



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΥΓΕΙΑΣ



---

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μελέτη της Σχέσης Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου  
Άγχους και Ικανοποίησης από την Εργασία σε  
Επαγγελματίες Εργαζόμενους στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο  
σπίτι»

Μεταπτυχιακός Φοιτητής:  
Κοκκινούλης Θεόδωρος

Επιβλέπουσα καθηγήτρια  
Κοτρώτσιου Ευαγγελία

ΛΑΡΙΣΑ  
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2012

## **Ευχαριστίες**

Ολοκληρώνοντας τις μεταπτυχιακές μου σπουδές στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω:

Την επιβλέπουσα Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι. Λάρισας κα Κοτρώτσιου Ευαγγελία για τις συμβουλές και την υποστήριξή της κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Την κα Χατζοπούλου Εύη για την συμβολή της στο ερευνητικό μέρος της εργασίας

Όλους τους συναδέλφους – εργαζόμενους στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» της Περιφέρειας Θεσσαλίας που συμμετείχαν στην έρευνα και συνέβαλαν στην επιτυχή ολοκλήρωσή της

Τους γονείς μου για την ηθική τους συμπαράσταση

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στη σύζυγό μου Χριστίνα Νουβακούδη για την τεράστια υπομονή και συμπαράσταση που έδειξε σε όλη τη διάρκεια παρακολούθησης του Μεταπτυχιακού προγράμματος.

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

**Τίτλος εργασίας:** Μελέτη της σχέσης επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους και Ικανοποίησης από την εργασία σε επαγγελματίες εργαζόμενους στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Του: ΚΟΚΚΙΝΟΥΛΗ Θεόδωρου, Κοινωνικού λειτουργού

Υπό τη επίβλεψη των:

1. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας
2. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου
3. Λαχανά Ελένη, Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Λάρισας

Ημερομηνία: Οκτώβριος 2012

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της στάσης των ατόμων που εργάζονται στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απέναντι στις δυσκολίες και στις προοπτικές τους, στις καταστάσεις άγχους που τυχόν αντιμετωπίζουν ή βιώνουν καθώς και στους παράγοντες που συνδέονται με την επαγγελματική εξέλιξη. Επιπλέον, θα διερευνηθεί η ικανοποίηση από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας και η σημαντικότητά της

**Υλικό-Μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο του 2012 έως Ιούνιο του 2012. Δείγμα αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η κλίμακα μέτρησης του άγχους των Τούντα-Σχορετσιανίτη, η κλίμακα μέτρησης – αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία (Job Communication Satisfaction Importance – JCSI) της Duldt-Batthey και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 19.

**Αποτελέσματα:** Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 162 εργαζόμενοι στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» της Περιφέρειας Θεσσαλίας η πλειοψηφία των οποίων ήταν 142 γυναίκες (87,7%) και 20 άντρες (12,3%) και μεταξύ της ηλικιακής κλίμακας 36 έως 45 χρονών. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν δείχνουν ότι σε γενικές γραμμές δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του αντιλαμβανόμενου άγχους και της επαγγελματικής ικανοποίησης και των μεταβλητών που ερευνήθηκαν όπως είναι το φύλο, η ηλικία, και η εκπαίδευση. Σε επιμέρους παραμέτρους υπάρχουν ευρήματα που δείχνουν να υπάρχουν κάποιες διαφορές όσον αφορά την ύπαρξη και αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου σε σχέση

με την ηλικία ( $p=0.008$ ) τις οικονομικές απολαβές σε σχέση με το φύλο, καθώς και της ικανοποίησης από την εργασία σε σχέση με την εκπαίδευση οι οποίες όμως δεν αντικατοπτρίζουν τις συνολικές απόψεις των ερωτώμενων. Επίσης δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου άγχους και της επαγγελματικής ικανοποίησης.

**Συμπεράσματα:** Οι εργαζόμενοι στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» σε γενικές γραμμές δείχνουν να μην επηρεάζονται από τον ρυθμό και το αντικείμενο της εργασίας τους ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να κρατούν σε ισορροπία την οικογενειακή και επαγγελματική ζωή τους. Η ικανοποίηση που λαμβάνουν διαφέρει ποιοτικά σε σχέση με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο ενώ διαφοροποιούνται οι απόψεις τους σχετικά με τον μισθό τους και την διαχείριση του ελεύθερου χρόνου. Αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου άγχους και της επαγγελματικής ικανοποίησης γεγονός που δίνει το έναυσμα για περαιτέρω μελέτες με περισσότερες εξεταζόμενες μεταβλητές

Λέξεις – κλειδιά: εργασιακό άγχος, επαγγελματική ικανοποίηση, κοινωνική πολιτική, πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι»

## Abstract

**Title:** Study of Perceived Stress levels relationship and job satisfaction from working professionals in " Home care services "

**By:** KOKKINOULIS Theodoros, social worker

**Supervisors:**

1. Kotrotsiou Evangelia, Nursing Department TEI of Larissa
2. Gouva Mary, Nursing Department TEI of Epirus
3. Lahana Helen, Nursing Department TEI of Larissa

**Date:** October 2012

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the attitudes of people working in "Home care services" towards their difficulties and prospects, in stressful situations that might confront or experience, as well as factors related to career development. In addition, the satisfaction derived from their office and job duties and their significance will be investigated.

**Material-Method:** The study was realised from March 2012 until June 2012. Employees in "Help at Home" of Region of Thessaly participated in the study. The study tools that were used were the measurement range of the stress-Tounta Schoretsianiti, the scale measurement-evaluation of job satisfaction (Job Communication Satisfaction Importance – JCSI) of Duld-Batthey and a social-demographic questionnaire. The statistical package SPSS 19 was used for the statistical analysis.

**Results:** 162 employees in the program "Home care services" in Thessaly were studied, 142 women (being the majority and accounted for 87.7%) and 20 men (accounted for 12.3%) and between the age range 36 to 45 years old. The results obtained show that in general no statistically significant difference was found between perceived stress and job satisfaction and between perceived stress and variables investigated, e.g. sex, age, and education. The majority of workers do not seem to be affected by the problems and tensions in the workplace, while at the same time they derive significant satisfaction from their office and job duties. In individual parameters there are findings that show some differences in the availability and use of leisure time in relation to age( $p=0.008$ ), as well as in financial rewards in relation to gender and the job satisfaction in relation to education. However, these findings do

not reflect the views of all the respondents. Also, no statistically significant correlation between perceived stress and job satisfaction was found.

**Conclusions:** Workers in the "Help at Home" in general do not seem to be affected by the pace and scope of their work while trying to keep in balance family and professional life. The satisfaction they receive is qualitatively in relation to age and educational level and differentiate their opinions about their salary and management of leisure. Although, it would be remarkable, that there is a negative correlation between perceived stress and job satisfaction of which gives rise to further studies with more test variables

Keywords: job stress, job satisfaction, social policy, "home care services" program.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### **A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

- 1.Εισαγωγή. Το εργασιακό άγχος.
- 2.Ορισμός του άγχους.
- 3.Συνέπειες του άγχους.
- 4.Το άγχος στην εργασία.
- 5.Μοντέλα εργασιακού άγχους.
- 6.Μελέτες μέτρησης εργασιακού άγχους.
- 7.Γενικά για την επαγγελματική ικανοποίηση.
- 8.Θεωρητικό πλαίσιο-Έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης.
- 9.Θεωρίες για το Management και την επαγγελματική ικανοποίηση.
- 10.Μελέτες μέτρησης της επαγγελματική ικανοποίησης.
- 11.Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση.
- 12.Δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας ανοιχτού τύπου για ηλικιωμένους, ΑΜΕΑ .
- 13.Πρόγραμμα “Βοήθεια στο σπίτι”.
- 14.Συμπεράσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

### **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.
2. Μεθοδολογία.
3. Όργανα έρευνας.
4. Σχέδιο δειγματοληψίας.
5. Δειγματοληπτική μονάδα.
  - 5.1 Μέγεθος του δείγματος.
  - 5.2 Διαδικασία δειγματοληψίας.
  - 5.3 Η επικοινωνία και η μέθοδος συλλογής δεδομένων.
6. Αποτελέσματα απόκρισης.
7. Τα μέσα χρήσης για την ανάλυση.
- 8.Αξιοπιστία και εγκυρότητα.
9. Επίλογος.

## 10. Αποτελέσματα έρευνας.

### 10.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος.

### 10.2 Προφίλ των εργαζομένων.

### 10.3 Συνολική ικανοποίηση και απαιτήσεις.

### 10.4 Εξέταση ερευνητικών υποθέσεων.

10.4.1 Σύγκριση μεταξύ αντρών και γυναικών στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

10.4.2 Σύγκριση σε σχέση με την ηλικία στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

10.4.3 Σύγκριση σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

10.4.4 Συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου άγχους και ικανοποίησης από την εργασία.

## 11. Συζήτηση.

## 12. Προτάσεις.

## **Βιβλιογραφία**

## **Παράρτημα I**

Ερευνητικά εργαλεία



## A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. Εισαγωγή. Το εργασιακό άγχος

Έχει γίνει η υπόθεση ότι το επαγγελματικό στρες είναι αποτέλεσμα της δυσαναλογίας μεταξύ των ψυχολογικών απαιτήσεων της εργασίας και του βαθμού του ελέγχου που ασκεί κάποιος στην εργασία του, η οποία μπορεί να βλάψει την υγεία του. Όσο μεγαλύτερες οι απαιτήσεις και όσο λιγότερος ο βαθμός ελέγχου, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος που διατρέχει ένα άτομο να αρρωστήσει, σωματικά ή ψυχολογικά (Urbanetto et al., 2011).

Οι φάσεις του στρες διαιρούνται σε: α) συναγερμό, ο οποίος θεωρείται η φάση στην οποία ο οργανισμός υφίσταται μεταβολικές αλλαγές, αλλά επανέρχεται μόλις χαλαρώσει. β) Αντίσταση και προσαρμογή, που χαρακτηρίζονται από τη συνέχεια του στρεσογόνου παράγοντα σε βάθος χρόνου. Κατά συνέπεια, ο οργανισμός προσαρμόζει τις αντιδράσεις και το μεταβολισμό του για να αντέξει την πίεση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. γ) Εξουθένωση ή κατάρρευση. Σ' αυτή την φάση, ο οργανισμός δεν αντέχει τη συχνή πίεση και αρχίζει να καταρρέει, δεδομένου ότι η ενέργεια που κατευθύνεται στην προσαρμογή του ατόμου προς το αγχωτικό αίτημα είναι περιορισμένη, ενισχύοντας μια πτώση της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπινου σώματος. Αυτή η φάση προκύπτει γενικά μόνο στις σοβαρότερες και επίμονες καταστάσεις (de Carvalho Farias et al., 2011).

Η φυσιολογία του στρες περιλαμβάνει τους ορμονικούς μηχανισμούς που ασκούν πίεση στον εγκέφαλο, όταν διεγείρεται η νευρο-υπόφυση και πυροδοτείται μια αλυσίδα γεγονότων που συμβαίνουν στα επινεφρίδια, τα οποία επενεργούν στο στομάχι, την καρδιά, το λεμφικό σύστημα και κινητοποιούν ακόμη και το ανοσολογικό σύστημα. Κατά συνέπεια, κινδυνεύει η άμυνα του οργανισμού και τα επίπεδα ενδορφίνης και σεροτονίνης μειώνονται επίσης (de Carvalho Farias et al., 2011).

Το εργασιακό άγχος και η μειωμένη ευεξία είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα και μεταξύ των γιατρών και ειδικότερα μεταξύ των χειρουργών. Οι μελέτες έχουν εξετάσει μια σειρά από παράγοντες που συμβάλλουν στην αγωνία και την ψυχική καταπόνηση των γιατρών: το πρόγραμμα, ο φόρτος εργασίας, οι αναμενόμενες υπερωρίες, η στέρηση ύπνου, οι σχέσεις με τους συναδέλφους, η καθυστερημένη ικανοποίηση από την εργασία, ο περιορισμένος έλεγχος και η απώλεια της

αυτονομίας, η ανισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, τα συναισθήματα απομόνωσης και η έλλειψη χρόνου για ερευνητικές δραστηριότητες (Klein et al., 2011).

## 2. Ορισμός του άγχους

Το άγχος έχει οριστεί ως μια διαδικασία με την οποία ορισμένες απαιτήσεις της κατάστασης εκτιμώνται από ένα άτομο ότι υπερβαίνουν τους ιδίους πόρους του, με αποτέλεσμα ανεπιθύμητες επιπτώσεις στην υγεία (Nyssen et al., 2003). Όταν το άτομο που είναι αγχωμένο είναι γιατρός, αυτό μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στους ασθενείς, καθώς και στις διαπροσωπικές σχέσεις του/της (Koshy et al., 2011).

Πολλοί παράγοντες πίεσης (στρες) προκαλούν τους ανθρώπους να συνεχίσουν την προσπάθειά τους για τη ζωή, δεδομένου ότι λαμβάνουν ερεθίσματα συνεχώς, 24 ώρες το 24ωρο. Μερικά ερεθίσματα ανέρχονται στο επίπεδο της συνειδητότητας, ενώ άλλα συλλαμβάνονται μόνο από το υποσυνείδητο. Ορισμένα είναι ευχάριστα, ενώ άλλα όχι. Ορισμένα δείχνουν να είναι καταρχήν ασήμαντα, αλλά μέσω της σταθερής επανάληψης μετατρέπονται σε παθογόνα. Από αυτή την άποψη, η επαγγελματική πίεση προκαλεί την εμφάνιση ασθενειών που οδηγούν στη συστηματική αποχή από την εργασία, προκαλώντας απώλειες τόσο για τους εργαζομένους, όσο και για τους εργοδότες (de Carvalho Farias et al., 2011).

## 3. Συνέπειες του άγχους

Τα σωματικά συμπτώματα που κατέγραψαν οι de Carvalho Farias et al. (2011) ως χαρακτηριστικά άγχους, ήταν: πονοκέφαλος, αίσθημα κόπωσης, πόνος στα κάτω άκρα και ταχυκαρδία.

Οι πόνοι φαινόταν πάντα να συνδέονται με συναισθηματικό στρες ή να εμφανίζονται μετά από επείγουσα φροντίδα, οδηγώντας στην πεποίθηση ότι είναι πολύ δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ σωματικού και ψυχικού στρες (de Carvalho Farias, 2011).

Μία από τις προκλήσεις της ψυχολογίας που μελετά τους επαγγελματίες της υγείας, είναι να αποσαφηνιστούν οι μηχανισμοί που θα μπορούσαν να εξηγήσουν το πώς οι συνδυασμοί των στρεσογόνων ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας μπορεί να προκαλέσουν μακροχρόνια προβλήματα υγείας. Ένας τέτοιος μηχανισμός είναι ο ψυχο-φυσιολογικός μηχανισμός προσπάθειας-ανάκτησης. Υποστηρίζει ότι, σε περίπτωση παρατεταμένης ή επαναλαμβανόμενης (καθημερινά) έκθεσης σε στρεσογόνα χαρακτηριστικά της εργασίας, σε συνδυασμό με την

ανεπαρκή αξιοποίηση και τις ατομικές δυνατότητες αντιμετώπισης, θα μπορούσε να ξεκινήσει μια σωρευτική διαδικασία, κατά την οποία οι ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις, ενώ αρχικά ήταν προσαρμοστικές και αναστρέψιμες, επιμένουν και μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσουν σε επιβλαβή επακόλουθα για την υγεία. Στα πλαίσια της θεωρίας προσπάθειας-ανάκτησης και άλλων συγκρίσιμων με αυτή θεωρητικών προσεγγίσεων, όπως η θεωρία αντιρρόπησης φόρτου (εργασίας/ευθυνών) και η θεωρία γνωστικής ενεργοποίησης του στρες, η ανάκτηση είναι μια διαδικασία ψυχο-φυσιολογικής χαλάρωσης που είναι το αντίθετο της ενεργοποίησης του συστήματος συμπαθητικού-επινεφριδίων-εγκεφαλικού στελέχους και του συστήματος υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων κατά τη διάρκεια της προσπάθειας, ιδιαίτερα κάτω από συνθήκες στρες. Σύμφωνα με την θεωρία προσπάθειας-ανάκτησης, η ανάκτηση είναι μια σημαντική μεταβλητή που παρεμβαίνει στην υποθετική αιτιώδη αλυσίδα μεταξύ της έκθεσης σε ένα αγχωτικό ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας και της ανάπτυξης οξέων αντιδράσεων προς τον φόρτο εργασίας, καθώς και στην σταδιακή μετατροπή από οξείες αντιδράσεις προς τον φόρτο («ενεργοποίηση που επιμένει»), σε πιο χρόνιες και σοβαρές αντιδράσεις στον φόρτο και, τελικά, σε κακή υγεία (Kompier et al., 2011).

### Έλλειψη ύπνου

Ο ύπνος είναι η αρχέτυπη δραστηριότητα ανάκτησης. Είναι απαραίτητος για την φυσιολογική ισορροπία, τη μακροπρόθεσμη υγεία και τη νοητική λειτουργία. Ο ύπνος είναι σημαντικός για την αποκατάσταση της εγρήγορσης, της διάθεσης και της απόδοσης. Αναγεννά επίσης το κεντρικό νευρικό σύστημα, το μεταβολικό σύστημα, το ενδοκρινικό σύστημα και το ανοσοποιητικό σύστημα. Σε μακροπρόθεσμη βάση, μείωση ή διαταραχή του ύπνου οδηγεί σε μεταβολικές ασθένειες, κατάθλιψη, επαγγελματική εξουθένωση ή θνησιμότητα. Ο ανεπαρκής ύπνος είναι επίσης μια αιτία της κακής απόδοσης στην εργασία και των εργατικών ατυχημάτων. Ο ανεπαρκής ύπνος σημαίνει κυρίως ένα πρόβλημα διακοπής της συνέχειας του ύπνου.

Η κόπωση μετά από την εργασία αποτελεί μια ακόμη ένδειξη της έλλειψης ισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανάκτησης. Η έννοια της κόπωσης είναι στενά συνδεδεμένη με την υπνηλία και οι δύο συχνά χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα. Η κόπωση συσχετίζεται με την εγρήγορση και αποτελεί συνέπεια της αϋπνίας. Η κόπωση είναι επίσης το κύριο χαρακτηριστικό του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Kompier et al., 2011).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι Kompier et al. (2011) υποθέτουν ότι η ποιότητα του ύπνου θα πρέπει να σχετίζεται με την κούραση μετά τη δουλειά. Βρήκαν σαφή αποδεικτικά στοιχεία για τη σχέση μεταξύ δυσμενών ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας και της κακής ποιότητας ύπνου [στο πρώτο τεταρτημόριο (Q1), σύμφωνα με την ομαδοποίηση των δειγμάτων τους σε τέσσερις ομάδες ή τεταρτημόρια]. Βρήκαν επίσης ότι η ποιότητα του ύπνου σχετιζόταν αρνητικά με στοχασμούς που σχετίζονται με την εργασία (τεταρτημόριο Q2) και όσοι δεν κοιμούνται καλά ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κόπωσης μετά από την εργασία (τεταρτημόριο Q3). Η κακή ποιότητα ύπνου σχετίζεται επίσης με τη μείωση της συναισθηματικής ευεξίας στην εργασία και την ευχαρίστηση από αυτή (τεταρτημόριο Q4).

Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, για τον φαύλο κύκλο του εργασιακού άγχους και του ύπνου, φαίνεται πιθανό ότι τουλάχιστον κάποιοι από τους συσχετισμούς που αναφέρονται στη μελέτη τους, καθρεφτίζουν μια αμφίδρομη διαδικασία (δηλαδή, αντανακλούν τόσο την κανονική όσο και την αντίστροφη αιτιώδη συνάφεια). Για παράδειγμα, η σχέση μεταξύ ανεπαρκούς ύπνου και στοχασμών (ανησυχιών) που συνδέονται με την εργασία, μπορεί να σημαίνει ότι ο στοχασμός εμποδίζει τον ύπνο, αλλά και το ότι ο κακός ύπνος ξεκινάει μια διαδικασία ανησυχίας και επίμονων γνωστικών λειτουργιών. Ομοίως, η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προκαλέσει άγχος και ανεπαρκή ύπνο, ενώ μπορεί να πέσει το επίπεδο της εγρήγορσης και να παρουσιαστεί χαμηλότερη απόδοση, με αποτέλεσμα την μείωση της υποστήριξης από άλλους που εργάζονται στον ίδιο χώρο (Kompier et al., 2011).

### Καρδιαγγειακές παθήσεις

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) είναι η κύρια αιτία θανάτου και νοσηρότητας στις δυτικές χώρες, που αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ήμισυ όλων των θανάτων (American Heart Association, 2005). Παρά την μείωση της θνησιμότητας από χρόνιες καρδιακές παθήσεις κατά την τελευταία δεκαετία, η συχνότητα εμφάνισης και ο επιπολασμός της χρόνιας καρδιακής νόσου εξακολουθούν να είναι υψηλά. Έτσι, η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και επιβαρύνει οικονομικά την κοινωνία και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψής της (Backé et al., 2012).

Η σχέση μεταξύ των δυσμενών συνθηκών εργασίας και των CVD, έχει διερευνηθεί για πολλές δεκαετίες, συμπεριλαμβανομένων των μελετών σχετικά με την επίδραση του φόρτου εργασίας στο σώμα, του θορύβου, των πολλών ωρών εργασίας, των εναλλαγών πρωινής-βραδινής βάρδιας και των κοινωνικών χαρακτηριστικών των θέσεων εργασίας. Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στο ρόλο του εργασιακού άγχους. Οι μηχανισμοί που διέπουν τη σχέση μεταξύ του εργασιακού άγχους και των καρδιακών παθήσεων παραμένει ακόμα ασαφής. Πιθανές οδοί περνούν μέσα από την άμεση ενεργοποίηση νευροενδοκρινικών απαντήσεων σε στρεσογόνους παράγοντες ή με πιο έμμεσο τρόπο, μέσω ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης ή η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Chandola et al., 2008; Backé et al., 2012).

#### 4. Το άγχος στην εργασία

Οι Farias et al. κατέγραψαν τα ακόλουθα φυσικά συμπτώματα: πονοκέφαλος, αίσθημα κόπωσης, πόνος στα κάτω άκρα και ταχυκαρδία. Σύμφωνα με αναφορές από τους εργαζόμενους, ο πόνος ήταν πάντα αποτέλεσμα συναισθηματικού στρες ή εμφανίστηκε μετά την παροχή επείγουσας περίθαλψης, το οποίο υποδεικνύει ότι οι εργαζόμενοι βρίσκουν ότι είναι πολύ δύσκολο να διαφοροποιήσουν την σωματική από τη διανοητική πίεση. Η αυτογνωσία είναι απαραίτητη για τον άνθρωπο, καθώς αποσαφηνίζει και αυξάνει την ευαισθητοποίησή του σχετικά με το τι τον πλήττει. Αυτή η κατάσταση γνώσης θα μειώσει τις απουσίες και τις άδειες για λόγους υγείας, που συνεπάγεται οφέλη τόσο για τους εργαζομένους, όσο και για τους εργοδότες (Farias et al., 2011).

Τα μέτρα αυτά θα ενισχύσουν σίγουρα την ποιότητα ζωής της ομάδας υγείας και θα βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης για τους ασθενείς που χρειάζονται φροντίδα.

Κατά την έναρξη της έρευνας, οι ερευνητές είχαν στόχο να χαρακτηρίσουν τα σωματικά συμπτώματα άγχους, αλλά, στη διάρκεια της έρευνας, βρήκαν ότι το θέμα και η ουσία των ανθρώπων είναι πολύ περίπλοκα για να χαρακτηρίζονται αποσπασματικά. Ως εκ τούτου, στο τέλος της μελέτης, η συνολική εικόνα της οργάνωσης των συνεργατών και η ολιστική ματιά τους επικράτησε (de Carvalho Farias et al., 2011).

Ένας πολύ χαρακτηριστικός τρόπος για τη μελέτη του άγχους στους επαγγελματίες του χώρου της υγείας, είναι να ερωτηθούν οι εργαζόμενοι σε

υπηρεσίες πρώτων βοηθειών και διακομιδής με ασθενοφόρα (δηλ. όπως το E.K.A.B.). Η ερευνητική υπόθεση είναι ότι οι δουλειές αυτές είναι εγγενώς αγχωτικές. Συχνά οι εργαζόμενοι σε ασθενοφόρο πρέπει να αναλάβουν ταχεία δράση και να παρέχουν ιατρική φροντίδα αντιμετωπίζοντας συνθήκες ζωής και θανάτου, σε άγνωστες και άβολες συνθήκες, ενώ παρακολουθούνται στενά από τους παρευρισκομένους και τους συγγενείς. Το προσωπικό του ασθενοφόρου πρέπει επίσης να συμμετάσχει σε έργο μη έκτακτης ανάγκης, όπως η μεταφορά και η παροχή κατάλληλης φροντίδας για χρόνιους και τελικού σταδίου ασθενείς, το οποίο επιβάλλει διαφορετικές συναισθηματικές απαιτήσεις και το οποίο μπορεί να βιώνεται ως συναισθηματικά πιο εξαντλητικό από άλλα συγκλονιστικά γεγονότα. Άλλοι υποστήριζαν ότι η δουλειά σε ασθενοφόρο δεν μπορεί να είναι εγγενώς αγχωτική, και ότι το σχετικά υψηλό επίπεδο ψυχολογικής δυσφορίας οφείλεται κυρίως σε γενικούς οργανωτικούς στρεσογόνους παράγοντες που είναι παρόμοιοι σε όλα τα επαγγέλματα, όπως οι πολλές ώρες εργασίας, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη ελέγχου από τους ίδιους πάνω στο αντικείμενο της δουλειάς, και η μικρότερη υποστήριξη από τη διοίκηση (Sterud et al., 2011).

Η σοβαρότητα της απαίτησης για σωματική προσπάθεια βρέθηκε ότι είναι προγνωστικός παράγοντας υψηλότερων επιπέδων συναισθηματικής εξάντλησης και μυοσκελετικού πόνου και κυρίως, βρέθηκε ότι είναι προγνωστικός παράγοντας για αύξηση του μυοσκελετικού πόνου. Άλλες μελέτες έχουν αναφέρει ότι το προσωπικό των ασθενοφόρων αναφέρει υψηλότερα επίπεδα σωματικής καταπόνησης από ό,τι σε άλλες υπηρεσίες υγείας, και ότι αυτοαναφέρει περισσότερα μυοσκελετικά και σωματικά προβλήματα υγείας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (van der Ploeg, 2003). Αυτή η μελέτη δείχνει επίσης ότι η άρση βαρέων αντικειμένων και η εκτέλεση εργασίας κάτω από δύσκολες συνθήκες αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα άγχους για την εργασία σε ασθενοφόρο (Sterud et al., 2011).

Το νευρωτικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ψυχολογικής δυσφορίας, και διαπιστώθηκε επίσης ότι είναι προγνωστικός παράγοντας για αύξηση της συναισθηματικής εξάντλησης και του μυοσκελετικού πόνου. Ένα χαρακτηριστικό σε εξαιρετικά νευρωτικούς ανθρώπους είναι ότι είναι συνεχώς απασχολημένοι με τις ανεπάρκειές τους. Είναι πιθανό να παρουσιάσουν καταθλιπτική επίδραση ως συνέπεια της προσήλωσης στις ελλείψεις τους, επειδή θεωρούν τόσο λίγα να γίνονται ανεκτά μέσα τους. Από την άλλη πλευρά, όμως, αξίζει να σημειωθεί ότι η προσωπικότητα σχετιζόταν οριακά με τη χαμηλή

ικανοποίηση από την εργασία, που μπορεί να δείχνει ότι οι υπηρεσίες πρώτων βοηθειών προσελκύουν με επιτυχία έναν τύπο ανθρώπων που έχει υψηλό κίνητρο για να κάνει αυτή τη δουλειά (Sterud et al., 2011).

Η γυναίκα σε έναν ανδροκρατούμενο εργασιακό περιβάλλον, όπως οι υπηρεσίες πρώτων βοηθειών δεν φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας. Επιπλέον, δεν υπήρχαν διαφορές στην ηλικία εκδήλωσης των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η μεγαλύτερη ηλικία είναι προγνωστικός παράγοντας υψηλότερων επιπέδων μυοσκελετικού πόνου, στη διάρκεια του ενός έτους της παρακολούθησης σ' αυτή την έρευνα. Ένα υψηλότερο επίπεδο μυοσκελετικού πόνου μεταξύ των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας είναι σύμφωνο με ό,τι έχει βρεθεί και σε άλλες μελέτες (Sterud et al., 2011).

Η πίεση στην εργασία μπορεί επίσης να προκαλέσει αγχώδη διαταραχή (anxiety). Είναι ένα βασικό ανθρώπινο συναίσθημα, ένα δυσάρεστο συναίσθημα που σχετίζεται με αμηχανία, φόβο ή ανησυχία. Στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα, οι αγχώδεις διαταραχές έγιναν το πιο διαδεδομένο πρόβλημα ψυχικής υγείας που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής παγκόσμια. Ο επιπολασμός σε όλη τη διάρκεια της ζωής κυμάνθηκε από 13,6 έως 28,8% στο γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, οι αγχώδεις διαταραχές έχουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Έτσι, ο αντίκτυπός τους έχει γίνει συγκρίσιμος με εκείνο των χρόνιων σωματικών διαταραχών (Ries & Merikangas, 2003; Sun et al., 2012).

Οι γιατροί, ως μια συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα που αντιμετωπίζει τη θεραπεία της ασθένειας και την άμεση αντιμετώπιση του πόνου, την αρρώστια και το θάνατο καθημερινά, τείνουν να έχουν έναν υψηλό κίνδυνο διαταραχών της ψυχικής υγείας. Δυστυχώς, οι ψυχικές διαταραχές σε γιατρούς μπορεί να οδηγήσουν σε ιατρικά λάθη και να επηρεάσουν αρνητικά τη στάση τους απέναντι στη φροντίδα του ασθενούς (Lockley et al., 2004). Επομένως, το πώς μπορεί να βελτιωθεί η ψυχική υγεία των γιατρών έχει γίνει μια επιταχυνόμενη κοινωνική ανησυχία για την ποιότητα ζωής, όχι μόνο για τους ίδιους τους γιατρούς, αλλά και για ολόκληρο το γενικό πληθυσμό. Αυτό το ζήτημα φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σοβαρό στην Κίνα λόγω του βαρέως φορτίου των ασθενών που προκύπτει από το τεράστιο πληθυσμό (Sun et al., 2012).

Η μέση τυπική βαθμολογία της SAS (πρόκειται για Κινεζική κλίμακα μέτρησης της αγχώδους διαταραχής, στην οποία την βαθμολόγηση κάνουν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι: Zung Self-Rating Anxiety Scale) ήταν αυξημένη για τους άνδρες

γιατρούς, σε σύγκριση με τις γυναίκες συναδέλφους τους [ $46,8 \pm 11.09$  και  $46,7 \pm 10.85$  αντίστοιχα, (μέσος όρος  $\pm$  τυπική απόκλιση)]. Αυτό για τους ερευνητές σημαίνει ότι οι άνδρες γιατροί είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κυνισμού, και προσπάθειας και ανταμοιβής που υποκινούνται από εξωγενείς παράγοντες, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Γενικότερα, οι επιδόσεις στη SAS συνδέθηκαν με κυνισμό, συναισθηματική εξάντληση, επαγγελματική αποτελεσματικότητα, πρόβλημα ύπνου, χρόνιες παθήσεις και σωματική άσκηση στους άνδρες και με επαγγελματική αποτελεσματικότητα, συναισθηματική εξάντληση, κυνισμό, πρόβλημα ύπνου, χρόνιες ασθένειες, ικανοποίηση από την εργασία, κατανάλωση αλκοόλ και κατανάλωση φαγητού στις γυναίκες (Sun et al., 2012).

Συμπεραίνεται λοιπόν ότι οι Κινέζοι γιατροί διέτρεχαν πολύ υψηλό κίνδυνο αγχώδους διαταραχής και η επαγγελματική εξουθένωση και το πρόβλημα ύπνου είχαν εξέχοντα ρόλο. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή σε παρεμβάσεις όπως η πρόληψη της εξουθένωσης στη δουλειά και η βελτίωση της ποιότητας του ύπνου, κατά τη διάρκεια της μεταρρύθμισης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο τη μείωση της αγχώδους διαταραχής σε γιατρούς στην Κίνα (Sun et al., 2012).

##### 5. Μοντέλα εργασιακού άγχους

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαφορετικών συνθηκών εργασίας παρέχουν περιβάλλοντα εργασίας που είναι περισσότερο ή λιγότερο ευνοϊκά για την υγεία. Η αξιολόγηση των παραγόντων αυτών και η επιρροή τους στην υγεία των εργαζομένων έχει προχωρήσει σημαντικά, αλλά η μέτρησή τους εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για την κοινωνική επιδημιολογία. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, έχουν προκύψει πιο εξελιγμένες μελέτες σχετικά με το ψυχοκοινωνικό στρες στην εργασία, με βάση θεωρητικά μοντέλα του στρες (Griep et al., 2011; Backé et al., 2012).

Υπάρχει ανάγκη για μετρήσεις, προκειμένου να γίνει παρακολούθηση των εργαζομένων στο χώρο εργασίας τους. Δημιουργούνται έτσι εγχειρίδια, τα οποία περιέχουν βασικές υποδείξεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της ομάδας των επαγγελματιών υγείας (de Carvalho Farias et al., 2011).

Οι μετρήσεις συχνά βασίζονται σε θεωρητικές κατασκευές που παράγουν μοντέλα που έχουν δοκιμαστεί σε μια ποικιλία εμπειρικών πεδίων. Δύο από αυτά τα μοντέλα πιστεύεται ότι έχουν μεγαλύτερη ερμηνευτική ισχύ και χρησιμοποιούνται ευρέως στην παγκόσμια βιβλιογραφία για τη μέτρηση του ψυχοκοινωνικού



περιβάλλοντος εργασίας: το μοντέλο ζήτησης-ελέγχου (demand-control, DC) και το μοντέλο ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής (ERI). Αυτά τα μοντέλα ορίζουν διαφορετικούς παράγοντες πίεσης στην εργασία που ενδέχεται να προσβάλλουν την υγεία, και παρέχουν εξηγήσεις όσον αφορά τη σχέση μεταξύ στρεσογόνων συνθηκών εργασίας και σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας (Griep et al., 2011).

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου (demand-control, DC) υποθέτει ότι η ένταση στην εργασία είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού των υψηλών (ποσοτικά) εργασιακών απαιτήσεων και του χαμηλού ελέγχου της εργασίας, που υποδιαιρείται σε διάκριση δεξιοτήτων και εξουσία για λήψη αποφάσεων (Klein et al., 2011). Το μοντέλο DC, το οποίο επινοήθηκε από τον Karasek (1979), έλαβε υπόψη αρχικά αλληλεπιδράσεις μεταξύ δύο συνιστωσών που θα μπορούσαν να αυξήσουν την ένταση στην εργασία: ψυχολογικές ανάγκες (ρυθμός και ένταση της εργασίας) και έλεγχος (αυτονομία και δεξιότητες που συνδέονται με τη διαδικασία, που απαιτούνται από τον εργαζόμενο). Δραστηριότητες που ενέχουν υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις και χαμηλό έλεγχο, θα μπορούσαν να αυξήσουν την ένταση στην εργασία και, κατά συνέπεια, να οδηγήσουν σε σωματική και ψυχολογική ασθένεια (Griep et al., 2011).

Στη συνέχεια, το μοντέλο DC εξελίχθηκε για να συμπεριλάβει μια τρίτη διάσταση: την αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης για την εργασία, που εκπονήθηκε από τους Johnson & Hall (1988). Σύμφωνα μ' αυτούς τους συγγραφείς, η κοινωνική ένταξη, η εμπιστοσύνη μέσα στην ομάδα και η βοήθεια από τους συναδέλφους και τους ανωτέρους για την εκπλήρωση της αποστολής, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως προστατευτικοί (μετριαστικοί) παράγοντες σε σχέση με τις επιπτώσεις της έντασης της εργασίας στην υγεία. Δύο διαφορετικά εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί από ερευνητές στη Βραζιλία για τη μέτρηση του μοντέλου: το «ερωτηματολόγιο για το περιεχόμενο της εργασίας» (the “Job Content Questionnaire”) και μια άλλη κλίμακα, γνωστή ως «Σουηδική Κλίμακα για το τρίπτυχο Απαιτήσεις-Έλεγχος-Κοινωνική Υποστήριξη» (“Swedish Scale for Demand-Control-Social Support”, DCS), η οποία αναπτύχθηκε από τον Theorell (1996) (Griep et al., 2011).

Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής (effort-reward imbalance model, ERI) (Karasek, 1979; Karasek et al., 1998) επικεντρώνεται στη βιωμένη έλλειψη κοινωνικής αμοιβαιότητας (Klein et al., 2011) και είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μοντέλο στρες. Το ERI κάνει την παραδοχή ότι οι ανισορροπίες μεταξύ της υπερβολικής προσπάθειας στην εργασία και της χαμηλής

αμοιβής ή της αναγνώρισης αυτής της προσπάθειας, δημιουργούν αγχώδεις καταστάσεις. Η προσπάθεια συνδέεται με τις απαιτήσεις και τις υποχρεώσεις που γίνονται αντιληπτές από τους εργαζομένους. Η ανταμοιβή αποτελείται από οικονομική αποζημίωση (επαρκής μισθός), αυτοεκτίμηση (σεβασμός και υποστήριξη από τους συναδέλφους και ανωτέρους) και επαγγελματική κατάσταση (προοπτικές προαγωγής, σταθερότητα της απασχόλησης και κοινωνική κατάσταση) (Griep et al., 2011).

Το ERI αναπτύχθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1990 (Siegrist, 1996a,b) και εστιάζει στην έλλειψη αμοιβαιότητας ως πηγή άγχους στο χώρο εργασίας. Οι ανταμοιβές όπως τα χρήματα, η αυτοεκτίμηση και οι δυνατότητες σταδιοδρομίας θα αντισταθμίσουν το αρνητικό αποτέλεσμα των προσπαθειών που δαπανώνται από την άποψη του ψυχολογικού και σωματικού φόρτου. Μια ανισορροπία, από την άλλη πλευρά, θα οδηγήσει σε άγχος και ως εκ τούτου, σε κακή υγεία. Η αναλογία των αντίστοιχων επιδόσεων προσπάθειας - ανταμοιβής αποτελεί το μέτρο του στρες. Μια αναλογία άνω του 1 δείχνει την παρουσία ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής. Η επέκταση του μοντέλου ERI λαμβάνει υπόψη την υπερβολική δέσμευση. Αυτό αναφέρεται σε ένα πρότυπο παροχής κινήτρων για μια δέσμευση που συνδέεται με υπερβολική εργασία και μεγάλη ανάγκη για επιδοκιμασία. Η υπερβολική δέσμευση είναι ένας ψυχολογικός παράγοντας κινδύνου που προσθέτει στην ένταση των συνθηκών εργασίας. Εκτός από αυτές τις θεωρητικές προσεγγίσεις που εκτιμούν το άγχος στην εργασία, έχει διεξαχθεί ένας μεγάλος αριθμός μελετών που βασίζονται σε ερωτηματολόγια, με ερωτήματα που συνδέονται με το στρες που αφορά σε πολλές ώρες εργασίας, πίεση χρόνου, διαπροσωπικές συγκρούσεις και άλλες ψυχοκοινωνικές πτυχές της εργασίας (Backé et al., 2012).

Το ERI βασίζεται στην παραδοχή ότι μια αναντιστοιχία μεταξύ χαμηλού επιπέδου ελέγχου των συνθηκών εργασίας και του υψηλού επιπέδου απαιτήσεων όσον αφορά το φόρτο εργασίας, είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για την υγεία, ενώ το υψηλό επίπεδο ελέγχου και το χαμηλό επίπεδο απαιτήσεων είναι τα πλέον επωφελή. Με την πολλαπλή ταξινόμηση και επεξεργασία των κλιμάκων απαιτήσεων στην εργασία, τέσσερις κατηγορίες τους, ή τεταρτημόρια, λαμβάνονται: ενεργές θέσεις εργασίας (υψηλές απαιτήσεις, υψηλός έλεγχος), παθητικές θέσεις εργασίας (χαμηλές απαιτήσεις, χαμηλός έλεγχος), υψηλή ένταση (υψηλές απαιτήσεις, χαμηλός έλεγχος) και χαμηλή ένταση (χαμηλή ζήτηση, υψηλός έλεγχος) (Backé et al., 2012).

Με τα αυξανόμενα τεκμήρια της έρευνας, το μοντέλο έχει επεκταθεί με τη συμπερίληψη της κοινωνικής στήριξης στο λεγόμενο μοντέλο 'isostrain', με την παραδοχή ότι ο συνδυασμός χαμηλού ελέγχου, υψηλών απαιτήσεων και έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας ενέχει τον υψηλότερο κίνδυνο για την υγεία (Backé et al., 2012).

Ακριβώς όπως και στο μοντέλο DC, μια τρίτη διάσταση ενσωματώθηκε στο αρχικό μοντέλο: υπερβολική δέσμευση/αφοσίωση στην εργασία. Αυτή θεωρείται ότι είναι μία διάσταση συνυφασμένη με τον εργαζόμενο, που εκφράζεται μέσα από υπερβολική προσπάθεια κατά την εργασία, σε συνδυασμό με μια ισχυρή επιθυμία για επιδοκιμασία και εκτίμηση. Η υπερβολική δέσμευση/αφοσίωση στην εργασία θεωρείται ένας παράγοντας που μπορεί να αλληλεπιδράσει με το ERI για να δώσει μεγάλη ώθηση στις επιβλαβείς επιπτώσεις της στην υγεία και την ευεξία (Griep et al., 2011).

Και τα δύο μοντέλα έχουν περιορισμούς όσον αφορά τη σύλληψη της πολυπλοκότητας των ψυχοκοινωνικών πτυχών της εργασίας. Επιπλέον, τμήματα των μοντέλων που εστιάζουν αποκλειστικά στις σχέσεις μεταξύ απαιτήσεων και ελέγχου και μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής δεν εξηγούν τις επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης και την επιπλέον δέσμευση/αφοσίωση στην εργασία. Πρόσφατες μελέτες έχουν προτείνει ότι τα δύο μοντέλα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό, σε σχέση με μια συγκεκριμένη έκβαση. Μελέτες σε επαγγέλματα έχουν δείξει ότι η προγνωστική δύναμη του συνδυασμού (σε σύγκριση με το αποτέλεσμα που συνδέεται με κάθε μοντέλο), είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την αυτοαναφερόμενη υγεία, την αϋπνία, το διανοητικό στρες στην εργασία, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, τις απουσίες λόγω ασθένειας και την κατάθλιψη. Η σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην νοσηλευτική εργασία και την αυτοαναφερόμενη υγεία, θεωρείται ως ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας (Griep et al., 2011).

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι τρόποι μέτρησης του εργασιακού άγχους. Για τους επαγγελματίες της νοσηλευτικής που εργάζονται στα Επείγοντα και υποφέρουν από τα σωματικά συμπτώματα του στρες στην καθημερινή ζωή τους, ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα συμπτώματα μπορούν να χαρακτηριστούν με τον δείκτη επαγγελματικού στρες (Occupational Stress Indicator), ένα ημι-δομημένο εργαλείο. Για να γίνει αυτό, διατυπώνονται ανοιχτά ερωτήματα σε συνεντεύξεις (de Carvalho Farias et al., 2011).

Ενώ οι συγχρονικές, ελέγχου περίπτωσης και προγνωστικές μελέτες εξακολουθούν να κυριαρχούν στη βιβλιογραφία, ένας μεγάλος αριθμός από καλά σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες κοόρτης (με ομάδες πληθυσμού) έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια. Αυτές συμβάλλουν σε μεγαλύτερο βαθμό σε τεκμήρια αιτιώδους σχέσης μεταξύ του εργασιακού άγχους και της υγείας (Backé et al., 2012).

## 6. Μελέτες μέτρησης εργασιακού άγχους

1. Σε μελέτη των Griep et al. (2011) εντοπίστηκαν διάφορες διαστάσεις του ψυχοκοινωνικού στρες στην εργασία, σε ομάδες νοσηλευτικής και ο συσχετισμός τους με την αυτοαναφερόμενη υγεία (εκτίμηση της κατάστασης της υγείας από τον ίδιο τον ερωτώμενο), μαζί με μια εκτίμηση για την αύξηση του βαθμού συσχέτισης που επιτυγχάνεται συνδυάζοντας τις κλίμακες. Διαπιστώθηκε ότι το σύνολο των επιμέρους διαστάσεων του μοντέλου DC (demand-control, DC) (απαιτήσεις, έλεγχος και κοινωνική υποστήριξη) και του μοντέλου ERI (προσπάθεια, ανταμοιβή και υπερβολική δέσμευση/αφοσίωση στην εργασία) συσχετίστηκαν με την αυτοαναφερόμενη υγεία. Η εν μέρει εφαρμογή των DC και ERI μοντέλων συνδέθηκε με την αυτοαναφερόμενη υγεία, με ισχυρότερο συσχετισμό από αυτόν που παρατηρήθηκε με το ERI μόνο. Η ενσωμάτωση της κοινωνικής υποστήριξης και της υπερβολικής δέσμευσης/αφοσίωσης στην εργασία αύξησε τη δύναμη του συσχετισμού στα μοντέλα DC και ERI, αντίστοιχα. Ο συνδυασμός των μερικών DC και ERI μοντέλων ενδυνάμωσε τον συσχετισμό (Griep et al., 2011).

Η κοινωνική υποστήριξη και η υπερβολική δέσμευση/αφοσίωση στην εργασία φάνηκε να είναι σημαντικές σε σχέση με το αποτέλεσμα που αναλύθηκε, και η δεύτερη συσχετιζόταν πιο έντονα με την αυτοαναφερόμενη υγεία (Griep et al., 2011).

2. Σε μελέτη των Klein et al. (2011), η μειωμένη σωματική και ψυχική υγεία, η κατάθλιψη και τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση ή χαμηλότερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων, εντοπίστηκαν συχνά ως επιβλαβείς συνέπειες για τους γιατρούς. Σε άλλες μελέτες, οι συσχετισμοί μεταξύ άγχους των γιατρών και κυρίως των χειρουργών και απόδοσης στην εργασία τους, αναλύονται σε μικρότερο βαθμό. Έτσι, η ευεξία των γιατρών θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένας σημαντικός δείκτης ποιότητας, αλλά απουσιάζει. Γι' αυτό η μελέτη των Klein et al. (2011) αναλύει τους

συσχετισμούς μεταξύ ψυχοκοινωνικού στρες στην εργασία και ποιότητας της φροντίδας υγείας, μεταξύ των κλινικών χειρουργών.

