
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ
ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥΣ**

Βασιλική Κυριακοπούλου

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ
ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥΣ**

Βασιλική Κυριακοπούλου, Α.Μ.: ΔΥ 1117

Επιβλέπων: Σωτήριος Καρκαλάκος / Επίκουρος Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**EMPLOYEE'S PRODUCTIVITY IN HEALTH UNITS
COMPARED TO THEIR HEALTH RELATED QUALITY
OF LIFE**

Vasiliki Kiriakopoulou

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

*Με συγκίνηση στους γονείς μου
Γιώργο και Ελένη*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να καταθέσω τις θερμές ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια και την αμέριστη συμπαράσταση, ώστε να καταστεί δυνατή η ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας :

- Στον κ. Σωτήριο Καρκαλάκο, Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πειραιά και εισηγητή του θέματος, για την άμεση και πολύτιμη καθοδήγηση του καθώς επίσης και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ' όλη την διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας.
- Σε όλους τους προϊστάμενους, συναδέλφους και συνεργάτες του Μαιευτηρίου Ιασώ, κυρίως της Αίθουσας Τοκετών όπου εργαζόμουν, για την συμβολή τους, τον πολύτιμο χρόνο τους και την ανοχή τους ώστε να διεκπεραιωθεί ένα σημαντικό κομμάτι της εργασίας, η έρευνα.
- Στην οικογένεια μου και αγαπημένους φίλους για την υπομονή, την υποστήριξη και κατανόηση που έδειξαν όλο αυτό το διάστημα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Η Παραγωγικότητα των Εργαζομένων Στις Μονάδες Υγείας και η Σχέση της με την Υγεία τους

Σημαντικοί Όροι: Υγεία, Παραγωγικότητα, Ποιότητα Ζωής, Εργασιακή Παρουσία και Απουσία

Περίληψη

Η παραγωγικότητα των εργαζομένων προσδιορίζεται από μία σειρά ποιοτικών παραγόντων που καθιστούν δύσκολη της μέτρηση της παραγωγικότητας της εργασίας, όπως η ένταση της προσπάθειας των εργαζομένων και η ποιότητα εργασίας. Η επένδυση στην υγεία μεταξύ άλλων επιδρά θετικά στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο προσδόκιμο ζωής.

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να εξεταστεί η παραγωγικότητα των εργαζομένων στις μονάδες υγείας και η σχέση της με την υγεία τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 98 εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας και συγκεκριμένα στη Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική Ιασώ. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένας συνδυασμός των ερωτηματολογίων Health-Related Quality of Life και Work Productivity Questionnaire (HQWP). Στόχος της έρευνας ήταν διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και την παραγωγικότητα στην εργασία σε ένα γενικό εργασιακό περιβάλλον. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε μετρά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, διαφορετικές πτυχές της κατάστασης υγείας, την παραγωγικότητα σε σχέση με την γενική υγεία, την τυπική παρουσία και την συστηματική απουσία καθώς και τις επιπλέον ώρες που απασχολούνται οι εργαζόμενοι στον εργασιακό τους χώρο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας και η φυσική τους κατάσταση βρίσκονταν στο ίδιο επίπεδο με το προηγούμενο έτος. Η δε ψυχική τους κατάσταση ήταν και αυτή σε καλό επίπεδο. Εντοπίστηκε εργασιακή εξουθένωση καθώς η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται την υπερκόπωση και εξάντλησή του. Συστηματική απουσία από την εργασία τους δεν επισημάνθηκε. Επίσης η κόπωση που αισθάνονται οι εργαζόμενοι δεν φάνηκε να επηρεάζει την

παραγωγικότητά τους. Η κόπωση φαίνεται να επιδρά αρνητικά μόνο στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή.

Γενικά για να βελτιωθεί η παραγωγικότητα των εργαζομένων προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων υποστήριξης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού με στόχο τη δημιουργία υγιέστερων και ανταγωνιστικών εργασιακών χώρων, με μετρήσιμα ποιοτικά και ποσοτικά αποτελέσματα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Employee’s Productivity in Health Units Compared to their Health Related Quality of Life

Keywords: Health, Productivity, Quality of Life, Absenteeism, Presenteeism

ABSTRACT

The productivity of employees is determined through qualitative factors such as the intensity of effort and the quality of work. Investing in employers’ health positively affects productivity and life expectancy.

The purpose of the present paper was to examine the productivity of employees in health units regarding compared to their quality of life. 98 people participated in the research. They were members of the medical and nursing staff of the Maternity Obstetrical Clini – IASO. The researcher made a quantative research. The research tool was a questionnaire that was a combination of the questionnaires Health-Related Quality of Life και Work Productivity Questionnaire (HQWP). The aim of the study was to examine the relation between the quality of life and the health with productivity at work in a general labour environment. The questionnaire that was used measures the quality of life that is related with the health, different aspects of quality of health, productivity according to general health, presenteeism and absenteeism, as well as the amount of overtime the employees are asked to do.

The results of research showed that the employees did not face any health problems and their physical condition was at the same level as the previous year. itself Their emotional condition was also in a good level. The results indicated that employees are feeling worked out and exhausted. There were no indications for systematic absence from their work. Their exhaustion did not seem to influence negatively their productivity, only their personal and social life.

Generally in order to improve employees’ productivity it is recommended to apply programs that support human resources development aiming at healthier and more competitive human resources with qualitatively and quantitatively results.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Διαγραμμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	3
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	3
2.1 Ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού στις επιχειρήσεις και οργανισμούς.....	3
2.1.1 Επένδυση στους ανθρώπινους πόρους	4
2.1.2 Οι ανάγκες σε ανθρώπινο κεφάλαιο και η αξιοποίησή του.....	5
2.1.3 Ο ρόλος των ανθρωπίνων πόρων στη διαμόρφωση στρατηγικής	6
2.2 Παραγωγικότητα και παραγωγικότητα εργασίας	7
2.3 Σχέσης υγείας -οικονομικής ανάπτυξης.....	10
2.4 Η προαγωγή της υγείας στους χώρους εργασίας βελτιώνει την παραγωγικότητα και την ευεξία.	12
2.5 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εργασιακή συμπεριφορά	13
2.6 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού.....	15
2.7 Αναδυόμενες προκλήσεις στον εργασιακό χώρο	20
2.8 Τυπική παρουσία και συστηματική απουσία εργαζομένων	22
2.9 Παραγωγικότητα εργαζομένων στις μονάδες υγείας.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	29
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	29
3.1 Ερευνητική Διαδικασία.....	29
3.2 Επιλογή ερευνητικής μεθόδου	29
3.3 Σύνδεση του θεωρητικού πλαισίου με την ερευνητική μέθοδο	30
3.4 Ερευνητικά ερωτήματα.....	30
3.5 Χρόνος και Τύπος Διεξαγωγής της Έρευνας.....	31
3.6 Έντυπο Πληροφοριών	31
3.7 Ερωτηματολόγια	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	33
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	71
5.1 Συμπεράσματα.....	71
5.2 Προτάσεις	74

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Πλήθος ημερών εργασίας που χάθηκαν / που είχαν περιορισμένες ώρες εργασίας.....	57
Πίνακας 2: Βαθμολογίες εργασιακής απόδοσης.....	62
Πίνακας 3: Συσχετίσεις.....	64

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 4.1: Κατανομή δείγματος με βάση την ειδικότητα	33
Διάγραμμα 4.2: Κατανομή δείγματος με βάση το επίπεδο σπουδών	34
Διάγραμμα 4.3: Κατανομή δείγματος με βάση την ηλικία	35
Διάγραμμα 4.4: Κατανομή δείγματος με βάση το φύλο	36
Διάγραμμα 4.5: Κατάσταση υγείας των εργαζομένων	39
Διάγραμμα 4.6: Κατάσταση υγείας των εργαζομένων σε σχέση με ένα χρόνο πριν... 39	39
Διάγραμμα 4.7: Πραγματοποίηση έντονων δραστηριοτήτων	40
Διάγραμμα 4.8: Πραγματοποίηση μέτριων δραστηριοτήτων	40
Διάγραμμα 4.9: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – μεταφορά ψώνιων	41
Διάγραμμα 4.10: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – ανέβασμα σκάλας	42
Διάγραμμα 4.11: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – σκύψιμο	42
Διάγραμμα 4.12: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – περπάτημα 1 χλμ	43
Διάγραμμα 4.13: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – περπάτημα 1 τετράγωνο	43
Διάγραμμα 4.14: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – μπάνιο	44
Διάγραμμα 4.15: Λιγότερη εργασία λόγω φυσικής υγείας	44
Διάγραμμα 4.16: Λιγότερες δραστηριότητες λόγω φυσικής υγείας	44
Διάγραμμα 4.17: Μόνο συγκεκριμένες δουλειές λόγω φυσικής υγείας	46
Διάγραμμα 4.18: Δυσκολίες λόγω φυσικής υγείας	46
Διάγραμμα 4.19: Λιγότερη εργασία λόγω ψυχολογικών προβλημάτων	47
Διάγραμμα 4.20: Λιγότερες δραστηριότητες λόγω ψυχολογικών προβλημάτων	47
Διάγραμμα 4.21: Συγκεκριμένες δουλειές λόγω ψυχολογικών προβλημάτων	48
Διάγραμμα 4.22: Επιρροή κοινωνικής δραστηριότητας	48
Διάγραμμα 4.23: Ύπαρξη νευρικότητας	49
Διάγραμμα 4.24: Ύπαρξη κατάθλιψης	49
Διάγραμμα 4.25: Ύπαρξη ηρεμίας	50
Διάγραμμα 4.26: Ύπαρξη πολλής ενέργειας	50
Διάγραμμα 4.27: Ύπαρξη μελαγχολίας	51
Διάγραμμα 4.28: Ύπαρξη εξάντλησης	50
Διάγραμμα 4.29: Ύπαρξη χαράς	52
Διάγραμμα 4.30: Ύπαρξη κούρασης	52
Διάγραμμα 4.31: Αριθμός εργασιμων ημερών που χάθηκαν το τελευταίο τρίμηνο ... 54	54
Διάγραμμα 4.32: Λόγος απουσίας	55
Διάγραμμα 4.33: Αριθμός ημερών με καθυστερημένη άφιξη / πρόωρη αναχώρηση το τελευταίο τρίμηνο	55
Διάγραμμα 4.34: Λόγος απώλειας χρόνου εργασίας	56
Διάγραμμα 4.35: Αριθμός ημερών με πρόωρη άφιξη / καθυστερημένη αναχώρηση το τελευταίο τρίμηνο	56
Διάγραμμα 4.36: Αυξημένη παραγωγικότητα / ταχύτητα στην εργασία	57
Διάγραμμα 4.37: Μειωμένη παραγωγικότητα / ταχύτητα στην εργασία	58
Διάγραμμα 4.38: Μη εργασία εν ώρα εργασίας	58
Διάγραμμα 4.39: Έλλειψη προσοχής στην εργασία	59
Διάγραμμα 4.40: Μειωμένη ποιότητα στην εργασία	59
Διάγραμμα 4.41: Αφηρημάδα στην εργασία	60
Διάγραμμα 4.42: Προβλήματα στις σχέσεις με συναδέλφους	60
Διάγραμμα 4.43: Αδυναμία ελέγχου συναισθημάτων με κόσμο	61
Διάγραμμα 4.44: Καλές σχέσεις με συναδέλφους	61

Διάγραμμα 4.45: Μειωμένη παραγωγικότητα / ταχύτητα στην εργασία την τελευταία εβδομάδα.....	62
Διάγραμμα 4.46: Αίσθηση επιτυχίας κάτι σημαντικού στην εργασία.....	63
Διάγραμμα 4.47: Αίσθηση αποτυχίας / λάθους στην εργασία.....	63
Διάγραμμα 4.48: Λάθος στην εργασία που να προκάλεσε ατύχημα ή κίνδυνο	64

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	79
ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ	79
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία πέντε χρόνια η Ελλάδα διανύει μια περίοδο έντονης οικονομικής κρίσης. Τα ποσοστά ανεργίας κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα και αναμένεται να συνεχίσουν την ανοδική τους πορεία και το 2014 – οι προβλέψεις του ΟΟΣΑ μιλούν για ανεργία 28% - η ύφεση θα παραμείνει, πιθανών να ληφθούν και νέα οικονομικά μέτρα. Για όσους διατηρήσουν την εργασία τους στο Δημόσιο Τομέα αναμένεται να περάσουν από ένα νέο σύστημα αξιολόγησης τριών επιπέδων σύμφωνα με τα όσα σχεδιάζει το Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης. Η διαδικασία της αξιολόγησης θα πραγματοποιηθεί κατ' αρχάς στους υπαλλήλους του στενού δημόσιου τομέα και κατόπιν θα ακολουθήσουν οι δημόσιοι φορείς.

