λήξης της, όταν δηλαδή δεν έχει ορισθεί εκ των προτέρων κατά την κατάρτισή της η διάρκειά της, η λήξη της σε ορισμένο χρονικό σημείο ή δεν συνεπάγεται αυτή, από το είδος και το σκοπό της, καθώς και το εκτελεστέο ορισμένο έργο.

B) Σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου

Στη συγκεκριμένη σύμβαση αναφέρεται ο χρόνος λήξης της, ο οποίος προσδιορίζεται επακριβώς. Από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, προκύπτει ότι, σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου είναι εκείνη που έχει ορισμένη χρονική διάρκεια και η οποία, είτε καθορίζεται ρητά από τους συμβαλλόμενους, είτε συνάγεται από το είδος της παρεχόμενης εργασίας και το σκοπό της σύμβασης. Τέτοια σύμβαση είναι και εκείνη με την οποία ο μισθωτός προσλαμβάνεται προσωρινά για να αναπληρώσει άλλον απουσιάζοντα λόγω ασθένειας ή για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών του εργοδότη. Λύνεται αυτοδίκαια, όταν παρέλθει ο συμφωνημένος (ρητά ή σιωπηρά) χρόνος διάρκειάς της. Η σύμβαση θεωρείται ότι ανανεώθηκε για αόριστο χρόνο, αν μετά τη λήξη της ο εργαζόμενος εξακολουθεί να παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς την εναντίωση του εργοδότη (Γαμβρούδης, 2006).

3.3. Βασικά δικαιώματα και υποχρεώσεις των εργαζομένων στο χώρο εργασίας τους.

Από την σύμβαση εργασίας που έχει συνάψει ο εργαζόμενος με τον εργοδότη του (φυσικό ή νομικό πρόσωπο) προκύπτουν κάποια βασικά δικαιώματα και υποχρεώσεις που έχει ο ίδιος, σε σχέση με την εργασία του. Παρακάτω θα διατυπωθούν τα σημαντικότερα από αυτά, τα οποία έχουν αναφορά στο εργατικό δίκαιο.

Τα σημαντικότερα δικαιώματα των εργαζομένων που ορίζει το εργατικό δίκαιο είναι τα εξής:

- **Δικαίωμα μισθού**

Ο εργαζόμενος από την στιγμή που αναλαμβάνει τα εργασιακά του καθήκοντα έχει δικαίωμα σε μισθό. Ανάλογα με την σύμβαση εργασίας που έχει συμφωνήσει, ο μισθός καταβάλλεται είτε σε μηνιαία βάση ή δεκαπενθήμερο, είτε σε ημερομίσθιο. Ο μισθός είναι το βασικό μέσο βιοπορισμού του εργαζόμενου και μέσω αυτού έχει την δυνατότητα να καλύψει πολλές από τις ανάγκες του. Θεωρείται πως είναι το αντάλλαγμα της παροχής εργασίας του και ένα από τα ισχυρότερα κίνητρα για να συνεχίσει να παρέχει εργασία. Ο μισθός ανταμείβει όχι μόνο υλικά αλλά και ηθικά τον εργαζόμενο νοιώθοντας ο ίδιος ότι είναι μέλος προσφοράς στο κοινωνικό σύνολο γεγονός το οποίο διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στην ομαλή κατάσταση της ψυχολογία του. Σε περίπτωση που δεν καταβληθεί ο μισθός στον εργαζόμενο έχει το δικαίωμα α) να τον επιδιώξει δικαστικά με αγωγή σύμφωνα με την εργατική νομοθεσία, β) να ασκήσει το δικαίωμα της επισχέσεως, γ) να καταγγέλλει την καθυστέρηση των χρημάτων γεγονός το οποίο δείχνει την βλαπτική μεταβολή των όρων της συμβάσεως και να ζητήσει αποζημίωση δ) να ζητήσει να κηρυχθεί ο εργοδότης και ε) να μηνύσει τον εργοδότη. (Καρακατσάνης 1992), (Γαμβρούδης, 2006).

- **Δικαίωμα ασφάλισης**

Όλοι οι εργαζόμενοι έχουν το δικαίωμα να ανήκουν σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα ο οποίος θα έχει την δυνατότητα να τους ασφαλίζει από κινδύνους ασθένειας, ατυχήματος, αναπηρίας, ανεργίας και γήρατος. Είναι

ένα τα σημαντικότερα δικαιώματα του εργαζόμενου ώστε να νοιώθει ασφάλεια και σιγουριά μέσα στο κοινωνικό σύνολο (Καρακατσάνης 1992).

- **Δικαίωμα πραγματικής απασχόλησης στο πλαίσιο της εργασιακής σχέσης.**

«Σύμφωνα με αυτό το δικαίωμα ο εργαζόμενος αναπτύσσει την προσωπικότητά του, αξιοποιεί τις πνευματικές και σωματικές δυνάμεις του, δημιουργεί και δημιουργείται, οικοδομεί την επαγγελματική του πρόοδο και την κοινωνική του θέση» (Καρακατσάνης 1992:231)

- **Δικαίωμα στη θέση εργασίας**

Με την εργασία ο εργαζόμενος κερδίζει την ζωή του. Έχοντας εξασφαλίσει την σταθερότητα της εργασίας του ελευθερώνεται από το άγχος και αποκτά την βεβαιότητα ότι η ζωή του θα είναι ομαλή γεγονός το οποίο είναι κύρια προϋπόθεση για οποιαδήποτε άλλη εκδήλωση της προσωπικότητάς του. Σύμφωνα με αυτό το δικαίωμα ο εργαζόμενος μπορεί να προστατευτεί από αυθαίρετες και αδικαιολόγητες απολύσεις ενώ η δυνατότητα απολύσεως υπάρχει μόνο για ορισμένους σπουδαίους λόγους που ορίζει το εργατικό δίκαιο (Λαναρά, 1999).

- **Δικαίωμα άδειας**

Το δικαίωμα αυτό, έχει ως βασικό σκοπό την ανάπαυση, τη δυνατότητα αναψυχής και την επαναφόρτιση των δυνάμεων του εργαζόμενου την οποία έχει απόλυτα ανάγκη ώστε να προσφέρει παραγωγικά στην εργασία του. Επίσης ο εργαζόμενος δικαιούται άδειες και για άλλους σκοπούς όπως: άδειες εξετάσεων, εκπαιδευτικές άδειες, άδειες κυοφορίας και λοχίας, γονική άδεια, συνδικαλιστικές άδειες και αναρρωτικές άδειες (Καρακατσάνης, 1992).

- **Δικαίωμα επαγγελματικής ανάπτυξης και προόδου**

Σε αυτό το δικαίωμα ανήκει ο θεσμός των προαγωγών του εργαζόμενου. Είναι βασικό να αναγνωρίζεται στον εργαζόμενο η προσφορά που παρέχει στην εργασία του και να εξελίσσεται μέσα στο χώρο αυτό. Εδώ επίσης θίγεται το θέμα της σωστής και αμερόληπτης τοποθέτησης του προσωπικού σε θέσεις αναθέσεως και καθηκόντων (Λαναρά, 1999).

- **Δικαίωμα στην προσωπικότητα**

Το συγκεκριμένο δικαίωμα σέβεται την τιμή, την υπόληψη και την προσωπικότητα του μισθωτού. Η τυχόν πλημμελής συμπεριφορά του

εργοδότη που θίγει την προσωπικότητα του εργαζόμενου, αποτελεί ουσιώδη παράβαση συμβατικής υποχρέωσης πρόνοιας και αθέτησης της συμφωνημένης σύμβασης εργασίας. Η ευπρεπή μεταχείριση του εργαζόμενου αλλά και η καλή συμπεριφορά γενικά αποτελεί συμβατική υποχρέωση με την έννοια ότι η εργασιακή σχέση είναι κατεξοχήν ηθική και επιβάλλει το σεβασμό της προσωπικότητας του εργαζομένου κατά την διάρκεια της εργασίας. «Ο σεβασμός και η προστασία του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας που προστατεύει την εργασία και προβλέπει για την ηθική και υλική εξύψωση του εργαζομένου» (Γαμβρούδης, 2006:94).

- **Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης**

«Η ελευθερία της έκφρασης των πολιτικών, φιλοσοφικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων, όπως και των επιστημονικών απόψεων και της υπηρεσιακής κριτικής των πράξεων της προϊστάμενης αρχής, αποτελεί δικαίωμα των υπαλλήλων και τελεί υπό την εγγύηση του Κράτους. Δεν επιτρέπονται διακρίσεις των υπαλλήλων λόγω των πεποιθήσεων ή των απόψεών τους ή της κριτικής των πράξεων της προϊσταμένης αρχής. Επίσης το δικαίωμα αυτό επιτρέπει την συμμετοχή των εργαζομένων στην πολιτική ζωή της χώρας.

- **Δικαίωμα συνδικαλιστικής ελευθερίας και δικαίωμα απεργίας**

Οι υπάλληλοι μπορούν ελεύθερα να ιδρύουν συνδικαλιστικές οργανώσεις, να γίνονται μέλη τους και να ασκούν τα συνδικαλιστικά τους δικαιώματα.

Η απεργία αποτελεί δικαίωμα των υπαλλήλων και ασκείται από τις συνδικαλιστικές τους οργανώσεις ως μέσο για την διασφάλιση και προαγωγή των οικονομικών, εργασιακών, συνδικαλιστικών, κοινωνικών και ασφαλιστικών συμφερόντων τους και ως εκδήλωση αλληλεγγύης προς άλλους εργαζόμενους για τους αυτούς σκοπούς. Το δικαίωμα της απεργίας ασκείται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου που το ρυθμίζει.

Οι συνδικαλιστικές οργανώσεις έχουν δικαίωμα να διαπραγματεύονται με τις αρμόδιες αρχές για τους όρους, την αμοιβή και τις συνθήκες εργασίας των μελών τους» (ν. 3528/9-02-2007 ΦΕΚ 26^Α).

- **Δικαίωμα υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας**

«Οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα στη διασφάλιση συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας τους. Σύμφωνα με τα παραπάνω οι εργαζόμενοι έχουν από την ελληνική νομοθεσία τα εξής δικαιώματα:

- Να συμμετέχουν στις διαβουλεύσεις τις σχετικές με την προαγωγή και τη διασφάλιση υγείας των εργαζομένων.
- Να ενημερώνονται για τα αποτελέσματα της εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου και τις προτεινόμενες πρακτικές αντιμετώπισης.
- Να παρίστανται στους ελέγχους των αρμόδιων αρχών.
- Να έχουν πρόσβαση σε ιατρικές εξετάσεις για πρόληψη ασθενειών που μπορεί να προκύψουν από το εργασιακό περιβάλλον» (Παπακωσταντίνου, 2004:42-43).

Όσον αφορά τις υποχρεώσεις του εργαζομένου στην εργασία του οι σημαντικότερες από αυτές είναι οι εξής:

- **Παροχή της εργασίας**

Η υποχρέωση αυτή είναι η κύρια μέριμνα των εργαζομένων. Ο εργαζόμενος οφείλει να διαθέτει τις δυνάμεις του αλλά και την ετοιμότητα του. Οφείλει μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του, να παράσχει το σύνολο των σωματικών και πνευματικών του δυνάμεων. Δεν αρκεί η απλή παρουσία του εργαζόμενου στο χώρο εργασίας αλλά απαιτείται και η πλήρης ενεργοποίησή του. Αυτή είναι και σημαντικότερη δέσμευση η οποία πηγάζει από τη σύμβαση εργασίας.

- **Αυτοπρόσωπος και επιμελής εκτέλεση της εργασίας**

Η σύμβαση εργασίας είναι προσωποπαγής και κατά συνέπεια ο εργαζόμενος πρέπει να προσφέρει αυτή αυτοπροσώπως. Ο εργαζόμενος οφείλει να εκτελεί με επιμέλεια την εργασία που του ανατίθενται και να τηρεί το προβλεπόμενο ωράριο εργασίας του. Ο βαθμός της επιμέλειας του μπορεί να κριθεί από την σύμβαση εργασίας αφού ληφθούν υπόψη η μόρφωσή του, το είδος της παροχής εργασίας, η εμπειρία του και οι δεξιότητές του. Επίσης

σύμφωνα με τον αστικό κώδικα ο εργαζόμενος έχει ευθύνη σε περίπτωση ζημίας στον εργοδότη του από δόλο ή αμέλεια.

- **Η υποχρέωση πίστewς**

Η υποχρέωση πίστewς δηλώνει ότι ο εργαζόμενος οφείλει να καταβάλει κάθε προσπάθεια για την πρόοδο και ανάπτυξη της εργασίας του. Πρέπει να έχει εχεμύθεια και να αποφεύγει κάθε ενέργεια η οποία μπορεί να βλάψει τα συμφέροντα του εργασιακού περιβάλλοντος. Επίσης επιβάλλεται η αποφυγή ενεργειών του εργαζόμενου που συντελούν στη δημιουργία ανταγωνιστικών συνθηκών στο χώρο εργασίας του.

- **Έγκαιρη ενημέρωση για απουσίες και ασθένειες**

Ο εργαζόμενος σε περίπτωση ασθενειών ή απουσιών οφείλει να ενημερώσει έγκαιρα τον αρμόδιο της εργασίας του γεγονός το οποίο δείχνει το σεβασμό προς την εργασία του (Γαμβρούδης,2006).

3.4. Ο φόρτος εργασίας.

Μια από τις σημαντικότερες πηγές άγχους των εργαζομένων είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, ο οποίος επηρεάζεται από τον έλεγχο των ανωτέρων προς τους υφισταμένους με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγικότητας των τελευταίων (American Psychological Association, 2006, www.apaonline.com). Ο φόρτος σε συνδυασμό με διάφορους άλλους παράγοντες, όπως ασάφεια και σύγκρουση ρόλου μπορεί να προκαλέσει ατυχήματα και αποχή από την εργασία. Ειδικότερα για τη γυναίκα, η είσοδος της στην αγορά εργασίας την έχει οδηγήσει σε ανάληψη πολλαπλών και συγκρουόμενων ρόλων προκειμένου να αντεπεξέλθει σε όλους τους τομείς της ζωής: επαγγελματίας, μητέρα, νοικοκυρά, σύζυγος, γυναίκα (Maureen etc, 1996).

Οι εσωτερικές αλλαγές και η αναγκαιότητα για συνεχή επιμόρφωση και ανάπτυξη των δυνατοτήτων, εντείνουν τον ρυθμό εργασίας όλο και περισσότερο. Επιπλέον, οι συναδελφικές σχέσεις επηρεάζονται αρνητικά λαμβάνοντας υπόψη την αυξανόμενη ανασφάλεια και το αίσθημα αβεβαιότητας των εργαζομένων. Ακόμη, ο φόρτος εργασίας αυξάνει και η εργασία από σωματική μετατρέπεται σε πνευματική (Ojala, 1999).

Έχει διαπιστωθεί ότι ο εργασιακός φόρτος σε συνδυασμό με προβλήματα που αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον (εργασιακές σχέσεις, συνθήκες εργασίας) μάλλον επιδεινώνουν τις δυσάρεστες συνέπειες των φυσικών συνθηκών εργασίας. Άλλες συνέπειες είναι η δημιουργία μιας σειράς από ψυχοσωματικά προβλήματα που τείνουν να μετατρέπονται σε οργανικά εξαιτίας του στρες, όπως μυοσκελετικά προβλήματα, πονοκέφαλοι, ζαλάδες, ατονία (Καρανάτση, 2006). Συγχρόνως, τα άτομα αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν οικογενειακά προβλήματα λόγω της εργασίας τους, βιώνοντας έτσι μεγαλύτερο άγχος, που μεταφέρεται στη συνέχεια στον χώρο της εργασίας (Μιχαλοπούλου, 2003).

3.5 Η σημασία και η αναγκαιότητα της συνεχούς εκπαίδευσης.

Ο εκσυγχρονισμός των δεξιοτήτων και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι δυο έννοιες στενά συνυφασμένες με την έννοια της παγκοσμιοποίησης και τη διαρκώς εξελισσόμενη αγορά εργασίας. Η συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση – δια βίου εκπαίδευση / επιμόρφωση - σε συνδυασμό με την αρχική, συμβάλλουν στην προσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού στις νέες εργασιακές συνθήκες που επιφέρει η είσοδος στην εποχή της παγκοσμιοποίησης. Απώτερος σκοπός της είναι η συντήρηση, ανανέωση και αναβάθμιση των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Συνήθως οργανώνεται και παρέχεται από τον φορέα κατάρτισης ή τον ίδιο τον εργοδότη με συστηματικό ή μη τρόπο, εντός ή εκτός του χώρου εργασίας και καμιά φορά και με εκπαιδευτικά ταξίδια στο εξωτερικό. Μπορεί να επιτελείται και με πρωτοβουλία του εργαζόμενου με τη συμμετοχή του σε επαγγελματικά συνέδρια, σε ειδικά επιμορφωτικά σεμινάρια και άλλα προγράμματα ταχύρυθμης επιμόρφωσης (Βουρβούγλη, 2007). Επειδή όμως κάθε άτομο είναι μοναδικό και βρίσκεται σε συγκεκριμένο στάδιο της σταδιοδρομίας του πρέπει να επιλέγεται η κατάλληλη μέθοδος (ή μέθοδοι) ανάλογα με την περίπτωση τόσο σε ατομικό όσο και σε επιχειρησιακό επίπεδο (Montana, Charnov, 2000).

3.5.1. Ορισμός και ιδεολογία της δια βίου εκπαίδευσης.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση η δια βίου εκπαίδευση περιλαμβάνει «το σύνολο δραστηριοτήτων εκμάθησης και κατάρτισης σε συνεχή βάση, στο πλαίσιο τόσο επίσημων όσο και ανεπίσημων δομών με σκοπό την απόκτηση και βελτίωση γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων για λόγους επαγγελματικούς, κοινωνικούς αλλά και προσωπικούς» (Κουτούκης, χ.χ., www.thace.gr).

Με την εισαγωγή της δια βίου εκπαίδευσης το κράτος επιχειρεί να πετύχει την απαξίωση ουσιαστικά της κατοχής τίτλων σπουδών και εργασιακών δικαιωμάτων, εισάγοντας την αντίληψη, ότι ποτέ κανείς δεν είναι αρκετά καλός για να έχει μόνιμη και σταθερή δουλειά. Επίσης, διαμορφώνει ένα ιδεολογικό πλαίσιο σύνδεσης με τις άμεσες ανάγκες των επιχειρήσεων, ενσωμάτωσης των άμεσων προτεραιοτήτων τους σε ό,τι αφορά την παρεχόμενη γνώση. Δίνει τη δυνατότητα σε εργαζόμενους που μένουν άνεργοι σε μεγάλη ηλικία και δεν είναι ειδικευμένοι, ώστε να επανειδικευτούν και να ξαναγίνουν «παραγωγικοί και χρήσιμοι»(Καλαμπόκας, χ.χ.).

Η δια βίου μάθηση πρέπει να καταστεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής του εργαζόμενου σε ολόκληρο τον κύκλο του επαγγελματικού του βίου. Θα πρέπει οι εργαζόμενοι να μπορούν να εκσυγχρονίζουν τακτικά τις δεξιότητές τους, να προσαρμόζονται σε νέες καταστάσεις και να αισθάνονται πιο ασφαλείς όσον αφορά την αλλαγή της εργασίας (Δραστηριότητες Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2006, www.europa.gr)

3.5.2. Στόχοι.

Η δια βίου εκπαίδευση αποσκοπεί στη βελτίωση της απασχολησιμότητας, στην ανάπτυξη του επιχειρηματικού πνεύματος, στην ενθάρρυνση της προσαρμοστικότητας των επιχειρήσεων και των απασχολουμένων και στην ενίσχυση των πολιτικών ίσων ευκαιριών για άνδρες και γυναίκες (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2003).

Στόχοι της είναι η ενεργοποίηση των ατόμων και ομάδων για ατομική και κοινωνική ανάπτυξη, η προώθηση της ενεργού συμμετοχής των πολιτών

και η αύξηση των δυνατοτήτων κοινωνικής ένταξης και απασχόλησης (Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, 2007). Επίσης, η προσαρμογή των γνώσεων και δεξιοτήτων του ενεργού πληθυσμού στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις των επαγγελματιών, των απασχολήσεων και των μεθόδων εργασίας. Η δημιουργία μιας κοινωνίας που προσφέρει ευκαιρίες μάθησης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής σε όλους. Η παροχή εκπαίδευσης και κατάρτισης οργανώνεται μεταξύ άλλων και με βάση τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των εκπαιδευόμενων. Η ενθάρρυνση της συμμετοχής των πολιτών σε όλες τις σφαίρες της δημόσιας ζωής, τόσο στο πλαίσιο της χώρας όσο και σε αυτό της ευρωπαϊκής πραγματικότητας ώστε να καταστούν ενεργοί πολίτες (Κουτούκης,χ.χ., www.thace.gr).

3.5.3. Δράσεις.

Το πρόγραμμα δια βίου μάθησης στηρίζει ένα πλήθος δράσεων, όπως η κινητικότητα των προσώπων στο πλαίσιο της δια βίου μάθησης, οι διμερείς και πολυμερείς εταιρικές σχέσεις, καθώς και τα πολυμερή σχέδια ειδικά για την προώθηση της ποιότητας των συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης μέσω της διακρατικής μεταφοράς καινοτομίας. Ακόμη, την παρατήρηση και ανάλυση των πολιτικών και των συστημάτων, δημιουργία και συνεχής βελτίωση του υλικού αναφοράς, όπου περιλαμβάνονται οι έρευνες, οι στατιστικές, οι αναλύσεις και οι δείκτες. Επιπλέον, δράση για την υποστήριξη της διαφάνειας και της αναγνώρισης των τυπικών προσόντων και της προηγούμενης μάθησης, και δράσεις για τη στήριξη της συνεργασίας στη διασφάλιση ποιότητας. Τέλος, παρέχει λειτουργικές επιχορηγήσεις για την υποστήριξη ορισμένων λειτουργικών και διοικητικών δαπανών των θεσμών και ενώσεων, που ενεργοποιούνται στον τομέα του προγράμματος δια βίου μάθησης. Κεντρικός στόχος είναι η ανάπτυξη και βελτίωση των προσόντων των εργαζομένων (Βουρβούγλη, 2007).

Η υλοποίηση της δια βίου επιμόρφωσης αποβλέπει στην παροχή εναλλακτικών μορφών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε ομάδες πληθυσμού, που δεν ανήκουν υποχρεωτικά στις συμβατικές ομάδες φοιτητών / σπουδαστών, στην παροχή ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών. Ειδική μέριμνα καταβάλλεται για

την παροχή κινήτρων όσον αφορά στην προσέλκυση γυναικών σε τομείς, όπου η παρουσία τους είναι περιορισμένη (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2003).

3.5.4. Φορείς

Υπεύθυνοι για την οργάνωση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης είναι τα Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας για τα άτομα που δεν διαθέτουν την υποχρεωτική εκπαίδευση, τα Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων, οι Σχολές Γονέων και οι Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης για εκπαιδευόμενους ανεξαρτήτως επιπέδου εκπαίδευσης. Επίσης, ιδρύονται τα Ινστιτούτα Δια βίου Εκπαίδευσης τα οποία απευθύνονται στους αποφοίτους της ανώτατης πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης. Από την άλλη πλευρά, η Δια βίου Κατάρτιση παρέχεται μέσω των Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης και των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης για τους αποφοίτους της υποχρεωτικής, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Οικονομική Κοινωνική Επιτροπή του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, 2005) Υπεύθυνοι είναι η Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, 2007).

3.5.5. Αποτελεσματικότητα

Το επίπεδο δεξιοτήτων και η πρόσβαση στην κατάρτιση αποτελούν βασικό παράγοντα αύξησης της ποιότητας της εργασίας, καθώς και αύξησης της παραγωγικότητας. Οι εργαζόμενοι που έχουν πρόσβαση στην κατάρτιση είναι πιο παραγωγικοί και προσαρμόζονται ευκολότερα στις αλλαγές όντας ταυτόχρονα πιο αποτελεσματικοί. Σύμφωνα με έρευνες υψηλότερα επίπεδα δεξιοτήτων αυξάνουν τις ευκαιρίες των ατόμων για απασχόληση, τις προοπτικές σταδιοδρομίας, τις αποδοχές τους καθώς και τη γενικότερη απόδοση της εργασίας. Οι ανισότητες στα εργασιακά προσόντα συνδέονται στενά με την ανισότητα στην κατανομή του εισοδήματος, ενώ οι χαμηλές

δεξιότητες συνδέονται στενά με περιορισμένες επαγγελματικές προοπτικές και χαμηλές αμοιβές (Σαμουήλ, 2006).

Για τη διασφάλιση της ποιότητας και της επίτευξης στόχων δια βίου επιμόρφωσης απαραίτητη είναι η σωστά ιεραρχημένη οργάνωση και λειτουργία των φορέων που υλοποιούν προγράμματα δια βίου μάθησης, η πιστοποίηση του περιεχομένου των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η διασφάλιση της δυνατότητας αναπροσαρμογής τους. Επιπροσθέτως, η εσωτερική συνοχή, η σαφήνεια, η πληρότητα, και η συμβατότητα των υλοποιούμενων προγραμμάτων με άλλες ιδέες, εμπειρίες και πρακτικές που συναντώνται στο πεδίο της παραγωγικής διαδικασίας. Τέλος, αναγκαία είναι η εκ των προτέρων και εκ των υστέρων αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και η σύνδεσή τους με τις πραγματικές ανάγκες των εκπαιδευόμενων και της αγοράς εργασίας (Οικονομική Κοινωνική Επιτροπή του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, 2005)

3.6 Η έννοια και το περιεχόμενο του χρόνου.

Η έννοια χρόνος είναι μια ανθρώπινη αίσθηση, σε αντίθεση με τα ζώα, που δεν έχουν αίσθηση του χρόνου, σύμφωνα με τα όσα είναι μέχρι σήμερα επιστημονικά παραδεκτά. Η σημαντικότητα του χρόνου για τον άνθρωπο έγκειται στο γεγονός ότι αν χαθεί δεν μπορεί ποτέ να αντικατασταθεί. Αν και όλα τα άτομα έχουν στη διάθεσή τους τον ίδιο ακριβώς χρόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας, αυτό που κάνει τη διαφορά είναι η αποτελεσματική χρησιμοποίησή του (Ζαβλανός, 1998).

Κάποιοι από τους βασικούς όρους που σχετίζονται με την έννοια του χρόνου είναι ο εργασιακός και ο προσωπικός χρόνος. Στον εργασιακό, ενυπάρχουν δυο επιπλέον κατηγορίες, η εκχώρηση αρμοδιοτήτων και ο χρόνος επιβαλλόμενος από τους υφισταμένους. Η πρώτη αναφέρεται *«στην μεταβίβαση ευθυνών σε άλλους, μαζί, όμως, με την εκχώρηση αρμοδιοτήτων και εξουσιοδοτήσεων σε βαθμό ανάλογο με τις ευθύνες για την επίτευξη των αποτελεσμάτων»*, ενώ η δεύτερη στο χρόνο *«που δαπανά ο προϊστάμενος για εργασίες που κανονικά ανήκουν στους υφισταμένους του»*. Ο προσωπικός

χρόνος είναι «το χρονικό διάστημα που επιλέγει κάποιος, κατά τη διάρκεια του οποίου είναι ελεύθερος να κάνει αυτό που θέλει» (Montana, Charnov, 2000).

3.6.1 Διαχείριση του χρόνου.

Ο χρόνος μπορεί να γίνει διαφορετικά αντιληπτός για κάθε άτομο ανάλογα με την ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000). Σε στρεσογόνες περιπτώσεις η διαχείριση του χρόνου αποτελεί μια από τις βασικές τεχνικές αντιμετώπισης του στρες. Το πρόβλημα δεν οφείλεται στην ποσότητα, αλλά στον τρόπο αξιοποίησής του (Χρησιτίδης, 2002).

Βασικό κριτήριο για τη σωστή διαχείριση του χρόνου είναι η ανάπτυξη αυτογνωσίας σε σχέση με αυτόν, η θέσπιση δηλαδή σωστού προγραμματισμού της κάθε ενέργειας χωρίς να παραμερίζεται καμία πτυχή του εαυτού. Η έλλειψη σχετικής οργάνωσης, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα στρες, τόσο στην εργασία όσο και στην προσωπική ζωή του ατόμου (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000). Αναφορικά με τον προγραμματισμό του προσωπικού χρόνου πρόκειται για μια ατομική διαδικασία που πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του καθενός (ελεγχόμενος χρόνος). Στον εργασιακό χρόνο ο έλεγχος είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Ο εργαζόμενος διακόπτεται συνεχώς από το έργο που επιτελεί για να αντιμετωπίσει απρόσμενες καταστάσεις μέσα στο εργασιακό περιβάλλον (μη ελεγχόμενος) (Τζωρτζάκης, Τζωρτζάκη, 2002).

Σημαντικά στοιχεία στην διαχείριση του χρόνου είναι η κατάρτιση προγραμμάτων (λίστες), η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, η συγκέντρωση της προσοχής, η υποδιαίρεση των στόχων σε υπο-στόχους και άλλα. Για την αποτελεσματικότερη διαχείρισή του, απαραίτητη είναι αρχικά η σωστή εκτίμηση του χρόνου, ο υπολογισμός ενός διαλείμματος μεταξύ των δραστηριοτήτων, η μη πίεση του προγράμματος για εξυπηρέτηση άλλων και τέλος ο υπολογισμός επιπλέον χρόνου για έκτακτες περιπτώσεις (Χρησιτίδης, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

4.1 Στοιχεία προσωπικότητας που επιδρούν στην συμπεριφορά του εργαζόμενου

Βασική επιδίωξη κάθε οργάνωσης είναι η ποσοτική και ποιοτική εργασία των εργαζομένων για την επίτευξη των στόχων της. Κατά τον ίδιο τρόπο βασική επιδίωξη και προσδοκία κάθε εργαζόμενου είναι να απολαμβάνει «ποιότητα εργασίας». Η ποιότητα αφορά συγκεκριμένα την ικανοποίηση για τις συνθήκες αμοιβής και εργασίας, την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, την εύκαμπτη οργάνωση της εργασίας και ρυθμίσεις σχετικά με το χρόνο εργασίας. Η ποιότητα συνδέεται επίσης στενά με την παραγωγικότητα. Πέρα όμως από τις συνθήκες που πρέπει να επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον, ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στις ανάγκες, στα ενδιαφέροντα, στις προσδοκίες ή και στα προβλήματα που πιθανόν κάθε άτομο να έχει. Όσο δύσκολο κι αν ακούγεται στους ηγέτες των οργανώσεων κάτι τέτοιο, είναι πολύ ουσιαστικό καθώς η ενεργή συμμετοχή και η καλή απόδοση του κάθε εργαζόμενου συνιστά και την καλή λειτουργία και απόδοση όλης της οργάνωσης. Στους χώρους εργασίας συχνά ακούγεται η φράση “είναι ανεπαρκής στην απόδοσή του/της”. Όταν όμως λέμε ότι ένας άνθρωπος είναι ανεπαρκής στην απόδοσή του, δεν σημαίνει πάντα ότι ο άνθρωπος αυτός δεν έχει τις ικανότητες, αλλά ότι μπορεί η θέλησή του να είναι μειωμένη.

Στα προηγούμενα κεφάλαια κάναμε μια μικρή ανάλυση της προσωπικότητας και της αυτοαντίληψης. Στο παρόν κεφάλαιο η ανάλυσή μας θα εστιάσει στους παράγοντες που κατά κάποιο τρόπο διαμορφώνουν τη συμπεριφορά και πιο συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στις έννοιες «ενδιαφέρον», «αξίες», «κίνητρα», «ανάγκες», «επαγγελματική ικανοποίηση» και τέλος στην «επαγγελματική ανάπτυξη».

Ας ξεκινήσουμε λοιπόν με την έννοια «ενδιαφέρον». Το ενδιαφέρον είναι ένας πολύ ισχυρός παράγοντας για την εργασία. Όταν υπάρχει ενδιαφέρον, η προσοχή συγκεντρώνεται εύκολα, η αντίληψη διεγείρεται, η μνήμη και η φαντασία πλουτίζονται, ακόμα και η κόπωση ελαττώνεται. Η όρεξη για δουλειά κεντρίζει τη θέληση και αυξάνει την ταχύτητα απόδοσης. Η

ανάπτυξη του ενδιαφέροντος έχει να κάνει με τις ικανότητες, την προσωπικότητα, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και τις ειδικές εμπειρίες που αποκτά το άτομο στη ζωή του. Ένα επιτυχημένο έργο που είναι αποτέλεσμα των ικανοτήτων ενός ατόμου, επιφέρει την επιδοκιμασία, η οποία με τη σειρά της παράγει το ενδιαφέρον. Όταν λοιπόν υπάρχει ενδιαφέρον από την πλευρά του ατόμου για το επάγγελμα που ασκεί, αυτό συνεπάγεται τη δημιουργία ορισμένων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων όπως:

α.) δημιουργία θετικών συναισθημάτων, καθώς οτιδήποτε μας ενδιαφέρει μας ευχαριστεί να ασχολούμαστε μ' αυτό.

β.) αφιέρωση αρκετού χρόνου στην ενασχόλησή μας μ' αυτό που μας κινεί το ενδιαφέρον

γ.) επιμονή, καθώς ότι αγαπάμε και μας ενδιαφέρει δεν το εγκαταλείπουμε γρήγορα

δ.) ανάπτυξη συνεργασίας και φιλικής σχέσης με τα άτομα που έχουν τα ίδια ενδιαφέροντα με μας.

ε.) ελάττωση ή και μη εκδήλωση άγχους καθώς η ενασχόλησή μας με κάτι που μας ενδιαφέρει και μας ευχαριστεί λειτουργεί ως «ασπίδα» στα δυσάρεστα συναισθήματα και στις αρνητικές σκέψεις.

στ.) επίτευξη στόχων, καθώς όταν ασχολούμαστε με ενδιαφέρον για κάτι, υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να επιτύχουμε σ' αυτό.

Ένα άτομο που γνωρίζει τι θέλει και συνεπώς ξέρει τι κάνει, υποδηλώνει το άμεσο, το πηγαίο ενδιαφέρον του. Αλλά πέρα απ' αυτό, το άτομο μπορεί να αναπτύξει και ένα έμμεσο ενδιαφέρον, σαν μέσο προκειμένου να φτάσει σε κάποιο απώτερο σκοπό. Από τη στιγμή λοιπόν που υπάρχει ενδιαφέρον για κάτι, αυτομάτως δημιουργούνται και οι προσδοκίες, των οποίων το ρόλο επισημίναμε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Προκειμένου να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά ενός ατόμου, πρέπει να γνωρίσουμε το ίδιο το άτομο και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που το διακρίνουν. Η συμπεριφορά καθορίζεται από τις προθέσεις του ατόμου και συνεπώς διαμορφώνεται από τις αξίες του, τα κίνητρα, τις δεξιότητές του, τη στάση του και τη συναισθηματική του κατάσταση.

➤ ΣΤΑΣΗ

Η στάση είναι ένα μόνιμο συναίσθημα, πιστεύω ή συμπεριφορά που έχει σχέση με ένα συγκεκριμένο άτομο, ομάδα ιδέα ή αντικείμενο. Με λίγα λόγια «στάση είναι η πνευματική ή ψυχική προδιάθεση του ατόμου απέναντι σε πρόσωπα, πράγματα ή καταστάσεις και διακρίνεται σε θετική, αρνητική και ουδέτερη. Ενώ Συμπεριφορά είναι ο τρόπος που επικοινωνεί το άτομο, δηλαδή τι κάνει και τι λέει» (Γιαννουλέας,1998:23). Η σύνδεση μεταξύ της στάσης και της συμπεριφοράς δεν είναι πάντα βέβαιη. Μια στάση είναι δυνατόν να καταλήξει σε μία σκοπούμενη συμπεριφορά. Ωστόσο, η πρόθεση του ατόμου μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να εκδηλωθεί και σε κάποιες άλλες όχι. Έτσι λοιπόν καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι οι στάσεις δεν προδικάζουν πάντα τη συμπεριφορά, ο δεσμός όμως που υπάρχει ανάμεσα σ' αυτές τις δύο έννοιες είναι σημαντικός. Η στάση δεν είναι εύκολα παρατηρήσιμη, καθώς έχει ένα καθαρά υποκειμενικό χαρακτήρα και ουσιαστικά συνήθως συμπεραίνεται από τη συμπεριφορά του ατόμου.

Η στάση ενός ατόμου μπορεί να μεταβληθεί εξαιτίας της αλλαγής των συνθηκών. Τη στάση του ατόμου για κάποιο θέμα, την επηρεάζουν αποφασιστικά και όσοι έχουν σχέση μαζί του γύρω απ' αυτό το θέμα ή ακόμη και εκείνοι με τους οποίους συζητά για το συγκεκριμένο θέμα. Έτσι λοιπόν η ικανότητα ενός ατόμου να αντιλαμβάνεται τις στάσεις των άλλων και η γνώση του τρόπου και των δυνατοτήτων επηρεασμού των στάσεων προς την επιθυμητή κατεύθυνση, δίνει στο άτομο και ιδίως στο ηγετικό στέλεχος μιας οργάνωσης, ένα ισχυρό μέσο για την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων, είτε ατομικών, είτε οργανωτικών.

Όπως συνεπάγεται από τον ορισμό η στάση συνδέεται με την αντίληψη, τις αξίες και τα πιστεύω του ατόμου.

➤ ΑΞΙΕΣ

«Αξίες είναι εκείνα τα στοιχεία που ένα άτομο θεωρεί σπουδαία στη ζωή του» (Γιαννουλέας,1998:103). Οι αξίες έχουν περιεχόμενο και ένταση. Το μεν περιεχόμενο προσδιορίζει τον τρόπο συμπεριφοράς η δε ένταση προσδιορίζει το βαθμό σημαντικότητας. Οι άνθρωποι δεν δίνουν τη ίδια αξία σε καθετί, αλλά διακατέχονται από ένα σύστημα αξιών, που έχει σχέση με τα κοινωνικά,

πολιτικά, θρησκευτικά και άλλα πιστεύω. Οι αξίες με λίγα λόγια, είναι αποκρυσταλλωμένες βαθύτερες πεποιθήσεις, προτιμήσεις, στάσεις, ιδέες και γνώμες του ατόμου, οι οποίες με τρόπο δυναμικό και πολλές φορές ασυνείδητο κατευθύνουν τη συμπεριφορά του και τις επιλογές του. Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο επιλέγει και εσωτερικεύει συγκεκριμένες αξίες είναι πολυσύνθετος και βασίζεται ταυτόχρονα στην οικογένεια, στα βιώματα του και στο ευρύτερο κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο.

Η διαφορά των αξιών από τις στάσεις ή τις απλές απόψεις του ατόμου, έγκειται στον βαθμό στον οποίο αυτές επηρεάζουν τη συμπεριφορά του, καθώς και στη δυσκολία αλλαγής τους. Οι αξίες είναι σχετικά σταθερές και αμετάβλητες. Επίσης οι αξίες ενός ατόμου, καθορίζουν και τον βαθμό απόδοσής του στην πραγματοποίηση ενός έργου. Οι άμεσες αποφάσεις όπως και τα μακροπρόθεσμα σχέδια επηρεάζονται συνειδητά και ασυνείδητα από το ατομικό σύστημα αξιών. Το αίσθημα αυτάρκειας εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο οι αξίες αυτές εκφράζονται στην καθημερινή ζωή. Η ασυμβατότητα ή η σύγκρουση αξιών σε ενδοατομικό ή ενδοομαδικό επίπεδο αποτελούν την ρίζα πολλών προσωπικών και διαπροσωπικών προβλημάτων. (Κωνσταντάκου, 1995)

Όπως κάθε άτομο έχει τις δικές του προσωπικές αξίες έτσι και η κάθε οργάνωση έχει το δικό της σύστημα αξιών, το οποίο διαμορφώνεται από τους ίδιους τους ανθρώπους που εργάζονται σ' αυτή, αλλά και από τις συνθήκες του εξωτερικού περιβάλλοντος. Όταν λοιπόν όλοι οι εργαζόμενοι ενστερνίζονται και εφαρμόζουν κοινές αξίες, τότε υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να φτάσουν στην επιτυχία, ωφελώντας κατά αυτό τον τρόπο την οργάνωση ως σύνολο.

4.2 Η σημασία των κινήτρων για τους εργαζόμενους και τις οργανώσεις.

Τα κίνητρα είναι αυτά που ωθούν τους ανθρώπους, να αναπτύσσουν διάφορες δραστηριότητες. Είναι αυτά που ενεργοποιούν και παρακινούν τους ανθρώπους να εκπληρώσουν κάποιο σκοπό. Καθημερινά παρατηρούμε γύρω μας ανθρώπους που εργάζονται πολύ και άλλους που εργάζονται λιγότερο.

Αυτές οι διαφορετικές συμπεριφορές μπορούν να εξηγηθούν και να κατανοηθούν, εάν διερευνηθούν τα κίνητρα αυτών των ατόμων.

Κάθε εργαζόμενος για να είναι αποτελεσματικός στην εργασία του, θα πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

- α.) να έχει γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες που θα τον καταστήσουν ικανό να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της θέσης του,
- β.) να αντιλαμβάνεται το ρόλο που έχει μέσα στην οργάνωση και
- γ.) να του παρέχονται τα απαραίτητα κίνητρα για εργασία.