Μια ανισορροπία μεταξύ υψηλών προσπαθειών και χαμηλού οφέλους από την άποψη της αυτοεκτίμησης, της εξέλιξης του μισθού ή της εργασιακής ασφάλειας, οδηγεί σε αρνητικά συναισθήματα και επιβλαβές στρες. Επιπλέον, το μοντέλο αποτελείται από ένα εγγενές/ουσιαστικό στοιχείο (υπερβολική αφοσίωση), που σημαίνει ένα πρότυπο υπερβολικής αφοσίωσης που συνδέεται με την εργασία και μια μεγάλη ανάγκη για επιδοκιμασία. Η υπερβολική αφοσίωση μπορεί να ενισχύσει την προσπάθεια ανταμοιβής ή μια ανισορροπία μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική πίεση (Klein et al., 2011).

Και τα δύο μοντέλα υποθέτουν ότι το εργασιακό άγχος οδηγεί σε μειωμένη σωματική ή / και ψυχική υγεία. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε σε πολλές μελέτες, μεταξύ των οποίων ορισμένες έγιναν μεταξύ γιατρών. Ενώ μερικές μελέτες έχουν αναλύσει τους συσχετισμούς μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και / ή κατάθλιψης και ποιότητας της περίθαλψης, μεταξύ γιατρών και χειρουργών, οι σχέσεις μεταξύ εργασιακού άγχους και ποιότητας της φροντίδας υγείας, σπάνια εξετάστηκαν (Klein et al., 2011).

Επιπλέον, οι μελέτες αυτές διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά το σχεδιασμό, τη λήψη δείγματος και τη μέτρηση του άγχους. Πράγματι, οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες υποδεικνύουν υψηλότερο κίνδυνο ιατρικών σφαλμάτων και ανεπαρκούς φροντίδας των ασθενών μεταξύ όσων γιατρών έχουν στρες και / ή εξουθένωση και κατάθλιψη. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ερευνών δεν βασίζεται σε ένα θεωρητικό μοντέλο εργασιακού άγχους. Μόνο σε μια μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ERI και το μοντέλο ζήτησης-ελέγχου για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ στρες από την εργασία και την ποιότητας της φροντίδας και διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά λοίμωξης στον θάλαμο σχετίζονται με την υψηλή ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής μεταξύ του προσωπικού, αλλά όχι με την ένταση στη δουλειά. Στο πλαίσιο αυτό, εξετάζουμε τη σχέση μεταξύ των δύο μοντέλων εργασιακού άγχους (ERI και ένταση στη δουλειά) και διάφορες διαστάσεις της αντιληπτής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης στους Γερμανούς χειρουργούς (Klein et al., 2011).

3. Για να περιγραφούν οι συμπεριφορές ύπνου, άγχους και οι τρόποι αντιμετώπισης της απώλειας ύπνου σε νοσηλευτές/τριες και μαίες, η μελέτη των Dorrian et al. (2011) συμπεριέλαβε 41 μαίες και 21 νοσηλευτές/τριες που εργάζονταν

σε νοσοκομεία της Αυστραλίας μεταξύ του 2005 και του 2009. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Όλοι οι συμμετέχοντες κατέγραψαν σε ημερήσια βάση τις εργασίες τους και τις ώρες ύπνου, το άγχος και την εξάντληση, την πρόσληψη καφεΐνης και τη χρήση βοηθημάτων ύπνου για ένα μήνα (1.736 ημέρες, 1.002 βάρδιες) (Dorrian et al., 2011).

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και εξάντλησης στο 20-40% των ημερών εργασίας, παρουσίασαν διαταραχές ύπνου σε περισσότερο από το 50% των ημερών εργασίας, πάλεψαν για να παραμείνουν σε εγρήγορση στο 27% των ημερών εργασίας και υπέστησαν ακραία υπνηλία ή απέφυγαν την τελευταία στιγμή ένα ατύχημα ενώ επέστρεφαν στο σπίτι στο 9% των εργάσιμων ημερών. Η ηλικία, η αντιληπτή διάρκεια ύπνου και ωρών εργασίας ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της πρόσληψης καφεΐνης. Περίπου το 60% των συμμετεχόντων ανέφερε χρήση βοηθημάτων ύπνου (περίπου το 20% ανέφερε λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και το 44% των νοσηλευτών και το 9% των μαιών ανέφερε τη χρήση αλκοόλ ως ενίσχυση του ύπνου, τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της μελέτης). Το άγχος και οι εργάσιμες ημέρες ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της χρήσης ηρεμιστικών. Συνολικά, το 22% ανέφερε ότι ήταν αδιάφορο ή ήπια δυσαρεστημένο με τη δουλειά του (Dorrian et al., 2011).

Τα προβλήματα ύπνου, τα υψηλά επίπεδα άγχους και εξάντλησης και η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία είναι διαδεδομένα μεταξύ των νοσηλευτών/τριών και μαιών. Η χρήση αλκοόλ και υπνωτικών χαπιών ως βοηθήματα ύπνου και η χρήση της καφεΐνης για να διατηρηθούν σε επαγρύπνηση, είναι επίσης συνηθισμένη. Οι νοσηλευτές/τριες και οι μαιές ενδέχεται να χρησιμοποιούν την καφεΐνη για να αντισταθμίσουν τον μειωμένο ύπνο, ιδιαίτερα κατά τις εργάσιμες ημέρες, και υπνωτικά χάπια για να αντιμετωπίσουν το καθημερινό άγχος που συνδέεται με την εργασία τους (Dorrian et al., 2011).

4. Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει υπάρξει μια παγκόσμια τάση για περισσότερες ώρες εργασίας. Είναι δύσκολο να καθοριστεί ένα ασφαλές όριο για τη διάρκεια των ωρών εργασίας, λόγω της ποικιλίας των συνθηκών που εμπλέκονται. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότερες ώρες εργασίας παρεμβαίνουν αρνητικά σε διάφορες πτυχές της ζωής στο χώρο εργασίας και έξω από αυτόν (Silva et al., 2011).

Τα αποτελέσματα δείχνουν μείωση του χρόνου ύπνου, συμπτώματα κούρασης και στρες, πόνο και διάφορους τύπους δυσλειτουργίας. Μεσοπρόθεσμα και

μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μπορεί να προκύψουν στο πλαίσιο του κάθε εργαζομένου ξεχωριστά (όπως είναι η πρόωγη ανικανότητα προς εργασία), στην οικογένεια (όπως η ποιότητα των σχέσεων και η φροντίδα), στο κόστος των ασθενειών και ατυχημάτων, και σε ατυχήματα και λάθη στο χώρο εργασίας (Silva et al., 2011).

Υπήρξε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας εργασίας πολλών ωρών και έλλειψης χρόνου για ξεκούραση και αναψυχή. Η οργάνωση του προγράμματος εργασίας στο νοσοκομείο που πραγματοποιήθηκε η μελέτη, συνέβαλε σε αυτόν τον συσχετισμό, καθώς οι εργαζόμενοι αυτοί είχαν μόνο τρεις συνεχόμενες ημέρες ανάπαυσης ανά μήνα, συμπεριλαμβανομένων του Σαββάτου και της Κυριακής. Αυτές οι περίοδοι ήταν ίσως οι μόνες στις οποίες ήταν δυνατό να οργανωθούν διάφορες δραστηριότητες αναψυχής με την οικογένεια, υπό τον όρο ότι και άλλες επαγγελματικές ή οικιακές δραστηριότητες, δεν καταλάμβαναν τον χρόνο αυτό. Οι νυχτερινές βάρδιες και η συνακόλουθη μείωση του χρόνου ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, θα μπορούσε επίσης να συμβάλει στον ανεπαρκή χρόνο για ξεκούραση τις καθημερινές εργάσιμες ημέρες (Silva et al., 2011).

5. Είναι γνωστό ότι το στρες έχει καταστεί σημαντικό στο σημερινό τρόπο ζωής. Θεωρείται ότι αποτελεί κίνδυνο για την ψυχολογική ισορροπία ενός ατόμου, και συχνά σχετίζεται με μεταβολές στην κατάσταση της υγείας. Επιπλέον, το άγχος μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία των μελών ενός οργανισμού υπηρεσιών υγείας, να επηρεάσει την απόδοση των εργαζομένων και να προκαλέσει χαμηλό ηθικό, υψηλό κύκλο εργασιών (turnover), απουσιών, και βία στο χώρο εργασίας (Guido et al., 2011).

Επομένως, ο προσδιορισμός των παραγόντων πίεσης στην εργασία αποτελεί ένα βήμα προς την αλλαγή, επειδή όταν αναπτύσσονται στρατηγικές για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεών τους, μπορούν να κάνουν την καθημερινή ρουτίνα των νοσηλευτών πιο παραγωγική, λιγότερο κουραστική και, ενδεχομένως να ανεβάσουν την αξία τους ως ανθρώπων και επαγγελματιών (Guido et al., 2011).

Διαπιστώθηκε ότι ένας μεγάλος αριθμός επαγγελματιών παρουσιάζει μια κανονική γενική κατάσταση υγείας. Τα στοιχεία αυτά συμφωνούν με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ΜΕΘ, όπου βρέθηκαν χαμηλές βαθμολογίες κινδύνου (εξαιτίας του στρες) για την κατάσταση της υγείας

αυτών των επαγγελματιών, στοιχείο που δείχνει τις θετικές αξιολογήσεις που είχαν οι νοσηλεύτές/-τριες για τον εαυτό τους (Guido et al., 2011).

Ωστόσο, στην μελέτη αυτή, βρέθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ της κατάστασης της υγείας των νοσηλευτριών με το άγχος και την αντιμετώπισή του. Έτσι, το γεγονός ότι οι νοσηλεύτές/-τριες που συμμετείχαν παρουσίασαν μια κανονική κατάσταση της υγείας τους, σχετίζεται άμεσα με το χαμηλό επίπεδο στρες και τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων, πράγμα το οποίο γίνεται αντιληπτό ως θετική αντιμετώπιση στη διαδικασία του εργασιακού άγχους (Guido et al., 2011).

6. Η φροντίδα συνδέεται με τις νοσηλευτικές δράσεις, λαμβάνοντας υπόψη πάνω απ' όλα, μια ομάδα αναγκών της νοσηλευτικής ομάδας. Οι στόχοι αυτής της μελέτης ήταν: να χαρακτηριστούν καταστάσεις ικανοποιητικές ή δυσάρεστες για την ομάδα νοσηλευτικής κατά την εργασία και να αναλυθούν οι πιθανές επιπτώσεις τους. Η θεωρία του Maslow των βασικών ανθρώπινων αναγκών χρησιμοποιήθηκε για να κατανοηθούν οι παράγοντες υποκίνησης, και μια ποιοτική μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε με εφαρμογή ποσοτικών τεχνικών. Η μελέτη δείχνει ότι οι βασικές ανάγκες της ομάδας νοσηλευτικής βρίσκονται σε κίνδυνο, ιδιαίτερα η ασφάλεια και οι φυσιολογικές τους ανάγκες, οι οποίες είναι οι πιο πρωταρχικές. Το να τίθενται σε κίνδυνο οι βασικές ανάγκες των υποκειμένων συνεπάγεται κινδύνους για την υγεία και μειωμένη απόδοση στην εργασία σε χώρους νοσοκομείων (Regis & Porto, 2011).

7. Σε μελέτη των Urbanetto et al. (2011) εκτιμήθηκε το στρες νοσηλευτών σε τμήματα επειγόντων ή χειρουργικές κλινικές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλεύτές, ιδίως όσοι και όσες λειτουργούν βοηθητικά και δεν έχουν κάποια υψηλού επιπέδου εξειδίκευση, ενώ εργάζονται για περισσότερα από 15 χρόνια στις θέσεις αυτές, έχουν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και μεγαλύτερη πιθανότητα να υπόκεινται σε υψηλή πίεση, πολλές φορές εξαιτίας του ωραρίου, δηλ. της νυχτερινής βάρδιας. (Urbanetto et al., 2011).

Τα ευρήματα που σχετίζονται με τη θέση εργασίας επιβεβαιώνουν ότι η νοσηλευτική εργασία διαφοροποιημένη, και οι ενέργειες διανέμονται σύμφωνα με μια ιεράρχηση και την πολυπλοκότητα της περίθαλψης. Οι νοσηλεύτές είναι υπεύθυνοι για τον σχεδιασμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση της διαδικασίας της εργασίας και για χειρωνακτικές δραστηριότητες μεγαλύτερης πολυπλοκότητας, ενώ υπάρχουν



άλλοι νοσηλευτές των οποίων η εργασία έχει βοηθητικό χαρακτήρα και είναι υπεύθυνοι για χειρωνακτικές δραστηριότητες μικρότερης πολυπλοκότητας. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγήσει τη συγκέντρωση των νοσηλευτών σε ομάδες που διαμορφώθηκαν από τη στατιστική επεξεργασία, στις οποίες βρέθηκε ότι δεν παρουσιάζονται βλάβες στην υγεία (χαμηλή ένταση και ενεργή εργασία) και τη συγκέντρωση των νοσηλευτών που εκτελούν βοηθητικές εργασίες σε ομάδες που αντιπροσωπεύουν κίνδυνο για την υγεία (υψηλή ένταση και παθητική εργασία). Τα στοιχεία αυτά βρέθηκαν επίσης και σε άλλες μελέτες (Urbanetto et al., 2011).

Η εργασία στην ίδια θέση για περισσότερο από 15 χρόνια συνδέθηκε με το τεταρτημόριο υψηλής έντασης, με 2,25 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σύγκριση με το τεταρτημόριο χαμηλής έντασης. Το γεγονός αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, διότι υπάρχει μεγάλος αριθμός επαγγελματιών που εργάζονται σε δημόσιες εγκαταστάσεις, που παραμένουν στις θέσεις τους μέχρι να συνταξιοδοτηθούν. Ακόμα κι αν αυτή η μελέτη δεν παρέχει αποδείξεις για συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και τεταρτημορίων απαιτήσεων-ελέγχου, άλλες μελέτες συσχετίζουν το γήρας με την ασθένεια. Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε συσχέτιση μεταξύ των επαγγελματιών που εργάζονται για 12 ή περισσότερα έτη στην ίδια θέση και το τεταρτημόριο παθητικής δουλειάς. Οι επαγγελματίες που εργάζονται για περισσότερα από 15 χρόνια στην ίδια θέση παρουσίασαν επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες να κατατάσσονται στην τεταρτημόριο ενεργού δουλειάς, ενώ οι τομείς που παρουσίασαν τις χαμηλότερες πιθανότητες να χαρακτηρισθούν ως ενεργή εργασία ήταν στο νοσοκομείο και σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Οι σχέσεις που έχουν θεσπιστεί στο χώρο εργασίας χαρακτηρίζουν μια εξαιρετικά ευάλωτη πτυχή στο πλαίσιο των νοσηλευτικών εργασιών. Οι σχέσεις εξάρτησης (τεχνικοί νοσηλευτικής και βοηθητικό προσωπικό σε σχέση με τις νοσηλεύτριες) περιλαμβάνουν συχνά δύσκολες και συγκρουσιακές αλληλεπιδράσεις, δεδομένου ότι η γνώση της διαδικασίας της εργασίας εύκολα αναπτύσσεται στην πράξη, αλλά οι ευθύνες ορίζονται αυστηρά κατά την τυποποίηση των θέσεων εργασίας (Urbanetto et al., 2011).

Αυτή η μελέτη διαπίστωσε συσχετίσεις του στρες, με βάση το JSS, με επαγγελματικές πτυχές επαγγελματιών νοσηλευτών που εργάζονται σε υπηρεσία επειγόντων νοσοκομείου. Πληροφορίες σχετικά με το εργασιακό άγχος που συνδέεται με τη θέση, το χρόνο στη θέση και την κοινωνική υποστήριξη, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αναζητήσουν προληπτικά μέτρα για να ελαχιστοποιήσουν το εργασιακό άγχος και τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία των εργαζομένων. Αυτή η

μελέτη δείχνει τους παράγοντες που αποτελούν κίνδυνο για την υγεία των εργαζομένων και μπορούν να χρησιμεύσουν ως θεωρητική βάση για την αναζήτηση προληπτικών παρεμβάσεων (Urbanetto et al., 2011).

### 7. Γενικά για την επαγγελματική ικανοποίηση

Επαγγελματική ικανοποίηση (EI), σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό του Locke (1976), είναι «η θετική συναισθηματική απόκριση προς συγκεκριμένο έργο, που πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό εκπληρώνει τις εργασιακές αξίες του ατόμου». Αποτελεί ένα από τα περισσότερο μελετημένα θέματα στην οργανωτική/βιομηχανική ψυχολογία, κυρίως λόγω της άμεσης σχέσης της τόσο με την ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων για υψηλή αποδοτικότητα σε συνδυασμό με σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό. Σε θεωρητικό επίπεδο, έχει συνδεθεί με τα κίνητρα, τις αξίες και τις στάσεις των εργαζομένων, ενώ έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται εξ ίσου από παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και το περιβάλλον της, καθώς και με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση των δύο εν λόγω κατηγοριών μεταβλητών καθορίζουν σημαντικά τη διαμόρφωσή της (Αλεξιάς και συν., 2010· Μακρής και συν., 2011).

Ο όρος «ικανοποίηση από την εργασία» (Job satisfaction) περιγράφει πόσο ικανοποιημένο είναι ένα άτομο από την εργασία του. Αποτελεί έναν σχετικά πρόσφατο όρο, αφού στους προηγούμενους αιώνες η εργασία του κάθε ατόμου ήταν συχνά προκαθορισμένη, και είχε άμεση σχέση με την εργασία των γονέων. Η εργασιακή ικανοποίηση, ως έννοια, δεν είναι ταυτόσημη με την υποκίνηση (motivation), παρ' ότι οι δύο αυτές έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

Η ικανοποίηση από την εργασία έχει συνδεθεί όμως και με άλλες επί μέρους μεταβλητές, όπως είναι η ψυχολογική και η σωματική ευημερία/σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, η κινητικότητα στο χώρο εργασίας και η τάση για αποχώρηση, οι απουσίες, η απόδοση και η παραγωγικότητα, η ικανοποίηση των πελατών, οι σχέσεις με την οικογένεια, ο ρόλος του εργαζομένου ως γονέα και η ικανοποίηση από τη ζωή (Μακρής και συν., 2011).

Στον υγειονομικό τομέα, η ικανοποίηση από την εργασία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων, την εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών, την αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των πόρων,

την παροχή ποιοτικής περίθαλψης, τα θετικά για την υγεία των ασθενών αποτελέσματα, αλλά και την ικανοποίησή τους (Μακρής και συν., 2011).

Είναι μία έννοια η οποία, αν και έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης εδώ και δεκαετίες (Locke, 1976), εμφανίζει προβλήματα στη μέτρησή της από την ανυπαρξία ενός κοινά αποδεκτού ορισμού (Maslach, 1982). Η κυρίαρχη αντίληψη είναι ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με το βαθμό κάλυψης των αναγκών και εκπλήρωσης των στόχων του ατόμου (Χαραλαμπίδου, 1996). Αποτελεί, κατά συνέπεια, απόρροια της εκπλήρωσης των υποκειμενικών εργασιακών προσδοκιών ή της σύμπτωσης του τύπου της προσωπικότητας του εργαζομένου και του περιβάλλοντος εργασίας, γεγονός που εξηγεί ότι διαφορετικά άτομα έχουν διαφορετικές εκτιμήσεις για την ίδια εργασία (Χαραλαμπίδου, 1996). Αν και αρχικά θεωρούνταν ότι οι εργαζόμενοι είχαν μόνο μια συνολική αίσθηση ικανοποίησης για την εργασία τους, πλέον έχει γίνει κατανοητό ότι αυτοί μπορούν επίσης να έχουν διαφορετικά συναισθήματα για διαφορετικές πλευρές της εργασίας τους, περιλαμβανομένων της ίδιας της φύσης της εργασίας τους, της αμοιβής τους, των συναδέλφων τους και άλλων σχετικών θεμάτων. Έτσι, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια απλή έννοια, αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία και, επομένως, μπορεί να διακριθεί σε ενδογενή και εξωγενή. Η ενδογενής ικανοποίηση, η οποία έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με την εκτέλεσή της καθαυτή (π.χ. ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων, εποπτεία κ.λπ.). Η εξωγενής ικανοποίηση, η οποία έχει σχέση με το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία, αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, το ωράριο, την ασφάλεια, τις αμοιβές κ.λπ. Επομένως, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αναγνωρίζεται πλέον ως μια απλή, μονοδιάστατη έννοια, αλλά ως ένα πολύπλοκο σύνολο στάσεων απέναντι σε διαφορετικές όψεις ενός επαγγέλματος, οι οποίες προκύπτουν από τις προσδοκίες ενός ατόμου για την εργασία του και τις εμπειρίες του. Ερευνητικά, καταγράφονται πέντε σημαντικές διαστάσεις σε κάθε στάση απέναντι στην εργασία, οι οποίες όλες αντανακλούν συναισθηματικές αποκρίσεις σε συγκεκριμένες πλευρές μιας εργασίας. Οι διαστάσεις αυτές είναι: α) η ίδια η εργασία, β) η αμοιβή, γ) η προαγωγή, δ) η επίβλεψη και ε) οι συναδέλφοι. Κινούμενοι σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο οι άξονες που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ικανοποίησης είναι: (1) άμεσος προϊστάμενος, (2) συνθήκες εργασίας-μισθός (3) συνεργάτες και (4) ευκαιρίες για προαγωγή (Αλεξιάς και συν., 2010).

Οι Porter και Lawler (1968) ξεχωρίζουν την ικανοποίηση από την εργασία σε εσωτερική και εξωτερική. Η εσωτερική ικανοποίηση αποτελείται από όλους τους παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία [δηλ. αίσθηση της επιτυχίας, ανεξαρτησία, εκ περιτροπής απασχόληση (πρωί-βράδυ), ευκαιρίες, προσωπική ανάπτυξη, δημιουργικότητα, αυτοσεβασμός, κ.λπ.]. Η εξωτερική ικανοποίηση αποτελείται από όλους τους άλλους παράγοντες που σχετίζονται έμμεσα με την ικανοποίηση από την εργασία (δηλ. το περιβάλλον εργασίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων, ο υψηλός μισθός και οι δυνατότητες προαγωγής) (Πιορούλος & Πριπόρας, 2011).

#### Ιστορική αναδρομή

Μια από τις πρώτες αναφορές στην εργασιακή ικανοποίηση αποτελούν οι μελέτες Hawthorne. Οι μελέτες αυτές (1924-1933), αρχικά αφιερωμένες στον Elton Mayo του Harvard Business School, προσπάθησαν να αξιολογήσουν τις επιδράσεις διάφορων καταστάσεων στην παραγωγικότητα των εργαζομένων. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι οι αλλαγές στις εργασιακές συνθήκες προσωρινά αύξησαν την παραγωγικότητα (The Hawthorne Effect) (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

Η έννοια της ικανοποίησης από την εργασία έχει οριστεί με πολλούς τρόπους. Ωστόσο, ο πλέον χρησιμοποιούμενος ορισμός της ικανοποίησης από την εργασία στην οργανωτική έρευνα είναι εκείνη του Locke (1976), ο οποίος περιέγραψε την ικανοποίηση από την εργασία ως «μια ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση που προκύπτει από την εκτίμηση της εργασίας ή τις εργασιακές εμπειρίες κάποιου» (σελ. 1304). Με βάση αυτή την σύλληψη, οι Hulin και Judge (2003) σημείωσαν ότι η ικανοποίηση από την εργασία περιλαμβάνει πολυδιάστατες ψυχολογικές αποκρίσεις προς τη δουλειά του, και ότι οι απαντήσεις έχουν γνωστικά (αξιολογικά), συναισθηματικά και συμπεριφορικά στοιχεία (Judge & Klinger, 2008).

#### 8. Θεωρητικό πλαίσιο - Έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει οριστεί ως μια συμπεριφορική αντανάκλαση του βαθμού στον οποίο οι άνθρωποι συμπαθούν ή αντιπαθούν την εργασία τους. Δείχνει επίσης το πώς ένας εργαζόμενος αισθάνεται για τη δουλειά του. Για άλλους συγγραφείς, η ικανοποίηση από την εργασία αναφέρεται σε μια χαρούμενη και θετική συναισθηματική κατάσταση σχετικά με την εργασία ή την εμπειρία από την εργασία. Ωστόσο, ο ορισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης διαφέρει ανάλογα με το πού

δίνεται έμφαση από κάθε μελετητή. Οι Bussing et al. (1999) υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση από την εργασία προκύπτει με βάση τις επιθυμίες, τις ανάγκες, τα κίνητρα, και τα αισθήματα που δημιουργούνται στο εργασιακό περιβάλλον, δηλαδή την ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια του εργαζομένου με την εργασία του/της. Ο Robbins (1996) βλέπει την ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με τη συμπεριφορά του εργαζομένου. Όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση από την εργασία, τόσο καλύτερη είναι η συμπεριφορά των υπαλλήλων (Πιορούλος & Πρίορας, 2011).

Η ικανοποίηση από την εργασία των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ένα σημαντικό θέμα στην ποιότητα της φροντίδας για μια σειρά λόγων. Η ανεπαρκής ικανοποίηση συνδέεται με την ελαττωμένη παροχή φροντίδας υγείας και τα ανεπαρκή κλινικά αποτελέσματα, για παράδειγμα λόγω παρενεργειών και μειωμένης συμμόρφωσης του ασθενούς. Η δυσαρέσκεια στην εργασία είναι μια σημαντική αιτία του κύκλου εργασιών των νοσηλευτών και ανεπάρκειας του μη ιατρικού προσωπικού. Μια άλλη αρνητική συνέπεια του υψηλού κύκλου εργασιών είναι η απώλεια της συνέχειας της φροντίδας. Για τους εργαζόμενους της υγείας, η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία συνδέεται επίσης με υψηλά επίπεδα άγχους και εξάντλησης. Επιπλέον, μπορεί να επηρεάσουν την ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα. Είναι γνωστό ότι οι συνθήκες εργασίας έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση από την εργασία και ο υψηλός φόρτος εργασίας συνδέεται με χαμηλότερη απόδοση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι πολύ δυσαρεστημένοι με το εισόδημά τους και τις συνολικές συνθήκες εργασίας (Goetz et al., 2011).

Τα αισθήματα δυσαρέσκειας και το εργασιακό άγχος αποτελούν προβλήματα κοινά σε νοσηλευτές καθώς και στους γενικούς ιατρούς (παθολόγους) στις δυτικές χώρες. Η έννοια της ικανοποίησης από την εργασία ορίζεται από τους Herzberg και Mausner (1967). Κάνουν διάκριση μεταξύ εγγενούς ικανοποίησης, όπως η αναγνώριση, τα καθήκοντα της δουλειά τους και το επίπεδο της ευθύνης από τη μία πλευρά, και εξωγενείς παράγοντες όπως οι συνθήκες εργασίας, η πολιτική της εταιρείας ή ο μισθός, που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία, από την άλλη πλευρά (Goetz et al., 2011).

#### Burnout και ικανοποίηση από την εργασία

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχέτισης των Ge et al. (2011) σε νοσοκομεία πόλεων της Κίνας, έδειξαν ότι η αρνητική συσχέτιση ικανοποίησης από την εργασία με τη συναισθηματική εξάντληση και τον κυνισμό, και η θετική συσχέτιση με τη

μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση/επίτευξη, είναι συνεπείς με ευρήματα πολλών άλλων μελετών. Η συνέπεια αυτή σημαίνει ότι τα ευρήματα έχουν διεθνή αξία. Σε προηγούμενη μελέτη, δεν είναι σαφές το κατά πόσον η δυσαρέσκεια από την εργασία προκαλεί εξουθένωση ή αν η εξουθένωση προκαλεί δυσαρέσκεια από την εργασία. Μερικοί ερευνητές πρότειναν ότι η ικανοποίηση από την εργασία μπορεί να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι της εξουθένωσης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα παλινδρόμησης της μελέτης έδειξαν ότι οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (δηλαδή συναισθηματική εξάντληση, κυνισμός και προσωπική ολοκλήρωση), στην πόλη Shenyang συνδέθηκαν με την ικανοποίηση από τη δουλειά. Δύο διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (δηλαδή συναισθηματική εξάντληση και κυνισμός) συνδέονται με την ικανοποίηση στην εργασία στην πόλη Benxi. Ο κυνισμός συνδέθηκε και με τις δύο διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία (δηλαδή ενδογενή και εξωγενή ικανοποίηση εργασίας) και στις δύο πόλεις. Επισημαίνεται ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι προγνωστικός δείκτης ικανοποίησης από την εργασία. Σύμφωνα με τον κινέζικο Κομφουκιανισμό, ο υποδεέστερος μπορεί να εκφράσει έμμεσα την ικανοποίηση / δυσαρέσκειά του γιατί πρέπει να υπακούει στον ανώτερο (Ge et al., 2011).

#### Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία

Υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που μπορεί να επηρεάζει το ατομικό επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία, όπως το επίπεδο των αμοιβών και άλλων οικονομικών απολαβών, η δικαιοσύνη στο σύστημα προαγωγών, η ποιότητα των συνθηκών εργασίας, η ηγεσία και οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, καθώς και τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης εργασίας (ποικιλία καθηκόντων, ενδιαφέροντα και ευκαιρίες, απαιτήσεις κ.λπ.). Ο σχεδιασμός της εργασίας θα πρέπει να προάγει την εργασιακή ικανοποίηση και την απόδοση, με μεθόδους, όπως οι εναλλαγές ωραρίων (rotation), η διεύρυνση και ο εμπλουτισμός της εργασίας (enlargement and enrichment). Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία είναι ο τρόπος και η μορφή της διοίκησης, η συμμετοχή των εργαζομένων και η δημιουργία και ενίσχυση αυτόνομων ομάδων εργασίας (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

#### Μέθοδοι εκτίμησης (μέτρησης) της εργασιακής ικανοποίησης

Ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο, το οποίο συχνά υπολογίζεται από τους οργανισμούς. Ο συχνότερος τρόπος μέτρησης είναι με τη χρήση κλιμάκων (rating scale), όπου οι εργαζόμενοι αναφέρουν τις

απόψεις τους για την εργασία τους. Οι ερωτήσεις συνήθως σχετίζονται με τις αμοιβές, τις ευθύνες της δουλειάς, την ποικιλία των καθηκόντων, τις ευκαιρίες προαγωγής, την ίδια τη φύση της δουλειάς και τους συνεργάτες. Σε κάποια ερωτηματολόγια η απάντηση δίνεται με «Ναι» ή «Όχι» και σε άλλα με τη βαθμολογία από 1 έως 5 του βαθμού ικανοποίησης (Το 1 αντιπροσωπεύει το «καθόλου ικανοποιημένος» και το 5 το «απόλυτα ικανοποιημένος») (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

Ο περιγραφικός δείκτης εργασίας (JDI, Job Descriptive Index), που δημιουργήθηκε από τους Smith, Kendall και Hulin (1969), είναι ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο για την εργασιακή ικανοποίηση που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως. Καταμετρά την ικανοποίηση του εργαζόμενου σε 5 πεδία: αμοιβή, προαγωγή, ευκαιρίες προαγωγής, συνεργάτες, προϊστάμενοι και την ίδια τη φύση της δουλειάς. Η διαβάθμιση είναι απλή και οι συμμετέχοντες απαντούν με ΝΑΙ, ΟΧΙ ή «Δεν μπορώ να αποφασίσω», ανάλογα με το πώς κάθε δεδομένη φράση του ερωτηματολογίου περιγράφει την εργασία τους. Ο Spector, το 1985, αναβάθμισε τον δείκτη με την ανάπτυξη της «Επισκόπησης της Ικανοποίησης από την Εργασία» (Job Satisfaction Survey, JSS). Το JSS έχει 36 ερωτήσεις που μετρούν 9 διαφορετικά χαρακτηριστικά της εργασιακής ικανοποίησης. Μελετά περισσότερες πτυχές της ικανοποίησης από την εργασία, όπως τα κίνητρα, η ευημερία των εργαζομένων και οι μισθοί. Οι Stamps και Piedmont, το 1986, προσάρμοσαν το JSS στις υπηρεσίες υγείας, και δημιούργησαν ένα νέο ερωτηματολόγιο (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008; Pliorou & Priporas, 2011).

Ο Γενικός Δείκτης Εργασίας (Job General Index) αποτελεί μια βελτίωση του JDI, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση γενικά στην εργασιακή ικανοποίηση και λιγότερο στις εξατομικευμένες απόψεις. Άλλα ερωτηματολόγια για την ικανοποίηση της εργασίας είναι το ερωτηματολόγιο της Minnesota (Minnesota Satisfaction Questionnaire, MSQ) και αυτό της διαβάθμισης πεδίων (Faces Scale). Το MSQ υπολογίζει την εργασιακή ικανοποίηση σε 20 διαφορετικά πεδία, και αποτελείται από έναν μακρύ κατάλογο 100 ερωτήσεων ή έναν μικρότερο με 20 ερωτήσεις. Τέλος, το 'Faces Scale' ερωτηματολόγιο, που χρησιμοποιείται ευρύτατα, υπολογίζει γενικά την ικανοποίηση από την εργασία σε ένα μόνο πεδίο, το οποίο επιλέγουν οι συμμετέχοντες (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

## 9. Θεωρίες για το μάνατζμεντ και την επαγγελματική ικανοποίηση

Το επιστημονικό μάνατζμεντ είχε επίσης σημαντική επίδραση στη μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης. Το βιβλίο του Frederick Winslow Taylor (1911) συνέβαλε στην αλλαγή φιλοσοφίας στη βιομηχανική παραγωγή, οδηγώντας σε μια πιο μοντέρνα προσέγγιση της εργασίας με τη δημιουργία ομάδων και ωρομισθίων εργαζομένων. Αρχικά η αύξηση στην παραγωγή ήταν μεγάλη, διότι οι εργαζόμενοι αναγκάστηκαν να δουλεύουν σε πολύ γρήγορους ρυθμούς. Στη συνέχεια όμως η εξοντωτική εργασία οδήγησε στην απογοήτευση και τη δυσαρέσκεια, δίνοντας έτσι την ευκαιρία στους ερευνητές να απαντήσουν σε πολλές νέες ερωτήσεις, σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση. Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow (1954), μια θεωρία υποκίνησης, θεμελίωσε τη θεωρία της εργασιακής ικανοποίησης. Η θεωρία αυτή εξηγεί ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να ικανοποιήσουν 5 βασικές ανάγκες τους, με την ακόλουθη σειρά: φυσιολογικές, ασφάλειας, κοινωνικές, αυτοεκτίμησης και αυτοπραγμάτωσης. Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιήθηκε ως βάση πάνω στην οποία οι πρώτοι ερευνητές ανέπτυξαν τις θεωρίες της εργασιακής ικανοποίησης (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

Η σημασία της ικανοποίησης από την εργασία στη βιβλιογραφία των υπηρεσιών μάρκετινγκ δεν είναι κάτι καινούργιο. Ως μια θεωρητική έννοια, αυτή παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από τον Horrock στα μέσα της δεκαετίας του 1930. Απέφερε ότι η ικανοποίηση από την εργασία ενός εργαζομένου προέρχεται από την ψυχική και σωματική ικανοποίηση που βιώνει στο περιβάλλον εργασίας και από την ίδια την εργασία. Η επαγγελματική ικανοποίηση σε γενικές γραμμές αναφέρεται στα συναισθήματα που νιώθει ο εργαζόμενος για τη δουλειά του, και το πώς αντιδρά σε αυτά. Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια έννοια που έχει ευρέως μελετηθεί σε πολλούς διαφορετικούς επαγγελματικούς τομείς, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της φροντίδας υγείας. Ο Nelson (2006) υποστηρίζει ότι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας για το αν οι εργαζόμενοι στην φροντίδα υγείας μείνουν ή εγκαταλείψουν εθελοντικά μια θέση εργασίας, είναι η δυσαρέσκεια με την κατάσταση της απασχόλησης τους (Πιορούλος & Πριπόρας, 2011).

Ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία εξαρτάται από τη διαφορά μεταξύ των δυνητικών κερδών από την εργασία και του πραγματικού κέρδους από αυτή. Μια μελέτη μεταξύ παρόχων φροντίδας στις ΗΠΑ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι που αντιλαμβάνονται την ποιότητα της περίθαλψης ως υψηλή, είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι



υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη πλευρά, το εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών φαίνεται να έχει αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία. Η ικανοποίηση από την εργασία δεν είναι μια ενιαία έννοια, αλλά μάλλον το αντίθετο. Ένα άτομο μπορεί να είναι σχετικά ικανοποιημένο με μια πτυχή της εργασίας του, αλλά δυσαρεστημένο με άλλες πτυχές. Μεγάλο μέρος του εν εξελίξει ενδιαφέροντος για ικανοποίηση από την εργασία βασίζεται στην πεποίθηση ότι η ικανοποίηση από την εργασία συνδέεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την αφοσίωση των εργαζομένων, την απόδοση και τη διατήρηση θέσεων εργασίας (Πιορουλός & Πριπόρας, 2011).

Σε γενικές γραμμές, συμπεραίνεται ότι οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι παράγουν καλύτερες υπηρεσίες, διότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία και της ικανοποίησης του πελάτη. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην παροχή υπηρεσιών, όπου ο άυλος χαρακτήρας των υπηρεσιών καθιστά τους εργαζόμενους ως μια από τις κρισιμότερες παραμέτρους στη διαδικασία δημιουργίας αξίας στην οργάνωση των υπηρεσιών (Πιορουλός & Πριπόρας, 2011).

#### Θεωρίες κινήτρων (motivation)

Η υποκίνηση μπορεί να ορισθεί ως μια διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των εργαζομένων, με σκοπό την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού. Παραδοσιακά η υποκίνηση αντιμετωπιζόταν με την παροχή οικονομικών και κοινωνικών κινήτρων, καθώς και κινήτρων που συνδέονται με τη φύση της εργασίας. Δεν υπήρχε όμως συστηματοποιημένη γνώση και αντιμετώπιση. Για τον λόγο αυτό, αναπτύχθηκαν ολοκληρωμένες και τεκμηριωμένες θεωρίες, σχετικά με τις ανθρώπινες ανάγκες και την υποκίνηση, οι οποίες αναφέρονται στη συνέχεια επιγραμματικά (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

- Η θεωρία του Maslow (1954) υποστηρίζει ότι οι ανθρώπινες ανάγκες είναι ιεραρχικά δομημένες και η προσπάθεια κάλυψής τους πρέπει να ακολουθεί την εξής σειρά: φυσιολογικές ανάγκες, ανάγκες ασφάλειας, κοινωνικές ανάγκες, αυτοεκτίμηση, αυτοπραγμάτωση (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

- Η θεωρία του Herzberg (1959) κατατάσσει τις ανθρώπινες ανάγκες σε δύο κατηγορίες: τα κίνητρα που μπορούν να υποκινήσουν τον άνθρωπο και τα αντικίνητρα, η έλλειψη των οποίων έχει αρνητικές επιπτώσεις, αλλά η παρουσία τους δεν υποκινεί (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

- Η θεωρία της κάλυψης των αναγκών του McClelland (1975) υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις βασικές ανθρώπινες ανάγκες: ανάγκη για επίτευξη σκοπού, ανάγκη για δημιουργία δεσμών και ανάγκη για εξουσία. Οι εργαζόμενοι έχουν την επιθυμία να καλύψουν και τις τρεις ανάγκες, διαφέρουν όμως στον τρόπο με τον οποίο αυτές οι ανάγκες τους κινητοποιούν (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

- Σύμφωνα με τη θεωρία της προσδοκίας (Vroom, 1964), η υποκίνηση είναι αποτέλεσμα συνδυασμού δύο παραγόντων: της προτίμησης για κάποιο αποτέλεσμα και της προσδοκίας ότι μια συγκεκριμένη αντίδραση (πράξη ή συμπεριφορά) θα οδηγήσει σ' αυτό το αποτέλεσμα (Χατζηπαντελής & Σιγάλας 2008).

- Τέλος, η θεωρία της ισοτιμίας (Adams, 1963) υποστηρίζει ότι η δικαιοσύνη και η ισοτιμία είναι δύο παράμετροι που επηρεάζουν σημαντικά τη στάση των εργαζομένων και εξηγούν την αντίδρασή τους απέναντι σε προσπάθειες υποκίνησης (Χατζηπαντελής & Σιγάλας 2008).

#### Θεωρίες εργασιακής ικανοποίησης

- Η θεωρία της επιρροής (Affect Theory) του Edwin A. Locke (1976) είναι η πιο διαδεδομένη μέχρι σήμερα. Η βασική αρχή της θεωρίας αυτής καθορίζει ότι η ικανοποίηση εξαρτάται από την επικαλυπτόμενη σχέση μεταξύ του «τι θέλει ο καθένας από τη δουλειά του» και του «τι έχει στη δουλειά του». Επιπλέον, η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση εξαρτάται από την αξία που δίνει ο εργαζόμενος σε ένα συγκεκριμένο πεδίο της δουλειάς του (π.χ., ο βαθμός αυτονομίας στην εργασία), και αν αυτή δεν απαντάται στη δουλειά του τότε είναι δυσαρεστημένος. Έτσι, όταν ένα άτομο αξιολογεί ιδιαίτερα μια συγκεκριμένη πτυχή της δουλειάς του, τότε ανάλογα με το αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα ευτυχής ή δυστυχής, σε σχέση με έναν άλλο εργαζόμενο που δεν τον απασχολεί σοβαρά αυτή η πτυχή της εργασίας (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

- Η θεωρία της διάθεσης (Dispositional Theory) είναι μια γενική θεωρία, η οποία υποδηλώνει ότι τα άτομα έχουν εσωτερικές διαθέσεις, οι οποίες καθορίζουν κάποιες τάσεις σχετικά μ' ένα συγκεκριμένο επίπεδο ικανοποίησης, ανεξάρτητα από το είδος της εργασίας (Judge et al., 1998).

- Η θεωρία των δύο παραγόντων (Motivator – Hygiene Theory) του Frederick Herzberg προσπαθεί να εξηγήσει την ικανοποίηση και την υποκίνηση στο περιβάλλον εργασίας. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση και η απογοήτευση οφείλονται σε διαφορετικούς παράγοντες — παράγοντες υποκίνησης και παράγοντες

που αφορούν στον οργανισμό υγείας στον οποίο απασχολείται ο εργαζόμενος, αντίστοιχα. Οι παράγοντες υποκίνησης είναι αυτοί που κάνουν τους ανθρώπους να βελτιώσουν την απόδοσή τους και τους ικανοποιούν, π.χ., η επιτυχία στην εργασία, η αναγνώριση, η προαγωγή. Παράγοντες που αφορούν στον οργανισμό θεωρούνται οι αμοιβές, οι πολιτικές του οργανισμού, οι πρακτικές της διοίκησης και άλλες εργασιακές καταστάσεις. Η θεωρία αυτή δέχτηκε πολλές κριτικές (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

- Οι Hackman και Oldham (1976) πρότειναν το μοντέλο χαρακτηριστικών της εργασίας (Job characteristics model), το οποίο χρησιμοποιείται ευρύτατα για τη μελέτη της επίδρασης συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της εργασίας στα αποτελέσματα, μεταξύ των οποίων και η εργασιακή ικανοποίηση. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι υπάρχουν 5 κεντρικά χαρακτηριστικά της εργασίας (ποικιλία δυνατοτήτων, ταυτότητα καθηκόντων, σημαντικότητα καθηκόντων, αυτονομία και ανατροφοδότηση), τα οποία επηρεάζουν, μέσω ψυχολογικών καταστάσεων, τα αποτελέσματα στην εργασία (ικανοποίηση, υποκίνηση κ.λπ.). Το μοντέλο αυτό μπορεί να συνδυαστεί, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα μοντέλο μέτρησης της εργασίας, ένας δείκτης που εκφράζει την επιρροή της εργασίας στις διαθέσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

Η οικονομική κρίση και τα υψηλά επίπεδα της ανεργίας στη χώρα μας μπορούν να εξηγήσει τα αποτελέσματα μας για τις συμβάσεις εργασίας του προσωπικού. Προσωπικό με καθορισμένες συμβάσεις ορισμένου χρόνου εργασίας με το νοσοκομείο, ανησυχεί για την ανεργία και την ανασφάλεια, έχει λιγότερες απαιτήσεις από την εργασία του, σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μόνιμη σύμβαση εργασίας. Έτσι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους (Πιόρουλος & Πριόρας, 2011).

Μια μικρή αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της ηλικίας και της εργασιακής εμπειρίας και της ικανοποίησης από την εργασία. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι καθώς ένα άτομο μεγαλώνει και αυξάνονται η εμπειρία, οι ανάγκες και οι απαιτήσεις του, το ίδιο συμβαίνει και με τις απαιτήσεις του από τη δουλειά του. Αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί όσο μεγαλώνουμε, η ικανοποίηση από τη δουλειά μας μειώνεται (Πιόρουλος & Πριόρας, 2011).

Φαίνεται ότι το εσωτερικό μάρκετινγκ έχει σημαντική θετική επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία, του προσωπικού φροντίδας υγείας στα δημόσια

νοσοκομεία στη Βόρεια Ελλάδα. Επίσης, οι γιατροί και οι άνδρες φαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία. Προσωπικό με συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου με το νοσοκομείο, είναι πιο ικανοποιημένο και καθώς το προσωπικό μεγαλώνει ηλικιακά, σημειώνεται μια μικρή πτώση στην ικανοποίηση από την εργασία (Πιορουλός & Πριπόρας, 2011).

Οι διοικητές των νοσοκομείων καθώς και το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να αναγνωρίσουν ότι το εσωτερικό marketing στον τομέα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας θα μπορούσε να είναι πολύ χρήσιμο στη βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης (Πιορουλός & Πριπόρας, 2011).

### Η οργανωσιακή κουλτούρα

Η οργανωσιακή κουλτούρα περιγράφεται από τους Robbins & Coulter, ως οι κοινές αξίες, πεποιθήσεις, ή αντιλήψεις που έχουν οι εργαζόμενοι στα πλαίσια ενός οργανισμού ή μιας μονάδας του. Επειδή η οργανωτική κουλτούρα αντανακλά τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τα πρότυπα συμπεριφοράς που χρησιμοποιούνται από τους υπαλλήλους σε έναν οργανισμό για να δώσουν νόημα στις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν, μπορεί να επηρεάσει τις συμπεριφορές του προσωπικού. Η κατανόηση των βασικών αξιών του οργανισμού μπορεί να αποτρέψει πιθανές εσωτερικές συγκρούσεις, οι οποίες είναι ο κύριος λόγος σε αυτά τα πολιτιστικά θέματα (Tsai, 2011).

Η διεισδυτικότητα της οργανωσιακής νοοτροπίας απαιτεί ότι η διοίκηση αναγνωρίζει τις υποστηρικτικές διαστάσεις και τον αντίκτυπό της στις μεταβλητές που συνδέονται με τους υπαλλήλους, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, η οργανωσιακή δέσμευση και η απόδοση. Ο Lund (2003) πίστευε ότι έγινε λίγη έρευνα για τη σχέση μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και ικανοποίησης από την εργασία, στο θέμα της έρευνας της οργανωσιακής κουλτούρας και της έκβασης. Η οργάνωση αποτελείται από το προσωπικό, με τη συμπεριφορά των μεμονωμένων μελών του να επηρεάζει τις εκβάσεις. Δεδομένου ότι η έρευνα της κουλτούρας στον τομέα της νοσηλευτικής δεν είναι συνηθής, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο η κουλτούρα επηρεάζει τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, και στη συνέχεια το πώς η συμπεριφορά του προσωπικού επηρεάζει την οργανωτική έκβαση (Tsai, 2011).