Η διαδικασία αξιολόγησης θα περιλαμβάνει τρία επίπεδα:

1ο επίπεδο: Προσωπικός φάκελος

Αρχικά, θα εξετάζονται τα πτυχία, τα σεμινάρια, οι δεξιότητες, όπως χρήση Η/Υ, ξένες γλώσσες κλπ, των εργαζομένων, τόσο για τη νομιμότητά τους όσο και για την επικαιροποίησή τους.

2ο επίπεδο: «Χαρτογράφηση» ικανοτήτων

Το τελικό επαγγελματικό προφίλ των υπαλλήλων, η «ακτινογραφία» των ικανοτήτων του προσωπικού, θα διαδραματίσει πρωταρχικό ρόλο στην τοποθέτησή τους, καθώς και στη μελλοντική τοποθεσία που θα έχει ο κάθε υπάλληλος, αφού θα τοποθετείται σε περίγραμμα θέσης που θα έχει συγκεκριμένες απαιτήσεις.

Στη συνέχεια σε κάθε υπουργείο θα οριστούν υπάλληλοι ως ελεγκτές του παραγόμενου έργου, οι οποίοι θα συμβάλουν στον προσδιορισμό των ετήσιων στόχων, από την επόμενη χρονιά.

3ο επίπεδο: Μέτρηση παραγωγικότητας:

Η τρίτη φάση περιλαμβάνει μέτρηση της παραγωγικότητας που θα γίνεται ετησίως από το 2014, για να εξακριβωθεί η επίτευξη των στόχων που θα τεθούν ανά υπάλληλο και οργανική μονάδα.

Η παραγωγικότητα των εργαζομένων προσδιορίζεται από μία σειρά ποιοτικών παραγόντων που καθιστούν δύσκολη της μέτρηση της παραγωγικότητας της εργασίας, όπως ένταση της προσπάθειας των εργαζομένων, ποιότητα εργασίας, η δημιουργικότητα των εργαζομένων, η αξία του παραγόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας.

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να εξετάσει την παραγωγικότητα των εργαζομένων σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους αναφορικά με την υγεία (τόσο σε σωματικό όσο και πνευματικό επίπεδο). Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά την ψυχική υγεία των Ελλήνων καθώς το οικονομικό αδιέξοδο που βιώνουν οδηγεί σε άγχος, κατάθλιψη ακόμα και αυτοκτονίες. Επίσης, μεγάλος είναι ο αριθμός των εργαζομένων που αναγκάζονται να κάνουν δύο δουλειές προκειμένου να καταφέρουν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.

Εστιαζόμενοι στο χώρο της υγείας, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου, του HQWP INSTRUMENT το οποίο εξετάζει τη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) και την παραγωγικότητα των εργαζομένων (WP), σε ένα γενικό περιβάλλον. Στόχος της έρευνας ήταν να εντοπίσει κατά πόσο η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία επηρεάζει την παραγωγικότητα των εργαζομένων.

Η διπλωματική εργασία διακρίνεται σε δύο τμήματα στο θεωρητικό και στο πρακτικό. Στο πρώτο μέρος, το θεωρητικό, αναπτύσσεται η έννοια του ανθρώπινου δυναμικού και ο ρόλος που παίζει στην ανάπτυξη των οργανισμών, εξετάζεται η οικονομική κρίση και πόσο έχει επηρεάσει τους εργαζομένους και παρουσιάζεται ο ρόλος των εργαζομένων στον τομέα της Υγείας.

Στο δεύτερο μέρος το πρακτικό παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, τα αποτελέσματα της έρευνας και ο σχολιασμός τους. Η διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα όπου αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με ανάλογα ευρήματα άλλων παρόμοιων ερευνών στο εξωτερικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού στις επιχειρήσεις και οργανισμούς

Κάθε επιχείρηση και οργανισμός αποτελούν μια οντότητα που δραστηριοποιείται στο κοινωνικό σύνολο και αποτελεί ένα σύνολο έμψυχων και άψυχων πόρων, με κύριο στόχο την επίτευξη κερδοφορίας. Οι έμψυχοι πόροι της επιχείρησης / οργανισμού αποτελούν το ανθρώπινο δυναμικό της επιχείρησης/ οργανισμού δηλαδή τους εργαζόμενους της (εργάτες, υπαλλήλους και στελέχη). Όσον αφορά τους άψυχους πόρους, αυτοί συνίστανται στα μηχανήματα και τον εξοπλισμό της, στα κτίρια (εργοστάσια, καταστήματα, γραφεία κ.α.) στα άυλα περιουσιακά στοιχεία της επιχείρησης όπως π.χ. η επωνυμία, το εμπορικό σήμα (λογότυπο) και η υπεραξία (φήμη) και τέλος στα διάφορα άλλα στοιχεία που αποσκοπούν στην υποβοήθηση της λειτουργίας της επιχείρησης (π.χ. τεχνογνωσία, χρηματικά διαθέσιμα, αποθέματα κ.α.)

Οι ανθρώπινοι πόροι είναι εξίσου σημαντικοί με τους φυσικούς πόρους, όσον αφορά στην παραγωγή και την παραγωγικότητα σε μια οικονομία. Οι ανθρώπινοι πόροι αναφέρονται στο μέγεθος του πληθυσμού (ανθρώπινο δυναμικό), στο εργατικό δυναμικό και στις φυσικές και πνευματικές ικανότητες του πληθυσμού (υγεία, εκπαίδευση, εξειδίκευση) (Μάρδας, 2000).

Σύμφωνα με την αναφορά των Ν. Παπαλεξανδρή & Δ. Μπουραντά (2003) στους Jackson και Schuler (2000) μπορούμε να ορίσουμε τους ανθρώπινους πόρους ως «το σύνολο των ταλέντων και της διάθεσης για απόδοση όλων των ανθρώπων μιας επιχείρησης που μπορεί να συντελέσουν στη δημιουργία και ολοκλήρωση της αποστολής, του οράματος, της στρατηγικής και των στόχων της».

Ο όρος «ανθρώπινο κεφάλαιο» ή «ανθρώπινοι πόροι» αναφέρεται λοιπόν στα χαρακτηριστικά που φέρνουν οι άνθρωποι στο χώρο εργασίας τους – ευφυΐα, ικανότητες, αφοσίωση, πείρα και δεξιότητες, και την ικανότητα για μάθηση. Όμως λόγω του ότι η συνεισφορά των ανθρώπινων πόρων στην επιχείρηση ποικίλει και είναι απρόβλεπτη, οι ανθρώπινοι πόροι καθιστούν το πιο απαιτητικό στοιχείο των εισροών της επιχείρησης ως προς τη διοίκηση και τη διαχείρισή τους (Τερζίδης-Τζωρτζάκης, 2004).

2.1.1 Επένδυση στους ανθρώπινους πόρους

Η χρησιμοποίηση του όρου «ανθρώπινοι πόροι», αναδεικνύει τη σημασία των εργαζομένων ως πηγή πλούτου και ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Έτσι λοιπόν, παράλληλα με τις έννοιες προσωπικό, εργαζόμενοι, ανθρώπινο δυναμικό, που επίσης χρησιμοποιούνται, η έννοια των πόρων θέλει να τονίσει ότι οι άνθρωποι που εργάζονται σε μια επιχείρηση αποτελούν γι' αυτή ένα σημαντικό παράγοντα, του οποίου η ανάπτυξη και η αξιοποίηση είναι μια σημαντική παράμετρος για την επιχείρηση και την εξέλιξή της. Αποτελούν δηλαδή, οι άνθρωποι που εργάζονται σε μια επιχείρηση, κεφάλαιο για την επιχείρηση.

Ο όρος του «ανθρώπινου κεφαλαίου» έχει αναφερθεί στο 18ο αιώνα από τον οικονομολόγο Adam Smith, όμως η ανάδειξή του ως οικονομικής έννοιας έγινε στα τέλη της δεκαετίας του '50 και του '60. Εκείνη την εποχή, οικονομολόγοι όπως ο Theodor Schultz άρχισαν να χρησιμοποιούν το «κεφάλαιο» για να ερμηνεύσουν το ρόλο της εκπαίδευσης και της εξειδικευμένης γνώσης στην προαγωγή της ευημερίας και της οικονομικής ανάπτυξης. Υποστήριζαν, ότι οι άνθρωποι επενδύουν στην εκπαίδευση και την κατάρτισή τους για να συγκεντρώσουν ένα απόθεμα δεξιοτήτων και ικανοτήτων που μπορεί να αποφέρει μακροπρόθεσμες αποδόσεις. Η εν λόγω επένδυση μπορεί επίσης να ωφελήσει τις εθνικές οικονομίες και να βοηθήσει στην ενίσχυση της οικονομικής ανάπτυξης. Έτσι συνήθως το ανθρώπινο κεφάλαιο ορίζεται γενικά ότι περιλαμβάνει ένα μείγμα από ικανότητες των ατόμων, καθώς και δεξιότητες, γνώσεις που αποκτούν μέσω της εκπαίδευσης και της κατάρτισης.

Πολλές φορές τίθεται το ερώτημα αν το ανθρώπινο δυναμικό μιας επιχείρησης αποτελεί επένδυση ή κόστος. Αν δηλαδή αποτελεί κεφάλαιο για μια επιχείρηση. Από τη στιγμή που το ανθρώπινο δυναμικό καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος του κόστους μιας επιχείρησης, η επιτυχία ή αποτυχία των πολιτικών που θα ακολουθήσει μια επιχείρηση σχετικά με το προσωπικό της, είναι άρρηκτα δεμένη με την επιτυχία ή αποτυχία της επιχείρησης. Στις μέρες μας, ιδιαίτερα, αυτό έχει αρχίσει να γίνεται από όλους αντιληπτό. Ο οξύτατος ανταγωνισμός που αναγκάζει τις επιχειρήσεις να αλλάζουν και να προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες, τις οδηγεί και να αντιμετωπίζουν το ανθρώπινο δυναμικό τους ως κεφάλαιο και όχι ως κόστος. Έτσι, όταν μιλάμε για διοίκηση ανθρώπινων πόρων εννοούμε τις ενέργειες οι οποίες

στοχεύουν στην αποτελεσματική διοίκηση των ανθρώπων, στα πλαίσια της εργασίας τους, έτσι ώστε να ωφεληθεί το ίδιο το άτομο, η επιχείρηση αλλά και η κοινωνία (Ξηροτύρη, 2001).