Όταν λέμε κίνητρα εργασίας, εννοούμε όλα τα μέτρα που λαμβάνονται από την ηγεσία της οργάνωσης, για την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Για να αποδώσουν δηλαδή οι εργαζόμενοι, θα πρέπει στην οργάνωση να υπάρχει το κατάλληλο κλίμα και να αναπτυχθούν όλες εκείνες οι απαραίτητες τεχνικές κινητοποίησης τους.

Η παρακίνηση θεωρείται ότι συνδέεται με τις ανθρώπινες ανάγκες. Τόσο η ανάγκη, όσο και το κίνητρο για να διεγείρουν μία συμπεριφορά, πρέπει να είναι παρόντα. Η εργασία είναι και αυτή μία ανάγκη, όχι μόνο από πλευράς βιοπορισμού, αλλά και ως έκφραση της ενεργητικότητας του ανθρώπου.

«Τα κίνητρα θα μπορούσαμε να τα κατατάξουμε στις εξής κατηγορίες:

- α.) Κίνητρα που αφορούν την οργάνωση του οργανισμού (βελτίωση των συνθηκών εργασίας, διαρρύθμιση χώρων εργασίας, κανονισμοί εργασίας, κ.λπ.)
- β.) Κίνητρα που αφορούν τις υπηρεσιακές σχέσεις εργαζομένων και οργάνωσης (αρμοδιότητες, ευθύνες, έλεγχος, πειθαρχία, αποφάσεις διεύθυνσης, προσλήψεις, απολύσεις, κ.λπ.) και
- γ.) Κίνητρα που αφορούν απευθείας τους εργαζόμενους (αμοιβές, μισθοί, προαγωγές, έπαινοι, κ.λπ.)» (Γεωργόπουλος, 1989:174).

Κατά καιρούς διάφοροι επιστήμονες έχουν αναπτύξει κάποιες θεωρίες για τις ανθρώπινες ανάγκες και τα κίνητρα, στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν την παρακίνηση και τη σύνδεσή της με τις ανάγκες. Έτσι λοιπόν, υπάρχουν δύο γενικές κατηγορίες θεωριών παρακίνησης:

«Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στις ανάγκες που παρακινούν τα άτομα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι θεωρίες του Maslow, Alderfer, Herzberg και Mc Clelland. Με άλλα λόγια στις θεωρίες αυτές περιγράφουν το τι παρακινεί τη συμπεριφορά των ατόμων.

Η δεύτερη κατηγορία εξηγεί το πώς και γιατί τα άτομα παρακινούνται. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν οι θεωρίες της προσδοκίας του Vroom και της ισότητας-δικαιοσύνης» (Ζαβλανός, 2002:87). Επίσης οι «Porter, Lawler, Locke και Skinner ανέπτυξαν τέτοιες θεωρίες παρακίνησης» (Χυτήρης, 2001:157).

Παρότι έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες στη συνέχεια θα αναφέρουμε τις πιο γνωστές και από τις δύο κατηγορίες, τις οποίες και προαναφέραμε.

4.2.1 Θεωρίες κινήτρων.

1. Η Θεωρία του Maslow για την ιεραρχία των ανθρώπινων αναγκών.

Μέχρι πρότινος, οι εργοδότες ή οι προϊστάμενοι των οργανώσεων θεωρούσαν, ότι καλύπτοντας τις βιολογικές ανάγκες των εργαζομένων τους ήταν αρκετό. Πίστευαν ότι ένας σχετικά καλός μισθός λύνει όλα τα προβλήματα. Με την πάροδο του χρόνου όμως έγινε αντιληπτό, ότι ο άνθρωπος για να είναι ικανοποιημένος και να μπορεί να δουλεύει παραγωγικά, δεν αρκεί να έχει ένα καλό μόνο μισθό, αλλά έχει και άλλες ανάγκες. Η ανάγκη είναι μία κατάσταση στερήσεως, η οποία όταν υπάρχει δημιουργείται στον άνθρωπο η επιθυμία, η ορμή ή το ένστικτο (όπως χαρακτηριστικά το όρισε ο Freud), να καλυφθεί. Αυτή η ορμή ή τα κίνητρα είναι διαφορετικής εντάσεως, ανάλογα με τη φύση της ανάγκης και το χαρακτήρα του ατόμου.

«Η θεωρία του Maslow δεν αναφέρεται ειδικά στο χώρο της εργασίας, αλλά είχε ιδιαίτερη απήχηση σε αυτόν τα πρώτα χρόνια τουλάχιστον της εμφάνισής της. Σύμφωνα με τον Maslow, ο άνθρωπος έχει ανάγκες που είναι ιεραρχημένες, ως προς τη σειρά με την οποία πρέπει να ικανοποιούνται» (Καντάς, 1995:50).

Αυτές είναι:

«Α.) Φυσιολογικές ανάγκες: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για αέρα, τροφή, στέγη, σεξ, κλ.π

Β.) Ανάγκες ασφάλειας και σταθερότητας: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για ασφάλεια και σταθερότητα.

Γ.) Κοινωνικές ανάγκες: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για συντροφικότητα, στοργή και φιλία.

Δ.) Ανάγκες για κοινωνική θέση και εκτίμηση: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για αναγνώριση, κοινωνική θέση, αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμό.

Ε.) Αυτοπραγμάτωση: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για ανάπτυξη, επιτυχία και εξέλιξη» (Ζαβλανός,2002:96).

Ο Maslow τις ανάγκες τις έχει ιεραρχήσει και τις έχει αναπαράσθησει με μία πυραμίδα, στη βάση της οποίας είναι οι βιολογικές ανάγκες και στην κορυφή της είναι οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης. Το κριτήριο της ιεράρχησης αυτής είναι η σπουδαιότητα που αποδίδουν σ' αυτές οι άνθρωποι. Οι πρωταρχικές και βασικές ανάγκες είναι οι βιολογικές ή φυσιολογικές, καθώς εάν ο άνθρωπος δεν τις καλύψει, δεν μπορεί να ζήσει. Με λίγα λόγια, οι βιολογικές ανάγκες είναι αυτές από τις οποίες εξαρτάται η επιβίωσή μας και φυσικά καλύπτονται κυρίως μέσα από την εργασία. Όταν λοιπόν ένα άτομο ικανοποιήσει μια ανάγκη του, τότε αυτή η ανάγκη παύει να αποτελεί κίνητρο και το άτομο επιθυμεί να ικανοποιήσει την ανώτερη κατηγορία αναγκών. Για παράδειγμα, όταν οι φυσιολογικές ανάγκες έχουν σχετικά ικανοποιηθεί, η αμέσως ανώτερη βαθμίδα των αναγκών, δηλαδή η ανάγκη για ασφάλεια, η προστασία από τον κίνδυνο, την απειλή κ.λπ. αποκτά σημασία και αποτελεί κίνητρο (Καντάς,1998). Ειδικά για τον εργαζόμενο η ανάγκη για ασφάλεια στο εργασιακό του περιβάλλον είναι υψίστης σημασίας. «Μέσα για την ικανοποίηση αυτής της ανάγκης μπορεί να είναι η επιδίωξή του να αποκτήσει ασφάλεια στις συνθήκες εργασίας, η αύξηση των αποδοχών, η συνεχής εξασφάλιση εργασίας και άλλα οφέλη που σχετίζονται με την υγεία, την προστασία και τις συνταξιοδοτικές τους ανάγκες» (Ζαβλανός, 2002:98).

«Όταν ο εργαζόμενος έχει ικανοποιήσει διαμέσου του μισθού του ή και άλλων εισοδημάτων τις βιολογικές του ανάγκες και οι ανάγκες ασφάλειας καλύπτονται από το εργασιακό καθεστώς, τότε στρέφεται στην ικανοποίηση των αναγκών εκτίμησης και αναγνώρισης. Η υποκινητική πολιτική της διοίκησης της επιχείρησης θα πρέπει να είναι προσανατολισμένη, στην κατεύθυνση της ικανοποίησης των αναγκών εκτίμησης με την παροχή τιμητικών διακρίσεων, ευκαιριών εξέλιξης και επιμόρφωσης, κ.λπ.» (Γιαννουλέας,1998:92).

Ο Maslow θεωρεί ότι ένα άτομο μπορεί να ανεβαίνει ή να κατεβαίνει τα διάφορα επίπεδα αναγκών. Αν σε κάποια χρονική στιγμή απειληθεί ένα χαμηλότερο επίπεδο αναγκών, τότε αυτό θα ξαναγίνει κυρίαρχο και θα

αποκτήσει σημαντική θέση στα κίνητρα του ατόμου (Τζωρτζάκης-Τζωρτζάκη,2002) .

Το μέγιστο προσωπικό κίνητρο θεωρείται αυτό της αυτοπραγμάτωσης κι αυτό γιατί λίγοι άνθρωποι καταφέρνουν να φτάσουν σ' αυτό το επίπεδο. Για τους περισσότερους ανθρώπους η αυτοπραγμάτωση παραμένει μία διαρκής επιθυμία, ένα συνεχές κίνητρο.

Όπως έχουμε προαναφέρει, κάθε οργάνωση έχει κάποιες απαιτήσεις από τους εργαζόμενους, οι οποίες απαιτήσεις σχετίζονται με τους στόχους της. Καλείται δηλαδή ο κάθε εργαζόμενος, να συμβάλλει με τις ειδικές του γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες, ώστε να εκπληρωθούν οι στόχοι αυτοί. Ανάλογες απαιτήσεις όμως έχουν και οι εργαζόμενοι από την οργάνωση, οι οποίες αφορούν την ικανοποίηση των διαφόρων αναγκών τους. Από τη στιγμή που ένας εργασιακός χώρος ικανοποιεί ορισμένες από αυτές τις ανάγκες, δημιουργεί και το κίνητρο στον εργαζόμενο να παραμείνει σ' αυτόν και να αποδώσει ανάλογα. Αν τώρα μέσα σε ένα εργασιακό χώρο δεν ικανοποιούνται παρά μόνο οι πολύ βασικές ανάγκες, τότε δημιουργείται ντιστρες στον εργαζόμενο, με αποτέλεσμα να μειώνεται η απόδοσή του στην εργασία που κάνει και ουσιαστικά να μην μπορεί να προσφέρει στην επίτευξη των στόχων της οργάνωσης. Έτσι ανάλογα με τον αριθμό των εργαζομένων που δεν ικανοποιούνται από την εργασία τους ή από το ευρύτερο εργασιακό τους περιβάλλον, θα υπάρχει και το ανάλογο κόστος από τη χαμηλή παραγωγικότητα τους στην οργάνωση. Εκτός από τη χαμηλή παραγωγικότητα, άλλες συνέπειες θα είναι οι συχνές απουσίες από τον εργασιακό χώρο, η μη συμμετοχή στις δραστηριότητες της οργάνωσης, χαμηλό ηθικό, κακή επικοινωνία και γενικότερα αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις, ατυχήματα, έλλειψη εμπιστοσύνης, κ.λπ.

2. Η Θεωρία του Alderfer-ERG.

«Ο Alderfer ανέπτυξε μια θεωρία παρακίνησης, η οποία πλησιάζει πολύ τη θεωρία του Maslow, αλλά διαφέρει κατά το ότι μειώνει τα επίπεδα αναγκών από πέντε σε τρία. Η θεωρία αυτή είναι γνωστή σαν ERG ή «θεωρία των αναγκών Ύπαρξης-Κοινωνικών σχέσεων και Ανάπτυξης» και πήρε το όνομα (ERG) από τα αρχικά των ξένων λέξεων EXISTENCE-RELATEDNESS-

GROWTH, που αντιπροσωπεύουν τα τρία επίπεδα ανθρώπινων αναγκών όπως τα «είδε» ο Alderfer» (Χυτήρης,2001:160).

«Οι κατηγορίες αναγκών όπως ταξινομούνται από τον Alderfer είναι οι εξής :

A.) Οι ανάγκες ύπαρξης → αντίστοιχες βιολογικές και ασφάλειας του Maslow

B.) Οι ανάγκες κοινωνικών σχέσεων → αντίστοιχες μ' αυτές που περιγράφει ο Maslow

Γ.) Οι ανάγκες ανάπτυξης → αντίστοιχες ανάγκες για σεβασμό και αυτοπραγμάτωση του Maslow (Χυτήρης,2001: 160).

Ο Alderfer με αυτή του τη θεωρία, τονίζει ότι είναι δυνατόν να ικανοποιούνται ταυτόχρονα περισσότερες από μία κατηγορίες αναγκών, περιορίζοντας κατά αυτό τον τρόπο την ακαμψία της ιεράρχησης της θεωρία του Maslow, πράγμα για το οποίο ο Maslow κρίθηκε αρνητικά. Επίσης σε αντίθεση με τον Maslow, υποστηρίζει ότι είναι δυνατόν ένα άτομο, να επιδιώξει την ικανοποίηση κατώτερων αναγκών, όταν υπάρξει αδυναμία ικανοποίησης αναγκών ανώτερου επιπέδου (Χυτήρης,2001).

3. Η Θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg.

Η θεωρία των δύο παραγόντων ή Υποκίνησης και Συντήρησης όπως αλλιώς αποκαλείται, είναι άλλη μία θεωρία παρακίνησης, η οποία βασίζεται σε συμπεράσματα που προέκυψαν από μία εμπειρική έρευνα, που αφορούσε τις στάσεις των ατόμων απέναντι στην εργασία.

Ο Herzberg έστρεψε το ενδιαφέρον του στις αιτίες της υποκίνησης των ατόμων που σχετίζονται με την εργασία. Έτσι λοιπόν υποστήριξε ότι μόνον οι ανάγκες που αντιστοιχούν στα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοολοκλήρωσης του Maslow, λειτουργούν αποτελεσματικά ως άμεσες πηγές υποκίνησης για αποτελεσματική εργασία. Αυτά τα ανώτερα επίπεδα αναγκών της ιεραρχίας του Maslow, ο Herzberg τα ονόμασε **κίνητρα**. Στα κατώτερα επίπεδα αναγκών, και ιδιαίτερα των βασικών βιολογικών αναγκών και της ανάγκης για ασφάλεια, ο Herzberg έδωσε τον όρο **αντικίνητρα**, γιατί θεώρησε ότι δεν αποτελούν παράγοντες υποκίνησης. Αντιθέτως πίστευε, ότι ενεργούν ως **παράγοντες αυτοσυντήρησης**, καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν δεδομένο και αυτονόητο, ότι πρέπει να ικανοποιούνται αυτές οι ανάγκες (Montana και Charnov, 2002). Διαπίστωσε δηλαδή ότι «οι παράγοντες που

συνδέονται με τις θετικές στάσεις προς την εργασία και συντελούν στη δημιουργία ικανοποίησης και κινήτρων, αναφέρονται στο περιεχόμενο της εργασίας, είναι δηλαδή εσωγενείς παράγοντες. Ενώ οι παράγοντες που συνδέονται με τα αρνητικά αισθήματα απέναντι στην εργασία και συντελούν στη δημιουργία αισθήματος δυσαρέσκειας, αναφέρονται στο περιέχον πλαίσιο της εργασίας, στο περιβάλλον, είναι δηλαδή εξωγενείς παράγοντες και ονομάστηκαν αλλιώς ως **παράγοντες υγιεινής**. Η εξάλειψη των παραγόντων δυσαρέσκειας, δε σημαίνει ότι αυτόματα επέρχεται ικανοποίηση από την εργασία. Αποφεύγονται απλώς τα αισθήματα δυσαρέσκειας» (Καντάς, 1998:58).

4. Η Θεωρία του Mc Clelland

«Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι ανάγκες που καθορίζουν το επίπεδο παρακίνησης στον εργασιακό χώρο, είναι επίκτητες, τις αποκτά ο άνθρωπος καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Οι τρεις αυτές ανάγκες είναι:

α. Ανάγκη για επίτευγμα: η επιθυμία να επιτύχει κανείς κάτι δύσκολο, να κάνει μια μεγάλη επιτυχία, να τα καταφέρει στα πολύπλοκα έργα και να ξεπερνά τους άλλους.

β. Ανάγκη για σχέσεις: η επιθυμία του ατόμου να κάνει προσωπικές σχέσεις, να αποφεύγει τις συγκρούσεις και να συνάπτει ισχυρές φιλικές σχέσεις.

γ. Ανάγκη για δύναμη (επιρροή): η επιθυμία να επηρεάζει κανείς ή να ελέγχει τους άλλους, να είναι υπεύθυνος για τους άλλους και να έχει εξουσία πάνω τους» (Χυτήρης, 2001:164).

5. Η Θεωρία της Προσδοκίας του V. Vroom

«Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η προσπάθεια που καταβάλλει το άτομο εξαρτάται από την προσδοκία απόδοσής του, από το αποτέλεσμα που προσδοκά και από το πόσο επιθυμητό του είναι το αποτέλεσμα. Στον εργασιακό χώρο η προσπάθεια που καταβάλλει ο εργαζόμενος σε μία συγκεκριμένη εργασία, εξαρτάται από την προσδοκώμενη απόδοση, το αποτέλεσμα-κίνητρο και την ένταση του κινήτρου-αποτελέσματος. Λέγοντας προσδοκώμενη απόδοση εννοούμε, την απόδοση που ο εργαζόμενος αναμένει-πιθανολογεί να έχει σε μια συγκεκριμένη εργασία με βάση τις

γνώσεις και τις δεξιότητές του. Αποτέλεσμα-κίνητρο είναι το όφελος που προκύπτει για τον εργαζόμενο από τη συγκεκριμένη απόδοσή του. Ένταση αποτελέσματος-κινήτρου είναι το πόσο σημαντικό-επιθυμητό είναι το αποτέλεσμα-κίνητρο για το άτομο» (Γιαννουλέας,1998:98).

6. Η Θεωρία των Porter και Lawler

Το υπόδειγμα παρακίνησης των Porter και Lawler αποτελεί μια περαιτέρω εξέλιξη της θεωρίας του Vroom. Σύμφωνα μ' αυτούς τους θεωρητικούς, οι άνθρωποι καταφεύγουν σε διάφορες υπολογιστικές διαδικασίες προτού υλοποιήσουν μία δράση. Συγκεκριμένα θεωρούν, ότι η απόδοση των ατόμων σχετίζεται με την υποκειμενική εκτίμηση των ωφελειών που θα έχουν, την πραγματική ανταμοιβή που θα έχουν μετά το πέρας της εργασίας τους. Επομένως σύμφωνα με αυτή την θεωρία, η παρακίνηση δεν σχετίζεται με την απόδοση, αλλά με το είδος και την ποσότητα των ανταμοιβών που τα άτομα θα εισπράξουν. Σημαντικό είναι το άτομο να αντιλαμβάνεται το ρόλο του στην εργασία προκειμένου να έχει υψηλή απόδοση (Χυτήρης,2001).

7. Η Θεωρία της στοχοθέτησης του Locke

Η θεωρία της στοχοθέτησης στηρίζεται στη διαπίστωση ότι κάθε ανθρώπινη ενέργεια είναι απαραίτητο να κατευθύνεται προς κάποιο στόχο. Έτσι λοιπόν, οι προϊστάμενοι προκειμένου να επιτύχουν την επιθυμητή συμπεριφορά από τους εργαζόμενους, θα πρέπει να καθορίζουν με σαφήνεια τους στόχους, οι οποίοι θα είναι αποδεκτοί από τους εργαζόμενους, ώστε να αποδίδουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην εργασία τους. (Χυτήρης, 2001)

8. Η Θεωρία της Ενίσχυσης του Skinner

Σύμφωνα με τον Skinner, οι επιπτώσεις της συμπεριφοράς ενός ατόμου καθορίζουν το βαθμό της υποκίνησής του. Συμπεριφορά που ενισχύεται με ανταμοιβή θα επαναλαμβάνεται, ενώ συμπεριφορά που δεν ενισχύεται είναι λιγότερο πιθανό να επαναληφθεί (Montana και Charnov,2002).

9. Η Θεωρία της Ισότητας-Δικαιοσύνης του Adams

«Ο Adams με τη θεωρία της δικαιοσύνης υποστηρίζει ότι η αντίληψη της αδικίας είναι ισχυρή δύναμη υποκίνησης στον εργασιακό χώρο. Εξαρτάται από την αντίληψη της αντικειμενικότητας κατά τη σύγκριση μισθών και αμοιβών μεταξύ των εργαζομένων, καθώς και από τη σύγκριση της σχέσης των αμοιβών με παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η εμπειρία και η θέση στην ιεραρχία» (Montana και Charnov, 2002:313). Αυτές οι συγκρίσεις θα προσδιορίσουν και το βαθμό ικανοποίησης και απόδοσης των εργαζομένων στην εργασία τους.

10. Οι Θεωρίες X και Ψ του McGregor

Ο McGregor διατύπωσε τις θεωρίες X και Ψ προκειμένου να καταδείξει, το πώς οι υποθέσεις για την ανθρώπινη φύση επηρεάζουν τη συμπεριφορά των προϊσταμένων απέναντι στους υφιστάμενους. Έτσι λοιπόν η **θεωρία X** στηρίζεται στην υπόθεση, ότι ο άνθρωπος είναι από τη φύση του φυγόπονος και επομένως πρέπει οι προϊστάμενοι να εξαναγκάζουν, να ελέγχουν ή να καλοπιάνουν τους εργαζόμενους προκειμένου να τους κινητοποιήσουν. Η **θεωρία Ψ** αντίθετα πρεσβεύει, ότι οι άνθρωποι είναι υπεύθυνοι στη δουλειά τους κι ότι η εργασία γι' αυτούς αποτελεί μία φυσική δραστηριότητα. Επομένως οι προϊστάμενοι δεν χρειάζεται να εξαναγκάζουν ή να ασκούν έλεγχο στους εργαζόμενους, αλλά αντίθετα να τους υποστηρίζουν, να τους αναθέτουν αρμοδιότητες και να τους αφήνουν το περιθώριο να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες (Γιαννουλέας, 1998).

4.3 Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ένα ζήτημα το οποίο ειδικά τα τελευταία χρόνια έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και αναφέρεται στη γενική στάση και συμπεριφορά που έχει ένα άτομο προς την εργασία του. Αυτό που πάντα ενδιέφερε τους προϊσταμένους των διάφορων οργανώσεων ήταν να συμμετέχουν οι εργαζόμενοι ενεργά και να φέρνουν εις πέρας και επιτυχώς τις εργασίες τους. Τα τελευταία χρόνια όμως έχουν γίνει αρκετές έρευνες και

δημοσιεύσεις άρθρων όσον αφορά αυτό το θέμα, κι αυτό γιατί θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας τόσο από οικονομικής, όσο και από ανθρωπιστικής και ηθικής απόψεως. Ο λόγος που δημιουργήθηκε το ενδιαφέρον για την επαγγελματική ικανοποίηση και εξακολουθεί να ενδιαφέρει, είναι ότι οι θετικές ή οι αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία, μπορούν να έχουν ισχυρές επιδράσεις σε πολλές μορφές της συμπεριφοράς του ατόμου στο εργασιακό του περιβάλλον.

Αρκετοί θεωρητικοί έχουν προσπαθήσει να ορίσουν και να ερμηνεύσουν την επαγγελματική ικανοποίηση, χωρίς όμως να καταλήξουν σε ομοφωνία. Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με τα κίνητρα και την προσαρμογή. «Σύμφωνα με τον Ginzberg, υπάρχουν τρεις μορφές επαγγελματικής ικανοποίησης:

- 1. Οι εσωτερικές ικανοποιήσεις**, που μπορεί να είναι αποτέλεσμα (α) της “λειτουργικής ικανοποίησης”, εκείνου δηλαδή του ευχάριστου συναισθήματος που απορρέει από τη συμμετοχή σε παραγωγικές δραστηριότητες, ή (β) του αισθήματος της “δημιουργίας” που δοκιμάζει το άτομο όταν επιτυγχάνει αυτοέκφραση μέσω της επίδοσης.
- 2. Οι συνακόλουθες ικανοποιήσεις**, που είναι συνάρτηση των φυσικών, κοινωνικών και ψυχολογικών καταστάσεων που χαρακτηρίζουν το περιβάλλον της εργασίας. Για παράδειγμα, τέτοιες ικανοποιήσεις μπορεί να προέρχονται από την καθαριότητα και τάξη στο περιβάλλον, από τον κλιματισμό, τον καλό φωτισμό, την εργατοκεντρική διοίκηση, το κοινωνικό κλίμα, τη συνεργατικότητα των συναδέλφων, την καλή συμπεριφορά των ανωτέρων, κ.λ.π.
- 3. Οι εξωτερικές ικανοποιήσεις**, που αποτελούνται κυρίως από τις απλές απολαβές από την εργασία και που μπορεί να είναι κάθε υλικής μορφής» (Κασσωτάκης,2002:318).

Στην προηγούμενη ενότητα αναφέραμε τις πιο γνωστές θεωρίες αναγκών, παρακίνησης, προσδοκίας και στοχοθέτησης οι οποίες δεν αφορούν μόνο τα κίνητρα αλλά και την επαγγελματική ικανοποίηση. Τη σύνδεση των κινήτρων με την επαγγελματική ικανοποίηση την είδαμε ιδιαίτερα στις θεωρίες του Vroom, του Porter και Lawler, του Herzberg, του Locke και του Adams.

Οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια σχετίζονται είτε με το περιεχόμενο της εργασίας είτε με το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η εργασία. Τέτοιοι παράγοντες είναι για παράδειγμα, οι αποδοχές, η αυτονομία και οι σχέσεις με τους συναδέλφους. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται επίσης σε «ενδογενείς» και σε «εξωγενείς» σε σχέση με την εργασία. Ορισμένοι ερευνητές, όπως ο Herzberg, αποδίδουν τους ενδογενείς παράγοντες και με τον όρο «κίνητρα». Ο Herzberg εντόπισε πέντε παράγοντες που αποτελούν πηγές κινήτρων ή επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι παράγοντες αυτοί είναι η επίτευξη, η αναγνώριση του έργου, αυτή η ίδια η εργασία, η υπευθυνότητα και η δυνατότητα ανέλιξης. Οι εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι, όταν απουσιάζουν, αποτελούν πιθανές πηγές δυσαρέσκειας, είναι οι αποδοχές, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η πολιτική του οργανισμού και ο τρόπος διοίκησης, η εποπτεία και οι συνθήκες εργασίας (Ζαβλανός, 2002).

Ο Landy (1989) και Warr (1987) υποστήριξαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση, δεν είναι κάτι σταθερό και την εξετάσανε από βιολογικής άποψης. Επίσης υποστήριξαν ότι είναι δύσκολο ένας εργαζόμενος να είναι απόλυτα ικανοποιημένος, γιατί ακόμα κι αν συμβεί κάτι τέτοιο, δεν θα κρατήσει για πολύ (Καντάς, 1998).

«Η επαγγελματική ικανοποίηση εξετάζεται ως στάση που συντελεί στη διαμόρφωση ορισμένων άλλων συμπεριφορών ή στάσεων. Στην περίπτωση αυτή θεωρούμε την επαγγελματική ικανοποίηση ανεξάρτητη μεταβλητή, δηλαδή προσδιοριστικό ή καθοριστικό παράγοντα ή αίτιο. Παράλληλα μπορεί να εξεταστεί ως εξαρτημένη μεταβλητή, ως το αποτέλεσμα δηλαδή εξωτερικών αλλά και εσωτερικών προς το άτομο παραγόντων. Στην 1^η περίπτωση εξετάζουμε ποιες είναι οι συνέπειες της ύπαρξης ή έλλειψης της επαγγελματικής ικανοποίησης, ενώ στη 2^η εξετάζουμε τους παράγοντες που την καθορίζουν» (Καντάς, 1998:110).

A. Επαγγελματική ικανοποίηση ως ανεξάρτητη μεταβλητή

Παρότι γενικά επικρατεί η αντίληψη ότι η ικανοποίηση οδηγεί στην παραγωγικότητα, ωστόσο αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Μπορεί να συμβεί και το ακριβώς αντίθετο, δηλαδή ότι η παραγωγικότητα μπορεί να οδηγήσει σε ικανοποίηση. Άλλωστε η παραγωγικότητα πολλές φορές εξαρτάται και από

εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση του ατόμου. Επίσης είναι δυνατόν η απόδοση να οδηγήσει στην ικανοποίηση, γιατί η καλή απόδοση οδηγεί και σε αμοιβές.

Μια άλλη άποψη είναι, ότι η επαγγελματική ικανοποίηση οδηγεί στην αφοσίωση του ατόμου στην οργάνωση και τους στόχους της.

Από οργανωσιακής άποψης η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με χαμηλούς δείκτες απουσιών από την εργασία, των οποίων το κόστος είναι μεγάλο για κάθε οργάνωση. Ωστόσο σύμφωνα με τον Nicholson και τους συνεργάτες του, «τα αίτια της αυθαίρετης απουσίας από την εργασία δεν πρέπει να αναζητηθούν στο ίδιο το άτομο και στο βαθμό ικανοποίησης που νοιώθει, αλλά σε κανονιστικά πρότυπα στο χώρο εργασίας» (Καντάς,1998:112). Από την άλλη πλευρά υπάρχει και η άποψη ότι οι απουσίες από το χώρο εργασίας συμβαίνουν, λόγω αδυναμίας των ατόμων να αντιμετωπίσουν τις αιτίες που τα οδηγούν σ' αυτή τη συμπεριφορά.

Επίσης, η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται θετικά με χαμηλούς δείκτες κινητικότητας εργαζομένων και με τη βελτίωση της συμπεριφοράς των εργαζομένων. Παρόλο που πολλοί άλλοι παράγοντες συνδέονται με την κινητικότητα εργαζομένων, η ικανοποίηση είναι ο πιο σημαντικός. Ωστόσο και σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει μία παράμετρος που είναι η προσφορά εργασίας και η οποία πρέπει να υπολογιστεί προτού καταλήξουμε σε συμπεράσματα. Έτσι λοιπόν εάν υπάρχει προσφορά εργασίας, τότε ο εργαζόμενος θα αναζητήσει καλύτερη εργασία, με καλύτερες συνθήκες και αποδοχές. Εάν πάλι δεν υπάρχει προσφορά ζήτησης, τότε ο εργαζόμενος θα αναγκαστεί να παραμείνει στην επαγγελματική του θέση κι ας μην είναι ευχαριστημένος (Καντάς,1998).

Τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συνδέονται αρνητικά με την πρόθεση των εργαζομένων για παραίτηση και θετικά με την παραγωγικότητα. Σ' αυτήν την περίπτωση εξετάζονται το κατά πόσο εκπληρώνονται οι προσδοκίες του εργαζόμενου και αποφασίζει να παραμείνει στην εργασία του και να είναι αποδοτικός και σε ποιο βαθμό οι προσδοκίες του αυτές ισορροπούν με τις προσδοκίες των άλλων στον εργασιακό χώρο. Η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση είναι πιθανόν να συνδέεται με το ενδιαφέρον των εργαζομένων για την οργάνωση, με ισχυρή δέσμευση με την οργάνωση και ταύτιση με τους

στόχους της, ενώ σχετίζεται αρνητικά με τη συμμετοχή σε συνδικαλιστικές οργανώσεις.

Σε ανθρωπιστικό επίπεδο η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται με τη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή και τη φυσική και διανοητική υγεία. Τέλος, επειδή βελτιώνει την ποιότητα της εργασιακής ζωής του εργαζόμενου, συνδέεται αρνητικά με τις καρδιακές παθήσεις και το αυξημένο στρες.

B.) Η επαγγελματική ικανοποίηση ως εξαρτημένη μεταβλητή.

«Κατόπιν διεξαγωγής ορισμένων ερευνών, διαπιστώθηκε ότι ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό εργαζομένων δηλώνει ικανοποιημένο από την εργασία του. Η εξήγηση που δόθηκε γι' αυτό το γεγονός είναι ότι επειδή πρόκειται για μία συναισθηματικά φορτισμένη ερώτηση, είναι πολύ πιθανό να έγινε εκλογίκευση μιας παγιωμένης κατάστασης, ή η απάντηση να δόθηκε χωρίς προηγούμενη νοητική επεξεργασία. Όταν όμως, το ερώτημα «είστε ικανοποιημένοι από την εργασία σας;» τίθεται με έμμεσο και διπλωματικό τρόπο, τότε οι πραγματικές σκέψεις και επιθυμίες των ερωτώμενων αποκαλύπτονται» (Καντάς,1998:114).

«Άλλες έρευνες έδειξαν ότι ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης αυξάνει με την ηλικία ή συμβαδίζει με την ιεραρχική κλίμακα των επαγγελμάτων: οι χειρώνακτες εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από τους υπαλλήλους γραφείου ή τους εργαζόμενους στις πωλήσεις, οι οποίοι με τη σειρά τους εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που ασκούν ανώτερα επιστημονικά επαγγέλματα» (Καντάς,1998:114).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι γενικώς η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τους παράγοντες που είναι σχετικοί με το εργασιακό περιβάλλον, τους παράγοντες που σχετίζονται με συγκεκριμένες διαστάσεις της εργασίας και τους παράγοντες που είναι σχετικοί με τα ίδια τα άτομα-εργαζόμενους.

4.4 Η έννοια και η σημασία της επαγγελματικής ανάπτυξης –εξέλιξης.

Η επαγγελματική ανάπτυξη είναι ένα θέμα με το οποίο ασχολήθηκαν επιστήμες όπως η ψυχολογία και μάλιστα η εξελικτική ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η παιδαγωγική και οι οικονομικές επιστήμες. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια το θέμα της επαγγελματικής ανάπτυξης έχει αποκτήσει μεγάλο ενδιαφέρον και σημασία και έχουν αναπτυχθεί διάφορες τεχνικές συμβουλευτικής της σταδιοδρομίας και επαγγελματικού προσανατολισμού. Ένα άτομο από τη στιγμή της γέννησης του εξελίσσεται σωματικά, γνωστικά, συναισθηματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά ακολουθώντας μία συνεχή πορεία. Κατά τον ίδιο τρόπο ένα άτομο εξελίσσεται και επαγγελματικά. Κάθε άτομο επιδιώκει να πετύχει μια σταδιοδρομία που θα ολοκληρώσει την προσωπικότητά του.

Οι περισσότεροι άνθρωποι σήμερα εργάζονται σε οργανισμούς, η επιβίωση των οποίων εξαρτάται από το κέρδος και την αποδοτική τους λειτουργία και άρα οι ανάγκες και οι επιθυμίες των εργαζόμενων υποτάσσονται στις ανάγκες των οργανισμών. Αυτός είναι και ο λόγος που σήμερα, έχει δημιουργηθεί η ανάγκη περισσότερο από ποτέ για την κατάρτιση προγραμμάτων επαγγελματικής ανάπτυξης, τα οποία περιλαμβάνουν ακόμη και τους ίδιους τους προϊσταμένους ή διευθυντές, αφού έχει διαπιστωθεί ότι ακόμη και τα ανώτερα στελέχη, δεν αποδίδουν στο σύνολο των δυνατοτήτων τους ή ακόμη αποφεύγουν να υποταχθούν στην ακαμψία που συνεπάγεται η εργασία σε έναν οργανισμό (Δημητρόπουλος,2002).

«Οι υπηρεσίες επαγγελματικής ανάπτυξης στους οργανισμούς, περιλαμβάνονται κυρίως σε δυο είδη προγραμμάτων:

- **Προγράμματα σχεδιασμού της σταδιοδρομίας (career planning).** Όπου οι εργαζόμενοι προτρέπονται να αξιολογήσουν τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά και να διερευνήσουν τις εναλλακτικές λύσεις, όσον αφορά τη σταδιοδρομία τους.
- **Προγράμματα διαχείρισης της σταδιοδρομίας (career management)** που αφορούν κυρίως την εκπαίδευση των διευθυντικών στελεχών, ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν τις ανάγκες των ανθρώπινων πόρων του εργατικού δυναμικού» (ΚΕΘΙ,2003-2005:4).

«Για την επαγγελματική ανάπτυξη έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες οι οποίες έχουν ταξινομηθεί σε δύο κατηγορίες:

α.) σ' αυτές που ασχολούνται πραγματικά με την επαγγελματική ανάπτυξη και

β.) σ' αυτές που ασχολούνται μόνο με την επιλογή του επαγγέλματος και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Πολλές φορές οι θεωρίες της ανάπτυξης και της επιλογής χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, αν και σαφώς δεν είναι ταυτόσημες. Σε γενικές γραμμές, οι θεωρίες αυτές προσπαθούν, είτε κινούμενες μέσα σε αυστηρά θεωρητικά και εμπειρικά πλαίσια, είτε βασιζόμενες απλώς σε σκέψεις, θέσεις και αναλύσεις, να ερμηνεύσουν και να προβλέψουν την επαγγελματική συμπεριφορά. Προσπαθούν επίσης να εντοπίσουν τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την επαγγελματική συμπεριφορά και να ανακαλύψουν μεθόδους για να ελεγχθούν όσοι από τους παράγοντες αυτούς είναι δυνατόν να ελεγχθούν, σε μία γενική προσπάθεια να βοηθηθούν οι λειτουργοί Προσανατολισμού στη σωστή και αποτελεσματική καθοδήγηση και υποστήριξη του ατόμου» (Δημητρόπουλος, 2002:104).

Η επαγγελματική ανάπτυξη καθορίζεται περισσότερο από το συνδυασμό των ατομικών και εξω-ατομικών παραγόντων.

Οι ατομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τους βιολογικούς ή κληρονομικούς και τους επίκτητους προσωπικούς παράγοντες. Οι βιολογικοί-κληρονομικοί παράγοντες είναι τα εγγενή χαρακτηριστικά του ατόμου και τα οποία δεν μπορούν να επηρεαστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες αλλά ούτε και από το ίδιο το άτομο. Οι επίκτητοι παράγοντες θεωρούνται τα προσωπικά χαρακτηριστικά που διαμορφώθηκαν από την επίδραση του περιβάλλοντος ή από την αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος με τα βιολογικά χαρακτηριστικά. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι οι ικανότητες, οι δεξιότητες, οι αξίες, οι κλίσεις και γενικά το αξιολογικό του σύστημα και τα ψυχοσυναισθηματικά του χαρακτηριστικά (Δημητρόπουλος, 2002).

Οι εξω-ατομικοί παράγοντες είναι όλοι οι παράγοντες που βρίσκονται έξω και γύρω από το άτομο και το επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα. Αυτοί οι παράγοντες είναι η οικογένεια, το σχολείο και το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό σύστημα. Στους εξω-ατομικούς παράγοντες προστίθενται και οι παράγοντες: «το κλίμα της εποχής» το οποίο δημιουργεί συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς και οι τυχαίες καταστάσεις οι οποίες δεν

μπορούν να προβλεφθούν και επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου (Δημητρόπουλος,2002).

Η πορεία της επαγγελματικής ανάπτυξης θεωρείται συνεχής και δυναμική. «Στην πορεία αυτή λοιπόν διακρίνονται τρεις φάσεις που περιέχουν διάφορα στάδια ανάπτυξης και τα οποία είναι τα εξής:

Η πρώτη φάση καλύπτει την εξέλιξη από την αρχή της μέχρι και την πρώτη εκπαιδευτική-επαγγελματική επιλογή.

Η δεύτερη φάση καλύπτει τις επόμενες εκπαιδευτικές-επαγγελματικές επιλογές και την αρχική ειδική εκπαίδευση-προετοιμασία για κάποιο επάγγελμα.

Η τρίτη φάση περιλαμβάνει όλα τα στάδια, από την επιλογή της πρώτης συγκεκριμένης εργασίας και μετά και διαρκεί μέχρι τη λήξη της επαγγελματικής ανάπτυξης του ατόμου» (Κασσωτάκης,2002:121). Βέβαια τα στάδια αυτά δεν ορίζονται χρονικά καθώς η πορεία του κάθε ατόμου διαφοροποιείται.

Το επάγγελμα που ασκεί ένα άτομο επιδρά στην αυτοεικόνα και στην αυτοαντίληψη του. Το άτομο αποκτά επαγγελματική ταυτότητα και επαγγελματικό ρόλο. Οι αποφάσεις στο χώρο εργασίας κατέχουν εξέχουσα θέση και το άτομο καλείται να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας και να αποδείξει την αξία του.

Στην εποχή μας, η απασχόληση έχει αποκτήσει κεντρικό ρόλο στη ζωή των ανθρώπων. Πολλές φορές μάλιστα η προσδοκία και η προσπάθεια επίτευξης μιας επιτυχημένης επαγγελματικής σταδιοδρομίας «επισκιάζει» άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής μας. Αλήθεια ποιοι είναι οι παράγοντες εκείνοι που ωθούν τα άτομα να αναπτύξουν μια επαγγελματική σταδιοδρομία;

«Ο London (1983) έχει ορίσει τα **κίνητρα σταδιοδρομίας**, ως το σύνολο των ατομικών χαρακτηριστικών και των σχετικών συμπεριφορών και αποφάσεων αναφορικά με τη σταδιοδρομία. Συνεχίζοντας, ορίζει 3 άξονες ως προς τα κίνητρα σταδιοδρομίας:

- 1) **Την ταυτότητα σταδιοδρομίας (career identity)**, διάσταση που αφορά το πόσο η σταδιοδρομία κατέχει κεντρική θέση στην ταυτότητα του ατόμου.

- 2) **Την επίγνωση σταδιοδρομίας (career insight)**, που αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο έχει ρεαλιστικές αντιλήψεις για τον εαυτό του και τον οργανισμό.
- 3) **Την ανθεκτικότητα σταδιοδρομίας (career resilience)** που αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει αντίξοες περιστάσεις όσον αφορά τη σταδιοδρομία του.