Ο ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας είναι η πεποίθηση ότι μπορεί να καθοδηγήσει το προσωπικό στο να γνωρίζει τι πρέπει να κάνει και τι να μην κάνει, συμπεριλαμβανομένων των πρακτικών, των αξιών και των υποθέσεων σχετικά με την εργασία τους. Οι βασικές αξίες ενός οργανισμού αρχίζουν με την ηγεσία του, η οποία στη συνέχεια θα εξελιχθεί σε ένα στυλ ηγεσίας. Οι υφιστάμενοι θα πρέπει να καθοδηγούνται από αυτές τις αξίες και τη συμπεριφορά των ηγετών, έτσι ώστε η συμπεριφορά και των δύο μερών θα πρέπει να ευθυγραμμίζεται όλο και περισσότερο. Όταν θα έχουν αναπτυχθεί ισχυρή ενιαία συμπεριφορά, αξίες και πεποιθήσεις, μια ισχυρή οργανωτική κουλτούρα θα αναδυθεί. Οι ηγέτες πρέπει να εκτιμήσουν τη λειτουργία τους για τη διατήρηση της κουλτούρας ενός οργανισμού. Αυτό ως αντάλλαγμα, θα εξασφαλίσει μια συνεπή συμπεριφορά μεταξύ των μελών της οργάνωσης, περιορίζοντας τις συγκρούσεις και δημιουργώντας ένα υγιές περιβάλλον εργασίας για τους εργαζομένους (Tsai, 2011).

#### 10. Μελέτες μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης

1. Η επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού μετρήθηκε με την κλίμακα ικανοποίησης από την εργασία για την φροντίδα υγείας, του Μάαστριχτ (Maastricht Work Satisfaction Scale for Healthcare, MASGZ). Η MASGZ αποτελείται από 21 στοιχεία που πρέπει να εκτιμηθούν με μια πενταβάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από «πολύ δυσαρεστημένοι» (1) έως «πολύ ικανοποιημένοι» (5). Τα στοιχεία πραγματεύονται την ικανοποίηση από τον προϊστάμενο/επιβλέποντα, τις δυνατότητες πρόωθησης, την ποιότητα της περίθαλψης, τις επαφές με τους συναδέλφους και τους ενοίκους, και τη σαφήνεια των καθηκόντων. Για τη μελέτη αυτή, ένα στοιχείο («ο βαθμός στον οποίο μπορείτε να προπορευτείτε στη μονάδα»), αφαιρέθηκε, δεδομένου ότι δεν σχετίζεται άμεσα με την εργασία στη μονάδα. Η εσωτερική συνέπεια (internal consistency) (άλφα του Cronbach, Cronbach's alpha) των 20 υπόλοιπων στοιχείων του δείγματος ήταν 0,88 (Beek et al., 2011).

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ομάδες του νοσηλευτικού προσωπικού συνδέονται με υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα της περίθαλψης και χαμηλότερο αναμενόμενο κύκλο εργασιών. Ωστόσο, αυτή τη στιγμή ελάχιστα είναι γνωστά για την κοινωνική δομή των σχέσεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτή είναι η πρώτη μελέτη για τη διερεύνηση των άτυπων κοινωνικών δικτύων του

νοσηλευτικού προσωπικού στη μακροχρόνια περίθαλψη, με βάση τις αναλύσεις του κοινωνικού δικτύου (Beek et al., 2011).

Τα κοινωνικά δίκτυα σε οργανισμούς στους οποίους τα άτομα είναι ενσωματωμένα, επηρεάζουν τη συμπεριφορά και είναι σημαντικά για τη διάδοση των πληροφοριών και την επιρροή που ασκείται στους εργαζομένους. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα κοινωνικά δίκτυα είναι επωφελή για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, την απόδοση στην εργασία και την περιστολή των συγκρούσεων (Beek et al., 2011).

Οι Krackhardt και Hanson (1993) διακρίνουν τρεις τύπους ανεπίσημων κοινωνικών δικτύων σε οργανισμούς: δίκτυα επικοινωνίας, παροχής συμβουλών και εμπιστοσύνης. Τα δίκτυα επικοινωνιών αποτελούνται από υπαλλήλους, οι οποίοι μιλούν για εργασιακά θέματα σε τακτική βάση. Το δίκτυο συμβουλών διαμορφώνεται από τους σπουδαιότερους παράγοντες σε έναν οργανισμό, από τους εργαζομένους από τους οποίους εξαρτώνται οι άλλοι για την επίλυση προβλημάτων και την ανταλλαγή πληροφοριών. Το δίκτυο εμπιστοσύνης δείχνει ποιοι συμμετέχοντες μοιράζονται ευαίσθητες πληροφορίες και υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο σε μια κρίση (Beek et al., 2011).

Σε περιβάλλοντα μακροχρόνιας φροντίδας για την άνοια στην Ολλανδία, η ομάδα των ηλικιωμένων με άνοια που χρειάζονται εντατική μακροχρόνια φροντίδα θα αυξηθεί σημαντικά κατά τα προσεχή έτη. Το 2010, υπήρχαν περίπου 35,6 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο με άνοια. Ο αριθμός αυτός θα αυξηθεί σε 115,4 εκατομμύρια το 2050. Στις Κάτω Χώρες, υπάρχουν περίπου 235.000 άτομα με άνοια, από τα οποία το 35% ζει σε χώρο μακροπρόθεσμης φροντίδας. Ο εργαζόμενος πληθυσμός στην Ολλανδία αναμένεται να μειωθεί. Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να κατανοηθεί το πώς η φροντίδα για τα άτομα με άνοια μπορεί να βελτιστοποιηθεί (Beek et al., 2011).

Η φροντίδα για τα άτομα με άνοια στην Ολλανδία παρέχεται σε γηροκομεία και κατοικίες σε ειδικές (ψυχογηριατρικές) μονάδες. Οι κάτοικοι που ζουν σε αυτές τις μονάδες μοιράζονται συχνά το υπνοδωμάτιό τους και λαμβάνουν διεπιστημονική φροντίδα. Οι ένοικοι δε μπορούν να εγκαταλείψουν τη μονάδα με δική τους πρωτοβουλία. Επιπλέον, στις κατοικίες των ατόμων με άνοια παρέχεται καθημερινά ψυχογηριατρικό έργο σε ομάδα, που αποσκοπεί στην καθυστέρηση ή την αποτροπή της εισαγωγής των κατοίκων σε οίκο ευγηρίας. Οι κάτοικοι που παρακολουθούν αυτά τα προγράμματα σε ομάδες ζουν σε δικά τους διαμερίσματά στη μονάδα, αλλά περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τους σε μια μικρή ομάδα των περίπου 10

με 12 ενοίκων, τις περισσότερες φορές σε ένα σαλόνι που ορίζεται για το σκοπό αυτό. Τα προγράμματα σε ομάδες παρέχουν διεπιστημονική φροντίδα στους ενοίκους και έχουν ως στόχο να παρέχουν μια ημερήσια ρουτίνα και δραστηριότητες με άλλους ενοίκους σε ένα προστατευμένο περιβάλλον (Beek et al., 2011).

Η ικανοποίηση από την εργασία συνδεόταν επίσης με τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων. Ωστόσο, η σχέση εξαφανίστηκε όταν μετρήθηκε και η πυκνότητα των δικτύων επικοινωνίας. Το εύρημα αυτό αντιστοιχεί με τα αποτελέσματα του Lerra και δείχνει τη σημασία της μελέτης των κοινωνικών δικτύων κατά τη διερεύνηση των αποτελεσμάτων που συνδέονται με την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού (Beek et al., 2011).

Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης τη σημασία της μελέτης των άτυπων κοινωνικών δικτύων, αντί να ληφθούν υπόψη μόνον τα επίσημα δίκτυα των μελών του προσωπικού. Η μελέτη δείχνει ότι η επικοινωνία μεταξύ των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σημαντική για την ικανοποίηση από την εργασία και ότι τα δίκτυα δεν διαμορφώνονται μόνον από τις επίσημες θέσεις εργασίας των μελών του προσωπικού (Beek et al., 2011).

Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να διερευνηθεί η φύση της σχέσης μεταξύ των άτυπων κοινωνικών δικτύων και άλλων αποτελεσμάτων που συνδέονται με την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού και να ερευνηθεί το εάν τα κοινωνικά δίκτυα επηρεάζουν επίσης τις διαδικασίες φροντίδας στη μακροχρόνια φροντίδα (Beek et al., 2011).

2. Σε μελέτη σε νοσηλευτές, για τον καθορισμό της σχέσης μεταξύ των διαφόρων στυλ ηγεσίας και της κουλτούρας του οργανισμού, προέκυψε μια συσχέτιση μεταξύ της ηγεσίας και της κουλτούρας του οργανισμού. Ωστόσο, με την υιοθέτηση ανάλυσης παλινδρόμησης, βρέθηκε επίσης ότι η συμπεριφορά της ηγεσίας έχει αντίκτυπο στην κουλτούρα του οργανισμού (Tsai, 2011).

Έχει προταθεί ότι οι μεταβλητές που συσχετίζονται ισχυρά με την ικανοποίηση από την εργασία, περιλαμβάνουν τη σύγκρουση ρόλων, την ηγεσία του προϊστάμενου νοσηλευτή, των εποπτικών σχέσεων, της αυτονομίας και του άγχους. Έχει υποστηριχθεί ότι ο καθοριστικός παράγοντας ικανοποίησης από την εργασία είναι η αλληλεπίδραση της ομάδας. Σημασία έχουν ακόμη η καλή ηγεσία και η ικανοποίηση των προσωπικών σχέσεων στο χώρο εργασίας. Η διαχείριση (management) και η συμπεριφορά του ηγέτη στο νοσοκομείο επηρέασε την ικανοποίηση από την εργασία

των νοσηλευτών. Η έρευνα ανακάλυψε επίσης ότι η συμπεριφορά της ηγεσίας θα επηρεάσει την ικανοποίηση από την εργασία των εργαζομένων και ότι οι παράγοντες σε επίπεδο οργανισμού, όπως η κουλτούρα του οργανισμού, έχει επίσης επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία (Tsai, 2011).

Συνιστάται ότι είναι επίσης σημαντικό για τους διοικητές των νοσοκομείων να δημιουργήσουν μια καλή οργανωτική υποδομή, επιπλέον της βελτίωσης του εργασιακού περιβάλλοντος, προκειμένου να αυξηθεί η ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία (Tsai, 2011).

Οι αποφάσεις για την φροντίδα του ασθενούς λαμβάνονται συχνά από μια ομάδα, όχι από ένα μόνο άτομο. Για να διατηρηθεί ανοικτή η επικοινωνία και καλύτερο συντονισμό, καθώς και την αποφυγή πιθανών συγκρούσεων, πρέπει κανείς να επικαλεστεί το ρόλο των ηγετών για να παρακινήσει την ομάδα να επιτευχθεί ο στόχος του οργανισμού. Διαπιστώθηκε ότι η ενθάρρυνση και η υποστήριξη από τους ηγέτες, η εμπιστοσύνη τους και το σαφές όραμα, η συνεπής συμπεριφορά τους στο θέμα αυτό και η ικανότητά τους να πείσουν τους υφισταμένους να αναγνωρίσουν το όραμά τους, μπορούν να επηρεάσουν την ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία. Από την άλλη πλευρά, διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες για την επίτευξη ικανοποίησης από την εργασία δεν ήταν περιορισμένοι στο περιβάλλον εργασίας του εργαζομένου, αλλά περιλαμβάνουν επίσης αλληλεπιδράσεις μεταξύ συνεργατών. Η καλή φροντίδα υγείας απαιτεί καλή συμπεριφορά της ομάδας, γι' αυτό συνιστάται επίσης οι διοικητές των νοσοκομείων να μην καθορίζουν μόνο τις σχέσεις εντός των ομάδων φροντίδας υγείας, αλλά επίσης να εργαστούν για τη βελτίωση αυτών των σχέσεων για την αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων από τη δουλειά. Οι ακαδημαϊκοί που μελετούν την οργανωσιακή κουλτούρα, αντιλαμβάνονται ότι είναι πολύπλοκη. Θα επηρεάσει διαφορετικές στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων. Για παράδειγμα, οι Jacobs και Roodt (2008) ανακάλυψαν μια συσχέτιση μεταξύ των προθέσεων των εργαζομένων ως προς τον κύκλο εργασιών, την ανταλλαγή γνώσεων, τη δέσμευση προς τον οργανισμό, τη συμπεριφορά του πολίτη προς τον οργανισμό, την ικανοποίηση από την εργασία και την οργανωσιακή κουλτούρα. Άλλοι ακαδημαϊκοί έχουν διαπιστώσει ότι η οργανωτική κουλτούρα σχετίζεται επίσης με την οργάνωση ή την αποδοτικότητα των εργαζομένων. Καλά παραδείγματα είναι η καινοτόμος ικανότητα ενός οργανισμού, η αποτελεσματικότητα των εργαζομένων (π.χ. υψηλότερα επίπεδα από τον προσανατολισμό σε ένα στόχο, αυτοέλεγχος). Ένα ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας μπορεί να δημιουργηθεί από τους εργαζομένους,



όταν ένας οργανισμός διαθέτει ένα υγιές πνεύμα και επομένως έχει μια θετική στάση απέναντι στην εργασία των υπαλλήλων. Επομένως, η σχέση μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και συμπεριφοράς των υπαλλήλων έχει υπογραμμιστεί από διάφορους επιστήμονες σε διάφορους τομείς. Οι Jacobs και Roodt (2008) έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και της ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία, στοιχείο που είναι σύμφωνο με τα πορίσματα της έρευνάς μας (Tsai, 2011).

3. Με την έρευνα των Μακρή, και συν. (2011) στην Κύπρο, διερευνώνται θέματα που σχετίζονται με την ΕΙ των επαγγελματιών υγείας-εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία. Ειδικότερα, επιχειρείται η μέτρηση του επιπέδου ΕΙ, ο εντοπισμός των παραγόντων που καθορίζουν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης από βασικές παραμέτρους της επαγγελματικής δραστηριότητας. Τέλος, οι συσχετίσεις της ικανοποίησης με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, αλλά και οι συγκρίσεις των ευρημάτων μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων και νοσοκομείων, οδηγούν σε ενδιαφέροντα δευτερογενή ευρήματα (Μακρής και συν., 2011).

4. Αναφορικά με τη σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης-εξουθένωσης, το θέμα έχει προκύψει από την ερμηνεία της συχνά ευρισκόμενης αρνητικής συσχέτισης μεταξύ των δύο αυτών εννοιών. Αν και η συσχέτιση δεν είναι αρκετά υψηλή ώστε να συνάγεται ότι αυτές οι δύο έννοιες είναι στην ουσία αλληλοεπικαλυπτόμενες, τα αποτελέσματα των ερευνών έχουν οδηγήσει κάποιους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση συνδέονται άμεσα (Αλεξιάς και συν., 2010).

Στο χώρο της υγείας, η διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και της σχέσης του με την επαγγελματική ικανοποίηση έχει συχνά αποτελέσει ερευνητικό στόχο. Σε δείγμα γιατρών στην Ολλανδία, οι Visser, και συν. (2003) βρήκαν ότι η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και τα υψηλά επίπεδα στρες ερμήνευαν ποσοστό 41% της διακύμανσης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε δείγμα Ελβετών γιατρών, οι Bonier και συν. (2009) βρήκαν ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η επαγγελματική ικανοποίηση, τόσο καλύτερα οι γιατροί αντιμετώπιζαν την επαγγελματική εξουθένωση. Σε άλλη μελέτη, η αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση των Ιταλών γιατρών καθώς και η μεγαλύτερη ηλικία σχετίζονταν με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη Μεγάλη

Βρετανία, σε δείγμα χειρουργών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, βρέθηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σχετιζόταν αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Παρόμοια, σε έρευνα σε δείγμα γιατρών στην Τουρκία, οι Ozyurt και συν. (2006) βρήκαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σχετιζόταν αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και θετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα. Συνεπώς, η πλειονότητα των ερευνών συγκλίνουν στο εύρημα ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζονται αρνητικά μεταξύ τους (Αλεξιάς και συν., 2010).

5. Η ικανοποίηση από την εργασία αποτελείται από ένα αίσθημα ευεξίας, που προκύπτει από την αλληλεπίδραση διαφόρων επαγγελματικών πτυχών, και ενδέχεται να επηρεάσει τη σχέση του εργαζόμενου με την οργάνωση, τους πελάτες και την οικογένεια. Ως εκ τούτου, καθίσταται σημαντικό για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να υπάρξει προβληματισμός σχετικά με αυτό το θέμα σε βάθος. Ως εκ τούτου, η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να εξετάσει τα επιστημονικά στοιχεία που σχετίζονται με ικανοποίηση από την εργασία στους νοσηλευτές στη Βραζιλία. Μια ολοκληρωμένη επισκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων LILACS, MEDLINE, BDENF και Cochrane Library, συνολικά 17 δημοσιεύσεις, που κατηγοριοποιούνται σε: ικανοποίηση εργασίας, δυσαρέσκεια εργασίας και οι σχετικοί συντελεστές. Το συμπέρασμα ήταν ότι η ικανοποίηση από την εργασία καθορίζεται από ένα πολύπλοκο δίκτυο παραγόντων και μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την ομάδα που μελετήθηκε. Επιπλέον έρευνες, ιδιαίτερα των αποδεικτικών στοιχείων επιπέδου III σε διάφορους τομείς νοσηλείας, καλύπτοντας όλη τη Βραζιλία, είναι απαραίτητο να υποστηρίξουν την εφαρμογή επαγγελματικών βελτιώσεων (Melo et al., 2011).

6. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να μάθουμε το επίπεδο της ικανοποίησης που οι νοσηλεύτριες έχουν για την εργασία τους. Οι συμμετέχοντες ήταν 34 νοσηλευτές, που απάντησαν στον Επαγγελματικό Δείκτη Ικανοποίησης (PSI), μεταφρασμένο και επικυρωμένο για την πορτογαλική γλώσσα και προσαρμοσμένο στην κατ' οίκον φροντίδα. Τα ακόλουθα έξι στοιχεία αναλύθηκαν: αλληλεπίδραση, αυτονομία, αμοιβές, επαγγελματικό καθεστώς, οργανωτικά πρότυπα και απαιτήσεις εργασίας. Ο PSI που διαπιστώθηκε στη μελέτη ήταν 13,19. Αυτή ήταν μια χαμηλή τιμή, λαμβάνοντας υπόψη την πιθανή διακύμανση 0,9 έως 37,1, αν και

ήταν μεγαλύτερη από τους δείκτες ικανοποίησης που βρέθηκαν σε άλλες μελέτες σε νοσηλεύτριες (Paiva et al., 2011).

7. Οι γιατροί που χορηγούν παρηγορητική αγωγή έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία σε σύγκριση με τους συμβούλους που εργάζονται σε άλλες ειδικότητες. Η βοήθεια προς τους ασθενείς με τον έλεγχο των συμπτωμάτων και οι καλές σχέσεις με τους ασθενείς, τους συγγενείς, και το προσωπικό είναι οι πηγές ικανοποίησης με την πιο υψηλή βαθμολογία στην εργασία των γιατρών της παρηγορητικής αγωγής (Ramirez, 1998).

Τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία είναι γενικά υψηλά μεταξύ των βρετανών νοσηλευτών, αλλά σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των ειδικών κλινικών και νοσηλευτών ασύλου σε σύγκριση με τις νοσοκόμες περιφέρειας, μαίες, νοσηλευτικό προσωπικό θαλάμου, και τους ιατρικούς επισκέπτες. Οι ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές περιγράφουν προσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους και έχουν το χρόνο για να τις αναπτύξουν ως τη μεγαλύτερη πηγή ικανοποίησης στην εργασία τους. Άλλες συνδεδεμένες με τον ασθενή πηγές ικανοποίησης για τις ειδικές κλινικές νοσηλεύτριες είναι ο έλεγχος του πόνου και των συμπτωμάτων και η βελτίωση της ποιότητας ζωής και θανάτου για τους ασθενείς. Η νοσηλευτική ασθενών που πεθαίνουν και η υποστήριξη των οικογενειών τους αποτελούν σημαντική πηγή ικανοποίησης, αρκεί οι νοσηλεύτριες να αισθάνονται ότι έχουν το χρόνο, το προσωπικό, και τη γνώση να το κάνουν καλά (Ramirez, 1998).

Άλλοι τομείς εργασίας που ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές περιγράφουν ως ικανοποιητικούς, είναι οι σχέσεις με τους συναδέλφους και άλλους επαγγελματίες υγείας και η ομαδική εργασία. Αυτό είναι ένα παράδειγμα μιας πλευράς της εργασίας που μπορεί να είναι μια σημαντική πηγή τόσο άγχους, όσο και ικανοποίησης (Ramirez, 1998).

## 11. Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση

Στην Ευρώπη, τα τελευταία χρόνια μια σειρά από συγκριτικές μελέτες προνοιακών συστημάτων έρχονται να υπογραμμίσουν το ενδιαφέρον για τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες φροντίδας. Στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην περιφέρεια, παρατηρούμε την κυριαρχία των άτυπων δικτύων κοινωνικής φροντίδας (οικογένεια, γειτονιά). Το γεγονός αυτό συνδέεται με ζητήματα που αφορούν στην διατήρηση των δεσμών των Ελλήνων με την εκτεταμένη οικογένεια και την αντίληψη ότι η φροντίδα

των ηλικιωμένων, για παράδειγμα, είναι οικογενειακή ευθύνη -ιδιαίτερα των γυναικών- αλλά και με το έλλειμμα ανάπτυξης αντίστοιχων επίσημων δομών. Αντίστοιχη φαίνεται να είναι η κατάσταση στον τομέα της φροντίδας αλλά και της γενικότερης δομής του κράτους πρόνοιας και σε άλλες χώρες -κυρίως του Νότου- όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, την Πορτογαλία, τη Νότια Ιταλία αλλά και την Ιρλανδία, όπου η εκτεταμένη οικογένεια αλλά και η καθολική εκκλησία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση και την παροχή υπηρεσιών (Καραγκούνης, 2005).

Αντίθετα, σε χώρες με διαφορετικά προνοιακά μοντέλα όπως για παράδειγμα στη Βρετανία, σε ό,τι αφορά την φροντίδα στην κοινότητα, τα τελευταία χρόνια επιδιώχτηκε η δημιουργία μιας «μικτής οικονομίας παροχής φροντίδας» όπως χαρακτηριστικά αναφέρει το σχέδιο νόμου ‘White Paper: Caring for People: Community Care in the next decade and beyond’ (1989), όπου η αξιοποίηση του εθελοντικού, μη κερδοσκοπικού καθώς και του ιδιωτικού τομέα από τις κρατικές ή τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες αποτελεί μια στρατηγική επιλογή της πολιτείας στην διαδικασία αναζήτησης περισσότερο οικονομικών λύσεων, της αποκέντρωσης και της ιδιωτικοποίησης της πρόνοιας. Σε αυτό το πλαίσιο η Βρετανία έχει προχωρήσει αρκετά προς την κατεύθυνση σύναψης συμβολαίων (contracting) με εθελοντικούς φορείς και οργανισμούς. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η Γαλλία, όπως και η Ιταλία. Με το σύστημα αυτό κρατικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο συνάπτουν συμβόλαια, τα οποία περιλαμβάνουν κανονισμούς και όρους για το τι θα προσφέρεται και πως, με εθελοντικές οργανώσεις ή κερδοσκοπικές επιχειρήσεις για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε συγκεκριμένες κατηγορίες «πελατών» (Καραγκούνης, 2005).

Ωστόσο, η συνέχιση της παροχής υπηρεσιών φροντίδας από την οικογένεια και ιδιαίτερα τις γυναίκες, που αποτελούν κατά κύριο λόγο τους φροντιστές των ευάλωτων ατόμων, αρχίζει να καθίσταται προβληματική στην σημερινή εποχή. Η παραπάνω διαπίστωση σχετίζεται με διάφορες κοινωνικές αλλαγές οι οποίες έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια και θέτουν τη δυνατότητα της οικογένειας να προσφέρει την απαιτούμενη φροντίδα υπό αμφισβήτηση. Οι αλλαγές αυτές αφορούν στη μεγαλύτερη γυναικεία συμμετοχή στην αγορά εργασίας, στην τεράστια αύξηση των διαζυγίων σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες (Καραγκούνης, 1996), στην ποικιλία οικογενειακών σχημάτων, αλλά και στο γεγονός ότι η ανάπτυξη ενός συστήματος πολύπλευρης ενίσχυσης για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες και τις οικογένειες

τους, καθώς και η ποσοτική και ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών στήριξης από την πολιτεία, παραμένουν σε εκκρεμότητα (Καραγκούνης, 2005).

Για παράδειγμα, στην χώρα μας δεν προβλέπεται η οικονομική ενίσχυση της οικογένειας που φροντίζει το/τα ηλικιωμένο/-α μέλος/-η της. Τα τελευταία χρόνια η επικρατούσα πρακτική υπαγορεύει την πρόσληψη στον ρόλο του φροντιστή μεταναστριών από τις χώρες της πρώην Σ. Ένωσης και της Ανατολικής Ευρώπης, κάτι το οποίο συνεπάγεται μια ιδιαίτερη οικονομική επιβάρυνση για την οικογένεια, προβλήματα που δημιουργεί η πιθανή συγκατοίκηση, ζητήματα επικοινωνίας αλλά και ελλιπή προγραμματισμό των πραγματικών αναγκών του ηλικιωμένου. Έτσι, σκιαγραφείται ένα πλαίσιο ιδιαίτερα αρνητικό για την συνέχιση της «αυτονόητης και θεμελιωμένης αρχής του καθήκοντος παιδιών, εγγονών, συγγενών να φροντίζουν τους ηλικιωμένους» (Καραγκούνης, 2005).

Σε ό,τι αφορά στην ανάπτυξη των κοινωνικών υπηρεσιών γενικότερα στην Ελλάδα, αυτή χαρακτηρίζεται από ανομοιομορφία και έλλειψη προγραμματισμού. Σε ό,τι αφορά τις υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο, παρατηρείται πληθυσμιακή και γεωγραφική ανισοκατανομή τους, επικάλυψη, ανεπάρκεια, πενιχρή υποδομή, έλλειψη προσωπικού και συγκεντρωτισμός στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς και στον σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων. Στην πλειοψηφία τους αποτελούν αποσπασματικές και περιστασιακές πρωτοβουλίες, που δεν εξασφαλίζουν την συνέχεια και την προοπτική (Καραγκούνης, 2005).

Ο Νόμος Καποδίστρια για την συγκρότηση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης δημιούργησε ένα διαφορετικό πλαίσιο προϋποθέσεων που, παρά το σημαντικό έλλειμμα πόρων και πηγών, ευνοεί τον σχεδιασμό και εφαρμογή τοπικών αναπτυξιακών προγραμμάτων και πρωτοβουλιών, που στοχεύουν στην ανάπτυξη υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων και αναγκών, με την δημιουργία δημοτικών κοινωνικών υπηρεσιών, την αξιοποίηση ευρωπαϊκών κονδυλίων, διακοινοτικών συνεργασιών και την οργάνωση της τοπικής κοινωνίας (Καραγκούνης, 2005).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Με τη δράση αυτή διευρύνονται ποσοτικά και ποιοτικά οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στους πολίτες. Παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής-οικιακής βοήθειας με σκοπό την ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών. Στο πλαίσιο του

προγράμματος δίνεται η δυνατότητα επέκτασης του είδους και του εύρους των υπηρεσιών αυτών. Προτεραιότητα του προγράμματος αποτελεί η φροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους μόνιμα ή ορισμένες ώρες της ημέρας και δεν αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό και των ατόμων με αναπηρία που ζουν μόνα τους ή με την οικογένειά τους και αντιμετωπίζουν καταστάσεις απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» εξυπηρετεί ένα μεγάλο αριθμό ατόμων που κατοικούν σε ακριτικές περιοχές μεγαλύτερων δήμων. Προσφέρει νοσηλευτική, οικιακή υπηρεσία και ψυχαγωγία και αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα μέσα που διαθέτει. Απευθύνεται σε μοναχικά άτομα που αντιμετωπίζουν διάφορες μορφές δυσκολιών και προσφέρει εργασία σε ένα σημαντικό αριθμό ατόμων, ενισχύοντας τα κίνητρα για την παραμονή στον τόπο τους και όχι την αναζήτηση εργασίας σε αστικά κέντρα (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Η αξιολόγηση των εμπειριών από την εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων, είναι δυνατό να συμβάλλει στην περαιτέρω ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς τους. Παράλληλα, αποδεικνύεται ότι η δυναμική της εφαρμογής του προγράμματος στο σπίτι, ξεπερνά τους αρχικούς στόχους του και επεκτείνεται στη γενικότερη κοινωνικο-οικονομική ζωή της υπαίθρου, ενισχύοντας την γεωγραφική και επαγγελματική κινητικότητα των κατοίκων της (Μαρδάκης, 2005).

## 12. Δομές και Προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας ανοιχτού τύπου για ηλικιωμένους, ΑΜΕΑ

Στο σύγχρονο ελληνικό κράτος παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη συμμετοχή της Αυτοδιοίκησης στην άσκηση Κοινωνικής Πολιτικής. Χαρακτηριστική είναι η σύγκριση των αρμοδιοτήτων των ΟΤΑ, όπως αυτές ορίζονται στον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων του 1995 (ΠΔ 410/95) και σε αυτόν του 2006 (Ν.3463/2006). Μέσα σε 12 έτη παρατηρείται μία ισχυρή μεγέθυνση και διαφοροποίηση, τόσο σε εύρος, όσο και σε εξειδίκευση υπηρεσιών, η οποία έχει ήδη τα στοιχεία της ωρίμανσης, ώστε να μπορέσει να καταγραφεί και θεσμικά.

Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου των Δήμων, τις λειτουργικές και δαπάνες μισθοδοσίας, των οποίων έχουν αναλάβει οι Δήμοι. Τα 688 περίπου Κ.Α.Π.Η που λειτουργούν σε όλη τη χώρα, έχουν τους εξής στόχους:

- Πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Διαφώτιση και Συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους (Δανιηλίδης, 2009).

Ένα άλλο εξαιρετικό παράδειγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης της ιδρυματοποίησης της τρίτης ηλικίας και των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας (Δανιηλίδης, 2009).

Το 1996 ξεκίνησαν πιλοτικά τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», με στόχο την προσφορά οργανωμένης φροντίδας σε άτομα με ιδιαίτερα προβλήματα και ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, μένουν μόνοι, ή όπου το οικογενειακό τους περιβάλλον αδυνατεί να τους φροντίσει επαρκώς. Σήμερα λειτουργούν στην χώρα μας 1.064 δομές σε κάθε δήμο και σε κάθε χωριό, οι οποίες μέσα από τις υπηρεσίες που παρέχουν συμβάλουν στην εξασφάλιση του δικαιώματος των ηλικιωμένων για αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση και ταυτόχρονα στην παραμονή στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον (Δανιηλίδης, 2009).

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελούν βασικές υπηρεσίες υγείας ανοιχτού τύπου. Είναι στελεχωμένες με κοινωνικούς λειτουργούς για τη συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη των ωφελούμενων και τη διευθέτηση κοινωνικοπρονοιακών θεμάτων, με γιατρούς, νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές ώστε να υπάρχει μέριμνα στα θέματα υγείας και με οικογενειακούς βοηθούς για την παραμονή των ηλικιωμένων σε ένα καθαρό περιβάλλον καλύπτοντας βασικές τους ανάγκες (παρασκευή γευμάτων, αγορά τροφίμων, καθαριότητα κατοικίας κ.α.) (Δανιηλίδης, 2009).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εφαρμόζεται σε όλη τη χώρα και κατά προτεραιότητα σε απομακρυσμένες, ορεινές και νησιώτικες περιοχές. Προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, μη επαρκώς εξυπηρετούμενα, που διαβιούν μοναχικά και τα εισοδήματά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις υπηρεσίες και μέσα εξυπηρέτησης.

Συγκεκριμένα παρέχονται υπηρεσίες οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας, ιατρική παρακολούθηση, νοσηλευτική φροντίδα και φυσικοθεραπεία, διευκόλυνση για συμμετοχή σε πολιτιστικές εκδηλώσεις κ.λπ. (Δανιηλίδης, 2009).

Παρόμοια, το 2001 δημιουργήθηκαν και λειτουργούν έκτοτε τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) με αποκλειστική ευθύνη της ΤΑ, για την εξυπηρέτηση ηλικιωμένων ατόμων που παρουσιάζουν κινητικές ή και νοητικές δυσκολίες και διαμένουν σε περιβάλλον που αδυνατεί να τα φροντίσει καθημερινά. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα Κ.Η.Φ.Η. αφορούν πρωτίστως υπηρεσίες υγείας ενώ στελεχώνονται κυρίως από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το εξειδικευμένο προσωπικό φροντίζει καθημερινά τις ανάγκες των ηλικιωμένων από την ατομική υγιεινή έως τη δημιουργική απασχόληση και ανάπτυξη λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (Δανηλίδης, 2009).

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) αποσκοπούν στην παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας (Δανηλίδης, 2009).

Τα ΚΗΦΗ διέπονται από τις αναγνωρισμένες ειδικές αρχές, που αναφέρονται στους ηλικιωμένους.

Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων:

- Αξιοπρεπή διαβίωση ηλικιωμένων στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Υποστήριξη της αυτονομίας, της κοινωνικής συμμετοχής και της αυτάρκειας τους.
- Υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και εξασφάλιση της υγείας και ποιοτικής διαβίωσης.

Σύμφωνα με πρόσφατη καταγραφή της ΚΕΔΚΕ λειτουργούν 61 ΚΗΦΗ σε όλη τη χώρα, τα οποία εξυπηρετούν περίπου 1.000 ηλικιωμένους και απασχολούν 269 εργαζόμενους.

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» στελεχώνονται με κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές-τριες και οικογενειακούς βοηθούς. Οι μονάδες κοινωνικής μέριμνας παρέχουν ταυτόσημες υπηρεσίες με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και στελεχώνονται με τις ίδιες ειδικότητες. Σύμφωνα με πρόσφατη καταγραφή της ΚΕΔΚΕ λειτουργούν 881 δομές «Βοήθεια στο Σπίτι» και 183 Μονάδες Κοινωνικής



Μέριμνας σε όλη τη χώρα, οι οποίες εξυπηρετούν 100.000 άτομα και στις οποίες εργάζονται 4.273 εργαζόμενοι (Δανιηλίδης, 2009).

Η λειτουργία των παραπάνω δομών είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη ωστόσο επαφίεται μονάχα στην ευαισθησία της εκάστοτε δημοτικής αρχής, δίχως την ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου εθνικού σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής από την κεντρική εξουσία που όχι μόνο θα εκχωρεί αρμοδιότητες, αλλά θα παραχωρεί και τους απαραίτητους πόρους (Δανιηλίδης, 2009).

### 13. Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Η ηλικιακή σύνθεση που χαρακτηρίζει τον πληθυσμό των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει αλλάξει τις τελευταίες δεκαετίες. Έντονο είναι το φαινόμενο της γήρανσης, το οποίο αποτελεί συνέπεια της μείωσης τόσο της γονιμότητας, όσο και της θνησιμότητας. Ορισμένα κράτη έχουν προσεγγίσει το όριο της αναπαραγωγής τους (2,1 παιδιά ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας ) ενώ άλλα -μεταξύ των οποίων βρίσκεται η Ελλάδα- εμφανίζουν δείκτες κάτω του ορίου αυτού. Ίσως ο μεγαλύτερος φόβος που αντιμετωπίζει ένας άνθρωπος καθώς γερνά είναι η πιθανότητα να έχει ανάγκη από καθημερινή φροντίδα, ως αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας ή προϊούσας συνολικής αδυναμίας. Η παραδοσιακή λύση σε αυτές τις περιπτώσεις ήταν, για τη μεν βόρεια Ευρώπη η εισαγωγή σε γηροκομείο, για τις δε μεσογειακές χώρες η παροχή φροντίδας από το οικογενειακό περιβάλλον. Όμως, η κλειστή περίθαλψη είναι δαπανηρή και οι δημοσιονομικές πιέσεις στις κοινωνικές δαπάνες οδήγησαν σε προσπάθειες για τον περιορισμό της. Από την άλλη πλευρά, η λειτουργία των συγγενικών δικτύων άλλαξε τα τελευταία χρόνια: η αύξηση της απασχόλησης των γυναικών (ή των προσδοκιών τους για απασχόληση) επέδρασε στη διαθεσιμότητά τους ως φορέων φροντίδας και γενικώς ο ρόλος των άτυπων δικτύων φροντίδας αμβλύθηκε. Η πυρηνική οικογένεια δεν είναι σε θέση πια να φροντίζει τους ηλικιωμένους σε διαρκή βάση, ούτε και να τους παρέχει στέγη. Η χωριστή διαμονή του ηλικιωμένου είναι πια ο κανόνας και στη Νότια Ευρώπη, ενώ μέχρι πριν από μερικά χρόνια συναντιόταν κατ' εξαίρεση. Εξάλλου, ακόμη και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η οικογένεια αποτελεί το βασικό φορέα πρόνοιας των ηλικιωμένων, αναγνωρίζεται πλέον ότι είναι απαραίτητο να υποστηριχθεί. Στην χώρα μας τα τελευταία τριάντα χρόνια, υπερδιπλασιάστηκαν οι Έλληνες άνω των 65 ετών. Μεγάλο ποσοστό από αυτούς έχει χαμηλό εισόδημα και αρκετοί βρίσκονται στο όριο της φτώχειας. Από την άλλη πλευρά, τα άτυπα δίκτυα στήριξης της ελληνικής

οικογένειας αμβλύνονται, η δομή και η σύνθεσή της αλλάζει και έτσι είναι όλο και λιγότερο σε θέση να φροντίσει τα ηλικιωμένα μέλη της. Στο επίπεδο της κοινωνικής πολιτικής της Κοινότητας, σταδιακά εγκαταλείπεται το παραδοσιακό μοντέλο της κλειστής περίθαλψης και αναπτύσσονται δομές ανοικτού τύπου.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, έχουν αναπτυχθεί πολλά προγράμματα βοήθειας και νοσηλείας στο σπίτι, από διάφορες χώρες. Άλλοτε εφαρμόζονται από την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλοτε από εθελοντικές οργανώσεις ή την εκκλησία.

Η ανοικτή φροντίδα στην χώρα μας παρέχεται κυρίως στο πλαίσιο του δικτύου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με την εφαρμογή των Προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», η οποία είναι πιο ευέλικτη στη λήψη αποφάσεων, την ανάληψη πρωτοβουλιών και πρωτοποριακών προγραμμάτων. Εξάλλου, μέσω της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών στην κοινότητα ενθαρρύνεται η άσκηση των δικαιωμάτων του πολίτη, η συμμετοχή του αλλά και η διαβούλευση. Η τοπική αυτοδιοίκηση αποτελεί, επίσης, το καταλληλότερο επίπεδο ανάπτυξης και έκφρασης των πρωτοβουλιών του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Η αποτελεσματικότητά της προκύπτει από την άμεση επαφή της με τους πολίτες και την ταχεία ανατροφοδότηση που μπορεί να λάβει για τις ανάγκες και τα προβλήματά τους. Έχει τη δυνατότητα, λοιπόν, να παρεμβαίνει δραστικά, αξιοποιώντας στο έπακρο τους πόρους της. Αλλά και ο σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός δίνει έμφαση στη φροντίδα στο επίπεδο της τοπικής κοινότητας και στην ενδυνάμωση τόσο των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών πρωτοβουλιών όσο και της εθελοντικής δράσης, στο πλαίσιο της καλλιέργειας μορφών αυτοβοήθειας και αλληλεγγύης (Φωτόπουλος, 2005).

### Ιστορία και νομοθεσία

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» στην χώρα μας ξεκίνησε το 1981 και εξαπλώθηκε το 1997. Από το 1999 και εξής, σε αυτό ενεπλάκησαν οι «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ μετά από το 2002 σημαντικός αριθμός προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν σε Δήμους όλης της Ελλάδας, εντάχθηκε στο Γ΄ ΚΠΣ δεχόμενοι ότι πρόκειται για ένα σημαντικό Πρόγραμμα, για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών και για την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού. Στον νομό Λάρισας το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε 14 δήμους και 2 κοινότητες σε σύνολο 32 (Φωτόπουλος, 2005).

Η νομοθεσία για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ήλθε να στηρίξει τις ευρωπαϊκές κατευθύνσεις για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου κοινωνικής

προστασίας (υγειονομική περίθαλψη και μέριμνα) για τους ηλικιωμένους, με το σκεπτικό ότι τα συστήματα κοινωνικής προστασίας δεν προβλέπουν απλώς παροχές σε χρήμα σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, αναπηρίας ή συνταξιοδότησης, αλλά ταυτόχρονα βοηθούν την πρόσβαση των ατόμων στις κατάλληλες ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες μακροχρόνιας μέριμνας, το κόστος των οποίων συχνά υπερβαίνει τους οικονομικούς πόρους του ασθενούς και της οικογένειάς του. Σύμφωνα με το άρθρο 152 της συνθήκης για την δημόσια υγεία, η Ε.Ε. προσπαθεί να εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου (Μαυρής, 2005).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 1999 στα πλαίσια ενός συνεδρίου με τίτλο: «Συντονισμένη στρατηγική για τον εκσυγχρονισμό της κοινωνικής προστασίας», έθεσε την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης ως ενός από τα κύρια θέματα για στενότερη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών [COM (1999) 347] (Μαυρής, 2005).

Μια άλλη σημαντική παράμετρος του ίδιου προβλήματος είναι η ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας που τώρα αναγνωρίζεται ως μείζων κοινωνικός κίνδυνος που πρέπει να καλυφθεί από τα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Μακροχρόνια μέριμνα είναι η βοήθεια σε άτομα που δεν είναι ικανά να ζουν αυτόνομα και επομένως εξαρτώνται από τη βοήθεια άλλων στην καθημερινή τους ζωή. Οι ανάγκες τους για βοήθεια μπορούν να κυμαίνονται από τη διευκόλυνση της κινητικότητας, τα ψώνια, την προετοιμασία των γευμάτων και άλλες οικιακές εργασίες, έως τη σωματική υγιεινή και τη χορήγηση τροφής στις πιο ακραίες περιπτώσεις (Μαυρής, 2005).

Επειδή λόγω των μεταβολών που έχουν συντελεστεί στη δομή της αστικής κοινωνίας (κυρίως λόγω της αυξημένης απασχόλησης για την απόκτηση εισοδήματος), δεν μπορεί πλέον να αναμένεται μόνο από τους συγγενείς να παρέχουν φροντίδα στον ίδιο βαθμό που αυτό γινόταν στο παρελθόν, ένας αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων με εύθραυστη υγεία εξαρτώνται από επαγγελματίες παροχής φροντίδας, οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο σπίτι του εξαρτώμενου ατόμου ή σε ειδικά ιδρύματα. Το κόστος της μακροχρόνιας μέριμνας πολύ συχνά υπερβαίνει τα τρέχοντα εισοδήματα του ατόμου που χρειάζεται φροντίδα. Έτσι, η ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας αποτελεί μείζονα κοινωνικό κίνδυνο και απαιτεί τη δημιουργία μηχανισμών κοινωνικής προστασίας (Μαυρής, 2005).

Τέτοιοι μηχανισμοί κοινωνικής προστασίας λαμβάνουν πολύ διαφορετική μορφή μεταξύ των κρατών μελών. Σε μερικές χώρες, η οικογένεια εξακολουθεί να

αναλαμβάνει την παροχή φροντίδας ή τη χρηματοδότησή της. Η δημόσια στήριξη, με τη μορφή της κοινωνικής αρωγής, μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών ή της τοποθέτησης σε ιδρύματα μέριμνας, είναι διαθέσιμη μόνον εάν δεν υπάρχει στήριξη από την οικογένεια (Μαυρής, 2005).

Τελευταία, η ζήτηση για βοήθεια στο σπίτι έχει αυξηθεί λόγω των δημογραφικών εξελίξεων και της ολοένα μεγαλύτερης κάλυψης του θέματος από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Είναι γεγονός ότι ακόμα και στην οικογενειοκεντρική Ελλάδα, που η φροντίδα των ηλικιωμένων θεωρείται παραδοσιακά οικογενειακή υπόθεση, καθώς οι οικογενειακές δομές αλλάζουν ολοένα και περισσότερο, στρεφόμαστε στην ανάπτυξη προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι (Μαυρής, 2005).

Στην Ελλάδα του 2000, στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ., άρχισε η συζήτηση για τους τρόπους ενσωμάτωσης της χώρας στις πολιτικές της Ε.Ε. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την κοινωνική Ενσωμάτωση, Εθνική Πολιτική για τους τομείς Κοινωνικής Πολιτικής και Πρόνοιας) όσον αφορά στην ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας των κοινωνικά ευάλωτων πληθυσμιακά ατόμων και ανάπτυξη ειδικών μηχανισμών κοινωνικής προστασίας (Μαυρής, 2005).

Όμως, σχεδόν 30 χρόνια πριν (το Σεπτέμβριο του 1973) το Νομοθετικό Διάταγμα 162 (ΦΕΚ 227/24-9-1973) «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» στο άρθρο 2, προβλέπει ότι η προστασία αυτή «...δύναται να εκδηλούται ως ιδρυματική περίθαλψις ή ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον, παρεχομένη υπό μορφήν ηθικής συμπαράστασεως, οικονομικής ενισχύσεως ή ετέρας φύσεως υλικής βοήθειας, σκοπούσης εις την εξασφάλισιν των μέσων διαβιώσεως και περιθάλψεως αυτών». Ειδική μνεία για τον προϋπολογισμό ή για το προσωπικό που θα αναλάβει αυτή τη δραστηριότητα δεν προβλέπεται. Αργότερα, το πρόγραμμα υλοποιήθηκε ως ανοιχτό πρόγραμμα μέσω των ΚΑΠΗ, με ευθύνη της κοινωνικής υπηρεσίας του Ερυθρού Σταυρού (Μαυρής, 2005).

Αρχικά, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εφαρμόστηκε ως πιλοτικό πρόγραμμα στο Δήμο Περιστερίου το έτος 1997 και ένα χρόνο αργότερα, μετά την εφαρμογή του στον ανωτέρω Δήμο, αποφασίστηκε η επέκτασή του σε 102 Δήμους της χώρας, που διέθεταν επαρκώς οργανωμένα ΚΑΠΗ, σύμφωνα με τις προδιαγραφές και την αξιολόγηση της ΚΕΔΚΕ (Μαυρής, 2005).

Με την Υπουργική Απόφαση 8084/20-2-2003, αναγορεύθηκαν οι Δήμοι ως δικαιούχοι φορείς για την πρόσληψη του αναγκαίου εξειδικευμένου προσωπικού για τη στελέχωση των ομάδων «Βοήθεια στο σπίτι» (Μαυρής, 2005).