Έχει επίσης διαπιστωθεί και είναι γενικά παραδεκτό, ότι η βελτίωση του ανθρώπινου παράγοντα (σωματική και ψυχική υγεία, βελτίωση επιπέδου εκπαίδευσης, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον), αποτελούν επενδύσεις που δεν διαφέρουν από τις επενδύσεις σε φυσικό κεφάλαιο. Η αντίληψη αυτή ενισχύεται αν παρατηρήσουμε τις συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες του δημοσίου για τη βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού, οι οποίες αυξάνουν με δυσανάλογο ρυθμό σε σχέση με τις δαπάνες των άλλων δραστηριοτήτων του δημοσίου (Μάρδας, 2000).

2.1.2 Οι ανάγκες σε ανθρώπινο κεφάλαιο και η αξιοποίησή του

Για να υπολογισθούν οι ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους πρέπει να υπολογισθούν για το παρόν και κυριότερα για το μέλλον τα προϊόντα που παράγονται ή θα παράγονται κατά κατηγορία και κλάδο κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας. Έτσι, οι υπεύθυνες αρχές πρέπει να γνωρίζουν πόσοι εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι χρειάζονται για τις μελλοντικές περιόδους. Να γνωρίζει δηλαδή, τον απαιτούμενο αριθμό εργαζομένων κατά επάγγελμα (Μάρδας, 2000). Οι συνεχείς όμως αλλαγές που συμβαίνουν στο χώρο της εργασίας και των επαγγελμάτων καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολο τον ακριβή υπολογισμό των αναγκών σε ανθρώπινο κεφάλαιο, με αποτέλεσμα οι διάφορες μέθοδοι υπολογισμού των αναγκών αυτών, να αδυνατούν να δώσουν αξιόπιστα αποτελέσματα. Είναι όμως σίγουρο, ότι είναι απαραίτητη η προσπάθεια των υπεύθυνων αρχών, λαμβάνοντας συγχρόνως υπόψη τους τις αλλαγές που σημειώνονται, να υπολογίσουν -έστω και βραχυπρόθεσμα- τις ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους έτσι ώστε να γίνει ευκολότερος και ο υπολογισμός των μέσων για την αξιοποίησή τους.

Η χαμηλή ποιότητα του πληθυσμού οδηγεί στη χαμηλή παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού, με αποτέλεσμα τη μη επίτευξη του απαιτούμενου ρυθμού κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. Είναι λοιπόν απαραίτητος ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων βελτίωσης και αξιοποίησης του εργατικού δυναμικού μιας χώρας. Μια αναπτυσσόμενη, ιδιαίτερα, χώρα χρειάζεται να αποδεσμεύει το εργατικό δυναμικό από διάφορα κοινωνικά εμπόδια, να ενημερώνει, να πληροφορεί, να εκπαιδεύει και να εξειδικεύει τον πληθυσμό της και πιο ειδικά το

εργατικό της δυναμικό, με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί ο καθένας με την κατάλληλη απασχόληση και αξιοποίηση των δυνάμεών του να συμβάλει στην άνοδο της κοινωνικής ευημερίας της χώρας. Αν, αντιθέτως, δεν γίνει αυτό είναι σχεδόν σίγουρο ότι ένα μέρος του εργατικού δυναμικού θα εγκαταλείψει τη χώρα για να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε άλλες χώρες (Μάρδας, 2000).

2.1.3 Ο ρόλος των ανθρωπίνων πόρων στη διαμόρφωση στρατηγικής

Ο ρόλος των ανθρωπίνων πόρων στη διαμόρφωση της στρατηγικής μιας επιχείρησης – οργανισμού είναι καθοριστικός. Στρατηγική είναι η υιοθέτηση συγκεκριμένων ενεργειών και τακτικών που σκοπό έχουν την εξασφάλιση πλεονεκτικών θέσεων και συνδυασμού δυνάμεων. Η έννοια της στρατηγικής διοίκησης ορίζει ένα σύνολο διοικητικών αποφάσεων και ενεργειών που προσδιορίζουν τη μακροχρόνια επίδοση της επιχείρησης. Επιχειρησιακή στρατηγική είναι οι τακτικές που ακολουθούνται έτσι ώστε να επιτευχθούν οι σκοποί της επιχείρησης, με στόχο τη μεγιστοποίηση των ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων της επιχείρησης και την ελαχιστοποίηση των αδυναμιών της (Ξηροτύρη, 2001).

Σήμερα ο ρόλος των εργαζομένων είναι βασικός για την επίτευξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Έτσι οι επιχειρήσεις - οργανισμοί στρέφουν την προσοχή τους στο στρατηγικό μάνατζμεντ των ανθρωπίνων πόρων. Αυτό σημαίνει ότι οι επιχειρήσεις ενδιαφέρονται για τη «σύνδεση της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων με στρατηγικούς στόχους και σκοπούς προκειμένου να αυξηθεί η απόδοση της επιχείρησης και να αναπτυχθεί η κουλτούρα που ευνοεί την καινοτομία και την ευελιξία». Είναι δηλαδή, ο προγραμματισμός της ανάπτυξης των ανθρωπίνων πόρων και των δραστηριοτήτων που θα βοηθήσουν στην υλοποίηση των στόχων της επιχείρησης (Τερζίδης-Τζωρτζάκης, 2004).

Η διοίκηση μιας επιχείρησης συνειδητοποιεί ότι τα καλύτερα στρατηγικά προγράμματα δεν μπορούν να υλοποιηθούν χωρίς την εμπλοκή και την αφοσίωση των κατώτερων στελεχών. Δημιουργεί, λοιπόν, διάφορες ομάδες σχεδιασμού και ομάδες εργασίας που αποτελούνται από στελέχη διαφορετικών επιπέδων και τμημάτων, οι οποίες αναλαμβάνουν να επιτύχουν τους επιχειρησιακούς σκοπούς και στόχους με την εκπόνηση στρατηγικών σχεδίων. Έτσι η εκπόνηση στρατηγικών σχεδίων αποτελεί μια ολοκληρωμένη διαδικασία όπου, με την εισαγωγή ενός «στρατηγικού τρόπου σκέψης», εμπλέκονται όλα τα στελέχη της επιχείρησης (Ξηροτύρη, 2001).

Η διαμόρφωση των στρατηγικών είναι σημαντική για την επιχείρηση αφού είναι οι στρατηγικές που θα τη βοηθήσουν να πετύχει τους στόχους της και να αντιμετωπίσει τους ανταγωνιστές της. Είναι σημαντικό επομένως το επίπεδο της εκπαίδευσης και ανάπτυξης των ανθρωπίνων πόρων μιας επιχείρησης, από τη στιγμή που οι εργαζόμενοι είναι αυτοί που θα σχεδιάσουν και θα εφαρμόσουν αυτές τις στρατηγικές.

2.2 Παραγωγικότητα και παραγωγικότητα εργασίας

Ένας γενικός ορισμός για την παραγωγικότητα είναι ότι αποτελεί τη σχέση μεταξύ των δημιουργούμενων ΕΚΡΟΩΝ από ένα σύστημα παραγωγής ή παροχής υπηρεσιών και των ΕΙΣΡΟΩΝ που είναι απαραίτητες για την δημιουργία αυτών των εκροών. Η ευρύτερη έννοια της παραγωγικότητας, σχετίζεται με την αποτελεσματική χρήση των πόρων – Εργασία, Κεφάλαιο, Γη, Υλικά, Ενέργεια, Πληροφορίες – κατά την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η παραγωγικότητα δεν ταυτίζεται με την εντατικοποίηση της εργασίας. Η ουσία της βελτίωσης της παραγωγικότητας είναι η αποδοτικότερη χρήση όλων των παραγωγικών συντελεστών, όχι η πιο σκληρή εργασία.

Ο όρος παραγωγικότητα εκφράζει μια σχέση μεταξύ αποτελέσματος και μέσων, αποτελώντας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Οργανισμός Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας το 1950, «το πηλίκο της διαίρεσης του παραγομένου αποτελέσματος δι' ενός των συντελεστών της παραγωγής». Ένας σαφέστερος ορισμός του είναι ο λόγος του προϊόντος προς το σταθμικό μέσο των εισροών ή το πηλίκο της σχέσης αποτελεσματικότητα προς αποδοτικότητα. Στην ουσία πρόκειται για τη σχέση μεταξύ εισροών-εκροών. Σε οργανωτικά πλαίσια, η έννοια της παραγωγικότητας περιλαμβάνεται ή αναλύεται στις ειδικότερες μορφές της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας (Joyce, 1999).

Γενικά η παραγωγικότητα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα κατανοητό μέτρο του κατά πόσο οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί ικανοποιούν τα ακόλουθα κριτήρια :

- ΣΤΟΧΟΙ : Ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται
- ΑΠΟΔΟΣΗ : Πόσο αποτελεσματικά χρησιμοποιούνται οι πόροι
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Τι επιτεύχθηκε, συγκριτικά με το τι είναι δυνατόν να επιτευχθεί.

Η παραγωγικότητα, ως μείωση του κόστους ανά μονάδα με σταθερή ή βελτιούμενη ποιότητα εξαρτάται κυρίως από την συμπεριφορά του εργατικού δυναμικού. Οι περισσότερες βελτιώσεις της παραγωγικότητας των εργαζομένων ισοδυναμούν με αποτελεσματικότερη χρήση των στοιχείων :

- Χρόνος
- Δυνατότητες
- Πόροι

Βελτίωση (αύξηση) στην παραγωγικότητα από μια χρονική περίοδο σε άλλη παρατηρείται όταν :

- Παράγονται περισσότερα προϊόντα ή υπηρεσίες με την χρησιμοποίηση των ίδιων παραγωγικών συντελεστών.

- Παράγονται τα ίδια (σε ποσότητα και ποιότητα) προϊόντα ή υπηρεσίες με την χρησιμοποίηση λιγότερων παραγωγικών συντελεστών .

- Η αύξηση στα προϊόντα και υπηρεσίες που παράγονται είναι μεγαλύτερη από την αύξηση των παραγωγικών συντελεστών που χρησιμοποιούνται.

Για τη μέτρηση της παραγωγικότητας είναι απαραίτητη η μέτρηση τόσο των Εκροών όσο και των Εισροών ενός συστήματος και η μεταξύ τους συσχέτιση.

Για τον συσχετισμό εισροών / εκροών χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες οι κυριότεροι από τους οποίους είναι :

- Ο δείκτης της ολικής παραγωγικότητας που συσχετίζει το αποτέλεσμα με το σύνολο των χρησιμοποιούμενων πόρων.

- Απλοί δείκτες που συσχετίζουν το αποτέλεσμα με ένα μόνο πόρο, όπως η παραγωγικότητα της εργασίας και η παραγωγικότητα του κεφαλαίου.

Η παραγωγικότητα της εργασίας είναι ο πλέον διαδεδομένος δείκτης παραγωγικότητας και εκφράζει το αποτέλεσμα ενός συστήματος σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό (αριθμός ατόμων ή ώρες εργασίας) που παράγει το αποτέλεσμα.

Η παραγωγικότητα της εργασίας δεν αντικατοπτρίζει την προσπάθεια του ανθρώπινου δυναμικού , ούτε μπορεί το επίπεδο της παραγωγικότητας της εργασίας να θεωρηθεί υψηλό ή χαμηλό εξ υπαιτιότητας μόνο των εργαζομένων.

Η παραγωγικότητα της εργασίας αντικατοπτρίζει την συνολική επίδραση πολλών παραγόντων στο παραγόμενο αποτέλεσμα, όπως του φυσικού κεφαλαίου (κτίρια, μηχανήματα), της τεχνολογίας , του ανθρώπινου κεφαλαίου (εκπαίδευση και κατάρτιση) , της οργάνωσης της εργασίας κ.λ.π.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την παραγωγικότητα .