Και οι 3 παραπάνω μεταβλητές επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά του οργανισμού που εργάζεται το άτομο, δηλαδή από συγκυριακές μεταβλητές. Στην περίπτωση π.χ. της ταυτότητας σταδιοδρομίας, αυτή επιδρά, ανάλογα με τη σημαντικότητα του έργου που εκτελεί το άτομο, στην αυτοεικόνα του. Έτσι αν το έργο θεωρείται σημαντικό ενισχύεται η θετική αυτοαντίληψη του ατόμου» (ΚΕΘΙ,2003-2005:4).

Μέσω της σταδιοδρομίας το άτομο επιδιώκει την αξιοποίηση των ικανοτήτων του, την ιεραρχική άνοδο, τη δημιουργικότητα, την ασφάλεια και την ανεξαρτησία. Σ' αυτό το σημείο όμως ανακύπτουν ορισμένοι προβληματισμοί, όπως: Κατά πόσο επιτυγχάνονται αυτοί οι στόχοι; Το άτομο προβάλλει στο εργασιακό του περιβάλλον αυτό που πραγματικά είναι ή αυτό που του επιτρέπουν ή του επιβάλλουν να είναι; Κατά πόσο ο επαγγελματικός ρόλος αποκαλύπτει στους εργαζόμενους σημαντικές ιδιότητες; Αυτά είναι κάποια από τα πολλά ερωτήματα που ανακύπτουν εάν σκεφτεί κανείς την σημερινή πραγματικότητα στο χώρο της απασχόλησης.

4.4.1 Επαγγελματική ανάπτυξη και φύλο

Ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός των γυναικών στην εκπαίδευση και στην αγορά εργασίας δείχνει, πόσο σημαντικό είναι να κατανοηθούν οι διαφορές προτύπων επαγγελματικής ανάπτυξης μεταξύ ανδρών και γυναικών και οι επιδράσεις τους.

Η επαγγελματική εξέλιξη, όπως προαναφέραμε είναι μια πορεία αυτοανάπτυξης, που διαρκεί μια ολόκληρη ζωή. Κατά τη διάρκεια της το άτομο είναι δυνατόν να αλλάξει πολλούς εργασιακούς ρόλους. Για τις γυναίκες, η προσπάθεια που καταβάλλεται είναι εντονότερη και δυστυχώς κρίνεται συχνότερα και αυστηρότερα, όπως επίσης, πρέπει να επιβεβαιώνεται

και να αποδεικνύεται έμπρακτα καθ' όλη τη διάρκεια της κοινωνικής και επαγγελματικής τους ζωής και δραστηριότητας.

«Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στη φύση και την οργάνωση της εργασίας -αυξημένη κοινωνική και εργασιακή ανασφάλεια, μείωση της σπουδαιότητας κάποιων συγκεκριμένων δεξιοτήτων και αύξηση της σημαντικότητας ορισμένων προσωπικών χαρακτηριστικών-κάνουν τις εργαζόμενες γυναίκες περισσότερο ευάλωτες και τις κινητοποιούν, ώστε να πάρουν την ευθύνη της επαγγελματικής τους εξέλιξης, στα χέρια τους» (ΚΕΘΙ,2003-2005:5). «Πολλοί θεωρητικοί διατυπώνουν την άποψη, πώς όσο περισσότερο εισέρχονται οι γυναίκες στην αγορά εργασίας, τόσο θα συμπεριφέρονται όπως οι άνδρες στο θέμα των επαγγελματικών τους επιλογών και στην εξέλιξη της σταδιοδρομίας τους. Ωστόσο, υπάρχουν πολλά ιδιαίτερα στοιχεία στην επαγγελματική πορεία των γυναικών τα οποία δε μπορούν να εκφραστούν μέσα από ένα ανδρικό μοντέλο. Παρατηρείται δε συχνά, ότι οι διατυπωμένες θεωρίες δεν είναι επαρκείς ως προς την επαγγελματική ανάπτυξη όλων των ανδρών» (Κασσωτάκης,2002:627).

«Επίσης πολλοί θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι ένα ολοκληρωμένο μοντέλο για την επαγγελματική ανάπτυξη των γυναικών, θα μπορούσε να εξηγήσει με μεγαλύτερη σαφήνεια την επαγγελματική ανάπτυξη και των δύο φύλων. Η σταδιοδρομία των γυναικών, θεωρείται ότι είναι αλλά και θα παραμείνει στο προσεχές μέλλον διαφορετική από αυτή των ανδρών λόγω των παρακάτω συνθηκών

- Υπάρχουν διαφορετικές προσδοκίες από τα δυο μέρη ως προς την καταλληλότητα των επαγγελμάτων για κάθε φύλο, και αυτές επηρεάζουν το είδος του επαγγέλματος που επιλέγουν άνδρες και γυναίκες.
- Οι σύζυγοι ανάλογα με το φύλο τους, εκφράζουν διαφορετική προθυμία προσαρμογής τους, ο ένας στη σταδιοδρομία του άλλου. Αυτό που συνήθως παρατηρείται είναι ότι οι γυναίκες προσαρμόζονται πιο πρόθυμα στις ανάγκες της σταδιοδρομίας των ανδρών, από ότι το αντίθετο .
- Ο ρόλος των ανδρών και των γυναικών ως γονέων, ορίζεται διαφορετικά .

- Σε σύγκριση με τους άνδρες οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια στην αγορά εργασίας, όπως διακρίσεις και στερεοτυπικές αντιλήψεις που είναι δυσμενείς για την επαγγελματική τους εξέλιξη» (Κασσωτάκης,2002:627).

Οι παραπάνω λόγοι, οδηγούν στην ανάγκη διατύπωσης μιας ειδικής θεωρίας επαγγελματικής ανάπτυξης των γυναικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

(Burnout syndrome)

5.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), είναι ένας όρος ο οποίος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σχετικά πρόσφατα και πιο συγκεκριμένα το 1974 από τον Freudenberger ο οποίος θέλησε να μελετήσει και να περιγράψει τα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες που εργάζονται σε χώρους όπου δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών και των ατόμων που εισπράττουν την βοήθεια τους. Τα τελευταία χρόνια, ο όρος της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) κάνει ολοένα και περισσότερο την εμφάνιση του απασχολώντας ιδιαίτερα τους ψυχολόγους και τους κοινωνιολόγους, οι οποίοι προβαίνουν σε μελέτες καθώς έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικές επιδράσεις που έχει στο άτομο, στο εργασιακό περιβάλλον και γενικότερα στην παραγωγικότητα και την οικονομία.

Ένας ευρύτατα αποδεκτός ορισμός για την επαγγελματική εξουθένωση είναι εκείνος της Cristin Maslach της οποίας το όνομα είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την περιγραφή του συνδρόμου. Η Maslach περιέγραψε την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής επίτευξης που μπορεί να πλήξει άτομα που επιλέγουν κυρίως επαγγέλματα, μέσα από τα οποία επιτελείται κάποιο είδος δουλείας με ανθρώπους. Μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη ποιότητα παροχής υπηρεσίας και εμφανίζεται να είναι παράγοντας για αλλαγή επαγγέλματος, αποστασιοποίηση, χαμηλό ηθικό και να συνδέεται με ενδείξεις προσωπικής δυσλειτουργίας που περιλαμβάνει φυσική εξάντληση αλλά και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Καντάς, 1995).

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τις Maslach και Jackson τα τρία καίρια σημεία που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι α) η συναισθηματική εξάντληση, η οποία εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής

κόπωσης του επαγγελματία που δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στην δουλειά του, β) η αποστασιοποίηση η οποία εκδηλώνεται με την απομάκρυνση και ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων του επαγγελματία προς τα άτομα που εξυπηρετεί και γ) η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων που εκδηλώνεται με μειωμένη απόδοση του εργαζόμενου αλλά και την παραίτηση του από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού προβλημάτων των ατόμων που εξυπηρετεί (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1999).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερμηνεία που δόθηκε την Pines (1993) όσον αφορά το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Pines υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την ανάγκη του ανθρώπου να πιστεύει ότι η ζωή του έχει νόημα και πως ότι κάνει είναι χρήσιμο και έχει κάποια σημασία. Η ανάγκη αυτή είναι βασικό κίνητρο στη ζωή του ανθρώπου. Έτσι οι άνθρωποι προσπαθούν να βρουν κάποιο νόημα στη ζωή τους μέσα από τη δουλειά τους και αν αποτύχουν αισθάνονται επαγγελματική εξουθένωση. Οι άνθρωποι που δεν είναι ιδιαίτερα αφοσιωμένοι στη δουλειά τους, και που δεν έχουν συναισθηματική επένδυση στη δουλειά τους έχουν λιγότερες πιθανότητες να βιώσουν την επαγγελματική εξουθένωση. Αντίθετα εκείνοι που είναι αφοσιωμένοι στη δουλειά τους, που αισθάνονται ότι η εργασία τους δίνει νόημα στη ζωή τους αλλά παράλληλα αισθάνονται ότι έχουν αποτύχει στον εργασιακό τομέα, είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση.

Προσεγγίζοντας την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρούμε ότι πολλοί τείνουν να το ταυτίζουν με το επαγγελματικό άγχος. Όπως έχουν σημειώσει η Pines και Aronson η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια από τις σημαντικότερες συνέπειες του επαγγελματικού άγχους χωρίς όμως να είναι δύο ταυτόσημοι όροι. Προσπαθώντας να εντοπίσουμε την διαφορά που έχουν οι δύο όροι παρατηρούμε ότι το επαγγελματικό άγχος ορίζεται κατά κύριο λόγο με βάση τις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος (ωράριο φόρτος εργασίας). Επίσης η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οριστεί ως μια μορφή επαγγελματικού άγχους, εφόσον η εμφάνισή της καθορίζεται από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας και σε αυτό το σημείο φαίνεται να υπάρχει κάποια ομοιότητα. Στο επαγγελματικό

άγχος ενώ η συναισθηματική εξάντληση, το μειωμένο αίσθημα επίτευξης ή οι αρνητικές αυτοαξιολογήσεις φαίνεται να αποτελούν βασικό στοιχείο, δεν μπορεί όμως να ειπωθεί το ίδιο και για την αποπροσωποποίηση η οποία αποτελεί κύριο στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως μια ιδιαίτερη μορφή επαγγελματικού άγχους ή παρατεταμένου εργασιακού άγχους συμβάλλοντας στη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης (Καντάς, 1995).

5.2 Στάδια εξέλιξης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός αλλά είναι συνέπεια του συσσωρευμένου άγχους, που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν ώστε να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1999)

Οι Edelmich & Brodsky (1980) ανέλυσαν μια σειρά από τέσσερα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέροντας ότι είναι μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και στα ιδανικά του επαγγελματία. Πιο συγκεκριμένα τα στάδια που ακολουθεί ο εργαζόμενος είναι τα εξής:

- **Ενθουσιασμός.** Ο νέος εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό, έχοντας αρκετά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος αφιερώνει το χρόνο του και την ψυχή του στην εργασία του και στα άτομα τα οποία εξυπηρετεί προσπαθώντας να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή. Καθώς όμως διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.
- **Αμφιβολία και αδράνεια.** Σε αυτό το στάδιο η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του εργαζόμενου με

αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Αρχίσει να αναρωτιέται μήπως είναι εκείνος η αιτία κατηγορώντας τον εαυτό του για την αποτυχία προσπαθώντας ακόμα περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμα του, χωρίς όμως κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Διάφορα θέματα τα οποία δεν τον απασχολούσαν στο παρελθόν ,αρχίζουν να τον προβληματίζουν. Ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται εκφράζοντας παράπονα για το χαμηλό μισθό, το εξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης και συνεργασίας με τους συναδέλφους κ.λ.π. Έτσι σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

- **Απογοήτευση και ματαίωση.** Την αμφιβολία και την ματαίωση διαδέχονται η απογοήτευση και η ματαίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειες του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Η πραγματικότητα για εκείνον είναι αδιέξοδη και νοιώθει παγιδευμένος μέσα σε αυτή. Αυτό το στάδιο μπορεί να θεωρηθεί ως μεταβατικό καθώς ο εργαζόμενος είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους και προσδοκίες, είτε απομακρύνεται από τον χώρο εργασία του.

- **Απάθεια.** Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως απάθεια, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμα του. Συγκεκριμένα ο εργαζόμενος συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους επενδύοντας ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντα του. (Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «ψυχαργώς-΄β φάση 2005)

Σύμφωνα με τον C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

- I. **Φάση του εργασιακού στρες.** Σε αυτό το στάδιο, ο εργαζόμενος θεωρεί ότι οι διαθέσιμοι πόροι του εργασιακού περιβάλλοντος δεν επαρκούν, ώστε να μπορέσει να αντεπεξέλθει στα αιτήματα και τις απαιτήσεις που πηγάζουν από την εργασία του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία εργασιακού στρες, χωρίς όμως να είναι ο κύριος λόγος που θα οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.
- II. **Φάση εξάντλησης.** Σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος αρχίζει να ανταποκρίνεται συγκινησιακά στην διατάραξη της ισορροπίας των διαθέσιμων πόρων-απαιτήσεων του εργασιακού περιβάλλοντος. Ο εργαζόμενος αρχίζει να έχει μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία του μέσα στα πλαίσια του οποίου εμπεριέχεται η συναισθηματική εξάντληση, το στρες, η κόπωση και πολλές φορές η απάθεια προς την εργασία του. Όταν εργαζόμενος δεν καταφέρει να διαχειριστεί σωστά την παραπάνω συγκινησιακή κατάσταση που διατυπώθηκε υπάρχει περίπτωση να οδηγηθεί σε απογοήτευση και παραίτηση από την εργασία του.
- III. **Φάση αμυντικής κατάληξης:** κύριο χαρακτηριστικό αυτού του σταδίου είναι το γεγονός ότι ο εργαζόμενος αλλάζει στάση και συμπεριφορά ως προς τον τρόπο που έβλεπε στο παρελθόν την εργασία του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να αρχίζει να απεμπλέκεται συναισθηματικά από την εργασία του εκδηλώνοντας κυνισμό και απάθεια. Αυτή η στάση είναι δυνατό μεν να μειώσει τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες που ενδέχεται να εκδηλωθούν, αλλά από τη άλλη ο εργαζόμενος έχει χάσει επαγγελματική ικανοποίησι της εργασίας του, συνεχίζοντας την κυρίως για βιοποριστικούς λόγους. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «ψυχαργώσ-β φάση 2005)

Μια τρίτη θεωρία που διατύπωσαν οι Shubin & Maslach αναφέρει ότι τα άτομα δεν φτάνουν σταδιακά στην επαγγελματική εξουθένωση αλλά προηγείται μια μακροχρόνια διαδικασία που έχει περιγραφεί σε τέσσερα στάδια τα οποία είναι τα εξής:

➤ **Το στάδιο της ικανοποίησης:** Στο στάδιο αυτό, το άτομο είναι ικανοποιημένο από την εργασία του δίνοντας ολοένα και περισσότερη ενέργεια στη δουλειά του. Αν όμως καταναλώνει μεγάλο ποσοστό από την ενέργεια του στην εργασία του χωρίς να την επαναφορτίζει από άλλες πηγές, όπως ψυχαγωγία, χόμπι, χρόνο με φίλους κ.α. τότε φτάνει στο στάδιο του “στερέματος” της ενέργειας.

➤ **Το στάδιο του «στερέματος» της ενέργειας:** Σε αυτό το στάδιο το άτομο αρχίζει σταδιακά να νοιώθει κούραση και έλλειψη της ενέργειας αντιμετωπίζοντας παράλληλα και διαταραχές στον ύπνο του. Ο εργαζόμενος αρχίζει να εκφράζει ότι δεν είναι σε θέση να φέρει εις πέρας τον όγκο των υποχρεώσεων που έκανε πριν. Θεωρεί ότι η δημιουργικότητα έχει απαλειφθεί αντιμετωπίζοντας δυσκολία στην λήψη αποφάσεων και κυνισμό στη συμπεριφορά του.

➤ **Το στάδιο των χρόνιων συμπτωμάτων:** Με την πάροδο του χρόνου το άτομο αρχίζει να νοιώθει εξαντλημένο αντιμετωπίζοντας σωματικά συμπτώματα όπως: πόνους στο σώμα, ναυτία, ένταση, πονοκέφαλοι και πόνους στη μέση. Επίσης υπάρχουν αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου και ενώ μπορεί να ήταν ήρεμος στο παρελθόν, αρχίζει να γίνεται ευερέθιστος και επιθετικός, χάνοντας αρκετά εύκολα τον έλεγχο της συμπεριφορά του με την παραμικρή δυσκολία. Αρχίζει να γίνεται απόμακρος και κλείνεται σταδιακά στον εαυτό του, σε σημείο που κάποιες φορές απομονώνεται πλήρως από τον κοινωνικό του περίγυρο.

➤ **Το στάδιο της κρίσης (breakdown):** Όταν το άτομο φθάσει στο στάδιο αυτό, αισθάνεται ανίκανο να συνεχίσει να ζει κάτω από αυτή την κατάσταση ώστε να βρίσκει καταφύγιο στο ποτό ή τα ηρεμιστικά ενώ το ενδιαφέρον για ότι συμβαίνει γύρω τους χάνεται με αποτέλεσμα να γίνονται αδιάφοροι. Ένα άλλο ποσοστό εργαζομένων παρουσιάζουν μια φυσική ή σωματική εξάντληση με τη μορφή κατάθλιψης ή με την εκδήλωση σωματικών δυσλειτουργιών. Μικρό είναι το ποσοστό των ατόμων που δεν βρίσκουν

κανένα ενδιαφέρον για τη ζωή τους και επιχειρούν να αυτοκτονήσουν (Σαπουντζή-Κρέπια 2000).

Παρατηρώντας τις παραπάνω θεωρίες οι οποίες αναπτύσσονται στα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι εμφανές το γεγονός ότι όλες έχουν ως κοινό σημείο αναφοράς ότι οι εργαζόμενοι ξεκινούν την εργασία τους έχοντας φιλοδοξίες και επιδιώξεις επαγγελματικής ανάπτυξης και επιβεβαίωσης. Όταν όμως οι επιδιώξεις αυτές δεν εκπληρώνονται, ακολουθεί μια φθίνουσα πορεία η οποία τους οδηγεί σε αδράνεια και αδιαφορία προς την εργασία τους γεγονός το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την επαγγελματική εξουθένωση.

5.3 Αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι περισσότερες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί γύρω από τα αίτια εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, θεωρούν ότι στη πραγματικότητα, μέσα στα πλαίσια του επαγγελματικού στίβου υπάρχουν οι έννοιες της «ζήτησης» και της «προσφοράς» τόσο από τον επαγγελματία όσο και από το εργασιακό περιβάλλον προς τον επαγγελματία. Πιο συγκεκριμένα. όταν ο επαγγελματίας ξεκινά την επαγγελματική του δραστηριότητα φέρνει στο χώρο της δουλειάς του τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες του (προσφορά εργαζόμενου) και παράλληλα έχει κάποιες προσωπικές συνειδητές ή ασυνείδητες ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργασιακό του χώρο όπως: αναγνώριση, κύρος, οικονομικές απαιτήσεις, δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης κ.α (ζήτηση εργαζόμενου). Από την άλλη πλευρά το εργασιακό περιβάλλον, έχει κάποιες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργαζόμενο (ζήτηση) και παρέχει ανταμοιβές (προσφορά). Όταν όμως αυτά τα οποία ζητά και δίνει ο επαγγελματίας δεν συμφωνούν με αυτά που απαιτεί και ζητά το εργασιακό περιβάλλον, έρχεται στην επιφάνεια ένα χάσμα το οποίο περιλαμβάνει μια ανισορροπία ή ασυμφωνία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες που συμβάλλουν στο χρόνιο στρες το οποίο προοδευτικά οδηγεί στην εμφάνιση

του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1999)

Σύμφωνα με την Vachon (1987) το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει με διαφορετικό τρόπο τις συνθήκες και τα γεγονότα που

αισθάνονται να ασφυκτιούν. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται η εξάντληση και η εργασία να πλήττεται. Έτσι λοιπόν ο υπερβολικός φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την αίσθηση απουσίας ελέγχου και η ανασφάλεια σε σχέση με τη δουλειά στερεί την πραγματική ευχαρίστηση της εργασίας.

- **Έλλειψη αυτονομίας:** Ο παράγοντας αυτός μας εξηγεί το γεγονός ότι όταν ο εργαζόμενος είναι υπεύθυνος για μια εργασία αλλά παράλληλα δεν του δίνεται η δυνατότητα να αποφασίσει τον τρόπο εκτέλεσης της, έχει ως αποτέλεσμα να εξαλείφεται η αυτονομία του. Όταν άλλα πρόσωπα αναμιγνύονται διαρκώς και δεν αφήνουν περιθώρια για πρωτοβουλία στον εργαζόμενο, δημιουργούνται αισθήματα ματαίωσης. Ο εργαζόμενος βλέπουν τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να κάνουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την εργασία τους αλλά δεν μπορούν να τους εφαρμόσουν εξαιτίας των άκαμπτων κανόνων που επικρατούν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται η υπευθυνότητα, η προσαρμοστικότητα και η καινοτομία. Το μήνυμα που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι είναι ότι το εργασιακό τους περιβάλλον δεν σέβεται την κρίση και τις ικανότητες τους ώστε να βιώνουν το αίσθημα της ματαίωσης.

- **Έλλειψη πόρων από το εργασιακό περιβάλλον:** Κάθε επαγγελματίας χρειάζεται κάποια «εργαλεία» τα οποία λειτουργούν ως μέσο για να διεκπεραιώσει την εργασία του. Όταν λοιπόν το εργασιακό περιβάλλον στο οποίο εργάζεται δεν του παρέχει τα απαραίτητα μέσα δυσχεραίνοντας την εργασία του, έχει ως αποτέλεσμα να νοιώθει ότι δεν μπορεί να αντεπεξέλθει παρόλο που ο ίδιος έχει την όρεξη και τις ικανότητες να προσφέρει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην έχει την ηθική ανταμοιβή που θα ήθελε από την εργασία του βιώνοντας έντομα το αίσθημα της απογοήτευσης.

- **Πενιχρές ανταμοιβές:** Αρκετές φορές ο μισθός που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι, δεν είναι αντάξιος των εργασιών που είναι υποχρεωμένοι να φέρουν εις πέρας. Οι περικοπές και το πάγωμα των μισθών, έχει ως αποτέλεσμα να χάνεται η προσδοκία ότι ο μισθός μπορεί να γίνει ικανοποιητικός ώστε να μπορούν να αντεπεξέλθουν στις αυξανόμενες ανάγκες του δυτικού τρόπου ζωής. Έλλειψη σχέσεων: Η αύξηση της απομόνωσης στο εργασιακό περιβάλλον λόγω τυχόν συγκρούσεων, έχει ως

αποτέλεσμα οι σχέσεις να κατακερματίζονται και η ευχαρίστηση της ομαδικότητας στο εργασιακό περιβάλλον να διαβρώνεται. Η σύγκρουση πλέον αρχίζει να τροφοδοτείται γεγονός το οποίο στερεί από τον εργαζόμενο το σημαντικό κομμάτι της συνεργασίας κάνοντας τον να αισθάνεται αποξενωμένος και απογοητευμένος.

- **Έλλειψη δικαιοσύνης:** Η έλλειψη δικαιοσύνης και η άνιση μεταχείριση των εργαζομένων η οποία προέρχεται είτε από άνισες αμοιβές ή φόρτο εργασίας, είτε από την αδιαφορία των ανωτέρων για παράπονα ή τακτικές που φαίνονται αυταρχικές, έχουν ως αποτέλεσμα να κλονίζουν τον εργαζόμενο. Επιβαρυντικά σε αυτό το γεγονός λειτουργεί η μη ύπαρξη ενός επίσημου διαλόγου ώστε να μπορέσει ο εργαζόμενος να καταθέσει τις τυχόν ανισότητες που έχει εντοπίσει και να πάρει τις λύσεις που επιθυμεί μέσα από ένα κοινό διάλογο. Το αποτέλεσμα είναι ο κυνισμός του εργαζόμενου καθώς και η απώλεια του ενθουσιασμού σε σχέση με την κάθε αποστολή που έχει ένα εργασιακό περιβάλλον.

- **Συγκρούσεις αξιών:** Σε αυτό τον παράγοντα, οι αξίες των εργαζομένων έρχονται σε αντίθεση με εργασίες που τους ανατίθενται από το εργασιακό τους περιβάλλον. Το κόστος αυτής της κατάστασης φαίνεται να πλήττει το αίσθημα τους περί ηθικής» (Goleman 2000:403-407).

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τους παραπάνω παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν στην δημιουργία εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι να καλλιεργείται στον εργαζόμενο η χρόνια εξάντληση, ο κυνισμός, η απώλεια των κινήτρων, ο μειωμένος ενθουσιασμός και η πτώση της παραγωγικότητας του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο εργαζόμενος με το πέρασμα του χρόνου να έχει και τις επιπτώσεις όλων αυτών των γεγονότων στις οποίες θα αναφερθούμε παρακάτω.

5.4 Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Όπως αναφερθήκαμε και παραπάνω, η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του εργαζομένου σε εργασιακές συνθήκες οι οποίες του δημιουργούν

προβλήματα, συνεπάγεται με την υπερκόπωση και την εξάντλησή του. Οι συνέπειες αυτές δεν αφορούν μόνο τη φυσική κατάσταση του ατόμου, αλλά και τη συμπεριφορά του τόσο στο εργασιακό περιβάλλον όσο και την αλλαγή της συμπεριφοράς στην προσωπική του ζωή. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για την διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει εντοπιστεί ότι τα συμπτώματα ομαδοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά (Καντάς, 1995). Παρακάτω παρουσιάζεται ένα σύνολο συμπτωμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και κάποια από αυτά είναι δυνατό να εκδηλωθούν στον εργαζόμενο.

ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

- Σωματική εξάντληση και κούραση
- Πονοκέφαλοι.
- Μεγάλη διάρκεια ύπνου ή υπνηλία.
- Αναπνευστικά προβλήματα.
- Μείωση ή αύξηση του βάρους.
- συχνή εκδήλωση ασθενειών που συνήθως έχουν παρατεταμένο χαρακτήρα.
- Υπερένταση.
- Αυξημένα επίπεδα χορηστερόλης.
- Διαταραχές της ομιλίας
- Καρδιαγγειακά προβλήματα.
- στεφανιαία νόσος
- έλκος.
- σεξουαλική δυσλειτουργία.
- Αίσθημα κόπωσης.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

- Έλλειψη συναισθημάτων και ενδιαφέροντος
- Κυνισμός και αρνητική διάθεση
- Συναισθηματική εξάντληση.

- Έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου
- Αίσθηση ματαιότητας και χαμηλό ηθικό
- Ευερεθιστικότητα
- Έλλειψη υπομονής.
- Αδυναμία στην αντιμετώπιση ανεπιθύμητων καταστάσεων
- Κατάθλιψη
- Στρες.
- Ανία
- Μειωμένη αυτοπεποίθηση.
- Αποπροσωποποίηση.
- Εκνευρισμός
- Αδυναμία στη λήψη αποφάσεων.
- Αισθήματα ενοχής και αποτυχίας.
- Αποξένωση.
- Αυξημένη ανησυχία
- Αποτελμάτωση.
- Καχυποψία.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

- Εργασιακή απόδοση και εργασιακή ικανοποίηση σε χαμηλά επίπεδα.
- Ύπαρξη μειωμένης επικοινωνίας και παραίτησης.
- Αρκετές απουσίες από το εργασιακό περιβάλλον.
- Αυξημένα παράπονα για την εργασία.
- Αυξημένες συγκρούσεις μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.
- Δημιουργία απρόσωπων σχέσεων.
- Αυξημένη χρήση φαρμάκων.
- Υπερβολική χρήση αλκοόλ.
- Αδυναμία στον καθορισμό στόχων.
- Αδυναμία συγκέντρωσης.
- Ροπή στα ατυχήματα.

(Potter, 1998), (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «ψυχαργώς-β' φάση 2005)

5.5 Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, παρουσιάζονται κάποιες συγκεκριμένες παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν και έχουν ως κύρια ιδιότητα την πρόληψη και την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους. Σε αρχικό στάδιο περιγράφονται κάποιες ατομικές προτάσεις αυτοφροντίδας, την εφαρμογή των οποίων μπορεί να εκτελέσει ο ίδιος ο εργαζόμενος. Στη συνέχεια διατυπώνονται οι οργανωτικές παρεμβάσεις (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης που μπορεί να εφαρμόσει η διοίκηση ενός εργασιακού περιβάλλοντος η οποία θα αποβλέπει για την ποιότητα των υπηρεσιών και την επαγγελματική ικανοποίηση των ατόμων που απασχολεί εργασιακά.

5.5.1 Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο

Κάθε άτομο έχει το δικό του τρόπο να αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση που προκύπτει μέσα από την εργασία του. Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιοι τρόποι αντιμετώπισης που μπορεί να εφαρμόσει ο εργαζόμενος σύμφωνα με τις ανάγκες του. Σημαντικό στο ατομικό επίπεδο παρέμβασης, είναι να αναγνωρίζει ο εργαζόμενος από πού πηγάζει η επαγγελματική εξουθένωση, ώστε να ακολουθήσει την λειτουργικότερη στρατηγική για εκείνον. Οι σημαντικότερες κατηγορίες στρατηγικών είναι οι εξής:

- Η αναζήτηση υποστήριξης που μπορεί να ζητήσει ο εργαζόμενος είτε από επαγγελματίες υγείας είτε από ανθρώπους του φιλικού και εργασιακού περιβάλλοντος. Είναι πολύ σημαντικό ο επαγγελματίας να έχει στην διάθεση του πολλαπλά υποστηρικτικά παιδιά τα οποία θα μπορούν

να λειτουργούν προστατευτικά στη εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

- Επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών. Όπως είδαμε, το burnout αποτελεί μια σταδιακή διεργασία απο-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες του επαγγελματία. Ουσιαστικά τα πρώτα συμπτώματα του burnout αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας και καλούν τον εργαζόμενο να αναθεωρήσει εγκαίρως τους στόχους και τις προσδοκίες του.
- Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Ο επαγγελματίας συνήθως αγνοεί τις πρώτες ενδείξεις ότι βιώνει έντονο stress, γιατί πιστεύει ότι «αντέχει» ή ότι δεν είναι αρκετά άρρωστος. Ακόμα χειρότερα μπορεί να εντείνει τους εργασιακούς του ρυθμούς σε μια προσπάθεια να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους του ότι είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της δουλειάς και στους δικούς του υψηλούς στόχους. Έτσι, συνήθως συνειδητοποιεί το πρόβλημα όταν πλέον βρίσκεται στο στάδιο της απάθειας ή όταν εμφανίσει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή. Αντίθετα, η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που υποδηλώνουν έντονο άγχος και κόπωση επιτρέπει στον εργαζόμενο την αναζήτηση διεξόδων πριν οδηγηθεί σε πλήρη εξουθένωση.
- Δραστηριότητες που λειτουργούν θετικά στα τυχόν προβλήματα της εργασίας. Η ενασχόληση του ατόμου με κάποιο χόμπι, συμβάλει θετικά στην συναισθηματική εκφόρτιση και επιτρέπει στον εργαζόμενο μια ηπιότερη μετάβαση από το χώρο εργασίας στο χώρο του σπιτιού. Οι δραστηριότητες αυτές δεν αρκούν για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, είναι δυνατό όμως να ανακουφίσουν αρκετά το άτομο.
- Τεχνικές χαλάρωσης οι οποίες μπορούν να ανακουφίσουν από τα σωματικά συμπτώματα που δημιουργεί η επαγγελματική εξουθένωση.
- Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και ο απαραίτητος χρόνος ύπνου συμβάλουν σημαντικά στην πρόληψη της εξουθένωσης.
- Οι αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως η βελτίωση των ικανοτήτων στην επικοινωνία, η έκφραση των συναισθημάτων, η διαπραγμάτευση και η

διεκδικητικότητα. Οι αλλαγές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την καλύτερη διαχείριση του χρόνου καθώς και την μείωση των πιέσεων του περιβάλλοντος.

- Η προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή η αλλαγή του χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου. Έτσι ο επαγγελματίας να νοιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του. Όταν η αλλαγή του χώρου εργασίας δεν είναι αποτέλεσμα αντίδρασης και παρορμητικής απόφασης θεωρείται μια πολύ καλή εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της εξουθένωσης. Είναι σημαντικό, όλα αυτά να γίνονται κάτω από τη διεργασία της αυτογνωσίας έχοντας κατανοήσει το άτομο τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος και παράλληλα εξουθένωση (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).
- Η σωστή διαχείριση του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχική υγεία των εργαζομένων γιατί ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου που έχουν στην εργασία τους. Σύμφωνα με τον Macan (1990) η ορθή διαχείριση του χρόνου περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις α) τον καθορισμό στόχων και προτεραιοτήτων καθορίζοντας ο εργαζόμενος τι είναι περισσότερο σημαντικό, β) τους μηχανισμούς διαχείρισης του χρόνου φτιάχνοντας ο εργαζόμενος λίστες με τις καθημερινές ανάγκες και προετοιμάζοντας την εργασία του πριν ακόμα ξεκινήσει και γ) την οργανωτική προτίμηση η οποία περιλαμβάνει μια μεθοδική και συστηματική προσέγγιση στη εργασία του.
- Επίσης η σωστή διαχείριση του χρόνου σύμφωνα με τον (Sutherland & Cooper, 2003) μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες α) να αναπτύξουν μια προσωπική αίσθηση του χρόνου, β) να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους γ) να μειώνουν τις χρονικές πιέσεις, δ) να απαλλαγούν από άσκοπες και χρονοβόρες δραστηριότητες, ε) να αναθέτουν δραστηριότητες, στ) να βρίσκουν χρόνο για διασκέδαση και να κάνουν το χρόνο σύμμαχο τους. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «ψυχαργώς-΄β φάση 2005)

5.5.2 Παρέμβαση σε οργανωτικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε οργανωσιακό επίπεδο στοχεύουν τόσο στο άτομο και τον οργανισμό όσο και στην αλληλεπίδραση ατόμου και οργανισμού. Στο συγκεκριμένο επίπεδο, υπάρχουν τρία επίπεδα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης: 1. το πρωτοβάθμιο επίπεδο, το οποίο στοχεύει στη μείωση των πηγών έντασης στον οργανισμό, 2. το δευτεροβάθμιο επίπεδο που επικεντρώνεται στην εκπαίδευση και τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης, και 3. το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης το οποίο αναφέρεται στην προώθηση της υγείας και της συμβουλευτικής στον εργασιακό χώρο. Αναλυτικότερα τα τρία επίπεδα παρέμβασης εμπεριέχουν τα εξής:

➤ **Πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.**

Σε αυτό το επίπεδο το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης αντιμετωπίζεται από την πλευρά της πρόληψης και την όσο δυνατό ψυχροσωματική ισορροπία των υπαλλήλων στο εργασιακό τους περιβάλλον. Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες στρατηγικές οι οποίες μπορούν να αποτρέψουν την επαγγελματική εξουθένωση σε αυτό το επίπεδο.

- Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση. Η συγκεκριμένη ενέργεια αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσης του επαγγελματία αλλά και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Καθοριστικό σε αυτή την στρατηγική είναι να μελετηθούν τα προσωπικά κίνητρα του επαγγελματία τα οποία επηρεάζουν άμεσα την προσαρμογή και την απόδοση του στο χώρο εργασίας.

- Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του επαγγελματία και η συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων , αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα και την ανθεκτικότητα στις αγχογόνες συνθήκες της εργασίας αντιπροσωπεύοντας έτσι ένα εργασιακό περιβάλλον το οποίο διοικείται δημοκρατικά.
- Η δημοκρατική διοίκηση είναι καταλυτικός παράγοντας δημιουργίας αμοιβαίου σεβασμού στο εργασιακό περιβάλλον. Ο ρόλος του κάθε ατόμου αναγνωρίζεται, προωθείται η συνεργασία και κάθε άτομο αναλαμβάνει ευθύνες και πρωτοβουλίες. Ο ρόλος του προϊστάμενου είναι μεν ηγετικός αλλά ενδιαφέρεται για τις απόψεις των εργαζομένων, συζητώντας τα προβλήματα που προκύπτουν και από κοινού αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης. Είναι το πρόσωπο «κλειδί» για την καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας , υποστήριξης, αποφεύγοντας να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς και επιδιώξεις προβολής η προσωπικής ανάδειξης.
- Η πολυμορφία στην εργασία η οποία είναι απαραίτητη κυρίως σε εργασίες που επηρεάζουν ψυχολογικά τους εργαζομένους. Η ενασχόληση του εργαζομένου με νέα ερεθίσματα συμβάλουν στην πολυμορφία της εργασίας του, από την οποία αντλεί πολλαπλές ικανοποιήσεις που τον ικανοποιούν και των αναζωογονούν.
- Η δυνατότητα διαλειμμάτων και ειδικών αδειών βοηθούν τον εργαζόμενο να απομακρυνθεί λίγο από τον χώρο εργασίας και να επαναφορτίσει τις δυνάμεις του.
- Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα και πηγή ανανέωσης για τους εργαζομένους που δεν νοιώθουν ευχαριστημένοι από τα καθήκοντα τον ρόλο και τις αποδοχές τους (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

➤ **Δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης**

Σύμφωνα με τους Karasek & Theorell, στο επίπεδο αυτό, η παρέμβαση επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης που αισθάνεται ο επαγγελματίας, εμπλέκοντας τεχνικές επίγνωσης, καθώς και άσκηση και εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Η εκπαίδευση και άσκηση

αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην αναγνώριση των προσωπικών ορίων του επαγγελματία, ώστε να έχει επίγνωση της κατάστασής του και να αναζητήσει βοήθεια εάν χρειαστεί. Συνήθως, αυτή η εκπαίδευση, που περιλαμβάνει προγράμματα οργάνωσης χρόνου, διεκδικητικότητας, δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής, παίζει έναν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία ενός σχεδίου ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης από την πλευρά των εργαζόμενων. Επικεντρώνεται στην πρόληψη, με σκοπό να αυξήσει την συνειδητοποίηση και αναγνώριση της εξουθένωσης ως πρόβλημα για τους επαγγελματίες, εκπαιδεύοντάς τους σε τακτικές σχεδιασμένες να μειώνουν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα της έντασης

Η συμβουλευτική εποπτεία εδώ, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο διότι ο ειδικός σύμβουλος προσπαθεί να κάνει τα άτομα να εντοπίσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τις ικανότητες τους για τα προβλήματα που προκύπτουν στον εργασιακό χώρο. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «ψυχαργώς-ΐβ φάση 2005)

➤ Τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης

Το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης αφορά κυρίως στον εντοπισμό των ατόμων που πάσχουν από κακή ψυχική υγεία εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφέρεται επίσης στις διαδικασίες ανάρρωσης όσων εργαζομένων πάσχουν, μέσω της παροχής υπηρεσιών παροχής συμβουλών προκειμένου να επιστρέψουν κάποια μέρα στη δουλειά τους. Σύμφωνα με τον Cooper (1993) η έμφαση θα πρέπει να δίνεται:

- στην κατάρριψη των διαπροσωπικών εμποδίων,
- στο ξεπέρασμα των προσκομμάτων στα πλαίσια της ομάδας,
- στη διαδικασία του να ακούει ο ένας τον άλλον,
- στην παροχή συμβουλευτικής όχι με τη μορφή εντολών,
- στην ενθάρρυνση του ατόμου να αντιμετωπίζει το πρόβλημά του και
- στην ενδυνάμωσή του να αναλάβει δράση

Σημαντικότερο ρόλο στην τριτοβάθμια παρέμβαση για την πρόληψη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης η οποία δίνει την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους. Μέσα από αυτές τις ομάδες τα άτομα κατανοούν τις αντιδράσεις τους και επεξεργάζονται τις εμπειρίες τους από τον χώρο της εργασίας. Επίσης αναζητούνται εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών και συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους . (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «ψυχαργώς-΄β φάση 2005)

Σύμφωνα με όσα ειπώθηκαν και παραπάνω, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης πλήττει το άτομο με αντίκτυπο τόσο την ψυχική του υγεία όσο και την μείωση της παραγωγικότητας του στην εργασία. Μέσα από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει προκύψει ότι το φαινόμενο αυτό μπορεί να καταπολεμηθεί τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στα μέτρα που πρέπει να πραγματοποιούνται και από την ίδια την οργάνωση. Είναι επιτακτική ανάγκη να λαμβάνονται μέτρα πρόληψης από τους φορείς απασχόλησης ώστε να διασφαλίζεται η υγεία των εργαζομένων και να υπάρχει ποιοτική απόδοση υπηρεσιών σε όλους τους εργασιακούς τομείς.

Σε σύγκριση με τη βόρεια Ευρώπη και τις Η.Π.Α, στην Ελλάδα η πρόληψη και η αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ακόμα σε εμβρυϊκό στάδιο με αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού να βιώνει καθημερινά τις αρνητικές προεκτάσεις του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.

6.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της Υγείας και η θεωρητική της προσέγγιση.