Το νομικό πλαίσιο δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της κυβερνήσεως στις 13-12-2004 με αριθμό ΦΕΚ 1845/Β, και πρόκειται για την Κοινή Υπουργική Απόφαση (Κ.Υ.Α.) τεσσάρων υπουργείων: α) Οικονομίας και Οικονομικών – Εσωτερικών β) Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης γ) Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και δ) Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με θέμα:

«Κωδικοποίηση / Τροποποίηση Κοινών Υπουργικών Αποφάσεων για το Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου - Διαδικασία Εφαρμογής της ενέργειας «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (ΚΗΦΗ), συγχρηματοδοτούμενης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.), στο πλαίσιο του Γ' ΚΠΣ» (Μαυρής, 2005).

Το νομοθετικό πλαίσιο που ρυθμίζει το πρόγραμμα έχει τροποποιήσει τις κατωτέρω διατάξεις :

Την υπ. αριθμ. 4035/27-7-2001 Κοινή Απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών-Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομίας και Οικονομικών (ΦΕΚ 1127/Β/30-8-2001) όπως τροποποιήθηκε από τις αποφάσεις:

5594/19-10-01 (ΦΕΚ 1444/Β/22-10-01),

112302/ 16-5-2002 ΚΥΑ (ΦΕΚ 659/β/02),

114574/25-11-02 (ΦΕΚ1503/2-12-02),

112926/13-11-2003 (ΦΕΚ 1746/Β/20-11-2003) (Μαυρής 2005).

#### Βασικές αρχές του προγράμματος

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» εξυπηρετεί ένα μεγάλο αριθμό ατόμων που κατοικούν σε ακριτικές περιοχές μεγαλύτερων δήμων. Προσφέρει νοσηλευτική, οικιακή υπηρεσία και ψυχαγωγία και αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα μέσα που διαθέτει. Απευθύνεται σε μοναχικά άτομα που αντιμετωπίζουν διάφορες μορφές δυσκολιών και προσφέρει εργασία σε ένα σημαντικό αριθμό ατόμων, ενισχύοντας τα κίνητρα για την παραμονή στον τόπο τους και όχι την αναζήτηση εργασίας σε αστικά κέντρα (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελούν κατεξοχήν δομές ανοιχτής περίθαλψης. Η φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι από τις δομές αυτές συνδέεται με

τη σουηδική αρχή της «ομαλοποίησης» (normalization), σύμφωνα με την οποία το άτομο υποστηρίζεται να παραμείνει στο σπίτι του, ώστε να συνεχίζει να απολαμβάνει την ανεξαρτησία του. Στο ίδιο πνεύμα βρίσκεται η ολλανδική αρχή της συστηματικής «υποκατάστασης υπηρεσιών» (substitution). Με την ανοικτή φροντίδα, όχι μόνο αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των πολιτών αλλά και προλαμβάνονται φαινόμενα που είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε αποκλεισμό κοινωνικό και οικονομικό (Φωτόπουλος, 2005).

Οι βασικές αρχές των προγραμμάτων αυτών είναι ότι:

- Η φροντίδα στο σπίτι αποτελεί δικαίωμα του πολίτη. Μέσω αυτής εξασφαλίζεται η παραμονή του στο φυσικό του περιβάλλον, στο σπίτι του, στη γειτονιά του, εκεί όπου έχει επιλέξει να ζήσει. Ειδικότερα για τον ηλικιωμένο πολίτη, επισημαίνεται ότι, ακόμη και αν αυτός έχει χάσει εν μέρει την πνευματική του αυτονομία, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπ' όψιν η επιθυμία του και να μην αντιμετωπίζεται αυτός ως ανήλικος που έχει την ανάγκη κηδεμονίας. Πρέπει να γίνεται σεβαστή η εκπεφρασμένη από τους περισσότερους ηλικιωμένους επιθυμία να παραμείνουν στο σπίτι τους επί όσο γίνεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επίσης, είναι σημαντικό να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ο καθένας τη μορφή φροντίδας που θα του παρασχεθεί και να μην είναι αποκλειστικά δέκτης υπηρεσιών (Φωτόπουλος, 2005).

- Η παραμονή στο νοσοκομείο ή σε κάποιο ίδρυμα, πρέπει να περιορίζεται στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο ωφελεί τον πάσχοντα. Όταν αυτό υπερβαίνεται, παρατηρούνται φαινόμενα ιδρυματισμού, τα οποία επιταχύνουν και τη βιολογική κάμψη του νοσηλευόμενου.

- Η φροντίδα στο σπίτι συντελεί στη διατήρηση της ψυχικής υγείας και στην αποφυγή του στιγματισμού, της απόρριψης και του εγκλεισμού. Συμβάλλει επίσης στην καλλιέργεια των οικογενειακών, των φιλικών και των κοινωνικών σχέσεων.

- Μέσω της φροντίδας στο σπίτι ενθαρρύνεται και αποκαθίσταται περισσότερο η ανεξαρτησία του ατόμου. Η πολιτεία θα πρέπει να προσφέρει τα μέσα και τις υπηρεσίες που συντελούν, ώστε ο πολίτης να είναι όσο το δυνατόν αυτόνομος.

- Η εξασφάλιση της κατ' οίκον άσκησης, φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης στις μεγάλες ηλικίες εντάσσεται στο πλαίσιο της ορθολογική διαχείρισης των πόρων, καθώς το κόστος της κλειστής περίθαλψης είναι πολύ υψηλότερο από αυτό της

ανοιχτής φροντίδας. Επιπλέον, αποσυμφορίζονται τα εξωτερικά ιατρεία, τα γηροκομεία, ακόμη και τα ψυχιατρεία (Φωτόπουλος, 2005).

Η Κοινωνική Ψυχιατρική εισάγει δύο άλλες αρχές, αυτές της τομεοποίησης και της συνέχειας στη φροντίδα. Η τομεοποίηση αναφέρεται στην οργάνωση σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, ενός δικτύου από υπηρεσίες, οι οποίες είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους και λειτουργούν με βάση ενιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Η συνέχεια στη φροντίδα αναφέρεται στη σημασία της ύπαρξης μιας σταθερής ομάδας, που φροντίζει τον ασθενή. Έτσι, καλλιεργείται η συναισθηματική σχέση με τον θεραπευτή, η οποία λειτουργεί υποστηρικτικά για τη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Είναι σημαντικό για τον άνθρωπο που διέρχεται μια κρίση να αισθάνεται ότι έχει σταθερά πρόσωπα αναφοράς. Καθώς μάλιστα, η αλλαγή στη σύσταση της οικογένειας και ο αστικός τρόπος ζωής τροποποίησαν τις σχέσεις στην κοινότητα, αυξήθηκαν οι ανήμποροι άνθρωποι χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον. Γι' αυτούς, καθίσταται ακόμη πιο απαραίτητη η ύπαρξη οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών που να καλύπτει τις ανάγκες τους.

Προφανώς, τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι δεν εξαλείφουν τελείως τη νοσοκομειακή ή την ιδρυματική περίθαλψη. Την περιορίζουν όμως σημαντικά, σε εκείνους οι οποίοι έχουν χάσει τελείως την αυτονομία τους και έχουν ανάγκη συνεχούς ιατρικής παρέμβασης και νοσηλευτικής φροντίδας. Το καλύτερο είναι να αποφεύγεται η διχοτόμηση μεταξύ της φροντίδας στο σπίτι και της ιδρυματικής περίθαλψης. Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει σύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών πρόνοιας, των υπηρεσιών υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης και να αναπτύσσεται συνεργασία μεταξύ τους, για την αποτελεσματικότερη παροχή βοήθειας στον πολίτη. Η διασύνδεση αυτή συνάδει με τον ολοκληρωμένο ορισμό για την υγεία, όπως εκφράζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: εκτός της απαλλαγής από τη νόσο, υγεία είναι η αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος αυτός λοιπόν, οι υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαίο να στοχεύουν και στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Φωτόπουλος, 2005).

#### Οι απασχολούμενοι στο πρόγραμμα – οι παρεχόμενες υπηρεσίες

Οι κατηγορίες επαγγελματιών που εργάζονται στα πρόγραμμα είναι κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και οικογενειακοί βοηθοί και, ως εξωτερικοί συνεργάτες, γιατροί και φυσιοθεραπευτές. Το σκεπτικό του Υπουργείου ήταν να δημιουργηθεί

ολιγομελής ομάδα επαγγελματιών, ώστε αφενός να είναι ευέλικτη και αφετέρου να μην έχει υψηλό κόστος (Φωτόπουλος, 2005).

Έργο του κοινωνικού λειτουργού (συντονιστής του προγράμματος), είναι αρχικά να παραπέμπει τους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη από βοήθεια και μπορούν να ενταχθούν στο πρόγραμμα. Στη συνέχεια συλλέγει στοιχεία για την υγεία του ηλικιωμένου, για την οικονομική και την οικογενειακή του κατάσταση, καθώς και για το είδος της ασφαλιστικής του κάλυψης. Προσδιορίζει λεπτομερώς τις ανάγκες του και κρατά αρχείο για όλες τις περιπτώσεις που εντάσσονται στο πρόγραμμα. Επίσης, συνεργάζεται με την οικογένεια του ηλικιωμένου και τους τοπικούς φορείς δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου που μπορούν να καταστούν αρωγοί στο πρόγραμμα (Φωτόπουλος, 2005).

Ο νοσηλευτής παρέχει παντός είδους νοσηλευτικές υπηρεσίες (π.χ. τακτικός έλεγχος ζωτικών οργάνων, πρώτες βοήθειες) και προσαρμόζει το διαιτολόγιο ανάλογα με τις ανάγκες που η κατάσταση της υγείας του εξυπηρετούμενου υπαγορεύει. Ακόμη, παραπέμπει τον ηλικιωμένο σε γιατρό της κατάλληλης ειδικότητας ή στο νοσοκομείο, αν προκύψει τέτοια ανάγκη, συνεργάζεται με τον γιατρό του προγράμματος και τους ιατρικούς φορείς και εκπαιδεύει την οικογένεια στην αγωγή υγείας (Φωτόπουλος, 2005).

Ο οικογενειακός βοηθός ασχολείται με τις οικιακές και τις εξωτερικές εργασίες (π.χ. την πληρωμή λογαριασμών, την αγορά φαρμάκων ή την αγορά τροφίμων) και -εφόσον χρειάζεται- με την ατομική υγιεινή του ηλικιωμένου. Τέλος, τον συνοδεύει εκτός σπιτιού (αν πρόκειται για μοναχικό άνθρωπο, χωρίς οικογενειακό περιβάλλον) και γενικώς τον συντροφεύει και ενισχύει τη σχέση εμπιστοσύνης του προς το πρόγραμμα (Φωτόπουλος, 2005).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, προτεραιότητα δίνεται στους ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι τους και δε διαθέτουν επαρκείς πόρους. Το εισόδημά τους προέρχεται κατά κανόνα από τη σύνταξή τους και ένα μεγάλο μέρος από αυτούς είναι συνταξιούχοι του ΟΓΑ, έχουν δηλαδή εισόδημα που τους κατατάσσει κάτω από το όριο της φτώχειας. Το ένα τρίτο περίπου από τους ηλικιωμένους δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως -επομένως χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα- και περίπου οι μισοί κατοικούν μόνοι τους. Τα πιο δύσκολα περιστατικά του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» είναι οι άνθρωποι που συνδυάζουν τα δύο αυτά στοιχεία: δεν αυτοεξυπηρετούνται και διαβιούν μοναχικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο πρόγραμμα επιθυμούν να εγγραφούν και ηλικιωμένοι που δεν έχουν κάποια άμεση ανάγκη, αλλά



αισθάνονται ότι στο μέλλον θα έχουν. Ξεχωριστό ειδικό βάρος έχει η συμμετοχή στο πρόγραμμα ανθρώπων με ψυχιατρικά προβλήματα και πρώην τροφίμων ψυχιατρείων. Οι τελευταίοι κατοικούσαν στην κοινότητα στο πλαίσιο των προγραμμάτων αποασυλοποίησης, αλλά αντιμετώπιζαν πολλές δυσκολίες. Η ένταξή τους στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» συντέλεσε στην βελτίωση της ενσωμάτωσής τους στην κοινότητα και στην καλύτερη αποδοχή τους από μέρους των υπόλοιπων δημοτών. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το πόσο βοηθήθηκαν από το πρόγραμμα άνθρωποι χωρίς προβλήματα υγείας, που ήταν όμως εγκαταλελειμμένοι από τους συγγενείς τους και βίωναν έντονα συναισθήματα μοναξιάς και απόρριψης (Φωτόπουλος, 2005).

Εξάλλου, φάνηκε ότι το πρόγραμμα λειτουργεί ευεργετικά και στο συγγενικό περιβάλλον των εξυπηρετούμενων. Αν μεν πρόκειται για συγγενείς οι οποίοι κατοικούν μαζί με τους ηλικιωμένους, τους απαλλάσσει από μέρος της φροντίδας σε πρακτικό επίπεδο. Έτσι, τους εξασφαλίζει περισσότερο ελεύθερο χρόνο, παρέχοντάς τους παράλληλα τη δυνατότητα να έχουν μια πιο ποιοτική σχέση φροντίδας μαζί τους. Στην περίπτωση των συγγενών που δεν ζουν μαζί με τους ηλικιωμένους, τους ευαισθητοποιεί για τις ανάγκες των τελευταίων (Φωτόπουλος, 2005).

#### Αξιολόγηση των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι»

Το «Βοήθεια στο σπίτι» μπορεί να καλύψει βασικές ανάγκες των πολιτών και έχει θετική απήχηση σε αυτούς. Επίσης, συντελεί στη μείωση του αριθμού των ηλικιωμένων που καταλήγουν στο νοσοκομείο και στον περιορισμό των ημερών που νοσηλεύονται σε αυτό, αφού αρκετοί ηλικιωμένοι δεν οδηγούνται εκεί για ιατρικούς λόγους. Το πρόγραμμα αποτελεί το απαραίτητο πρώτο βήμα σε επίπεδο νοσηλείας ώστε η ποιότητα της υγείας των ηλικιωμένων να μην αντανακλά την οικονομική τους κατάσταση, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις κατά τις οποίες επιλέγονται λύσεις ελεύθερης αγοράς. Επίσης, μέσω του προγράμματος βελτιώνεται η ψυχική υγεία πολλών ηλικιωμένων αλλά και η σχέση με το οικογενειακό τους περιβάλλον και την κοινότητα. Από την άλλη πλευρά, οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα καλούνται να φέρουν σε πέρας ένα έργο ιδιαίτερα δύσκολο. Αναφέρονται περιπτώσεις όπου η ομάδα χρειάστηκε να επισκεφθεί έναν ηλικιωμένο τρεις φορές την ημέρα, λόγω επιδείνωσης της κατάστασής του καθώς και περιπτώσεις ηλικιωμένων που ζούσαν σε άθλιες συνθήκες, λόγω της πολυετούς εγκατάλειψης. Μέχρι πρότινος, το πρόγραμμα στερούσαν μεταφορικού μέσου, έλλειψη αισθητή, ιδιαίτερα για τους εργαζόμενους

σε δύσβατους Δήμους. Το «Βοήθεια στο σπίτι» έχει, λοιπόν, μεγάλη σημασία για όλους όσοι εμπλέκονται σε αυτό και είναι αναγκαίο οι υπεύθυνοι για την εφαρμογή του να εργαστούν με συναίσθηση της ευθύνης τους ώστε το πρόγραμμα να εδραιωθεί, να βελτιωθεί περαιτέρω και να επεκταθεί (Φωτόπουλος, 2005).

### Αριθμός δομών ΒσΣ

Στη χώρα μας λειτουργούν 881 Προγράμματα «ΒσΣ». Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η αύξηση των προγραμμάτων σε χρονολογικό ιστορικό.

Πίνακας 1: Αριθμητική εξέλιξη των προγραμμάτων «ΒΣΣ» (ΚΕΔΚΕ 2010).

ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ
1994 - 1996	23 (18 + 5 στο ΔΗΜΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ )
1997 - 2000	102
2001 - 2007	756
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>881</b>

Η γεωγραφική κατανομή των προγραμμάτων ανά Περιφέρεια παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 2: Αριθμός προγραμμάτων «ΒΣΣ» ανά περιφέρεια (ΚΕΔΚΕ 2010).

Προγράμματα "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ".		
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Αριθμός Προγρ/των	Ποσοστό (%)
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	61	6,9%
Αττικής	86	9,8%
Βορείου Αιγαίου	46	5,2%
Δυτικής Ελλάδας	74	8,4%
Δυτικής Μακεδονίας	43	4,9%
Ηπείρου	66	7,5%
Θεσσαλίας	89	10,1%
Ιονίων Νήσων	35	4,0%
Κεντρικής Μακεδονίας	142	16,1%
Κρήτης	61	6,9%
Νοτίου Αιγαίου	36	4,1%
Πελοποννήσου	51	5,8%
Στερεάς Ελλάδας	91	10,3%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>881</b>	<b>100,00 %</b>

Μελετώντας τον ΠΙΝΑΚΑ 2, σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας μας σε επίπεδο Περιφέρειας, παρατηρούμε ότι, η κατανομή των Προγραμμάτων «ΒσΣ» παρουσιάζει σχετική ομοιομορφία, στις οκτώ (8) από τις δέκα τρεις (13) Περιφέρειες. Στις Περιφέρειες της Ηπείρου, της Θεσσαλίας και της Στερεάς Ελλάδας, τα ποσοστά του αριθμού των Προγραμμάτων, είναι σχεδόν διπλάσια από αυτά του πληθυσμού και στο Βόρειο Αιγαίο είναι τριπλάσια. Συνεπώς εδώ, φαίνεται ότι η ανάγκη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (ηλικιωμένα, ανήμπορα άτομα, άτομα με αναπηρίες) είναι μεγαλύτερη από τις υπόλοιπες Περιφέρειες (ΚΕΔΚΕ 2010).

Αντιθέτως η Αττική, που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη πληθυσμιακή συγκέντρωση (34,32%), έχει κατά 70% λιγότερα προγράμματα «ΒσΣ» (ποσοστό 9,8%) λόγω της αξιοποίησης του προγράμματος κοινωνικής μέριμνας αλλά και γενικότερα της λειτουργίας δομών πρόνοιας και υγείας (ΚΕΔΚΕ 2010).

Στόχος του Προγράμματος ήταν και εξακολουθεί να είναι η λειτουργία τουλάχιστον ενός (1) Προγράμματος «ΒσΣ» σε κάθε Δήμο καθώς και σε όλες τις μεγάλες Κοινότητες της χώρας, και να προσφέρει υπηρεσίες σε περίπου 100.000 ηλικιωμένους και Α.ΜΕ.Α. Σήμερα, σε επίπεδο Νομαρχίας δεν υπάρχει Νομός της χώρας που να μην έχει δημιουργήσει Μονάδα «ΒσΣ» (ΚΕΔΚΕ 2010).

Σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι 887 Μονάδες «ΒσΣ», που αντιστοιχούν σε 881 εγκεκριμένα Προγράμματα που εφαρμόζονται σε 761 Ο.Τ.Α. , σε 738 Δήμους (το 81 %) και 23 Κοινότητες (ΚΕΔΚΕ 2010).

Πίνακας 2: Ο πληθυσμός της Ελλάδας ανά Περιφέρεια (ΚΕΔΚΕ 2010).

Περιφέρεια	Πληθυσμός	Ποσοστό
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	611.067,00	5,57%
Αττικής	3.761.810,00	34,32%
Βορείου Αιγαίου	206.121,00	1,88%
Δυτικής Ελλάδας	740.506,00	6,76%
Δυτικής Μακεδονίας	301.522,00	2,75%
Ηπείρου	353.820,00	3,23%
Θεσσαλίας	753.888,00	6,88%
Ιονίων Νήσων	212.984,00	1,94%
Κεντρικής Μακεδονίας	1.871.952,00	17,08%
Κρήτης	601.131,00	5,48%
Νοτίου Αιγαίου	302.686,00	2,76%
Πελοποννήσου	638.942,00	5,83%
Στερεάς Ελλάδας	605.329,00	5,52%

Οι απασχολούμενοι των μονάδων ΒσΣ

Στα 881 Προγράμματα «ΒσΣ» απασχολούνται περίπου 3.351 άτομα.

Πίνακας 3: Αριθμός απασχολουμένων στα προγράμματα «ΒσΣ» (ΚΕΔΚΕ 2010).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟ	
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	272	8,1%
Αττικής	352	10,5%
Βορείου Αιγαίου	155	4,6%
Δυτικής Ελλάδας	282	8,4%
Δυτικής Μακεδονίας	160	4,8%
Ηπείρου	221	6,6%
Θεσσαλίας	371	11,1%
Ιονίων Νήσων	147	4,4%
Κεντρικής Μακεδονίας	518	15,5%
Κρήτης	253	7,5%
Νοτίου Αιγαίου	132	3,9%
Πελοποννήσου	188	5,6%
Στερεάς Ελλάδας	300	9,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>3.351</b>	<b>100,00%</b>

Πίνακας 4: Αριθμός Απασχολουμένων στα προγράμματα «ΒσΣ» ανά είδος εργασιακής σχέσης (ΚΕΔΚΕ 2010).

ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟ «ΒσΣ»						
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ				ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
	ΙΔΑΧ	ΙΔΟΧ	ΕΡΓΟΥ	ΛΟΙΠΟΙ		
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	6	229	35	2	<b>272</b>	<b>8,1%</b>
Αττικής	10	292	43	7	<b>352</b>	<b>10,5%</b>
Βορείου Αιγαίου	3	139	13	0	<b>155</b>	<b>4,6%</b>
Δυτικής Ελλάδας	0	269	13	0	<b>282</b>	<b>8,4%</b>
Δυτικής Μακεδονίας	4	156	0	0	<b>160</b>	<b>4,8%</b>
Ηπείρου	0	218	3	0	<b>221</b>	<b>6,6%</b>
Θεσσαλίας	3	290	73	5	<b>371</b>	<b>11,1%</b>

Ιονίων Νήσων	10	137	0	0	<b>147</b>	<b>4,4%</b>
Κεντρικής Μακεδονίας	3	469	46	0	<b>518</b>	<b>15,5%</b>
Κρήτης	4	216	28	5	<b>253</b>	<b>7,5%</b>
Νοτίου Αιγαίου	5	124	3	0	<b>132</b>	<b>3,9%</b>
Πελοποννήσου	0	182	6	0	<b>188</b>	<b>5,6%</b>
Στερεάς Ελλάδας	0	296	4	0	<b>300</b>	<b>9,0%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>48</b>	<b>3.017</b>	<b>267</b>	<b>19</b>	<b>3.351</b>	<b>100,00%</b>
<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>1,4%</b>	<b>90,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>0,6%</b>	-	

Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του προσωπικού (90,0%) απασχολείται με σύμβαση ορισμένου χρόνου, η οποία συμπίπτει με τη διάρκεια χρηματοδότησης του προγράμματος (ΚΕΔΚΕ 2010).

Σχετικά με τον αριθμό των εξυπηρετούμενων, τις ειδικότητες των απασχολούμενων στις δομές, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και την συχνότητα με την οποία αυτές παρέχονται θα παρουσιαστούν στοιχεία που προέκυψαν από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ΕΕΤΑΑ το 2008, για το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Γενική Γραμματεία Διαχείρισης Κοινοτικών και άλλων πόρων, με τίτλο: «Χαρακτηριστικά Δομών Παροχής Υπηρεσιών 'Βοήθεια στο Σπίτι' - Χαρακτηριστικά Χρηστών Υπηρεσιών 'Βοήθεια στο Σπίτι'», στην οποία κατεγράφησαν στοιχεία από 217 δομές από όλη την χώρα από προγράμματα «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» και «Βοήθεια στο Σπίτι» (ΚΕΔΚΕ 2010).

#### Προβλήματα λειτουργίας των προγραμμάτων

Στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» εμπλέκονται τρία Υπουργεία. Εκτός από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συμμετέχουν το Υπουργείο Απασχόλησης και το Υπουργείο Εσωτερικών στο σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την εποπτεία του προγράμματος (Φωτόπουλος, 2005).

Δεν υπάρχει υπηρεσία που να παρέχει σε σταθερή βάση υποστήριξη στους Δήμους οι οποίοι υλοποιούν το πρόγραμμα και γενικότερα η διασύνδεση μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης δεν είναι η επιθυμητή. Η πρώτη λαμβάνει τις επιτελικές αποφάσεις για το πρόγραμμα και η δεύτερη το εφαρμόζει, χωρίς όμως να έχει καλλιεργηθεί η απαραίτητη σε αυτές τις περιπτώσεις στενή συνεργασία, προκειμένου και οι ανάγκες των πολιτών να αντιμετωπίζονται και οι

πόροι να αξιοποιούνται κατά τρόπο ορθολογικό. Επίσης, αποτελεί ζητούμενο η βελτίωση και του εσωτερικού συντονισμού μεταξύ των φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης που υλοποιούν το Πρόγραμμα. Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του «Βοήθεια στο σπίτι και του ΚΑΠΗ αλλά προτιμότερο θα ήταν το Πρόγραμμα να υλοποιούνταν μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών των Δήμων (Φωτόπουλος, 2005).

Ο τρόπος χρηματοδότησης του προγράμματος δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, στοιχείο που δυσχεραίνει το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων γινόταν από το Γ΄ ΚΠΣ για 3 χρόνια, με την υποχρέωση των Δήμων να συνεχίσουν την χρηματοδότηση για άλλα 2 χρόνια. Γνωρίζοντας την άσχημη οικονομική κατάσταση των ΟΤΑ, εξαιτίας της έλλειψης χρημάτων, γίνεται αντιληπτός ο κίνδυνος διακοπής ενός τόσο σημαντικού, αποδοτικού και πολύτιμου θεσμού. Απουσιάζουν περιοδικές εκθέσεις προόδου και αξιολόγησης οι οποίες θα ήταν πολύτιμες στις επιστημονικές ομάδες, καθώς θα παρείχαν την απαραίτητη ανατροφοδότηση και θα συντελούσαν στις αναγκαίες βελτιώσεις των υπηρεσιών (Φωτόπουλος, 2005).

Ως προς τους εξυπηρετούμενους, λιγότερο ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα εμφανίζονται οι άγαμοι από τους έγγαμους και τους χήρους. Αντίθετα, δεν αναδείχθηκε διαφορά από το στατιστικό έλεγχο ανάμεσα σε έγγαμους και χήρους. Τα άτομα με καλή οικονομική κατάσταση είναι περισσότερο ικανοποιημένα από τα άτομα με μέτρια και κακή, τα οποία δεν διέφεραν μεταξύ τους σημαντικά. Η μέση τιμή της μεταβλητής της ικανοποίησης είναι στατιστικά ίδια στα άτομα των οποίων τα παιδιά μένουν μαζί τους, κοντά ή στο εξωτερικό. Αυξημένη ωστόσο εμφανίζεται στα άτομα που τα παιδιά τους είναι στη μέτρια απόσταση, δηλαδή κατοικούν σε άλλο δήμο του ίδιου νομού. Τα άτομα που νιώθουν στενοχώρια πολύ συχνά εμφανίζονται και λιγότερο ικανοποιημένα από το πρόγραμμα απ' ό,τι τα υπόλοιπα. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα που δηλώνουν εξαιρετικά έως αρκετά ανικανοποίητα από τον τρόπο ζωής τους (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Εντυπωσιακά υψηλό είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που κρίνει ανεπαρκή την ιατρική περίθαλψη που τους παρέχεται από το πρόγραμμα. Αυτό οφείλεται πρωταρχικά στην έλλειψη ιατρού από το ίδιο το πρόγραμμα. Η καλή θέληση του προσωπικού και ιδιαίτερα της νοσηλεύτριας, για συνεργασία με τον αγροτικό ή με τον ιδιώτη ιατρό, φαίνεται ότι δεν αρκεί. Ιδιαίτερα ανησυχητικό ως προς την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου αποτελεί και το γεγονός ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων που ζήτησαν επιπλέον ιατρική κάλυψη βρίσκονται σε μέτρια ή κακή

οικονομική κατάσταση. Για τους οικονομικά αδύνατους οι αυξημένες απαιτήσεις της ιατρικής περίθαλψης δεν καλύπτονται, με αποτέλεσμα να περιορίζεται, λόγω αντικειμενικών δυσκολιών, η κοινωνική κινητικότητά τους (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Για τη νοσηλευτική και οικιακή κάλυψη η ικανοποίηση είναι αρκετά μεγαλύτερη. Βέβαια και εδώ οι οικονομικά ασθενέστεροι ζητούν περισσότερη βοήθεια. Δεν παρατηρούνται διαφορές ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τα συναισθήματα, τη συγκατοίκηση, τη γειννίαση ή τη σχέση με τα παιδιά (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Και στις τρεις ανωτέρω βασικές παροχές του προγράμματος διακρίνεται η βασική αδυναμία του να ικανοποιήσει σε σημαντικό βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων που πραγματικά έχουν ανάγκη. Και αυτό επίσης φαίνεται και από το γεγονός ότι περισσότερες εκδηλώσεις, ταξίδια, εκδρομές, δραστηριότητες, ψυχαγωγία γενικά ζήτησαν τα άτομα που αισθάνονται καλά στην υγεία τους, που στενοχωριούνται σπάνια, που βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση και που δραστηριοποιούνται συχνά έξω από το σπίτι τους (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Αντίθετα, τα άτομα με μικρότερα εισοδήματα, κακή υγεία, χωρίς έντονη κοινωνική ζωή, εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες όσον αφορά στην ψυχαγωγία τους. Σε αυτά τα άτομα, η συζήτηση στο σπίτι για θέματα προσωπικά ή γενικότερου ενδιαφέροντος είναι αρκετή. Αναζητούν περισσότερη έμπρακτη στήριξη και λιγότερη ψυχαγωγία. Αίσθημα ασφάλειας θα δημιουργηθεί με τη μεγαλύτερη προσφορά των ιατρικών, νοσηλευτικών και οικιακών παροχών (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

#### Προτάσεις για την ανάπτυξη του προγράμματος

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, πολλά κοινοτικά προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, νοσηλείας στο σπίτι και γενικότερα φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και ατόμων με αναπηρίες, έχουν αναπτυχθεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται συνήθως από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και από Μη Κυβερνητικές, Εθελοντικές Οργανώσεις ή την Εκκλησία. Στην Ελλάδα, η πορεία αυτών των προγραμμάτων έχει έναν ιδιαίτερο χαρακτήρα (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

Πριν γίνει λόγος σχετικά με προτάσεις για τη βελτίωση του προγράμματος, θα πρέπει να τονιστεί η ανάγκη της νομοθετικής κατοχύρωσής του. Μόνο εφόσον αυτή πραγματοποιηθεί θα είναι εξασφαλισμένη η συνέχισή του, μετά το πέρας των

συμβάσεων που ισχύουν σήμερα αλλά και μετά τη λήξη της κοινοτικής χρηματοδότησης. Ενδεικτικά, χαρακτηρίζεται «πilotική» η εφαρμογή του Προγράμματος στο Δήμο Περιστερίου, το 1997, ενώ τότε είχαν συμπληρωθεί ήδη δεκαέξι χρόνια από το ξεκίνημα του Προγράμματος. Κατά την ΚΕΔΚΕ, το «Βοήθεια στο σπίτι» έχει εξασφαλίσει τη συνέχισή του, γιατί μέσω αυτού εξυπηρετήθηκαν - μετά το 1997, οπότε και ξεκίνησε η καταγραφή και ως το 2003- περίπου 9.000 πολίτες σε όλη την Ελλάδα. Ενδεικτικά και πάλι, σε επίπεδο Νομού Λάρισας, από το σύνολο των προγραμμάτων που εφαρμόζονται εξυπηρετούνται περίπου 2000 οικογένειες, και επομένως θα ήταν τεράστιο το πολιτικό κόστος της διακοπής του. Επίσης, το «Βοήθεια στο σπίτι» θα πρέπει να επεκταθεί ώστε να καλύπτει τις ανάγκες όλων των πολιτών για κατ' οίκον φροντίδα. Μέχρι σήμερα αρκετοί απομακρυσμένοι (από πόλεις) Δήμοι δεν καλύπτονται. Απαιτείται λοιπόν να ολοκληρωθεί το δίκτυο του Προγράμματος σε όλους τους Δήμους. Επιπλέον, το «Βοήθεια στο σπίτι» θα μπορούσε να επεκταθεί στις οικογένειες των οποίων ένα μέλος χρειάζεται συνεχή φροντίδα, έτσι ώστε αυτές να μην οδηγούνται στην αναγκαστική επιλογή της ιδρυματικής περίθαλψης. Καλό θα ήταν, επίσης, το πρόγραμμα να μην περιορίζεται στους οικονομικά αδύναμους και τους ηλικιωμένους, αλλά να επεκταθεί σε κάθε δημότη που έχει ανάλογες ανάγκες, ενδεχομένως με κάποια οικονομική επιβάρυνση, για όσους μπορούν να την αντιμετωπίσουν. Ιδιαίτερα θετικό πάντως, είναι το γεγονός ότι το πρόγραμμα επεκτάθηκε στα άτομα με αναπηρίες. Το βέλτιστο θα ήταν να ενοποιηθούν όλα τα προγράμματα που παρέχουν κατ' οίκον υπηρεσίες, ώστε να έχουν κοινή οργανωτική δομή και ενιαίο συντονισμό. Φερ' ειπείν, υπάρχει και άλλο πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας που εδρεύει σε ογκολογικά νοσοκομεία και απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο. Εκτός των ιατρικών υπηρεσιών, παρέχει και στήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του. Οι μισοί από τους ασθενείς αυτούς είναι ηλικιωμένοι και το πρόγραμμα αυτό θα μπορούσε να ενοποιηθεί με το «Βοήθεια στο σπίτι» (Φωτόπουλος, 2005).

Πάντως, η επιτυχία όλων των προγραμμάτων στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο αυτά ανταποκρίνονται στα προβλήματα των πολιτών. Για το σκοπό αυτό, θα πρέπει να αξιοποιηθεί η καταγραφή των ποιοτικών χαρακτηριστικών όσων εντάσσονται στο πρόγραμμα (ηλικία, είδος προβλήματος, οικογενειακό περιβάλλον, φορέας ασφάλισης, ενδεχόμενες ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με χαρακτηριστικά τις περιοχής). Είναι σημαντικό να υπάρχουν ενιαίες προδιαγραφές για την κάλυψη των αναγκών, έτσι ώστε να



εξασφαλίζονται ισότιμες υπηρεσίες προς όλους τους πολίτες. Το μοναδικό κριτήριο για την οικοδόμηση του προγράμματος θα πρέπει να είναι οι κοινωνικές ανάγκες των πολιτών (Φωτόπουλος, 2005).

Μόνον όμως αν αυξηθεί η συμμετοχικότητα των πολιτών στο «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι δυνατόν να αναδυθούν οι πραγματικές τους ανάγκες και οι υπηρεσίες να λειτουργήσουν εξατομικευμένα. Το δίκαιο θα ήταν να συμμετείχαν εκπρόσωποι όσων εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα τόσο στη λήψη αποφάσεων σχετικά με αυτό και την οργάνωσή του, όσο και στους μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησής του, ώστε να πάψουν να είναι παθητικοί δέκτες υπηρεσιών. Η ενεργότερη συμμετοχή τους θα έχει θετική επίδραση στο είδος και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, αφού οι ίδιοι προφανώς γνωρίζουν καλύτερα από τον καθένα τις ανάγκες τους (Φωτόπουλος, 2005).

Επίσης, είναι απαραίτητο να ενημερωθούν για το Πρόγραμμα και να κατανοήσουν το σκεπτικό και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών όλοι οι πολίτες που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από αυτό. Για το σκοπό αυτό, θα μπορούσε να προβληθεί περισσότερο, στα έντυπα και τα ηλεκτρονικά μέσα, και ιδίως στα δεύτερα που αποτελούν τη (συνήθως αναγκαστική) συντροφιά των περισσότερων ηλικιωμένων. Οι ίδιοι άλλωστε εκφράζουν την επιθυμία να έχουν καλύτερη πληροφόρηση γενικότερα για τις παροχές και τις υπηρεσίες της πολιτείας.

Χρήσιμο θα ήταν να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ όλων όσοι εμπλέκονται στο Πρόγραμμα, δηλαδή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Υπουργείου Απασχόλησης, του Υπουργείου Εσωτερικών, της ΚΕΔΚΕ και της επιστημονικής ομάδας. Επίσης, η συνεργασία με τις τοπικές αρχές και την τοπική υπηρεσία υγείας είναι δυνατόν να γίνει στενότερη. Οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα εκφράζουν την επιθυμία να είναι ενήμερες οι διοικητικές υπηρεσίες γι' αυτό, ώστε να μην χρειάζεται π.χ. να περιμένουν σε ουρές όταν πρέπει να διεκπεραιώσουν κάποια πρακτικά θέματα των ηλικιωμένων (στα νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία κ.ο.κ.). Γενικώς, το «Βοήθεια στο Σπίτι» θα πρέπει να είναι περισσότερο προσανατολισμένο στην κοινότητα. Ενδιαφέρουσα είναι η πρόταση να εφαρμοστεί πρόγραμμα σίτισης (παρασκευή και διανομή φαγητού) για τους ηλικιωμένους που έχουν πολύ χαμηλό εισόδημα, με την αξιοποίηση της υποδομής που ήδη υπάρχει στα δημοτικά Νηπιαγωγεία, όπου παρασκευάζονται γεύματα για τα παιδιά (Φωτόπουλος, 2005).

Είναι απαραίτητο να λειτουργήσουν μηχανισμοί που να αξιολογούν περιοδικά την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, έτσι ώστε αυτό να βελτιώνεται και,

ενδεχομένως, να επαναπροσδιορίζονται οι τρόποι προσέγγισης του σκοπού του. Θα μπορούσαν να διαμορφωθούν δείκτες αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, να τηρείται αρχείο για κάθε Δήμο και να συντάσσεται έκθεση αξιολόγησης, κοινοποιήσιμη σε όλους τους πολίτες.

Επίσης, πολύ χρήσιμο θα ήταν οι ομάδες εποπτείας και αξιολόγησης του προγράμματος να προχωρούσαν στην έκδοση οδηγού καλών πρακτικών σχετικά με την κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων αλλά και σχετικά με τους βέλτιστους τρόπους οργάνωσης του έργου των επαγγελματιών. Για την εξασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, απαραίτητη είναι η διαρκής επιμόρφωση της επιστημονικής ομάδας και η επανεκπαίδευση της σε τακτά χρονικά διαστήματα. Θεσμικά, παρέχεται η δυνατότητα να εκπαιδευτούν όσοι συμμετέχουν σε παρόμοια προγράμματα. Εξάλλου, με την πάροδο του χρόνου, οι ηλικιωμένοι που μετέχουν στο πρόγραμμα έχουν ανάγκη πιο τακτικών επισκέψεων, κι έτσι το έργο της επιστημονικής ομάδας γίνεται ολοένα δυσκολότερο, και επομένως η στήριξη σε συνδυασμό με την αναβάθμιση των προσόντων των μελών της αναγκαία.

Επωφελής θα ήταν η τακτική συνεργασία και η ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών μεταξύ των επαγγελματιών στους Δήμους όπου εφαρμόζεται το Πρόγραμμα, π.χ. ανά περιφέρεια. Επίσης, θα μπορούσαν να πραγματοποιούνται αμοιβαίες επισκέψεις σε άλλες χώρες που υλοποιούν τέτοια προγράμματα. Γενικότερα, είναι σημαντικό να υπάρχει μεγαλύτερη μέριμνα για τους εργαζόμενους.

Τέλος, η προσέλκυση και η εκπαίδευση εθελοντών είναι δυνατόν να οργανωθεί σε πιο συστηματική βάση, αξιοποιώντας ενδεχομένως την εμπειρία του Ερυθρού Σταυρού. Βέβαια, καθώς το «Βοήθεια στο σπίτι» δεν έχει ακόμη κατοχυρωθεί θεσμικά, ελλοχεύει ο κίνδυνος να αντισταθμιστεί η πρόσληψη επαγγελματιών με την ενεργοποίηση εθελοντών. Όμως, μετά από την εδραίωση και την επέκταση του Προγράμματος και με τη δημιουργία ενός εθνικού φορέα εθελοντών πρόνοιας, θα μπορούσε να οργανωθεί σε στέρεο έδαφος το έργο των εθελοντών (Φωτόπουλος, 2005).

Από τα πρώτα στοιχεία που σίγουρα προβληματίσαν τους υπευθύνους Δομών είναι τα κριτήρια ένταξης – απόρριψης των επωφελομένων στο πρόγραμμα.

Βάσει της οδηγίας εφαρμογής, οι άμεσα επωφελούμενοι πρέπει να είναι ηλικιωμένοι ή άτομα με αναπηρίες ή χρήζοντα βοήθειας και να υποβάλλουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την εγγραφή τους στο πρόγραμμα (γνωμάτευση

γιατρού, αντίγραφο φορολογικής δήλωσης ή του εκκαθαριστικού της εφορίας). Κοινά συμπληρωματικά στοιχεία που προκύπτουν από τα τεχνικά δελτία αναφέρονται σε άτομα που βιώνουν έντονα συναισθήματα μοναξιάς ή απόρριψης ή περιθωριοποίησης, δεν έχουν το κατάλληλο υποστηρικτικό πλαίσιο – περιβάλλον και έχουν μειωμένη οικονομική δυνατότητα (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

- Όλες οι οδηγίες για ένταξη ή απόρριψη στο Πρόγραμμα δημιουργούν ή όχι δυνατότητες ευελιξίας ανάλογα με τους χειρισμούς ή τη διάθεση του κάθε υπευθύνου Δομής «Βοήθεια στο Σπίτι». Στη μία ή στην άλλη περίπτωση διαφαίνεται άμεσος ο κίνδυνος για μη οριοθέτηση, ως προς την επιστημονική ταυτότητα των ειδικοτήτων και ασάφεια ως προς τους τρόπους και μεθόδους παροχής των απαιτούμενων υπηρεσιών (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

- Στην αμφίδρομη αυτή χειριστική διάθεση έρχεται να προστεθεί και το φαινόμενο της γραφειοκρατίας με όλες τις εκφάνσεις του. Η γραφειοκρατία, όχι με την έννοια της διοικητικής οργάνωσης αλλά με την έννοια της νοοτροπίας, αποτελεί τροχοπέδη τόσο για το ΒσΣ, όσο και για όλα τα προγράμματα ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα.

- Οι πελατειακές σχέσεις, γνώρισμα της ελληνικής κοινωνίας, φθείρουν τον κοινωνικό επιστήμονα και τον οδηγούν ή σε αδιέξοδο ή σε ηθελημένα αλλότρια καθήκοντα.

- Η επαγγελματική εξουθένωση του ειδικού, που εντείνεται λόγω της έλλειψης κινήτρων και της χαμηλής κινητοποίησης από τους άμεσα εμπλεκόμενους φορείς για την εξέλιξη του προγράμματος (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

#### Επαναπροσδιορισμός των Στόχων

Ένας προβληματισμός είναι, αν υπάρχει η ίδια αντίληψη σχετικά με τα target – groups. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ως προς τους ηλικιωμένους, άμεσα εξυπηρετούμενοι νοούνται όλα τα άτομα 3ης και 4ης ηλικίας που φέρουν τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου της επιβίωσης. Ασάφειες, όμως δημιουργούνται, ως προς το περιεχόμενο του όρου Α.Μ.Ε.Α.

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), Α.Μ.Ε.Α. θεωρούνται όλα εκείνα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία, η οποία προκύπτει από φυσική ή διανοητική βλάβη με επακόλουθο να υπολείπονται λειτουργικά. Είναι, φανερό, λοιπόν, ότι τα Α.Μ.Ε.Α. δεν αποτελούν μία ομοιογενή ομάδα και η προσέγγισή τους στις μέρες μας δεν είναι πλέον ιατροκεντρική.

Παράλληλα, βάση του Π.Ο.Υ., πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ένα άτομο στο κύκλο της ζωής του μπορεί παροδικά ή για μεγάλο χρονικό διάστημα να χαρακτηριστεί ως Α.Μ.Ε.Α. εξαιτίας μίας ασθένειας, ενός ατυχήματος, λόγω της προχωρημένης ηλικίας ή και για οποιοδήποτε άλλο λόγο καταστεί ανίκανο να λειτουργήσει σε αυτόνομη βάση μέσα στο κοινωνικό περίγυρο για μία συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του. Στην κατηγορία των ατόμων αυτών εντάσσονται τα νήπια, τα παιδιά και οι έγκυες γυναίκες (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

Επομένως, βάση αυτού του ορισμού:

- τα κριτήρια ένταξης θα πρέπει να διευρυνθούν.
- Ελλείψει μονάδων κοινωνικής στήριξης σε μικρούς καποδιστριακούς Δήμους, το «Βοήθεια στο Σπίτι», θα πρέπει να αναλάβει πλήρως αυτόν το ρόλο, όπως προκύπτει από τη διεύρυνση των κοινωνικών ομάδων που χρειάζονται βοήθεια (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

Στα πλαίσια της προσπάθειας για τη λειτουργία του προγράμματος, διαπιστώνονται ανάγκες όπως:

- Η καλύτερη κοινωνική χαρτογράφηση των περιοχών, ως προς τις ανάγκες τους. Από αυτήν, προκύπτει τόσο η καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη εξυπηρέτηση των περιστατικών όσο και η επιδιωκόμενη συστημική οργάνωση του ειδικού.
- Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ως πρόγραμμα είναι το κυριότερο μέσο κοινοτικής ανάπτυξης, όσον αφορά στην κοινωνική πολιτική. Όμως, η αδυναμία αξιοποίησης των κοινοτικών πόρων προς τη σωστή κατεύθυνση, η έλλειψη κοινωνικού σχεδιασμού και αποκέντρωσης των υπηρεσιών, τις περισσότερες φορές προσδίδουν το στοιχείο του ξενόφερτου θεσμού. Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ανάλογα προγράμματα έρχονται να κολλήσουν στο μωσαϊκό της σχεδιασμένης κοινωνικής πολιτικής, ενώ στην Ελλάδα λειτουργούν μεμονωμένα και συνήθως με ημερομηνία λήξης, προσδίδοντας το χαρακτήρα του πρόσκαιρου.
- Επιπλέον, ο πληθυσμός των μικρών δημογραφικά Δήμων, εκτιμά την αυτοδυναμία του αντί της συνεργασίας. Τι σημαίνει αυτό; Η συνεργασία, έξω από τις βραχυχρόνιες και αμοιβαίες βοήθειες, οι οποίες υπάρχουν ανάμεσα σε συγγενείς και γείτονες, δεν ήταν ποτέ μέρος του παραδοσιακού τρόπου ζωής. Η αυτοδυναμία, η ατομικότητα και η αναποτελεσματικότητα των μέχρι τώρα μέτρων κοινωνικής πολιτικής, αποτελούν ουσιαστικά εμπόδια για τη λειτουργία συμμετοχικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο, καθώς και τη σύνταξη προγραμμάτων κοινωνικής ανάπτυξης που θα στοχεύουν στο να καταστήσουν τις

τοπικές κοινωνίες καλύτερους χώρους για ζωή και εργασία (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

Όλοι οι παραπάνω προβληματισμοί -ασαφή κριτήρια ένταξης/ απόρριψης, η οριοθέτηση των target groups, η αυτοδυναμία της ελληνικής οικογένειας- καθώς και άλλοι, όπως για παράδειγμα, η έλλειψη αρχικών κατευθυντήριων γραμμών για τη λειτουργία του προγράμματος, ο «εν δυνάμει» γραφειοκρατικός χαρακτήρας των υπηρεσιών στην Ελλάδα που συμπαράσχει όλα τα προγράμματα, οι προβληματικές σχέσεις στα στελέχη των Δομών που οφείλονται στην ασάφεια των ορίων των ειδικοτήτων, ο «ιδρυματισμός» του ειδικού, οδηγούν αναπόφευκτα σε «στατικό» χαρακτήρα το πρόγραμμα και στη χειρότερη περίπτωση σε ανακύκλωση αυτής της στασιμότητας (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

Είναι λοιπόν πολύ χρήσιμο να επαναπροσδιοριστούν, πέρα από τους αρχικούς στόχους, και οι σχέσεις:

- του Ειδικού αναφορικά με το Πρόγραμμα,
- του Προγράμματος με τους Φορείς Υλοποίησης –τη Δημοτική Αρχή- τις Υπηρεσίες Κοινωνικού Χαρακτήρα (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στις σχέσεις του ειδικού με το πρόγραμμα:

1) Να δημιουργούν και να συμμετέχουν σε συμμαχίες με συγγενείς ειδικότητες σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο με σκοπό τη προώθηση θεμάτων κοινού ενδιαφέροντος.