Σε μακροοικονομικό επίπεδο , οι κυριότεροι είναι :

- Η δομή της οικονομίας
- Η οικονομική σταθερότητα
- Η απασχόληση
- Η ανεργία
- Οι υποδομές

Σε μικροοικονομικό επίπεδο οι κυριότεροι είναι :

- Οι γνώσεις και οι δεξιότητες του προσωπικού
- Η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία
- Η οργάνωση της εργασίας
- Οι διευθυντικές πρακτικές
- Η καινοτομία
- Ο ανταγωνισμός (Brouwer, Koopmanschap, Rutten, 1999)

Η μέτρηση της παραγωγικότητας γίνεται μέσω ενός ποσοτικού δείκτη, όπως οι δείκτες μερικής ή συνολικής παραγωγικότητας, ώστε να γίνεται αντιληπτή η εξέλιξη της διαχρονικά ή διαστρωματικά. Οι δείκτες μερικής παραγωγικότητας εκφράζουν την παραγωγικότητα ενός μόνο συντελεστή παραγωγής και ορίζονται ως το πηλίκο του παραγόμενου προϊόντος προς την χρησιμοποιούμενη ποσότητα του συγκεκριμένου συντελεστή παραγωγής. Δηλαδή ο δείκτης μερικής παραγωγικότητας συμπίπτει με το μέσο φυσικό προϊόν και αποτελεί ακριβή και αμερόληπτη εκτίμηση της παραγωγικότητας μόνο στην οριακή περίπτωση, κατά την οποία χρησιμοποιείται ένας μόνο συντελεστής παραγωγής. Όμως κάτι τέτοιο είναι πρακτικά αδύνατο και επομένως η αμεροληψία είναι περιορισμένη. Η χρησιμοποίησή τους κρίνεται ικανοποιητική μόνο στην περίπτωση της παραγωγής με σταθερές αναλογίες. Γενικά οι δείκτες συνολικής παραγωγικότητας εκφράζουν την μεταβολή της παραγωγικότητας ως προς το σύνολο των παραγωγικών συντελεστών (Μέργος, Καραγιάννης, 1997).

2.3 Σχέσης υγείας -οικονομικής ανάπτυξης

Η υγεία δεν είναι μόνο ένα καταναλωτικό αγαθό που προσθέτει στην ευημερία, αλλά επιπλέον είναι μια καλή επένδυση που αυξάνει τη μελλοντική παραγωγική δύναμη των ατόμων και της οικονομίας και οδηγεί σε οικονομική ανάπτυξη (Bloom, Canning, 2003). Μόνο ένας υγιής πληθυσμός μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως το οικονομικό δυναμικό του. Ο τομέας της υγείας έχει ως κινητήρια δύναμη την καινοτομία και ένα εργατικό δυναμικό με υψηλό βαθμό ειδίκευσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011). Μάλιστα η επένδυση στην υγεία θεωρείται, ακόμα και με στενά οικονομικούς όρους, ως μια παραγωγική δαπάνη που προάγει την οικονομική μεγέθυνση, κυρίως μέσω της θετικής της επίδρασης στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο προσδόκιμο ζωής (Υπουργείο Υγείας, 2013). Αυτό αποδεικνύει και η μελέτη των Bloom, Canning και Sevilla της οποίας κύριο αποτέλεσμα ήταν ότι η υγεία έχει μια θετική και στατιστικά σημαντική επίδραση στην οικονομική ανάπτυξη. Χαρακτηριστικά, η αύξηση κατά ένα έτος του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού συμβάλλει στην αύξηση της παραγωγής κατά 4% (Bloom et.al, 2004).

Ωστόσο, υπάρχουν και έμμεσοι μηχανισμοί μέσω των οποίων η υγεία μπορεί να επηρεάσει την παραγωγικότητα. Οι έμμεσοι μηχανισμοί, ενώ είναι λιγότερο προφανείς, μπορεί να είναι οι πιο σημαντικοί στην πράξη. Συγκεκριμένα:

- Η υγεία μπορεί να αποτελέσει μια συμπληρωματική συμβολή σε άλλες μορφές ανθρώπινου κεφαλαίου όπως είναι η εκπαίδευση. Η παραγωγικότητα και οι μισθοί των υγιών και μορφωμένων εργαζομένων είναι αυξημένα με αποτέλεσμα να προκαλούνται έπειτα μεγαλύτερες επενδύσεις στην εκπαίδευση (απαραίτητος παράγοντας η υγεία των εργαζομένων)
- Οι βελτιώσεις στον τομέα της υγείας μεγαλώνει την προοπτική διάρκειας ζωής των υγιών εργαζομένων. Η αύξηση της μακροζωίας δημιουργεί την ανάγκη για συνταξιοδότηση με αποτέλεσμα να συντελεί στην έκρηξη αποταμιεύσεων και επενδύσεων.
- Η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας βρεφών και παιδιών αλλάζει την ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού. Αρχικά, οι βελτιώσεις της υγείας μείωσαν τη θνησιμότητα στις μικρές ηλικίες προκαλώντας τη γενιά των "baby boomers". Αυτό συνοδεύτηκε με μείωση του ποσοστού γεννήσεων με αποτέλεσμα την αύξηση της οικονομικής σημασίας της γενιάς των "baby boomers" (Bloom, Canning, 2003).

Σε μικροοικονομικό επίπεδο το ανθρώπινο κεφάλαιο προσεγγίζεται από οικονομική και επιχειρηματική άποψη ως πάγιο «περιουσιακό» στοιχείο του οργανισμού ή της επιχείρησης που πρέπει να διατηρηθεί μέσα από λήψη μέτρων που αφορούν στην προστασία της υγείας και της ασφάλειας. Όταν η υγεία των εργαζομένων είναι βελτιωμένη τότε και η αποδοτικότητα του οργανισμού αυξάνεται, όπως εκφράζεται από την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων ή/και από τη μείωση των δαπανών υγείας ή του χρόνου από απώλεια παραγωγικότητας απέδειξαν ότι οι εργαζόμενοι που έχουν κατάθλιψη ή νιώθουν άγχος «κοστίζουν» στους εργοδότες τους πολύ περισσότερο σε δαπάνες υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν προδιάθεση ή τέτοιους παράγοντες κινδύνου (Πετράκης, 2011).

Η κακή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού σε εργάσιμη ηλικία (18-64) οδηγεί σε σημαντική απώλεια παραγωγικότητας. Τα προβλήματα υγείας είναι μια από τις κυριότερες αιτίες απουσίας από την εργασία, απώλειας θέσεων εργασίας και πρόωρης συνταξιοδότησης. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με επίσημες μετρήσεις, τα ποσοστά απουσιών που κυμαίνονται μεταξύ 3% και 6% του χρόνου εργασίας, τελικά αντιπροσωπεύουν ετήσιο κόστος περίπου στο 2,5% του ΑΕΠ και το 10% των ανθρώπων άφησε τη δουλειά τους κυρίως για λόγους υγείας. Το σημερινό κόστος των εργατικών ατυχημάτων και των ασθενειών που σχετίζονται με την εργασία κυμαίνεται μεταξύ 2,6-3,8% του ΑΕΠ στην ΕΕ (Υπουργείο Υγείας, 2013). Επιπλέον, για τα άτομα που διαμένουν στην εργασία, η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε χαμηλότερη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα στην εργασία. Κατά συνέπεια, συνδέεται με μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και μειωμένη δέσμευση για την εργασία ή και τον οργανισμό (Πετράκης, 2011). Οπότε, η βελτίωση του περιβάλλοντος και της υγιεινής της εργασίας και η έγκαιρη επένδυση στην πρόληψη βοηθάει τον πληθυσμό να παραμείνει υγιής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, περιορίζει μελλοντικές δαπάνες θεραπείας από ασθένειες και συμβάλλει τόσο στον περιορισμό του κόστους συντήρησης του συστήματος όσο και στην ανάπτυξη (Υπουργείο Υγείας, 2013).

2.4 Η προαγωγή της υγείας στους χώρους εργασίας βελτιώνει την παραγωγικότητα και την ευεξία.

Η προαγωγή της υγείας στους χώρους εργασίας (ΠΥΕ) συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας, στη μείωση των απουσιών από την εργασία, στην αύξηση των κινήτρων και στη βελτίωση της παραγωγικότητας: αυτό είναι το μήνυμα που προωθεί το σχέδιο «προαγωγή της υγείας στους χώρους εργασίας» του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA).

Οι εργοδότες μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο, ενθαρρύνοντας τους εργαζομένους να υιοθετούν υγιεινούς τρόπους ζωής. Εκτός από τα οφέλη στην υγεία των εργαζομένων, κάθε ευρώ που επενδύεται στην ΠΥΕ αποδίδει 2,5 με 4,8 ευρώ, χάρη στη μείωση του κόστους που επιφέρει η απουσία από την εργασία.

Σύμφωνα με τον διευθυντή του EU-OSHA, κ. Jukka Takala «η στήριξη ενός υγιεινού τρόπου ζωής έχει θετικά αποτελέσματα για όλους. Δεν ωφελεί μόνο τους ίδιους τους εργαζομένους και τους εργοδότες τους, αλλά βοηθά επίσης και την ευρύτερη κοινωνία, μειώνοντας την επιβάρυνση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Και με ένα εργατικό δυναμικό που ολοένα και γηράσκει, η σημασία του σχεδίου της προαγωγής της υγείας στους χώρους εργασίας δεν μπορεί παρά να είναι όλο και πιο σημαντική – έχουμε ανάγκη να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να μένουν υγιείς για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και για να το κατορθώσουμε αυτό, χρειαζόμαστε τη συνεργασία εργοδοτών και εργαζομένων για τη δημιουργία μιας υγιούς εργασιακής νοοτροπίας».

Τα μέτρα προαγωγής της υγείας στηρίζουν την πρόληψη των κινδύνων στους χώρους εργασίας αλλά δεν αντικαθιστούν την κατάλληλη διαχείριση ασφάλειας και υγείας. Η εφαρμογή ενός προγράμματος ΠΥΕ δεν έχει κανένα νόημα αν δεν παρέχεται επίσης ένα ασφαλές και υγιές εργασιακό περιβάλλον. Η ΠΥΕ βασίζεται σε μια υγιή νοοτροπία, διασφαλίζοντας πρωτίστως την τήρηση όλων των νομικών υποχρεώσεων. Κατά τη διεξαγωγή δραστηριοτήτων στο πλαίσιο της ΠΥΕ πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο οι οργανωτικοί όσο και οι ατομικοί παράγοντες.

Πολλές ευρωπαϊκές εταιρείες έχουν εφαρμόσει προγράμματα ΠΥΕ που ποικίλουν από την ενθάρρυνση των εργαζομένων να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες (συμπεριλαμβανομένων διατροφικών επιλογών χαμηλών σε λιπαρά στο κυλικείο του χώρου εργασίας, για παράδειγμα) έως την παροχή προγραμμάτων κατάρτισης για τα

διευθυντικά στελέχη ώστε να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα άγχους που ενδέχεται να εμφανίσουν οι εργαζόμενοί τους και να προβαίνουν στις απαραίτητες ενέργειες.

Ο δήμος Dundee στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στη βελτίωση της ψυχολογικής και φυσικής υγείας του προσωπικού του που εργάζεται στο τμήμα κοινωνικής μέριμνας. Αναλαμβάνει πρωτοβουλίες που περιλαμβάνουν ενέργειες σε οργανωτικό επίπεδο όπως πολιτικές φιλικές προς την οικογένεια, καθώς και μέτρα σε ατομικό επίπεδο όπως η παροχή έμπιστης συμβουλευτικής υπηρεσίας για τους εργαζομένους και η επιχορηγούμενη συμμετοχή σε κέντρο αδυνατίσματος. Το σχέδιο έχει ήδη επιφέρει βελτίωση στην υγεία των εργαζομένων ενώ από τον περιορισμό των αναρρωτικών αδειών εκτιμάται ότι εξοικονομούνται 165.000 ευρώ ετησίως, χάρη στη μείωση του στρες, του άγχους, και των μυοσκελετικών προβλημάτων (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2010).