Η υγεία για τον άνθρωπο είναι ένα σημαντικό αγαθό, μέσα από το οποίο έχει την δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας, διαμορφώνοντας νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία ξεκινά από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια οργάνωση Υγείας, υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία της αρρώστιας. Μέσα από αυτόν τον ορισμό παρατηρείται το γεγονός ότι υπάρχει υγεία μέσα από την ύπαρξη δυο παραμέτρων. Η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, δίνοντας έτσι ένα συνολικό εύρος για την υγεία. Ο ορισμός αυτός βέβαια είναι αρκετά γενικός για να περιλαμβάνει όλες τις ιδιαίτερες πτυχές του φαινομένου και αρκετά ιδεαλιστικός για να αποτελεί ένα όραμα και ένα πανανθρώπινο στόχο. Σήμερα όλοι γνωρίζουμε ότι οι περισσότερες ασθένειες, ψυχικές και σωματικές, επηρεάζονται από ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών, και κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην κατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Μέσα από αυτή τη γνώση μπορούν οι επαγγελματίες υγείας πλέον να δουν τις διαταραχές της υγείας μέσα από μια σφαιρική εικόνα σημειώνοντας μεγάλη βελτίωση η πρόληψη αλλά και η αντιμετώπιση της αρρώστιας (Αναπλιώτη, 1985, Σαρρής και συν., 2001).

«Η υγεία σήμερα έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα μέσα από διάφορες προσεγγίσεις οι οποίες την προσδιορίζουν εννοιολογικά από διαφορετική σκοπιά αλληλοσυμπληρώνοντας η μία την άλλη.. Οι προσεγγίσεις αυτές είναι οι παρακάτω:

- **Η ολιστική προσέγγιση της Υγείας**

Η ολιστική προσέγγιση τονίζει ιδιαίτερα τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας καθώς εκτιμάται ότι η υγεία συσχετίζεται περισσότερο με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό) και ταυτόχρονα επηρεάζεται από τη βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα). Με την άποψη αυτή η έλλειψη της υγείας δικαιολογείται από την αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να προσαρμοστεί στις συνεχείς προκλήσεις και απειλές που προέρχονται από το περιβάλλον.

- **Η βιολογική προσέγγιση της υγείας**

Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση η υγεία εξαρτάται από τη μη εμφάνιση ιών, μικροβίων, βακτηριδίων κ.α., τα οποία είναι ικανά να προκαλέσουν δυσλειτουργία και διαταραχή στο ανθρώπινο σώμα. Κύριο μέλημα εδώ είναι η επιδιόρθωση της βλάβης και αντιμετώπιση της αρρώστιας σε ατομικό επίπεδο. Μπορούμε να πούμε πως η προσέγγιση αυτή περιορίζει την υγεία στην βιολογική της διάσταση, δίνοντας από μια μόνο σκοπιά την εννοιολογική της προσέγγιση. Η υγεία χαρακτηρίζεται απλά ως η απουσία της νόσου, ενώ η αρρώστια ως διαταραχή της λειτουργικής συνεργασίας των οργάνων.

- **Η κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση της υγείας**

Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση της υγείας, η αρρώστια δεν επιτρέπει στο άτομο που νοσεί να συμμετάσχει στις παραγωγικές διαδικασίες (εργασία), αλλά αντίθετα προκαλεί κόστος για το κοινωνικό σύνολο και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί και περιορισθεί στο ελάχιστο δυνατό. Η υγεία αποτελεί την προϋπόθεση ύπαρξης και λειτουργίας του ανθρωπίνου κεφαλαίου, με αποτέλεσμα να μπορεί να εξασφαλίζεται η παραγωγική διαδικασία.

Από κοινωνικής απόψεως η υγεία του ατόμου εξαρτάται από ένα σύνολο εγγενών και επίκτητων παραγόντων. Η υγεία και αρρώστια είναι αποτέλεσμα των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία. Το άτομο εξαρτάται από το

κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γεννιέται, ενηλικιώνεται, κοινωνικοποιείται (οικογένεια, σχολείο, εργασία) αλλά και από την ατομική του δυνατότητα προσαρμογής (προσωπικότητα, νοοτροπία, δομή του χαρακτήρα) μέσα στο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και οικολογικό περιβάλλον. Να τονισθεί το γεγονός ότι πλήθος ερευνών έχουν βρει ότι οι κοινωνικές σχέσεις προάγουν την υγεία και προστατεύουν ή απομακρύνουν τα άτομα από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην υγεία τους.

- **Η πολιτισμική προσέγγιση της υγείας**

Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση ο κάθε πολιτισμός επιλέγει, ανάμεσα στις δυνατότητες που του παρέχει η εποχή και το περιβάλλον του, έναν ορισμένο τρόπο αξιών, κανόνων και γνώσεων στην προσπάθεια του να κατανοήσει, να ερμηνεύσει να θεραπεύσει την αρρώστια, να διαφυλάξει και να προάγει την υγεία. Το θέμα που προκύπτει από αυτή την προσέγγιση είναι το γεγονός ότι αν θεωρηθεί ότι το φυσιολογικό ορίζεται να είναι σύμφωνο με τους κανόνες και τις αξίες, τότε αυτό που είναι φυσιολογικό στον ένα πολιτισμό πιθανόν να είναι παθολογικό στον άλλο. Μερικές αρρώστιες θεωρούνται ατιμωτικές και άλλες ελκύουν αισθήματα ντροπής ενώ κάποιες άλλες έχουν θετική αξία ανάλογα με τον τρόπο που προκλήθηκαν. Το θέμα αυτό προκαλεί αντιπαραθέσεις μεταξύ ψυχιατρικής, κοινωνιολογίας, ψυχολογίας, ανθρωπολογίας και εθνολογίας. Κάθε κοινωνία οργανώνει και θεσμοποιεί το σύνολο των χαρακτηριστικών που καθορίζουν το πλαίσιο της υγείας. Η υγεία εξαρτάται άμεσα από το πολιτισμικό περιβάλλον στο χώρο και στο χρόνο.

- **Η πολιτική προσέγγιση της υγείας**

Σε αυτή την προσέγγιση το κράτος πρόνοιας είναι αυτό το οποίο έχει αποδεχτεί την άποψη ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Είναι αυτό που παρεμβαίνει στους μηχανισμούς λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας με την τάση να διαμορφώνει ένα άλλο σύστημα, σύμφωνα με το οποίο η θεμελιώδης αρχή είναι η ισότητα των πολιτών στην υγεία. Η παρέμβαση του κράτους δεν αφορά μόνο τον έλεγχο ή το καθορισμό των τιμών των υπηρεσιών υγείας. Έχει την υποχρέωση να κατευθύνει την κατανομή των πόρων του τομέα υγείας έτσι ώστε να καλύπτεται όσο το δυνατόν καλύτερα η ποσοτικά και ποιοτικά, παροχή υπηρεσιών, τόσο στο επίπεδο του κοινωνικού συνόλου όσο και στο επίπεδο του πάσχοντος ατόμου. Μέσα από αυτό

επιτυγχάνεται η βελτίωση του επιπέδου υγείας, ευημερίας και ευεξίας του πληθυσμού» (Σαρρής και συν., 2001:33-40).

6.1.1 Η έννοια της ψυχικής υγείας

«Ψυχική υγεία είναι η ισορροπία μεταξύ των διαφόρων πλευρών της ζωής μας (κοινωνική, συναισθηματική, πνευματική, σωματική), που μας επηρεάζει στον τρόπο που διαχειριζόμαστε το περιβάλλον μας και κάνουμε τις επιλογές μας.

Η ψυχική υγεία, για τους παραπάνω λόγους, ορίζεται διαφορετικά από τους επιστήμονες διαφόρων χωρών, επειδή αυτή η έννοια επηρεάζεται από τον τοπικό πολιτισμό: τι σημαίνει υποκειμενική ευεξία, αντίληψη αυτάρκειας, αυτονομία, ικανότητες, εξάρτηση μεταξύ γενεών, αυτοπραγμάτωση του νοητικού και συναισθηματικού δυναμικού ενός ατόμου. Δεν υπάρχει τρόπος να συνδυαστούν όλα αυτά σε έναν παγκόσμια αποδεκτό ορισμό. Όλοι όμως, συμφωνούν ότι το να είναι κάποιος ψυχικά υγιής δεν σημαίνει απλώς ότι δεν πάσχει από ψυχικό νόσημα. Έχει να κάνει επίσης με το πώς νιώθει για τον εαυτό του, πώς νιώθει για τους άλλους και πώς αντιδρά στις απαιτήσεις της ζωής.

Γι' αυτό και οι ειδικοί της Π.Ο.Υ. συμφώνησαν ότι «ψυχική υγεία» και «ψυχικό νόσημα» δεν αποτελούν αντίθετες έννοιες, αφού η απουσία νοσήματος δεν σημαίνει οπωσδήποτε υγεία. Ο πιο διαδεδομένος σήμερα τρόπος να εξετάζεται η ψυχική υγεία κάποιου είναι το να διερευνάται η λειτουργικότητά του: πόσο αποτελεσματικός και επιτυχής είναι σε διάφορους τομείς. Για παράδειγμα, να αντεπεξέρχεται στις πιέσεις, να διατηρεί ικανοποιητικές σχέσεις, να ζει ανεξάρτητα, να νιώθει ικανός, να βγαίνει μέσα από δύσκολες καταστάσεις. Η ψυχική υγεία αποτελεί ένα συνεχές. Δηλαδή μπορεί να «βαθμολογείται» με διάφορους βαθμούς.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, πιστεύεται ότι ο άνθρωπος πρέπει να διαθέτει ευημερία, ούτως ώστε να μπορεί να βελτιώνει την ψυχική του υγεία. Δίνεται, με άλλα λόγια, ιδιαίτερη βαρύτητα στη συναισθηματική ευημερία, στο βίωμα μιας γεμάτης και δημιουργικής ζωής, στην ευελιξία να αντεπεξέρχεται

κανείς στις προκλήσεις της ζωής.» (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2002:3-6)

Μπορούμε επίσης να μιλάμε για ψυχική υγιεινή, δηλαδή για εδραίωση και διατήρηση της ψυχικής υγείας. Άρα, από τη μια μεριά έχουμε τα ψυχικά νοσήματα και τις προσπάθειες των ειδικών να αποκαταστήσουν τις ψυχικές λειτουργίες, από την άλλη έχουμε το ενδιαφέρον για ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας. Όπου το ολιστικό μοντέλο περιλαμβάνει έννοιες της ανθρωπολογίας, της παιδαγωγικής, της ψυχολογίας, της θρησκείας, της κοινωνιολογίας και θεωρίες της ψυχολογίας (εξελικτική, κοινωνική, κλινική, για την προσωπικότητα, την υγεία).

Ένα μοντέλο ευημερίας (ευδαιμονίας), που έχει προταθεί, είναι ένα μοντέλο 5 τομέων και 12 υποτομέων, που χαρακτηρίζουν την υγιή λειτουργικότητα και είναι βασικός παράγοντας ευημερίας. Οι τομείς: πνευματικότητα (ουσία), εργασία/ ψυχαγωγία, φιλία, έρωτας, αυτο-διεύθυνση. Οι υποτομείς: αυταξία, αυτο-έλεγχος, ρεαλιστικές πεποιθήσεις, συναισθηματική επίγνωση και προσαρμοστικότητα, επίλυση προβλημάτων και δημιουργικότητα, αίσθηση χιούμορ, διατροφή, άσκηση, αυτο-φροντίδα, διαχείριση των πιέσεων (στρες), ταυτότητα φύλου και πολιτισμική ταυτότητα (Melengoglou, 2007).

6.1.2 Η προαγωγή υγείας

Σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη της Οτάβα, στο Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας, το 1986 ορίστηκε ως Προαγωγή της Υγείας, η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους. Ο όρος αυτός αναφέρθηκε επίσημα για πρώτη φορά στην Καναδά το 1974, σε έκθεση της κυβέρνησης με τίτλο «Νέα άποψη της υγείας των Καναδών». Στην Ευρώπη, ο όρος προαγωγή της υγείας χρησιμοποιήθηκε επίσημα για πρώτη φορά το 1981, στην Πρώτη Συνάντηση των Ευρωπαϊκών Υπουργών Υγείας με θέμα «Η Ευρωπαϊκή Προσέγγιση της Προαγωγής της Υγείας». Όπως και σε όλες τις επίσημες αναφορές, ο όρος χρησιμοποιήθηκε ως έννοια κλειδί για να συζητηθεί η ανάγκη αναθεώρησης και επαναπροσδιορισμού της Δημόσιας Υγείας ώστε

να περιλαμβάνει περισσότερους παράγοντες που συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας. (Σουρτζή, 2007)

Ο όρος προαγωγή της υγείας χρησιμοποιείται ως μια ολική έννοια από όσους αναγνωρίζουν της ανάγκη για αλλαγή στους τρόπους και τις συνθήκες διαβίωσης με σκοπό τη βελτίωση της υγείας. Σύμφωνα με αυτό η προαγωγή της υγείας:

- Εμπλέκει το γενικό πληθυσμό ως σύνολο στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής και δίνεται η δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να είναι υπεύθυνοι για την υγεία τους.
- Προωθεί δραστηριότητες που καθορίζουν την υγεία καλώντας σε συνεργασία φορείς που επηρεάζουν το επίπεδο της, εκτός των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Συνδυάζει μεθόδους και τεχνικές που αλληλοσυμπληρώνονται, όπως η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, οι οργανωτικές αλλαγές, η κοινοτική ανάπτυξη και συμμετοχή.
- Στοχεύει σε μια αποτελεσματική και συγκεκριμένη συμμετοχή του κοινού, στον προσδιορισμό στόχων και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για τη λήψη αποφάσεων σε ατομικό συλλογικό επίπεδο.
- Υποστηρίζει τον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας και την αλλαγή προς την κατεύθυνση της αγωγής υγείας και της προάσπισης της. (Σώκου, 1999).

Οι στόχοι της Προαγωγής της υγείας είναι:

- Η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.
- Η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών ώστε όλοι οι άνθρωποι να είναι ικανοί να αναπτύξουν όλο το δυναμικό υγείας.
- Η προστασία της υγείας του ανθρώπου και του περιβάλλοντος από καθετί που τα απειλεί.
- Η συντονισμένη δράση από κάθε υπεύθυνο φορέα, τομέα και ομάδα πολιτών που μεσολαβούν, προκειμένου να προστατεύσουν την υγεία από τα διάφορα συμφέροντα που την απειλούν.

- Η διαδικασία, μέσω της οποίας ένα άτομο, μια ομάδα ή ένας πληθυσμός μπορεί να οδηγηθεί στην υγεία (Σώκου, 1999).

6.1.3 Καθοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας

Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού σήμερα είναι βέβαιο ότι επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό είναι οι εξής:

- Το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του
- Οι κλιματολογικές συνθήκες
- Η διατροφή
- Το εκπαιδευτικό-μορφωτικό επίπεδο
- Ο τρόπος ζωής
- Το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης
- Οι κοινωνικές σχέσεις
- Το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας
- Οι συνθήκες εργασίας
- Τα καταναλωτικά πρότυπα φαρμάκου
- Η ποιότητα της κατοικίας
- Η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Σαρρής και συν., 2001:42-43)

Αξίζει να σημειωθεί, ότι το επίπεδο του εισοδήματος θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες διότι έχει παρατηρηθεί ότι μεταξύ ατόμων με χαμηλά και υψηλά εισοδήματα υπάρχει διαφορά στο προσδόκιμο ζωής ενώ και η διατροφή λόγω του υπερσιτισμού κακής ποιότητας, ενοχοποιείται για την υγεία του συνόλου γενικότερα.

Συγκεντρώνοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- **Κοινωνικο-οικονομική δομή της κοινωνίας** (ο τρόπος της παραγωγής, καταμερισμός της εργασίας και κοινωνική διαστρωμάτωση)
- **Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες** (οικονομική ανάπτυξη, προγραμματισμός στον τομέα υγείας, απόδοση του συστήματος υγείας)
- **Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες** (τρόπος ζωής, η ποιότητα της κατοικίας, κοινωνική διάρθρωση, κοινωνικές ανισότητες)
- **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες** (ήθη και έθιμα, επίπεδο αλφαριθμητισμού, στάσεις απέναντι στην υγεία και την ασθένεια)
- **Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες** (μόλυνση του περιβάλλοντος, προστασία των οικοσυστημάτων)
- **Γεωγραφικοί παράγοντες** (κλιματολογικές συνθήκες, φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες)
- **Δημογραφικοί παράγοντες** (σύνθεση του πληθυσμού, ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση)
- **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες** (επίπεδο και εξέλιξη των υγειονομικής και ιατρικής γνώσης και πρακτικής)» (Σαρρής και συν., 2001:44-45)

6.2 Η έννοια του συστήματος υγείας και ο σκοπός του

Το σύστημα υγείας μπορεί να ορισθεί ως το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών της υγείας. Η έννοια του συστήματος υγείας δεν περιορίζεται μόνο

στην παροχή και την οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά επεκτείνεται και σε πολιτικές διατομεακού χαρακτήρα, οι οποίες συνθέτουν την εικόνα της δημόσιας υγείας μιας χώρας. Όταν μιλάμε για το σύστημα υγείας εννοούμε αρχικά τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και κατανέμονται οι πόροι με σκοπό την κάλυψη και την βελτίωση των αναγκών σε επίπεδο υγείας. Οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν το υλικό κεφάλαιο (φάρμακα, τεχνολογικός εξοπλισμός, κτιριακή υποδομή κ.λ.π.) και το ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό). (Σαρρής και συν., 2001)

«Ο τρόπος με τον οποίο συνδυάζονται οι παραπάνω πόροι, αλλά και η ταυτόχρονη σύνδεση των συστημάτων υγείας με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο εντάσσονται όσο και με τα συνθετικά τους στοιχεία, τα έχουν μετατρέψει σε μηχανισμούς με διευρυμένες λειτουργίες και αρμοδιότητες.

Σύμφωνα με τον Levy, το σύστημα υγείας θεωρείται ως ένα σύστημα πολλαπλών μεταβλητών-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Το 1^ο υποσύστημα, αφορά στην αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το σύστημα υγείας (κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, δημογραφικές εξελίξεις κ.λπ.)

Το 2^ο υποσύστημα έχει να κάνει με τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας το σχετίζεται με την οικονομική ανάπτυξη, την εκπαίδευση, την εργασία, τη διαθέσιμη τεχνολογία και το πολιτικό σύστημα. Το 3^ο υποσύστημα σχετίζεται με τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών, την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας και γενικότερα την οικονομική πολιτική της χώρας» (Σαρρής και συν., 2001:69-70)

Επίσης το σύστημα υγείας εκτός από ένα σύστημα πολλαπλών μεταβλητών μπορεί να θεωρηθεί και ως:

1. σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών

«Σύμφωνα με αυτόν τον προσδιορισμό μπορούμε να προσδιορίσουμε το σύστημα σύμφωνα με το εύρος του, τους φορείς παροχής υπηρεσιών και τον ρόλο του στην οικονομική ανάπτυξη. Το σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών περιλαμβάνει τα εξής υποσυστήματα:

- ιατρικού κύκλου (κλασικές μονάδες περίθαλψης)

- ιατροκοινωνικού κύκλου) (περίθαλψη σε άτομα με προβλήματα κοινωνικής παθολογίας
- περιβαλλόντων τομέων (περιβαλλοντική υγιεινή)
- εναλλακτικών μορφών φροντίδας (κατ' οίκον νοσηλεία)
- ερευνητικών κέντρων (ερευνητικά προγράμματα τα οποία σχετίζονται με την υγεία)
- παραγωγής (ιατρική τεχνολογία)

2. σύστημα παραγωγικής διαδικασίας

Το συγκεκριμένο σύστημα περιλαμβάνει τα εξής συστατικά στοιχεία:

- τις εισροές (ανθρώπινοι πόροι, οικονομικοί πόροι, υλικοτεχνική υποδομή και εξοπλισμός)
- την διαδικασία (έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση κ επανέλεγχος)
- τις εκροές (νοσηλεία, επεμβάσεις, και εργαστηριακές εξετάσεις) τα αποτελέσματα (βελτίωση του επιπέδου υγείας και ευημερίας)» (Σουλιώτης, 2000:47-48)

Σημαντικό είναι να τονίσουμε ότι σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με στόχο τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Οι στόχοι για την εκπλήρωση αυτού του βασικού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών της υγείας. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι θα πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια.

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει θα πρέπει να εκτιμά την αποτελεσματικότητα του και να επανακαθορίζει τους στόχους του με βάση την επίτευξη τους. Η ικανότητα του συστήματος υγείας να λαμβάνει υπόψη τις διαρκείς μεταβολές του περιβάλλοντος, να αναπροσαρμόζει το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των υπηρεσιών του στις αλλαγές αυτές και να εκτιμά τα αποτελέσματα της πρακτικής του, αποτελούν τις προϋποθέσεις για επιτύχει και να διατηρήσει την αποτελεσματικότητα, την

αποδοτικότητα και τη λειτουργικότητα του. (Σουλιώτης, 2000), (Σαρρής και συν., 2001)

6.2.1 Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας

«Τα κύρια γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από την μορφή που μπορεί να έχει είναι τα εξής:

➤ Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με αυτό το χαρακτηριστικό ένα σύστημα υγείας έχει την δυνατότητα να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς.

➤ Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας

Κάθε άτομο ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του θέση, πρέπει να έχει την δυνατότητα να μπορεί να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας. Προϋπόθεση για αυτό είναι η ισότιμη κατανομή των πόρων της υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού.

➤ Συνέχεια στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας

Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών αλλά να καλύπτει τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου.

➤ Ισότητα και ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών

Οι ανάγκες της υγείας διαφέρουν από άτομο σε άτομο και χαρακτηρίζονται από έντονη διαφορά και πολυπλοκότητα. Άρα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη με βάση τις ανάγκες που έχουν ορισμένα άτομα και να μοιράζονται δικαίως. Με βάση αυτό το χαρακτηριστικό η ισότητα μπορεί να προσδιοριστεί ως εξής: α) ισότητα στις δαπάνες κατά κεφαλή, β) ισότητα στους πόρους κατά κεφαλή, γ) ισότητα στους πόρους για ίσες ανάγκες δ) ισότητα στην πρόσβαση για ίσες ανάγκες, ε) ισότητα στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες μεταξύ του πληθυσμού και στ) ισότητα στην κατάσταση της υγείας.

➤ Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος

Κάθε σύστημα υγείας δίνει ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας, το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο,

γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Κάποια συστήματα δίνουν βαρύτητα στην δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομειακή φροντίδα) και κάποια άλλα στην πρωτοβάθμια φροντίδα (πρόληψη)» (Σαρρής και συν., 2001:76-78).

Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας οργανώνεται σε εθνική μορφή το οποίο βασίζεται στη ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης και επιτυγχάνεται μέσα από την αυξημένη κρατική παρέμβαση και δράση. Τέτοιου είδους συστήματα χρηματοδοτούνται από τη κοινωνική ασφάλιση και τον κρατικό προϋπολογισμό. Υπάρχει χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού. Στο συγκεκριμένη μορφή συστήματος υγείας υπάρχει πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης τα οποία θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω.

6.3 Έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια. Ενώ όμως όλο αυτό το διάστημα, σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου, διατυπώθηκαν σχέδια και προτάσεις που θα μπορούσαν να προσδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής παρατηρήθηκε ένας περιορισμός σε νομικά κείμενα, τα οποία έμειναν ανενεργά. Στη χώρα μας συντελείται τα τελευταία χρόνια μια ριζική τομή στο σύστημα υγείας, με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να αποτελεί κεντρικό σημείο της πολιτικής και επιστημονικής συζήτησης. «Έτσι γίνεται λόγος για τη λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία αντλεί επιχειρηματολογία από την υφιστάμενη πραγματικότητα και λαμβάνει υπόψη της διεθνείς καλές πρακτικές, με κεντρικό σημείο το θεσμό του προσωπικού γιατρού. Το προτεινόμενο σχέδιο επιχειρεί να προσδώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνιστά μια ρεαλιστική προοπτική, η οποία μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα για τη διαμόρφωση ενός ενιαίου, τόσο

οργανωτικά όσο και χρηματοδοτικά, συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» (Σουλιώτης και Λιονής, 2003) .

Οι προσπάθειες για την οργάνωσή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι αμέτρητες και ανολοκλήρωτες. Επιστημονικές μελέτες, νομοσχέδια, ακόμη και νόμοι προέβλεπαν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με ή χωρίς οικογενειακό γιατρό. Από μία πρωτόλεια μορφή οικογενειακού γιατρού, περάσαμε στους αγροτικούς υγειονομικούς σχηματισμούς, στους κοινοτικούς γιατρούς και στα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, την καλύτερη και σοβαρότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ για την υγειονομική κάλυψη των αγροτικών περιοχών. Ωστόσο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας παραμένει μακριά από τις προδιαγραφές των περισσότερων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των επιταγών που ορίζει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Η προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπήρξε ένα πραγματικό κίνημα στο χώρο της υγείας, που γεννήθηκε τη δεκαετία του '70 και κωδικοποιήθηκε στη Διεθνή Διάσκεψη που συνδιοργάνωσαν στην Άλμα Άτα η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η UNICEF το Νοέμβριο του 1978 (Κυριόπουλος-Φιλαλήθης, 1996).

Ο όρος «φροντίδα» είναι ευρύτερος της «περίθαλψης» και υποδηλώνει ότι στόχος είναι να προληφθεί η αρρώστια και να περιφρουρηθεί η υγεία. Προϋποθέτει παρέμβαση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, εκεί που ζει και εργάζεται ο κόσμος. «Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου. Αντίθετα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκφράζει μια ευρύτερη έννοια, που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε υγιή άτομα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού, είτε στο επίπεδο της κοινότητας. Αν και σε θεωρητικό επίπεδο υπάρχει σαφής εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο αυτών όρων, εντούτοις σε πρακτικό επίπεδο είναι δυνατόν να συνυπάρξουν» (Θεοδώρου και συν., 2001:101). Έτσι λοιπόν σύμφωνα με «το άρθρο 1 του νόμου 3235/2004, ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του

οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του. Περιλαμβάνει: α.) τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, β.) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, γ.) τον οικογενειακό προγραμματισμό, δ.) τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, ε.) την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική, στ.) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, ζ.) την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο και η). τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας» (ΦΕΚ Α 53 20040218).

«Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών: 1) της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας, 2) της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου, 3) της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου, 4) του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων, 5) της διαχείρισης ιατρό-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητα τους, 6) της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας» (ΦΕΚ Α 53 20040218).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται με λίγα λόγια ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που αφορούν στην προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, παρακολούθηση καθώς και την

αποκατάσταση και επανένταξη των αρρώστων ενός σαφώς οριζόμενου πληθυσμού. Στόχος είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ολόκληρου του πληθυσμού ευθύνης της, με τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα ατόμων και οικογενειών. Θεμελιώδης αρχή της είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αρχή η οποία καθορίζει ως βασική υποχρέωση την ολόπλευρη κάλυψη όλων των πολιτών ασχέτως των κοινωνικών, οικονομικών, θρησκευτικών ή φυλετικών χαρακτηριστικών τους. Τέλος, η λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως συνεπάγεται από την προαναφερθείσα ολιστική προσέγγιση, προαπαιτεί τη Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας, στα πλαίσια της οποίας συνεργάζονται ισότιμα τα επαγγέλματα υγείας και συνθέτουν, μαζί με την τοπική κοινωνία, την πολιτική υγείας με στόχο την ολοκληρωμένη ανταπόκριση στις συγκεκριμένες ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι μία στρατηγική που δίνει έμφαση στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και δομές, χωρίς όμως να υποτιμάει τις νοσοκομειακές δομές. Η δυσαρέσκεια των χρηστών των διαφόρων υπηρεσιών και ειδικά των νοσοκομείων έχει γίνει ακόμη πιο σαφές ότι η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί επιτακτική ανάγκη(Θεοδώρου και συν.,2001-Κυριόπουλος, Σισσούρας,1997).

Η ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα είναι σχεδόν παράλληλη μ' εκείνη της ανάπτυξης της Κοινωνικής Ασφάλισης. «Το Ι.Κ.Α. είναι ο μοναδικός ίσως ασφαλιστικός φορέας στην Ευρώπη και στον κόσμο που, πρώτον, ανέπτυξε από την ίδρυσή του και παράλληλα με την ασφαλιστική του προσπάθεια υγειονομικές μονάδες παροχής Υγειονομικών Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον αστικό και αργότερα ημιαστικό χώρο και δεύτερον, δειδε από πολύ νωρίς τη σημασία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού μέσα στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την καθιέρωσε από το 1960» (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης,1996:162).

«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από: α) τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, β) τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.ΚΑ, γ) τα εξωτερικά ιατρεία

των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., δ) τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και ε) από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ» (ΦΕΚ Α 53 20040218, άρθρο 2).

«Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης όπως και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητα τους. Επίσης οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Περίθαλψης μπορούν να συμβάλλονται μεταξύ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους» (ΦΕΚ Α 53 20040218, άρθρο 2).

6.4 Η δομή και η λειτουργία των Κέντρων υγείας

«Τα Κέντρα Υγείας έχουν συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης. Ο νόμος του 1983 προέβλεπε τη δημιουργία Κέντρων Υγείας «αστικού» τύπου και «μη αστικού τύπου» ή «Κέντρα Υγείας υπαίθρου». Τα πρώτα θα παρείχαν υπηρεσίες σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα. Όμως δεν έχουν μέχρι σήμερα τεθεί σε λειτουργία. Τα Κέντρα Υγείας «μη αστικού τύπου» είναι εγκατεστημένα σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές. Παρέχουν όλες τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα σε θαλάμους βραχείας νοσηλείας (όπου υπάρχουν)» (Κουκούλη, 2003-2004: 16). Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. όπως και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση.

Τα Κέντρα Υγείας λοιπόν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού, διαθέτουν και τα ίδια τις δικές τους αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες, τα περιφερειακά ιατρεία. «Κάθε Κέντρο Υγείας λοιπόν διαθέτει ένα δίκτυο περιφερειακών ιατρείων τα οποία διακρίνονται σε δύο επίπεδα λειτουργίας: α) στα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν καθημερινά σε τακτό ωράριο και βρίσκονται σε εφημερία ετοιμότητας σε 24ωρη βάση και

β)στα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες. Η έδρα του περιφερειακού ιατρείου μπορεί να είναι σε πόλη, κωμόπολη ή χωριό» (Θεοδώρου και συν., 2001:108).

Τα Κέντρα Υγείας εκτός από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, παρέχουν και υπηρεσίες πρόληψης μέσω εφαρμογής προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής όπως είναι ο εμβολιασμός, η προαγωγή στοματικής υγείας, η πρόληψη καπνίσματος στους εφήβους, η διατροφή κ.λπ. Με λίγα λόγια η οργάνωση προγραμμάτων προαγωγής υγείας αποσκοπεί στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών και στη διαμόρφωση συνθηκών ζωής που ευνοούν την υγεία. Προϋπόθεση για την επιτυχία ενός προγράμματος προαγωγής υγείας, αποτελεί η εμπλοκή και ενεργός συμμετοχή της κοινότητας και συγκεκριμένα:

- δημιουργία και καλλιέργεια σταθερών δεσμών συνεργασίας με φορείς και συλλόγους της περιοχής
- τακτές συναντήσεις για συζήτηση στόχων και δραστηριοτήτων κάθε προγράμματος υγείας, με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, τη συμμετοχή στην τελική διατύπωση των προγραμμάτων υγείας, τη συνεχή ευαισθητοποίηση καθώς και την εξασφάλιση ευρείας συναίνεσης για κάθε δραστηριότητα.
- διοργάνωση ημερίδων και διαφόρων εκδηλώσεων με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μελών της κοινότητας.
- ενεργός συμμετοχή συλλόγων, φορέων, ενδιαφερομένων ατόμων ή επιμέρους ομάδων πολιτών (όπως φαρμακοποιοί, οδοντίατροι, παιδαγωγοί, κ.λπ.)

Απώτερος στόχος δηλαδή είναι η διασύνδεση του εκάστοτε Κέντρου Υγείας με την κοινότητα ούτως ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στα πλαίσια των δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πραγματοποιούνται επίσης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας **κατ' οίκον επισκέψεις**. Οι επισκέψεις αυτές γίνονται από γιατρούς ή από επισκέπτες υγείας, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς κ.τ.λ. του Κέντρου Υγείας σε άτομα που δεν μπορούν να προσέλθουν στο Κέντρο Υγείας λόγω κατάκλισης, κινητικών προβλημάτων ή/και μη ύπαρξης συγγενικών προσώπων. Από τα Κέντρα Υγείας προσφέρονται επίσης υπηρεσίες **κατ' οίκον νοσηλείας**. Πρόκειται για κατ' οίκον

επισκέψεις που πραγματοποιούνται από νοσηλευτές/τριες των Κέντρων Υγείας για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών σε άτομα που χρήζουν κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας. (Θεοδώρου και συν.,2001)

Τα Κέντρα Υγείας στελεχώνονται από ειδικούς γιατρούς και από οικογενειακούς-γενικούς γιατρούς, καθώς και από άλλους επαγγελματίες υγείας ενώ τα περιφερειακά και τα αγροτικά ιατρεία στελεχώνονται κυρίως από τελειόφοιτους φοιτητές της Ιατρικής σχολής που διεξάγουν υποχρεωτικά το "αγροτικό τους" όπως κοινώς λέγεται αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις από ειδικευμένους γιατρούς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι «τα Κέντρα Υγείας των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών αναλαμβάνουν στο μεγαλύτερο μέρος την περίθαλψη του αγροτικού πληθυσμού , ο οποίος καλύπτεται ασφαλιστικά από τον Ο.Γ.Α., ενώ τα πολυϊατρεία και οι μονάδες του Ι.Κ.Α. τους ασφαλισμένους του ιδρύματος, οι οποίοι αποτελούν τη μεγάλη πλειοψηφία του αστικού πληθυσμού. Οι υπηρεσίες υγείας του Ι.Κ.Α. και αυτές που παρέχουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α, καλύπτουν περίπου το 70% του πληθυσμού, ενώ το υπόλοιπο 25% είναι κατανεμημένο σε διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μεγαλύτεροι εκ των οποίων είναι το ΤΕΒΕ, το ταμείο Εμπόρων και η περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων» (Κυριόπουλος και Σισσούρας,1997:29).

6.5 Ο Θεσμός του γενικού-οικογενειακού γιατρού

Σύμφωνα με το άρθρο 7 του νόμου 3235 (ΦΕΚ Α 53 20040218), καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, στη βάση της τομεοποίησης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

- ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό, από εκείνους που υπηρετούν ή εργάζονται στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Επίσης, δύναται να επιλέξει ιατρό που υπηρετεί ή εργάζεται σε άλλη περιοχή του ίδιου Πε.Σ.Υ.Π. μετά από έγκριση του ασφαλιστικού του φορέα. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π.,

καθορίζεται ο ανώτατος αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό.

- Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ο ασφαλιστικός φορέας του δικαιούχου, μετά από εισήγηση του οικογενειακού ιατρού, μπορεί να επιτρέψει την επιλογή και προσωπικού ιατρού, κατόχου τίτλου άλλης ειδικότητας, για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων του δικαιούχου.
- Σε περίπτωση που ο ασφαλιστικός οργανισμός του δικαιούχου έχει συμβληθεί με ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι ασκούν καθήκοντα οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού, τότε η επιλογή του ασφαλισμένου γίνεται μεταξύ των ιατρών αυτών που υποδεικνύονται από τον ασφαλιστικό του οργανισμό και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στη συγκεκριμένη περιοχή.
- Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ή του προσωπικού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός.
- Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους.
- Η επιλογή του οικογενειακού ή και του προσωπικού ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.
- Ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός: α. παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ειδικότητας του, β. διαχειρίζεται το τμήμα του ιατρικού φακέλου που διατηρείται στο οικείο Κέντρο Υγείας, γ. παραπέμπει σε άλλον ιατρό, καθώς επίσης και σε νοσηλευτική μονάδα.
- Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού και προσωπικού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού, ο

τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενο τους, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας του θεσμού στα Κέντρα Υγείας των Ο.Κ.Α. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομίας και Οικονομικών δύναται να καθορίζονται και οικονομικά κίνητρα κατά περίπτωση. (ΦΕΚ Α 53 20040218, άρθρο 7)

Είναι γεγονός ότι πολλοί γιατροί πιστεύουν ότι η έννοια και ο ρόλος του Γενικού Γιατρού θεωρείται ειδικότητα όπου «καταλήγουν ιατροί περιορισμένων ικανοτήτων», «χωρίς αντικείμενο» ή «αδιάφοροι επιστημονικά» και αυτός είναι ένας από τους λόγους που δεν επιλέγεται από τους περισσότερους ιατρούς. Ένας άλλος βασικός λόγος είναι ότι δεν παρέχονται από την πολιτεία τα κατάλληλα κίνητρα και δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές, ειδικά στο χώρο της εκπαίδευσης, που θα τους ωθήσουν να επιλέξουν και να υποστηρίξουν την Γενική Ιατρική. (Κυριόπουλος, Φιλαλήθης, 1996)

Ο οικογενειακός γιατρός λοιπόν, αποτελεί το απαραίτητο συστατικό σε κάθε σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς έχει την ευθύνη παρακολούθησης και παροχής άμεσης φροντίδας υγείας του κάθε πολίτη και είναι αυτός που θα καθοδηγεί τον ασθενή στην κατάλληλη εξειδικευμένη υπηρεσία υγείας. «Ως οικογενειακοί γιατροί έχουν χρησιμοποιηθεί, ανάλογα με τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας, γιατροί χωρίς ειδικότητα, γενικοί γιατροί, παθολόγοι, κ.λπ. Η σύγχρονη όμως τάση είναι ότι ο ρόλος αυτός ανήκει αποκλειστικά στους γιατρούς γενικής ιατρικής, με αποτέλεσμα οι όροι γενικός και οικογενειακός γιατρός να είναι πλέον ταυτόσημοι, παρόλο που ο πρώτος αφορά την ιατρική εξειδίκευση και ο δεύτερος τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου» (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996:176). Παρά το γεγονός ότι γίνεται μία προσπάθεια αποδοχής της γενικής οικογενειακής ιατρικής από τους επαγγελματίες υγείας, η κατάρτιση, οι δεξιότητες, και η πρακτική εφαρμογή απέχει πολύ από αυτό που επιτάσσει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν έχει εφαρμοστεί ουσιαστικά ακόμη και ένας από τους λόγους είναι ότι

βρίσκεται ακόμη υπό εξέταση ο τρόπος αμοιβής του, εάν δηλαδή θα είναι ανά επίσκεψη ή ανά ασφαλισμένο.

Πολλοί είναι αυτοί (από την επιστημονική κοινότητα κυρίως) που έσπευσαν να σχολιάσουν το ζήτημα του οικογενειακού γιατρού. Κάποιοι επαγγελματίες γιατροί και πανεπιστημιακοί πιστεύουν ότι ο θεσμός αυτός και να εφαρμοστεί δεν θα αντέξει για πολύ. Οι βασικοί λόγοι που θα οδηγήσουν σ' αυτό το αποτέλεσμα/ σ' αυτή την κατάληξη είναι οι εξής:

1. Η νοσοκομειοκεντρική εκπαίδευση και η ιατροκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών δεν αποτελούν την καλύτερη βάση για την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός τέτοιου εγχειρήματος. Πώς είναι δυνατόν οι εκπαιδευμένοι με τον παραδοσιακό τρόπο γιατροί, να αναπτύξουν δράσεις πέρα από την καθαρά ιατρική-θεραπευτική σχέση, να υιοθετήσουν ένα νέο και ίσως και άγνωστο ρόλο γι' αυτούς, να αναλάβουν τις ευθύνες αυτού του ρόλου απέναντι στην κοινότητα.
2. Ο νέος αυτός ρόλος απαιτεί άμεση και στενή συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και με τους φορείς της κοινότητας για την επίτευξη της ολιστικής προσέγγισης των πολιτών.
3. Όπως χαρακτηριστικά είπε ο Αλέξης Μπένος (επίκουρος καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο και πρόεδρος της διεθνούς οργάνωσης International Association for Health Policy), σε μια δήλωσή του στην Ελευθεροτυπία, όταν ρωτήθηκε επί του θέματος, «πρόκειται για ένα θεσμό πλήρως ιδιωτικοποιημένο, εφόσον οι «προσωπικοί γιατροί» θα είναι ελεύθεροι επαγγελματίες με λίστες πελατών και ετήσια κατά κεφαλή αμοιβή. Ο μοναδικός στόχος αυτού του θεσμού θα είναι ο έλεγχος των μη κερδοφόρων διαδικασιών. Ο «προσωπικός» γιατρός χωρίς την ειδική εκπαίδευση των γιατρών Γενικής Ιατρικής στην ΠΦΥ και πιεζόμενος από συνθήκες οξυμένου ανταγωνισμού και εργασιακής ανασφάλειας (ετήσιες συμβάσεις) δεν θα μπορέσει να προσφέρει τις ολοκληρωμένες, συνεχείς και προσωπικές υπηρεσίες που έχει ανάγκη ο πληθυσμός. Η εξάρτηση μάλιστα της αμοιβής του από τον αριθμό των «κεφαλιών» της λίστας του θα τον οδηγήσει στην άγρα πελατών νέων και υγιών, ώστε να μην αυξήσει το φόρτο της εργασίας του. Με τη μέθοδο αυτή όσοι έχουν χρόνια και

πολύπλοκα προβλήματα υγείας -άρα τις μεγαλύτερες ανάγκες- θα αποβάλλονται από το σύστημα». Η κατάληξη θα είναι ότι για να μπορέσει ο «προσωπικός γιατρός» να επιβιώσει στον οξύτατο ανταγωνισμό με τους συναδέλφους του δεν θα αργήσει να συμβληθεί άνευ όρων με τους επιχειρηματικούς ομίλους των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι τείνουν με τη συνεχή τους διόγκωση να ελέγξουν μονοπωλιακά το σύστημα» (Μπένος,2002).