2) Η συνεχής εκπαίδευση, η επιμόρφωση, τα σεμινάρια, η συμμετοχή σε συνέδρια να αποτελέσουν μέρος της εργασίας και της ποιοτικής αναβάθμισης αυτής.

3) Η εκπόνηση ερευνών / μελετών κοινωνικού περιεχομένου στους Δήμους που δραστηριοποιούμαστε να κριθεί απαραίτητη.

4) Η δημιουργία δικτύου εθελοντών, με την προϋπόθεση το έργο τους να εποπτεύεται συνεχώς και να εκπαιδεύονται, ώστε να μπορούν να προσφέρουν και να λειτουργούν ανατροφοδοτικά στο έργο του επαγγελματία επιστήμονα.

5) Εποπτεία για τη δυνατότητα αξιολόγησης των υπηρεσιών που στοχεύει στο περιορισμό της αποτελμάτωσης. Σε μία σχέση εποπτείας προσδιορίζεται, αναπτύσσεται και χρησιμοποιείται η διαπιστωμένη γνώση για επαγγελματική εφαρμογή και επαγγελματική σχέση (feedback – ανατροφοδότηση) (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

Όσον αφορά στις σχέσεις του Προγράμματος με τους Φορείς Υλοποίησης, τη Δημοτική Αρχή και τις Υπηρεσίες Κοινωνικού Χαρακτήρα:

1) Ειδικό επιστημονικό προσωπικό στο Φορέα Υλοποίησης για να επιτυγχάνεται η σωστή εποπτεία, η ύπαρξη συμβουλευτικής, η αποφόρτιση του ειδικού και της ομάδας.

2) Ανάπτυξη συνεργασιών και συντονισμού με άλλους φορείς με σκοπό τη δημιουργία ενιαίας αντίληψης για το πρόγραμμα και την αποφυγή επικαλύψεων στις υπηρεσίες που παρέχουν.

3) Υλικοτεχνική στήριξη από Φορείς Υλοποίησης και Δημοτική Αρχή.

4) Δυναμική στάση απέναντι σε όποια πίεση για άσκηση αλλότριων καθηκόντων.

5) Στήριξη αγωγής υγείας – πρόληψης από πλευράς Δήμου.

6) Αναγνωρισιμότητα από τις υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα, που θα βασίζεται σε νομοθετικά πλαίσια (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

#### 14. Συμπεράσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Όπως, όλα τα προγράμματα που εδράζονται στη λογική της τοπικής ανάπτυξης, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», εμφανίζει σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο για τους άμεσα επωφελούμενους από αυτά, όσο και για το σύνολο των συντελεστών της τοπικής κοινωνίας. Η εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και βιωσιμότητας του προγράμματος θα πρέπει να αποτελέσει το πρώτο μέλημα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, όπως συμβαίνει σε όλη την Ευρώπη και όχι μόνο. Ταυτόχρονα, η Δημόσια Διοίκηση, σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο, θα πρέπει να σταθεί αρωγός και αξιολογητής της προσπάθειας. Η συνεργασία και ο συντονισμός, καθίσταται όρος απαραίτητος για την επιτυχή συνέχιση του προγράμματος, προς όφελος των συμπολιτών μας, των τοπικών κοινωνιών, αλλά και της συνολικής κοινωνικής μας συγκρότησης (Καλαντζή & Τσαδήμα-Μπάτικα, 2005).

Συνοψίζοντας, γίνεται αποδεκτό ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» έχει προσφέρει πολλά. Η δυναμική του νόμου μέσω του οποίου εισάγεται είναι ακόμη μεγαλύτερη. Εναπόκειται, επομένως, στη διοίκηση να εξαντλήσει τα περιθώρια της διακριτικής της ευχέρειας και να αξιοποιήσει δημιουργικά τις υπάρχουσες δυνατότητες. Μόνον όταν οι κοινωνικές υπηρεσίες οργανωθούν με το βέλτιστο δυνατό τρόπο σε θεσμικό και διοικητικό επίπεδο θα παρασχεθούν πραγματικά αποτελεσματικές λύσεις στα προβλήματα των πολιτών.

Τότε, θα εκπληρωθεί ο στόχος να αποτελέσει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ένα σημαντικό μέσο κάλυψης κοινωνικών αναγκών αλλά και αντιμετώπισης

του εφιαλτικού φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού, στόχος ο οποίος είναι απολύτως εφικτός (Φωτόπουλος, 2005).

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1. Σκοπός και στόχος της μελέτης**

Λαμβάνοντας υπόψη αυτά που αναφέρθηκαν φαίνεται ότι υπάρχει ερευνητικό κενό που αποτέλεσε το έναυσμα πραγματοποίησης της παρούσας έρευνας.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να μελετήσει τη στάση των ατόμων που εργάζονται στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Περιφέρεια Θεσσαλίας απέναντι στις δυσκολίες και στις προοπτικές τους, στις αρνητικές επιδράσεις της εργασίας στην οικογένεια και αντίστροφα, καθώς και στους παράγοντες που συνδέονται με την επαγγελματική εξέλιξη. Επιπλέον, θα διερευνηθεί η ικανοποίηση από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας και η σημαντικότητά της

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι τα εξής :

1. Αν οι άνδρες εργαζόμενοι διαφέρουν από τις εργαζόμενες γυναίκες στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
2. Αν οι νεότεροι εργαζόμενοι σε ηλικία διαφέρουν από τους μεγαλύτερους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
3. Αν οι εργαζόμενοι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο διαφέρουν από εκείνους με πιο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
4. Αν υπάρχει σχέση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου άγχους των εργαζομένων με την ικανοποίηση και τη σημαντικότητα της εργασίας.

### **2. Μεθοδολογία**

Στόχος της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η προσπάθεια διερεύνησης των σχέσεων μεταξύ αντιλαμβανόμενου άγχους και επαγγελματικής ικανοποίησης με επίκεντρο το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι'. Έχοντας ορίσει τους αντικειμενικούς στόχους, οι οποίοι θα εξεταστούν με την παρούσα έρευνα, είναι αναγκαίο να επιβεβαιωθεί ότι ο τρόπος διεξαγωγής της είναι ξεκάθαρος και θα οδηγήσει σε έγκυρα αποτελέσματα (Hooley et al., 2004). Σε αυτό το μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ώστε να γίνει ο έλεγχος των αρχικών υποθέσεων. Το ερευνητικό σχέδιο βασίστηκε στα βήματα έρευνας που έχουν προταθεί από τον Σταθακόπουλο (2001). Σε αυτό το μέρος θα αναφερθεί η επικοινωνία και ο τρόπος συλλογής των στοιχείων. Τέλος, συμπεριλαμβάνεται μια αναφορά σχετικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.



### 3. Όργανα έρευνας

Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 73 ερωτήσεις, οι οποίες κατά κύριο λόγο είναι κλειστού τύπου (πολλαπλής επιλογής, διχοτομικές και πολυθεματικής ερώτησης) και διακρίνεται στις εξής ενότητες:

A. Κοινωνικο - Δημογραφικά στοιχεία

B. Εργαλείο μέτρησης των επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους

Γ. Εργαλείο μέτρησης – αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία

Στο πρώτο μέρος γίνεται μία προσπάθεια καταγραφής του προφίλ του ερωτώμενου μέσω ερωτήσεων πολλαπλών επιλογών για τη συγκέντρωση δεδομένων των δημογραφικών τους στοιχείων, όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κλπ. Τα ακόλουθα τμήματα δημιουργήθηκαν μετά την ενδελεχή μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 30 ερωτήσεις και βασιζόταν στην κλίμακα του Cohen, η οποία είναι η πιο ευρέως γνωστή κλίμακα μέτρησης του άγχους. Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου είχε 32 ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση που αντλείται καθώς και την σπουδαιότητα που αποδίδετε σε διάφορους τομείς της εργασίας. Η συγκεκριμένη κλίμακα βασίστηκε στην θεωρία των Τούντα και Σχορετσιανίτη.

### 4. Σχέδιο δειγματοληψίας

Υπάρχουν ποικίλοι σοβαροί λόγοι που επηρεάζουν τη μέθοδο δειγματοληψίας: χαμηλότερο κόστος, μεγαλύτερη ακρίβεια των αποτελεσμάτων, μεγαλύτερη ταχύτητα για τη συλλογή στοιχείων και τη διαθεσιμότητα του πληθυσμού που θα επιλεγεί (Cooper & Schindler, 2003). Σύμφωνα με τους Τζωρτζάκη και Τζωρτζάκη (2002), το σχέδιο δειγματοληψίας απαιτεί τρεις πτυχές, προκειμένου να αναλυθεί ολοκληρωτικά. Αυτές είναι η δειγματοληπτική μονάδα, το μέγεθος του δείγματος και η διαδικασία δειγματοληψίας.

## 5. Δειγματοληπτική Μονάδα

Η έρευνα έλαβε χώρα στην περιφέρεια Θεσσαλίας η οποία έχει 228.606 νοικοκυριά και συνολικά πληθυσμό περίπου 740.115 πολιτών (Γενική Γραμματεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδα, 2011). Οι πολίτες των 4 πόλεων (Λάρισας – Βόλου – Καρδίτσας – Τρικάλων) που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν συνεργαστεί με το πρόγραμμα ‘Βοήθεια στο σπίτι’.

### 5.1 Το Μέγεθος του Δείγματος

Το μέγεθος του δείγματος δείχνει τον αριθμό των ερωτηθέντων που πρέπει να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα, τόσο πιο αξιόπιστα και ακριβή είναι η έρευνα (Kotler & Keller, 2008). Δεν είναι απαραίτητο για αυτήν την έρευνα να βρεθεί το μεγαλύτερο δυνατό δείγμα. Ο ερευνητής με στατιστικές μεθόδους και τύπους μπορεί να βρει τον ακριβή αριθμό των ατόμων που είναι απαραίτητο να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να είναι έγκυρα και αξιοποιήσιμα.

Συνεπώς, σύμφωνα με το πλαίσιο εργασίας του Saunders et al. (2000, σ. 463), αναφέρει ότι υπάρχει μια εξίσωση που υπολογίζει το ελάχιστο μέγεθος του δείγματος:

---

$$n = p * q * \left(\frac{z}{e}\right)^2$$

---

Η μέση τιμή της κάθε μεταβλητής εξηγείται παρακάτω

n: το ελάχιστο μέγεθος του δείγματος.

p: το ποσοστό που ανήκει στην συγκεκριμένη κατηγορία.

q: το ποσοστό που δεν ανήκουν στην συγκεκριμένη κατηγορία.

z: η αντίστοιχη τιμή για το επίπεδο της εμπιστοσύνης.

e: το περιθώριο λάθους.

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, υπολογίζεται το περιθώριο λάθους στο 5%. Αυτό σημαίνει ότι η τιμή της μεταβλητής  $z$  υπολογίζεται στο 1,96. Σύμφωνα με τις στατιστικές υπηρεσίες της εταιρίας (ICAP) το ποσοστό των ανθρώπων που δουλεύουν στο πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι' είναι 5,8% (στο σύνολο των ενεργών νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και οικογενειακών βοηθών). Αντιθέτως, το ποσοστό εκείνων που δεν έχουν συνεργαστεί με το πρόγραμμα είναι 94,2% (Τα στοιχεία αυτά δόθηκαν με τον ερευνητή μετά από προσωπική αίτηση). Συνοψίζοντας,  $\epsilon\% = 5\%$ ,  $z = 1,96$ ,  $p = 5,8\%$ ,  $q = 94,2\%$ . Τελικώς, το ελάχιστο μέγεθος του δείγματος είναι 84 σωστά συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ώστε να θεωρείται αξιόπιστη η παρούσα έρευνα.

## 5.2 Η Διαδικασία Δειγματοληψίας

Τμηματοποίηση είναι η διαδικασία χωρίσματος του πληθυσμού σε ομογενή τμήματα όπου τα άτομα μοιράζονται τα ίδια ενδιαφέροντα και τα ίδια χαρακτηριστικά (Σταθακόπουλος, 2001). Για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας επικεντρωθήκαμε στην περιφέρεια της Θεσσαλίας. Η λήψη ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος βοήθησε τον ερευνητή να έχει μία καθολική εικόνα για το ποια είναι η συμπεριφορά του πληθυσμού (Marshall, 1997). Αν η δειγματοληψία έχει γίνει με το κατάλληλο τρόπο, τότε το δείγμα αποτελεί ένα μικρόκοσμο του πληθυσμού που συντάχθηκε για την έρευνα (Cooper & Schindler, 2001). Άρα, τα αποτελέσματα είναι το ίδιο με αυτά που οι ερευνητές θα λάβουν αν διεξάγουν την έρευνα στο σύνολο του πληθυσμού (Kent, 1993; Marshall, 1997). Προφανώς, ο χρόνος δεν σπαταλήθηκε ρωτώντας όλο το σύνολο του στοχευόμενου πληθυσμού έναν-προς-έναν.

Στα πλαίσια των δεδομένων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που χαρακτηρίζουν την εν λόγω έρευνα πεδίου, κρίθηκε απαραίτητο να εξεταστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος έναντι του σχετικού πληθυσμού (Cooper & Schindler, 2001). Επομένως, η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση της μεθόδου δειγματοληψίας 'Δείγμα Ευκολίας'. Σύμφωνα με το δείγμα ευκολίας, η επιλογή του δείγματος έγινε, έχοντας ως κριτήριο την ευκολία του ερευνητή για την συλλογή των δεδομένων (Σταθακόπουλος, 2001), το οποίο σημαίνει ότι κάθε αποκρινόμενος ήταν διαθέσιμος να απαντήσει το χρόνο που ήταν βολικός για τον ερευνητή, χωρίς να είχε απαραίτητα όλα τα τυπικά χαρακτηριστικά για την συμμετοχή του στην έρευνα (Fink, 2006). Λόγω του περιορισμένου χρόνου για την

διεξαγωγή της έρευνας, ο ερευνητής χρησιμοποίησε υποκειμενικές μεθόδους για την συλλογή των δεδομένων, όπως η προσωπική εμπειρία, η ευκολία, η προσωπική κρίση ή η συμβουλή κάποιων εμπειρογνομόνων για να επιλέξει τους ερωτηθέντες. Η δειγματοληψία αυτή έδωσε ίσες ευκαιρίες να συμμετέχουν στην έρευνα, σε όλους όσους δικαίως μπορούσαν να απαντήσουν στο αντίστοιχο ερωτηματολόγιο (Fink, 2006). Η επιλογή του δείγματος έγινε στοχευμένα και αυτή η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα.

### 5.3 Η Επικοινωνία και η Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, η οποία ήταν έτοιμη να αξιολογήσει την αντίληψη των εργαζομένων και των οικογενειών τους στο πρόγραμμα 'Βοήθεια στο Σπίτι'. Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε 3 μέρη, προκειμένου να είναι οργανωμένο ανά κατηγορία ερωτήσεων ώστε να μπορεί ο αποκρινόμενος να απαντάει συγκεντρωμένα και να αφιερώνει τον αντίστοιχο απαιτούμενο χρόνο σε κάθε ερώτηση. Είχε μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα, προκειμένου να διανεμηθεί και να συμπληρωθεί από τους Έλληνες εργαζόμενους του προγράμματος 'Βοήθεια στο σπίτι' της περιφέρειας Θεσσαλίας. Στη συνέχεια, μια πιλοτική διανομή έλαβε χώρα, μοιράζοντας το ερωτηματολόγιο σε 7 δυνητικούς αποκρινόμενους, προκειμένου να ελεγχθεί αν ο τρόπος έκφρασης κάθε ερώτησης είναι κατανοητός για τους αποκρινόμενους και να ληφθεί ανατροφοδότηση για τη συνολική εικόνα αυτού. Επιπλέον μέσω της πιλοτικής έρευνας έγινε έλεγχος του χρόνου που χρειάστηκε κάθε άτομο για τη συμπλήρωση αυτού. Ο μέσος χρόνος που χρειάστηκε το κάθε άτομο προκειμένου να απαντήσει στις ερωτήσεις εκτιμήθηκε μεταξύ 18 έως 20 λεπτά. Μετά τις απαραίτητες αλλαγές, η προσέγγιση των ερωτώμενων του δείγματος πραγματοποιήθηκε μέσω ταχυδρομείου. Κατά την αποστολή του ερωτηματολογίου υπήρχε μια συνοδευτική επιστολή, απευθυνόμενη σε αυτόν που θα το συμπληρώσει. Ο σκοπός της συνοδευτικής επιστολής ήταν να γνωστοποιεί το στόχο της έρευνας, να δώσει στους ερωτώμενους να καταλάβουν τη σημασία της, να τους δώσει διαβεβαιώσεις εμπιστευτικότητας και να ενθαρρύνει τις αληθινές απαντήσεις τους. Διευκρινιζόταν επίσης το όνομα του φορέα και το όνομα του ατόμου που εκπονεί την έρευνα ώστε να διασφαλίσει την αξιοπιστία της έρευνας.

## 6. Αποτελέσματα απόκρισης

Την περίοδο μεταξύ Μαρτίου 2012 έως μέσα Ιουνίου 2012, στάλθηκαν μέσω ταχυδρομείου 300 ερωτηματολόγια σε άτομα που συνεργάστηκαν με το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι'. Η έρευνα έγινε στην Περιφέρεια Θεσσαλίας ώστε να μετρηθεί και η δεκτικότητα των ατόμων της τοπικής κοινωνίας στη συμμετοχή τους στην έρευνα σε θέματα που τους αφορούν άμεσα. Μετά την πρώτη επισκόπηση των ερωτηματολογίων, 168 άτομα που έλαβαν το ερωτηματολόγιο, μπόρεσαν να το συμπληρώσουν και να το στείλουν πάλι στον αποστολέα. Από αυτά τα 162 συμπληρώθηκαν σωστά και ήταν χρησιμοποιήσιμα, ένας αριθμός που ξεπερνά τον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό (84) έτσι ώστε να βγουν τα ζητούμενα συμπεράσματα.

## 7. Τα Μέσα Χρήσης για την Ανάλυση

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησε η κωδικοποίηση των μεταβλητών και η εισαγωγή των δεδομένων σε στατιστικά προγράμματα. Με τη βοήθεια των στατιστικών πακέτων SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Surveys) , e-Views και Microsoft Excel 2010 παρουσιάζονται αρχικά κάποιοι περιγραφικοί δείκτες των χαρακτηριστικών στοιχείων των εξεταζόμενων μεταβλητών και στη συνέχεια γίνεται στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε το SPSS 19.0 και το e-Views για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων και το πρόγραμμα επεξεργασίας λογιστικών φύλλων Excel 2010 για τη διαγραμματική απεικόνιση αυτών. Επιπλέον, οι factor analysis και t-test χρησιμοποιήθηκαν για να ελέγξουν τις υποθέσεις που έχουν τεθεί. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση ελέγχου ανεξαρτησίας  $\chi^2$  βάσει του προγράμματος SPSS, για τη διαπίστωση συσχετίσεων μεταξύ διαφόρων μεταβλητών της έρευνας. Συνακολούθως, πραγματοποιήθηκαν δυο ειδών παλινδρομήσεις έτσι ώστε να εκτιμηθούν οι σχέσεις εξάρτησης που δύναται να υπάρχουν μεταξύ ενός αριθμού μεταβλητών. Τέλος, πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των F-criteria και ο μεταξύ τους συσχετισμός, προκειμένου να αξιολογηθεί η ανάλυση της παλινδρόμησης. Όλο το θεωρητικό υπόβαθρο για την ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη καθοδήγηση των στατιστικών βιβλίων (Chalkos, 2000; Render et al, 2006).

## 8. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα

Αυτή η ενότητα αναλύει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των μεθόδων συλλογής δεδομένων και των μεθόδων για την ανάλυση τους, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Εκ πρώτης άποψης, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των μεθόδων ανάλυσης που εφαρμόστηκαν στην έρευνα αυτή έγιναν δεκτές, από το γεγονός ότι παρόμοιες μέθοδοι έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε έρευνες με παραπλήσιους στόχους. Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων βασίστηκε σε έγκυρα ερωτηματολόγια, όπως των Τούντα και Σχορετσιανίτη, Duldt-Batthey. Παράλληλα, πιλοτικοί έλεγχοι χρησιμοποιήθηκαν για να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (Saunders et al., 2000). Επιπλέον, έγινε χρήση της μεθόδου Factor Analysis για να ομαδοποιήσει τις ερωτήσεις αλλά και για να διασφαλίσει την αξιοπιστία των παραγόντων που χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο μέτρησης. Ο Kaiser-Meyer-Olkin (K-M-O) χρησιμοποιήθηκε για να επιβεβαιώσει ότι το υπόδειγμα και οι συντελεστές που χρησιμοποιήθηκαν είναι κατάλληλοι και καταμέτρησε την επάρκεια του δείγματος η οποία θα έπρεπε να είναι πάνω από 0,5 για να είναι ικανοποιητική η παραγοντική ανάλυση. Το Barlett's Test καταμετρά την διακύμανση ανάμεσα στις ερωτήσεις και το βαθμό σημασίας της κάθε μίας. Στο παράρτημα (σελίδα...) φαίνονται τα αποτελέσματα του παραπάνω test. Για τον έλεγχο της εσωτερικής συνοχής των στοιχείων του ερωτηματολογίου και για να επιβεβαιωθεί ότι οι ομαδικές ερωτήσεις καταμετρούν τα ίδια θέματα (Howitt & Cramer, 2006) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αξιοπιστίας Cronbach Alpha. Όπως προτείνουν οι Bagozzi & Yi (1988) ένας alpha που ξεπερνά το 0.7 μπορεί να θεωρηθεί ισχυρό στοιχείο συγκλίνουσας εγκυρότητας.

Για την κλίμακα μέτρησης των επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους, με τη μέθοδο της factor analysis προέκυψαν 7 κατηγορίες του ερωτηματολογίου για τη μέτρηση των επιπέδων του αντιλαμβανόμενου άγχους. Αυτές οι 7 κατηγορίες εξηγούν το 62,38% της διασποράς και είναι ένα θεωρητικά πολύ υψηλό ποσοστό.

Πίνακας 1: Factor Analysis Εργαλείου Μέτρησης των Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
				Loadings			Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	10,013	33,377	33,377	10,013	33,377	33,377	4,090	13,632	13,632
2	2,201	7,337	40,713	2,201	7,337	40,713	3,251	10,837	24,469
3	1,641	5,471	46,184	1,641	5,471	46,184	2,619	8,730	33,199
4	1,399	4,664	50,849	1,399	4,664	50,849	2,449	8,163	41,362
5	1,257	4,191	55,040	1,257	4,191	55,040	2,375	7,918	49,280
6	1,187	3,958	58,998	1,187	3,958	58,998	2,070	6,899	56,179
7	1,017	3,389	62,387	1,017	3,389	62,387	1,863	6,209	62,387
8	,972	3,240	65,627						
9	,827	2,758	68,385						
10	,776	2,588	70,973						
11	,715	2,384	73,358						
12	,713	2,378	75,736						
13	,662	2,206	77,941						
14	,625	2,082	80,023						
15	,592	1,974	81,997						
16	,545	1,817	83,814						
17	,519	1,732	85,545						
18	,500	1,667	87,213						
19	,451	1,504	88,716						
20	,417	1,389	90,106						
21	,405	1,350	91,456						
22	,392	1,307	92,763						
23	,369	1,230	93,993						
24	,328	1,092	95,085						
25	,301	1,002	96,087						
26	,276	,920	97,007						
27	,264	,880	97,887						
28	,246	,818	98,705						
29	,204	,680	99,385						
30	,185	,615	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Παράλληλα, το Rotated component matrix έγινε με τη μέθοδο Varimax with Kaiser Normalization έτσι ώστε να μην έχουν σχέση μεταξύ τους οι κατηγορίες για να μην υπολογίζετε μία ερώτηση σε 2 ή περισσότερες κατηγορίες. Ομαδοποιήθηκαν οι ερωτήσεις και κάθε ομάδα ονομάστηκε σύμφωνα με το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Ο K-M-O έλεγχος που έγινε (0,896) έδειξε ότι το δείγμα είναι κατάλληλο για να γίνουν περαιτέρω έλεγχοι και μπορεί να γίνει ικανοποιητική παραγοντική ανάλυση. Επιπλέον, το Barlett's Test έδειξε πως υπάρχει συνοχή μεταξύ των ερωτήσεων με επίπεδο σημαντικότητας 0.000.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
S1	-,227	,524	-,402	-,331	-,189	,051	-,129
S2	,058	-,116	,100	,003	,726	,173	,088
S3	,594	-,236	,204	,273	,140	,034	,107
S4	,098	,018	-,172	,085	,782	-,016	,060
S5	,282	-,291	,639	-,145	-,151	,190	,097
S6	,592	,032	,358	,109	,066	,054	,168
S7	-,217	,691	-,282	-,113	,025	-,002	-,076
S8	,329	-,184	,512	,436	,275	-,165	,052
S9	,495	-,318	,257	-,090	,062	,350	-,320
S10	-,452	,705	,011	-,176	-,062	-,046	-,021
S11	,162	,018	,171	,051	,734	,053	,036
S12	,741	,070	,208	,173	,125	,106	,027
S13	-,014	,715	-,195	-,249	-,065	-,051	,038
S14	,726	-,203	,058	,224	,125	,004	,313
S15	,558	-,217	,372	,072	,080	,345	,209
S16	,392	-,102	,234	,422	,241	,248	,049
S17	,099	,669	-,034	-,082	,012	-,372	-,196
S18	,400	-,200	,086	,406	,345	,169	,170
S19	,194	-,171	,481	,100	,352	,350	,336
S20	,180	-,164	,728	,154	,046	,151	,182
S21	-,070	,682	-,156	,236	,207	-,208	-,068
S22	,167	-,114	,147	,362	,016	,626	,044
S23	,432	-,440	,047	,017	,024	-,010	,597
S24	,113	-,028	,323	,202	,096	,090	,720
S25	-,131	,420	-,013	-,529	-,082	,030	-,116
S26	,589	-,281	-,001	,069	,103	,300	,117



S27	,302	-,135	,409	,316	,116	,313	,243
S28	,267	-,072	,156	,171	,209	,291	,556
S29	-,219	,101	,024	,629	-,173	-,139	-,152
S30	,155	-,023	,102	,056	,172	,774	,117

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

#### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,896
Approx. Chi-Square		2046,426
Bartlett's Test of Sphericity	Df	435
	Sig.	,000

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα της Cronbach's Alpha ανάλυσης που δείχνει ότι κάθε κατηγορία που προέκυψε από factor analysis μετρά το ίδιο θέμα.

∞ Πίνακας 2 : Cronbach's Alpha

#### ➤ Συναισθηματική Κόπωση

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,846	,847	7

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
S3	1,85	,616	160
S6	1,81	,746	160
S9	2,01	,659	160
S12	1,87	,674	160
S14	2,16	,743	160
S15	1,98	,700	160
S26	2,09	,775	160

#### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1,967	1,813	2,163	,350	1,193	,017	7
Item Variances	,495	,380	,601	,221	1,583	,006	7
Inter-Item Covariances	,218	,139	,292	,153	2,095	,002	7
Inter-Item Correlations	,441	,306	,583	,277	1,903	,006	7

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
13,77	12,607	3,551	7

#### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	286,349	159	1,801	9,900	,000
Between Items	16,496	6	2,749		
Within People	264,932	954	,278		
Residual	264,932	954	,278		
Total	281,429	960	,293		
Total	567,778	1119	,507		

Grand Mean = 1,97

#### Hotelling's T-Squared Test

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
64,796	10,460	6	154	,000

➤ Ανεμελιά

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,817	,820	7

#### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2,658	2,124	2,944	,820	1,386	,085	7
Item Variances	,838	,653	1,044	,391	1,599	,015	7
Inter-Item Covariances	,327	,207	,481	,274	2,326	,006	7

Inter-Item Correlations	,394	,246	,573	,327	2,329	,009	7
-------------------------	------	------	------	------	-------	------	---

#### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	448,050	160	2,800		
Between Items	82,410	6	13,735	26,854	,000
Within People	491,019	960	,511		
Residual	491,019	960	,511		
Total	573,429	966	,594		
Total	1021,478	1126	,907		

Grand Mean = 2,66

#### Hotelling's T-Squared Test

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
129,954	20,982	6	155	,000

➤ Εργασιακή πίεση

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,792	,793	5

#### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1,993	1,444	2,259	,815	1,564	,121	5
Item Variances	,576	,410	,756	,346	1,844	,019	5
Inter-Item Covariances	,249	,126	,342	,216	2,709	,003	5
Inter-Item Correlations	,434	,289	,491	,202	1,700	,003	5

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9,96	7,850	2,802	5

#### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	252,756	161	1,570		
Between Items	78,585	4	19,646	60,073	,000
Within People	210,615	644	,327		
Residual	210,615	644	,327		
Total	289,200	648	,446		
Total	541,956	809	,670		

Grand Mean = 1,99

#### Hotelling's T-Squared Test

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
237,797	58,342	4	158	,000

➤ Έλλειψη χρόνου

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,734	,793	3

#### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2,416	2,146	2,589	,443	1,206	,056	3
Item Variances	,776	,736	,826	,090	1,123	,002	3
Inter-Item Covariances	-,087	-,316	,321	,636	-1,016	,100	3
Inter-Item Correlations	-,104	-,397	,427	,824	-1,076	,170	3

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7,25	1,805	1,343	3

#### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	94,458	157	,602		
Between Items	17,738	2	8,869	10,279	,000
Within People	270,928	314	,863		
Residual	270,928	314	,863		
Total	288,667	316	,914		
Total	383,124	473	,810		

Grand Mean = 2,42

#### Hotelling's T-Squared Test

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
14,060	6,985	2	156	,001

➤ Φόρτος εργασίας

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,698	,699	3

**Summary Item Statistics**

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2,925	2,730	3,132	,403	1,147	,041	3
Item Variances	,642	,562	,743	,181	1,322	,009	3
Inter-Item Covariances	,274	,242	,308	,066	1,274	,001	3
Inter-Item Correlations	,429	,374	,459	,085	1,226	,002	3

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,77	3,569	1,889	3

**ANOVA**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	187,950	158	1,190		
Between Items	12,918	2	6,459	17,533	,000
Within People	116,415	316	,368		
Residual	116,415	316	,368		
Total	129,333	318	,407		
Total	317,283	476	,667		

Grand Mean = 2,92

**Hotelling's T-Squared Test**

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
35,772	17,773	2	157	,000

➤ Ανησυχία για το μέλλον

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,767	,768	2

**Summary Item Statistics**

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2,627	2,414	2,840	,426	1,176	,091	2
Item Variances	,749	,716	,782	,065	1,091	,002	2
Inter-Item Covariances	,297	,297	,297	,000	1,000	,000	2
Inter-Item Correlations	,396	,396	,396	,000	1,000	,000	2

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
5,25	2,091	1,446	2

#### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	168,312	161	1,045		
Between Items	14,694	1	14,694	32,495	,000
Within People	72,806	161	,452		
Residual	72,806	161	,452		
Total	87,500	162	,540		
Total	255,812	323	,792		

Grand Mean = 2,63

#### Hotelling's T-Squared Test

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
32,495	32,495	1	161	,000

➤ Ευθύνη

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,759	,768	3

#### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2,377	2,272	2,562	,290	1,128	,026	3
Item Variances	,678	,522	,881	,359	1,688	,034	3
Inter-Item Covariances	,266	,254	,280	,025	1,099	,000	3
Inter-Item Correlations	,402	,375	,443	,068	1,182	,001	3

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7,13	3,629	1,905	3

#### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between People	194,759	161	1,210		
Between Items	8,383	2	4,191	10,151	,000
Within People	Residual	132,951	322	,413	
Total	141,333	324	,436		
Total	336,093	485	,693		

Grand Mean = 2,38

#### Hotelling's T-Squared Test

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig.
16,940	8,417	2	160	,000

Αντίστοιχα, για την κλίμακα μέτρησης των επίπεδων ικανοποίησης των εργαζομένων, με τη μέθοδο της factor analysis προέκυψαν 5 κατηγορίες. Αυτές οι 7 κατηγορίες εξηγούν το 72,69% της διασποράς και είναι ένα θεωρητικά πολύ υψηλό ποσοστό. Παράλληλα, αυτή η ομαδοποίηση επιβεβαιώνεται από τις ήδη υπάρχουσες έρευνες της βιβλιογραφίας. Ομαδοποιήθηκαν οι ερωτήσεις και κάθε ομάδα ονομάστηκε σύμφωνα με το περιεχόμενο των ερωτήσεων, όπως έχει γίνει σε παλιότερες έρευνες. Ο K-M-O έλεγχος που έγινε (0,906 για το μέγεθος της ικανοποίησης των εργαζομένων και 0,860 για τη σημαντικότητα κάθε ερώτησης για τους εργαζομένους) έδειξε ότι το δείγμα είναι κατάλληλο για να γίνουν περαιτέρω έλεγχοι και μπορεί να γίνει ικανοποιητική παραγοντική ανάλυση. Επιπλέον, το Barlett's Test έδειξε πως υπάρχει συνοχή μεταξύ των ερωτήσεων με επίπεδο σημαντικότητας 0.000.

∞ Πίνακας 3: Factor analysis – κλίμακας ικανοποίησης  
Ικανοποίησης

#### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,906
Approx. Chi-Square		3878,339
Bartlett's Test of Sphericity	df	378
Sig.		,000

Σημαντικότητας

#### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,860
Approx. Chi-Square		2334,444
Bartlett's Test of Sphericity	df	378
Sig.		,000

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	12,136	43,341	43,341	12,136	43,341	43,341
2	3,199	11,424	54,765	3,199	11,424	54,765
3	2,043	7,296	62,062	2,043	7,296	62,062
4	1,976	7,058	69,120	1,976	7,058	69,120
5	1,000	3,573	72,692	1,000	3,573	72,692
6	,843	3,009	75,702			
7	,725	2,590	78,291			
8	,687	2,453	80,744			
9	,608	2,172	82,916			
10	,601	2,148	85,064			
11	,521	1,861	86,925			
12	,447	1,596	88,521			
13	,428	1,528	90,049			
14	,365	1,304	91,353			
15	,350	1,251	92,604			
16	,303	1,082	93,687			
17	,258	,920	94,606			
18	,241	,860	95,466			
19	,219	,783	96,248			
20	,181	,647	96,896			
21	,163	,581	97,476			
22	,160	,572	98,048			
23	,140	,501	98,550			
24	,115	,411	98,960			
25	,090	,323	99,283			
26	,088	,315	99,598			
27	,067	,238	99,836			
28	,046	,164	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα της Crobach's Alpha ανάλυσης που δείχνει ότι κάθε κατηγορία που προέκυψε από factor analysis μετρά το ίδιο θέμα.



Πίνακας 4: Αξιοπιστία της Cronbach Alpha Εργαλείου μέτρησης των επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους

<b>Scales</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
Συναισθηματική Κόπωση	<b>0,846</b>
Ανεμελιά	<b>0,817</b>
Εργασιακή πίεση	<b>0,792</b>
Έλλειψη χρόνου	<b>0,734</b>
Φόρτο εργασίας	<b>0,698</b>
Ανησυχίες για το μέλλον	<b>0,767</b>
Ευθύνη	<b>0,759</b>

Πίνακας 5 : Αξιοπιστία της Cronbach Alpha εργαλείου μέτρησης – αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία (ικανοποίηση)

<b>Scales</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
Συνολική ικανοποίηση	<b>0,744</b>
Γενική Επικοινωνία	<b>0,876</b>
Επικοινωνία εν ώρα εργασία	<b>0,820</b>
Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέρφων	
<i>- Συναδέρφων του τμήματος</i>	<b>0,901</b>
<i>-Συναδέρφων άλλων τμημάτων</i>	<b>0,714</b>
Διαπροσωπικές σχέσεις με ανώτερα στελέχη	<b>0,969</b>

Πίνακας 6 : Αξιοπιστία της Cronbach Alpha εργαλείου μέτρησης – αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία (σημαντικότητα)

<b>Scales</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
Συνολική ικανοποίηση	<b>0,744</b>
Γενική Επικοινωνία	<b>0,802</b>
Επικοινωνία εν ώρα εργασία	<b>0,727</b>
Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέρφων	

-Συναδέρφων ίδιου τμήματος	<b>0,714</b>
-Συναδέρφων άλλων τμημάτων	<b>0,694</b>
Διαπροσωπικές σχέσεις με ανώτερα στελέχη	<b>0.771</b>

## 9. Επίλογος

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται λεπτομερώς η διαδικασία του σχεδιασμού της μεθοδολογίας της έρευνας. Συνεπώς, συμπεριέλαβε την ερευνητική προσέγγιση, την στρατηγική που ακολουθήθηκε για την έρευνα, τη μέθοδο επιλογής του δείγματος, τις μεθόδους συλλογής δεδομένων και την μέθοδο ανάλυσης δεδομένων. Στο τέλος αυτής της ενότητας συζητήθηκαν τόσο η εγκυρότητα όσο και θέματα αξιοπιστίας, προκειμένου αποδειχθεί η ποιότητα της έρευνας.

Για το σκοπό αυτό ως καταλληλότερο ερευνητικό εργαλείο για τη συγκέντρωση των πρωτογενών στοιχείων κρίθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε στηριζόμενο στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε με τη μέθοδο του ταχυδρομείου και απαντήθηκε από τους εργαζόμενους του προγράμματος 'Βοήθεια στο σπίτι'. Πριν την έναρξη της έρευνας πεδίου διερευνήθηκε πιλοτική έρευνα για τον εντοπισμό προβλημάτων στη διεξαγωγή της έρευνας αλλά και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του ερευνητικού εργαλείου.

## 10. Αποτελέσματα της έρευνας

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας. Στο πρώτο μέρος, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των αποκρινόμενων με σκοπό να δημιουργηθεί το προφίλ των εργαζομένων στο πρόγραμμα 'Βοήθεια στο Σπίτι'. Στο δεύτερο κομμάτι παρουσιάζονται τα στατιστικά ευρήματα και θα γίνει έλεγχος της αποδοχής ή απόρριψης των αρχικών υποθέσεων.

### 10.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος μπορούν να αποτιμηθούν με την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων και με την αξιολόγηση στις ερωτήσεις περί ικανοποίησης και απαιτήσεων της δουλειάς τους. Τα δημογραφικά στοιχεία των

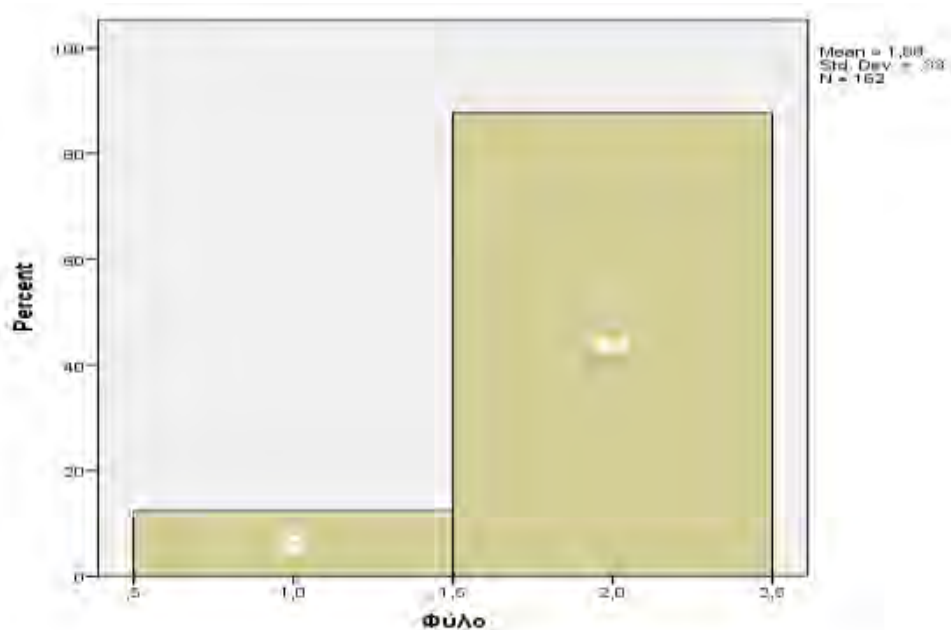
εργαζομένων στο πρόγραμμα ‘ Βοήθεια στο Σπίτι’ περιλαμβάνουν τα εξής: φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, θέση εργασίας, ύπαρξη αδερφών και παιδιών. Η συνολική ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας και τη θέση τους, καθώς και το αν οι απαιτήσεις της δουλειάς επηρεάζουν αρνητικά τους ίδιους ή την οικογένεια τους είναι βασικοί παράγοντες που δείχνουν μία πτυχή του χαρακτήρα των εργαζομένων.

## 10.2 Το προφίλ των εργαζομένων

Σύμφωνα με το γενικό κανόνα ότι κατά κύριο λόγο οι γυναίκες δείχνουν μεγαλύτερη θαλπωρή και προσέχουν περισσότερο τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, το γυναικείο ποσοστό των εργαζομένων υπερκαλύπτει το αντρικό. Το 87,7% των αποκρινόμενων ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 12,3% ήταν άντρες, σε αντιστοιχία ατόμων αυτό σημαίνει ότι συμμετείχαν στην έρευνα 142 γυναίκες και 20 άντρες.

Πίνακας 1. Δημογραφικά Στοιχεία (Φύλο)

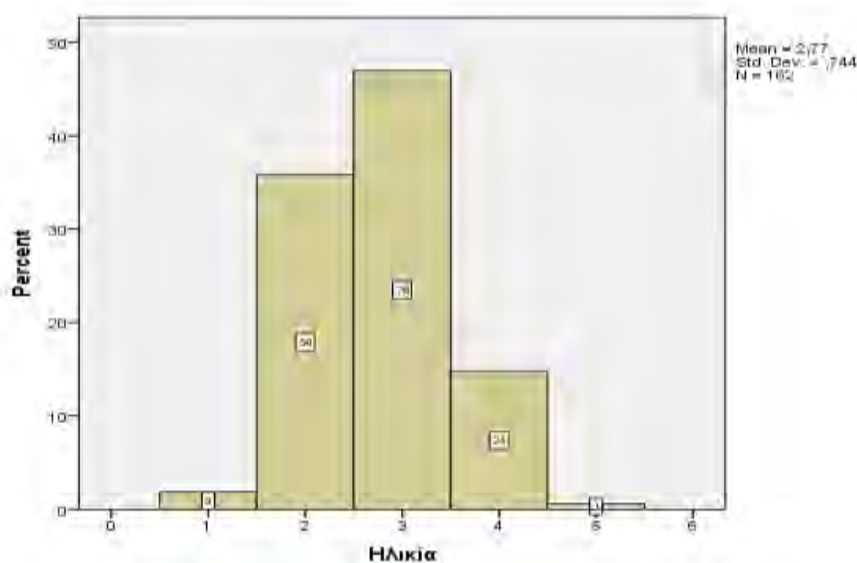
Φύλο				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αντρας	20	12,3	12,3	12,3
Valid Γυναίκα	142	87,7	87,7	100,0
Total	162	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των αποκρινόμενων (46,9%) ήταν μεταξύ της ηλικιακής κλίμακας 36 έως 45 χρονών. Είναι γενικά ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι άτομα ηλικίας 26 με 35 χρονών θεωρούνται ένα δυνατό ενεργητικό δυναμικό λόγω της νιότης και της μεγαλύτερης διάθεσης για εργασία και αντιπροσωπεύει το 35,8% του δείγματος. Ένα αρκετό ποσοστό (15,4%), επιπλέον, αντιπροσωπεύει τα άτομα που βρίσκονται ηλικιακά πάνω από 46 χρονών και είναι θετικό καθώς η εμπειρία τους μπορεί να διδάξει τους νέους στο πρόγραμμα. Ενώ αντίθετα μόνο το 1,9% του δείγματος είναι κάτω από 26 χρονών και αυτό εξηγείται λόγω της έλλειψης της απαιτούμενης προϋπηρεσίας ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Πίνακας 2. Δημογραφικά Στοιχεία (Ηλικία)

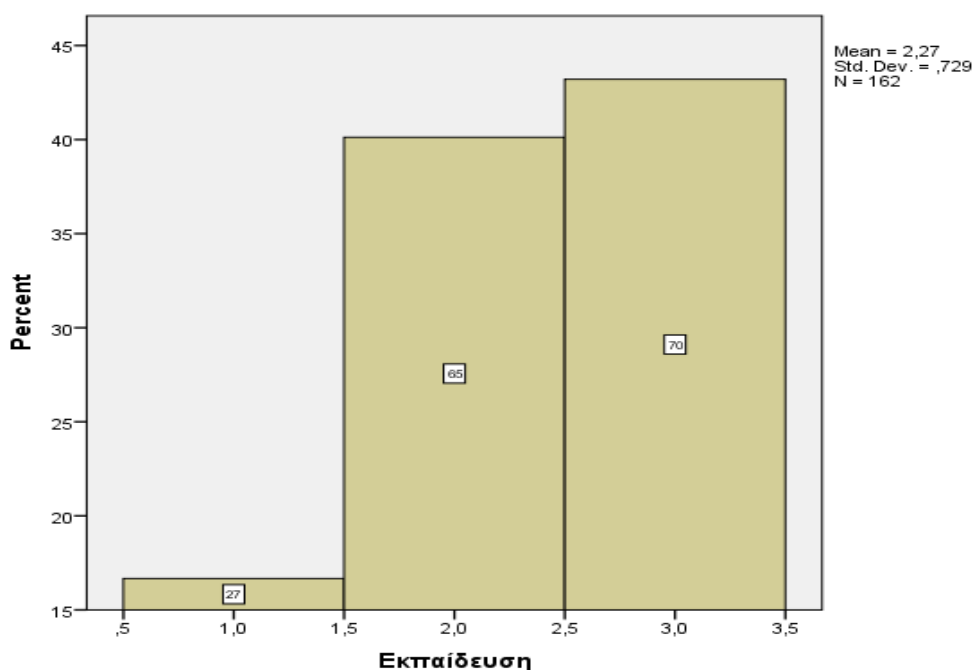
Ηλικία				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-25	3	1,9	1,9	1,9
26-35	58	35,8	35,8	37,7
36-45	76	46,9	46,9	84,6
46-55	24	14,8	14,8	99,4
Άνω των 56	1	,6	,6	100,0
Total	162	100,0	100,0	



Το ακαδημαϊκό υπόβαθρο των αποκρινόμενων είναι σχεδόν ισότιμα κατανομημένο μεταξύ των αποφοίτων της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (43,2%) και των αποφοίτων της Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (40,2%). Το υπόλοιπο ποσοστό (16,7%) είναι κάτοχοι τίτλων Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης.