2.5 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εργασιακή συμπεριφορά

Η οικονομική κρίση δεν επιδρά μόνο στα εισοδήματα, την απασχόληση και τα «μεγάλα» οικονομικά μεγέθη, επιδρά και στην εργασιακή συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, στην ικανοποίηση από την εργασία και την οργανωσιακή δέσμευση. Η εργασιακή ικανοποίηση αφορά τα θετικά ή αρνητικά συναισθήματα για την εργασία.

Με την κρίση, οι συνθήκες εργασίας δέχονται μεγάλο πλήγμα, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται αρνητικές συμπεριφορές για την εργασία λόγω των αρνητικών επιπτώσεων στην απασχόληση και τις εργασιακές σχέσεις. Αυτή η κατάσταση δημιουργεί γενικευμένη δυσαρέσκεια για την οικονομική κατάσταση, οδηγώντας στη μείωση του αισθήματος εργασιακής ικανοποίησης. Η οργανωσιακή δέσμευση διακρίνεται στη θυμική δέσμευση -ο εργαζόμενος θέλει να είναι στον οργανισμό-, καθώς και στη δέσμευση λόγω συνέχειας - ο εργαζόμενος έχει ανάγκη να είναι στον οργανισμό. Η θυμική δέσμευση υπάρχει όταν ο εργαζόμενος ταυτίζεται με τους στόχους του οργανισμού και επιθυμεί να παραμείνει μέλος του. Παρ' όλα αυτά, η οικονομική κρίση επιδρά αρνητικά στις διαθέσεις και τα συναισθήματα δέσμευσης μειώνονται.

Η δέσμευση του εργαζομένου λόγω συνέχειας αποτελεί το αποτέλεσμα της στάθμισης των ωφελειών που προκύπτουν από την απόφασή του να παραμείνει στον

οργανισμό (π.χ. μισθός που τον βοηθά να καλύψει τις υποχρεώσεις του) σε σχέση με τα μειονεκτήματα (π.χ. ενασχόληση με μία εργασία που δεν προσφέρει ικανοποίηση ή ευκαιρίες επαγγελματικής και προσωπικής ανάπτυξης). Η οικονομική κρίση αυξάνει την οργανωσιακή δέσμευση λόγω συνέχειας καθώς οι εργαζόμενοι δεν έχουν πλέον τη δυνατότητα να αποχωρούν από μία εργασία ή να αλλάζουν εργασία τη στιγμή που το ποσοστό ανεργίας πλησιάζει το 30% και το 60% στους νέους.

Ο Μάρκοβιτς (2012) πραγματοποίησε εμπειρική έρευνα που αφορά δύο δείγματα εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα: το πρώτο (2004-2007) αποτελείται από 941 άτομα και το δεύτερο (2011-2012) από 1.112 άτομα. Η σύγκριση των δεδομένων που συλλέχθηκαν αναφορικά με την ικανοποίηση από την εργασία παρουσιάζουν: η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζεται σημαντικά από εξωγενή στοιχεία (μισθός, συνθήκες εργασίας, θέματα ασφάλειας, πολιτικές ανθρώπινου δυναμικού, θέματα δικαιοσύνης και αξιοκρατίας). Η επιδείνωση της κατάστασης, η αύξηση της ανεργίας και η δραστική μείωση των μισθών έχουν αρνητική επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται όλο και περισσότερο δυσαρεστημένοι εξαιτίας της κρίσης, συμπεριφορά που έχει αρνητικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, την αποτελεσματικότητα και την εργασιακή επίδοση.

Τα αποτελέσματα αναφορικά με την οργανωσιακή δέσμευση παρουσιάζουν: η θυμική δέσμευση είναι σημαντικά χαμηλότερη λόγω κρίσης, καθώς τα συναισθήματα των εργαζομένων έχουν σημαντικά πληγεί. Η δέσμευση λόγω συνέχειας έχει αυξηθεί εξαιτίας περιορισμένων εργασιακών ευκαιριών και λίγων εναλλακτικών στην αγορά εργασίας. Επίσης, οι προσωπικές ζημιές από την αλλαγή εργασίας και η αβεβαιότητα ύπαρξης καλύτερων εργασιακών ευκαιριών συντελούν στην αύξηση της δέσμευσης λόγω συνέχειας.

Συνοψίζοντας, η μείωση της θυμικής δέσμευσης είναι αντίστοιχη της μείωσης στην εργασιακή ικανοποίηση - δύο εξελίξεις με ένα κοινό αποτέλεσμα: την κακή εργασιακή επίδοση. Η αύξηση της δέσμευσης λόγω συνέχειας οδηγεί σε «εγκλωβισμό» των εργαζομένων σε μια εργασία, εξέλιξη που οδηγεί στο προαναφερθέν αποτέλεσμα: την κακή εργασιακή επίδοση. Η οικονομική κρίση είναι υπεύθυνη όχι μόνο για τη επιδείνωση της ζωής και κατάστασης των εργαζομένων, είναι υπεύθυνη και για την κακή εργασιακή επίδοση, τη χαμηλή παραγωγικότητα, την ύπαρξη αναποτελεσματικότητας (Μάρκοβιτς, 2012).

2.6 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού

Η επιστημονική έρευνα διεθνώς και στη χώρα μας έχει δείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού (αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας), τα οποία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση. Η διαφαινόμενη επιδείνωση των δεικτών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (κύριους παράγοντες κινδύνου την ανεργία, την επαπειλούμενη εργασία, τη μεγάλη μείωση του εισοδήματος και το εξ αυτών άγχος) με αύξηση της επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες συνιστά ύψιστη προτεραιότητα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε αύξηση της φτώχειας, της ανεργίας και του άγχους, τα οποία σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία με τους δημόσιους και ιδιωτικούς προϋπολογισμούς να βρίσκονται κάτω από μεγάλη συρρίκνωση και πίεση (OECD, Health at a Glance, 2012). Αφενός ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειτουργεί, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου περιορίζεται η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια, δεδομένης της οικονομικής στενότητας ενώ οι φορείς δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκείς. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας στην κοινωνία (Πατελάρου et.al., 2011). Ωστόσο, η έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) φαίνεται πιο καθησυχαστική τονίζοντας ότι ακόμα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία που να αποδεικνύουν επιδείνωση της υγείας λόγω της κρίσης χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει εφησυχασμός. Επισημαίνεται ότι η διασφάλιση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη πρέπει να παραμείνει ο βασικό κανόνας στην Ευρώπη (OECD, Health at a Glance, 2012).

Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, μεταξύ του 2000 και του 2009 είχε αυξημένες δαπάνες για την υγεία (μέσος όρος 6,1% ετησίως) και από το 2010 λόγω των κυβερνητικών προσπαθειών για συρρίκνωση του μεγάλου δημοσιονομικού ελλείμματος έχει μειωθεί σημαντικά. Όσον αφορά τους πόρους στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα έχει τους περισσότερους γιατρούς ανά κάτοικο από οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ με 6,1 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους το 2010, σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο 3,1 του ΟΟΣΑ. Από την άλλη υπάρχουν μόνο 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους

το 2009, πολύ χαμηλότερο ποσοστό από ότι τον μέσο όρο 8,7 στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτές οι ενδείξεις έχουν αποτέλεσμα την αναποτελεσματική κατανομή των πόρων (OECD, Health Data, 2012).

Επιπλέον, στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί πολύ τις τελευταίες δεκαετίες, χάρη στη σημαντική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στη βελτίωση της παροχής δημόσιας υγείας και την πρόοδο της ιατρικής περίθαλψης. Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ανέρχεται στα 80,6 χρόνια το 2010, σχεδόν ένα χρόνο υψηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (79,8). Ωστόσο το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα παραμένει χαμηλότερο από ό,τι σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ (όπως στην Ιαπωνία, την Ελβετία, την Ισπανία και την Ιταλία), όπου το προσδόκιμο ζωής έχει πλέον ξεπεράσει τα 82 χρόνια (OECD, Health Data, 2012).

Ένα σημαντικό στοιχείο που πρέπει να μας προβληματίσει είναι ότι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής από το 1983 μέχρι το 2008 στην Ελλάδα είναι πολύ μικρότερη από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Ωστόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι απόψεις των πολιτών σχετικά με την προσωπική τους υγεία αν και αυτά τα στοιχεία πρέπει να χρησιμοποιούνται με κάποιες επιφυλάξεις καθώς η υποκειμενική κρίση γενικά επηρεάζεται από μια σειρά από παράγοντες. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας έρευνας μπορούν να είναι πολύ σημαντικά για προβλέψεις που αφορούν τη μελλοντική υγεία των πολιτών και τα ποσοστά θνησιμότητας των κοινωνιών (Πετράκης, 2011).

Επίσης, στην Ελλάδα, το 66,6% του πληθυσμού άνω των 15 ετών, πιστεύει ότι η φυσική του υγεία είναι καλή, όταν ο μέσος όρος των χωρών είναι στο 71,5% (μεγαλύτερα ποσοστά κατέχουν η Ισλανδία και ο Καναδάς). Επιπλέον, το ποσοστό των Ελλήνων που πιστεύουν ότι έχουν κακή φυσική υγεία αντιστοιχεί στο 22,9% του συνόλου, αρκετά χαμηλότερο από χώρες όπως Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία αλλά και Ηνωμένες Πολιτείες και Γαλλία (OECD, Society at a Glance, 2011).

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, ανησυχητική είναι πλέον η ραγδαία επιδείνωση της ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 2010 οι Έλληνες είχαν λιγότερα θετικά συναισθήματα και η εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων ήταν πιο συχνή σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ-27. Μάλιστα, το ποσοστό αυτών που ένιωθαν "ιδιαίτερη ένταση" και "κουρασμένοι τον περισσότερο καιρό" ήταν μεγαλύτερα από τον μέσο όρο (18% και 22% αντιστοίχως, σε σύγκριση με τους μέσους όρους στην ΕΕ που ανέρχονται σε 12% και 17%) ενώ λιγότεροι σε σύγκριση με τον μέσο όρο δεν ένιωθαν «ποτέ» ή ένιωθαν «σπάνια» «κατηφείς» «αποκαρδιωμένοι και θλιμμένοι» και «εξαντλημένοι» (56%, 51% και 43%

αντιστοίχως, σε σύγκριση με τους μέσους όρους στην ΕΕ που ανέρχονται σε 74%, 66% και 47%) (European Commission, Mental Health, 2010).

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα, τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, 2012). Σύμφωνα με τη "Γραμμή Βοήθειας για την κατάθλιψη" οι άνδρες σε ποσοστό 65% και η κατεξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), πλήττονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από την οικονομική κρίση εμφανίζοντας σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους (Μπούρας, Λύκουρας, 2011). Όπως αναφέρεται στην έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την "Ψυχική Υγεία", οι Έλληνες ερωτηθέντες ανησυχούν περισσότερο για την εξασφάλιση της θέσης εργασίας τους, με τέσσερις στους δέκα (42%) να συμφωνούν ότι κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους, σε σύγκριση με τον μέσο όρο που ανέρχεται στο 25%. Νιώθουν το ίδιο με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους σχετικά με το κατά πόσο η δουλειά τους αντικατοπτρίζει τις ικανότητές τους και την αναγνώριση που λαμβάνουν στην εργασία τους (European Commission, Mental Health, 2010).