Η Γενική / Οικογενειακή Ιατρική αποτελεί έναν ακαδημαϊκό και επιστημονικό κλάδο με το δικό του διακριτό εκπαιδευτικό περιεχόμενο, έρευνα, βάση επιστημονικών δεδομένων και κλινική δραστηριότητα και αποτελεί μία κλινική ειδικότητα προσανατολισμένη προς την πρωτοβάθμια φροντίδα. Υπάρχει μια δυναμική συσχέτιση μεταξύ των υποκείμενων αρχών του επιστημονικού κλάδου και των καθηκόντων τα οποία πρέπει να επιτελούν οι Οικογενειακοί Ιατροί. Αυτά τα καθήκοντα καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από το σύστημα φροντίδας υγείας μέσα στο οποίο εργάζονται οι Γενικοί Ιατροί και από τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και απαιτήσεις των Ασθενών (Λιονής-Συμεωνίδης, 2002).

6.6 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο χώρο της ψυχικής υγείας

Σαν απόλυτη προτεραιότητα στην εφαρμογή μεταρρύθμισης στον τομέα της Ψυχικής Υγείας και της Πρόνοιας τίθεται η από-ασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και η επανένταξη τους στην κοινωνία, μέσω ειδικών δομών της κοινότητας. Ενώ στην Ε.Ε., από τις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας, δίνεται προτεραιότητα στις δράσεις ψυχικής υγείας και πρόνοιας, η Ελλάδα την δεκαετία αυτή είχε υστερήσει και μόλις πρόσφατα σχεδίασε και προσπαθεί να υλοποιήσει διάφορες δράσεις που αφορούν τον τομέα της ψυχικής υγείας και της πρόνοιας. «Τα τελευταία 20 χρόνια, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μεταρρυθμίζονται σταδιακά. Μέρος τους ενσωματώνονται στο γενικό σύστημα υγείας (ψυχιατρικά τμήματα και ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία σε γενικά νοσοκομεία), ενώ παράλληλα αναπτύσσονται και λειτουργούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά

Κέντρα, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης-ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα) που έχουν ως στόχο την κάλυψη των σχετικών αναγκών σε τοπικό επίπεδο, καθιστώντας τα άτομα που πάσχουν ενεργά μέλη των οικογενειών και κοινοτήτων στις οποίες ανήκουν» (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2004:5). Ο σύγχρονος αυτός τρόπος «νοσηλείας» παρέχει καλύτερες συνθήκες περίθαλψης, βρίσκεται μέσα στην κοινότητα κι όχι απομονωμένος από αυτήν, διαθέτει πολλαπλότητα υπηρεσιών και εύκολη πρόσβαση σε άλλες υπηρεσίες και προπαντός αποφυγή του κυριότερου μειονεκτήματος των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων, του «στίγματος».

Η ψυχική περίθαλψη είναι δικαίωμα και όχι προνόμιο. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του γενικού συστήματος υγείας και η πρόληψη είναι καλύτερη και λιγότερο κοινωνικοοικονομικά δαπανηρή από τη θεραπεία. Οι σύγχρονες κοινωνίες λοιπόν δίνουν έμφαση στην αποασυλοποίηση της περίθαλψης και στη συστηματική ανάπτυξή της μέσα στις μικρές τοπικές κοινότητες, με σκοπό την πρόληψη και την κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Αναγνωρίζοντας ότι η ψυχική υγεία δεν σημαίνει απλώς έλλειψη δυσλειτουργίας αλλά ανάπτυξη ατομικής και κοινωνικής ψυχικής ευεξίας, σύμφωνα με τις δυνατότητες του ατόμου, τονίζεται η πρόληψη και η περίθαλψη στο πρωτοβάθμιο επίπεδο. Η πρωτοβάθμια οργάνωση στη μικρή γειτονιά γίνεται με πλήρη, συστηματική και συντονισμένη χρησιμοποίηση του δημόσιου και ιδιωτικού δυναμικού του επαγγελματικού και εθελοντικού τομέα και επιτυγχάνεται κυρίως με την προώθηση και συνεργασία του τοπικού κοινοτικού υποστηρικτικού συστήματος για την ανάπτυξη του ατόμου (δηλαδή δίκτυα οικογένειας, συγγενών, φίλων και μαζικών οργανώσεων). Η σημασία των κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων για την βελτίωση της ψυχικής υγείας αυξάνεται συνεχώς στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης από την άλλη μοιράζονται τον κοινό στόχο φροντίδας των ατόμων με μακροχρόνια σοβαρή ψυχική αναπηρία ανεξάρτητα από το εάν ζούνε σε κοινωνικό ή νοσοκομειακό περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες λοιπόν αποτελούν το μέσο για την παροχή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία. Ο τρόπος οργάνωσης τους επιδρά σημαντικά σ' αυτή την αποτελεσματικότητα και τελικά στο κατά πόσο ανταποκρίνονται στους στόχους της πολιτικής για την ψυχική υγεία. Οι

υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνουν θεραπευτικές υπηρεσίες καθώς και δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας που παρέχονται από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές κι άλλους επαγγελματίες υγείας που έχουν ως βάση τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Η παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης απαιτεί σημαντική επένδυση στην εκπαίδευση των αντίστοιχων επαγγελματιών, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τις ψυχικές διαταραχές».

Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης στο σπίτι, καθώς και υπηρεσίες που αφορούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες όπως παιδιά, έφηβους, ηλικιωμένους και γυναίκες.

Οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από μέλη των τοπικών κοινοτήτων που δεν ανήκουν ουσιαστικά στα επαγγέλματα υγείας.(Πασαντωνόπουλος,2005)

Μερικές από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι οι εξής:

A) Μονάδες Ψυχικής Υγείας

- 1. Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ψυχικής Υγιεινής και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα** με σκοπό την ψυχοκοινωνική μέριμνα, την συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, την πρόληψη, την θεραπεία και την συμβολή στην αποκατάσταση και την κοινωνική ένταξη του ενήλικα ατόμου ή του παιδιού και του εφήβου με προβλήματα ψυχικής υγείας
- 2. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας** με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ'οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας

3. **Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης (δηλαδή Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους)** με σκοπό τη διασφάλιση της συνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας των ενήλικων ατόμων ή παιδιών και εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην κοινότητα, την αντιμετώπιση των παθολογικών συμπεριφορών και των προβλημάτων της λειτουργικότητάς τους και την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, της κοινωνικής προσαρμογής και ένταξης τους.
4. **Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (δηλαδή Ξενώνες και Οικοτροφεία)** για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους με σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον.
5. **Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεένταξης (δηλαδή Προστατευμένα Εργαστήρια και Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης)** με σκοπό την παροχή υπηρεσιών για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με απώτερο στόχο τη θεραπεία, την κοινωνική επανεένταξη και την τοποθέτηση τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.
6. **Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)** με σκοπό, μέσω του οικονομικού και κοινωνικού χαρακτήρα τους, την κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα με απώτερο στόχο τη θεραπεία τους και την κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. (Πασαντωνόπουλος,2005)

B) Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

- 1. Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων** για εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε διαμέρισμα ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα.
- 2. Προγράμματα Οικογενειών που Φιλοξενούν** ενήλικες και παιδιά ή εφήβους με ψυχικές διαταραχές, με σκοπό την ψυχιατρική τους παρακολούθηση μέσα σ' αυτές και οι οποίες θεωρούνται κατάλληλες για την τοποθέτηση των ατόμων αυτών.

Γ) Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' οίκον.

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα από Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, αλλά και από τα Νοσοκομεία και τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

6.7 Προβλήματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η μεταρρύθμιση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης του αστικού πληθυσμού και της δημιουργίας ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, έμεινε περισσότερο στα «χαρτιά», στα νομικά κείμενα παρά εφαρμόστηκε. Σ' αυτό συνέβαλαν διάφοροι παράγοντες μερικοί εκ των οποίων είναι οι παρακάτω:

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα και τα κέντρα υγείας επέζησαν και λειτούργησαν ως ένα βαθμό χωρίς πολιτική και οικονομική στήριξη, αφού το μέγιστο μέρος των πόρων και του υλικοτεχνικού εξοπλισμού δόθηκαν στα μεγάλα νοσοκομειακά κέντρα.
2. Η ανεπάρκεια υλικοτεχνικών υποδομών και ανθρώπινου δυναμικού, οδήγησε στην υποβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας αλλά και των άλλων μονάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας με αποτέλεσμα την περιορισμένη προσέλευση του αγροτικού και ημιαστικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας, αλλά αντίθετα το συνωστισμό στα μεγάλα νοσοκομεία.

3. η έλλειψη οργανωμένης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, επαρκούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα αστικά κέντρα που οδήγησε στον πολλαπλασιασμό των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και στην αύξηση των δαπανών.
4. Ο περιορισμένος αριθμός γενικών γιατρών αλλά και η ανεπαρκής συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ήδη υπαρχόντων.
5. Η εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής σύμφωνα με το ιατροκεντρικό μοντέλο, έχει ως αποτέλεσμα την προώθηση των κλινικών ειδικοτήτων και υπεξειδικεύσεων.
6. Γεγονός είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καλύπτεται κυρίως από ιδιώτες.
7. Η πολιτεία, τόσο στην αρχική οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας όσο και στις ακόλουθες προσπάθειες «μεταρρύθμισης» του, συνεχώς επαναλαμβάνει και αναιρεί τις προσπάθειες για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης περιοριζόμενη κατά κόρον στην εξαγγελία νομοσχεδίων και μέτρων και όχι στην εφαρμογή τους.

6.8. Η νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η ιατρική επιστήμη ήταν ανέκαθεν προσανατολισμένη περισσότερο στη θεραπεία των ασθενειών παρά στην ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης και της δημόσιας υγείας, έχοντας ως επίκεντρο αποκλειστικά το πάσχον άτομο (Θεοδώρου και συν., 2001). Η ραγδαία ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και η κυρίαρχη αντίληψη της υγείας και της αρρώστιας αποκλειστικά ως βιολογικής διαταραχής της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού κατέστησαν το νοσοκομείο στο επίκεντρο ολόκληρου του συστήματος υγείας (Σαρρής, 2001).

Οι πολίτες προσφεύγουν στα δημόσια νοσοκομεία για την αντιμετώπιση περιστατικών τα οποία απαιτούν υψηλό επίπεδο υπηρεσιών, αμεσότητα στην περίθαλψη και αίσθημα ευθύνης (Χολέβας, 2002). Η Δευτεροβάθμια (Δ. Φ. Υ.) και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τ.Φ.Υ.) στηρίζουν την Πρωτοβάθμια (Π.Φ.Υ.) παρέχοντας διάγνωση, θεραπεία και

αποκατάσταση βασισμένη στην τεχνολογία (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2002).

6.8.1. Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Στη Δ. Φ. Υ. και στην Τ. Φ. Υ. εντάσσονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες, που παρέχονται από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στα νοσοκομεία (Θεοδώρου και συν., 2001).

Πιο αναλυτικά, η Δ.Φ.Υ. αναφέρεται στην περίθαλψη, που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής (τοπικό ή νομαρχιακό). Το νοσοκομείο σε αυτό το επίπεδο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας, που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σε έναν πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000 – 500.000. Είναι δυναμικότητας 100-600 κλινών και διαθέτει όλες τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες. Αντίθετα, η Τ.Φ.Υ. αναφέρεται σε αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000 – 1.500.000 άτομα. Το περιφερειακό νοσοκομείο πρέπει να είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξοπλισμένο με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η Δ. Φ. Υ. παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία εντάσσονται στα πλαίσια του Πε.Σ.Υ., τα δημόσια νοσοκομεία εκτός Πε.Σ.Υ. (στρατιωτικά, ΙΚΑ λοιπά μη κερδοσκοπικά) και τα ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες ιδιωτικές επιχειρήσεις. Η Τ.Φ.Υ. παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές, οι οποίες έχουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνολογίας υπηρεσιών υγείας (Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2000).

Το περιφερειακό νοσοκομείο εξοπλισμένο με υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία και στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό

παρέχει ιατρικές υπηρεσίες όλων σχεδόν των ιατρικών ειδικοτήτων. Στο επίπεδο της Δ.Φ.Υ. το νομαρχιακό νοσοκομείο προσφέρει ανάλογες υπηρεσίες αλλά περιορισμένου εύρους ενώ δεν είναι αναγκαίο να διαθέτει τον αντίστοιχο τεχνολογικό εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό με αυτόν του τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Ωστόσο, δεν θεωρείται, ότι υπάρχει ποιοτική διαφοροποίηση στην επιστημονική στελέχωση των ιατρικών τμημάτων μεταξύ των περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων. Η διαφοροποίηση, που παρατηρείται, χαρακτηρίζεται ως λειτουργική και αφορά στην ευρύτερη σύνθεση της ιατρικής υπηρεσίας και κατ' επέκταση στον πληρέστερο εξοπλισμό, που διαθέτουν τα περιφερειακά νοσοκομεία ως μονάδες Τ.Φ.Υ. (Θεοδώρου και συν., 2001).

6.8.2. Τύποι και περιεχόμενο νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων, τα οποία διακρίνονται σύμφωνα με ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Με βάση το εύρος των υπηρεσιών, που προσφέρουν, ταξινομούνται σε γενικά και ειδικά. Τα πρώτα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες, ενώ τα δεύτερα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Επίσης, διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας των οποίων η διάρκεια νοσηλείας είναι συνήθως μικρότερη από ένα μήνα και σε χρόνιων παθήσεων με μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλεία (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η ιατρική περίθαλψη στο νοσοκομείο διακρίνεται στο πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας. Στο πρώτο, παρέχεται διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και επείγουσα ιατρική φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων αναγκών υγείας. Τα εξωτερικά ιατρεία με πλήρη οργάνωση, συγκρότηση και λειτουργική αυτοτέλεια είναι σε θέση να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς, που προσέρχονται σε αυτά και έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης. Στο δεύτερο επίπεδο, παρέχεται νοσηλεία, διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών και διενεργούνται γενικές επεμβάσεις. Στο τρίτο, η παροχή ιατρικής φροντίδας

προϋποθέτει υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Το ιατρικό έργο υποστηρίζεται από σύγχρονο εξειδικευμένο εξοπλισμό με υψηλό κόστος λειτουργίας και συντήρησης. Οι ιατρικές δραστηριότητες των νομαρχιακών νοσοκομείων αφορούν στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και Δ.Φ.Υ. ενώ το περιφερειακό αφορά στην περίθαλψη και των τριών επιπέδων (Θεοδώρου και συν., 2001).

6.8.3. Δομή και οργάνωση.

Τα νοσοκομεία του Πε.Σ.Υ. είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο που αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο, δύο μέλη που διορίζονται από τον υπουργό και από έναν εκπρόσωπο των γιατρών, των υπολοίπων εργαζομένων και της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής που ανήκει το νοσοκομείο.

Ο πρόεδρος προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σε αυτό. Συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους, ασκεί ιεραρχικό έλεγχο και εκπροσωπεί το νοσοκομείο σε όλες τις εκδηλώσεις του. Το διοικητικό συμβούλιο στην καθημερινή του λειτουργία ασχολείται περισσότερο με το έργο της διεύθυνσης του νοσοκομείου παρά με το επιτελικό έργο της διοίκησης του οργανισμού. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους με τον οποίο ορίζονται οι υπηρεσίες, η διάρθρωση, η επωνυμία και η κατηγορία στην οποία υπάγονται (Θεοδώρου και συν., 2001).

6.8.4. Ψυχιατρικός τομέας.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας έχει υπάρξει σταθερή προσπάθεια και πρόοδος στην υλοποίηση της πολιτικής της αποϊδρυματοποίησης, με τη δημιουργία μικρών μονάδων βραχείας νοσηλείας ψυχικά ασθενών σε γενικά νοσοκομεία (Σταθόπουλος, 1999). Επίσης, στον ψυχιατρικό τομέα ανήκουν και όλες οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ξενώνες,

Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο) με σκοπό το συντονισμό των υπηρεσιών αυτών, εάν αυτό είναι δυνατό (Μαδιανός, 1994).

Η νοσηλεία γίνεται στις περιπτώσεις που η Π.Φ.Υ. δεν επαρκεί να αντιμετωπίσει ιδιαίτερα σοβαρά περιστατικά. Τα νοσοκομεία οργανώνονται για να απαντούν σε οξεία ψυχιατρικά περιστατικά, παρέχοντας βραχυπρόθεσμη φροντίδα (Saraceno, 2003). Παράλληλα, η αποϊδρυματοποίηση οδήγησε στη μείωση του αριθμού των κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Γ' Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2001)

Οι παράγοντες, που συνιστούν λόγους εισαγωγής στο νοσοκομείο, είναι η μετακίνηση από ένα αγχογόνο περιβάλλον, η επαφή με ειδικευμένο προσωπικό, ο στιγματισμός ή ο φόβος των υπολοίπων, η εποπτεία της φαρμακοθεραπείας, η προστασία από αυτοκαταστροφικές πράξεις, η ανάσχεση της επιθετικής συμπεριφοράς, η παροχή βαθμιαίων δραστηριοτήτων ώστε να μη χάσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες καθώς και η παροχή προσωρινής κατοικίας σε ασθενείς που δε διαθέτουν υποστηρικτικό οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον (Παπαδάτου, Στογιαννίδου, 1994).

6.8.5. Οικονομική πολιτική των νοσοκομείων.

6.8.5.1. Πηγές χρηματοδότησης.

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γίνεται με πολλούς τρόπους. Πρωταρχικές πηγές είναι ο κρατικός προϋπολογισμός και το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων, καλύπτοντας το 50% των συνολικών δαπανών υγείας (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1991). Μέρος των χρημάτων αυτών επενδύονται στην έρευνα, στην εκπαίδευση και τα αναπτυξιακά τους σχέδια, όταν εμπίπτουν στους σχεδιασμούς του κράτους για τη διασφάλιση και την προαγωγή της δημόσιας υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2000).

Σύμφωνα με τους Κυριόπουλο και Νιάκα (1994) οι οικονομικές ροές των νοσοκομείων είναι τεσσάρων ειδών. Η πρώτη αφορά τις κλασσικές ροές προς τους οργανισμούς της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία είναι υποχρεωτική και καθορίζεται κάθε φορά από το καθεστώς του ασφαλιστικού φορέα. Η δεύτερη αφορά τον κρατικό προϋπολογισμό, ο οποίος χρηματοδοτεί

άμεσα τον ΟΓΑ για να αγοράσει υπηρεσίες και τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία συντίθενται από την άμεση και έμμεση φορολογία. Η τρίτη αφορά τον πληθυσμό ή τις επιχειρήσεις, που καλύπτουν τους εργαζόμενους με συμπληρωματική, ιδιωτική ασφάλιση. Τέλος, η τέταρτη αφορά ανήθικες κατά τεκμήριο συναλλαγές το γνωστό σε όλους «φακελάκι», το οποίο είτε δίδεται ως έκφραση ευχαριστιών είτε επιβάλλεται από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών και αποτελεί συναλλαγή που κινείται στον υπόγειο χώρο της οικονομικής δραστηριότητας .

6.8.5.2. Δαπάνες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό στην κατανομή των πόρων κατευθύνεται περισσότερο προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη παρά σε οποιαδήποτε άλλη μορφή. Οι οικονομικές αλλαγές διαμορφώνουν με τη σειρά τους μια νέα κουλτούρα αξιών, αντιλήψεων και πεποιθήσεων. Μία από αυτές είναι η μετονομασία του αρρώστου σε «πελάτη» δεδομένου ότι αναζητάει την ιατρική φροντίδα ή σε «χρήστη υπηρεσιών υγείας», εφόσον «καταναλώνει» τις προσφερόμενες σε αυτόν υπηρεσίες υγείας.

Η γήρανση του πληθυσμού και η προσφυγή του στο νοσοκομείο για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας επιβαρύνουν περαιτέρω τους προϋπολογισμούς του νοσοκομείου. Άλλοι παράγοντες, που συντέλεσαν στην κατακόρυφη αύξηση των δαπανών περίθαλψης, είναι η ιατρική τεχνολογία, οι αμοιβές του προσωπικού, η εξυπηρέτηση ξενοδοχειακών υπηρεσιών (τρόφιμα, ιματισμός κ.ά.), τα φάρμακα καθώς και λοιπές δαπάνες λειτουργίας που σχετίζονται με την ολοκλήρωση του νοσοκομειακού έργου (Κυριόπουλος και συν., 2000). Το σύνολο των δαπανών προσωπικού και τα έξοδα λειτουργίας βαρύνουν ουσιαστικά τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα έσοδα από τα νοσήλια καλύπτουν τις δαπάνες για τρόφιμα και φάρμακα (Κυριόπουλος και συν., 1991).

6.9. Αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κατά τον Κυριόπουλο (2000) τα κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών διακρίνονται σε κριτήρια δομικά, διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Τα δομικά χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομής της υγειονομικής φροντίδας, ενώ τα κριτήρια διαδικασιών χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας. Τέλος, τα κριτήρια αποτελεσμάτων χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας. Σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια, τα οποία δεν αφήνουν περιθώρια για προσωπικές κρίσεις και απόψεις, προσδιορίζεται ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, το οποίο μπορεί να είναι ελάχιστο, μέσο ή ιδανικό.

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού. Η παραγωγή ανθρώπινου δυναμικού, ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας που είναι «έντασης εργασίας», απαιτεί σχεδιασμό μακράς πνοής, που λαμβάνει υπόψη του την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, παράλληλα με την εσωτερική διαδικασία της παρακίνησης του προσωπικού και της ορθολογικής διαχείρισής του (Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2000). Καθοριστικοί παράγοντες στην προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η οργανωτική δομή και ο τρόπος λειτουργίας των νοσοκομείων, τα ποσοστά των νοσοκομειακών λοιμώξεων και η αποτελεσματική αντιμετώπιση τους, ο τρόπος διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών, ο ρόλος της ηγεσίας, οι γνώσεις και οι ικανότητες του προσωπικού (Κυριόπουλος και συν., 2000).

6.10. Προβλήματα.

Τα προβλήματα του συστήματος Δ.Φ.Υ. και Τ.Φ.Υ. είναι κατά κύριο λόγο ποιοτικού χαρακτήρα και αφορούν στην κτιριακή υποδομή και τον τεχνολογικό εξοπλισμό. Άλλα προβλήματα σχετίζονται με τους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους, τη διοίκηση - οργάνωση - διαχείριση, την απουσία

μηχανογραφικής υποστήριξης και τις μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες (Θεοδώρου και συν., 2001). Επίσης προβλήματα εντοπίζονται στη χρήση και διαχείριση των οικονομικών πόρων (Δόγλερας, Κυριόπουλος, 2000).

Ο ρυθμός εισαγωγής των εφαρμογών της πληροφορικής αλλά και των τηλεπικοινωνιών στην υγεία είναι εξαιρετικά βραδύς. Οι μονάδες του ιδιωτικού τομέα (διαγνωστικά και ιατρικά κέντρα) είναι εξοπλισμένες με διαχειριστικά πληροφοριακά συστήματα, ενώ η εισαγωγή αντίστοιχων συστημάτων στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας προχωρεί με εξαιρετική βραδύτητα. Τα ιατρικά πληροφοριακά συστήματα βρίσκονται στη φάση της βασικής ανάπτυξης και δεν έχουν δοκιμασθεί σε αξιόλογη έκταση στην παραγωγική διαδικασία (Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2001). Τέλος, καταγράφεται ως σημαντικό και ολοένα αυξανόμενο πρόβλημα η δωροδοκία του ιατρικού προσωπικού ως απόρροια του συνωστισμού, που έφερε η αύξηση της ζήτησης (Σταθόπουλος, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. Σκοπός της μελέτης

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί το πόσο επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας δηλώνουν ότι εμφανίζουν συμπτώματα εργασιακού άγχους τόσο σε ατομικό (σωματικό και ψυχολογικό) όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Ειδικότερα παρουσιάζονται οι πηγές του εργασιακού άγχους και οι επιπτώσεις του. Τέλος, συγκρίνονται οι δύο επαγγελματικοί χώροι μεταξύ τους, σε σχέση με το βαθμό εμφάνισης του εργασιακού άγχους και των συναφών όρων που διερευνούνται.

Οι επιμέρους στόχοι που έχουν τεθεί από τους ερευνητές για τη διεξαγωγή της έρευνας είναι οι εξής:

- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά και η αυτοεκτίμηση των εργαζομένων.
- Ο βαθμός εμπλοκής τους.
- Ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης τους.
- Η εργασιακή τους κόπωση.
- Η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου τους.

7.2. Ερευνητικές υποθέσεις

Τα σημεία που οι ερευνητές θέλουν να διερευνήσουν και να επικεντρωθούν περισσότερο είναι τα εξής:

1. Η εκδήλωση αγχογόνων συμπτωμάτων από τους εργαζόμενους, σχετίζεται με τη δομή της προσωπικότητάς τους.
2. Τα άτομα με μεγαλύτερες φιλοδοξίες είναι πιο επιρρεπή στην εκδήλωση εργασιακού άγχους.
3. Η εκδήλωση εργασιακού άγχους από τις γυναίκες εμφανίζεται στον ίδιο βαθμό σε σχέση με τους άνδρες.
4. Οι άνδρες παρουσιάζουν περισσότερα σωματικά ενοχλήματα σε σύγκριση με τις γυναίκες.

5. Η εμφάνιση της «καταθλιπτικής διάθεσης» εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.

6. Η ύπαρξη ενεργητικότητας των εργαζομένων αυξάνει την εμπλοκή τους στο χώρο εργασίας τους.

7. Τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν την ασφάλεια των εργαζόμενων στο χώρο εργασίας τους και τον τρόπο αντιμετώπισης ορισμένων περιστατικών ή καταστάσεων.

8. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων δεν είναι ικανοποιημένο με:

α) τις συνθήκες εργασίας

β) τις σχέσεις με τους συναδέλφους

γ) τις σχέσεις με τα ανώτερα στελέχη

δ) τις οικονομικές απολαβές

9. Η επαγγελματική κόπωση των εργαζομένων στον τομέα υγείας αυξάνεται ανάλογα με το ωράριο εργασίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας.

10. Το εργασιακό άγχος σχετίζεται με τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου.

11. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων θεωρεί πως η συνεχής επιμόρφωση είναι αναγκαία για την επαγγελματική τους εξέλιξη.

12. Οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακού άγχους σε σύγκριση με τους επαγγελματίες στον τομέα ψυχικής υγείας.

13. Οι επαγγελματίες που εργάζονται στα νοσοκομεία (αστική περιοχή) παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακού άγχους σε σχέση με τους επαγγελματίες που εργάζονται στα κέντρα υγείας (αγροτική περιοχή).

7.3. Δειγματοληψία

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε ήταν ποσοτική και το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Το δείγμα επιλέχθηκε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας.

Η έρευνα διεξήχθη στις παρακάτω υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας του Ν. Ηρακλείου: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κέντρα Υγείας Καστελλίου, Πεδιάδος, Μοιρών, Αρκαλοχωρίου, Χάρακα, Άνω Βιάννου, Αγίας Βαρβάρας, Κέντρο Ψυχικής

Υγείας και Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Οι ομάδες-στόχος μας ήταν το ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, καθώς και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Από τα δυο Νοσοκομεία επιλέχθηκαν οι παρακάτω κλινικές: Χειρουργική, Παθολογική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Καρδιολογική. Οι συγκεκριμένες κλινικές επιλέχθηκαν διότι θεωρούμε πως παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό εργασιακό άγχος λόγω του μεγάλου αριθμού και της σοβαρότητας των περιστατικών που δέχονται καθημερινά. Συνολικά δόθηκαν σε όλα τα πλαίσια 471 ερωτηματολόγια, από τα οποία τα 66 είναι άκυρα και τα υπόλοιπα είναι ασυμπλήρωτα και χαμένα. Ωστόσο το δείγμα που προέκυψε αποτελείται από 288 άτομα. Πιο συγκεκριμένα, το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία ήταν το εξής: Από τα δυο νοσοκομεία 142 άτομα, από τα Κέντρα Υγείας 124 και από τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και Υγείας 22.

7.4. Ερωτηματολόγιο

Οι δώδεκα πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούν τα ατομικά και επαγγελματικά δεδομένα. Από αυτές, οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας και το ημερήσιο ωράριο. Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις από Π1-Π11 είναι επιλογή από τις 120 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της Προσωπικότητας SCID (1987), όπου χρησιμοποιήθηκε η διχοτομική κλίμακα. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα τύπου Likert.

Οι ερωτήσεις A1-A20 είναι από το ερωτηματολόγιο του Spielberger (2005) (2006): «State-Anxiety Inventory (STAI) for Adults», οι οποίες αναφέρονται σε συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνει το άτομο «αυτή τη στιγμή». Οι ερωτήσεις A21-A40 είναι από το ερωτηματολόγιο του Spielberger: «State-Anxiety Inventory (STAI) for Adults», οι οποίες αναφέρονται σε συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνει το άτομο «γενικά».

Οι ερωτήσεις Σ1-Σ13 είναι από το ερωτηματολόγιο Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) (1959), το οποίο αναφέρεται στα συμπτώματα του άγχος.

Οι ερωτήσεις E1-E10 λήφθηκαν από το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας που κατάρτισε το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.ΑΕ.) και η Γενική Διεύθυνση Συνθηκών και Υγιεινής Εργασίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2006). Θα πρέπει να σημειωθεί βέβαια ότι οι ερωτήσεις προσαρμόστηκαν από τους σπουδαστές για τις ανάγκες της έρευνας τους.

Οι ερωτήσεις M1-M8, οι οποίες προσαρμόστηκαν κατόπιν δικής μας παρέμβασης, είναι από το ερωτηματολόγιο Utrecht Work Engagement (UWES) και το οποίο αφορά την εμπλοκή στην εργασία.

Οι ερωτήσεις I1-I6 διαμορφώθηκαν από το ερωτηματολόγιο Job Satisfaction, το οποίο αναφέρεται στην επαγγελματική ικανοποίηση και διαμορφώθηκε από τους War, Cook και Wall.

Οι ερωτήσεις B1-B15 αναφέρονται στην επαγγελματική κόπωση και είναι από το ερωτηματολόγιο Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) της Maslach (1985).

Τέλος, οι ερωτήσεις X1-X15 αναφέρονται στη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να αναφερθεί ότι η δομή του ερωτηματολογίου διασφάλιζε το απόρρητο και ανώνυμο των προσωπικών δεδομένων των ερωτώμενων.

7.5. Πιλοτική έρευνα

Στα πρώτα στάδια του εμπειρικού μέρους πραγματοποιήθηκε η πιλοτική έρευνα. Στα πλαίσια αυτής συμπληρώθηκαν δέκα (10) ερωτηματολόγια με σκοπό να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα ή ασάφειες στη διατύπωση των ερωτήσεων. Η μόνη σοβαρή παρατήρηση που έγινε από τους ερωτώμενους ήταν ότι το μέγεθος του ερωτηματολογίου τους φάνηκε μεγάλο.

7.6. Η ερευνητική διαδικασία

Η διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας ξεκίνησε με την έγκριση από τα διευθυντικά στελέχη των πλαισίων, αφού προηγουμένως έγινε ενημέρωση σχετικά με την ιδιότητά μας και τον σκοπό της επισκέψεως μας. Όσον αφορά τη διανομή των ερωτηματολογίων, σε ορισμένα πλαίσια πραγματοποιήθηκε μέσω κάποιων υπευθύνων, ενώ σε κάποια άλλα την αναλάβαμε εμείς οι ίδιοι. Ωστόσο, η συμπλήρωσή τους συμφωνήθηκε να ολοκληρωθεί σε ένα χρονικά καθορισμένο διάστημα. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι εξαίρεση στον τρόπο διανομής των ερωτηματολογίων αποτέλεσαν δυο Κέντρα Υγείας στα οποία στάλθηκαν ταχυδρομικώς. Βέβαια, καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας υπήρχε εκ μέρους μας συνεχή τηλεφωνική επικοινωνία, προκειμένου να ενημερωνόμαστε για την εξέλιξή της.

7.7. Δυσκολίες κατά την πραγματοποίηση της μελέτης

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, εμφανίστηκαν κάποια εμπόδια τα οποία αποτέλεσαν ανασταλτικούς παράγοντες για την ολοκλήρωσή της. Αρχικά η μετάβαση προς τα Κέντρα Υγείας του νομού ήταν δύσκολη λόγω απόστασης και έλλειψης συχνής συγκοινωνίας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη κόπωση και χρονική καθυστέρηση.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο, κάποιοι ερωτώμενοι ισχυρίστηκαν ότι ορισμένες ερωτήσεις επαναλαμβάνονταν. Ωστόσο, δεν προβήκαμε σε καμία αλλαγή διότι: α) ο κάθε πίνακας εξετάζει διαφορετικές μεταβλητές, β) χρησιμοποιήθηκαν ορισμένα ερωτηματολόγια αναγνωρισμένων επιστημόνων και γ) θεωρούμε ότι κάποιοι ερωτώμενοι δε διάβαζαν το εισαγωγικό σχόλιο του κάθε πίνακα.

Μεγάλη δυσκολία αντιμετωπίσαμε με την ομάδα των γιατρών, καθώς λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας δεν ήταν εύκολη η συνάντηση μαζί τους. Ακόμη και από αυτούς που ήταν διαθέσιμοι, υπήρξαν περιπτώσεις που δεν συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Άλλοτε πάλι κάποιοι γιατροί λόγω δικής τους αμέλειας, έχασαν τα ερωτηματολόγια που τους δόθηκαν. Βέβαια, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν αντιμετωπίσαμε την ίδια δυσκολία και με τους άλλους εργαζόμενους των πλαισίων, αλλά όχι στον ίδιο βαθμό. Επίσης δυσκολία

αντιμετωπίσαμε στην εύρεση ατόμων να αναλάβουν την ευθύνη της διανομής των ερωτηματολογίων και της συγκέντρωσης των συμπληρωμένων σε κάθε εργασιακό χώρο.

Εκτός από τα παραπάνω, ένας επιπλέον παράγοντας δυσκολίας στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αποτέλεσε ο φόβος κάποιων ερωτώμενων για τη δήλωση της επαγγελματικής τους ιδιότητας. Το φαινόμενο αυτό εμφανίστηκε σε χώρους, όπου υπήρχε περιορισμένος αριθμός ατόμων σε συγκεκριμένες ειδικότητες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, την καταβολή μεγαλύτερης προσπάθειας εκ μέρους μας για τη διασαφήνιση των στόχων της έρευνας.

Μεγάλο άγχος μας δημιούργησε το γεγονός ότι υπήρξε ασυνέπεια από το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, όσον αφορά το χρονικό όριο των 10 ημερών που είχε συμφωνηθεί αρχικά. Αυτό είχε σαν συνέπεια να δίνεται διαρκώς παράταση και να καθυστερεί η περάτωση της ερευνητικής διαδικασίας.

Επιπλέον, χρειάστηκε να πάμε περισσότερες από μία φορές σε κάθε υπηρεσία, προκειμένου να ενεργοποιήσουμε τους εργαζόμενους καθώς η τηλεφωνική υπενθύμιση δεν οδηγούσε στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Σε αυτό το σημείο, θα θέλαμε να αναφέρουμε ότι παρά την προσδοκία που είχαμε από τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς, για την διευκόλυνση της ερευνητικής διαδικασίας, ορισμένοι από αυτούς, όχι μόνο δεν βοήθησαν στην ευκολότερη πρόσβαση μας στις υπηρεσίες, αλλά δεν υπήρξε και η αναμενόμενη συμμετοχή τους στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος θα θέλαμε να επισημάνουμε την οικονομική επιβάρυνση που είχαμε από το κόστος τόσο των υλικών μέσων όσο και των μετακινήσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

8.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από το σύνολο του δείγματος το 31,3% είναι άνδρες και το 68,8% είναι γυναίκες {βλ. πίνακα 1}.

Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων είναι περίπου 39,4 έτη, με ελάχιστο όριο ηλικίας τα 22 και μέγιστο τα 63 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δηλ. το 44,1 %, αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα των 31-40, ενώ το μικρότερο ποσοστό, δηλ. το 7%, αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα των 60 και άνω {βλ. πίνακες 2 & 3}.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλ. το 62,5% είναι έγγαμοι και ακολουθούν οι άγαμοι σε ποσοστό 26,4% {βλ. πίνακα 4}.

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι (33,7%) δεν έχουν αποκτήσει παιδιά. Ακολουθούν αυτοί με 2 και 1 παιδιά σε ποσοστό 31,6% και 14,6% αντίστοιχα {βλ. πίνακα 5}.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι Τ.Ε. και Π.Ε. σε ποσοστό 36,5% και 29,5% αντίστοιχως {βλ. πίνακα 6}.

Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα το 39,6% αποτελείται από νοσηλευτές και ακολουθούν οι γιατροί με ποσοστό 33,7%.

Πίνακας 7 επαγγελματική ιδιότητα

	N	%
γιατρός	97	33.7
νοσηλεύτης	114	39.6
διοικητικός	25	8.7
κοινωνικός λειτουργός	18	6.3
ψυχολόγος	5	1.7
Άλλο	29	10.1
Σύνολο	288	100.0

Σχετικά με τα έτη προϋπηρεσίας και απασχόλησης στο πλαίσιο, ο μέσος όρος δεν διαφέρει σημαντικά, καθώς είναι περίπου 10 χρόνια

($m=10.0938, m=10.4444$) {βλ. πίνακα 8 & 9}.

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος σε ποσοστό 81,6% έχουν μόνιμη θέση {βλ. πίνακα 10}.

Τα ποσοστά των εργαζομένων κάθε πλαισίου παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 12 Φορέας απασχόλησης

	N	%
Κέντρα Υγείας	124	43.1
Νοσοκομεία	142	49.3
Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ Υγιεινής	22	7.6
Σύνολο	288	100.0

8.2. Προσωπικότητα

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτελείται από τους χώρους υγείας χωρίς σημαντική διαφορά μεταξύ τους (6,2%) και το μικρότερο από τους χώρους ψυχικής υγείας.

Τέλος όσον αφορά την ερώτηση σχετικά με την επιλογή του επαγγέλματος, βρέθηκε ότι το 59,7% ήταν δική του επιθυμία για απασχόληση στο χώρο αυτό ενώ το 25,7% το επέλεξε τυχαία {βλ. πίνακα 13}.

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρεται σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (61,5%) δηλώνει ότι του συμβαίνει συχνά να καταλήγει να δουλέψει κάτω από ανθρώπους που δεν κάνουν τη δουλειά τόσο καλά όσο αυτό, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (79,9%) δηλώνει ότι δεν έχει επιτρέψει στους άλλους να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για λογαριασμό του.

Στην ερώτηση 5 «Θα προτιμούσατε να κάνετε διάφορα πράγματα μόνος/η παρά μαζί με άλλους;» παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι έχουν την τάση να δραστηριοποιούνται αυτόνομα παρά ομαδικά με διαφορά 13%.

Στην ερώτηση 10 «Έχετε συχνά σκαμπανεβάσματα στη διάθεσή σας, περιόδους κατάθλιψης, ευερεθιστότητας ή άγχος;» το μεγαλύτερο ποσοστό (51,7%) απάντησε αρνητικά με ελάχιστη διαφορά 3,4% από αυτούς που απάντησαν θετικά.