Πίνακας 3. Δημογραφικά Στοιχεία (Εκπαίδευση)

Εκπαίδευση					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	27	16,7	16,7	16,7
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	65	40,1	40,1	56,8
	Απόφοιτος/η ΔΕ	70	43,2	43,2	100,0
	Total	162	100,0	100,0	



Ελάχιστοι είναι οι αποκρινόμενοι που συνέχισαν τις σπουδές τους σε μεταπτυχιακό επίπεδο και κανείς από αυτούς δεν είναι κάτοχος διδακτορικού διπλώματος. Πιο συγκεκριμένα 11,1% από τα άτομα που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ενός μόλις 1,5% των απόφοιτων ΤΕΙ συνέχισε τις σπουδές του σε ανώτερο επίπεδο.

Πίνακας 4. Δημογραφικά Στοιχεία (Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση - ΑΕΙ)

Εκπαίδευση				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	27	100,0	100,0
<b>Επίπεδο Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μεταπτυχιακό	3	11,1	100,0
Missing	System	24	88,9	
Total		27	100,0	

Πίνακας 5. Δημογραφικά Στοιχεία (Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση – ΤΕΙ)

Εκπαίδευση				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	65	100,0	100,0
<b>Επίπεδο Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μεταπτυχιακό	1	1,5	100,0
Missing	System	64	98,5	
Total		65	100,0	

Όσο αφορά την επαγγελματική κατάσταση των εργαζομένων, το μεγαλύτερο ποσοστό (88,2%) δουλεύει στον ιδιωτικό τομέα, σε αντίθεση με το μικρό ποσοστό των εργαζομένων του δημόσιου τομέα (11,8%).

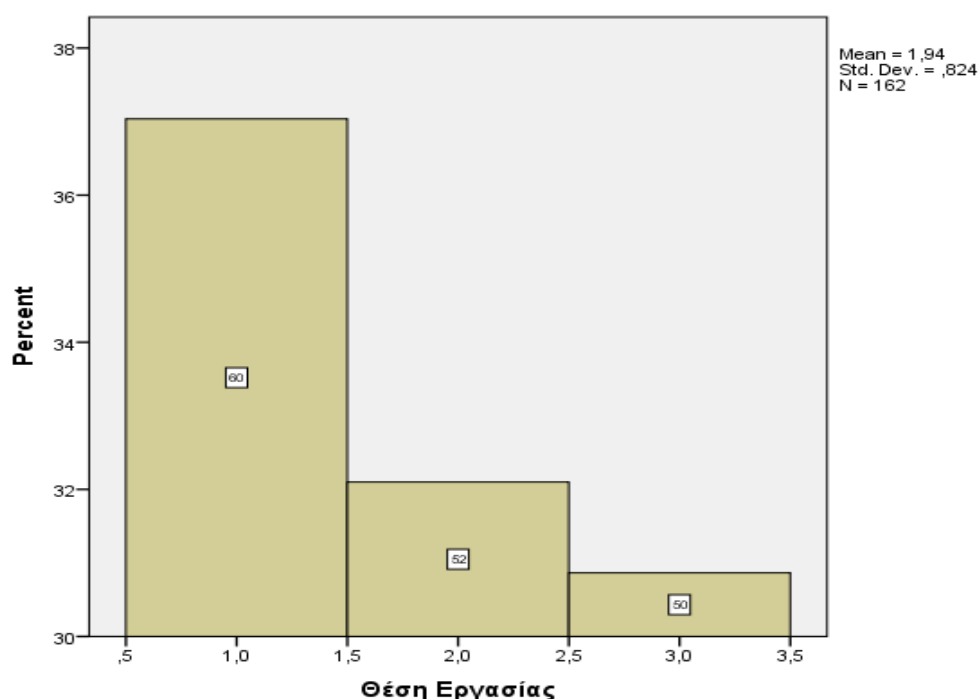
Πίνακας 6. Δημογραφικά Στοιχεία (Επαγγελματική Κατάσταση)

Επαγγελματική Κατάσταση				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημόσιος Υπάλληλος	19	11,7	11,8
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	142	87,7	88,2
	Total	161	99,4	100,0
Missing	System	1	,6	
Total		162	100,0	

Οι κύριες θέσεις εργασίας που κατέχουν οι εργαζόμενοι στο 'Βοήθεια στο σπίτι' είναι ως κοινωνικοί λειτουργοί, οικογενειακοί βοηθοί και νοσηλευτές. Τα ποσοστά αυτών είναι 37,0%, 32,1% και 30,9% αντίστοιχα.

Πίνακας 7. Δημογραφικά Στοιχεία (Θέση Εργασίας)

		Θέση Εργασίας			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κοινωνική Λειτουργός	60	37,0	37,0	37,0
	Οικογενειακή Βοηθός	52	32,1	32,1	69,1
	Νοσηλεύτρια	50	30,9	30,9	100,0
	Total	162	100,0	100,0	

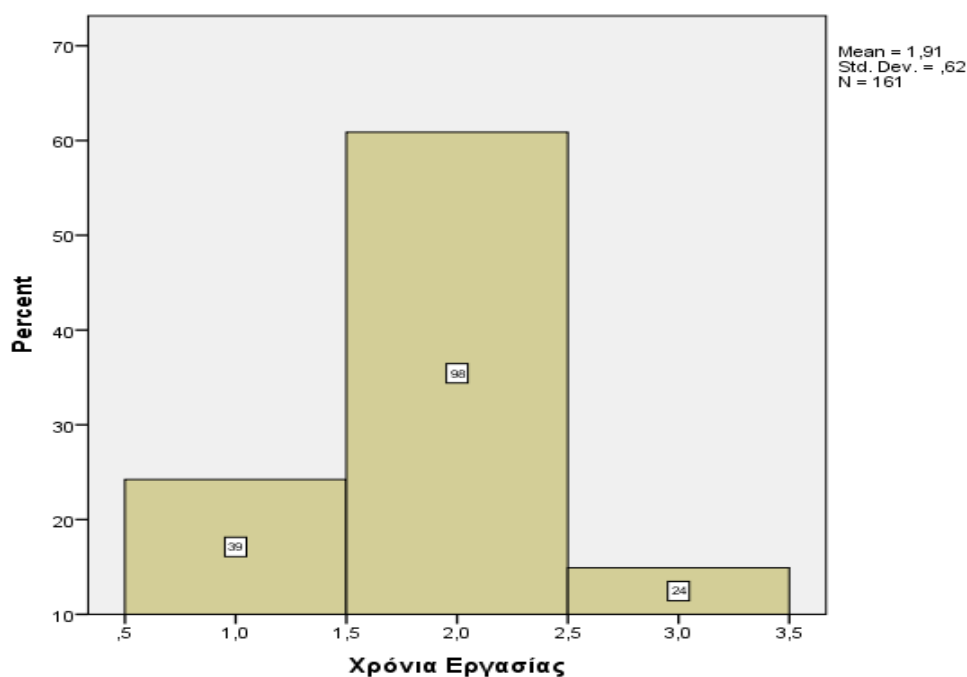


Παράλληλα, όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι πολύ σημαντικό τα άτομα που δουλεύουν σε αυτό το πρόγραμμα να διαθέτουν την απαιτούμενη προϋπηρεσία και εμπειρία. Αυτό άλλωστε φαίνεται και στην προσπάθεια σκιαγράφησης του προφίλ των εργαζομένων. Το 75,8% του δείγματος διαθέτει πάνω από 5 χρόνια προϋπηρεσίας στην θέση εργασίας που κατέχει. Το μικρό ποσοστό (24,2%) των ατόμων που

διαθέτουν λιγότερο χρόνια εργασίας μπορεί να αιτιολογηθεί από την ύπαρξη ατόμων μικρής ηλικίας στο δείγμα.

Πίνακας 8. Δημογραφικά Στοιχεία (Χρόνια Εργασίας)

		Χρόνια Εργασίας			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	39	24,1	24,2	24,2
	5-10	98	60,5	60,9	85,1
	10-15	24	14,8	14,9	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		



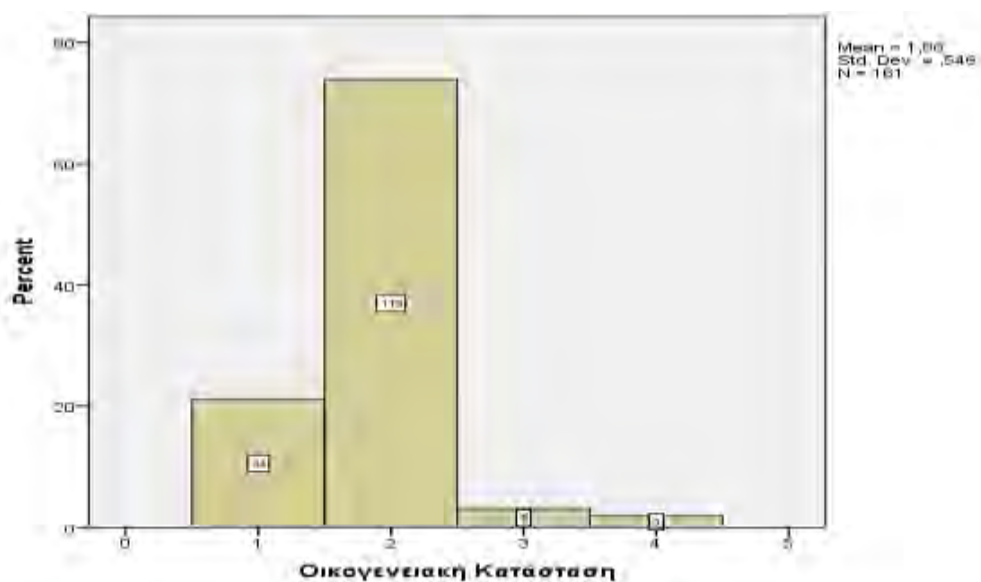
Τέλος, η οικογένεια είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει άμεσα και έμμεσα το κάθε άτομο. Η οικογενειακή κατάσταση καθενός μπορεί είναι ένα χαρακτηριστικό που δείχνει τον τρόπο σκέψης και τις προτεραιότητές που θέτει στη ζωή του. Η πλειοψηφία του δείγματος είναι παντρεμένοι (73,9%) με παιδιά (71,0%). Το μικρό ποσοστό των ατόμων (21,1%) που είναι ανύπαντροι μπορεί να εξηγηθεί πάλι από την συμμετοχή στην έρευνα άτομα μικρότερης ηλικίας.



Πίνακας 9. Δημογραφικά Στοιχεία (Οικογενειακή Κατάσταση)

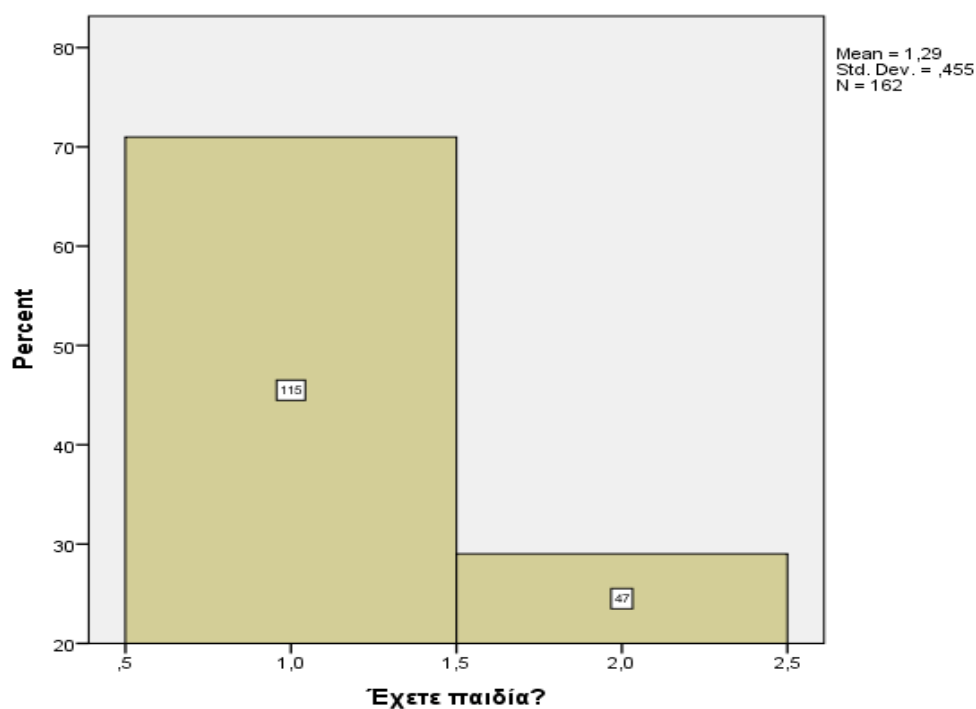
**Οικογενειακή Κατάσταση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άγαμος/η	34	21,0	21,1	21,1
Έγγαμος/η	119	73,5	73,9	95,0
Valid Διεζευγμένος/η	5	3,1	3,1	98,1
Χήρος/α	3	1,9	1,9	100,0
Total	161	99,4	100,0	
Missing System	1	,6		
Total	162	100,0		



Πίνακας 11. Δημογραφικά Στοιχεία (Παιδιά)

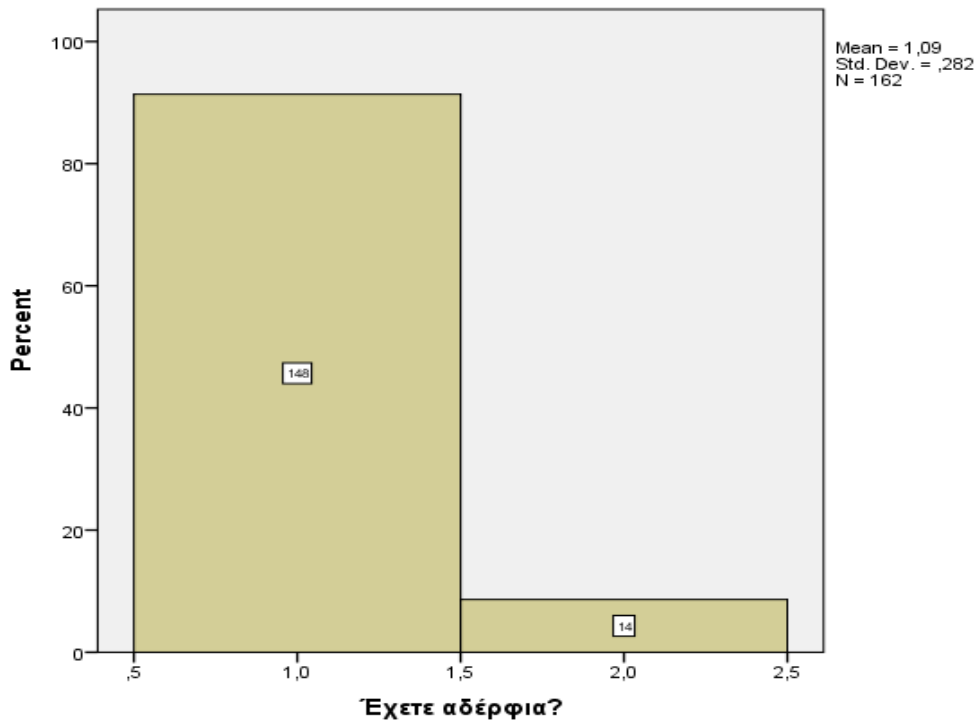
Έχετε παιδιά?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nαι	115	71,0	71,0
	Όχι	47	29,0	100,0
	Total	162	100,0	100,0



Συντριπτικό είναι και το ποσοστό (91,4%) για το αν οι εργαζόμενοι έχουν αδέρφια που απάντησαν θετικά στην ερώτηση αναφέροντας τον αριθμό αυτών και το πότε γεννήθηκαν ώστε να γίνει έλεγχος για τη θέση που έχει ο κάθε αποκρινόμενος στην δική του οικογένεια και στην οικογένεια που μεγάλωσε.

Πίνακας 12. Δημογραφικά Στοιχεία (Αδέρφια)

Έχετε αδέρφια?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nαι	148	91,4	91,4
	Όχι	14	8,6	100,0
	Total	162	100,0	100,0



### 10.3 Συνολική ικανοποίηση και απαιτήσεις

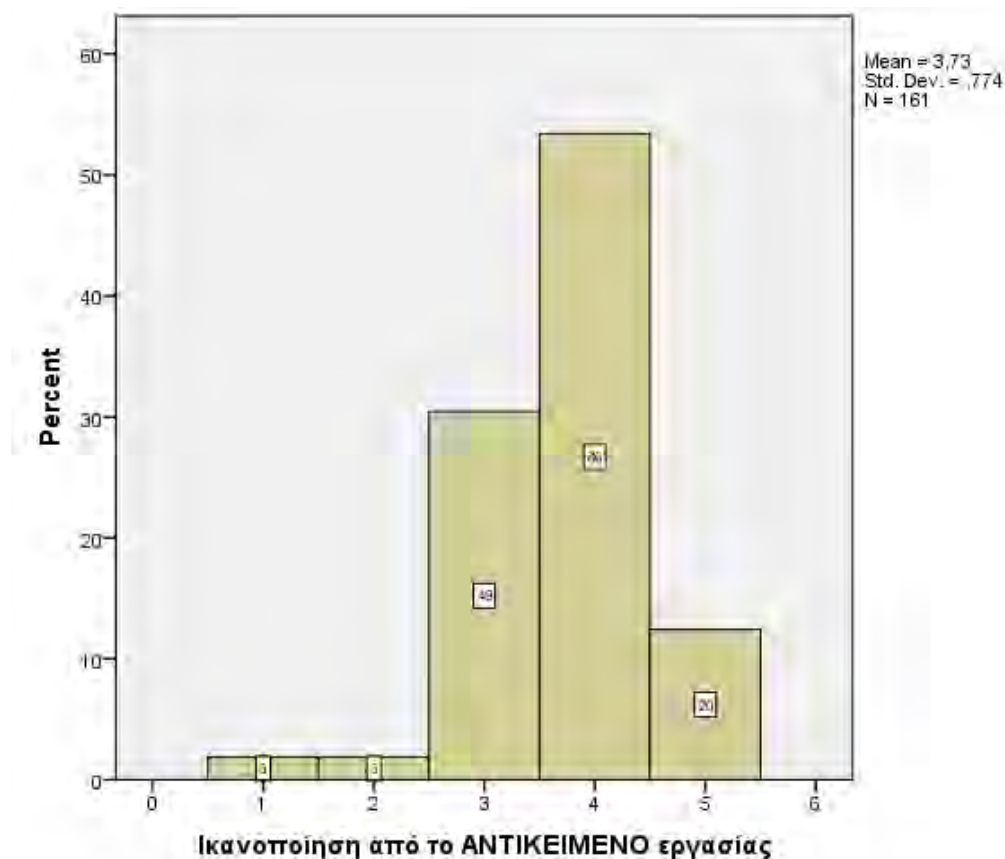
Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την απόδοση του ατόμου στον τομέα εργασίας είναι η συνολική ικανοποίηση που λαμβάνει από αυτή τόσο ο ίδιος όσο και η οικογένεια του ατόμου. Στην προσπάθεια να γίνει ανάλυση όλων των χαρακτηριστικών του δείγματος δεν θα μπορούσε να λείπει η εκτίμηση της ικανοποίησης των ατόμων. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (65,8%) δηλώνει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο από το αντικείμενο εργασίας του ενώ ελάχιστο (3,8 %) είναι αυτό που δηλώνει ότι δεν είναι ευχαριστημένοι από αυτό. Στα ίδια περίπου αποτελέσματα συμβαδίζει και η ικανοποίηση από τη θέση που κατέχει ο κάθε αποκρινόμενος. Είναι πολύ σημαντικό ένα άτομο να είναι ικανοποιημένο από τη θέση που έχει στην εργασία του μιας που το καθιστά πιο αποδοτικό και πιο χαρούμενο. Λόγω όμως της ματαιοδοξίας που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους συνήθως τα άτομα ζητούν καλύτερη θέση από αυτή που έχουν ανεξαρτήτως των προσόντων τους. Το δείγμα φαίνεται να έχει αντικειμενική κρίση, δεδομένου ότι το 61,5% αυτού είναι πολύ ικανοποιημένο από την θέση εργασίας που έχει, με αντίθεση με ένα μικρό 5%

που δεν θα ήθελε αυτή τη θέση εργασίας. Η θέση εργασίας που έχει κάθε άτομο ορίζει τις απαιτήσεις και τις υποχρεώσεις αυτού απέναντι στον εργοδότη του.

Πίνακας 13.

Ικανοποίηση από το ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ εργασίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	3	1,9	1,9
	Λίγο	3	1,9	3,7
	Μέτρια	49	30,2	34,4
	Πολύ	86	53,1	87,6
	Πάρα πολύ	20	12,3	100,0
Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6	
Total	162	100,0		



Πίνακας 14.

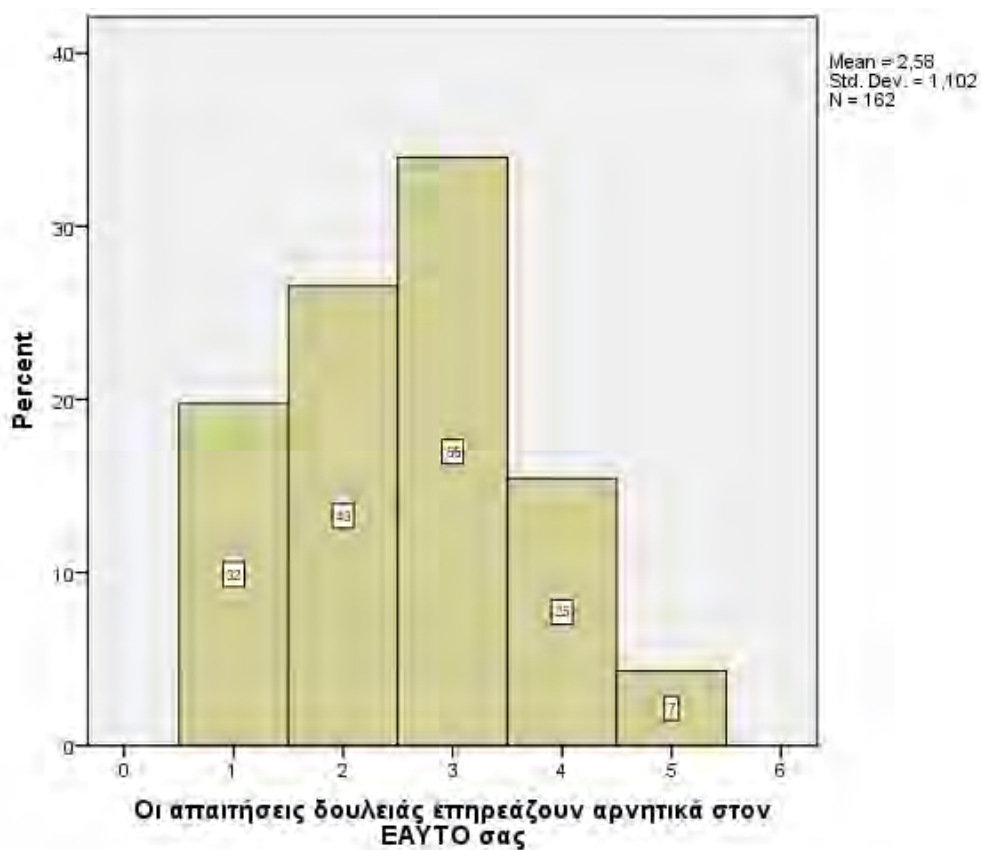
		Ικανοποίηση από τη ΘΕΣΗ εργασίας			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	2	1,2	1,2	1,2
	Λίγο	6	3,7	3,7	5,0
	Μέτρια	54	33,3	33,5	38,5
	Πολύ	76	46,9	47,2	85,7
	Πάρα πολύ	23	14,2	14,3	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Η πλειοψηφία (46,3%) των απαντήσεων δείχνει πως οι αποκρινόμενοι δεν επηρεάζονται αρνητικά από τις απαιτήσεις που έχει η δουλειά τους. Δεν είναι όμως και αμελητέο το ποσοστό μεγέθους 19,7% που ισχυρίζεται ότι τους επιβαρύνουν προσωπικά τους ίδιους οι απαιτήσεις της δουλειάς τους. Παράλληλα, είναι αξιοσημείωτο να φανεί και το αν επηρεάζεται αρνητικά η οικογένεια του ατόμου από το φόρτο εργασίας του. Σε αυτή την ερώτηση τα ποσοστά κυμαίνονται στα ίδια πλαίσια με την προηγούμενη ερώτηση. Η πλειοψηφία των αποκρινόμενων (51,2 %) δηλώνει ότι δεν επηρεάζεται αρνητικά η οικογένεια τους από τις απαιτήσεις της δουλειάς τους. Το υπόλοιπο μισό περίπου μοιράζεται μεταξύ μέτριας επιρροής 31,5% και πολύ αρνητική επιρροή 17,3%.

Πίνακας 15.

**Οι απαιτήσεις δουλειάς επηρεάζουν αρνητικά στον ΕΑΥΤΟ σας**

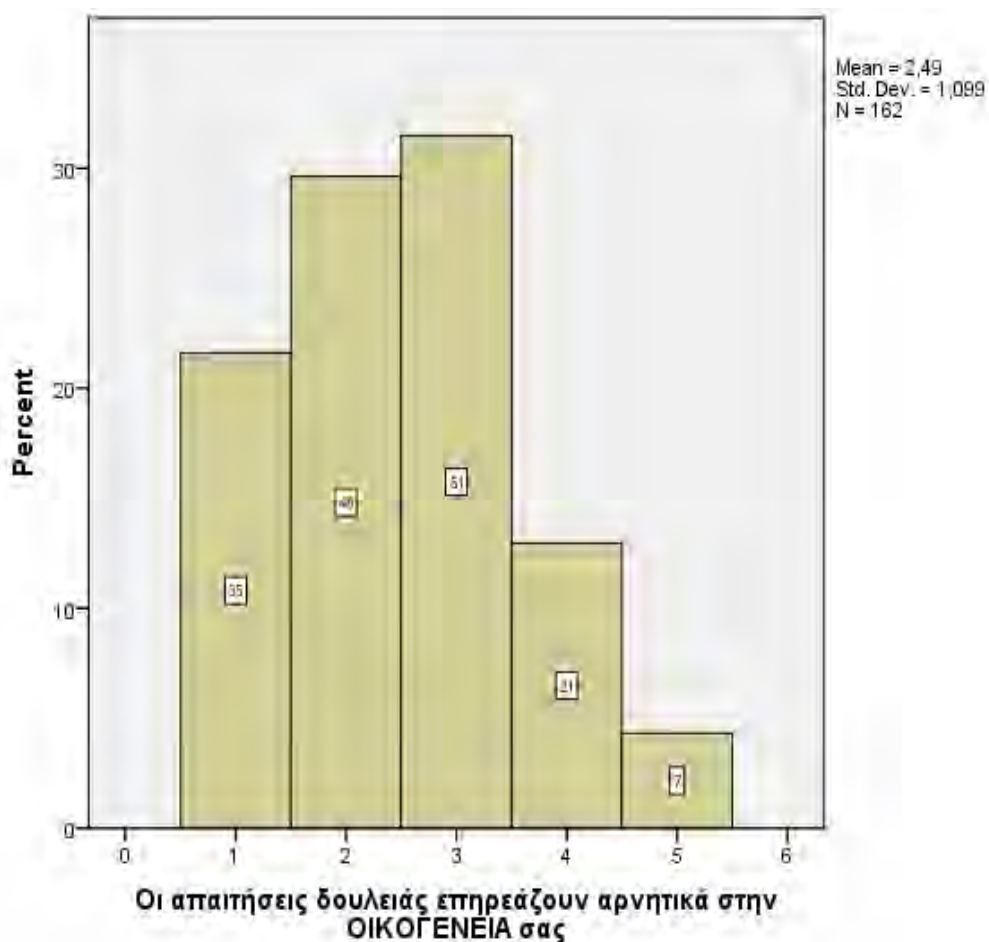
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	32	19,8	19,8	19,8
Λίγο	43	26,5	26,5	46,3
Μέτρια	55	34,0	34,0	80,2
Πολύ	25	15,4	15,4	95,7
Πάρα πολύ	7	4,3	4,3	100,0
Total	162	100,0	100,0	



Πίνακας 16.

**Οι απαιτήσεις δουλειάς επηρεάζουν αρνητικά στην ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ σας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	35	21,6	21,6	21,6
Λιγο	48	29,6	29,6	51,2
Μέτρια	51	31,5	31,5	82,7
Πολύ	21	13,0	13,0	95,7
Πάρα πολύ	7	4,3	4,3	100,0
Total	162	100,0	100,0	



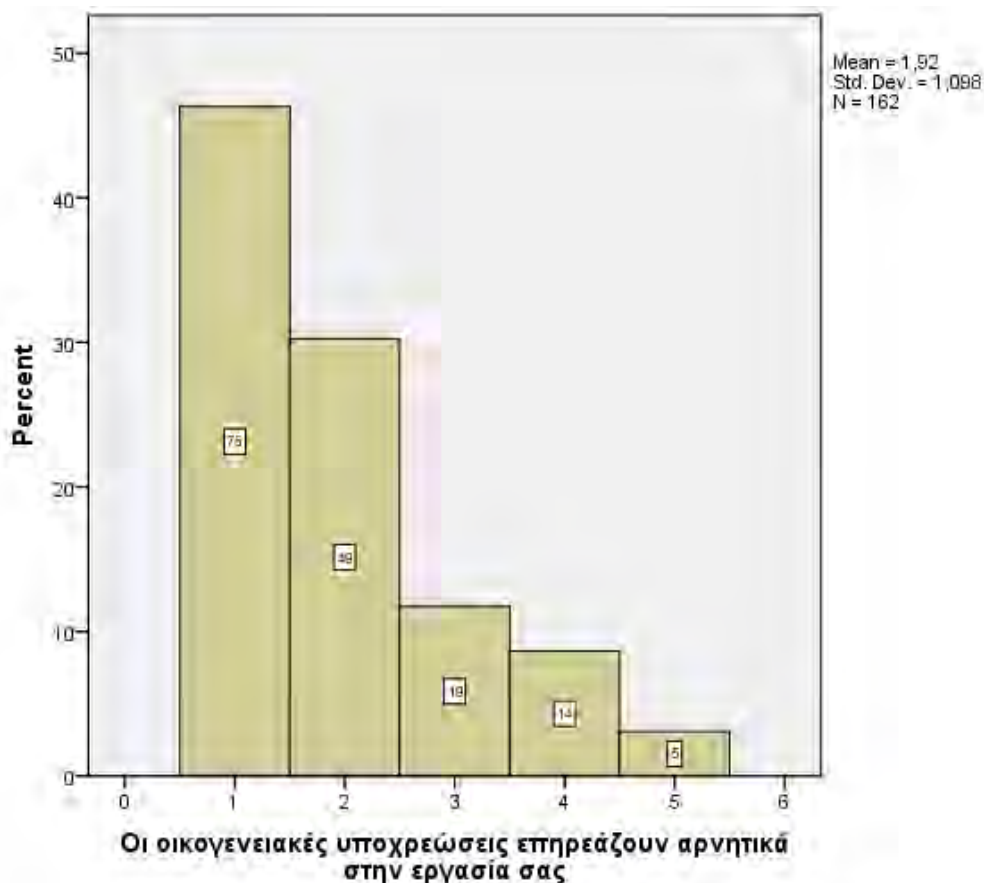
Αντίστροφα, η οικογενειακή δυσαρμονία θα μπορούσε να επηρεάσει την επίδοση του ατόμου στην εργασία του. Στην αντίστοιχη ερώτηση σχετικά με το αν οι

οικογενειακές υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά στην εργασία είναι ξεκάθαρο ότι οι αποκρινόμενοι μπορούν να διαχωρίσουν την προσωπική τους ζωή από την επαγγελματική διασφαλίζοντας ηρεμία και στους δύο αυτούς τομείς. Η συντριπτική πλειοψηφία 76,5% δεν επηρεάζεται αρνητικά από τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις.

Πίνακας 17.

**Οι οικογενειακές υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά στην εργασία σας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	75	46,3	46,3	46,3
Λίγο	49	30,2	30,2	76,5
Μέτρια	19	11,7	11,7	88,3
Πολύ	14	8,6	8,6	96,9
Πάρα πολύ	5	3,1	3,1	100,0
Total	162	100,0	100,0	



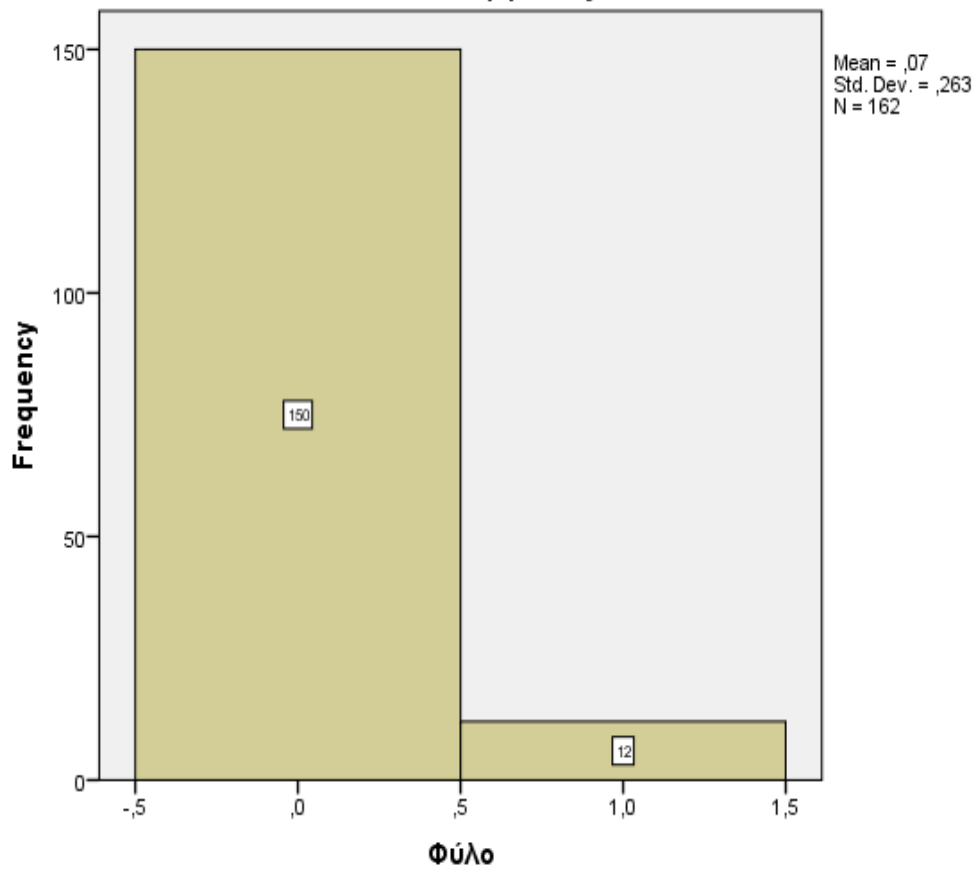


Η εξέλιξη του ατόμου στο χώρο εργασίας του είναι ένα πολύ σημαντικό κίνητρο στις εργαζόμενους για να δίνουν την μεγαλύτερη δυνατή απόδοσή τους. Ανάλογα με τις απαιτήσεις τις κάθε εργασίας ποικίλουν οι παράγοντες στην επαγγελματική εξέλιξη του ατόμου. Σημαντικότερο κριτήριο χαρακτηρίστηκε το επίπεδο σπουδών (44,2%), δηλαδή το ακαδημαϊκό υπόβαθρο που διαθέτει κάποιος, ώστε έχοντας ως κίνητρο τη μάθηση να μην επαναπαύεται κάποιος. Το αμέσως επόμενο σημαντικό κριτήριο είναι η προσωπικότητα (34,1%) σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους αποκρινόμενους. Ακολουθούν με σειρά κατάταξης η ηλικία (13,1%) και το φύλο (4,5%) των εργαζομένων.

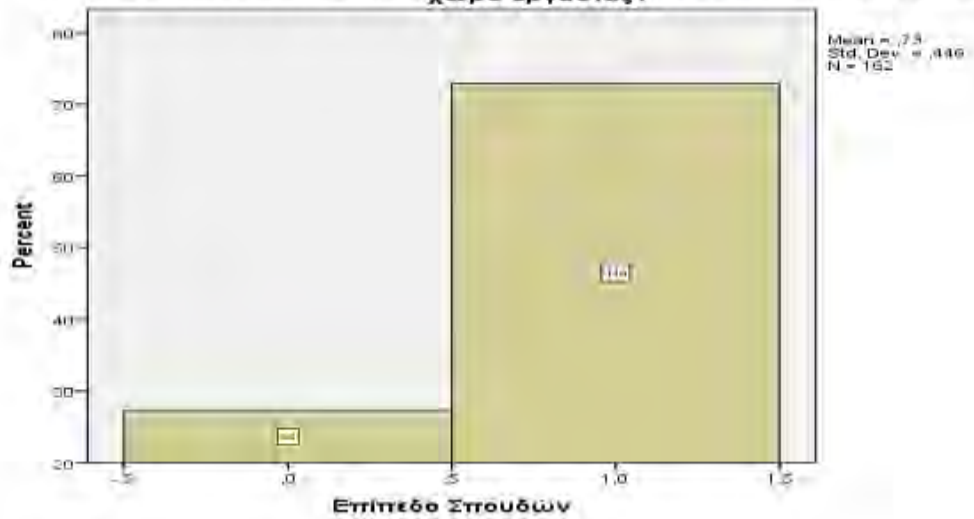
Πίνακας 18. Ποιο παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Φύλο	12	4,5	4,5	4,5
Επίπεδο Σπουδών	118	44,2	44,2	48,7
Valid Ηλικία	35	13,1	13,1	61,8
Προσωπικότητα	91	34,1	34,1	95,9
Άλλοι Παράγοντες	11	4,1	4,1	100,0
Total	267	100,0	100,0	

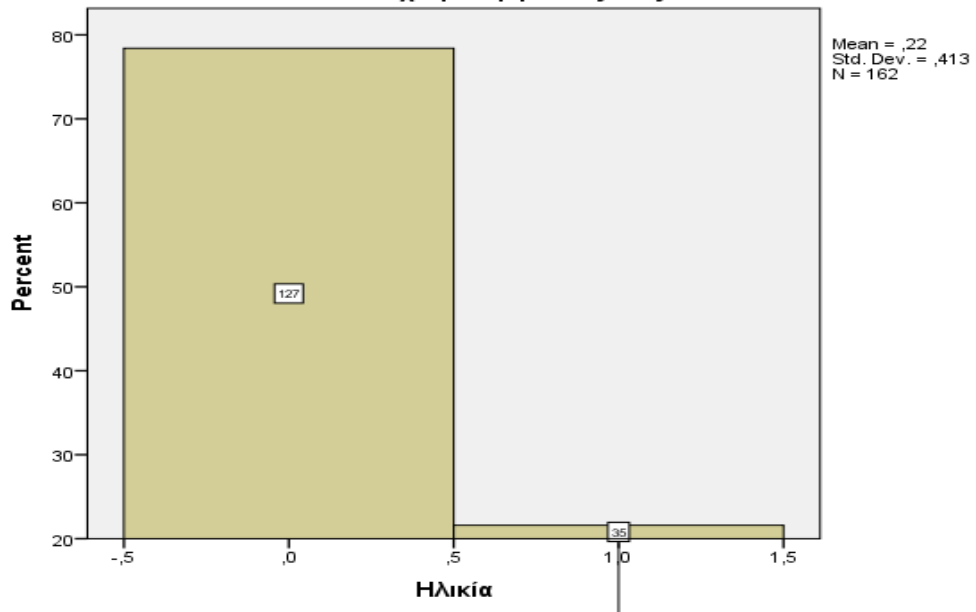
Ποιο παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας?



Ποιοι παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας?



Ποιοι παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας σας?



Ποιοι παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας?



Παρόλα αυτά, οι αποκρινόμενοι μπορούσαν να προσθέσουν και παράγοντες που πίστευαν οι ίδιοι ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την επαγγελματική εξέλιξη ενός ατόμου στο χώρο εργασίας. Αναφέρθηκαν: η εμπειρία, οι γνωριμίες, η συνεχόμενη ενημέρωση, η επιθυμία για προσφορά και βοήθεια, η οικογένεια, η υπευθυνότητα του ατόμου.

#### 10.4 Εξέταση ερευνητικών υποθέσεων

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της στάσης των ατόμων που εργάζονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απέναντι στις δυσκολίες και στις προοπτικές τους, στις αρνητικές επιδράσεις της εργασίας στο άτομο μετρώντας το επίπεδο του αντιλαμβανόμενου άγχους του, καθώς και τους παράγοντες που συμβάλλουν για την ικανοποίησή τους. Παράλληλα, θα εξεταστεί η σχέση μεταξύ της του αντιλαμβανόμενου άγχους των εργαζομένων με την ικανοποίηση και τη σημαντικότητα της εργασίας.

∞ Πίνακας 19: Επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους – Περιγραφικά στατιστικά

	Mean	Count	Maximum	Median	Minimum	Mode	Standard Error of Mean	Standard Deviation	Sum	Total N
S1	3	162	4	3	1	2	0	1	426	162
S2	3	162	4	3	1	2	0	1	441	162
S3	2	162	4	2	1	2	0	1	298	162
S4	3	162	4	3	1	3	0	1	504	162
S5	1	162	4	1	1	1	0	1	234	162
S6	2	162	4	2	1	2	0	1	291	162
S7	3	162	4	3	1	3	0	1	476	162
S8	2	162	4	2	1	2	0	1	366	162
S9	2	162	4	2	1	2	0	1	323	162
S10	3	162	4	3	1	3	0	1	473	162
S11	3	162	4	3	1	3	0	1	468	162
S12	2	162	4	2	1	2	0	1	302	162
S13	3	162	4	3	1	3	0	1	462	162
S14	2	162	4	2	1	2	0	1	351	162
S15	2	162	4	2	1	2	0	1	320	162
S16	3	162	4	3	1	2	0	1	405	162
S17	3	162	4	2	1	2	0	1	427	162
S18	3	162	4	3	1	3	0	1	415	162
S19	2	162	4	2	1	2	0	1	359	162
S20	2	162	4	2	1	2	0	1	299	162
S21	2	162	4	2	1	2	0	1	400	162
S22	3	162	4	3	1	3	0	1	460	162
S23	2	162	4	2	1	2	0	1	372	162
S24	2	162	4	2	1	2	0	1	368	162
S25	2	162	4	2	1	2	0	1	342	162
S26	2	162	4	2	1	2	0	1	337	162

S27	2	162	4	2	1	2	0	1	356	162
S28	3	162	4	3	1	3	0	1	415	162
S29	2	162	4	2	1	2	0	1	346	162
S30	2	162	4	2	1	2	0	1	391	162

∞ Πίνακας 20: Ικανοποίηση από την εργασία – Περιγραφικά χαρακτηριστικά

	Mean	Count	Maximum	Median	Minimum	Mode	Range	Standard Error of Mean	Standard Deviation	Sum	Total N
JCSI1A	2	162	3	2	-3	2	6 0		1	256	162
JCSI2A	2	162	3	2	-2	3	5 0		1	352	162
JCSI3A	2	162	3	2	-2	2	5 0		1	309	162
JCSI4A	1	162	3	1	-3	2	6 0		2	81	162
JCSI4B	2	162	3	2	-3	3	6 0		1	339	162
JCSI5A	1	162	3	1	-3	1	6 0		2	106	162
JCSI5B	2	162	3	2	-2	3	5 0		1	328	162
JCSI6A	1	162	3	1	-3	2	6 0		2	162	162
JCSI6B	2	162	3	2	-3	2	6 0		1	302	162
JCSI7A	1	162	3	1	-3	1	6 0		2	83	162
JCSI7B	2	162	3	2	-3	3	6 0		1	282	162
JCSI8A	1	162	3	2	-3	2	6 0		2	173	162
JCSI8B	2	162	3	2	-3	3	6 0		1	315	162
JCSI9A	2	162	3	2	-3	2	6 0		1	258	162
JCSI9B	2	162	3	2	0	3	3 0		1	367	162
JCSI10A	1	162	3	2	-3	2	6 0		1	205	162
JCSI10B	2	162	3	2	-3	2	6 0		1	317	162
JCSI11A	2	162	3	2	-3	2	6 0		1	305	162
JCSI11B	3	162	3	3	-3	3	6 0		1	404	162
JCSI12A	2	162	3	2	-2	2	5 0		1	318	162
JCSI12B	2	162	3	3	-2	3	5 0		1	377	162
JCSI13A	1	162	3	2	-3	2	6 0		1	210	162
JCSI13B	2	162	3	3	-2	3	5 0		1	368	162
JCSI14A	2	162	3	2	-3	2	6 0		1	271	162
JCSI14B	2	162	3	3	-2	3	5 0		1	400	162
JCSI15A	2	162	3	2	-2	2	5 0		1	292	162
JCSI15B	2	162	3	3	-1	3	4 0		1	387	162

JCSI16A	2	162	3	2	-3	2	6	0	1	290	162
JCSI16B	2	162	3	3	-1	3	4	0	1	389	162
JCSI17A	2	162	3	2	-3	2	6	0	1	275	162
JCSI17B	2	162	3	2	-2	3	5	0	1	368	162
JCSI18A	1	162	3	2	-3	2	6	0	1	224	162
JCSI18B	2	162	3	2	-1	2	4	0	1	335	162
JCSI19A	1	162	3	2	-3	2	6	0	2	223	162
JCSI19B	2	162	3	3	-2	3	5	0	1	375	162
JCSI20A	1	162	3	2	-3	2	6	0	2	213	162
JCSI20B	2	162	3	3	-2	3	5	0	1	379	162
JCSI21A	2	162	3	3	-2	3	5	0	1	373	162
JCSI22A	1	162	3	2	-3	2	6	0	2	224	162
JCSI22B	2	162	3	3	-2	3	5	0	1	386	162
JCSI23A	1	162	3	2	-3	2	6	0	2	191	162
JCSI23B	2	162	3	3	-2	3	5	0	1	389	162
JCSI24A	1	162	3	1	-3	2	6	0	2	175	162
JCSI24B	2	162	3	2	-3	3	6	0	1	346	162
JCSI25A	1	162	3	1	-3	2	6	0	2	146	162
JCSI25B	2	162	3	2	-3	3	6	0	1	337	162
JCSI26A	1	162	3	1	-3	2	6	0	1	181	162
JCSI26B	2	162	3	2	-3	3	6	0	1	302	162
JCSI27A	2	162	3	2	-2	2	5	0	1	289	162
JCSI27B	2	162	3	3	-1	3	4	0	1	378	162
JCSI28A	1	162	3	1	-3	1	6	0	2	134	162
JCSI28B	2	162	3	2	-2	3	5	0	1	329	162

#### 10.4.1 Σύγκριση μεταξύ αντρών και γυναικών στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές

##### ➤ Αντιλαμβανόμενο Άγχος

Για τη μέτρηση του επιπέδου του αντιλαμβανόμενου άγχους χρησιμοποιήθηκε μία έγκυρη κλίμακα που έχει ελεγχθεί και σε παλιότερες έρευνες. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 30 ερωτήσεις, οι οποίες ομαδοποιούνται σε 7 διαστάσεις: συναισθηματική κόπωση, ανεμελιά, εργασιακή πίεση, έλλειψη χρόνου, φόρτο εργασίας, ανησυχίες για το μέλλον και την ευθύνη. Για να γίνει σύγκριση μεταξύ των φύλων και τις διαφορές του, έγιναν έλεγχοι τόσο σε κάθε μία ερώτηση ξεχωριστά όσο

και στην ομαδοποίηση των ερωτήσεων στις κατηγορίες που προέκυψαν από τη factor analysis.