Το επαγγελματικό άγχος απομειώνει το απόθεμα υγείας του ανθρώπινου δυναμικού. Το άγχος αυτό είναι μείζονος σημασίας για την υγεία και την παραγωγικότητα των ανθρωπίνων πόρων, καθώς τα συμπτώματα του δεν υποχωρούν μετά το τέλος του καθημερινού ωραρίου και την έξοδο από το χώρο εργασίας, αλλά παραμένουν με αντίκτυπο στην ευρύτερη ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου (Πετράκης, 2011). Αφορά περίπου ένας στους τέσσερις εργαζομένους ενώ, σύμφωνα με μελέτες, ποσοστό από 50% - 60% του συνόλου των χαμένων εργάσιμων ημερών σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Ο μεταβαλλόμενος κόσμος της εργασίας θέτει ολοένα και περισσότερες απαιτήσεις στους εργαζομένους μέσα από την περικοπή προσωπικού και την εξωτερική ανάθεση, τη μεγαλύτερη ανάγκη για ευελιξία από άποψη λειτουργιών και δεξιοτήτων, την αυξανόμενη χρήση συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου, την αυξανόμενη εργασιακή ανασφάλεια και την εντατικοποίηση της εργασίας (με αυξημένο φόρτο εργασίας και μεγαλύτερη πίεση) και την κακή

ισορροπία μεταξύ εργασιακού και ιδιωτικού βίου (European Agency for Safety and Health at Work, 2013).

Το επαγγελματικό άγχος εκδηλώνεται με διάφορες μορφές όπως αυξημένη ένταση, έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης, επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη. Αυτές οι ενδείξεις τελικά αποδυναμώνουν την απόδοσή τους, οδηγώντας σε μείωση της παραγωγικότητάς τους. Οι Maslach et al. υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξάντληση διακρίνεται σε:

- συναισθηματική εξάντληση που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής κόπωσης και καθιστά τον εργαζόμενο ανίκανο να συγκεντρωθεί,
- αποπροσωποποίηση που αναφέρεται σε ανάπτυξη ουδέτερων και αρνητικών αισθημάτων,
- αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης που αναφέρεται στο μειωμένο επιθυμητό και επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του (Πετράκης, 2011).

Ο περιορισμός του εργασιακού άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων που αποτελεί στόχο της ΕΕ δεν απαιτείται μόνο για ηθικούς αλλά και για νομικούς λόγους. Επιπλέον αποτελεί σημαντικό επιχειρηματικό κίνητρο καθώς ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το ετήσιο οικονομικό κόστος του εργασιακού άγχους στην ΕΕ των 15 το 2002 υπολογίστηκε ότι ανήλθε στα 20 δισ. ευρώ! Το νούμερο αυτό σήμερα θα έχει αυξηθεί σημαντικά (European Agency for Safety and Health at Work, 2013).

Ωστόσο σε περιόδους οικονομικής ύφεσης το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες θανάτου. Στην μελέτη των Falagas et al. πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση των μελετών που είχαν διερευνήσει τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, στις 6 από τις 7 μελέτες. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economou et al. σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000) (Πατελάρου et.al, 2011). Μοναδική μείωση της

θνησιμότητας παρατηρείται στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, προφανώς λόγω του περιορισμού των μετακινήσεων (Μπούρας, Λύκουρας, 2011).

Επιπλέον σε μελέτη που έλαβε χώρα σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006 τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες (Μπούρας, Λύκουρας, 2011). Η Ελλάδα, παρόλο που σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ βρίσκεται στην τελευταία θέση στα ποσοστά αυτοκτονίας (μόλις 3/100000 κατοίκους το 2010 όταν ο μέσος όρος της ΕΕ-27 είναι στις 12,3/100000) (OECD, Health at a Glance, 2012), το 2011 οι αυτοκτονίες σημείωσαν αύξηση της τάξης του 26,52% σε σχέση με το 2010 και στην κατηγορία των γυναικών η αύξηση έφθασε το 104,8% (Ελευθεροτυπία, 2013).

Μέσα σε αυτό το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, το κράτος και οι υπηρεσίες του φαίνονται ανίκανες να ανταπεξέλθουν στις νέες ανάγκες του πληθυσμού στον τομέα της υγείας. Η ανάγκη για ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας και για δημιουργία ενός ισχυρού "δίκτυ" ασφαλείας μέσω προληπτικών μέτρων και ενημέρωσης είναι μεγαλύτερη από ποτέ. Η έως τώρα πολιτική υγείας δεν είναι αποτελεσματική αφού δεν λαμβάνει υπόψη του τους κοινωνικούς, θεσμικούς και οικονομικούς παράγοντες. Η ευημερία και η κοινωνική συνοχή δεν αποτελούν αποκλειστικά χρηματικό ζήτημα και δεν εξασφαλίζονται μόνο μέσω μεταβιβάσεων σε χρήμα, πολιτική η οποία καθίσταται αδύνατη στην εφαρμογή της λόγω της υπάρχουσας δημοσιονομικής στενότητας. Οι διαμορφωτές πολιτικής πρέπει να στραφούν σε εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων παραγωγής κοινωνικής προστασίας. Τα εγγενή προβλήματα του συστήματος δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με αποσπασματικές κινήσεις και μέτρα. Απαιτείται καλά σχεδιασμένη στρατηγική ώστε η χώρα να φύγει από αυτό το οικονομικό πλαίσιο με όσο το δυνατόν λιγότερα θύματα.

2.7 Αναδυόμενες προκλήσεις στον εργασιακό χώρο

Σύμφωνα με τον διεθνή οργανισμό εργασίας (International Labour Organisation, ILO) το 75% των ευρωπαϊών εργαζομένων πάσχει από εργασιακό στρες. Συγκεκριμένα, το 30% από αυτούς δηλώνει ότι δεν μπορεί να εργαστεί ενώ το 85% των ανώτερων και ανώτατων στελεχών σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα δηλώνει ότι εμφανίζει έντονα συμπτώματα εργασιακού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το European Agency for Safety and Health at Work (EASHW) δηλώνει ότι το 50% της εργασιακής αποχής (absenteeism) οφείλεται στο εργασιακό στρες. Το πρόβλημα του εργασιακού στρες κοστίζει στην Ευρωπαϊκή Ένωση 20 δις ευρώ το χρόνο λόγω του χαμένου χρόνου και των εξόδων υγείας. Τέλος, βάσει μελετών (WHO) υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη μέχρι το 2020 θα είναι η 2η μεγαλύτερη ασθένεια του Δυτικού κόσμου.

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Προαγωγή υγείας στους εργασιακούς χώρους (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP) το 25% των εργαζομένων στην Ευρώπη θα αντιμετωπίσει έστω μια φορά κατά την διάρκεια της ζωής του ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας. Επιπλέον, το 27% του ενήλικου πληθυσμού στην Ευρώπη έχει επηρεαστεί από προβλήματα ψυχικής υγείας. Ο πληθυσμός αυτός ανέρχεται στα 93 εκατομμύρια.

Σύμφωνα πάλι με το ENWHP στην Ευρώπη τα επίπεδα απουσιών, ανεργίας και δυσκολίας εκπλήρωσης εργασιακών απαιτήσεων, εξαιτίας του εργασιακού στρες και των ψυχικών προβλημάτων υγείας έχουν αυξηθεί. Για παράδειγμα, το 10% των χρόνιων προβλημάτων υγείας οφείλεται στις ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές. Το συνολικό κόστος των ψυχικών διαταραχών στην Ευρώπη υπολογίζεται στα 250 δις ευρώ το χρόνο. Από τα 250 δις ευρώ τα 136 προέρχονται από την χαμένη παραγωγικότητα και τα υπόλοιπα από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Κινδύνων το Δεκέμβριο του 2009, δημοσίευσε μελέτη των νέων και αναδυόμενων επαγγελματικών κινδύνων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι οποίοι μπορούν να προκληθούν από τεχνολογικές καινοτομίες ή από κοινωνικές και οργανωσιακές αλλαγές.

Παράγοντες που συνδέονται άμεσα με το εργασιακό παθογόνο στρες, το οποίο εντείνεται και από άλλους παράγοντες της προσωπικής ζωής του ατόμου όπως οικογενειακά, οικονομικά προβλήματα και εξαρτήσεις είναι:

- οι αναδιαρθρωτικές αλλαγές,
- η έντονη εργασιακή ανασφάλεια,
- ο μεγάλος φόρτος εργασίας,
- η εντατικοποίηση της εργασίας λόγω περικοπών προσωπικού,
- η αδυναμία εξισορρόπησης προσωπικής και εργασιακής ζωής.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2007 από το European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions δείχνει ότι το 60% των Ελλήνων εργαζόμενων αναφέρει, ότι η εργασία επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους, τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε σωματικό επίπεδο ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος της Ευρώπης των 27 χωρών ανέρχεται στο 35%. Τα πιο συχνά προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία είναι το στρες, οι πονοκέφαλοι και η ευερεθιστότητα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μελέτη της HELLAS EAP (Employment Assistance Programs) που διενεργήθηκε το 2009 σε μερικούς από τους μεγαλύτερους ελληνικούς οργανισμούς και σε πολυεθνικές εταιρίες με τις οποίες συνεργάζεται, αφορούσε την καταγραφή των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στην εργασία τους. Η έρευνα έδειξε ότι το 43% των εργαζομένων ταλαιπωρείται από εργασιακό στρες ενώ το 18% αντιμετωπίζει δυσκολία εναρμόνισης προσωπικής και εργασιακής ζωής. Οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο κατέλαβαν ποσοστό 20% ενώ το 10% αναφέρει ως πρόβλημα την έλλειψη συνεργασίας με τους συναδέλφους τους. Στο υπόλοιπο 9% συμπεριλαμβάνονται διάφορα θέματα. Το ερώτημα λοιπόν που τίθεται είναι “ποια μέτρα παίρνουν οι επιχειρήσεις για να έχουν υγιείς εργασιακούς χώρους, άρα και υγιείς εργαζόμενους (Rush, 2010).

2.8 Τυπική παρουσία και συστηματική απουσία εργαζομένων

Οι συχνές και απρογραμματίστες απουσίες των εργαζομένων επιβαρύνουν άμεσα την επιχείρηση/οργανισμό. Όταν οι εργαζόμενοι απουσιάζουν από την εργασία τους, δεν παράγουν αυτά που η εργασιακή τους θέση απαιτεί γεγονός που επηρεάζει άμεσα και αρνητικά την απόδοση της ομάδας στην οποία ανήκει ο εργαζόμενος.

Μια από τις βασικότερες πτυχές της προσφοράς του εργαζόμενου σε μια επιχείρηση είναι η παραγωγικότητά του. Όταν παράγοντες όπως η ψυχοκοινωνική και φυσική υγεία, τα προσωπικά ή εργασιακά προβλήματα εμποδίζουν την απόδοση του εργαζόμενου τότε δημιουργείται μια κατάσταση που ονομάζεται presenteeism (τυπική παρουσία). Έτσι, ο εργαζόμενος έχει μεν φυσική παρουσία στο χώρο εργασίας του αλλά η ψυχική του κατάσταση επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά του να επιτύχει υψηλά επίπεδα απόδοσης. Δεν ανταποκρίνεται ολοκληρωτικά και αποτελεσματικά στις εργασιακές του απαιτήσεις με αποτέλεσμα την πτώση της παραγωγικότητάς του (Johns, 1994a; Johns, 1994b; Pauly, Nicholson, Xu, et al. 2002)

Έρευνες του ΟΟΣΑ καταδεικνύουν ξεκάθαρα και επανειλημμένα πως ο μέσος έλληνας εργαζόμενος εργάζεται 2.017 ώρες ανά έτος, περισσότερες από κάθε άλλον Ευρωπαίο. Ενδεικτικά, οι Γερμανοί εργάζονται 1.408 ώρες ανά έτος, ενώ οι Ολλανδοί εργάζονται μόλις 1.377 ώρες ανά έτος, κατέχοντας το μικρότερο ποσοστό εργασίας ανά ώρες σε όλη την Ευρώπη. Τα ίδια στοιχεία καταδεικνύουν, ωστόσο, ότι ενώ οι Έλληνες εργάζονται περισσότερο από τους Γερμανούς και τους Ολλανδούς, την ίδια στιγμή η Ολλανδία και η Γερμανία είναι οι πιο παραγωγικές χώρες στον κόσμο.