Πίνακας 14 Προσωπικά χαρακτηριστικά

		ναι	όχι	Σύνολο
1. έχετε επιστρέψει στους άλλους να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για λογαριασμό σας	N	58	230	288
	%	20.1%	79.9%	100.0%
2. Ξοδεύετε συχνά τόσο πολύ χρόνο προσπαθώντας να κάνετε κάτι πάρα πολύ σωστά έτσι που να δυσκολεύεστε να τελειώσετε μια δουλειά;	N	107	181	288
	%	37.2%	62.8%	100.0%
3. Σας συμβαίνει συχνά να καταλήγεται να δουλέψετε κάτω από ανθρώπους που δεν κάνουν τη δουλειά τόσο καλά όσο εσείς	N	177	111	288
	%	61.5%	38.5%	100.0%
4. Κάνετε σχεδόν πάντα αυτό που είναι καλό για τους άλλους παρά αυτό που είναι καλό για εσάς	N	147	141	288
	%	51.0%	49.0%	100.0%
5. Θα προτιμούσατε να κάνετε διάφορα πράγματα μόνος/η παρά μαζί με άλλους;	N	154	134	288
	%	53.5%	46.5%	100.0%
6. Εξάπτεστε εύκολα και ηρεμείτε εξίσου εύκολα;	N	146	142	288
	%	50.7%	49.3%	100.0%
7. Όταν σας κάνουν κριτική, νιώθετε συχνά πολύ θυμωμένος/η, ντροπιασμένος/η ή μειωμένος/η, ακόμα και ώρες ή μέρες αργότερα;	N	134	154	288
	%	46.5%	53.5%	100.0%
8. Φιλοδοξείτε πως θα κατορθώσετε σπουδαία πράγματα, όπως να γίνετε πολύ πετυχημένος/η, ισχυρός/ή, έξυπνος/η, ελκυστικός/ή, ή να σας αγαπήσουν πάρα πολύ;	N	130	158	288
	%	45.1%	54.9%	100.0%
9. Νιώθετε πως είστε ένα άτομο με ιδιαίτερα ταλέντα ή ικανότητες που οι άλλοι δεν έχουν αναγνωρίσει;	N	84	204	288
	%	29.2%	70.8%	100.0%
10. Έχετε συχνά σκαμπανεβάσματα στη διάθεσή σας, περιόδους κατάθλιψης, ευερεθιστότητας ή άγχος;	N	139	149	288
	%	48.3%	51.7%	100.0%
11. Είστε συχνά μπερδεμένος/η γύρω από τους μακροπρόθεσμους στόχους ή τα σχέδια για τη σταδιοδρομία σας;	N	82	206	288
	%	28.5%	71.5%	100.0%

8.3. Άγχος

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει φράσεις που εκφράζουν την συναισθηματική κατάσταση των ερωτώμενων τη χρονική στιγμή που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο. Για την μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων έγινε σύμπτυξη των βαθμίδων, θεωρώντας το «ποτέ» ότι σημαίνει ποτέ, το «σπάνια» και «μερικές φορές» ότι σημαίνει λίγο και το «συχνά» και «πάντα» ότι σημαίνει πολύ.

Πίνακας 15 Πως αισθάνεστε αυτή τη στιγμή

		ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	πάντα	Σύνολο
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	N	3	16	86	137	46	288
	%	1.0%	5.6%	29.9%	47.6%	16.0%	100.0%
2. Αισθάνομαι ασφαλής	N	3	22	72	135	56	288
	%	1.0%	7.6%	25.0%	46.9%	19.4%	100.0%
3. Νιώθω μια εσωτερική ταραχή.	N	40	108	101	35	4	288
	%	13.9%	37.5%	35.1%	12.2%	1.4%	100.0%
4. Έχω αγωνία.	N	31	76	116	51	14	288
	%	10.8%	26.4%	40.3%	17.7%	4.9%	100.0%
5. Αισθάνομαι άνετα.	N	1	16	71	154	46	288
	%	.3%	5.6%	24.7%	53.5%	16.0%	100.0%
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	N	30	92	124	42		288
	%	10.4%	31.9%	43.1%	14.6%		100.0%
7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.	N	55	99	99	33	2	288
	%	19.1%	34.4%	34.4%	11.5%	.7%	100.0%
8. Αισθάνομαι αναλαυμένος/η.	N	17	73	112	62	24	288
	%	5.9%	25.3%	38.9%	21.5%	8.3%	100.0%
9. Αισθάνομαι άγχος.	N	5	55	120	91	17	288
	%	1.7%	19.1%	41.7%	31.6%	5.9%	100.0%
10. Αισθάνομαι βολικά.	N	3	27	111	125	22	288
	%	1.0%	9.4%	38.5%	43.4%	7.6%	100.0%
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	N	1	22	90	123	52	288
	%	.3%	7.6%	31.3%	42.7%	18.1%	100.0%
12. Αισθάνομαι νευρική/τητα.	N	20	81	129	50	8	288
	%	6.9%	28.1%	44.8%	17.4%	2.8%	100.0%
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	N	5	33	101	124	25	288
	%	1.7%	11.5%	35.1%	43.1%	8.7%	100.0%
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	N	45	90	98	46	9	288
	%	15.6%	31.3%	34.0%	16.0%	3.1%	100.0%
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	N	8	47	119	94	20	288
	%	2.8%	16.3%	41.3%	32.6%	6.9%	100.0%
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	N	2	28	106	134	18	288
	%	.7%	9.7%	36.8%	46.5%	6.3%	100.0%
17. Ανησυχώ.	N	19	65	125	65	14	288
	%	6.6%	22.6%	43.4%	22.6%	4.9%	100.0%
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	N	45	112	102	26	3	288
	%	15.6%	38.9%	35.4%	9.0%	1.0%	100.0%

19. Αισθάνομαι υπερένταση.	N	34	85	115	48	6	288
	%	11.8%	29.5%	39.9%	16.7%	2.1%	100.0%
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	N	2	19	96	151	20	288
	%	.7%	6.6%	33.3%	52.4%	6.9%	100.0%

Όπως παρατηρείται από τον πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν ανησυχεί για ενδεχόμενες ατυχίες (19,1%), δε βρίσκεται σε διέγερση και δεν αισθάνεται έξαψη και ταραχή (15,6%), δε νιώθουν εσωτερική ταραχή (13,9) καθώς και υπερένταση (11,8%).

Όσον αφορά συναισθήματα που εμφανίζονται σε μικρό βαθμό, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους απάντησαν ότι αισθάνονται αναστατωμένοι (75%), νευρικότητα (72,9%), έξαψη και ταραχή (74,3%) και τέλος εσωτερική ταραχή (72,6%). Το μεγαλύτερο ποσοστό αισθάνεται σε μεγάλο βαθμό άνετα (69,5%), ήρεμα (63,6%), ασφάλεια (63,3%) και αυτοπεποίθηση (60,8%).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι νιώθουν μερικές φορές ανησυχία (43,4%), άγχος (41,7%) και αγωνία (40,3%).

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει φράσεις που εκφράζουν την συναισθηματική κατάσταση των ερωτώμενων συνήθως. Για την μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων έγινε σύμπτυξη των βαθμίδων, θεωρώντας το «ποτέ» σημαίνει ποτέ, το «σπάνια» και «μερικές φορές» ότι σημαίνει μερική συχνότητα και το «συχνά» και «πάντα» ότι σημαίνει μεγάλη συχνότητα.

Πίνακας 16 Πως αισθάνεστε συνήθως

		ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	πάντα	Σύνολο
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	N	1	17	95	163	12	288
	%	.3%	5.9%	33.0%	56.6%	4.2%	100.0%
22. Κουράζομαι εύκολα.	N	5	72	131	72	8	288
	%	1.7%	25.0%	45.5%	25.0%	2.8%	100.0%
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	N	35	115	92	44	2	288
	%	12.2%	39.9%	31.9%	15.3%	.7%	100.0%
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι.	N	60	87	82	38	21	288
	%	20.8%	30.2%	28.5%	13.2%	7.3%	100.0%

25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	N	80	116	65	25	2	288
	%	27.8%	40.3%	22.6%	8.7%	.7%	100.0%
26. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	N	29	128	115	14	2	288
	%	10.1%	44.4%	39.9%	4.9%	.7%	100.0%
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	N	3	19	90	148	28	288
	%	1.0%	6.6%	31.3%	51.4%	9.7%	100.0%
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	N	45	119	94	28	2	288
	%	15.6%	41.3%	32.6%	9.7%	.7%	100.0%
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	N	66	92	80	46	4	288
	%	22.9%	31.9%	27.8%	16.0%	1.4%	100.0%
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	N	48	128	67	40	5	288
	%	16.7%	44.4%	23.3%	13.9%	1.7%	100.0%
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	N	65	98	88	32	5	288
	%	22.6%	34.0%	30.6%	11.1%	1.7%	100.0%
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	N	73	96	85	31	3	288
	%	25.3%	33.3%	29.5%	10.8%	1.0%	100.0%
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	N	5	22	87	138	36	288
	%	1.7%	7.6%	30.2%	47.9%	12.5%	100.0%
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	N	76	86	92	29	5	288
	%	26.4%	29.9%	31.9%	10.1%	1.7%	100.0%
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	N	41	127	88	27	5	288
	%	14.2%	44.1%	30.6%	9.4%	1.7%	100.0%
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	N	3	24	106	142	13	288
	%	1.0%	8.3%	36.8%	49.3%	4.5%	100.0%
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	N	31	109	89	53	6	288
	%	10.8%	37.8%	30.9%	18.4%	2.1%	100.0%
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις μου τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου.	N	48	104	86	39	11	288
	%	16.7%	36.1%	29.9%	13.5%	3.8%	100.0%
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	N	1	21	68	110	88	288
	%	.3%	7.3%	23.6%	38.2%	30.6%	100.0%
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντα μου	N	27	88	111	50	12	288
	%	9.4%	30.6%	38.5%	17.4%	4.2%	100.0%

Όπως δείχνει ο πίνακας τα περισσότερα άτομα δηλώνουν ότι δεν μένουν ποτέ πίσω στις δουλειές τους επειδή δε μπορούν να αποφασίσουν αρκετά γρήγορα (27,8%), δεν προσπαθούν να αποφεύγουν την αντιμετώπιση

κρίσεων ή δυσκολιών (26,4%), δεν τους λείπει η αυτοπεποίθηση (25,3%), τέλος δεν ανησυχούν για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία (22,9%).

Σχετικά με τα συναισθήματα που εκδηλώνονται σε μερική συχνότητα οι περισσότεροι ερωτώμενοι νιώθουν αναστατωμένοι (84,3%), βρίσκονται σε υπερδιέγερση (74,7%), αισθάνονται πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε δεν μπορούν να τις ξεπεράσουν (73,9%) και βρίσκονται σε συνεχή αγωνία (71,8%).

Αναφορικά με τα συναισθήματα που εμφανίζονται σε μεγάλη συχνότητα το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι έχουν σταθερό χαρακτήρα (68,8%), ότι είναι ήρεμοι / ψύχραιμοι και συγκεντρωμένοι (61,1%), ότι αισθάνονται ευχάριστα (60,8%) και ασφάλεια (60,4%).

Τέλος, επισημαίνεται ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι συχνά ικανοποιημένο (49,3%), μερικές φορές έρχεται σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέπτεται τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντα του (38,5%), σπάνια παίρνει τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά (36,1%) και τέλος σπάνια έχει την τάση να βλέπει τα πράγματα δύσκολα (34%).

8.4. Συμπτώματα – Ενοχλήματα

Για την καλύτερη ερμηνεία του παρακάτω πίνακα, έγινε σε μια περαιτέρω κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων, που είναι η εξής: α) Σωματική – Αισθητηριακή κατηγορία, β) Ψυχοσυναισθηματική κατηγορία, γ) Γνωστική κατηγορία.

Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των ερωτώμενων σοβαρά και πολύ σοβαρά παρατηρείται ότι στην πρώτη κατηγορία εμφανίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό η αϋπνία με ποσοστό 6,2% και ακολουθούν τα μυϊκά συμπτώματα με ποσοστό 4,9%. Στη δεύτερη κατηγορία εμφανίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό η αγχώδης διάθεση με ποσοστό 9% και ακολουθεί η ένταση με ποσοστό 8%. Στην τρίτη κατηγορία στην οποία ανήκουν τα γνωσιακά συμπτώματα, φαίνεται ότι εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό μόλις στο 4,5%

Πίνακας 17 Συμπτώματα - ενοχλήματα

		καθόλου	ήπια	μέτρια	σοβαρά	πολύ σοβαρά	Σύνολο
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ:	N	71	112	79	23	3	288
	%	24.7%	38.9%	27.4%	8.0%	1.0%	100.0%
ΕΝΤΑΣΗ:	N	89	112	64	18	5	288
	%	30.9%	38.9%	22.2%	6.3%	1.7%	100.0%
ΦΟΒΙΕΣ:	N	197	52	25	9	5	288
	%	68.4%	18.1%	8.7%	3.1%	1.7%	100.0%
ΑΨΗΝΙΑ:	N	145	83	42	15	3	288
	%	50.3%	28.8%	14.6%	5.2%	1.0%	100.0%
ΓΝΩΣΙΑΚΑ:	N	163	71	41	7	6	288
	%	56.6%	24.7%	14.2%	2.4%	2.1%	100.0%
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ:	N	164	80	34	5	5	288
	%	56.9%	27.8%	11.8%	1.7%	1.7%	100.0%
ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΙΚΟ	N	137	94	43	6	8	288
	%	47.6%	32.6%	14.9%	2.1%	2.8%	100.0%
ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ	N	186	71	22	6	3	288
	%	64.6%	24.7%	7.6%	2.1%	1.0%	100.0%
ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	N	161	86	32	6	3	288
	%	55.9%	29.9%	11.1%	2.1%	1.0%	100.0%
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:	N	198	56	31		3	288
	%	68.8%	19.4%	10.8%		1.0%	100.0%
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:	N	176	69	35	4	4	288
	%	61.1%	24.0%	12.2%	1.4%	1.4%	100.0%
ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:	N	215	51	12	5	5	288
	%	74.7%	17.7%	4.2%	1.7%	1.7%	100.0%
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:	N	194	70	19	3	2	288
	%	67.4%	24.3%	6.6%	1.0%	.7%	100.0%

8.5. Εργασιακό άγχος

Ο πίνακας που ακολουθεί περιγράφει συναισθήματα και συμπεριφορές που εκδηλώνονται στο εργασιακό περιβάλλον. Για την καλύτερη ανάλυσή του, έγινε σύμπτυξη των βαθμίδων σε διαφωνώ («διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «διαφωνώ μέτρια») και συμφωνώ («συμφωνώ μέτρια», «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα»).

Πίνακας 18

		διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	διαφωνώ μέτρια	συμφωνώ μέτρια	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα	Σύνολο
1. Διατηρώ αρμονικές εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους όμοιας βαθμίδας.	N	5	13	15	61	114	80	288
	%	1.7%	4.5%	5.2%	21.2%	39.6%	27.8%	100.0%
2. Διατηρώ αρμονικές εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους ανώτερης βαθμίδας.	N	4	14	18	68	115	69	288
	%	1.4%	4.9%	6.3%	23.6%	39.9%	24.0%	100.0%
3. Έχω ελάχιστη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων διότι η έκφραση της γνώμης μου θέτει σε κίνδυνο τη θέση μου	N	64	110	42	43	23	6	288
	%	22.2%	38.2%	14.6%	14.9%	8.0%	2.1%	100.0%
4. Η εργασία μου έρχεται σε σύγκρουση με τις οικογενειακές /κοινωνικές μου υποχρεώσεις.	N	69	58	32	62	44	23	288
	%	24.0%	20.1%	11.1%	21.5%	15.3%	8.0%	100.0%
5. Σχετικά ανασφαλές εργασιακό περιβάλλον λόγω σωματικής καταπόνησης, πολλές ώρες ορθοστασίας ή πίσω από το γραφείο.	N	50	47	30	73	67	21	288
	%	17.4%	16.3%	10.4%	25.3%	23.3%	7.3%	100.0%
6. Υπερβολικός φόρτος εργασίας λόγω υπερβολικού όγκου δουλειάς	N	24	38	17	66	88	55	288
	%	8.3%	13.2%	5.9%	22.9%	30.6%	19.1%	100.0%
7. Δεν αισθάνομαι ότι εκτιμώ ιδιαίτερα τη δουλειά που κάνω επειδή υπάρχει περιορισμένη ή καθόλου ευκαιρία για εξέλιξη.	N	71	82	41	54	25	15	288
	%	24.7%	28.5%	14.2%	18.8%	8.7%	5.2%	100.0%
8. Δεν απολαμβάνω επαγγελματική ασφάλεια εξαιτίας ασάφειας επαγγελματικού καθηκοντολογίου.	N	59	87	42	53	30	17	288
	%	20.5%	30.2%	14.6%	18.4%	10.4%	5.9%	100.0%
9. Η δουλειά μου "αλλάζει" λόγω υποβιβασμού που υφίσταμαι	N	111	97	36	27	8	9	288
	%	38.5%	33.7%	12.5%	9.4%	2.8%	3.1%	100.0%
10. Δεν αισθάνομαι υπερήφανος/η επειδή δημιουργούνται συγκρούσεις με τις αξίες και τα πιστεύω μου.	N	116	79	32	33	19	9	288
	%	40.3%	27.4%	11.1%	11.5%	6.6%	3.1%	100.0%
11. Ανάλυση υποχρεώσεων μη	N	61	78	38	61	32	18	288

σχετιζόμενων με τον επαγγελματικό μου ρόλο.	%	21.2%	27.1%	13.2%	21.2%	11.1%	6.3%	100.0%
12. Αμφισβήτηση του ρόλου μου από τρίτο πρόσωπο στον επαγγελματικό χώρο.	N	79	84	50	41	22	12	288
	%	27.4%	29.2%	17.4%	14.2%	7.6%	4.2%	100.0%
13. Το βάρος της ευθύνης για τη ζωή των εξυπηρετούμενων/χρηστών και για την πρόοδο της υγείας τους μου προκαλεί άγχος.	N	28	50	38	89	59	24	288
	%	9.7%	17.4%	13.2%	30.9%	20.5%	8.3%	100.0%
14. Νιώθω απογοήτευση όταν δεν επιτυγχάνονται οι επαγγελματικοί μου στόχοι σε σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.	N	17	35	37	73	98	28	288
	%	5.9%	12.2%	12.8%	25.3%	34.0%	9.7%	100.0%
15. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι ένας σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας.	N	12	35	26	53	106	56	288
	%	4.2%	12.2%	9.0%	18.4%	36.8%	19.4%	100.0%
16. Η έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων στο αντικείμενο εργασίας μου, μου προκαλεί μεγάλη ανασφάλεια και χαμηλή αποδοτικότητα.	N	44	77	51	64	42	10	288
	%	15.3%	26.7%	17.7%	22.2%	14.6%	3.5%	100.0%
17. Η έλλειψη προσωπικού αυξάνει τον φόρτο εργασίας μου, με αποτέλεσμα τη μη απόδοση ποιοτικής δουλειάς.	N	30	46	29	47	72	64	288
	%	10.4%	16.0%	10.1%	16.3%	25.0%	22.2%	100.0%
18. Έχω γίνει δέκτης σεξουαλικής παρενόχλησης	N	179	48	18	21	16	6	288
	%	62.2%	16.7%	6.3%	7.3%	5.6%	2.1%	100.0%
19. Έχω αυξήσει τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (π.χ. καπνός, αλκοόλ, ηρεμιστικά κτλ.).	N	145	55	25	32	21	10	288
	%	50.3%	19.1%	8.7%	11.1%	7.3%	3.5%	100.0%
20. Θεωρώ ότι θα πρέπει να διεξάγονται περισσότερες ημερίδες και σεμινάρια.	N	6	8	7	46	106	115	288
	%	2.1%	2.8%	2.4%	16.0%	36.8%	39.9%	100.0%
21. Πολλές φορές η ένταση και η πίεση με κάνουν να γίνομαι επιθετικός/η.	N	33	46	43	92	52	22	288
	%	11.5%	16.0%	14.9%	31.9%	18.1%	7.6%	100.0%
22. Παθαίνω συχνά ατυχήματα.	N	97	120	29	33	4	5	288
	%	33.7%	41.7%	10.1%	11.5%	1.4%	1.7%	100.0%
23. Βρίσκομαι υπό οργανωτική κατάρρευση.	N	133	82	35	24	9	5	288
	%	46.2%	28.5%	12.2%	8.3%	3.1%	1.7%	100.0%
24. Οι γυναίκες επαγγελματίες τα	N	5	6	9	26	83	159	288

καταφέρνουν εξίσου καλά με τους άνδρες.	%	1.7%	2.1%	3.1%	9.0%	28.8%	55.2%	100.0%
25. Μου προκαλεί άγχος η αντιμετώπιση ορισμένων περιστατικών ή καταστάσεων.	N	17	19	33	85	97	37	288
	%	5.9%	6.6%	11.5%	29.5%	33.7%	12.8%	100.0%

Όσον αφορά τα άτομα που απάντησαν θετικά στην ύπαρξη των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που αναγράφονται παραπάνω, τα μεγαλύτερα ποσοστά που προέκυψαν είναι τα εξής:

- Το 93,1% δήλωσε ότι οι γυναίκες επαγγελματίες τα καταφέρνουν εξίσου καλά με τους άνδρες.
- Το 92,7% θεωρεί σημαντικό να διεξάγονται περισσότερες ημερίδες και σεμινάρια.
- Το 88,6% δήλωσε ότι διατηρεί αρμονικές εργασιακές σχέσεις με όμοιας βαθμίδας συναδέλφους.
- Το 87,5% διατηρεί αρμονικές εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους ανώτερης βαθμίδας.

Τα άτομα που απάντησαν αρνητικά στην ύπαρξη των συναισθημάτων και των συμπεριφορών τα μεγαλύτερα ποσοστά που προέκυψαν είναι τα εξής:

- Το 86,9% απάντησε ότι δεν βρίσκεται υπό οργανωτική κατάρρευση.
- Το 85,5% αναφέρει ότι δεν παθαίνει συχνά ατυχήματα.
- Το 85.2% υποστηρίζει ότι δεν έχει γίνει δέκτης σεξουαλικής παρενόχλησης.
- Το 84,7% δηλώνει ότι η δουλειά του δεν τροποποιείται λόγω τυχόν υποβιβασμού που υφίσταται.

Εκτός από τις παραπάνω μια περαιτέρω ανάλυση οδηγεί στην παρακάτω κατηγοριοποίηση:

1. Εργασιακές σχέσεις (1,2,3,9,12)
2. Αξίες- Στάσεις-Προσδοκίες (4,10,14,20,24)
3. Προσωπικά χαρακτηριστικά (13, 16, 21, 22, 23, 25)
4. Εργασιακές συνθήκες (5, 6, 7, 8, 11, 17)
5. Άλλες πηγές εργασιακού άγχους (15, 18, 19)

Σχολιασμός κατηγοριών:

1. Η κατηγορία αυτή δείχνει ότι υπάρχουν αρμονικές εργασιακές σχέσεις, πληροφορία που σχολιάστηκε παραπάνω.

2. Από τη κατηγορία αυτή φαίνεται ότι το 69,3% νιώθει απογοήτευση, όταν δεν επιτυγχάνονται οι επαγγελματικοί του στόχοι σε σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους.

3. Από τη κατηγορία αυτή προκύπτει ότι 76% των ερωτώμενων τους προκαλεί άγχος η αντιμετώπιση ορισμένων περιστατικών ή καταστάσεων.

4. Η κατηγορία αυτή δηλώνει ότι το 72,6% δηλώνει ότι έχει υπερβολικό φόρτο εργασίας λόγω μεγάλου όγκου δουλειάς.

5. Για το 74,6% του δείγματος η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα.

8.6. Διάθεση και εμπλοκή στην εργασία

Ο πίνακας που ακολουθεί αναφέρεται στη διάθεση των ατόμων σχετικά με την εργασία του. Προκειμένου να ερμηνευτεί με καλύτερο τρόπο πραγματοποιήθηκε σύμπτυξη των βαθμίδων ως εξής: το «ποτέ» σημαίνει ποτέ, το «σπάνια» και «φορές» σημαίνει λίγο και το «συχνά» και «πάντα» ότι σημαίνει πολύ.

Πίνακας 19

		ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	πάντα	Σύνολο
1. Στη δουλειά μου πλημμυρίζω από δύναμη και ενεργητικότητα	N	4	23	108	120	32	288
	%	1.4%	8.0%	37.5%	41.7%	11.1%	100.0%
2. Όταν σηκώνομαι το πρωί έχω διάθεση να πάω στη δουλειά	N	4	24	105	104	51	288
	%	1.4%	8.3%	36.5%	36.1%	17.7%	100.0%
3. Όταν εργάζομαι έχω μεγάλη πνευματική αντοχή	N	1	26	97	110	54	288
	%	.3%	9.0%	33.7%	38.2%	18.8%	100.0%
4. Η δουλειά που κάνω είναι χρήσιμη, γεμάτη νόημα και αποτελεί πρόκληση για μένα.	N	1	16	81	99	91	288
	%	.3%	5.6%	28.1%	34.4%	31.6%	100.0%
5. Είμαι ενθουσιασμένος/η, υπερήφανος/η με τη δουλειά που κάνω και με εμπνέει.	N	3	22	84	89	90	288
	%	1.0%	7.6%	29.2%	30.9%	31.3%	100.0%

6. Ο χρόνος κυλάει γρήγορα όταν εργάζομαι	N	4	14	86	106	78	288
	%	1.4%	4.9%	29.9%	36.8%	27.1%	100.0%
7. Όταν εργάζομαι είμαι τελείως απορροφημένος/η και ξεχνάω τα πάντα γύρω μου	N	5	25	101	115	42	288
	%	1.7%	8.7%	35.1%	39.9%	14.6%	100.0%
8. Η δουλειά μου με συναρπάζει και με ευχαριστεί όταν εργάζομαι με εντατικούς ρυθμούς.	N	11	37	108	87	45	288
	%	3.8%	12.8%	37.5%	30.2%	15.6%	100.0%

Η ανάλυση του πίνακα δείχνει ότι:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό που δεν το ευχαριστεί ή το ευχαριστεί λίγο να εργάζεται με εντατικούς ρυθμούς είναι 3,8% και 50,3% αντίστοιχα.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό (66%) θεωρεί ότι η δουλειά του χρήσιμη και ότι αποτελεί πρόκληση.

8.7. Επαγγελματική ικανοποίηση

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρεται στην επαγγελματική ικανοποίηση των ατόμων. Παρατίθεται επίσης σύμπτυξη βαθμίδων για την όσο το δυνατόν καλύτερη απόδοση των αποτελεσμάτων. Αυτή είναι: η κατηγορία «καθόλου» σημαίνει καθόλου, ενώ οι κατηγορίες «λίγο» και «μέτρια» σημαίνουν μέτρια και οι κατηγορίες «πολύ» και «πάρα πολύ» σημαίνουν πολύ.

Πίνακας 20

		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ	Σύνολο
1. Έχετε ελευθερία στο να επιλέγετε οι ίδιοι/α τον τρόπο εργασίας σας;	N	23	38	85	102	40	288
	%	8.0%	13.2%	29.5%	35.4%	13.9%	100.0%
2. Είστε ευχαριστημένος/η από το μέγεθος των αρμοδιοτήτων που σας ανατίθενται	N	17	28	95	117	31	288
	%	5.9%	9.7%	33.0%	40.6%	10.8%	100.0%
3. Είστε ικανοποιημένος/η από τη δυνατότητα να χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας;	N	8	25	89	122	44	288
	%	2.8%	8.7%	30.9%	42.4%	15.3%	100.0%
4. Σας δίνεται η δυνατότητα για	N	61	47	96	60	24	288

εξέλιξη στον χώρο εργασίας σας;	%	21.2%	16.3%	33.3%	20.8%	8.3%	100.0%
5. Σας καλύπτουν οι συνθήκες εργασίας(ωράριο, συνάδελφοι, περιβάλλον);	N	21	49	123	72	23	288
	%	7.3%	17.0%	42.7%	25.0%	8.0%	100.0%
6. Είστε ικανοποιημένος/η από τις οικονομικές απολαβές σας;	N	62	67	112	32	15	288
	%	21.5%	23.3%	38.9%	11.1%	5.2%	100.0%
7. Είστε ικανοποιημένος/η από το επάγγελμα που ασκείται;	N	13	25	78	96	76	288
	%	4.5%	8.7%	27.1%	33.3%	26.4%	100.0%
8. Νιώθετε να ανταποκρίνεστε εξίσου στις οικογενειακές και επαγγελματικές σας υποχρεώσεις;	N	16	43	115	79	35	288
	%	5.6%	14.9%	39.9%	27.4%	12.2%	100.0%
9. Έχετε ποτέ σκεφτεί να εγκαταλείψετε το πλαίσιο άσκησης της εργασίας σας;	N	127	74	38	28	21	288
	%	44.1%	25.7%	13.2%	9.7%	7.3%	100.0%
10. Εισπράττετε εμπιστοσύνη και αναγνώριση από τα άτομα που εξυπηρετείτε;	N	7	22	81	122	56	288
	%	2.4%	7.6%	28.1%	42.4%	19.4%	100.0%

Από τον πίνακα προκύπτει ότι:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό (44,1%) δεν έχει σκεφτεί ποτέ να εγκαταλείψει το πλαίσιο άσκησης της εργασίας του με μικρή διαφορά από εκείνους που το έχουν σκεφτεί λίγο (38,9%).
- Το μεγαλύτερο ποσοστό (62,2%) των ερωτώμενων απάντησε ότι είναι εν μέρει ικανοποιημένο από τον μισθό τους.
- Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 59,7% καλύπτονται ελάχιστα από τις συνθήκες εργασίας τους και νιώθουν να ανταποκρίνονται εξίσου λίγο στις οικογενειακές και επαγγελματικές τους υποχρεώσεις σε ποσοστό 54,8%.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό (61,8%) εισπράττει σε μεγάλο βαθμό εμπιστοσύνη και αναγνώριση από τους χρήστες των υπηρεσιών του. Το 59,7% δηλώνει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο από το επάγγελμα που ασκεί. Τέλος, το 57,7% είναι αρκετά ικανοποιημένο από τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί τις ικανότητές του στην εργασία.

8.8. Ενδεχόμενη κούραση (αίσθηση κόπωσης, έλλειψη ενεργητικότητας ή γενικής εξάντλησης)

Ο πίνακας που παρατίθεται περιέχει μια σειρά από δηλώσεις σχετικές με την ενδεχόμενη ύπαρξη κούρασης. Όπως και στους προηγούμενους πίνακες, έχει γίνει σύμπτυξη των βαθμίδων της κλίμακας για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων σε «διαφωνώ» (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, διαφωνώ μέτρια) και «συμφωνώ» (συμφωνώ μέτρια, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα).

Πίνακας 21

		διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ μέτρια	διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ μέτρια	συμφωνώ απόλυτα	Σύνολο
1. Στη δουλειά μου ανακαλύπτω συνεχώς καινούργια πράγματα σε ενδιαφέρουσες πλευρές.	N	13	24	29	117	59	46	288
	%	4.5%	8.3%	10.1%	40.6%	20.5%	16.0%	100.0%
2. Μου συμβαίνει όλο και συχνότερα να εκφράζομαι υποτιμητικά για τα εργασιακά μου καθήκοντα	N	83	38	86	38	38	5	288
	%	28.8%	13.2%	29.9%	13.2%	13.2%	1.7%	100.0%
3. Τον τελευταίο καιρό έχω την τάση να σκέφτομαι λιγότερο στη δουλειά μου, και να τη διεκπεραιώνω μηχανικά	N	55	45	79	54	42	13	288
	%	19.1%	15.6%	27.4%	18.8%	14.6%	4.5%	100.0%
4. Με την πάροδο του χρόνου χάνει κανείς την αρχική σχέση με τη δουλειά του	N	37	38	56	85	51	21	288
	%	12.8%	13.2%	19.4%	29.5%	17.7%	7.3%	100.0%
5. Μερικές φορές αισθάνομαι απόλυτη απέχθεια για τα εργασιακά μου καθήκοντα.	N	88	37	73	42	34	14	288
	%	30.6%	12.8%	25.3%	14.6%	11.8%	4.9%	100.0%
6. Δεν μπορώ να φανταστώ άλλο επάγγελμα για τον εαυτό μου.	N	58	41	70	45	37	37	288
	%	20.1%	14.2%	24.3%	15.6%	12.8%	12.8%	100.0%
7. Όσο περνάει ο καιρός, δένομαι όλο και περισσότερο με τη δουλειά μου.	N	14	41	36	91	73	33	288
	%	4.9%	14.2%	12.5%	31.6%	25.3%	11.5%	100.0%

8. Υπάρχουν μέρες που αισθάνομαι κουρασμένος/η, πριν ακόμη πάω στη δουλειά.	N	22	32	30	95	68	41	288
	%	7.6%	11.1%	10.4%	33.0%	23.6%	14.2%	100.0%
9. Μετά τη δουλειά μου χρειάζομαι συχνά περισσότερες ώρες ξεκούρασης απ' ότι παλιότερα για να έρθω σε φόρμα.	N	13	33	47	95	52	48	288
	%	4.5%	11.5%	16.3%	33.0%	18.1%	16.7%	100.0%
10. Η πίεση από τη δουλειά μου είναι αρκετά υποφερτή	N	10	39	49	101	75	14	288
	%	3.5%	13.5%	17.0%	35.1%	26.0%	4.9%	100.0%
11. Κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου, συχνά αισθάνομαι συναισθηματικά εξαντλημένος/η.	N	13	53	58	82	60	22	288
	%	4.5%	18.4%	20.1%	28.5%	20.8%	7.6%	100.0%
12. Μετά τη δουλειά έχω γενικά ενέργεια να ασχοληθώ με τις άλλες μου δραστηριότητες	N	16	37	40	95	79	21	288
	%	5.6%	12.8%	13.9%	33.0%	27.4%	7.3%	100.0%
13. Μετά τη δουλειά μου αισθάνομαι γενικά εξουθενωμένος/η και εξαντλημένος/η.	N	23	51	63	71	64	16	288
	%	8.0%	17.7%	21.9%	24.7%	22.2%	5.6%	100.0%
14. Συνήθως, μπορώ να χειριστώ τον όγκο της εργασίας μου καλά.	N		16	14	134	83	41	288
	%		5.6%	4.9%	46.5%	28.8%	14.2%	100.0%
15. Όταν εργάζομαι, συνήθως αισθάνομαι ζωντανός/η.	N	2	19	14	123	85	45	288
	%	.7%	6.6%	4.9%	42.7%	29.5%	15.6%	100.0%
16. Επιθυμώ την πρόωρη συνταξιοδότησή μου	N	49	36	55	50	39	59	288
	%	17.0%	12.5%	19.1%	17.4%	13.5%	20.5%	100.0%

Η ανάλυση του πίνακα δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (89,5%) συνήθως μπορεί να χειριστεί τον όγκο της εργασίας του καλά και όταν εργάζεται αισθάνεται ζωντανό (81,5%). Το 77,1% υποστηρίζει πως στη δουλειά του ανακαλύπτει συνεχώς καινούργια πράγματα σε ενδιαφέρουσες πλευρές. Το 70,9% ισχυρίζεται ότι υπάρχουν μέρες που αισθάνεται κουρασμένος/η, πριν ακόμη πάει στη δουλειά.

Από την άλλη πλευρά το 71,9% δεν του συμβαίνει να εκφράζεται υποτιμητικά για τα εργασιακά του καθήκοντα και το 68,7% απάντησε ότι δεν

αισθάνεται απέχθεια για αυτά. Το 62,1% τον τελευταίο καιρό δεν έχει την τάση να σκέφτεται λιγότερο τη δουλειά του, και να τη διεκπεραιώνει μηχανικά. Ωστόσο, το 58,6% μπορεί να φανταστεί άλλο επάγγελμα για τον εαυτό του.

Επίσης, παρατηρείται ότι:

➤ Το 67,7% μετά τη δουλειά χρειάζεται συχνά περισσότερες ώρες ξεκούρασης απ' ό,τι παλιότερα, παρά ταύτα έχει ενέργεια να ασχοληθεί και με άλλες δραστηριότητες.

➤ Το 68,4% όσο περνάει ο καιρός, δένεται όλο και περισσότερο με τη δουλειά του.

➤ Το 66% θεωρεί πως η πίεση από τη δουλειά του είναι αρκετά υποφερτή.

8.9. Ελεύθερος χρόνος

Ο επόμενος πίνακας αναφέρεται σε δραστηριότητες που αφορούν την καθημερινή ζωή.

Πίνακας 22

		ποτέ	σπάνια	καμιά φορά	αρκετά συχνά	συχνά	πάντα	Σύνολο
1. Ακούω μουσική.	N	7	32	46	63	82	58	288
	%	2.4%	11.1%	16.0%	21.9%	28.5%	20.1%	100.0%
2. Βγαίνω έξω με φίλους(club,σινεμά, καφετέρια, εστιατόριο).	N	11	64	62	67	67	17	288
	%	3.8%	22.2%	21.5%	23.3%	23.3%	5.9%	100.0%
3. Βλέπω τηλεόραση.	N	9	22	42	80	104	31	288
	%	3.1%	7.6%	14.6%	27.8%	36.1%	10.8%	100.0%
4. Διαβάζω βιβλία.	N	11	52	74	70	61	20	288
	%	3.8%	18.1%	25.7%	24.3%	21.2%	6.9%	100.0%
5. Αθλούμαι / κάνω σπορ.	N	81	75	52	42	28	10	288
	%	28.1%	26.0%	18.1%	14.6%	9.7%	3.5%	100.0%
6. Ξεκουράζομαι / κοιμάμαι.	N	3	24	59	112	63	27	288
	%	1.0%	8.3%	20.5%	38.9%	21.9%	9.4%	100.0%
7. Πηγαίνω ταξίδια.	N	25	78	88	52	36	9	288
	%	8.7%	27.1%	30.6%	18.1%	12.5%	3.1%	100.0%
8. Αγοράζω ρούχα.	N	5	49	94	72	42	26	288
	%	1.7%	17.0%	32.6%	25.0%	14.6%	9.0%	100.0%

9. Χρησιμοποιώ την τεχνολογία (internet).	N	69	51	38	47	55	28	288
	%	24.0%	17.7%	13.2%	16.3%	19.1%	9.7%	100.0%
10. Ασχολούμαι με δραστηριότητες του σπιτιού.	N	7	24	51	56	61	89	288
	%	2.4%	8.3%	17.7%	19.4%	21.2%	30.9%	100.0%
11. Επισκέψεις σε φιλικά και οικογενειακά πρόσωπα .	N	4	27	99	69	64	25	288
	%	1.4%	9.4%	34.4%	24.0%	22.2%	8.7%	100.0%
12. Παίζω τυχερά παιχνίδια.	N	181	62	31	9	5		288
	%	62.8%	21.5%	10.8%	3.1%	1.7%		100.0%
13. Ασχολούμαι με καλλιτεχνικές δραστηριότητες(μουσικό όργανο, ζωγραφική, χορός, κ.λ.π.).	N	164	49	34	18	13	10	288
	%	56.9%	17.0%	11.8%	6.3%	4.5%	3.5%	100.0%
14. Παίζω επιτραπέζια ή ηλεκτρονικά παιχνίδια.	N	123	79	52	22	8	4	288
	%	42.7%	27.4%	18.1%	7.6%	2.8%	1.4%	100.0%
15. Μένω μόνος-η και συλλογίζομαι.	N	28	64	93	46	35	22	288
	%	9.7%	22.2%	32.3%	16.0%	12.2%	7.6%	100.0%

Από τον πίνακα προκύπτει ότι:

1. Ποτέ:

- Το 62,8% δεν παίζει τυχερά παιχνίδια
- Το 56,9% δεν ασχολείται με καλλιτεχνικές δραστηριότητες.
- Το 42,7% δεν παίζει επιτραπέζια ή ηλεκτρονικά παιχνίδια.
- Το 28,1% δεν ασχολείται με αθλητικές δραστηριότητες.

2. Σπάνια:

- Το 27,1% ταξιδεύει.

3. Καμιά φορά:

- Το 34,4% κάνει επισκέψεις σε φιλικά και οικογενειακά πρόσωπα.
- Το 32,6% αγοράζει ρούχα.
- Το 32,3% μένει μόνο του και συλλογίζεται.

4. Συχνά:

- Το 36,1% βλέπει τηλεόραση.
- Το 28,5% ακούει μουσική.

- Το 23,3% βγαίνει έξω με φίλους.

5. Πάντα:

- Το 30,9% ασχολείται με τις οικιακές εργασίες.

8.10. Δημιουργία δεικτών

Παρακάτω παρουσιάζονται οι δείκτες που δημιουργήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου. Για την εσωτερική αξιοπιστία κάθε δείκτη χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's α (η επιθυμητή τιμή είναι $\alpha \geq 0.700$).

Για την εξαγωγή των υποκατηγοριών των δεικτών χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση παραγόντων (Factor Analysis) με τη μέθοδο Principal Axis Factoring με Varimax rotation.

Οι υποκατηγορίες κάθε πίνακα δείχνουν το επίπεδο σημαντικότητας και αντιπροσωπευτικότητας των ερωτήσεων κατά φθίνουσα σειρά.

1. Πως αισθάνεστε αυτή τη στιγμή: το τμήμα του ερωτηματολογίου που αφορά στο πως αισθάνονται για τον εαυτό τους αυτή τη στιγμή, αποτελείται από 20 ερωτήσεις, με πιθανές απαντήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=Ποτέ, ..., 5=Πάντα). Η συνολική αξιοπιστία ήταν $\alpha=0.305$. Η ανάλυση παραγόντων υπέδειξε τρεις επιμέρους υποκατηγορίες. ΣΗΜΕΙΩΣΗ: η ερώτηση A1: «Αισθάνομαι ήρεμος-η» δεν συμπεριλήφθηκε στην ανάλυση.