Εξετάζοντας κάθε ερώτηση ξεχωριστά βρέθηκε να υπάρχει διαφορά μεταξύ φύλων στις ερωτήσεις: «Είστε συγχυσμένοι (αναστατωμένοι)» (sig. 0.041), «Έχετε πολλές ανησυχίες» (sig. 0.002), «Οι άλλοι σας πιέζουν» (sig. 0.046), «Είστε ξέγνοιαστοι» (sig. 0.024), «Αισθάνεστε ότι σας βαραίνουν οι ευθύνες» (sig. 0.032). Τη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των φύλων φαίνεται να υπάρχει στην ερώτηση για τις ανησυχίες που έχουν στο θέμα της δουλειάς τους. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις που προαναφέρθηκαν οι διαφορές είναι μικρές.

∞ Πίνακας 21: Αντιλαμβανόμενο άγχος – Φύλο (Ερωτήσεις που διαφέρουν)

### Φύλο \* S12

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,231 <sup>a</sup>	3	,041
Likelihood Ratio	9,569	3	,023
Linear-by-Linear Association	3,512	1	,061
N of Valid Cases	162		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

### Φύλο \* S18

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,093 <sup>a</sup>	3	,002
Likelihood Ratio	15,551	3	,001
Linear-by-Linear Association	12,489	1	,000
N of Valid Cases	160		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

### Φύλο \* S19

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,009 <sup>a</sup>	3	,046
Likelihood Ratio	10,743	3	,013

Linear-by-Linear Association	6,147	1	,013
N of Valid Cases	162		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,23.

### Φύλο \* S25

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,411 <sup>a</sup>	3	,024
Likelihood Ratio	9,136	3	,028
Linear-by-Linear Association	2,051	1	,152
N of Valid Cases	161		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,99.

### Φύλο \* S28

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,786 <sup>a</sup>	3	,032
Likelihood Ratio	8,846	3	,031
Linear-by-Linear Association	4,389	1	,036
N of Valid Cases	162		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,84.

Έχοντας ομαδοποιήσει τις ερωτήσεις με μεγαλύτερες κατηγορίες, έγινε έλεγχος chi\_square σε κάθε μία ξεχωριστά. Παρόλα αυτά, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ φύλων σε όλες τις κατηγορίες.

∞ Πίνακας 22: Αντιλαμβανόμενο άγχος – Φύλο (Ερωτήσεις ανα κατηγορία)

### Φύλο \* Συναισθηματική κόπωση

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,447 <sup>a</sup>	17	,207
Likelihood Ratio	25,259	17	,089
Linear-by-Linear Association	4,610	1	,032
N of Valid Cases	162		

a. 23 cells (63,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.



### Φύλο \* Ανεμελιά

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,744 <sup>a</sup>	21	,306
Likelihood Ratio	25,680	21	,219
Linear-by-Linear Association	3,685	1	,055
N of Valid Cases	162		

a. 31 cells (70,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* Εργασιακή πίεση

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,382 <sup>a</sup>	13	,144
Likelihood Ratio	22,804	13	,044
Linear-by-Linear Association	8,529	1	,003
N of Valid Cases	162		

a. 18 cells (64,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* Έλλειψη χρόνου

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,382 <sup>a</sup>	6	,153
Likelihood Ratio	11,280	6	,080
Linear-by-Linear Association	5,106	1	,024
N of Valid Cases	162		

a. 6 cells (42,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,74.

### Φύλο \* Φόρτος εργασίας

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,726 <sup>a</sup>	9	,229
Likelihood Ratio	11,113	9	,268
Linear-by-Linear Association	1,113	1	,291
N of Valid Cases	162		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

## Φύλο \* Ανησυχίες για το μέλλον

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,611 <sup>a</sup>	6	,595
Likelihood Ratio	5,920	6	,432
Linear-by-Linear Association	,450	1	,502
N of Valid Cases	162		

a. 8 cells (57,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

## Φύλο \* Ευθύνη

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,362 <sup>a</sup>	9	,703
Likelihood Ratio	7,340	9	,602
Linear-by-Linear Association	3,347	1	,067
N of Valid Cases	162		

a. 12 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

**\*\***Αν και πρέπει να σημειωθεί πως τα παραπάνω αποτελέσματα υπόκεινται σε αμφισβήτηση δεδομένου ότι ο αριθμός των γυναικών και των αντρών που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είναι άνισος και δεν μπορεί να γίνει γενίκευση των εν λόγω αποτελεσμάτων σε ολόκληρο το πληθυσμό.

### ➤ Ικανοποίηση από την εργασία

Η κλίμακα μέτρησης του οικογενειακού περιβάλλοντος περιλάμβανε 28 ερωτήσεις, των οποίων οι 3 πρώτες μετρούν το γενικό επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων οι υπόλοιπες 25 ερωτήσεις μετρούν την ικανοποίηση σε διάφορα επίπεδα όπως και τη σημαντικότητα τους σε κλίμακα -3 έως 3 μετρώντας το 'καθόλου ικανοποιημένος/η – απολύτως ικανοποιημένος/η' και 'καθόλου σημαντικό – απολύτως σημαντικό'.

Έγινε έλεγχος αρχικά σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά με την μέθοδο chi\_square και Fisher's Exact Test. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των απαντήσεων, βρέθηκε τα 2 φύλα να έχουν απαντήσει διαφορετικά στην ερώτηση σχετικά με την ικανοποίηση: *«Πως νοιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των κλινικών ή και*

των τμημάτων του νοσοκομείου όπου εργάζεστε» (sig. 0.006). Παράλληλα, τα 2 φύλα διαφέρουν σημαντικά στις ερωτήσεις σχετικά με τη σημαντικότητα: «Πως νοιώθετε σε σχέση με τους τυπικούς τρόπους επικοινωνίας (πχ. Λογοδοσία, γραπτή πληροφόρηση, επίσκεψη κλπ.) μεταξύ του προσωπικού» (sig. 0.025), «Πως νοιώθετε σε σχέση με το πόσο πολύ σας αρέσει η δουλειά σας» (sig. 0.049) και «Πως νοιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές» (sig. 0.034)

∞ Πίνακας 23 Φύλο – Ικανοποίηση (Ερωτήσεις που διαφέρουν)

### Φύλο \* JCSI8B

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,408 <sup>a</sup>	6	,025
Likelihood Ratio	13,054	6	,042
Linear-by-Linear Association	,312	1	,577
N of Valid Cases	160		

a. 8 cells (57,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

### Φύλο \* JCSI11B

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,878 <sup>a</sup>	3	,049
Likelihood Ratio	9,340	3	,025
Linear-by-Linear Association	,057	1	,811
N of Valid Cases	161		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* JCSI26A

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,269 <sup>a</sup>	6	,006
Likelihood Ratio	18,785	6	,005
Linear-by-Linear Association	1,370	1	,242
N of Valid Cases	160		

a. 6 cells (42,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

## Φύλο \* JCSI28B

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,052 <sup>a</sup>	5	,034
Likelihood Ratio	11,412	5	,044
Linear-by-Linear Association	,001	1	,979
N of Valid Cases	161		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

Η κλίμακα ικανοποίησης από την εργασία αποτελείται από 5 υποκατηγορίες

∞ Πίνακας 24: Φύλο – Ικανοποίηση από την εργασία (Ερωτήσεις ανα κατηγορία)

## Φύλο \* Γενική επικοινωνία

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,676 <sup>a</sup>	29	,291
Likelihood Ratio	35,094	29	,201
Linear-by-Linear Association	2,358	1	,125
N of Valid Cases	162		

a. 48 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

## Φύλο \* Επικοινωνία εν ώρα εργασίας

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,164 <sup>a</sup>	27	,135
Likelihood Ratio	31,242	27	,261
Linear-by-Linear Association	,909	1	,340
N of Valid Cases	162		

a. 46 cells (82,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

## Φύλο \* Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,841 <sup>a</sup>	20	,985
Likelihood Ratio	9,603	20	,975

Linear-by-Linear Association	,014	1	,905
N of Valid Cases	162		

a. 33 cells (78,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* Διαπροσωπικές σχέσεις με ανώτερα στελέχη

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,221 <sup>a</sup>	31	,610
Likelihood Ratio	28,857	31	,577
Linear-by-Linear Association	,105	1	,746
N of Valid Cases	162		

a. 55 cells (85,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* Επικοινωνία με συναδέλφους άλλων τμημάτων

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,138 <sup>a</sup>	19	,513
Likelihood Ratio	18,541	19	,487
Linear-by-Linear Association	,139	1	,709
N of Valid Cases	162		

a. 28 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* Γενική επικοινωνία

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,697 <sup>a</sup>	19	,742
Likelihood Ratio	18,996	19	,457
Linear-by-Linear Association	2,202	1	,138
N of Valid Cases	162		

a. 29 cells (72,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,700 <sup>a</sup>	18	,682
Likelihood Ratio	14,926	18	,667

Linear-by-Linear Association	,203	1	,652
N of Valid Cases	162		

a. 30 cells (78,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* Διαπροσωπικές σχέσεις με ανώτερα στελέχη

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,297 <sup>a</sup>	14	,812
Likelihood Ratio	9,002	14	,831
Linear-by-Linear Association	,588	1	,443
N of Valid Cases	162		

a. 22 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Φύλο \* Επικοινωνία με συναδέλφους άλλων τμημάτων

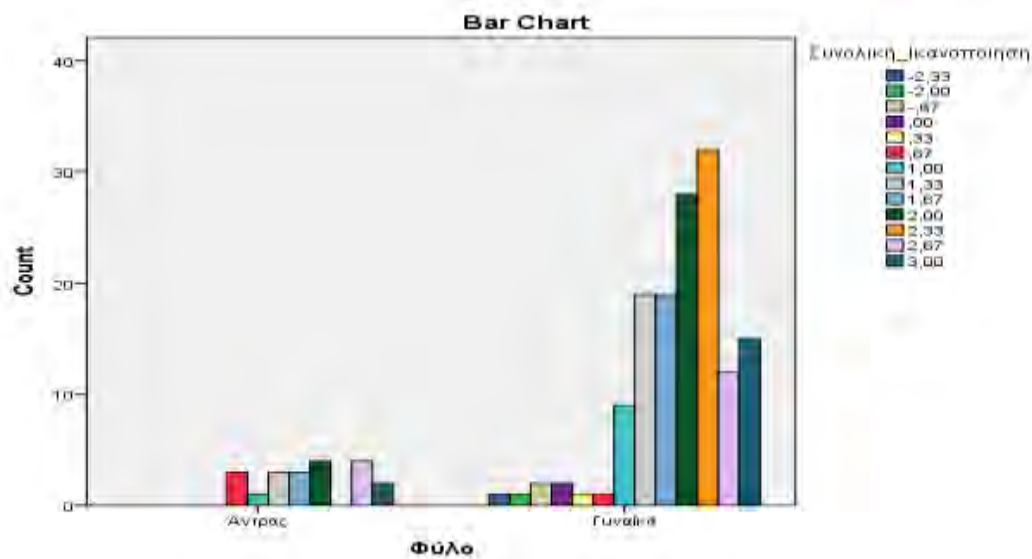
#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,361 <sup>a</sup>	15	,014
Likelihood Ratio	27,205	15	,027
Linear-by-Linear Association	,000	1	,989
N of Valid Cases	162		

a. 24 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

Η ανάλυση της κάθε κατηγορίας ξεχωριστά δείχνει πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων στην κατηγορία Επικοινωνία με συναδέλφους από άλλα τμήματα στις ερωτήσεις σχετικά με την σημαντικότητα ΜΟΝΟ όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα. Στη συνολική ικανοποίηση των εργαζομένων υπάρχουν ελάχιστες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.

\*\* Θα πρέπει πάλι να διευκρινιστεί πως η ανισοκατανομή των ερωτηματολογίων μεταξύ των 2 φύλων έχει ως αποτέλεσμα τα αποτελέσματα να μην μπορούν να γενικευτούν, όπως διευκρινίστηκε και παραπάνω.



Στις ερωτήσεις σχετικά με τους τομείς της δουλειάς των εργαζομένων που τους δίνουν περισσότερο ικανοποίηση έγινε έλεγχος ANOVA. Από αυτή την ανάλυση προκύπτει πως τα δύο φύλα διαφέρουν σημαντικά στην ερώτηση «Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας δυσαρεστούν περισσότερο;». Η απάντηση που δίχασε τα δύο φύλα είναι ο μισθός τους. Οι άντρες ως αρχηγοί της οικογένειας δίνουν μεγαλύτερη σημασία στο μισθό τους και θέλουν να λαμβάνουν μεγαλύτερο μισθό ώστε να παρέχουν στις οικογένειές του τα προς το ζην. Επιπλέον, στην ερώτηση «Ποια αλλαγή στη δουλειά σας νομίζετε ότι θα σας έκανε να νοιώθετε μεγαλύτερη ικανοποίηση;». Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις η κλινική, όπου εργάζομαι, ο μισθός μου και οι συνθήκες εργασίας. Τα άτομα ζητούν καλύτερες συνθήκες στην κλινική όπου εργάζονται και θα ένοιωθαν ικανοποιημένοι με καλύτερο μισθό

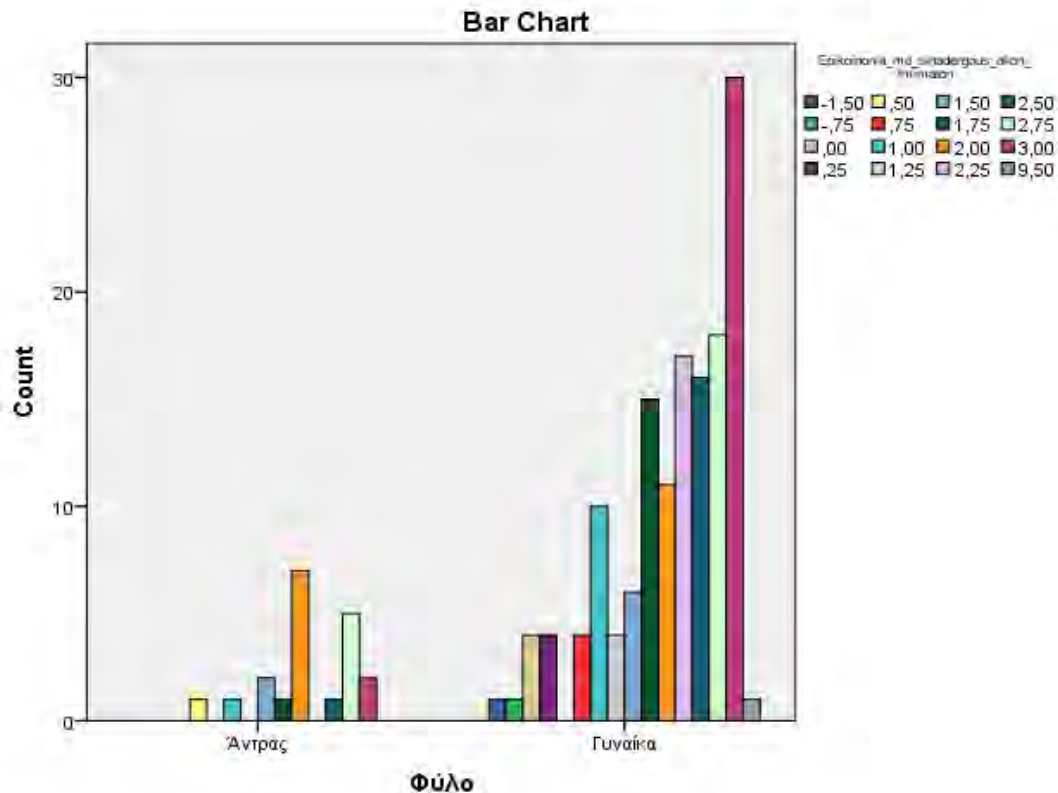
∞ Πίνακας 25: ANOVA Φύλο – Σημαντικοί τομείς στη δουλειά

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Το αντικείμενο της δουλειάς μου	Between Groups	,413	1	,413	1,625	,204
	Within Groups	40,673	160	,254		
	Total	41,086	161			
Η θέση που κατέχω	Between Groups	,185	1	,185	1,111	,293
	Within Groups	26,679	160	,167		
	Total	26,864	161			
Το κύρος της δουλειάς μου	Between Groups	,269	1	,269	1,738	,189
	Within Groups	24,799	160	,155		

	Total	25,068	161			
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	Between Groups	,362	1	,362	1,475	,226
	Within Groups	39,249	160	,245		
	Total	39,611	161			
Ο μισθός μου	Between Groups	,002	1	,002	,010	,920
	Within Groups	31,109	160	,194		
	Total	31,111	161			
Οι συνθήκες εργασίας	Between Groups	,018	1	,018	,103	,748
	Within Groups	28,531	160	,178		
	Total	28,549	161			
Το αντικείμενο της δουλειάς μου	Between Groups	,004	1	,004	,106	,745
	Within Groups	5,774	160	,036		
	Total	5,778	161			
Η θέση που κατέχω	Between Groups	,056	1	,056	1,179	,279
	Within Groups	7,549	160	,047		
	Total	7,605	161			
Το κύρος της δουλειάς μου	Between Groups	,001	1	,001	,025	,874
	Within Groups	6,696	160	,042		
	Total	6,698	161			
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	Between Groups	,067	1	,067	,511	,476
	Within Groups	21,075	160	,132		
	Total	21,142	161			
Ο μισθός μου	Between Groups	,879	1	,879	4,276	,040
	Within Groups	32,899	160	,206		
	Total	33,778	161			
Οι συνθήκες εργασίας	Between Groups	,149	1	,149	,594	,442
	Within Groups	40,196	160	,251		
	Total	40,346	161			
Η ίαση των ασθενών	Between Groups	,358	1	,358	1,432	,233
	Within Groups	40,043	160	,250		
	Total	40,401	161			
Το ευχαριστώ των ασθενών	Between Groups	,119	1	,119	,588	,444
	Within Groups	32,381	160	,202		
	Total	32,500	161			
Το κύρος της δουλειάς μου	Between Groups	,005	1	,005	,039	,844
	Within Groups	19,008	160	,119		
	Total	19,012	161			
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	Between Groups	,064	1	,064	,337	,563
	Within Groups	30,559	160	,191		
	Total	30,623	161			
Ο μισθός μου	Between Groups	,777	1	,777	2,574	,111
	Within Groups	48,309	160	,302		
	Total	49,086	161			



	Between Groups	,016	1	,016	,147	,702
Οι συνθήκες εργασίας	Within Groups	17,515	160	,109		
	Total	17,531	161			
	Between Groups	,013	1	,013	,115	,735
Το αντικείμενο της δουλειάς μου	Within Groups	17,518	160	,109		
	Total	17,531	161			
	Between Groups	,204	1	,204	3,163	,077
Η θέση που κατέχω	Within Groups	10,296	160	,064		
	Total	10,500	161			
	Between Groups	,231	1	,231	3,943	,049
Η κλινική, όπου εργάζομαι	Within Groups	9,374	160	,059		
	Total	9,605	161			
	Between Groups	,000	1	,000	,000	,985
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	Within Groups	16,420	160	,103		
	Total	16,420	161			
	Between Groups	1,121	1	1,121	5,445	,021
Ο μισθός μου	Within Groups	32,929	160	,206		
	Total	34,049	161			
	Between Groups	1,289	1	1,289	5,262	,023
Οι συνθήκες εργασίας	Within Groups	39,187	160	,245		
	Total	40,475	161			
	Between Groups	,067	1	,067	,511	,476
Ο προϊστάμενός μου	Within Groups	21,075	160	,132		
	Total	21,142	161			



#### 10.4.2 Σύγκριση σε σχέση με την ηλικία στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές

##### ➤ Επίπεδα Αντιλαμβανόμενου Άγχους

Ως δεύτερη ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας έχει οριστεί να γίνει έλεγχος η διαφορά που υπάρχει στο επίπεδο του αντιλαμβανόμενου άγχους σε σχέση με την ηλικία των εργαζομένων. Χρησιμοποιώντας την ίδια κλίμακα για τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους οι ερωτήσεις που δείχνουν διαφορετικά αποτελέσματα είναι: «Διασκεδάζετε?» (sig.0.008), «Σας είναι δύσκολο να χαλαρώσετε» (sig.0.044). Όπως φαίνεται παραπάνω η ηλικία επηρεάζει διαφορετικά τη διασκέδαση των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με αυτούς που είναι μικρότερης ηλικίας. Η μεγάλη διαφορά που υπάρχει εξαρτάται από τις αντοχές και ίσως τις λιγότερες ευθύνες που έχουν τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Μικρότερη διαφορά παρατηρείται σε θέματα σχετικά με τη χαλάρωση μετά την ώρα εργασίας.

∞ Πίνακας 26 : Ηλικία – Αντιλαμβανόμενο άγχος (Ερωτήσεις που διαφέρουν)

### Ηλικία \* S21

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,778 <sup>a</sup>	12	,008
Likelihood Ratio	30,163	12	,003
Linear-by-Linear Association	16,444	1	,000
N of Valid Cases	162		

a. 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Ηλικία \* S27

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,441 <sup>a</sup>	12	,044
Likelihood Ratio	19,535	12	,076
Linear-by-Linear Association	10,435	1	,001
N of Valid Cases	162		

a. 11 cells (55,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Ένα δεύτερος έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων έγινε συγκρίνοντας την ηλικία των εργαζομένων ανά την κατηγορία των ερωτήσεων, όπως ομαδοποιήθηκαν με τη factor analysis. Ο συγκεκριμένος έλεγχος έδειξε πως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ηλικίας και επαγγελματικής εξουθένωσης σε κάποια από τις 7 κατηγορίες

∞ Πίνακας 27: Αντιλαμβανόμενο άγχος – Ηλικία (Ερωτήσεις ανα κατηγορία)

### Ηλικία \* Συναισθηματική κόπωση

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	82,226 <sup>a</sup>	68	,115
Likelihood Ratio	66,851	68	,517
Linear-by-Linear Association	,059	1	,809
N of Valid Cases	162		

a. 81 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* Ανεμελιά

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	88,300 <sup>a</sup>	84	,353
Likelihood Ratio	82,998	84	,510
Linear-by-Linear Association	1,887	1	,170
N of Valid Cases	162		

a. 102 cells (92,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* Εργασιακή πίεση

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,282 <sup>a</sup>	52	,352
Likelihood Ratio	40,146	52	,885
Linear-by-Linear Association	5,603	1	,018
N of Valid Cases	162		

a. 59 cells (84,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* Έλλειψη χρόνου

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,489 <sup>a</sup>	24	,827
Likelihood Ratio	17,504	24	,826
Linear-by-Linear Association	,432	1	,511
N of Valid Cases	162		

a. 25 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

## Ηλικία \* Φόρτος εργασίας

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,374 <sup>a</sup>	36	,498
Likelihood Ratio	36,625	36	,440
Linear-by-Linear Association	1,161	1	,281
N of Valid Cases	162		

a. 37 cells (74,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* Ανησυχίες για το μέλλον

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,731 <sup>a</sup>	24	,110
Likelihood Ratio	26,520	24	,327
Linear-by-Linear Association	3,253	1	,071
N of Valid Cases	162		

a. 23 cells (65,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

## Ηλικία \* Ευθύνη

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,386 <sup>a</sup>	36	,545
Likelihood Ratio	26,222	36	,884
Linear-by-Linear Association	2,588	1	,108
N of Valid Cases	162		

a. 39 cells (78,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Είναι όμως γενικό αξιοσημείωτο να υποστηριχθεί ότι όλοι οι εργαζόμενοι έχουν συγκεκριμένες υποχρεώσεις και καθήκοντα στην εργασία τους και στο καθημερινό τους εργασιακό πρόγραμμα που πρέπει να φέρουν εις πέρας ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Συνεπώς, άτομα μικρότερης ή μεγαλύτερης ηλικίας μοιράζονται το ίδιο επαγγελματικό 'βάρος' και άγχος, με μία μικρή διαφορά ότι οι μικρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι βρίσκουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους ώστε να διασκεδάσουν και να χαλαρώσουν.

### ➤ Ικανοποίηση από την εργασία

Από την πλευρά της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι αποκρινόμενοι από το εργασιακό τους περιβάλλον έγινε έλεγχος σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά για το πώς διαφέρουν οι απαντήσεις συνεπώς και η σημαντικότητα που δίνουν σε κάποιους τομείς με βάση την ηλικία. Οι ερωτήσεις που διαφέρουν σύμφωνα με την ηλικία, αρχικά για την ικανοποίηση τους, είναι: «Πως νοιώθετε για τις σχέσεις με τους συναδέλφους στην κλινική, όπου εργάζεστε» (sig. 0.022), «Πως νοιώθετε σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρεται στη δουλειά από τους συναδέλφους σας» (sig. 0.009),

*«Πως νοιώθετε για τον τρόπο που ο άμεσα ανώτερός σας, δείχνει να σας ακούει και να σας καταλαβαίνει» (sig. 0.026), «Πως νοιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές» (sig. 0.041). Η μεγαλύτερη διαφορά που υπάρχει μεταξύ των εργαζομένων μικρότερης και μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρείται στην συναδελφικότητα και στη βοήθεια που δίνεται μεταξύ των εργαζομένων.*

Από την εκδοχή της σημαντικότητας, παρατηρήθηκαν πολλές διαφορές, δεδομένου πως πολλά άτομα μπορεί να μην ικανοποιημένοι από όλους τους τομείς της εργασίας του, παρότι τους θεωρούν πολύ σημαντικούς ώστε να υπάρχει ένα καλό εργασιακό περιβάλλον. Οι ερωτήσεις που δείχνουν την διαφορά μεταξύ ηλικιακών κλιμάκων είναι: *«Πως νοιώθετε σε σχέση με την ενημέρωση που λαμβάνετε από το διευθυντή σας για ότι συμβαίνει στο χώρο εργασία σας γενικά» (sig. 0.000), «Πως νοιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τους στόχους και τα σχέδια της κλινικής, όπου εργάζεστε» (sig. 0.000), «Πως νοιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για την πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση του νοσοκομείου και αφορά την ομάδα σας» (sig. 0.000), «Πως νοιώθετε σε σχέση με το πόσο πολύ σας αρέσει η δουλειά σας» (sig. 0.022), «Πως νοιώθετε για τις σχέσεις με τους συναδέλφους στην κλινική, όπου εργάζεστε» (sig. 0.000), «Πως νοιώθετε σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρεται στη δουλειά από τους συναδέλφους σας» (sig. 0.000), «Πως νοιώθετε σε σχέση με τη φιλικότητα των συναδέλφων στη δουλειά» (sig. 0.000), «Πως νοιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (πχ. Προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο χώρο εργασία σας» (sig. 0.002), «Πως νοιώθετε για την σχέση σας με τον ανώτερό σας στη δουλειά» (sig. 0.019), «Πως νοιώθετε για την επικοινωνία που έχετε με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά» (sig. 0.034), «Πως νοιώθετε σε σχέση με την αναγνώριση της δουλειάς σας από τον άμεσα ανώτερό σας» (sig. 0.000), «Πως νοιώθετε σε σχέση με το βαθμό που ο άμεσα ανώτερό σας δείχνει να σας ακούει και να σας καταλαβαίνει», (sig. 0.000), «Πως νοιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές» (sig. 0.000).*

Στις παραπάνω ερωτήσεις φαίνεται πως σε κάποιες υπάρχουν μικρές διαφορές και σε κάποιες άλλες πολύ έντονες σε θέματα επικοινωνίας και συναδελφικότητας με τους άμεσα ανώτερους

∞ Πίνακας 28 Ηλικία – Ικανοποίηση (Ερωτήσεις που διαφέρουν)

### Ηλικία \* JCSI4B

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	63,785 <sup>a</sup>	24	,000
Likelihood Ratio	20,379	24	,675
Linear-by-Linear Association	,212	1	,645
N of Valid Cases	161		

a. 27 cells (77,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* JCSI5B

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	86,345 <sup>a</sup>	20	,000
Likelihood Ratio	17,957	20	,590
Linear-by-Linear Association	4,763	1	,029
N of Valid Cases	161		

a. 22 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* JCSI7B

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	177,530 <sup>a</sup>	24	,000
Likelihood Ratio	28,819	24	,227
Linear-by-Linear Association	,042	1	,837
N of Valid Cases	161		

a. 25 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* JCSI11B

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,763 <sup>a</sup>	12	,022
Likelihood Ratio	19,281	12	,082
Linear-by-Linear Association	,747	1	,387
N of Valid Cases	161		

a. 12 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* JCSI14A

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,796 <sup>a</sup>	24	,022
Likelihood Ratio	17,689	24	,818
Linear-by-Linear Association	1,427	1	,232
N of Valid Cases	162		

a. 27 cells (77,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

## Ηλικία \* JCSI14B

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	98,991 <sup>a</sup>	16	,000
Likelihood Ratio	30,617	16	,015
Linear-by-Linear Association	7,603	1	,006
N of Valid Cases	161		

a. 19 cells (76,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* JCSI15A

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,779 <sup>a</sup>	20	,009
Likelihood Ratio	22,076	20	,336
Linear-by-Linear Association	1,341	1	,247
N of Valid Cases	162		

a. 22 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

## Ηλικία \* JCSI15B

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	68,890 <sup>a</sup>	16	,000
Likelihood Ratio	24,651	16	,076
Linear-by-Linear Association	6,209	1	,013
N of Valid Cases	161		

a. 19 cells (76,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.



## Ηλικία \* JCSI16B

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,903 <sup>a</sup>	16	,000
Likelihood Ratio	25,601	16	,060
Linear-by-Linear Association	,330	1	,566
N of Valid Cases	161		

a. 18 cells (72,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* JCSI18B

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,088 <sup>a</sup>	16	,002
Likelihood Ratio	14,568	16	,557
Linear-by-Linear Association	,174	1	,677
N of Valid Cases	161		

a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

## Ηλικία \* JCSI19B

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,246 <sup>a</sup>	20	,019
Likelihood Ratio	22,004	20	,340
Linear-by-Linear Association	,014	1	,907
N of Valid Cases	160		

a. 24 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* JCSI20B

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,976 <sup>a</sup>	20	,034
Likelihood Ratio	26,281	20	,157
Linear-by-Linear Association	1,726	1	,189
N of Valid Cases	161		

a. 23 cells (76,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* JCSI22B

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	174,447 <sup>a</sup>	20	,000
Likelihood Ratio	25,167	20	,195
Linear-by-Linear Association	1,539	1	,215
N of Valid Cases	161		

a. 24 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* JCSI23B

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50,716 <sup>a</sup>	20	,000
Likelihood Ratio	26,222	20	,159
Linear-by-Linear Association	6,310	1	,012
N of Valid Cases	161		

a. 23 cells (76,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* JCSI24A

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,223 <sup>a</sup>	24	,026
Likelihood Ratio	24,046	24	,459
Linear-by-Linear Association	4,607	1	,032
N of Valid Cases	162		

a. 25 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

### Ηλικία \* JCSI27B

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,632 <sup>a</sup>	20	,047
Likelihood Ratio	26,810	20	,141
Linear-by-Linear Association	1,418	1	,234
N of Valid Cases	161		

a. 22 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* JCSI28A

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,291 <sup>a</sup>	24	,041
Likelihood Ratio	35,810	24	,057
Linear-by-Linear Association	6,089	1	,014
N of Valid Cases	161		

a. 24 cells (68,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

## Ηλικία \* JCSI28B

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,589 <sup>a</sup>	20	,000
Likelihood Ratio	28,997	20	,088
Linear-by-Linear Association	6,315	1	,012
N of Valid Cases	161		

a. 20 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Συνακολούθως, έγινε έλεγχος της διαφοράς μεταξύ ηλικίας και κάθε μία υποκατηγορίας που έχουν οριστεί εξ αρχής.

## Ηλικία \* Γενική επικοινωνία

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	206,523 <sup>a</sup>	76	,000
Likelihood Ratio	62,709	76	,863
Linear-by-Linear Association	,371	1	,543
N of Valid Cases	162		

a. 91 cells (91,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	119,793 <sup>a</sup>	72	,000
Likelihood Ratio	60,951	72	,820
Linear-by-Linear Association	1,606	1	,205
N of Valid Cases	162		

a. 80 cells (84,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* Διαπροσωπικές σχέσεις με ανώτερα στελέχη

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	125,997 <sup>a</sup>	56	,000
Likelihood Ratio	52,755	56	,598
Linear-by-Linear Association	1,085	1	,298
N of Valid Cases	162		

a. 63 cells (84,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

## Ηλικία \* Επικοινωνία με συναδέλφους άλλων τμημάτων

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	82,322 <sup>a</sup>	60	,030
Likelihood Ratio	48,284	60	,861
Linear-by-Linear Association	1,263	1	,261
N of Valid Cases	162		

a. 67 cells (83,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Όπως ήταν αναμενόμενο τα παραπάνω διαγράμματα παρουσιάζουν την έντονη διαφορά μεταξύ των εργαζομένων μικρότερης και μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με την σημαντικότητα που υπάρχει για την επικοινωνία γενικά μεταξύ των ασθενών και των εργαζομένων, για την επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων, των άμεσα ανώτερων υπαλλήλων και με τους συναδέλφους από άλλα τμήματα της κλινικής. Όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες που σχετίζονται με την ικανοποίηση μένουν ανεπηρέαστες από τον παράγοντα ηλικία. Συνεπώς, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας

μπορεί να είναι ικανοποιημένα με το εργασιακό τους περιβάλλον και τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ του προσωπικού της κλινικής και θεωρούν πολύ σημαντική την γενική επικοινωνία μεταξύ τους και την συναδελφική αλληλεγγύη και συνεννόηση. Λαμβάνοντας υπόψη πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων σχετικά με την ικανοποίηση έγινε έλεγχος για τους τομείς της δουλειάς τους, τους ικανοποιούν, τους δυσαρεστούν και θεωρούν σημαντικούς. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα όλα τα άτομα συγκλίνουν στις ίδιες απαντήσεις χωρίς να τις επηρεάζει η ηλικία.

∞ Πίνακας 29 : Ηλικία – Ικανοποίηση (Ερωτήσεις ανά κατηγορία)

### Ηλικία \* Συνολική ικανοποίηση

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,006 <sup>a</sup>	48	,973
Likelihood Ratio	30,939	48	,973
Linear-by-Linear Association	,027	1	,870
N of Valid Cases	162		

a. 53 cells (81,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* Γενική επικοινωνία

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	118,473 <sup>a</sup>	116	,419
Likelihood Ratio	79,399	116	,996
Linear-by-Linear Association	2,246	1	,134
N of Valid Cases	162		

a. 145 cells (96,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* Επικοινωνία εν ώρα εργασίας

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	75,792 <sup>a</sup>	108	,992
Likelihood Ratio	66,618	108	,999
Linear-by-Linear Association	,513	1	,474
N of Valid Cases	162		

a. 133 cells (95,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	94,444 <sup>a</sup>	80	,129
Likelihood Ratio	63,463	80	,913
Linear-by-Linear Association	,196	1	,658
N of Valid Cases	162		

a. 96 cells (91,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέρφων

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	94,444 <sup>a</sup>	80	,129
Likelihood Ratio	63,463	80	,913
Linear-by-Linear Association	,196	1	,658
N of Valid Cases	162		

a. 96 cells (91,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* Διαπροσωπικές σχέσεις με ανώτερα στελέχη

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	125,111 <sup>a</sup>	124	,455
Likelihood Ratio	98,894	124	,953
Linear-by-Linear Association	3,603	1	,058
N of Valid Cases	162		

a. 155 cells (96,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Ηλικία \* Επικοινωνία με συναδέλφους άλλων τμημάτων

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	91,586 <sup>a</sup>	76	,107
Likelihood Ratio	72,139	76	,604
Linear-by-Linear Association	6,677	1	,010
N of Valid Cases	162		

a. 89 cells (89,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### 10.4.3 Σύγκριση σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές

#### ➤ Αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους

Ένα τρίτο σημαντικό κριτήριο σύμφωνα με το οποίο γίνεται έλεγχος των εξεταζόμενων μεταβλητών είναι η εκπαίδευση των εργαζομένων. Εξετάστηκε αν διαφέρουν οι εργαζόμενοι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο από εκείνους με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ως προς το επίπεδο αντιλαμβανόμενου άγχους. Η chi\_square ανάλυση σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά έδειξε ότι διαφέρουν οι απαντήσεις στην ερώτηση: «Έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας» (sig.0.007). Το παραπάνω αποτέλεσμα πιθανώς να εξηγείται πως άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης να συνεχίζουν να μελετούν για το αντικείμενο της δουλειάς του, έχοντας λιγότερο χρόνο για τους ίδιους. Παράλληλα, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης είναι αυτά που έχουν συνήθως διοικητικές θέσεις, έχοντας περισσότερες υποχρεώσεις και αρμοδιότητες. Επομένως, οι περισσότερες ευθύνες που έχουν οι ίδιοι αναλάβει να τους επιβαρύνει το πρόγραμμά τους με περισσότερες ώρες εργασίας

∞ Πίνακας 30 : Αντιλαμβανόμενο άγχος – Εκπαίδευση (Ερωτήσεις που διαφέρουν)

#### Εκπαίδευση \* S29

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,598 <sup>a</sup>	6	,007
Likelihood Ratio	17,910	6	,006
Linear-by-Linear Association	,738	1	,390
N of Valid Cases	161		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,68.

Όπως και στις παραπάνω περιπτώσεις, έχει γίνει έλεγχος και στις κατηγορίες της κλίμακας του αντιλαμβανόμενου άγχους ώστε να διακριθεί η διαφορά μεταξύ μορφωτικού επιπέδου των εργαζομένων. Η ανάλυση Chi\_square που έγινε σε κάθε υποκατηγορία έδειξε πως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των εργαζομένων με υψηλό μορφωτικό επίπεδο σε σύγκριση με τα αυτούς που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι όλοι οι εργαζόμενοι

εργάζονται στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον και η καθημερινή πίεση της δουλειάς τους βαραίνει όλους εξίσου, χωρίς να υπάρχει διαχωρισμός στα άτομα που έχουν καλύτερο ακαδημαϊκό υπόβαθρο από τους άλλους εργαζόμενους.

∞ Πίνακας 31 : Αντιλαμβανόμενο άγχος - Εκπαίδευση (Όλες οι κατηγορίες)

### Εκπαίδευση \* Συναισθηματική κόπωση

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,552 <sup>a</sup>	34	,441
Likelihood Ratio	43,607	34	,125
Linear-by-Linear Association	1,535	1	,215
N of Valid Cases	162		

a. 44 cells (81,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

### Εκπαίδευση \* Ανεμελιά

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,957 <sup>a</sup>	42	,869
Likelihood Ratio	37,063	42	,687
Linear-by-Linear Association	1,181	1	,277
N of Valid Cases	162		

a. 57 cells (86,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

### Εκπαίδευση \* Εργασιακή πίεση

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,278 <sup>a</sup>	26	,448
Likelihood Ratio	27,902	26	,363
Linear-by-Linear Association	8,282	1	,004
N of Valid Cases	162		

a. 33 cells (78,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.



## Εκπαίδευση \* Έλλειψη χρόνου

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,091 <sup>a</sup>	12	,362
Likelihood Ratio	14,600	12	,264
Linear-by-Linear Association	,189	1	,664
N of Valid Cases	162		

a. 10 cells (47,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

## Εκπαίδευση \* Φόρτος εργασίας

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,935 <sup>a</sup>	18	,127
Likelihood Ratio	26,303	18	,093
Linear-by-Linear Association	,004	1	,952
N of Valid Cases	162		

a. 15 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

## Εκπαίδευση \* Ανησυχίες για το μέλλον

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,075 <sup>a</sup>	12	,696
Likelihood Ratio	9,747	12	,638
Linear-by-Linear Association	,025	1	,874
N of Valid Cases	162		

a. 8 cells (38,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

## Εκπαίδευση \* Ευθύνη

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,993 <sup>a</sup>	18	,524
Likelihood Ratio	18,363	18	,432
Linear-by-Linear Association	2,248	1	,134
N of Valid Cases	162		

a. 18 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

➤ Ικανοποίηση από την εργασία

Το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ατόμου επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί με τα άτομα που συναναστρέφεται στο εργασιακό του περιβάλλον. Ο έλεγχος που έγινε, σε κάθε μία ερώτηση ξεχωριστά, για το εργασιακό περιβάλλον των αποκρινόμενων έβγαλε τα αποτελέσματα ότι επηρεάζει το μορφωτικό επίπεδο στην ερώτηση «Πως νοιώθετε για την αξία του να σχετίζεστε με τους συναδέλφους σας και με την υπηρεσία γενικά» (sig. 0.031) που αφορά την ικανοποίηση από την εργασία. Από τη σκοπιά της σημαντικότητας οι ερωτήσεις που διαφέρουν σημαντικά είναι: «Πως νοιώθετε σε σχέση με το βαθμό που χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας στο χώρο εργασίας σας» (sig. 0.021), «Πως νοιώθετε για την αξία του να σχετίζεστε με τους συναδέλφους σας και με την υπηρεσία γενικά» (sig. 0.017). Ήταν αναμενόμενο να υπάρχει διαφορά στην ερώτηση σχετικά με το βαθμό που χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους στο χώρο εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη πως άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ενημερώνονται συνεχόμενα και έχουν διδαχτεί αρκετά πράγματα που θέτουν σε εφαρμογή στο εργασιακό τους περιβάλλον.

∞ Πίνακας 32 : Ικανοποίηση – Εκπαίδευση (Ερωτήσεις που διαφέρουν)

### Εκπαίδευση \* JCSI12B

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,017 <sup>a</sup>	10	,021
Likelihood Ratio	20,165	10	,028
Linear-by-Linear Association	,451	1	,502
N of Valid Cases	161		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

### Εκπαίδευση \* JCSI17A

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,584 <sup>a</sup>	12	,031
Likelihood Ratio	23,322	12	,025
Linear-by-Linear Association	4,296	1	,038
N of Valid Cases	162		

a. 13 cells (61,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

## Εκπαίδευση \* JCSI17B

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,667 <sup>a</sup>	10	,017
Likelihood Ratio	22,304	10	,014
Linear-by-Linear Association	2,160	1	,142
N of Valid Cases	161		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Όλες οι παραπάνω ερωτήσεις ανήκουν στις 5 υποκατηγορίες που χωρίστηκε εξ αρχής η συγκεκριμένη κλίμακα. Εξετάζοντας όλες τις κατηγορίες σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων δεν βρέθηκαν διαφορές λόγω του μορφωτικού επιπέδου των αποκρινόμενων. Άλλωστε οι διαφορές που υπήρχαν στις ερωτήσεις ήταν μικρές ώστε να επηρεάσουν μία ολόκληρη κατηγορία ερωτήσεων.

∞ Πίνακες 33 : Ικανοποίηση – Εκπαίδευση (Ερωτήσεις ανα κατηγορία)

## Εκπαίδευση \* Συνολική ικανοποίηση

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,871 <sup>a</sup>	24	,158
Likelihood Ratio	31,799	24	,132
Linear-by-Linear Association	2,715	1	,099
N of Valid Cases	162		

a. 25 cells (64,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

## Εκπαίδευση \* Γενική επικοινωνία

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	61,260 <sup>a</sup>	58	,360
Likelihood Ratio	70,174	58	,131
Linear-by-Linear Association	,252	1	,615
N of Valid Cases	162		

a. 85 cells (94,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

### Εκπαίδευση \* Επικοινωνία εν ώρα εργασίας

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	52,164 <sup>a</sup>	54	,546
Likelihood Ratio	57,752	54	,338
Linear-by-Linear Association	,073	1	,787
N of Valid Cases	162		

a. 77 cells (91,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

### Εκπαίδευση \* Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,811 <sup>a</sup>	40	,277
Likelihood Ratio	51,302	40	,109
Linear-by-Linear Association	2,751	1	,097
N of Valid Cases	162		

a. 53 cells (84,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

### Εκπαίδευση \* Διαπροσωπικές σχέσεις με ανώτερα στελέχη

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47,709 <sup>a</sup>	62	,909
Likelihood Ratio	59,170	62	,578
Linear-by-Linear Association	,118	1	,731
N of Valid Cases	162		

a. 90 cells (93,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

### Εκπαίδευση \* Επικοινωνία με συναδέλφους άλλων τμημάτων

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,662 <sup>a</sup>	38	,354
Likelihood Ratio	50,749	38	,081
Linear-by-Linear Association	,673	1	,412
N of Valid Cases	162		

a. 48 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

## Εκπαίδευση \* Γενική επικοινωνία

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,719 <sup>a</sup>	38	,622
Likelihood Ratio	37,397	38	,497
Linear-by-Linear Association	,000	1	,987
N of Valid Cases	162		

a. 50 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

## Εκπαίδευση \* Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,757 <sup>a</sup>	36	,306
Likelihood Ratio	44,488	36	,157
Linear-by-Linear Association	,086	1	,769
N of Valid Cases	162		

a. 43 cells (75,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

## Εκπαίδευση \* Διαπροσωπικές σχέσεις με ανώτερα στελέχη

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,876 <sup>a</sup>	28	,688
Likelihood Ratio	27,415	28	,496
Linear-by-Linear Association	1,348	1	,246
N of Valid Cases	162		

a. 33 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

## Εκπαίδευση \* Επικοινωνία με συναδέλφους άλλων τμημάτων

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,432 <sup>a</sup>	30	,444
Likelihood Ratio	32,145	30	,361
Linear-by-Linear Association	,169	1	,681
N of Valid Cases	162		

a. 35 cells (72,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Επιπλέον, για να γίνει ολοκληρωμένη η σύγκριση για το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων έγινε ανάλυση ANOVA στους τομείς της δουλειάς που είναι σημαντικοί στους αποκρινόμενους για να είναι ικανοποιημένοι. Στην ερώτηση «Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση», βρέθηκε πως υπάρχει διαφορά στην απάντηση το αντικείμενο της δουλειάς. Θα μπορούσαμε να εξηγήσουμε το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, πως άτομα που έχουν σπουδάσει για το συγκεκριμένο αντικείμενο σημαίνει πως τους αρέσει και είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτό. Καθώς και στους τομείς που δυσαρεστούν περισσότερο τους εργαζομένους, 'οι συνθήκες εργασίας' δίχασε τα άτομα. Επίσης, είναι πολύ σημαντική η διαφορά στην ερώτηση «Ποια νομίζετε ότι είναι η πιο σημαντική πλευρά της δουλειά σας», τα 2 διαφορετικά μορφωτικά επίπεδα των εργαζομένων έδωσαν διαφορετικές απαντήσεις σχετικά με την 'ίαση των ασθενών'. Οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αντιλαμβάνονται καλύτερα το κοινωνικό έργο που παράγουν και προσφέρουν στους ασθενείς, θεωρώντας οι ίδιοι προσωπικό επίτευγμα να καταφέρουν να ολοκληρώσουν επιτυχώς την αγωγή στους ασθενούς τους.