Η διαφορά αυτή στην παραγωγικότητα βεβαίως έχει να κάνει με τις τεράστιες διαφορές στα μέσα παραγωγής και στο χάσμα της καινοτομικότητας, της τεχνολογίας και των μεθόδων που χρησιμοποιούν οι Γερμανοί και οι Ολλανδοί σε σχέση με τους Έλληνες. Ωστόσο υποστηρίζεται ότι η υπερβολική εργασία του μέσου έλληνα εργαζόμενου μπορεί να ευθύνεται – σε έναν βαθμό – για το έλλειμμα παραγωγικότητας καθώς στις συνθήκες αυξημένου στρες, καταπόνησης και αβεβαιότητας, που πολλαπλασιάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης, η παραγωγικότητα είθισται να μειώνεται. Μπορεί ο εργαζόμενος από φυσική ανασφάλεια να επιλέγει να εργάζεται υπερωριακά και να παραχωρεί μέρος του ελεύθερου χρόνου του στην εργασία, αλλά η ποιότητα της εργασίας του δεν είναι αυτή που θα παρείχε υπό ομαλές συνθήκες και μέσα στο τυπικό ωράριο εργασίας.

Συνοπτικά, τα άτομα που παρά τη σωματική κόπωση και την ψυχική καταπόνηση δίνουν αδιαλείπτως το «παρών» στην εργασία τους, εκτός από τον εαυτό τους βλάπτουν και την επιχειρηματική κερδοφορία. Διεθνείς έρευνες σχετικές με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στους χώρους απασχόλησης τοποθετούν το κόστος της «τυπικής παρουσίας στην εργασία» στο διπλάσιο του κόστους της συστηματικής απουσίας. Η τυπική παρουσία στην εργασία – η οποία σε κάποιες περιπτώσεις αναφέρεται και ως «αδικαιολόγητη παρουσία» στην εργασία – είναι εξαιρετικά δύσκολο να μετρηθεί και σήμερα δεν υπάρχουν στην Ελλάδα έρευνες που να προσδιορίζουν το κόστος της στην οικονομία και στην παραγωγή (Brouwer, van Exel, Koopmanschap, Rutten, 2002; Koopman, Pelletier, Murray, et al. 2002; Collins, Baase, Sharda, et al. 2005; Goetzel, Long, Ozminkowski, Hawkins, Wang, Lynch, 2004).

Ωστόσο, έρευνες που έχουν διεξαχθεί στη Γερμανία προσδιορίζουν το ετήσιο κόστος της συστηματικής απουσίας (Absenteeism) από την εργασία στα 1.200 ευρώ ανά εργαζόμενο και το κόστος της τυπικής παρουσίας (Presenteeism) στα 2.400 ευρώ ανά εργαζόμενο. Οι ίδιες έρευνες καταδεικνύουν πως στις επιχειρήσεις που προάγουν την καλή ψυχική υγεία των εργαζομένων τους τόσο η τυπική παρουσία όσο και η απουσία από την εργασία ελαχιστοποιούνται, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη εμπλοκή των υπαλλήλων τους στην παραγωγή και την επίτευξη υψηλότερων κερδών.

Αν το φαινόμενο της τυπικής παρουσίας στην εργασία συνδυαστεί με πρόσφατες έρευνες του University College του Λονδίνου και του Γερμανικού Ομοσπονδιακού Ινστιτούτου Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας που αποδεικνύουν ότι όσοι εργάζονται πολλές ώρες – έστω και τυπικά – έχουν ιδιαίτερα αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν καρδιακές παθήσεις και είναι πιο επιρρεπείς στην παχυσαρκία, στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και στο κάπνισμα, τότε οι αρνητικές επιπτώσεις της υπερεργασίας πολλαπλασιάζονται.

Είναι ενδεικτικό ότι σχεδόν 1 στους 4 εργαζομένους που απασχολείται εβδομαδιαίως περισσότερες από 60 ώρες υποφέρει από διαταραχές του ύπνου, πόνους στη μέση και καρδιακά προβλήματα. Παρεμφερή προβλήματα αντιμετωπίζει μόνο 1 στους 5 εργαζομένους πλήρους απασχόλησης που εργάζεται έως 44 ώρες την εβδομάδα και μόνο 1 στους 10 εργαζομένους μερικής απασχόλησης που εργάζεται λιγότερο από 19 ώρες την εβδομάδα (Gallagher & Morgan, 2002).

Η μέτρηση της απώλειας της συνολικής εργασιακής παραγωγικότητας από την πλευρά των εργαζομένων συμπεριλαμβανομένου και της τυπικής παρουσίας και της συστηματικής απουσίας μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την χρήση ερωτηματολογίων

που θα συμπληρώνονται από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Σε μερικές περιπτώσεις όπου η απόδοση μπορεί να μετρηθεί χρησιμοποιώντας αντικειμενικά μέτρα όπως ο αριθμός των παραχθέντων αγαθών ή ο αριθμός των κλήσεων που λαμβάνονται για την εξυπηρέτηση πελατών, η παραγωγικότητα μπορεί να μετρηθεί με αριθμητικούς δείκτες λαμβάνοντας υπόψη την τυπική παρουσία και τη συστηματική απουσία. Εντούτοις τα ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από τον ίδιο τον εργαζόμενο είναι η μόνη πρακτική μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ποικίλα εργασιακά περιβάλλοντα και εργασιακές λειτουργίες εργασίας προκειμένου να μετρηθεί η παραγωγικότητα των εργαζομένων (Evans, Crawford, 2000).

2.9 Παραγωγικότητα εργαζομένων στις μονάδες υγείας

Τα τελευταία χρόνια η αύξηση του κόστους υγείας έχει αυξήσει το ενδιαφέρον για την παραγωγικότητα των εργαζομένων στις μονάδες υγείας. Η παραγωγικότητα στο χώρο υγείας έχει να κάνει με την μείωση του κόστους της ιατρικής – νοσηλευτικής φροντίδας και τον καθορισμό standards που εξασφαλίζουν την ποιοτική προσφορά και κατάλληλη κατανομή πόρων (Καραγιάννης, 2001).

Για να εξεταστεί όμως η παραγωγικότητα των εργαζομένων στις μονάδες υγείας, ιατρών και νοσηλευτών, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τελούν ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο επάγγελμα. Σύμφωνα με τους Cooper et al (1988) οι ιατροί και οι νοσηλευτές ανήκουν στις επαγγελματικές ομάδες που θεωρούνται ως οι πλέον εκτεθειμένες στο εργασιακό άγχος.

Οι λόγοι είναι προφανείς: πρώτα από όλα έχουν να κάνουν με την διαχείριση ανθρώπων και όχι αντικειμένων (Carlan et al, 1975), και οι όποιες πράξεις τους ή λάθη και παραλείψεις τους έχουν άμεσο αντίκτυπο σε ανθρώπινες ζωές (Rees, 1995). Έπειτα, βρίσκονται καθημερινά σε μια μόνιμη κατάσταση αξιολόγησης των ικανοτήτων τους τόσο από τους πελάτες-ασθενείς τους, όσο και από τους συναδέλφους τους. Τα λάθη και οι παραλείψεις τους δεν μπορούν να κρυφθούν ή να περάσουν απαρατήρητα, ειδικά μάλιστα όταν ενδεχομένως μπορεί να έχουν προκαλέσει καταστροφικές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους ίδιους (Payne and Firth-Cozens, 1987).

Επίσης, άλλες δύο σημαντικές πηγές εργασιακού άγχους για τους επαγγελματίες υγείας αποτελούν από την μια οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, με τους

συνοδούς- συγγενείς των ασθενών, με το υπόλοιπο προσωπικό, με την διοίκηση του νοσοκομείου και από την άλλη με το γεγονός ότι είναι εκτεθειμένοι σε αυξημένο κίνδυνο για ασθένεια ή τραυματισμό (Αντωνίου, 2002). Το πρόβλημα διογκώνεται όταν μάλιστα αναλογιστούμε την πίεση που δέχονται οι Ιατροί όταν πρέπει να δείχνουν ότι είναι ήρεμοι και ότι ελέγχουν την κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει και να παραμένουν -στον βαθμό που χρειάζεται- συναισθηματικά εμπλεκόμενοι με τα προβλήματα των ασθενών τους (Sutherland & Cooper, 1990).

Συνοψίζοντας τους παράγοντες που κάνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό επάγγελμα ως ένα από τα πλέον στρεσογόνα, θα λέγαμε ότι είναι οι υψηλές απαιτήσεις του επαγγέλματος, ο υπερβολικός πολλές φορές φόρτος εργασίας, τα εξαντλητικά και ακανόνιστα ωράρια εργασίας, η σύγκρουση προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και τέλος προβλήματα με ασθενείς και περιστατικά, ιδίως όταν αυτά καταλήγουν σε θάνατο.

Από την άλλη πάλι υπάρχει και η αντίθετη άποψη: Οι Kivimaki et al (2012) επισημαίνουν ότι οποιαδήποτε εργασία ή επάγγελμα μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνο στρες, όμως το φαινόμενο είναι ακόμα συχνότερο σε όσους έχουν χαμηλότερη εργασιακή εξειδίκευση. Για παράδειγμα, οι γιατροί, που έχουν μεγαλύτερα περιθώρια ελευθερίας στη λήψη αποφάσεων, είναι λιγότερο πιθανό να στρεσαριστούν σε σχέση με ένα βιομηχανικό εργάτη. Οι ερευνητές, με επικεφαλή τον καθηγητή επιδημιολογίας Mika Kivimaki του University College του Λονδίνου(UCL) μελέτησαν επί 7,5 περίπου χρόνια σχεδόν 200.000 ανθρώπους από επτά ευρωπαϊκές χώρες οι οποίοι δεν είχαν στο παρελθόν καρδιολογικά προβλήματα, για να φτάσουν στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι που κάνουν δουλειές με υψηλές απαιτήσεις, που έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας και σφιχτά περιθώρια χρόνου, ενώ παράλληλα έχουν μικρό έλεγχο στην λήψη των αποφάσεων και εργάζονται σε συνθήκες στρες είναι κατά μέσο όρο 23% πιθανότερο να πάθουν έμφραγμα ή άλλο σοβαρό καρδιολογικό πρόβλημα, όπως στεφανιαία νόσος, σε σχέση με όσους δουλεύουν πιο χαλαρά και με περισσότερα περιθώρια ελευθερίας.

Το επαγγελματικό στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελεί μείζον πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο εδώ και πολλά χρόνια. Για παράδειγμα, έρευνα σε ένα αρκετά μεγάλο δείγμα νοσηλευτών στην Σουηδία αποκάλυψε ότι περισσότερο από το 80% των νοσηλευτών που πήραν μέρος ανέφεραν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους (Pettersson et al, 1995). Μια άλλη έρευνα πάλι στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέδειξε ότι οι

νοσηλευτές δέχονταν την μεγαλύτερη πίεση και στρες από όλους τους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας (Rees & Cooper, 1992).