Πίνακας 23 Factor loadings A1-A20

	Υποκατηγορία		
	1 Θετικά Συναισθήματα	2 Ήπιου βαθμού Αρνητικά Συναισθήματα	3 Έντονου βαθμού Αρνητικά Συναισθήματα
Αισθάνομαι βολικά.	.691		
Αισθάνομαι ευχάριστα	.664		
Αισθάνομαι άνετα.	.625		
Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	.619		

Αισθάνομαι ήσυχος/η.	.610		
Αισθάνομαι ασφαλής	.581		
Είμαι χαλαρωμένος/η.	.571		
Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	.508		
Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	.441		
Νιώθω μια εσωτερική ταραχή.		.682	
Έχω αγωνία.		.603	
Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.		.583	
Αισθάνομαι άγχος.		.472	
Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.		.405	
Αισθάνομαι υπερένταση.			.801
Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.			.619
Αισθάνομαι νευρική.			.558
Βρίσκομαι σε διέγερση.			.534
Ανησυχώ.			.437

Η εσωτερική αξιοπιστία της υποκατηγορίας 1 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.886$ ($m=31.5$, $s=5.57$), της υποκατηγορίας 2 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.814$ ($m=13.5$, $s=3.51$) και της υποκατηγορίας 3 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.810$ ($m=13.5$, $s=3.58$).

Από τη μέση τιμή της 1^{ης} υποκατηγορίας φαίνεται ότι εμφανίζονται σε μερική συχνότητα τα θετικά συναισθήματα τα οποία υπερτερούν από τα συναισθήματα των άλλων δυο υποκατηγοριών.

Παρατηρούμε επίσης ότι τα αρνητικά συναισθήματα της 2^{ης} και 3^{ης} υποκατηγορίας έχουν την ίδια τάση και είτε δεν υπάρχουν καθόλου, είτε εμφανίζονται σπανίως.

- **Πως αισθάνεστε συνήθως:** το τμήμα του ερωτηματολογίου που αφορά στο πως αισθάνονται για τον εαυτό τους συνήθως, αποτελείται από 20 ερωτήσεις, με πιθανές απαντήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=Ποτέ, ..., 5=Πάντα). Η συνολική αξιοπιστία ήταν $\alpha=0.790$. Η ανάλυση παραγόντων υπέδειξε τρεις επιμέρους υποκατηγορίες.

Πίνακας 24 Factor loadings A21 – A40

	Υποκατηγορία		
	1	2	3
Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	.687		

Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	.665		
Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	.603		
Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντα μου	.571		
Παίρνω τις απογοητεύσεις μου τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου.	.555		
Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	.535		
Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	.518		
Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	.508		
Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	.479		
Κουράζομαι εύκολα.	.424		
Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.		.755	
Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.		.718	
Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.		.562	
Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι.		.551	
Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.		.547	
Αισθάνομαι ασφαλής.			-.706
Είμαι ικανοποιημένος/η.			-.662
Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.			-.644
Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.			-.608
Αισθάνομαι ευχάριστα.			-.606

Η εσωτερική αξιοπιστία της υποκατηγορίας 1 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.896$ ($m=24.8$, $s=7.01$), της υποκατηγορίας 2 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.838$ ($m=12.3$, $s=3.73$) και της υποκατηγορίας 3 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.836$ ($m=18.2$, $s=3.14$).

Οι μέσοι όροι δείχνουν την κεντρική τάση εντοπίζεται προς τα αρνητικά συναισθήματα μετρίου βαθμού με μεγάλη διαφορά από τα θετικά συναισθήματα και ακόμα μεγαλύτερη από τα έντονου βαθμού αρνητικά συναισθήματα.

- **Συμπτώματα – Ενοχλήματα:** το τμήμα του ερωτηματολογίου που αφορά στα πιθανά συμπτώματα ή ενοχλήματα που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος, αποτελείται από 13 κατηγορίες συμπτωμάτων, με πιθανές απαντήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=Καθόλου,..., 5=Πολύ σοβαρά). Η συνολική αξιοπιστία ήταν $\alpha=0.907$. Για το δείκτη αυτό δεν υπολογίστηκαν υποκατηγορίες ($m=21.7$, $s=7.85$). Όπως φαίνεται από τη μέση τιμή (m) τα αγχογόνα συμπτώματα εμφανίζονται σε ήπιο προς μέτριο βαθμό.

• **Συναισθήματα – συμπεριφορές στο εργασιακό περιβάλλον:** το τμήμα του ερωτηματολογίου που αφορά σε συναισθήματα - συμπεριφορές, αποτελείται από 25 ερωτήσεις, με πιθανές απαντήσεις σε εξάβαθμη κλίμακα Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα,..., 6=Συμφωνώ απόλυτα). Η συνολική αξιοπιστία ήταν $\alpha=0.827$. Για το δείκτη αυτό δημιουργήθηκαν 5 υποκατηγορίες οι οποίες ορίζονται ως εξής:

1= ανασφάλεια και αμφισβήτηση εργασιακού ρόλου.

2= αρνητικά συναισθήματα στο εργασιακό περιβάλλον.

3= αρνητικές εργασιακές συνθήκες.

4= εργασιακές σχέσεις.

5= αρνητικές ενέργειες από και προς το άτομο.

Πίνακας 25 Factor loadings E1 –E25

	Υποκατηγορία				
	1	2	3	4	5
Η δουλειά μου "αλλάζει" λόγω υποβιβασμού που υφίσταμαι	.691				
Αμφισβήτηση του ρόλου μου από τρίτο πρόσωπο στον επαγγελματικό χώρο.	.658				
Δεν αισθάνομαι υπερήφανος/η επειδή δημιουργούνται συγκρούσεις με τις αξίες και τα πιστεύω μου.	.630				
Ανάληψη υποχρεώσεων μη σχετιζόμενων με τον επαγγελματικό μου ρόλο.	.542				
Έχω ελάχιστη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων διότι η έκφραση της γνώμης μου θέτει σε κίνδυνο τη θέση μου	.484				
Δεν απολαμβάνω επαγγελματική ασφάλεια εξαιτίας ασάφειας επαγγελματικού καθηκοντολογίου.	.450				
Νιώθω απογοήτευση όταν δεν επιτυγχάνονται οι επαγγελματικοί μου στόχοι σε σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.		.619			
Μου προκαλεί άγχος η αντιμετώπιση ορισμένων περιστατικών ή καταστάσεων.		.540			
Πολλές φορές η ένταση και η πίεση με κάνουν να γίνομαι επιθετικός/η.		.518			
Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι ένας σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας.		.496			
Η έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων στο αντικείμενο εργασίας μου, μου προκαλεί μεγάλη ανασφάλεια και χαμηλή αποδοτικότητα.		.441			

Το βάρος της ευθύνης για τη ζωή των εξυπηρετούμενων/χρηστών και για την πρόοδο της υγείας τους μου προκαλεί άγχος.		.428			
Θεωρώ ότι θα πρέπει να διεξάγονται περισσότερες ημερίδες και σεμινάρια.		.409			
Οι γυναίκες επαγγελματίες τα καταφέρνουν εξίσου καλά με τους άνδρες.		.281			
Σχετικά ανασφαλές εργασιακό περιβάλλον λόγω σωματικής καταπόνησης, πολλές ώρες ορθοστασίας ή πίσω από το γραφείο.			.779		
Υπερβολικός φόρτος εργασίας λόγω υπερβολικού όγκου δουλειάς			.737		
Η έλλειψη προσωπικού αυξάνει τον φόρτο εργασίας μου, με αποτέλεσμα τη μη απόδοση ποιοτικής δουλειάς.			.554		
Η εργασία μου έρχεται σε σύγκρουση με τις οικογενειακές /κοινωνικές μου υποχρεώσεις.			.488		
Διατηρώ αρμονικές εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους ανώτερης βαθμίδας.				.858	
Διατηρώ αρμονικές εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους όμοιας βαθμίδας.				.845	
Βρίσκομαι υπό οργανωτική κατάρρευση.					.551
Παθαίνω συχνά ατυχήματα.					.505
Έχω αυξήσει τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (π.χ. καπνός, αλκοόλ, ηρεμιστικά κτλ.).					.499
Έχω γίνει δέκτης σεξουαλικής παρενόχλησης					.456

Η εσωτερική αξιοπιστία της υποκατηγορίας 1 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.756$ ($m=12.4$, $s=4.93$), της υποκατηγορίας 2 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.732$ ($m=27.6$, $s=5.92$), της υποκατηγορίας 3 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.779$ ($m=14.6$, $s=5.01$), της υποκατηγορίας 4 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.878$ ($m=9.4$, $s=2.16$) και της υποκατηγορίας 5 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.651$ ($m=8.1$, $s=3.64$).

Από την ανάλυση του πίνακα φαίνεται ότι τα αρνητικά συναισθήματα στο εργασιακό περιβάλλον υπάρχουν σε ελάχιστο βαθμό. Επίσης, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει σχεδόν καθόλου συναισθήματα ανασφάλειας, αμφισβήτηση εργασιακού ρόλου, αρνητικές εργασιακές συνθήκες και εργασιακές σχέσεις, καθώς και αρνητικές ενέργειες από και προς το άτομο.

- **Διάθεση και εμπλοκή:** το τμήμα του ερωτηματολογίου που αφορά στη διάθεση για δουλειά, αποτελείται από 8 ερωτήσεις, με πιθανές απαντήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=Ποτέ,..., 5=Πάντα). Η συνολική

αξιοπιστία ήταν $\alpha=0.895$. Για το δείκτη αυτό δεν υπολογίστηκαν υποκατηγορίες ($m=29.4$, $s=5.65$). Η κεντρική τάση δείχνει ότι υπάρχει εν μέρει διάθεση και εμπλοκή στην εργασία.

- **Επαγγελματική ικανοποίηση:** το τμήμα του ερωτηματολογίου που αφορά στην επαγγελματική ικανοποίηση των ερωτώμενων αποτελείται από 10 ερωτήσεις, με πιθανές απαντήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=Καθόλου,..., 5=Πάρα πολύ). Η συνολική αξιοπιστία ήταν $\alpha=0.701$. Για το δείκτη αυτό δεν υπολογίστηκαν υποκατηγορίες ($m=31.7$, $s=5.63$). Η κεντρική τάση δείχνει ότι υπάρχει εν μέρει ικανοποίηση στην εργασία.

- **Κόπωση – Εξάντληση:** το τμήμα του ερωτηματολογίου που αφορά στην αίσθηση κόπωση ή γενικής εξάντλησης, αποτελείται από 16 ερωτήσεις, με πιθανές απαντήσεις σε εξάβαθμη κλίμακα Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα,..., 6=Συμφωνώ απόλυτα). Η συνολική αξιοπιστία ήταν $\alpha=0.429$. Για το δείκτη αυτό υπολογίστηκαν 4 υποκατηγορίες οι οποίες ορίζονται ως εξής: Η 1^η αφορά την αποπροσωποποίηση – αποστασιοποίηση, η 2^η την εξάντληση – εξουθένωση, η 3^η την ενεργητικότητα και η 4^η την ικανοποίηση.

Πίνακας 26 Factor loadings B1 – B16

	Υποκατηγορία			
	1	2	3	4
Τον τελευταίο καιρό έχω την τάση να σκέφτομαι λιγότερο στη δουλειά μου, και να τη διεκπεραιώνω μηχανικά	.745			
Μου συμβαίνει όλο και συχνότερα να εκφράζομαι υποτιμητικά για τα εργασιακά μου καθήκοντα	.700			
Μερικές φορές αισθάνομαι απόλυτη απέχθεια για τα εργασιακά μου καθήκοντα.	.644			
Με την πάροδο του χρόνου χάνει κανείς την αρχική σχέση με τη δουλειά του	.613			
Μετά τη δουλειά μου χρειάζομαι συχνά περισσότερες ώρες ξεκούρασης απ' ότι παλιότερα για να έρθω σε φόρμα.		.741		

Υπάρχουν μέρες που αισθάνομαι κουρασμένος/η, πριν ακόμη πάω στη δουλειά.		.490		
Μετά τη δουλειά μου αισθάνομαι γενικά εξουθενωμένος/η και εξαντλημένος/η.		.396		
Κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου, συχνά αισθάνομαι συναισθηματικά εξαντλημένος/η.		.362		
Όταν εργάζομαι, συνήθως αισθάνομαι ζωντανός/η.			.603	
Συνήθως, μπορώ να χειριστώ τον όγκο της εργασίας μου καλά.			.525	
Η πίεση από τη δουλειά μου είναι αρκετά υποφερτή			.481	
Μετά τη δουλειά έχω γενικά ενέργεια να ασχοληθώ με τις άλλες μου δραστηριότητες			.350	
Δεν μπορώ να φανταστώ άλλο επάγγελμα για τον εαυτό μου.				.655
Όσο περνάει ο καιρός, δένομαι όλο και περισσότερο με τη δουλειά μου.				.445
Επιθυμώ την πρόωρη συνταξιοδότησή μου				-.423
Στη δουλειά μου ανακαλύπτω συνεχώς καινούργια πράγματα σε ενδιαφέρουσες πλευρές.				.412

Η εσωτερική αξιοπιστία της υποκατηγορίας 1 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.823$ ($m=12.1$, $s=4.74$), της υποκατηγορίας 2 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.704$ ($m=15.1$, $s=3.99$), της υποκατηγορίας 3 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.607$ ($m=16.5$, $s=3.10$), και της υποκατηγορίας 4 υπολογίστηκε σε $\alpha=0.580$ ($m=11.3$, $s=3.19$).

Οι μέσοι όροι των υποκατηγοριών δεν έχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους, και έχουν τάση από το διαφωνώ απόλυτα προς το διαφωνώ μέτρια, ωστόσο η 3^η υποκατηγορία που αναφέρεται στην ενεργητικότητα υπερτερεί.

- **Ελεύθερος Χρόνος**

Για τον ελεύθερο χρόνο δημιουργήθηκε δείκτης, όπου μεγαλύτερη βαθμολογία σημαίνει περισσότερες δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ($m=47.80$, $s=9.290$). Η κεντρική τάση δείχνει ότι οι δραστηριότητες συμβαίνουν από αρκετά συχνά έως συχνά.

8.11. Ερευνητικές υποθέσεις

1. Η εκδήλωση αγχογόνων συμπτωμάτων από τους εργαζόμενους, σχετίζεται με τη δομή της προσωπικότητάς τους.

Η εκδήλωση αγχογόνων συμπτωμάτων μπορεί να μετρηθεί με το δείκτη «Συμπτώματα – ενοχλήσεις» που παρουσιάστηκε παραπάνω. Η δομή της προσωπικότητας προκύπτει από τις ερωτήσεις Π1 έως Π11 του ερωτηματολογίου. Για λόγους απλούστευσης οι ερωτήσεις αυτές αναλύθηκαν με την ανάλυση παραγόντων και τη μέθοδο Principal Components (Varimax rotation). Η ανάλυση υπέδειξε τις τέσσερις σημαντικότερες και πιο χαρακτηριστικές μεταβλητές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της παραπάνω υπόθεσης. Οι ερωτήσεις αυτές είναι:

A) Έχετε επιτρέψει στους άλλους να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για λογαριασμό σας, όπως το που θα μείνετε ή τι δουλειά θα κάνετε;

Πίνακας 27

έχετε επιτρέψει στους άλλους να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για λογαριασμό σας	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Std. Error Μέση Τιμή
Ναι	58	20.74	7.003	.919
Όχι	230	19.17	7.256	.478

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Τόσο αυτοί που επιτρέπουν όσο και αυτοί που δεν επιτρέπουν δεν φαίνεται να εμφανίζουν αγχογόνα συμπτώματα. Ωστόσο αυτοί που επιτρέπουν δείχνουν να έχουν μια μικρή τάση προς εμφάνιση άγχους.

B) Θα προτιμούσατε να κάνετε διάφορα πράγματα μόνος-η παρά μαζί με άλλους;

Πίνακας 28

Θα προτιμούσατε να κάνετε διάφορα πράγματα μόνος/η παρά μαζί με άλλους;	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Std. Error Μέση Τιμή
Ναι	154	20.77	8.351	.673
Όχι	134	18.01	5.312	.459

Στατιστικά σημαντική διαφορά ($t= 3.288, p=0.001$)

Οι ερωτώμενοι που προτιμούν να λειτουργούν σε διάφορες δραστηριότητες μόνοι τους, φαίνεται να εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό αγχογόνα συμπτώματα, σε σχέση με εκείνους που επιθυμούν να συνεργάζονται με άλλους.

Γ) Εξάπτεστε εύκολα και ηρεμείτε εξίσου εύκολα;

Πίνακας 29

Εξάπτεστε εύκολα και ηρεμείτε εξίσου εύκολα;	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ναι	146	20.99	7.629
Όχι	142	17.94	6.446

Στατιστικά σημαντική διαφορά ($t= 3.659$, $p=0.000$)

Τα άτομα που εξάπτονται και ηρεμούν εξίσου εύκολα φαίνεται να εμφανίζουν αγχογόνα συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με εκείνα που δεν παρουσιάζουν αυτό το χαρακτηριστικό – συμπεριφορά.

Δ) Νοιώθετε πως είστε ένα άτομο με ιδιαίτερα ταλέντα ή ικανότητες που οι άλλοι δεν έχουν αναγνωρίσει;

Πίνακας 30

Νοιώθετε πως είστε ένα άτομο με ιδιαίτερα ταλέντα ή ικανότητες που οι άλλοι δεν έχουν αναγνωρίσει;	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ναι	84	21.54	8.645
Όχι	204	18.64	6.381

Στατιστικά σημαντική διαφορά ($t= 3.143$, $p=0.002$)

Τα άτομα τα οποία νιώθουν ότι έχουν ιδιαίτερα ταλέντα ή ικανότητες που οι άλλοι δεν έχουν αναγνωρίσει φαίνεται να εμφανίζουν αγχογόνα συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με εκείνα που δεν αισθάνονται το ίδιο.

Οι τρεις στις τέσσερις ερωτήσεις παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά και στατιστική σπουδαιότητα, οπότε η υπόθεση εργασίας επιβεβαιώνεται.

2. Τα άτομα με μεγαλύτερες φιλοδοξίες είναι πιο επιρρεπή στην εκδήλωση εργασιακού άγχους.

Οι ατομικές φιλοδοξίες εκφράζονται μέσα από την ερώτηση Π8: «Φιλοδοείτε πως θα κατορθώσετε σπουδαία πράγματα, όπως να γίνετε πολύ πετυχημένος/η, ισχυρός/ή, έξυπνος/η, ελκυστικός/ή, ή να σας αγαπήσουν πάρα πολύ;»

Πίνακας 31

Φιλοδοείτε πως θα κατορθώσετε σπουδαία πράγματα, όπως να γίνετε πολύ πετυχημένος/η, ισχυρός/ή, έξυπνος/η, ελκυστικός/ή, ή να σας αγαπήσουν πάρα πολύ;	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ναι	130	19.81	7.296
Όχι	158	19.22	7.172

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Ωστόσο, υπάρχει μια μικρή τάση που δείχνει ότι αυτοί που φιλοδοξούν πως θα κατορθώσουν σπουδαία πράγματα, όπως να γίνουν πολύ πετυχημένοι, ισχυροί, έξυπνοι, ελκυστικοί, ή να τους αγαπήσουν πάρα πολύ είναι πιο επιρρεπή στην εκδήλωση εργασιακού άγχους.

Οπότε, η υπόθεση εργασίας δεν επαληθεύεται.

3. Η εκδήλωση εργασιακού άγχους εμφανίζεται στον ίδιο βαθμό ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες.

Πίνακας 32

φύλο	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Std. Error Μέση Τιμή
άνδρας	90	18.50	6.811	.718
γυναίκα	198	19.93	7.374	.524

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, οπότε η υπόθεση επιβεβαιώνεται. Εν τούτοις, οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν λίγο περισσότερο εργασιακό άγχος.

4. Οι άνδρες παρουσιάζουν περισσότερα σωματικά ενοχλήματα σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Για τη διερεύνηση αυτής της υπόθεσης χρησιμοποιήθηκαν οι μεταβλητές Σ7: «Γενικά σωματικά συμπτώματα (Μυϊκό σύστημα)» και Σ8: «Γενικά σωματικά συμπτώματα (Αισθητηριακά)». Εφαρμόστηκε ο έλεγχος Pearson χ^2 , σε πίνακα διπλής εισόδου σε σχέση με το φύλο.

Πίνακας 33

		Γενικά σωματικά συμπτώματα (Μυϊκό σύστημα)			Γενικά σωματικά συμπτώματα (Αισθητηριακά)		
		άνδρας	γυναίκα	Σύνολο	άνδρας	γυναίκα	Σύνολο
καθόλου	N	48	89	137	68	118	186
	%	53.3%	44.9%	47.6%	75.6%	59.6%	64.6%
Ήπια	N	27	67	94	16	55	71
	%	30.0%	33.8%	32.6%	17.8%	27.8%	24.7%
μέτρια	N	12	31	43	6	16	22
	%	13.3%	15.7%	14.9%	6.7%	8.1%	7.6%
σοβαρά	N	1	5	6	0	6	6
	%	1.1%	2.5%	2.1%	.0%	3.0%	2.1%
πολύ σοβαρά	N	2	6	8	0	3	3
	%	2.2%	3.0%	2.8%	.0%	1.5%	1.0%
Σύνολο	N	90	198	288	90	198	288
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα σωματικά συμπτώματα και το φύλο. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι δεν εμφανίζουν καθόλου γενικά σωματικά συμπτώματα και ελάχιστα τα εμφανίζουν σοβαρά. Άρα η ερευνητική υπόθεση δεν επιβεβαιώνεται.

5. Η εμφάνιση της «καταθλιπτικής διάθεσης» εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.

Πίνακας 34

		ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ		
		άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
καθόλου	N	61	103	164
	%	67.8%	52.0%	56.9%
Ήπια	N	16	64	80

	%	17.8%	32.3%	27.8%
μέτρια	N	9	25	34
	%	10.0%	12.6%	11.8%
σοβαρά	N	2	3	5
	%	2.2%	1.5%	1.7%
πολύ σοβαρά	N	2	3	5
	%	2.2%	1.5%	1.7%
Σύνολο	N	90	198	288
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 35

Έχετε συχνά σκαμπανεβάσματα στη διάθεσή σας, περιόδους κατάθλιψης, ευερεθιστότητας ή άγχος;		φύλο		Total
		άνδρας	γυναίκα	
Ναι	Count	30	109	139
	% within φύλο	33.3%	55.1%	48.3%
Όχι	Count	60	89	149
	% within φύλο	66.7%	44.9%	51.7%
Total	Count	90	198	288
	% within φύλο	100.0%	100.0%	100.0%

Με τον έλεγχο συσχέτισης χ^2 , βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($\chi^2=11.687$, $P=0.000$).

Από τους παραπάνω πίνακες διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερα σκαμπανεβάσματα στη διάθεσή τους, περιόδους «καταθλιπτικής διάθεσης», ευερεθιστότητας ή άγχος σε σχέση με τους άνδρες. Όσον αφορά τα συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης, οι περισσότεροι άνδρες και γυναίκες δεν τα εμφανίζουν καθόλου, με υπεροχή των ανδρών. Ωστόσο οι γυναίκες φαίνεται να τα εμφανίζουν περισσότερο σε ήπιο με μέτριο βαθμό. Άρα η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται.

6. Τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν την ασφάλεια των εργαζόμενων στο χώρο εργασίας τους και τον τρόπο αντιμετώπισης ορισμένων περιστατικών ή καταστάσεων.

Η υπόθεση αυτή που αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας, την ασφάλεια και την ευκολότερη αντιμετώπιση περιστατικών στον εργασιακό χώρο προκύπτει από τη συσχέτιση της ερώτησης D8 και τις ερωτήσεις E8, E13, E16, E25, I 5 και I 10

-E8: «Δεν απολαμβάνω επαγγελματική ασφάλεια εξαιτίας ασάφειας επαγγελματικού καθηκοντολογίου».

Πίνακας 36

	N	Mean	Std. Deviation
διαφωνώ απόλυτα	59	10.3220	9.05622
διαφωνώ μέτρια	87	10.6897	8.85846
Διαφωνώ	42	13.0952	8.69205
Συμφωνώ	53	7.1321	7.06028
συμφωνώ μέτρια	30	9.1000	7.76975
συμφωνώ απόλυτα	17	9.8235	7.60128
Total	288	10.0938	8.50875

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση (ANOVA: $F=2.578$, $P=0.027$).

Παρατηρείται από τον πίνακα, ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια προϋπηρεσίας οι εργαζόμενοι απολαμβάνουν επαγγελματική ασφάλεια.

- E13: «Το βάρος της ευθύνης για τη ζωή των εξυπηρετούμενων / χρηστών και για την πρόοδο της υγείας τους προκαλεί άγχος».

Πίνακας 37

	N	Mean	Std. Deviation
διαφωνώ απόλυτα	28	11.6071	8.62099
διαφωνώ μέτρια	50	11.3000	9.33995
Διαφωνώ	38	8.5789	6.84828
Συμφωνώ	89	10.3596	8.82307
συμφωνώ μέτρια	59	9.8305	8.85935
συμφωνώ απόλυτα	24	7.8750	6.61561
Total	288	10.0938	8.50875

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Τα χρόνια προϋπηρεσίας φαίνεται να μην επηρεάζουν την πρόκληση άγχους από το βάρος της ευθύνης για τη ζωή των εξυπηρετούμενων / χρηστών και για την πρόοδο της υγείας τους.

-E16: Η έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων στο αντικείμενο εργασίας μου, μου προκαλεί μεγάλη ανασφάλεια και χαμηλή αποδοτικότητα.

Πίνακας 38

	N	Mean	Std. Deviation
διαφωνώ απόλυτα	44	11.1818	9.08429
διαφωνώ μέτρια	77	11.3247	9.38285
Διαφωνώ	51	9.6863	8.09812
Συμφωνώ	64	9.2500	7.82142
συμφωνώ μέτρια	42	8.1190	6.80101
συμφωνώ απόλυτα	10	11.6000	11.05743
Total	288	10.0938	8.50875

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση

Τα χρόνια προϋπηρεσίας φαίνεται να μην επηρεάζουν την ανασφάλεια και τη χαμηλή αποδοτικότητα, που προκαλεί η έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων στο αντικείμενο εργασίας τους, είτε υπάρχει είτε δεν υπάρχει.

E25: Μου προκαλεί άγχος η αντιμετώπιση ορισμένων περιστατικών ή καταστάσεων

Πίνακας 39

	N	Mean	Std. Deviation
διαφωνώ απόλυτα	17	11.0000	9.47365
διαφωνώ μέτρια	19	14.2105	8.74058
Διαφωνώ	33	9.2424	8.60970
Συμφωνώ	85	10.2824	8.96901
συμφωνώ μέτρια	97	9.4330	8.02847
Συμφωνώ απόλυτα	37	9.6216	7.88230
Total	288	10.0938	8.50875

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση

Είτε προκαλεί είτε όχι άγχος η αντιμετώπιση ορισμένων περιστατικών, τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν την εμφάνισή του.

I5: Σας καλύπτουν οι συνθήκες εργασίας(ωράριο, συνάδελφοι, περιβάλλον);

Πίνακας 40

	N	Mean	Std. Deviation
διαφωνώ απόλυτα	21	10.1429	9.30207
διαφωνώ μέτρια	49	9.9388	8.15580
Διαφωνώ	123	9.2683	8.08365
Συμφωνώ	72	11.2083	9.11575
συμφωνώ μέτρια	23	11.3043	8.98198
συμφωνώ απόλυτα	288	10.0938	8.50875
Total	21	10.1429	9.30207

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση

Τα χρόνια προϋπηρεσίας φαίνεται να μην επηρεάζουν τους εργαζόμενους όσον αφορά την ικανοποίησή τους από τις συνθήκες εργασίας.

I10: Εισπράττετε εμπιστοσύνη και αναγνώριση από τα άτομα που εξυπηρετείτε;

Πίνακας 41

	N	Mean	Std. Deviation
διαφωνώ απόλυτα	7	14.7143	8.26064
διαφωνώ μέτρια	22	8.9091	7.85529
Διαφωνώ	81	10.2840	8.46646
Συμφωνώ	122	9.3689	8.43174
Συμφωνώ μέτρια	56	11.2857	8.95385
Συμφωνώ απόλυτα	288	10.0938	8.50875
Total	7	14.7143	8.26064

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση

Η εμπιστοσύνη και αναγνώριση που είτε εισπράττουν είτε όχι οι εργαζόμενοι από τα άτομα που εξυπηρετούν, φαίνεται να μην επηρεάζονται από τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Από την ανάλυση των πινάκων, προκύπτει ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν ουσιαστικά την επαγγελματική ασφάλεια και τον τρόπο αντιμετώπισης των περιστατικών. Οπότε η ερευνητική υπόθεση δεν επαληθεύεται.

7. Η ύπαρξη ενεργητικότητας αυξάνει την εμπλοκή στην εργασία

Για την υπόθεση αυτή συσχετίστηκε ο πίνακας M (που μετράει την εμπλοκή) με την ερώτηση B15 «όταν εργάζομαι αισθάνομαι ζωντανός-ή» από τον πίνακα του B (που μετράει την κόπωση).

Πίνακας 42

	N	Mean	Std. Deviation
διαφωνώ απόλυτα	2	12.50	.707
διαφωνώ μέτρια	19	22.95	3.456
Διαφωνώ	14	25.14	3.718
συμφωνώ	123	29.80	4.808
συμφωνώ μέτρια	85	28.01	4.612
συμφωνώ απόλυτα	45	35.51	3.969
Total	288	29.36	5.654

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση (ANOVA: $F=34.456$, $P=0.000$).

Η μεγαλύτερη μέση τιμή δηλώνει ότι οι ερωτώμενοι απάντησαν πως όταν εργάζονται αισθάνονται ζωντανοί και άρα αυξάνεται η εμπλοκή τους στην εργασία. Άρα η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται.

8. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων δεν είναι ικανοποιημένο με: α) τις συνθήκες εργασίας, β) τις σχέσεις με τους συναδέλφους, γ) τις σχέσεις με τα ανώτερα στελέχη, δ) τις οικονομικές απολαβές.

Από την περιγραφική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι διατηρούν μερικώς αρμονικές εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους όμοιας και ανώτερης βαθμίδας, ότι είναι επίσης μερικώς ικανοποιημένοι από τις εργασιακές συνθήκες και από τις οικονομικές

απολαβές.(βλ. πίνακα 9). Άρα η υπόθεση εργασίας επιβεβαιώνεται μόνο μερικώς και όχι στο σύνολό της.

9. Η επαγγελματική κόπωση των εργαζομένων στον τομέα υγείας αυξάνεται ανάλογα με το ωράριο εργασίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Χρησιμοποιώντας το στατιστικό έλεγχο συσχέτισης του Pearson ελέγχθηκε κατά πόσο η ηλικία, τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας, καθώς και το ημερήσιο ωράριο, επηρεάζουν το εργασιακό άγχος των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Οι συσχετίσεις που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές επισημαίνονται με έντονη γραφή. Το πρόσημο του συντελεστή R, προσδίδει τη φορά της συσχέτισης (θετική ή αρνητική σχέση).

Πίνακας 43

		έτη προϋπηρεσίας	ημερήσιο ωράριο
BB1	R	-0.013	0.088
	P-value	0.886	0.316
BB2	R	-0.013	0.150
	P-value	0.885	0.086
BB3	R	0.105	-0.187
	P-value	0.231	0.031
BB4	R	0.064	-0.089
	P-value	0.464	0.308

Η επαγγελματική κόπωση φαίνεται ότι έχει θετική σχέση με τα έτη προϋπηρεσίας, δηλ. όσο αυξάνονται τα χρόνια προϋπηρεσίας αυξάνεται και η επαγγελματική κόπωση.

Όσον αφορά το ημερήσιο ωράριο και την επαγγελματική κόπωση, υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ τους, δηλαδή η κόπωση δεν επηρεάζεται από το ωράριο εργασίας.

10. Το εργασιακό άγχος σχετίζεται με τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου

Για τον ελεύθερο χρόνο δημιουργήθηκε δείκτης, όπου μεγαλύτερη βαθμολογία σημαίνει περισσότερες δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ($m=47.80$, $s=9.290$). Συσχετίστηκε με τους δείκτες των συμπτωμάτων και του εργασιακού άγχους με έλεγχο συσχέτισης Pearson.

Πίνακας 44

		Ελεύθερος χρόνος
AA1	R	0.423
	p-value	0.000
AA2	R	-0.155
	p-value	0.038
AA3	R	-0.118
	p-value	0.089
AB1	R	-0.199
	p-value	0.011
AB2	R	-0.212
	p-value	0.007
AB3	R	0.280
	p-value	0.001
SYMP	R	-0.377
	p-value	0.000
EE1	R	-0.196
	p-value	0.012
EE2	R	-0.069
	p-value	0.217
EE3	R	-0.057
	p-value	0.260
EE4	R	0.067
	p-value	0.224
EE5	R	-0.065
	p-value	0.231
MM1	R	0.147
	p-value	0.047
II1	R	0.301
	p-value	0.000
BB1	R	-0.255
	p-value	0.002
BB2	R	-0.319
	p-value	0.000
BB3	R	0.134
	p-value	0.063
BB4	R	-0.014
	p-value	0.435

Από τον πίνακα φαίνεται ότι μεταξύ του ελεύθερου χρόνου και των συμπτωμάτων υπάρχει αρνητική σχέση, που σημαίνει ότι όσο περισσότερο αξιοποιούν τον ελεύθερό τους χρόνο, τόσο μειώνεται η εκδήλωση αγχογόνων συμπτωμάτων.

Επίσης η σχέση μεταξύ εργασιακού άγχους και ελεύθερου χρόνου είναι ως επί το πλείστον αρνητική, δηλ. όσο αυξάνεται η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, τόσο μειώνεται το εργασιακό άγχος. Παρά το γεγονός ότι μέχρι τώρα έχουμε αναφέρει ότι υπάρχει αρνητική σχέση, ωστόσο παρατηρείται ότι η υποκατηγορία ΕΕ4 που αναφέρεται στις εργασιακές σχέσεις, επηρεάζεται θετικά από τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου. Δηλαδή όσο περισσότερο αξιοποιείται ο ελεύθερος χρόνος, τόσο περισσότερο αρμονικές σχέσεις έχουν οι ερωτώμενοι στο εργασιακό τους περιβάλλον.

11. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων θεωρεί πως η συνεχής επιμόρφωση είναι αναγκαία για την επαγγελματική τους εξέλιξη.

Το ερώτημα αυτό αφορά την ερώτηση Ε20: «Θεωρώ ότι θα πρέπει να διεξάγονται περισσότερες ημερίδες και σεμινάρια». (Βλέπε πίνακα 7). Από την περιγραφική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε θετικά. Επομένως η υπόθεση επιβεβαιώνεται.

12. Οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακού άγχους σε σύγκριση με τους επαγγελματίες στον τομέα ψυχικής υγείας.

Για τον έλεγχο αυτής της συσχέτισης χρησιμοποιήθηκαν οι υπολογιζόμενοι δείκτες που παρουσιάστηκαν παραπάνω. Οι συσχετίσεις που η πιθανότητα p επισημαίνεται με έντονη γραφή βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 45

		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p-value
ΕΕ1	Τομέας Υγείας	266	15.51	5.771	0.074
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	12.86	6.416	
ΕΕ2	Τομέας Υγείας	266	33.21	6.023	0.016
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	29.27	6.929	

EE3	Τομέας Υγείας	266	14.98	4.955	0.000
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	9.77	2.724	
EE4	Τομέας Υγείας	266	9.40	2.187	0.252
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	9.86	1.754	
EE7	Τομέας Υγείας	266	11.03	4.160	0.003
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	8.41	3.634	

Όσον αφορά τη συγκεκριμένη συσχέτιση, είναι εμφανές ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας παρουσιάζουν περισσότερο εργασιακό άγχος, επί το πλείστον με διαφορά από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Άρα η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται.

13. Οι επαγγελματίες που εργάζονται στα νοσοκομεία (αστική περιοχή) παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακού άγχους σε σχέση με τους επαγγελματίες που εργάζονται στα κέντρα υγείας (αγροτική περιοχή).

Πίνακας 46

		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p-value
EE1	Κέντρα Υγείας	124	15.09	5.786	0.270
	Νοσοκομεία	142	15.87	5.752	
EE2	Κέντρα Υγείας	124	32.45	5.782	0.052
	Νοσοκομεία	142	33.88	6.168	
EE3	Κέντρα Υγείας	124	13.00	4.761	0.000
	Νοσοκομεία	142	16.71	4.462	
EE4	Κέντρα Υγείας	124	9.52	2.054	0.378
	Νοσοκομεία	142	9.29	2.299	
EE7	Κέντρα Υγείας	124	10.33	4.374	0.010
	Νοσοκομεία	142	11.65	3.876	

Όσον αφορά την εκδήλωση εργασιακού άγχους στα Νοσοκομεία (αστική περιοχή) και στα κέντρα υγείας (αγροτική περιοχή), όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα και συγκεκριμένα από τις υποκατηγορίες E1-E7, υπάρχει σε μεγαλύτερο βαθμό στα νοσοκομεία, όμως με πολύ μικρή διαφορά από τα Κέντρα Υγείας. Επομένως η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την έρευνα προκύπτει μια σειρά από συμπεράσματα τα οποία είναι τα εξής:

➤ Οι περισσότεροι ερωτώμενοι επέλεξαν το επάγγελμά τους κατόπιν δικής τους επιθυμίας και αισθάνονται υπερήφανοι που δεν έρχεται σε σύγκρουση με τις αξίες και τα πιστεύω τους. Όταν λέμε αξίες εννοούμε «εκείνα τα στοιχεία που ένα άτομο θεωρεί σπουδαία στη ζωή του» (Γιαννουλέας, 1998:103). Οι αξίες με λίγα λόγια, είναι αποκρυσταλλωμένες βαθύτερες πεποιθήσεις, προτιμήσεις, στάσεις, ιδέες και γνώμες του ατόμου, οι οποίες με τρόπο δυναμικό και πολλές φορές ασυνείδητο κατευθύνουν τη συμπεριφορά του και τις επιλογές του. Το σύστημα αξιών κάθε ατόμου δημιουργεί λοιπόν τη στάση, η οποία «είναι η πνευματική ή ψυχική προδιάθεση του ατόμου απέναντι σε πρόσωπα, πράγματα ή καταστάσεις και διακρίνεται σε θετική, αρνητική και ουδέτερη» (Γιαννουλέας, 1998:23). Πέρα όμως από τις έννοιες της αξίας και της στάσης, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει το ενδιαφέρον των ατόμων για το επάγγελμα τους, καθώς αποτελεί ερέθισμα για δημιουργία κινήτρων και μπορεί να επηρεάσει τη διάθεση για εμπλοκή στην εργασία, τον τρόπο δραστηριοποίησης, την απόδοση και την επαγγελματική ικανοποίηση. Συμπερασματικά, οι αξίες, η στάση και το ενδιαφέρον αποτελούν παράγοντες διαμόρφωσης της συμπεριφοράς του ατόμου στο εργασιακό περιβάλλον.

➤ Όσον αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι περισσότεροι χαρακτηρίζονται από δυναμικότητα, αυτονομία, σταθερότητα, αποφασιστικότητα, ψυχραιμία, συγκέντρωση, ηρεμία, ασφάλεια, υπευθυνότητα και ενσυναίσθηση. Τα στοιχεία αυτά φαίνεται να συγκλίνουν περισσότερο προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου B, κατά την οποία το άτομο φαίνεται χαλαρό, ο τόνος της φωνής του είναι χαμηλός και κάνει ήρεμες κινήσεις. Επίσης, διακατέχεται από αισιοδοξία και δεν αντιλαμβάνεται την πίεση του χρόνου, δεν αισθάνεται την ανάγκη επίδειξης των επιτευγμάτων του, έχει την ικανότητα να χαλαρώνει χωρίς αισθήματα ενοχής και να εργάζεται χωρίς πίεση. Δεν προσπαθεί να εντυπωσιάσει τους

άλλους και ξέρει να απολαμβάνει τη ζωή και τις χαρές της (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000)

➤ Τα περισσότερα άτομα τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική τους ζωή φαίνεται να δέχονται εμπιστοσύνη και αναγνώριση από τους άλλους. Όπως έχει αναφερθεί και στο θεωρητικό μέρος η εμπιστοσύνη και η αναγνώριση επιδρούν θετικά στην αύξηση της αυτοεκτίμησης του ατόμου, στη δημιουργία κινήτρων και του αισθήματος της ικανοποίησης, στην τόνωση της διάθεσης και γενικά στην αυτοανάπτυξη. «Σύμφωνα με τους Jimmieson & Terry (1993), η αμφισβήτηση ρόλου επιδρά δυσμενώς στην ψυχική ευεξία του ατόμου, ειδικά όταν χαρακτηρίζεται από μειωμένο αυτοέλεγχο (Αντωνίου, 2006: 124).

➤ Η εκδήλωση αγχογόνων συμπτωμάτων έχει σχέση με τη δομή της προσωπικότητας του κάθε ατόμου. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση υπάρχουν δυο θεωρίες για την επεξήγηση του άγχους, οι οποίες συμπληρώνουν η μία την άλλη. Κατά την πρώτη το άγχος είναι άμεση μεταμόρφωση μη εκφορτισμένης σεξουαλικής ενέργειας. Κατά την δεύτερη, «το άγχος αποδίδεται σε ενδοψυχική σύγκρουση, το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του Εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις, που έρχονται σε σύγκρουση με το Εγώ και το Υπερεγώ ή την πραγματικότητα» (Μάνου, 1988:223-225). Κοντολογίς, πολλές αγχώδεις διαταραχές έχουν προγεννητική διάθεση. Αξίζει να σημειωθεί η μελέτη του Margolis και συν. (1974) με αντιπροσωπευτικό δείγμα 1496 συμμετεχόντων σε εθνική κλίμακα. Οι ερευνητές εντόπισαν ορισμένες σημαντικές σχέσεις μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συγκεκριμένων συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου (Αντωνίου, 2006: 124). Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας επιβεβαιώθηκαν και από τα ευρήματα της παρούσας. Τα άτομα τα οποία νιώθουν ότι έχουν ιδιαίτερα ταλέντα ή ικανότητες που οι άλλοι δεν έχουν αναγνωρίσει φαίνεται να εμφανίζουν αγχογόνα συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με εκείνα που δεν αισθάνονται το ίδιο.