∞ Πίνακας 34: Εκπαίδευση – Ικανοποίηση από τομείς εργασίας

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Το αντικείμενο της δουλειάς μου	Between Groups	2,323	2	1,162	4,764	,010
	Within Groups	38,763	159	,244		
	Total	41,086	161			
Η θέση που κατέχω	Between Groups	,425	2	,212	1,277	,282
	Within Groups	26,440	159	,166		
	Total	26,864	161			
Το κύρος της δουλειάς μου	Between Groups	,291	2	,146	,935	,395
	Within Groups	24,777	159	,156		
	Total	25,068	161			
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	Between Groups	,278	2	,139	,562	,571
	Within Groups	39,333	159	,247		
	Total	39,611	161			
Ο μισθός μου	Between Groups	,698	2	,349	1,826	,164
	Within Groups	30,413	159	,191		
	Total	31,111	161			
Οι συνθήκες εργασίας	Between Groups	,459	2	,229	1,298	,276
	Within Groups	28,091	159	,177		

	Total	28,549	161			
Το αντικείμενο της δουλειάς μου	Between Groups	,045	2	,022	,619	,540
	Within Groups	5,733	159	,036		
	Total	5,778	161			
Η θέση που κατέχω	Between Groups	,172	2	,086	1,836	,163
	Within Groups	7,433	159	,047		
	Total	7,605	161			
Το κύρος της δουλειάς μου	Between Groups	,065	2	,032	,774	,463
	Within Groups	6,633	159	,042		
	Total	6,698	161			
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	Between Groups	,439	2	,220	1,687	,188
	Within Groups	20,703	159	,130		
	Total	21,142	161			
Ο μισθός μου	Between Groups	,486	2	,243	1,160	,316
	Within Groups	33,292	159	,209		
	Total	33,778	161			
Οι συνθήκες εργασίας	Between Groups	2,371	2	1,186	4,964	,008
	Within Groups	37,975	159	,239		
	Total	40,346	161			
Η ίαση των ασθενών	Between Groups	3,817	2	1,908	8,295	,000
	Within Groups	36,584	159	,230		
	Total	40,401	161			
Το ευχαριστώ των ασθενών	Between Groups	,031	2	,015	,075	,927
	Within Groups	32,469	159	,204		
	Total	32,500	161			
Το κύρος της δουλειάς μου	Between Groups	,460	2	,230	1,973	,142
	Within Groups	18,552	159	,117		
	Total	19,012	161			
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	Between Groups	,810	2	,405	2,159	,119
	Within Groups	29,814	159	,188		
	Total	30,623	161			
Ο μισθός μου	Between Groups	,494	2	,247	,809	,447
	Within Groups	48,592	159	,306		
	Total	49,086	161			
Οι συνθήκες εργασίας	Between Groups	,483	2	,242	2,254	,108
	Within Groups	17,048	159	,107		
	Total	17,531	161			
Το αντικείμενο της δουλειάς μου	Between Groups	,332	2	,166	1,536	,218
	Within Groups	17,199	159	,108		
	Total	17,531	161			

Η θέση που κατέχω	Between Groups	,123	2	,062	,946	,391
	Within Groups	10,377	159	,065		
	Total	10,500	161			
Η κλινική, όπου εργάζομαι	Between Groups	,134	2	,067	1,124	,328
	Within Groups	9,471	159	,060		
	Total	9,605	161			
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	Between Groups	,228	2	,114	1,119	,329
	Within Groups	16,192	159	,102		
	Total	16,420	161			
Ο μισθός μου	Between Groups	,883	2	,441	2,116	,124
	Within Groups	33,167	159	,209		
	Total	34,049	161			
Οι συνθήκες εργασίας	Between Groups	1,255	2	,627	2,544	,082
	Within Groups	39,220	159	,247		
	Total	40,475	161			
Ο προϊστάμενός μου	Between Groups	,107	2	,054	,405	,668
	Within Groups	21,035	159	,132		
	Total	21,142	161			

#### 10.4.4 Συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου άγχους και ικανοποίησης από την εργασία

Θεωρώντας τα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους των εργαζομένων ως ανεξάρτητη μεταβλητή, με τη χρήση της μεθόδου της παλινδρόμησης έγινε έλεγχος για την εξάρτηση της ικανοποίησης από την εργασία και την σημαντικότητα που δίνουν στην εργασία και στην επικοινωνία οι αποκρινόμενοι. Φαίνεται πως στατιστικά υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης από την εργασία και του αντιλαμβανόμενου άγχους, γεγονός που εξηγείται λογικά πως ένας εργαζόμενος που αισθάνεται πως τον καλύπτει η δουλειά του δεν νοιώθει τόσο εύκολα πίεση και άγχος από αυτή. Ενώ αποδεικνύεται πως δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ το πόσο σημαντικούς θεωρούν τους ίδιους λόγους που τους ικανοποιούν και του αντιλαμβανόμενου άγχους. Επιπλέον η παραγωγή της παλινδρόμησης δείχνει πόσο επηρεάζει κάθε μεταβλητή το αντιλαμβανόμενο άγχος. Οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές δικαιολογούν το 15,3% σε επίπεδο σημαντικότητας 0.000 τους λόγους που επηρεάζουν τους εργαζόμενους να αγχωθούν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Το



υπόλοιπο ποσοστό οφείλεται σε άλλους παράγοντες όπως είναι η οικογένεια, η φιλοδοξία και οι συνθήκες εργασίας.

∞ Πίνακας 35 : Συσχετίσεων αντιλαμβανόμενου άγχους και επαγγελματικής ικανοποίησης

		Stress	JCSI_ικανοποίηση	JCSI_σημαντικότητ α
Stress	Pearson Correlation	1	-,389**	-,128
	Sig. (2-tailed)		,000	,105
	N	162	162	162
JCSI_ικανοποίηση	Pearson Correlation	-,389**	1	,422**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	162	162	162
JCSI_σημαντικότητα	Pearson Correlation	-,128	,422**	1
	Sig. (2-tailed)	,105	,000	
	N	162	162	162

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,391 <sup>a</sup>	,153	,142	,24330

a. Predictors: (Constant), JCSI\_σημαντικότητα, JCSI\_ικανοποίηση

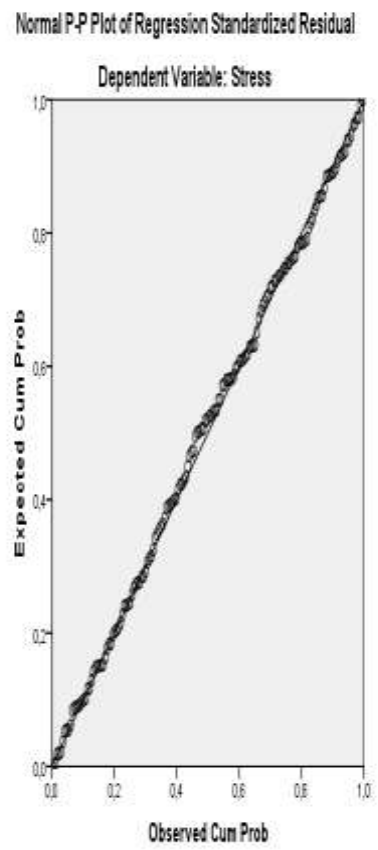
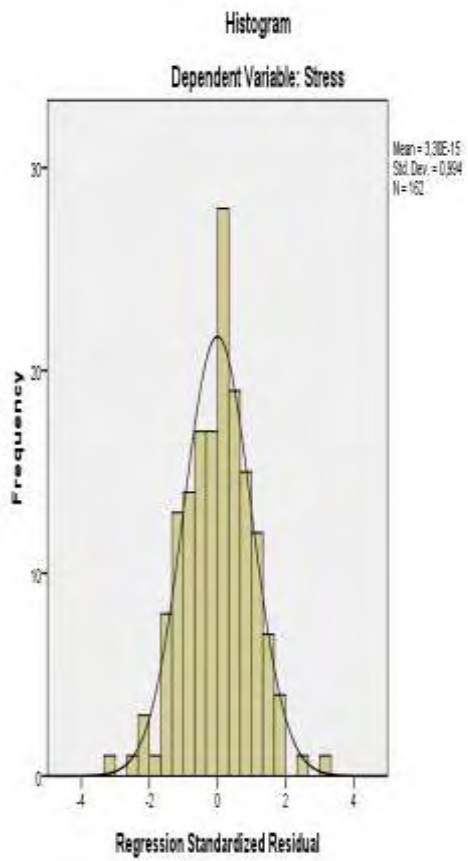
ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,699	2	,850	14,352	,000 <sup>b</sup>
	Residual	9,412	159	,059		
	Total	11,111	161			

a. Dependent Variable: Stress

b. Predictors: (Constant), JCSI\_σημαντικότητα, JCSI\_ικανοποίηση

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,471	,068		36,199	,000
	JCSI_ικανοποίηση	-,113	,022	-,408	-5,063	,000
	JCSI_σημαντικότητα	,018	,033	,044	,547	,585

a. Dependent Variable: Stress



## 11. Συζήτηση

Η πλειοψηφία των εργαζομένων στις συγκεκριμένες δομές είναι γυναίκες (142 γυναίκες / 20 άντρες) γεγονός που δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι περισσότερες από τις ειδικότητες που απασχολούνται στις δομές αυτές κατά παράδοση εξακολουθούν να κατακλύζονται από το γυναικείο φύλο με ελάχιστες ακόμη εξαιρέσεις. Επίσης ένας από τους βασικούς λόγους δημιουργίας του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» ήταν η απασχόληση ή η ένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα των γυναικών λόγω της υψηλής συμμετοχής αυτών σε ειδικότητες που απαιτούν οι συγκεκριμένες υπηρεσίες (κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτριες, οικογενειακοί βοηθοί).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων όσον αφορά το άγχος στην εργασία παρά μόνο στην ανάληψη ευθυνών των γυναικών φαίνεται ότι η τιμή του ( $p$ ) να είναι ενδεικτική αλλά όχι στατιστικά σημαντική ( $p=0.032$ ) όπως και στην ύπαρξη ανησυχιών για το μέλλον στην εργασία τους. Φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν την ικανότητα να δημιουργούν καλύτερες συνθήκες θαλπωρής και προσέχουν περισσότερο τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η διαπίστωση αυτή είναι αναμενόμενη και θα άξιζε να καθοριστεί κάποτε, με την ανάλογη έρευνα, η διαφορά αυτή μεταξύ γυναικείου και ανδρικού φύλου, ως προς τη φροντίδα στο χώρο των επιστημών υγείας.

Στη συνολική ικανοποίηση των εργαζομένων υπάρχουν ελάχιστες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αξίζει όμως να αναφερθεί ότι στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε να υπάρχει στην ικανοποίηση από την εργασία και στην ευχαρίστηση που απολαμβάνουν από αυτή και ιδιαίτερα στην επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ του προσωπικού. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν τον διαφορετικό τρόπο σκέψης και αντίληψης των πραγμάτων και φανερώνουν την ιδιαίτερη ιδιοσυγκρασία μεταξύ αντρών και γυναικών. Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε να υπάρχει και στις οικονομικές απολαβές όπου οι άντρες θεωρούν πως πρέπει να παίρνουν υψηλότερο μισθό για να προσφέρουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης στην οικογένειά τους.

Ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι η μεγαλύτερη ομάδα κυμαίνεται μεταξύ 36 και 45 ετών. Πράγματι, είναι μάλλον δύσκολο να ξεκινήσει να φροντίζει κάποιος ηλικιωμένους ανθρώπους, αν δεν έχει προηγούμενη εξοικείωση σε εργασία που σχετίζεται με νοσηλεία. Γενικά δεν υπάρχει στατιστικά μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ ηλικίας και εργασιακού άγχους, εκείνο

όμως που πρέπει να τονιστεί είναι η διαφορά που έχουν οι νεότεροι από τους μεγαλύτερους εργαζομένους στον ελεύθερο χρόνο και τη διασκέδαση. Είναι εύλογο να υπάρχουν διαφορετικές προτεραιότητες στους νεότερους, οι οποίοι φαίνεται να δίνουν περισσότερη σημασία στον ελεύθερο χρόνο τους, ενώ ταυτόχρονα οι πιθανότητες να διαθέτουν αυτό τον ελεύθερο χρόνο στην οικογένειά τους είναι μικρές, γιατί οι περισσότεροι δεν έχουν δημιουργήσει ακόμη οικογένεια.

Σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με την ηλικία βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ιδιαίτερα στην αλληλεγγύη και στην βοήθεια μεταξύ συναδέλφων αλλά και στις σχέσεις με τους ανωτέρους. Συνάγεται λοιπόν το συμπέρασμα ότι οι ωριμότεροι σε ηλικία αντιλαμβάνονται ότι αξίζει να διατηρούν καλές σχέσεις με ασθενείς και συναδέλφους, γιατί κάτι τέτοιο, πέρα από το ότι ανταμείβει ψυχικά, έχει σημασία και για τις διάφορες ισορροπίες που πρέπει να διατηρήσει κανείς προς όφελος της ομαλής επαγγελματικής εξέλιξής του. Γενικά, αν η δουλειά είναι εξ ορισμού δύσκολη, δε χρειάζεται να γίνεται επιπλέον σπατάλη ενέργειας σε μικρές καθημερινές διαμάχες, ενώ αυτό το κρίσιμο ζήτημα συνήθως διαφεύγει από τους νεότερους, οι οποίοι πάντα θεωρούν ότι έχουν πολύ μεγάλο ψυχικό απόθεμα.

Σύμφωνα με την έρευνα του Tsai (2011) οι ενέργειες και η συμπεριφορά της ηγεσίας είναι δυνατό να επηρεάσουν το ανθρώπινο δυναμικό τόσο στην απόδοση της εργασίας τους όσο και στην ικανοποίηση από αυτή. Γι' αυτό προτείνεται η δημιουργία ενός ικανοποιητικού περιβάλλοντος εργασίας με υγιές πνεύμα αλληλεγγύης και ανταγωνισμού, στενή συναδελφικότητα και στόχο την μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση (Tsai, 2011).

Σύμφωνα και με άλλη έρευνα το προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας βρέθηκε να αντιμετωπίζει καλύτερα το επαγγελματικό άγχος με αποτέλεσμα να νιώθει μεγαλύτερη ευχαρίστηση και ικανοποίηση. (Αλεξιάς και συν., 2010).

Οι τίτλοι σπουδών είναι μοιρασμένοι μεταξύ δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά οι πανεπιστημιακοί τίτλοι είναι πολύ λίγοι και μεταπτυχιακές σπουδές δεν πραγματοποιήθηκαν. Ίσως γιατί δεν έχουν ζητηθεί ως απαραίτητοι γι' αυτές τις θέσεις εργασίας, ή/και δε χρειάζονται προσόντα που απορρέουν από ανώτατη ακαδημαϊκή εκπαίδευση, αλλά γνώσεις για πρακτικά καθημερινά θέματα, οι οποίες είναι πολυτιμότερες για την εξυπηρέτηση του ηλικιωμένου εκείνη τη στιγμή που χρειάζεται άμεσα. Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον

αφορά την εκπαίδευση σε σχέση με το αντιλαμβανόμενο άγχος παρά μόνο στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου όπου βρέθηκε διαφοροποίηση ( $p=0.007$ )

Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να ερμηνευθεί ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης αναλαμβάνουν περισσότερες διοικητικές ευθύνες έχοντας περισσότερες υποχρεώσεις και αρμοδιότητες. Επομένως η ανάληψη περισσότερων ευθυνών αυξάνει τις ώρες και τον φόρτο εργασίας στερώντας ταυτόχρονα τον απαραίτητο χρόνο που πιθανώς θα διέθεταν για τον εαυτό τους. Η μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μπορεί να στηριχθεί στο γεγονός ότι τα προβλήματα που έχουν στην εργασία τους δεν πηγάζουν από την θεώρηση που έχουν για τον εαυτό τους, το εκπαιδευτικό και κοινωνικό επίπεδο αλλά στο ότι απασχολούνται όλοι σε συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον, με καθημερινά διαφορετικά προβλήματα που προκύπτουν και στην δεδομένη οικονομική συγκυρία η πιθανότητα ανεργίας βαραίνει όλους εξίσου.

Η εκπαίδευση του κάθε ατόμου είναι δυνατόν να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί, κινείται συνεργάζεται με τους άλλους συναδέλφους στον εργασιακό του χώρο. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και επαγγελματικής ικανοποίησης ωστόσο εντοπίστηκαν μικρές διαφορές που αναφέρονται στην πρακτική εφαρμογή των γνώσεων στην εργασία, στη σημασία της συνεργασίας με τους συναδέλφους και στην ύπαρξη ικανοποίησης και ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας από επιμέρους τομείς της δουλειάς.

Από τη σκοπιά της σημαντικότητας φαίνεται πως άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ενημερώνονται συνεχώς για νέες εξελίξεις, τεχνικές και γνώσεις στον επαγγελματικό τους τομέα και προσπαθούν να τα θέσουν σε εφαρμογή στο εργασιακό τους περιβάλλον. Στους τομείς ευχαρίστησης της εργασίας τους τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο νιώθουν ικανοποίηση από την εργασία τους διότι εργάζονται σε ένα χώρο που μπορούν να εφαρμόσουν, όσο είναι δυνατό, τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει για το συγκεκριμένο αντικείμενο. Επίσης αντιλαμβάνονται διαφορετικά το κοινωνικό έργο που προσφέρουν στους ηλικιωμένους θεωρώντας ως προσωπικό επίτευγμα την θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς ενώ τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι ικανοποιημένα με την έκφραση ευχαρίστησης από τους ασθενείς. Οι συνθήκες εργασίας δίνουν διαφορετική θεώρηση στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την δυσαρέσκεια οι εργαζόμενοι. Λόγω αντικείμενου οι εργαζόμενοι συγκεκριμένων ειδικοτήτων που ασχολούνται με

πρακτικά κυρίως θέματα θεωρούν πως οι σωματικές και χειρωνακτικές εργασίες αποτελούν πηγές δυσαρέσκειας και προβληματισμού σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους που θεωρούν ότι με τα πενιχρά μέσα που διαθέτουν είναι αναγκασμένοι να αντιμετωπίζουν κάθε είδους προβλήματα που προκύπτουν και πρέπει να διευθετηθούν.

Τα αποτελέσματα της έρευνας οδηγεί στο εύρημα ότι υπάρχει στατιστικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενου άγχους και επαγγελματικής ικανοποίησης δηλαδή αν και μπορεί να υφίστανται πολλοί παράγοντες εργασιακού άγχους, η επαγγελματική ικανοποίηση υπάρχει παράλληλα και δεν μηδενίζεται, το αντίθετο μάλιστα, παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» έχουν συνείδηση του αντικειμένου της δουλειάς τους και δεν βρίσκονται στη θέση τους από τυχαίες ή αναγκαστικές διαδρομές όπως πολλές φορές συμβαίνει σε άλλους τομείς, με αποτέλεσμα να γνωρίζουν ότι θα ανταμειφθούν από αυτή τη δουλειά, σε ηθικό και συναισθηματικό επίπεδο. Παράλληλα αποδεικνύεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση του αντιλαμβανόμενου άγχους και των λόγων που θεωρούν πιο σημαντικούς για την επαγγελματική ικανοποίηση.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Bovier και συν. (2009) οι γιατροί που αντιμετώπιζαν την επαγγελματική εξουθένωση πιο αποτελεσματικά ένιωθαν και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη δουλειά τους. (Αλεξιάς και συν., 2010).

Επίσης, σε άλλη έρευνα σε δείγμα γιατρών οι Ozyurt και συν. (2006) έδειξαν ότι η ικανοποίηση από την εργασία σχετιζόταν αρνητικά με την συναισθηματική κόπωση και θετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα στον χώρο εργασίας. (Αλεξιάς και συν., 2010).

## 12. Προτάσεις

Παρά τα ολοένα αυξανόμενα ποσοστά ερευνών γύρω από το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική ικανοποίηση, είναι αξιοσημείωτο ότι έχει δοθεί λίγη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο μετρούνται μεταξύ των επαγγελματιών στις κοινωνικές υπηρεσίες.

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι οι έρευνες στους επαγγελματίες υγείας συχνά αποσκοπούν στο να περιγράψουν τις απόψεις συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων ( γιατρών, νοσηλευτών) με αποτέλεσμα να

υπάρχει ερευνητικό κενό στις υπόλοιπες ειδικότητες και να μη μπορούν να εξαχθούν ολοκληρωμένα συμπεράσματα.

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι από τις πρώτες που ασχολήθηκαν με την πιθανότητα συσχέτισης του αντιλαμβανομένου άγχους και της επαγγελματικής ικανοποίησης στους εργαζόμενους στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».

Μέσα στα πλαίσια αυτά, η παρούσα μελέτη δείχνει ότι θα μπορούσε να αποτελέσει οδηγό για τη διεξαγωγή νέων μελετών που θα ασχοληθούν και με άλλα επιμέρους στοιχεία του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Επίσης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα πρώτο σημείο αναφοράς για την καθιέρωση ενός συστήματος αξιολόγησης των απόψεων και προβληματισμών του προσωπικού που απασχολείται στις δομές αυτές και να συμβάλλει με αυτόν τον τρόπο στην καλύτερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση των εργαζομένων και ταυτόχρονα στην όσο το δυνατό γίνεται καλύτερη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται.

Άλλωστε απαραίτητη προϋπόθεση για να υπάρξει προβληματισμός για την ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό των υπαρχόντων δομών του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» είναι η συνεχής αξιολόγηση και αποτίμηση τους.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams, S. J. (1963). "Toward an Understanding of Inequity". *J Abnormal Social Psychol* 67: 422-36.
- American Heart Association (2005) *Heart disease and stroke statistics—Update 2005*.  
<http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1105390918119HDSStats2005Update.pdf>.
- Aparecida Silva, A., Rotenberg L. & Marina Fischer, F. (2011). Nursing work hours: individual needs versus working conditions. *Rev Saúde Pública*, 45(6).
- Backé, E.-M., Seidler, A., Latza, U., Rossnagel, K. & Schumann, B., (2012). The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*, 85:67–79.
- Bagozzi, R. & Yi, Y. (1988). 'On the evaluation of structural equation model'. *Journal of Academy of Marketing Science*, 16 (1), pp. 74-94.
- Bovier, P.A., Arigoni, F., Schneider, M. & Gallacchi, M., 2009. «Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians», *European Journal of Public Health*, vol. 19, no 6, pp. 611-617.
- Bussing, A., Bissels, T., Fuchs, V. & Perrar, K. M. (1999). A dynamic model of work satisfaction: Qualitative approaches. *Human Relat*, 52(8):999-1028.
- Chalkos, G.E. (2000). 'Statistiki: Theoria, Efarmoges & Xrisi Statistikon Programmaton se H/Y'. Greece: Dardanos Giorgos.
- Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kivimäki, M. & Marmot, M., (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J*, 29:640–648.
- Cherien Koshy, R., Ramesh, B., Khan, S., & Sivaramakrishnan, A., (2011). Job satisfaction and stress levels among anaesthesiologists of south India. *Indian J Anaesth*, 55(5): 513–517.
- Cooper, D.R. & Schindler, P.S. (2003). 'Business research method' (8<sup>th</sup> edition). Boston: McGraw – Hill Irwin.
- de Carvalho Farias, S. M., de Carvalho Teixeira, O. L., Moreira, W., Aparecida Ferreira de Oliveira, M. & Odete Pereira, M., (2011). Characterization of the physical



symptoms of stress in the emergency health care team. *Rev Esc Enferm USP*, 45(3):720-7. en\_v45n3a25.pdf

de Souza Urbanetto, J., Costa da Silva, P., Hoffmeister, E., Souza de Negri, B., Ercília, B., da Costa, P., Eduardo Poli de Figueiredo, C., (2011). Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*,19(5):1122-31.

DOI:10.1037/1076-8998.1.1.9

DOI:10.2105/AJPH.78.10.1336

Dorrian, J., Paterson, J., Dawson, D., Pincombe, J., Grech, C. & Rogers, E. A. (2011). Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. *Rev Saúde Pública*, 45(5):922-30. 2538.pdf

Fink, A. (2006). *'How to Conduct Surveys: A Step-by-step Guide'*. Los Angeles: Sage, pp. 45-58.

Garibaldi, R., Popkave, C. & Wayne, B., (2005). Career Plans for Trainees in Internal Medicine Residency Programs. *Academic Medicine*, Vol. 80, No. 5.

Ge, C. Fu, J, Chang, Y. & Wang, L., (2011). Factors associated with job satisfaction among Chinese community health workers: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11:884.

Goetz, K., Campbell, M. S., Steinhäuser, J., Broge, B., Willms, S. & Szecsenyi, J., (2011). Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. Goetz et al. *BMC Family Practice*, 12:137. 1471-2296-12-137.pdf

Guido, L. A., Linch, G. F. C., Pitthan, L. O. & Umann, J., (2011). Stress, coping and health. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6):1427-31.

Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976). "Motivation through the design of work". Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance* 16: 250-79.

Härter Griep, R., Rotenberg, L., Landsbergis, P. & Vasconcellos-Silva, P. R., (2011). Combined use of job stress models and self-rated health in nursing. *Rev Saúde Pública*, 45(1). en\_2171.pdf

Herzberg, F. Mausner, B. & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). New York: John Wiley and sons.

Herzberg, F. Mausner, B. & Snyderman, B. B. (1967). *The motivation to work*. John Wiley & Sons, Inc: New York, 2.

- Hooley, G.J., Saunders, J.A. & Piercy, N. (2004). 'Marketing Strategy and Competitive Positioning'. London: Pearson Education, pp.190-196.
- Hoppock, R. (1935). Job satisfaction. New York: Harper and Row.
- Howitt, D. & Cramer, D. (2006). 'Statistics with SPSS 13'. Athens: Klidarithmos.
- <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?volume=60&issue=10&page=993>
- <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2008/01/23/eurheartj.ehm584.full.pdf+html>
- <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/6/611.full.pdf+html>
- [http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2005/05000/Career\\_Plans\\_for\\_Trainees\\_in\\_Internal\\_Medicine.21.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2005/05000/Career_Plans_for_Trainees_in_Internal_Medicine.21.aspx).
- <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/99/3/161.full.pdf+html>
- <http://www.andrew.cmu.edu/user/krack/documents/pubs/1993/1993%20Informal%20Networks.pdf>
- <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1462994&show=abstract>
- <http://www.hsag.co.za/index.php/HSAG/article/view/258/248>
- <http://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/37.pdf>
- <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa041404#t=article>
- <http://www.timothy-judge.com/Job%20Satisfaction%20and%20Subjective%20Well-Being-Judge%20&%20Klinger.pdf>
- Iliopoulos, E. & Priporas, C. V., (2011). The effect of internal marketing on job satisfaction in health services: a pilot study in public hospitals in Northern Greece. *BMC Health Services Research*, 11:261. 1472-6963-11-261.pdf
- Jacobs, E., Roodt, G., (2008). Organizational culture of hospitals to predict turnover intentions of professional nurses. *Health SA Gesondheid*, 13(1):63-78.
- Javeau, C. (2000). 'Η έρευνα με ερωτηματολόγιο, το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή'. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. 78(10):1336-42.

Judge, A. T. & Klinger, R.. 19. Job Satisfaction. Subjective Well-Being at Work. In: Michael Eid, and Randy J. Larsen, ed. (2008). *The Science of Subjective Well-Being*. Guilford Press.

Judge, T. A. Locke, E. A. Durham, C. C. & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *J Appl Psychol*, 83: 17-34.

Karasek, R. A., jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 24(2):285-308. DOI:10.2307/2392498

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B., (1998). The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*, 3(4):322–355.

[https://sph.uth.tmc.edu/course/occupational\\_envHealth/bamick/home/job%20content%20Q%20JOHP%201998.pdf](https://sph.uth.tmc.edu/course/occupational_envHealth/bamick/home/job%20content%20Q%20JOHP%201998.pdf)

Kent, A. R. (1993). *'Marketing Research in Action'*. London: Taylor & Francis, pp. 37-54.

Klein, J., Grosse, Frie K., Blum, K. & von dem Knesebeck, O., (2011). Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research*, 11:109. 1472-6963-11-109.pdf

Kompier, M. A. J., Taris, T. W. & van Veldhoven, M., (2011). Tossing and turning – insomnia in relation to occupational stress, rumination, fatigue and well-being. *Scand J Work Environ Health* Online-first –article. doi:10.5271/sjweh.3263 kompier

Krackhardt, D. & Hanson, J.R., (1993). Informal networks: the company behind the chart. *Harvard Bus Rev*, 71:104–111.

Locke, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette, M. D. (Ed.) (1976), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago, IL: Rand McNally, pp. 1297-1349.

Lockley, W. S., Cronin, W. J., Evans, E. E., Cade, E. B., Lee, J. C., Landrigan, P. C., Rothschild, M. J., Katz, T. J., Lilly, M. C., Stone, H. P., Aeschbach, D., & Czeisler, A. C., (2004). Effect of Reducing Interns' Weekly Work Hours on Sleep and Attentional Failures. *N Engl J Med*, 351:1829-1837.

Lund, B. D., (2003). Organizational culture and job satisfaction. *Journal of Business & Industrial Marketing*, Vol. 18 Iss: 3, pp.219 – 236

- Marshall, P. (1997). *Research Methods: How To Design and Conduct a Successful Project*. United Kingdom: How To Books, Ltd, pp. 53-58.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1982). «Burnout in the health professions: A social psychological analysis», in: G. Sanders & J. Suls (eds), *Social psychology of health and illness*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 227-251.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper and Row, New York.
- McClelland, D. C. (1975). *Power: The inner experience* Irvington. New York.
- Melo, M. B., Barbosa, M. A., Souza, P. R., (2011). Job satisfaction of nursing staff: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*,19(4):1047-55.
- Merikangas, K. R., Zhang, H., Avenevoli S., Acharyya, S., Neuenschwander M., & Angst, J., (2003). Longitudinal Trajectories of Depression and Anxiety in a Prospective Community Study The Zurich Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry*, 60(10):993-1000.
- Nelson, B. (2006). Employee satisfaction essential to commitment. *Health Care Regist: The Newsl Health Care Regist Profes*, 15(9):3-4.
- Nyssen, S. A., Hansez, I., Baele, P. Lamy, M. & De Keyser, V., (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 90 (3): 333±7. <http://bjaoxfordjournals.org/content/90/3/333.full.pdf+html>  
old.kedke.gr/.../meleth\_koinvnikesdomes\_synedrio2010.doc
- Ozyurt, A., Hayran, O. & Sur, H., 2006. «Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians», *QJM: Quarterly Journal of Medicine- An International Journal of Medicine*, vol. 99, no 3, pp. 161-169.
- Paiva, F. F., Rocha Ade, M. & Cardoso, L. D., (2011). [Professional satisfaction of nurses working with home care]. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6):1452-8.
- Porter, L. W. & Lawler, E. E. (1968). What job attitudes tell about motivation. *Harv Bus Rev*, 46(1):118-126.
- Ramirez, A., Addington-Hall, J. & Richards, M., (1998). ABC of palliative care The carers. *BMJ*, Volume 316, 17.
- Regis, L. F., Porto, I. S., (2011). [Basic human needs of nursing professional: situations of (dis)satisfaction at work]. *Rev Esc Enferm USP*, 45(2):334-41.
- Render, B., Stair, R.M & Hanna, M.E. (2006). *Quantitative analysis for management*, 9<sup>th</sup> edition. London: Prentice Hall.

Robbins, S. P. (1996). *Organization behavior: Concept, controversies, and applications*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2000). '*Research Methods for Business Students*', 2<sup>nd</sup> Edition. London: Pearson Education Limited.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high- effort – low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol.* 1(1):27-41. DOI:10.1037/1076-8998.1.1.27

Smith, P. C. Kendall L. M. & Hulin C. L. (1969). *The measurement of satisfaction in work retirement*. Chicago: Rand McNally.

Solberg, B. I., Rø, I. K., Aasland, O., Gude, T., Moum, T., Vaglum P. & Tyssen, R., (2012). The impact of change in a doctor's job position: a five-year cohort study of job satisfaction among Norwegian doctors. *BMC Health Services Research*, 12:41.

Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, cause, and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Stamps, P. L. & Piedmont, E. B. (1986). *Nurse and work satisfaction: an index for measurement*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press Perspectives.

Sterud, T., Hem, E. Lau, B. & Ekeberg Ø., (2011). A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 6:10.

Sun, W., Fu, J., Chang, Y. & Wang, L., (2012). Epidemiological Study on Risk Factors for Anxiety Disorder among Chinese Doctors. *J Occup Health*, 54: 1–8.

Theorell, T. & Karasek R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol.* 1(1):9-26.

Tsai, Y., (2011). Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. *Tsai BMC Health Services Research*, 11:98. 1472-6963-11-98.pdf

van Beek, P.A. A., Wagner, C., Spreeuwenberg P.M. P., Frijters H.M. D., Ribbe W. M. & Groenewegen P. P., (2011). Communication, advice exchange and job satisfaction of nursing staff: a social network analyses of 35 long-term care units. *BMC Health Services Research*, 11:140. 1472-6963-11-140.pdf

van der Ploeg, E. & Kleber, J. R., (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms *Occup Environ Med*;60 (Suppl 1):i40–i46. [http://oem.bmj.com/content/60/suppl\\_1/i40.full.pdf+html](http://oem.bmj.com/content/60/suppl_1/i40.full.pdf+html)

Visser M., Smets E., Oort, F., & de Haes, H., 2003. «Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, no 3, pp. 271-275. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC140468/>

Vroom, V. H. (1964). *Work and Motivation*. John Wiley and sons, New York.  
[www.kedke.gr/uploads2009/danihlidhs\\_ygeia271109.doc](http://www.kedke.gr/uploads2009/danihlidhs_ygeia271109.doc)

Yin, R. K. (2003). ‘*Case study: Research Design and Methods*’, 3<sup>rd</sup> edition. California: Sage Publications.

Αλεξιάς Γ. & Φλάμου Α., (2007). Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού Η περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(Suppl 1):37-42.

Αλεξιάς Γ., Αναγνωστόπουλος Φ., Πιλάτης Ι. (2010). Επαγγελματική Εξουθένωση και Ικανοποίηση από την Εργασία του Ιατρικού Προσωπικού Δημόσιου Νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131, 109-136.

Δανηλίδης Σ., (2009). «*Τοπική Αυτοδιοίκηση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*». Θεσσαλονίκη – Polis, 27 Νοεμβρίου 2009.

Δρ. Χατζηπαντελής Σ. Ε. & Σιγάλας Ι. (2008). Η εργασιακή ικανοποίηση (Job Satisfaction) του νοσηλευτικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στρατηγικές βελτίωσης της ικανοποίησης στον χώρο εργασίας. *Ι.Θ.* - τεύχος 51.

Καλαντζή Δ., Τσαδήμα-Μπάτικα Α. (2005). «Βοήθεια στο Σπίτι: Εμμονή στο αρχικό μοντέλο ή επαναπροσδιορισμός των στόχων. *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο “Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών”*».

Καραγκούνης Β. (2005). Κοινωνία των Πολιτών και Φροντίδα στην Κοινότητα: μια Κριτική Προσέγγιση. *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο “Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών”*.

Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (2010). *Ετήσιο Τακτικό Συνέδριο Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. Θεματικός Κύκλος: Κοινωνική Πολιτική. Συνοπτική Αποτύπωση Υπάρχουσας Κατάστασης Κοινωνικών Δομών για Παιδιά και Ηλικιωμένους*. Αθήνα 18, 19, 20 Ιανουαρίου 2010.

Μακρής Μ., Θεοδώρου Μ., Middleton, Ν. (2011). Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(2):234-244.

Μαρδάκης Π. (2005). Η συμβολή του προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" στο σύστημα των κοινωνικών εξυπηρετήσεων στον ύπαιθρο χώρο. *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο "Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών"*.

Μαυρής Μ. (2005). Νομικές Προσεγγίσεις στο Θεσμικό Πλαίσιο του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι". *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο "Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών"*.

Φωλιάς Κ. (2005). Μελετώντας το Κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων (επωφελομένων του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι») στο χώρο της υπαίθρου: Διαπιστώσεις – Συμπεράσματα – Προτάσεις. *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο "Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών"*.

Φωτόπουλος Γ. (2005). Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι». πυλώνας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας? *1ο Πανελλήνιο Συνέδριο "Βοήθεια στο Σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών"*.

# **Παράρτημα Ι**

Ερευνητικά εργαλεία





Μελέτη της Σχέσης Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους και Ικανοποίησης από την Εργασία σε Επαγγελματίες Εργαζομένους στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

### Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η ανωτέρω μελέτη αφορά στην διερεύνηση του άγχους που βιώνουν οι εργαζόμενοι και στην ικανοποίηση που αυτοί λαμβάνουν από την εργασία τους στο χώρο υγείας.

Η μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Για να καταστεί δυνατή η υλοποίηση της παρούσας μελέτης είναι απαραίτητη η μέτρηση των αντιλαμβανόμενων επιπέδων άγχους των εργαζομένων καθώς και η αξιολόγηση στοιχείων σχετικών με την ικανοποίηση από την εργασία.

Η συμμετοχή και η υποστήριξή σας στην συγκεκριμένη μελέτη είναι εξαιρετικά σημαντική.

Τα στοιχεία και οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι αυστηρά ανώνυμα και εμπιστευτικά και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο από την συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα και για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

### Σας ευχαριστώ για την βοήθεια και συμμετοχή σας

.....Κοκκινούλης Θόδωρος....., Κοινωνικός Λειτουργός - Μεταπτυχιακός φοιτητής

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../2012

ΗΛΙΚΙΑ: .....

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η ΑΕΙ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η ΤΕΙ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η ΔΕ

#### 2. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

ΜΑΣΤΕΡ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΧΗΡΟΣ/Α

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΔΗΜΟΣΙΟΣ/Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ .....

ΠΟΙΑ ΘΕΣΗ ΚΑΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ (π.χ. προϊστάμενος, υπεύθυνος, κ.α.);

.....

**5. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΧΩΡΟ;**

0-5 \_\_\_\_\_

5-10 \_\_\_\_\_

10-15 \_\_\_\_\_

15-20 \_\_\_\_\_

ΠΑΝΩ ΑΠΟ 20 \_\_\_\_\_

**6. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ**

**Α) ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ:**

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

**Β) ΤΗ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ:**

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

**7. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΕ**

**Α) ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ:**

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

**Β) ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ:**

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

**8. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΑΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;**

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

**9. ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;**

Α) ΦΥΛΟ \_\_\_\_\_

Β) ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ \_\_\_\_\_

Γ) ΗΛΙΚΙΑ \_\_\_\_\_

Δ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ \_\_\_\_\_

Ε) ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: .....

**10.ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;**

ΝΑΙ \_\_\_\_\_

ΟΧΙ \_\_\_\_\_

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥΣ;

1..... 2. ....  
3..... 4. ....

**11.ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;**

ΝΑΙ \_\_\_\_\_

ΟΧΙ \_\_\_\_\_

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥΣ;

1..... 2. ....  
3..... 4. ....

## Εργαλείο Μέτρησης των Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους

Διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω ερωτήσεις και τσεκάρετε πόσο συχνά αισθάνεστε ή βιώνετε καταστάσεις που περιγράφονται στις ερωτήσεις 1-30.

Για να είναι έγκυρες οι απαντήσεις σας συμπληρώστε το παρακάτω ερωτηματολόγιο **όχι σε στιγμές έντασης και θυμού.**

ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ				
	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνήθως
1. Αισθάνεστε ξεκούραστοι (γενικά)				
2. Αισθάνεστε ότι απαιτούνται πολλά από εσάς				
3. Είστε ευερέθιστοι ή κακόκεφοι				
4. Έχετε να κάνετε πάρα πολλά πράγματα				
5. Αισθάνεστε μόνοι ή απομονωμένοι				
6. Βρίσκεστε σε καταστάσεις σύγκρουσης				
7. Αισθάνεστε ότι κάνετε πράγματα που πραγματικά σας αρέσουν				
8. Αισθάνεστε κουρασμένοι				
9. Φοβάστε ότι πιθανόν να μην μπορέσετε να επιτύχετε τους στόχους σας				
10. Αισθάνεστε ήρεμοι				
11. Έχετε να πάρετε πολλές αποφάσεις				
12. Είστε συγχυσμένοι (αναστατωμένοι)				
13. Είστε γεμάτοι ενέργεια				
14. Αισθάνεστε ένταση				
15. Τα προβλήματα σας μοιάζουν να συσσωρεύονται				
16. Αισθάνεστε να βιάζεστε				
17. Αισθάνεστε ασφαλείς και προστατευμένοι				
18. Έχετε πολλές ανησυχίες				
19. Οι άλλοι σας πιέζουν				
20. Αισθάνεστε αποθαρρυσμένοι				
21. Διασκεδάζετε				
22. Φοβάστε για το μέλλον				
23. Αισθάνεστε ότι κάνετε πράγματα επειδή πρέπει και όχι επειδή το θέλετε				
24. Αισθάνεστε ότι σας κριτικάρουν ή ότι σας κρίνουν				
25. Είστε ξέγνοιαστοι				
26. Αισθάνεστε πνευματικά εξουθενωμένοι				
27. Σας είναι δύσκολο να χαλαρώσετε				
28. Αισθάνεστε ότι σας βαραίνουν οι ευθύνες				

<b>29.</b> Έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας				
<b>30.</b> Αισθάνεστε ότι σας πιέζουν οι προθεσμίες				

## Εργαλείο μέτρησης – αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία : Job – Communication Satisfaction Importance (JCSI)

### ΟΔΗΓΙΕΣ

Οι ερωτήσεις που θα συναντήσετε στη συνέχεια αφορούν την ικανοποίηση που αντλούμε και τη σπουδαιότητα που αποδίδουμε σε διάφορους τομείς της εργασίας μας. Κάτω από κάθε πρόταση υπάρχει μια βαθμολογία από το -3 έως το +3.

Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

<b>1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη δουλειά σας;</b>									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
<b>2. Πόσο σημαντική είναι για εσάς η ικανοποίηση που αντλείτε από τη δουλειά σας;</b>									
Καθόλου σημαντική	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντική	
<b>3. Πόσο επιτυχημένος/η νομίζετε ότι είστε στη δουλειά σας;</b>									
Καθόλου επιτυχημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως επιτυχημένος/η	

Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στο βαθμό τόσο της **ικανοποίησης** που νιώθετε όσο και της **σπουδαιότητας** που αποδίδετε στο θέμα που περιγράφει κάθε ερώτηση.

<b>4. Πώς νιώθετε σε σχέση με την ενημέρωση που λαμβάνετε από το διευθυντή σας, για ό,τι συμβαίνει στο χώρο εργασίας σας γενικά;</b>									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
<b>5. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τους στόχους και τα σχέδια της κλινικής, όπου εργάζεστε;</b>									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
<b>6. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τα επιτεύγματα του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;</b>									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
<b>7. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για την πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση του νοσοκομείου και αφορά την ομάδα σας;</b>									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
<b>8. Πώς νιώθετε σε σχέση με τους 'τυπικούς' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. λογοδοσία, γραπτή πληροφόρηση, επίσκεψη, κλπ.) μεταξύ του προσωπικού;</b>									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
<b>9. Πώς νιώθετε σε σχέση με το νόημα που δίνεται στην 'επιτυχία' στο χώρο εργασίας σας;</b>									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
<b>10. Πώς νιώθετε σε σχέση με τις προκλήσεις που προσφέρει η δουλειά σας;</b>									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	

<b>11.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με το πόσο πολύ σας αρέσει η δουλειά σας;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>12.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας στο χώρο εργασίας σας;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>13.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την εκπαίδευση και την εμπειρία που σας παρέχει η δουλειά σας;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>14.</b>	<b>Πώς νιώθετε για τις σχέσεις με τους συναδέλφους στην κλινική, όπου εργάζεστε;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>15.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρεται στη δουλειά από τους συναδέλφους σας;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>16.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με τη φιλικότητα των συναδέλφων σας στη δουλειά;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>17.</b>	<b>Πώς νιώθετε για την αξία του να σχετίζεστε με τους συναδέλφους σας και με την υπηρεσία γενικά;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>18.</b>	<b>Πώς νιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>19.</b>	<b>Πώς νιώθετε για τη σχέση σας με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>20.</b>	<b>Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχετε με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>21.</b>	<b>Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχει ο άμεσα ανώτερός σας μαζί σας στη δουλειά;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>22.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την αναγνώριση της δουλειά σας από τον άμεσα ανώτερό σας;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>23.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που ο άμεσα ανώτερός σας δείχνει να σας ακούει και να σας καταλαβαίνει;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>24.</b>	<b>Πώς νιώθετε για τον τρόπο που ο άμεσα ανώτερός σας, σας δίνει οδηγίες και σας κατευθύνει στη δουλειά σας;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>25.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με το διευθυντή της υπηρεσίας, όπου εργάζεστε;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η

	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>26.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των κλινικών ή και των τμημάτων του νοσοκομείου, όπου εργάζεστε;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>27.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων (π.χ. ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.α.);</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>28.</b>	<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
	Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό

Παρακαλούμε, απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάζοντας σε κύκλο **μια ή περισσότερες** από τις απαντήσεις που δίνονται.

**29. Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση;**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου προσωπικό | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο |
| B) Η θέση που κατέχω                         | E) Ο μισθός μου                  |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου                 | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας         |
| Z) Άλλο:                                     |                                  |
- .....

**30. Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας δυσαρεστούν περισσότερο;**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου προσωπικό | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο |
| B) Η θέση που κατέχω                         | E) Ο μισθός μου                  |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου                 | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας         |
| Z) Άλλο:                                     |                                  |
- .....

**31. Ποια νομίζετε ότι είναι η πιο σημαντική πλευρά της δουλειάς σας;**

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| A) Η ίαση των ασθενών προσωπικό | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο |
| B) Το 'ευχαριστώ' των ασθενών   | E) Ο μισθός μου                  |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου    | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας         |
| Z) Άλλο:                        |                                  |
- .....

**32. Ποια αλλαγή στη δουλειά σας νομίζετε ότι θα σας έκανε να νιώθετε μεγαλύτερη ικανοποίηση;**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου         | E) Ο μισθός μου          |
| B) Η θέση που κατέχω                       | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Γ) Η κλινική, όπου εργάζομαι               | Z) Ο προϊστάμενός μου    |
| Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό |                          |



Η) Άλλο:

.....  
**ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**