➤ Όσον αφορά τα αγχογόνα συμπτώματα, προκύπτει ότι υπάρχει μια ήπια αγχώδης διάθεση και ένταση, οι οποίες δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη γενικότερη λειτουργικότητα των ατόμων. Επίσης, σε έντονο βαθμό φαίνεται να παρουσιάζεται η αϋπνία. Σχετικά με το φύλο προκύπτει, ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση ως προς την εκδήλωση αγχογόνων

συμπτωμάτων. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες εμφανίζουν λίγο περισσότερο σωματικά ενοχλήματα, ενώ οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στα ψυχοσυναισθηματικής φύσης συμπτώματα. Όσον αφορά την “καταθλιπτική διάθεση” οι γυναίκες φαίνεται να την εμφανίζουν λίγο περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες.

Τα παραπάνω ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα επιβεβαιώνονται από τη θεωρία, σύμφωνα με την οποία η εκδήλωση αγχογόνων συμπτωμάτων σχετίζεται με το φύλο, καθώς τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες τα εμφανίζουν περίπου στον ίδιο βαθμό, αλλά με διαφορετικό τρόπο. Έτσι λοιπόν, οι μεν άνδρες εκδηλώνουν περισσότερο σωματικά ενοχλήματα, οι δε γυναίκες περισσότερο ψυχοσυναισθηματικής φύσης. Ως τρόποι αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, οι γυναίκες ασχολούνται κυρίως με τον εσωτερικό υποκειμενικό κόσμο και προσπαθούν να μειώσουν το άγχος κάνοντας αλλαγές στον ίδιο τους τον εαυτό, ενώ οι άνδρες αντιδρούν με τρόπο πιο αντικειμενικό ή αναλυτικό και προσπαθούν να το μειώσουν, αλλάζοντας τον εξωτερικό αντικειμενικό κόσμο (Gray, 2003). Επιπλέον, οι γυναίκες λόγω πολλαπλότητας των ρόλων που έχουν φαίνεται να εμφανίζουν λίγο περισσότερο εργασιακό άγχος.

Αναφορικά με τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές στο εργασιακό περιβάλλον, στο δείγμα μας οι περισσότεροι προτιμούν να λειτουργούν αυτόνομα και παρουσιάζουν περισσότερα αγχογόνα συμπτώματα σε σχέση με αυτούς που λειτουργούν ομαδικά. Επίσης, προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό καταλήγει να εργάζεται με άτομα που δεν κάνουν τη δουλειά τόσο καλά όσο αυτό. Τα παραπάνω είναι πιθανό να αποτελέσουν ανασταλτικό παράγοντα στη σωστή λειτουργία και αποτελεσματικότητα της διεπαγγελματικής συνεργασίας.

➤ Ωστόσο, υπάρχει μια μικρή τάση που δείχνει ότι αυτοί που φιλοδοξούν πως θα κατορθώσουν σπουδαία πράγματα, όπως να γίνουν πολύ πετυχημένοι, ισχυροί, έξυπνοι, ελκυστικοί, ή να τους αγαπήσουν πάρα πολύ είναι πιο επιρρεπή στην εκδήλωση εργασιακού άγχους.

Σε γενικές γραμμές, όμως οι ερωτώμενοι διατηρούν αρμονικές εργασιακές σχέσεις, τόσο με τους συναδέλφους όμοιας όσο και ανώτερης βαθμίδας. Αναφορικά με τον επαγγελματικό ρόλο, δεν υφίσταται αμφισβήτηση μεταξύ συναδέλφων, ούτε θέμα υποβιβασμού, ενώ οι συνθήκες εργασίας τους

καλύπτουν σε μέτριο βαθμό. Επίσης οι ερωτώμενοι δηλώνουν, ότι είναι ευχαριστημένοι από το μέγεθος των αρμοδιοτήτων που τους ανατίθενται, από τη δυνατότητα να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων και να αξιοποιούν τις ικανότητές τους, ενώ τους δίνεται σχετική ελευθερία στο να επιλέγουν οι ίδιοι τον τρόπο εργασίας τους. Η αντιμετώπιση ορισμένων περιστατικών προκαλεί άγχος στους εργαζόμενους, αλλά σε γενικές γραμμές δεν τους προκαλεί άγχος η πορεία της υγείας των εξυπηρετούμενων /χρηστών. Εντούτοις νιώθουν απογοήτευση, όταν δεν επιτυγχάνονται οι επαγγελματικοί τους στόχοι σε σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους. Όπως αναπτύχθηκε στο θεωρητικό μέρος, όταν υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη μιας οργάνωσης / υπηρεσίας, προάγεται το κοινό όφελος σε ηθικό και υλικό επίπεδο τόσο των εργαζομένων, όσο και της οργάνωσης.

➤ Σχετικά με τον φόρτο εργασίας, οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν μεγάλο φόρτο εργασίας, ο οποίος είναι δυνατόν να αυξάνεται από την έλλειψη προσωπικού. Παρά ταύτα, φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι διαχειρίζονται τον όγκο της δουλειάς τους αρκετά καλά. Πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι σε αρκετές περιπτώσεις, η ένταση και η πίεση εξαιτίας του φόρτου εργασίας είναι δυνατό να τους δημιουργήσουν τάσεις επιθετικότητας. Όπως διατυπώθηκε και στο θεωρητικό μέρος, ο φόρτος αποτελεί πηγή εργασιακού άγχους ο οποίος δημιουργείται τόσο από τον υπερβολικό όγκο δουλειάς όσο και από την έλλειψη προσωπικού, αναλαμβάνοντας έτσι αρμοδιότητες πέρα από τον εργασιακό τους ρόλο.

➤ Επιπροσθέτως, η έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων ενδεχομένως να προκαλεί αυξημένο εργασιακό άγχος, επαγγελματική ανασφάλεια, καθώς και χαμηλή αποδοτικότητα. Έτσι λοιπόν σύμφωνα με τους ερωτώμενους η διεξαγωγή περισσότερων ημερίδων και σεμιναρίων αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Η δια βίου εκπαίδευση αποτελεί το σύνολο δραστηριοτήτων εκμάθησης και κατάρτισης σε συνεχή βάση, στο πλαίσιο τόσο επίσημων όσο και ανεπίσημων δομών με σκοπό την απόκτηση και βελτίωση γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων για λόγους επαγγελματικούς, κοινωνικούς αλλά και προσωπικούς (Κουτούκης, χ.χ, www.thace.gr) Έτσι λοιπόν, η δια βίου μάθηση βοηθά στον εκσυγχρονισμό των δεξιοτήτων των εργαζομένων, ιδίως

για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν εκπαιδευτεί με μεθόδους που δεν εφαρμόζονται πλέον.

➤ Η γενικότερη ικανοποίηση από την εργασία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία, δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και το επίπεδο ικανοποίησης (Καντάς, 1998:114). Στην συγκεκριμένη έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 31-40 ετών και είναι εν μέρει ικανοποιημένο, καθώς θεωρείται πως έχουν μια σχετική εμπειρία.

➤ Μερική ικανοποίηση φαίνεται να έχουν και από την παροχή ευκαιριών για εξέλιξη στο χώρο εργασίας τους. «Ο London (1983) έχει ορίσει τα κίνητρα σταδιοδρομίας, ως το σύνολο των ατομικών χαρακτηριστικών και των σχετικών συμπεριφορών και αποφάσεων αναφορικά με τη σταδιοδρομία. Συνεχίζοντας, ορίζει 3 άξονες ως προς τα κίνητρα σταδιοδρομίας: Την ταυτότητα σταδιοδρομίας (career identity), διάσταση που αφορά το πόσο η σταδιοδρομία κατέχει κεντρική θέση στην ταυτότητα του ατόμου. Την επίγνωση σταδιοδρομίας (career insight), που αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο έχει ρεαλιστικές αντιλήψεις για τον εαυτό του και τον οργανισμό. Την ανθεκτικότητα σταδιοδρομίας (career resilience) που αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει αντίξοες περιστάσεις όσον αφορά τη σταδιοδρομία του. (ΚΕΘΙ 2003-2005:4) Η επαγγελματική ανάπτυξη είναι ένα ζήτημα που μπορεί για πολλά άτομα να αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα. Ο φόβος της απόλυσης ή η αγωνία για ενδεχόμενη προαγωγή δημιουργούν άγχος και ανησυχία στους εργαζόμενους. Το άγχος αυτό όμως διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία και τα χρόνια απασχόλησης.

Η επαγγελματική εξέλιξη μπορεί να είναι βασικός στόχος και για τα δυο φύλα, ωστόσο για το γυναικείο φύλο αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα, καθώς βρίσκονται σε μια συνεχή διαδικασία απόδειξης της αξίας τους και προσπάθεια ανταπόκρισης στα εργασιακά τους καθήκοντα ισάξια με το ανδρικό φύλο. Επίσης, καθημερινά έρχονται αντιμέτωπες με στερεότυπες αντιλήψεις και ταμπού, γεγονός που προκαλεί περαιτέρω άγχος.

➤ Όσον αφορά το επίπεδο ικανοποίησης, εκτός από τα παραπάνω σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι οικονομικές απολαβές. Το δείγμα είναι μέτρια ικανοποιημένο από το μισθό του, γεγονός που πιθανόν να επιδρά αρνητικά στην ικανοποίηση του, καθώς και να προκαλεί άγχος.

➤ Όσον αφορά την επαγγελματική κόπωση, προηγείται μια μακροχρόνια διαδικασία που έχει περιγραφεί σε τέσσερα στάδια εξέλιξης για την εμφάνιση της. Το άτομο αρχικά είναι ικανοποιημένο από την εργασία του δίνοντας ολοένα και περισσότερη ενέργεια στη δουλειά του. Αν όμως καταναλώνει μεγάλο ποσοστό από την ενέργεια του στην εργασία του χωρίς να την επαναφορτίζει από άλλες πηγές, όπως ψυχαγωγία, χόμπι, χρόνο με φίλους κ.α. τότε φτάνει στο στάδιο του “στερέματος” της ενέργειας. Στη συνέχεια το άτομο αρχίζει σταδιακά να νοιώθει κούραση και έλλειψη της ενέργειας και αδυνατεί να φέρει εις πέρας τον όγκο των υποχρεώσεων. Με την πάροδο του χρόνου το άτομο αρχίζει να νοιώθει εξαντλημένο αντιμετωπίζοντας σωματικά συμπτώματα. Επίσης υπάρχουν αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου. Σε τελικό στάδιο αρχίζει να αισθάνεται ανίκανο να συνεχίσει να ζει κάτω από αυτή την κατάσταση ώστε να βρίσκει καταφύγιο στο ποτό ή τα ηρεμιστικά ενώ το ενδιαφέρον για ό,τι συμβαίνει γύρω τους χάνεται με αποτέλεσμα να γίνονται αδιάφοροι. Οι παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση ή μη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι εξής: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, προσωπικότητα, κίνητρα, υποστηρικτικό πεδίο και κοινωνικές προσδοκίες.(Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999)

Όσον αφορά την ενδεχόμενη ύπαρξη κόπωσης, την έλλειψη ενεργητικότητας ή γενικής εξάντλησης, οι ερωτώμενοι φαίνεται να μην τα εκδηλώνουν σε σημαντικό βαθμό. Ως επί το πλείστον αισθάνονται ικανοποιημένοι από το επάγγελμα τους και μάλιστα όσο περνάει ο καιρός δένονται όλο και περισσότερο με τη δουλειά τους. Μολονότι υπάρχει σχετική ικανοποίηση, εμφανίζονται κάποια σημάδια κόπωσης. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν μέρες που πριν ακόμα φτάσουν στην εργασία τους, αισθάνονται κουρασμένοι. Άλλοτε πάλι όταν επιστρέφουν από αυτή, αισθάνονται γενικά εξουθενωμένοι και χρειάζονται συχνά περισσότερες ώρες ξεκούρασης. Γενικά όμως, έχουν ενέργεια να ασχοληθούν και με άλλες δραστηριότητες. Η επαγγελματική κόπωση φαίνεται ότι έχει θετική σχέση με τα έτη προϋπηρεσίας, δηλ. όσο αυξάνονται τα χρόνια προϋπηρεσίας αυξάνεται και η επαγγελματική κόπωση. Όσον αφορά το ημερήσιο ωράριο και την επαγγελματική κόπωση, υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ τους, δηλαδή η κόπωση δεν επηρεάζεται από το ωράριο εργασίας.

➤ Η σωστή διαχείριση του χρόνου τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο, συμβάλλει στην καλή ποιότητα ζωής. Η ενασχόληση του ατόμου με κάποιο χόμπι, συμβάλλει θετικά στην συναισθηματική εκφόρτιση και στη μείωση του εργασιακού άγχους, επιτρέποντας στον εργαζόμενο μια ηπιότερη μετάβαση από το χώρο εργασίας στο χώρο του σπιτιού. Ωστόσο οι δραστηριότητες αυτές δεν αρκούν για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, είναι δυνατό όμως να ανακουφίσουν αρκετά το άτομο.

Από την έρευνα φαίνεται ότι μεταξύ του ελεύθερου χρόνου και των συμπτωμάτων υπάρχει αρνητική σχέση, που σημαίνει ότι όσο περισσότερο αξιοποιούν τον ελεύθερό τους χρόνο, τόσο μειώνεται η εκδήλωση αγχογόνων συμπτωμάτων. Επίσης η σχέση μεταξύ εργασιακού άγχους και ελεύθερου χρόνου είναι ως επί το πλείστον αρνητική, δηλ. όσο αυξάνεται η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου τόσο μειώνεται το εργασιακό άγχος και βελτιώνονται οι εργασιακές σχέσεις.

➤ Αναφορικά με τον τομέα υγείας κατόπιν συσχέτισης μεταξύ των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας προκύπτουν τα εξής. Η κόπωση φαίνεται να εμφανίζεται με μια μικρή τάση περισσότερο στα νοσοκομεία. Η εκδήλωση αγχογόνων συμπτωμάτων, ωστόσο παρουσιάζεται περισσότερο στα κέντρα υγείας, ενώ η ικανοποίηση έχει μια τάση προς αυτά. Η κόπωση είναι μεγαλύτερη στα νοσοκομεία λόγω του αυξημένου όγκου περιστατικών που δέχεται σε καθημερινή βάση. Τα περιστατικά που φτάνουν στα νοσοκομεία χρήζουν εξειδικευμένης αντιμετώπισης. Επιπλέον οι ελλιπείς εγκαταστάσεις οδηγούν ολοένα και περισσότερο στην αύξηση των ράντσων, επιβαρύνοντας κατά αυτό τον τρόπο τόσο τους ασθενείς όσο και τους γιατρούς στην άσκηση του καθήκοντός τους. Από την άλλη πλευρά οι συνθήκες υγιεινής των νοσοκομείων (όπως τεχνητός φωτισμός, ελλιπής εξαερισμός, άσχημες μυρωδιές κ.α.) αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες.

Στα Κέντρα υγείας εμφανίζονται περισσότερα αγχογόνα συμπτώματα καθώς αντιμετωπίζουν καίρια προβλήματα που δυσχεραίνουν τη σωστή λειτουργία τους. Συγκεκριμένα υπάρχει μεγάλη έλλειψη προσωπικού με αποτέλεσμα σε κάθε γιατρό να αντιστοιχεί δυσανάλογος αριθμός ασθενών. Ένας άλλος παράγοντας είναι η έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων από ένα μέρος του προσωπικού και η ανάγκη εκπαίδευσης και πρόσληψης οικογενειακών-γενικών γιατρών. Μεγάλη έλλειψη υπάρχει και όσον αφορά

τον ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό με συνέπεια να παραπέμπονται τα περιστατικά στα μεγάλα νοσοκομεία. Η δύσκολη πρόσβαση σ' αυτά είναι ένας επιπλέον ανασταλτικός παράγοντας για τη παραγωγή έργου και τη γενικότερη αποτελεσματική λειτουργία τους. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι όπως διατυπώθηκε και στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, βασική αιτία των προβλημάτων αυτών είναι οι πενιχροί οικονομικοί πόροι που δίνονται σ' αυτά καθώς το μεγαλύτερο μέρος των πόρων δίνονται στις μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες.

➤ Τέλος, ύστερα από συσχέτιση των τομέων υγείας και ψυχικής υγείας βρέθηκε ότι η εκδήλωση του εργασιακού άγχους και η κόπωση εμφανίζονται περισσότερο στον τομέα υγείας, ενώ τα αγχογόνα συμπτώματα και η επαγγελματική ικανοποίηση περισσότερο στον τομέα ψυχικής υγείας.

Επομένως, τόσο το εργασιακό άγχος, όσο και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης δεν φαίνεται να εμφανίζονται σε σημαντικό βαθμό σε κανένα από τους δυο τομείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Ανδριώτης Κωνσταντίνος Β, *Ποσοτική Έρευνα και Ανάλυση Δεδομένων με τη χρήση του SPSS 11.5*, «Κλειδάριθμος», Αθήνα, 2003.
2. Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος., *Εργασιακό Στρες*, τόμος α΄, Παρισιάνου, Αθήνα, 2006
3. Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος, *Η εργασιακή υγεία των νοσοκομειακών γιατρών*, τόμος β΄, Παρισιάνου, Αθήνα, 2006
4. Βασιλάκη Ελένη, Τρίλοβα Σοφία, Μπεζεβέγκης Ηλίας, *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 2001
5. Γαλανού Γ., *Το Άγχος*, Μπουκουμάνη, Αθήνα, 1977
6. Γαμβρούδης Βασίλης Β. , *Το Δίκαιο στις Εργασιακές Σχέσεις*, Επιθεώρισις Ι.Κ.Α. Ασφαλιστικού και Εργατικού Δικαίου, Αθήνα 2006.
7. Γεωργόπουλος Γ., *Ανθρώπινες σχέσεις στην εργασία*, Κ & Π Σιμπιλιάς, Αθήνα, 1989.
8. Γιαννουλέας Π. Μιχάλης, *Συμπεριφορά και Διαπροσωπική Επικοινωνία στον Εργασιακό Χώρο*, Ελληνικά Γράμματα, β΄ έκδ., Αθήνα, 1998.
9. Γναδερλής Χαράλαμπος, *Εφαρμοσμένη Στατιστική*, Παπαζήση, Αθήνα, 2003
10. Δημητρόπουλος Γ. Ευστάθιος, *Συμβουλευτική Σταδιοδρομίας, Εκπαιδευτικός Επαγγελματικός Προσανατολισμός*, τόμος β΄, Γρηγόρη, Αθήνα, 2002
11. Διαμαντόπουλος Άρης, *Εγκυκλοπαίδεια Ψυχολογίας Προσωπικότητα*, τομ. Α, Ναύπακτος, 2001
12. Διαμαντόπουλος Δ. Π. , *Λεξικό Βασικών Εννοιών*, Πατάκη, 33^η εκδ., Αθήνα, 1995
13. Δόλγερας Απόστολος, Κυριόπουλος Γιάννης, *Ισότητα Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα, 2000
14. Ζαβλανός Μ. Μύρων, Μάνατζμεντ, Έλλην, Αθήνα, 1998

15. Ζαβλανός Μ. Μύρων *Οργανωτική Συμπεριφορά*, Σταμούλης, Αθήνα, 2002.
16. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα, 2001
17. Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., *Ψυχιατρική*, Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη, 1988
18. Καλογήρου Κορνήλια, *Ανθρώπινες σχέσεις στο χώρο εργασίας*, Καραμπερόπουλος, Πειραιάς, 1979.
19. Καντάς Αριστοτέλης, *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία: 1^ο μέρος: Κίνητρα, Επαγγελματική ικανοποίηση, Ηγεσία*, ελληνικά γράμματα, γ' έκδ., Αθήνα, 1998.
20. Καντάς Αριστοτέλης, *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία: 2^ο μέρος: Επιλογή, Αξιολόγηση Προσωπικού*, ελληνικά γράμματα, γ' έκδ., Αθήνα, 1998.
21. Καντάς Αριστοτέλης, *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία: 3^ο μέρος: Διεργασίες ομάδας - Σύγκρουση, Ανάπτυξη και αλλαγή-Κουλτούρα, Επαγγελματικό άγχος*, ελληνικά γράμματα, β' έκδ., Αθήνα, 1995.
22. Καρακατσάνης Αλέξανδρος, *Ατομικό Εργατικό Δίκαιο*, Σάκκουλα Αντ. Ν, Αθήνα- Κομοτηνή, 1992.
23. Καρακατσάνης Αλέξανδρος, *Εργατικό Δίκαιο*, Σάκκουλα Αντ. Ν., α' έκδ, Αθήνα 1981.
24. Κασσωτάκης Ι. Μιχάλης, *Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός, θεωρία και πράξη*, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002.
25. Κουκούλη Σοφία, *Πολιτική Κοινωνικής Πρόνοιας, Προγράμματα-Υπηρεσίες, διαφάνειες μαθήματος*, Ηράκλειο 2003-2004.
26. Κυριόπουλος Γιάννης, Νιάκας Δημήτρης, *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994
27. Κυριόπουλος Γιάννης, Νιάκας Δημήτρης, *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1991
28. Κυριόπουλος Γιάννης, Οικονόμου Χαράλαμπος, Πολύζος Νικόλαος, Σισσούρας Άρης, *Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης – διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα, 2000

29. Κυριόπουλος Γ, Γρέγκορυ Σ, Οικονόμου Χ, *Υγεία και Υπηρεσίες στον Ελληνικό Πληθυσμό*, Παπαζήση, Αθήνα 2003
30. Κυριόπουλος Γιάννης-Σισσούρας Άρης κ.α., *Ενιαίος Φορέας Υγείας:Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο,Αθήνα,1997.
31. Κυριόπουλος Γιάννης- Φιλαλήθης Τάσος, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1996.
32. Κωνσταντάκου Μαριάνθη, *Του λόγου οι αξίες, σύγχρονα προβλήματα και προτεινόμενες λύσεις*, Αθήνα, 1995.
33. Λαναρά Κων/να, Δ, *Νομοθεσία Εργατική και Ασφαλιστική* (εφαρμογή-νομολογία- ερμηνεία), Τριαναφύλλης, γ' εκδ , Αθήνα, 1999.
34. Μαδιανός Μιχάλης, *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994
35. Μάνου Νίκου, *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio press, Θεσσαλονίκη, 1988
36. Μιλτιάδη Κ. Λεοντάρη, *Ασφαλιστικό Δίκαιο*, , Πάμισος, θ' εκδ, Αθήνα, 2005-06
37. Μιχαλοπούλου Λίνα, *Η Κοινωνική Πολιτική της Ε.Ο.Κ.*, Παπαζήσης, α' εκδ, Αθήνα, 1992.
38. Οικονόμου Φ., *Ψυχιατρική μετά στοιχείων ψυχολογίας*, Ιατρικές εκδόσεις - Λίτσα, στ' εκδ, Αθήνα, 1994
39. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, *Υγεία 21*, μετάφραση: Γιαννακάκης Γ. κ.ά., Τυποθήτω, Αθήνα, 2002
40. Παπαδάτος Γιάννης, Στογιαννίδου Αριάννα, *Κοινωνική Ψυχική Υγεία*, Λίτσα, Αθήνα, 1994
41. Παπαδάτου Δανάη, Αναγνωστόπουλος Φώτιος, *Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, β' εκδ., Αθήνα, 1999.
42. Παπαδόπουλος Γ. Νίκος, *Λεξικό της Ψυχολογίας*, χ.ε, α' εκδ., Αθήνα, 1994.
43. Παπακωσταντίνου Κωσταντία, *Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας*, Rosilli, Αθήνα, 2004.
44. Πασαντωνόπουλος Γιώργος, *Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2005.

45. Πετρίδου Ευγενία, *Διοίκηση Μάνατζμεντ*, Ζυγός, β' εκδ., Θεσσαλονίκη, 2006.
46. Πιάνος Κων/νος, *Ψυχοκοινωνικές Διαταραχές και Αντιμετώπισή τους*, Έλλην, γ' εκδ., Αθήνα, 2000
47. Ραγιά Αφροδίτη, *Ψυχιατρική Νοσηλευτική Θεμελιώδεις αρχές*, Ευνική, Αθήνα, 1978
48. Ραγιά Αφροδίτη, *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα, 1993
49. Ρασιδάκι Ν., *Στοιχεία Ψυχιατρικής*, ε' εκδ., Μωραΐτου Σιδερίδη, Αθήνα, 1979
50. Ρώμας Γ. Χρίστος, *Λεξικό Αναπτυγμένων Εννοιών*, Επικαιρότητα, Αθήνα, 1984.
51. Σαπουντζή – Κρέπια Δέσποινα, *Stress Management: Η διαχείριση του στρες*, Έλλην, Αθήνα, 2000
52. Σαρρής Μάρκος, *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Παπαζήση, Αθήνα, 2001
53. Σαχίνη-Καρδάση, *Μεθοδολογία Έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της Υγείας*, Βήτα, γ' εκδ., Αθήνα, χ.χ.
54. Σουλιώτης Κυριάκος, *Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα, 2003
55. Σπαθαράκης Γιώργος, Λιονής Χρήστος, Συμεωνίδης Αθανάσιος, *ο ευρωπαϊκός ορισμός της γενικής / οικογενειακής ιατρικής*, University of Maastricht, Dr Philip EVANS, Wonca, Ολλανδία, 2002
56. Σταθάτου Α., *Το εργασιακό στρες, οι επιπτώσεις του και ο έλεγχος του*. Επιστημονική και Πρακτική Επιμόρφωση. Τετράδια μάνατζμεντ, Γαλαίος Αθήνα, 1989.
57. Σταθόπουλος Πέτρος, *Κοινωνική Πρόνοια: Μια Γενική Θεώρηση*, Έλλην, β' εκδ., Αθήνα, 1999
58. Τζαμαλούκα Σ. Γεωργία, *Διεκδητικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο-σημειώσεις μαθήματος*, Ηράκλειο, 2007
59. Τζωρτζάκης Κώστας – Τζωρτζάκη Αλεξία, *Οργάνωση και Διοίκηση*, Rosili, β' εκδ., Αθήνα, 2002.

60. Φιλιππόπουλος Γεώργιος, *Εγκόλπιον Ψυχιατρικής*, Καραβία, Αθήνα, 1968
61. Χασάπη Ιωάννα, *Ψυχολογία της Προσωπικότητας*, τόμος α', Βασιλόπουλος, β' έκδ, Αθήνα, 1980.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

1. Canter D., *Περιβαλλοντική Ψυχολογία*, μετάφραση Κοσμόπουλος, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1999
2. Fontana David, *Άγχος και η αντιμετώπισή του*, επιμέλεια: Δέγλερης Ν., ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1993
3. Goleman Daniel, *Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της Εργασίας*, μετάφραση: Μεγαλούδη Φωτεινή, Ελληνικά Γράμματα, θ' έκδ, Αθήνα, 2000.
4. Grant A. Ch., Mericle P. B., Royes A. St., *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, επιμέλεια: Κοτρώτσου Ευαγγελία, Έλλην, Αθήνα, 2001
5. Gray John, *Άντρες και Γυναίκες : Διαφορές και Ομοιότητες*, μετάφραση: Αποστόλου Λέττα, Θυμάρι γ' έκδ., Αθήνα, 2003
6. Lempriere T., Feline A., *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων*, επιμέλεια: Σακελαρόπουλος Π., τόμος α', Παπαζήση, Αθήνα, 1995
7. Montana J. Patrick., Charnov H. Bruce., *Μάνατζμεντ*, μετάφραση: Ρούβαλη Ν. Μαρία, γ' έκδ., Αθήνα, Κλειδάριθμος, 2000
8. Pervin A. Lawrence – John P. John, *Θεωρίες Προσωπικότητας*, μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α. – Δασκαλοπούλου Ε., , τυπωθήτω, Αθήνα, 2001.
9. Spilberger Charles, *Άγχος – Στρες*, μετάφραση: Κωστόπουλος Ιωάννης, Ψυχογιός, Αθήνα, 1982.
10. World Health Organization, *Ταξινόμηση CD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς*, επιμέλεια: Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., Βήτα, Αθήνα, 1993

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Spielberg D. Charles – Sarason G. Irwin, *Stress and Emotion*, Taylor and Francis, 1996.

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βουλβούγλη Αιμιλία, *Πανεπιστήμιο Αιγαίου γραμματεία ΕΛΕ Διεύθυνση Ανάπτυξης Εκπαίδευση - Πολιτισμός: Νέα Γενιά Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων*, 2007-2013
2. Δραστηριότητες Ευρωπαϊκής Ένωσης, *Δια Βίου Εκπαίδευση και Κατάρτιση*, 26 Οκτωβρίου 2006, www.europa.gr
3. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία – Πρόνοια 2000-2006”, Γ’ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (νο.2), Αθήνα, 15 Οκτωβρίου 2001.
4. Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, *Η Δια Βίου Μάθηση*, 2003
5. Καλαμπόκας Γεώργιος, Για την εκπαιδευτική συγκυρία και μια πολιτική εκτίμηση για τα νομοσχέδια για τα «Ινστιτούτα Δια Βίου Μάθησης» και την ίδρυση του ΟΑΤΑΠ», χ.ε., χ.χ. www.alfavista.gr
6. Καρανάτση Έλενα, Μάστιγα του αιώνα το εργασιακό άγχος Μαζί με τα «άρρωστα κτίρια» ευθύνεται για σωρεία ασθενειών, Καθημερινή, 07-05-06
7. Κουτούκης Ευάγγελος, Δελτίο Τύπου, *Η Δια Βίου Εκπαίδευση στην Ελλάδα*, χ.χ, www.thace.gr
8. Μελίσα Χ, Αβραμικά Μ, Λαλούμη Β, *Αίσθημα Επαγγελματικής Κόπωσης των Νοσηλευτριών*, *Hellenic Psychiatry* 1-10-2003:30-33
9. Μιχαλοπούλου Α., *Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών*, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 42(3), 293-298, 2003
10. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., *Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 17(6), Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2000
11. Σαμουήλ Λένια, «Δια βίου μάθηση και ανθρώπινο δυναμικό, συμβολή στην ανάπτυξη, την απασχόληση και την κοινωνική συνοχή στην Ευρωπαϊκή Ένωση», Πανελλήνιο επιστημονικό συνέδριο δια βίου μάθηση για την

ανάπτυξη, την απασχόληση και την κοινωνική συνοχή , ΒΟΛΟΣ – ΕΛΛΑΔΑ, 31/3/2006, www.gsae.edu.gr

12. Οικονομική Κοινωνική Επιτροπή επί του ν/ς του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων με θέμα: «Συστηματοποίηση της Δια Βίου Μάθησης», άρθρο 2, 15 Φεβρουαρίου 2005, χ.ε, www.yperth.gr
13. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Πρόγραμμα Ψυχαργώς, β' βάση», Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Αθήνα, 2005.
14. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία και Ψυχική Υγεία*, Αθήνα, 2001.
15. ΦΕΚ: Α 53 20040218, ν. 3235.
16. ΦΕΚ: Α 26, 09022007, ν. 3528, Κώδικας κατάστασης Δημοσίων, Πολιτικών, Διοικητικών υπαλλήλων και υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.
17. Χολέβας Αλέξανδρος, *Εκσυγχρονισμός και Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα: Προοπτικές και Προκλήσεις στην επόμενη δεκαετία*, 1^ο Συνέδριο HEALTHWORLD 2002
18. Χρηστίδης Δ. Α., *Πρόληψη και διαχείριση του στρες. Δικηγόρων Πρόνοια*. 2, 7-10, 2002

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychological Association, *Occupational Stress and Employee Control*, 2006, www.apaonline.com
2. Ronald Brand, *lifestyle as a way to manage job stress*, Job Stress Help, LLC, 1999. www.google.gr.
3. Kirsi A, Teija H, (2006) *Burnout in the general population*, Soc Psychiatr Epimediol,41:11-17
4. Konkolewsky Hans-Horst, *Work related stress:background information*, European Organisation for Safety and Health, Spain,2002.
5. Leca Stavroula – Griffiths Amanda - Cox Tom, *Work Organisation and Stress, protecting workers health no. 3*, Work Health Organisation, Switzerland, 2003.

6. Lee David, *Twelve Recommendations For Reducing Stress-Related Costs To Your Organization*, www.google.gr
7. Lindholm M., *Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions*. Department of Nursing, Malmo" University, Malmo" , Sweden
Journal of Nursing Management, 2006, 14, 300–309
8. Matthew's A., Richards A., Eysenck M., *Interpretation of homophones related to threat in anxiety*, Journal of Abnormal Psychology, 98, p. p. 236-240, 1989
9. Maureen F. Dollard, Anthony H. Winefield , *Managing occupational stress: A national and international perspective*, Journal International Journal of Stress Management, vol. 3:2, 1996
10. McAllen C., Matthew's A., Tattou P., *Attention bias in emotional disorders*, Journal of Abnormal Psychology, 95, p. p. 15-20, 1986
11. Managing Job Stress. A portion of this section is based on information obtained from *Stress at Work* from: The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).
12. Potter B, *JOB BURNOUT(1998) (What It Is & What You Can Do About It)*, Journal of Occupational & Environmental Medicine, 52(9):892-899
13. Sauter Steven - Lawrence Murphy etc., *Stress at Work*, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), Publication No. 99–101.
14. Shaw Kevin, *Health Safety and Environment Committee, Stress survey*, Labour Research Department for the CWU, May 2001.
15. Wiley John & Sons, Ltd., *Work–family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors*, (guest editors) Anthony J. Montgomery, Efharis Panagopolou, Alexis Benos, Royal College of Surgeons in Ireland-Medical University of Bahrain, Bahrain, Medical School of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, 2006.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. Benedetto Saraceno , *Ψυχική Υγεία: Η έλλειψη πόρων απαιτεί νέα παραδείγματα*, Διάλεξη στο Μέγαρο Συνεδρίων των Τιράνων, 2003, www.msu.gr
2. Outi Ojala , Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων, 1999

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1

φύλο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	άνδρας	90	31.3	31.3	31.3
	γυναίκα	198	68.8	68.8	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

Πίνακας 2

ηλικία					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ηλικία	288	22.00	63.00	39.4653	8.44858
Valid N (listwise)	288				

Πίνακας 3

ηλικιακές ομάδες					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21 - 30	43	14.9	14.9	14.9
	31 - 40	127	44.1	44.1	59.0
	41 - 50	88	30.6	30.6	89.6
	51 - 60	28	9.7	9.7	99.3
	60 +	2	.7	.7	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

Πίνακας 4

οικογενειακή κατάσταση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	άγαμος	76	26.4	26.4	26.4
	έγγαμος	180	62.5	62.5	88.9
	διαζευγμένος	26	9.0	9.0	97.9
	χήρος	1	.3	.3	98.3

	άλλο	5	1.7	1.7	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

Πίνακας 5

αριθμός παιδιών					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	97	33.7	33.7	33.7
	1.00	42	14.6	14.6	48.3
	2.00	91	31.6	31.6	79.9
	3.00	40	13.9	13.9	93.8
	4.00	16	5.6	5.6	99.3
	6.00	2	.7	.7	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

Πίνακας 6

επίπεδο εκπαίδευσης					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	απόφοιτος ΔΕ	75	26.0	26.0	26.0
	απόφοιτος ΤΕ	105	36.5	36.5	62.5
	απόφοιτος ΠΕ	85	29.5	29.5	92.0
	μεταπτυχιακό	18	6.3	6.3	98.3
	διδακτορικό	5	1.7	1.7	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

Πίνακας 8

Έτη προϋπηρεσίας					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
έτη προϋπηρεσίας	288	.00	35.00	10.0938	8.50875
Valid N (listwise)	288				

Πίνακας 9

Έτη απασχόλησης στο πλαίσιο					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
έτη απασχόλησης στο πλαίσιο	288	.00	35.00	10.4444	7.56968
Valid N (listwise)	288				

Πίνακας 10

θέση εργασίας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	μόνιμος	235	81.6	81.6	81.6
	συμβασιούχος	51	17.7	17.7	99.3
	ημιαπασχόληση	1	.3	.3	99.7
	με απόσπαση	1	.3	.3	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

Πίνακας 11

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
ημερήσιο ωράριο	288	4.00	16.00	7.8656	.85538

ΩΡΕΣ	N	%
4.00	1	.3
5.00	4	1.4
6.00	7	2.4
6.30	2	.7
6.50	2	.7
7.00	13	4.5
7.30	9	3.1
7.50	21	7.3
8.00	218	75.7
9.50	1	.3
10.00	9	3.1
16.00	1	.3
Σύνολο	288	100.0

Πίνακας 13

d12- Η επιλογή του επαγγέλματος έγινε λόγω:				
		οχι	ναι	Total
Δική μου επιθυμία για απασχόληση στο χώρο αυτό	N	116	172	288
	%	40.3%	59.7%	100.0%
Οικονομικών απολαβών	N	250	38	288
	%	86.8%	13.2%	100.0%
Προτροπής από το οικογενειακό/συγγενικό περιβάλλον	N	243	45	288
	%	84.4%	15.6%	100.0%
Τυχαία	N	214	74	288
	%	74.3%	25.7%	100.0%
Άλλο	N	280	8	288
	%	97.2%	2.8%	100.0%

Πίνακας 47

		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p-value
AA1	Κέντρα Υγείας	124	30.77	5.851	0.148
	Νοσοκομεία	142	31.77	5.417	
AA2	Κέντρα Υγείας	124	14.23	3.642	0.011
	Νοσοκομεία	142	13.12	3.321	
AA3	Κέντρα Υγείας	124	13.98	3.531	0.155
	Νοσοκομεία	142	13.37	3.512	
AB1	Κέντρα Υγείας	124	26.30	6.866	0.009
	Νοσοκομεία	142	24.04	7.138	
AB2	Κέντρα Υγείας	124	13.02	3.972	0.025
	Νοσοκομεία	142	11.99	3.452	
AB3	Κέντρα Υγείας	124	18.02	3.431	0.766
	Νοσοκομεία	142	18.13	2.935	
EE1	Κέντρα Υγείας	124	15.09	5.786	0.270
	Νοσοκομεία	142	15.87	5.752	
EE2	Κέντρα Υγείας	124	32.45	5.782	0.052
	Νοσοκομεία	142	33.88	6.168	
EE3	Κέντρα Υγείας	124	13.00	4.761	0.000
	Νοσοκομεία	142	16.71	4.462	
EE4	Κέντρα Υγείας	124	9.52	2.054	0.378
	Νοσοκομεία	142	9.29	2.299	
EE7	Κέντρα Υγείας	124	10.33	4.374	0.010
	Νοσοκομεία	142	11.65	3.876	
SS1	Κέντρα Υγείας	124	30.28	5.726	0.002
	Νοσοκομεία	142	28.10	5.483	

II1	Κέντρα Υγείας	124	31.75	5.805	0.130
	Νοσοκομεία	142	30.70	5.349	
BB1	Κέντρα Υγείας	124	11.85	4.457	0.149
	Νοσοκομεία	142	12.69	4.955	
BB2	Κέντρα Υγείας	124	14.66	4.221	0.013
	Νοσοκομεία	142	15.89	3.650	
BB3	Κέντρα Υγείας	124	17.07	3.090	0.001
	Νοσοκομεία	142	15.75	3.035	
BB4	Κέντρα Υγείας	124	14.98	2.799	0.508
	Νοσοκομεία	142	14.75	2.864	

Πίνακας 48

		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p-value
AA1	Τομέας Υγείας	266	31.30	5.635	.010
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	33.91	4.139	
AA2	Τομέας Υγείας	266	13.64	3.512	.048
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	12.14	3.226	
AA3	Τομέας Υγείας	266	13.65	3.528	0.002
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	11.09	3.365	
AB1	Τομέας Υγείας	266	25.09	7.090	0.024
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	21.59	5.049	
AB2	Τομέας Υγείας	266	12.47	3.733	0.003
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	10.23	2.991	
AB3	Τομέας Υγείας	266	18.08	3.170	0.010
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	19.86	2.253	
EE1	Τομέας Υγείας	266	15.51	5.771	0.074
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	12.86	6.416	
EE2	Τομέας Υγείας	266	33.21	6.023	0.016
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	29.27	6.929	
EE3	Τομέας Υγείας	266	14.98	4.955	0.000
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	9.77	2.724	
EE4	Τομέας Υγείας	266	9.40	2.187	0.252
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	9.86	1.754	
EE7	Τομέας Υγείας	266	11.03	4.160	0.003
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	8.41	3.634	
SS1	Τομέας Υγείας	266	29.12	5.693	0.002
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	32.41	4.148	
II1	Τομέας Υγείας	266	31.19	5.580	0.001
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	35.23	4.898	
BB1	Τομέας Υγείας	266	12.30	4.739	0.004
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	9.45	3.973	
BB2	Τομέας Υγείας	266	15.32	3.967	0.007
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	12.86	3.758	
BB3	Τομέας Υγείας	266	16.37	3.125	0.008
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	17.95	2.439	
BB4	Τομέας Υγείας	266	14.86	2.831	0.564
	Τομέας Ψυχικής Υγείας	22	15.32	3.578	