Επίσης, για τους Νοσηλευτές, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους Ιατρούς, έχει αποδειχθεί ότι η ευθύνη που απορρέει από το αντικείμενο της εργασίας, επειδή έχει να κάνει με ανθρώπους συσχετίζεται με πολύ υψηλότερα επίπεδα άγχους, σε σύγκριση με την υπευθυνότητα που απορρέει για αντικείμενα και μάλιστα έχει περισσότερες πιθανότητες να οδηγήσει σε καρδιακά προβλήματα (Wardwell, Hyman & Bahnsen, 1964). Έτσι, το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται ευρέως ότι είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο. Ήδη από την δεκαετία του 1960 ο Menzies (1960) ήταν ο πρώτος που προσδιόρισε τέσσερις πηγές δημιουργίας άγχους στους νοσηλευτές: η φροντίδα του ασθενούς, η λήψη αποφάσεων, η ανάληψη ευθυνών και οι συνεχείς εναλλαγές.

Οι Gray-Toft & Anderson (1981), μεταγενέστερα αναγνώρισαν επτά κύριες πηγές στρες στη νοσηλευτική: η επαφή με τον θάνατο, οι διαμάχες με τους ιατρούς, η έλλειψη υποστήριξης, η ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς, οι διαμάχες με τους συναδέλφους, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η αβεβαιότητα σχετικά με την θεραπεία του ασθενούς.

Αντίστοιχα, μια πιο πρόσφατη έρευνα του Mc Vicar (2003) υποδεικνύει ως κύριους παράγοντες δημιουργίας στρες στους νοσηλευτές τον φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις στον χώρο εργασίας, την συναισθηματική φόρτιση από τη νοσηλεία, τις αμοιβές και την εργασία με βάρδιες.

Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει και η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ οικογενειακής-προσωπικής και επαγγελματικής ζωής. Το στρες μπορεί να οφείλεται από την πίεση που απορρέει από τον συνδυασμό των ευθυνών στην δουλειά, στο σπίτι και τα παιδιά. Το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο στις γυναίκες - και δη στον χώρο της νοσηλευτικής αν αναλογιστεί κανείς ότι θεωρείται γυναικοκρατούμενος- καθώς καλούνται να παίξουν πολλαπλούς ρόλους (εργαζόμενη-σύζυγος- μητέρα) και μάλιστα έχοντας την κύρια υπευθυνότητα (Haw, 1982).

Οι επιπτώσεις, τώρα, όλων των παραπάνω στον χώρο της νοσηλευτικής, είναι ότι το εργασιακό άγχος συμβάλλει στις συχνές απουσίες από την εργασία και στις συχνές εναλλαγές στην σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού (προσλήψεις-αποχωρήσεις), που και τα δύο έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Jennings, 1994).

Όσον αφορά το μέγεθος του προβλήματος τόσο για το νοσηλευτικό επάγγελμα, όσο και για τον αντίκτυπο που έχει στην παροχή υπηρεσιών υγείας αποκαλυπτική είναι

έρευνα που διεξάχθηκε σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες τα αποτελέσματα των οποίων συγκρίθηκαν με αντίστοιχα των Η.Π.Α. (Aiken et al,2012). Συγκεκριμένα, έλαβαν μέρος περίπου 60.000 νοσηλευτές και 130.000 ασθενείς από 488 νοσοκομεία στην Ευρώπη και 617 στις Η.Π.Α. και τα αποτελέσματα για την Ελλάδα ήταν απογοητευτικά: παρουσίασε τα πιο αρνητικά αποτελέσματα από όλες τις χώρες που πήραν μέρος στην έρευνα.

Γενικά, μεταξύ των νοσηλευτών σε όλες τις χώρες παρουσιάστηκαν σχετικά υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, μη ικανοποίησης από την εργασία και πρόθεσης αποχώρησης, ενώ τα αποτελέσματα των ασθενών διέφεραν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το 78% των Ελλήνων νοσηλευτών θεωρούν ότι πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση, το 56% ότι είναι δυσαρεστημένο από την εργασία του και το 49% ότι έχει την πρόθεση να αποχωρήσει, ενώ το 47% ανέφερε χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, γεγονός που αντικατοπτρίζεται και από το ότι οι ασθενείς απάντησαν πως μόνο το 53% από αυτούς θα συνιστούσε το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκε.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Ερευνητική Διαδικασία

Η ερευνητική διαδικασία που ακολουθήθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία στηρίχθηκε στην ερευνητική ρόδα των Rudestam & Newton (1992) που περιγράφει ένα περιοδικό κύκλο βημάτων που επαναλαμβάνονται συνεχώς. Τα στάδια είναι τα ακόλουθα:

- ορισμός προβλήματος - καθορισμός στόχων
- είδος έρευνας
- μέθοδοι συλλογής στοιχείων
- εργαλεία έρευνας
- το δείγμα της έρευνας
- ανάλυση
- ανάλυση δεδομένων - παρουσίαση ευρημάτων έρευνας
- συμπεράσματα-προτάσεις

3.2 Επιλογή ερευνητικής μεθόδου

Οι ερευνητικές μέθοδοι διακρίνονται σε ποιοτικές και ποσοτικές. Οι ποσοτικές αναλύουν την ποσότητα εμφάνισης του φαινομένου που εξετάζεται και οι ποιοτικές αναφέρονται στο είδος, στο συγκεκριμένο χαρακτήρα του φαινομένου (Kvale, 1996). Και οι δύο μέθοδοι δίνουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει ένα ερευνητικό πεδίο και να επικεντρωθεί σε αυτό.

Η ποσοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από την επιδίωξη του ερευνητή να συλλέξει αντικειμενικά και γενικά δεδομένα για κάποιο φαινόμενο και στη συνέχεια να μετατρέψει αυτά τα δεδομένα σε αριθμητικά ή στατιστικά στοιχεία, ώστε να προβεί σε συγκρίσεις μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών και να παράσχει αντικειμενικές

επεξηγήσεις για τα αίτια ή τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, που θα αποτελούν μια αντικειμενική και γενική θεωρία για το φαινόμενο της έρευνας.

Η ποσοτική έρευνα αξιολογήθηκε ότι ικανοποιεί καλύτερα το στόχο του ερευνητή.

3.3 Σύνδεση του θεωρητικού πλαισίου με την ερευνητική μέθοδο

Η επιλογή ερευνητικής μεθόδου σε μια έρευνα δεν είναι μια τυχαία διαδικασία, καθώς εξαρτάται από τα ερευνητικά ερωτήματα, τη φύση και το σκοπό της έρευνας και από το θεωρητικό πλαίσιο. Η Κυριαζή (2001) υποστηρίζει ότι εφόσον η έρευνα έχει ως σκοπό την εξήγηση των κοινωνικών φαινομένων, ο ρόλος της θεωρίας στην ερευνητική διαδικασία είναι αυτονόητος. Η θεωρία προσφέρει το πλαίσιο για τη συστηματική ερμηνεία των εμπειρικών δεδομένων - αναφέρεται στη μορφή που μπορεί να προσλάβει το κοινωνικό φαινόμενο, εξηγεί τους λόγους για τους οποίους εμφανίζεται και τις συνθήκες υπό τις οποίες υπάρχει. Παρατηρεί μάλιστα ότι η έρευνα αποτελεί στην ουσία έναν συνεχή διάλογο ιδεών και στοιχείων. Συμπληρώνει δε, ότι τα ερευνητικά εργαλεία δεν είναι ανεξάρτητα από τη θεωρία καθώς στηρίζονται σε αντιλήψεις για τη συγκρότηση της κοινωνικής πραγματικότητας και τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να προσεγγίζεται.

Κατά τον ερευνητικό σχεδιασμό, συμπληρώνει η Mason (2003) δεν αρκεί μόνο η επιλογή της μεθόδου και των πηγών που θα χρησιμοποιηθούν, αλλά πρέπει να γίνουν κατανοητές και οι μεθοδολογικές συνέπειες των επιλογών και, πιο συγκεκριμένα, να αναλογιστεί ο ερευνητής τη σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στα ερευνητικά ερωτήματα που θέτει και τις ερευνητικές μεθόδους στις οποίες κατέληξε.

3.4 Ερευνητικά ερωτήματα

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε εξετάσει την παραγωγικότητα των εργαζομένων στο χώρο υγείας (σε νοσοκομείο) σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους αναφορικά με την υγεία (τόσο σε σωματικό όσο και πνευματικό επίπεδο).

Τα βασικά ερωτήματα που τέθηκαν στην έρευνα ήταν:

- Επηρεάζει η ποιότητα ζωής την παραγωγικότητα των εργαζομένων στις μονάδες υγείας και αν σε τι βαθμό;
- Επηρεάζει η φυσική και ψυχική κατάσταση του εργαζόμενου την παραγωγικότητά του και αν ναι σε τι βαθμό;
- Υπάρχει συσχετισμός μεταξύ των σταθερών μεταβλητών της έρευνας (φύλο, ηλικία, ειδικότητα, επίπεδο σπουδών) και της παραγωγικότητας του εργαζόμενου;
- Επιδρά η φυσική και ψυχική κατάσταση του εργαζόμενου στην τυπική παρουσία ή συστηματική απουσία του από τη δουλειά του;

3.5 Χρόνος και Τόπος Διεξαγωγής της Έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν 98 εργαζόμενοι στο χώρο υγείας με ειδικότητες νοσηλεύτης, ιατρός, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Η έρευνα έγινε στο χώρο του νοσοκομείου (Ιδιωτική Μαιευτική –Γυναικολογική κλινική Ιασώ) και πραγματοποιήθηκε την χρονική περίοδο 04-01-14 έως 26-01-14

3.6 Έντυπο Πληροφοριών

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν ένα έντυπο πληροφοριών πριν ξεκινήσουν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων προκειμένου να ενημερωθούν σχετικά με την έρευνα (βλ. Παράρτημα). Στο έντυπο πληροφοριών γνωστοποιούταν στους συμμετέχοντες ότι όλα τα στοιχεία της έρευνας θα παραμείνουν εμπιστευτικά και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητική χρήση.

3.7 Ερωτηματολόγια

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Health-Related Quality of Life και Work Productivity Questionnaire (HQWP), το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα της διπλωματικής εργασίας. Το HQWP προσπαθεί να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και την παραγωγικότητα στην εργασία σε ένα γενικό εργασιακό περιβάλλον (δεν αφορά εργαζόμενους που έχουν κάποια πάθηση ή ιδιαιτερότητα).

Το HQWP συνδυάζει δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο είναι το SF-36 το οποίο μετρά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και μετρά διαφορετικές πτυχές της κατάστασης υγείας ταυτόχρονα χωρίς να συγχωνεύει τα αποτελέσματα. Επίσης ο συνδυασμός του ερωτηματολογίου με άλλα ερωτηματολόγια σύμφωνα με τους Kantz, Harris, Levitsky, Ware, Davies (1992), Nerenz, Repasky, Whitehouse, Kahkonen (1992) και Wagner, Keller, Kosinski, et al. (1995) δεν δημιουργεί προβλήματα.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο στο οποίο στηρίζεται το HQWP είναι το MHPQ. Το ερωτηματολόγιο αυτό παλαιότερα ήταν γνωστό ως MIDUS (MacArthur Foundation Midlife Development in the US presenteeism instrument) και στη συνέχεια ονομάστηκε MHPQ (MacArthur Health and Work Performance Questionnaire. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί εργαλείο μέτρησης της παραγωγικότητας. Συγκεκριμένα μετρά την παραγωγικότητα σε σχέση με την γενική υγεία, την τυπική παρουσία και την συστηματική απουσία. Επίσης μετρά τις επιπλέον ώρες που απασχολούνται οι εργαζόμενοι στον εργασιακό τους χώρο. Επιπλέον συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα εργατικά ατυχήματα, τραυματισμούς, επιτυχίες, και αποτυχίες, που, αν και σχετικά σπάνια, επηρεάζουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων (Kessler, Barber, Beck, et al. 2003).

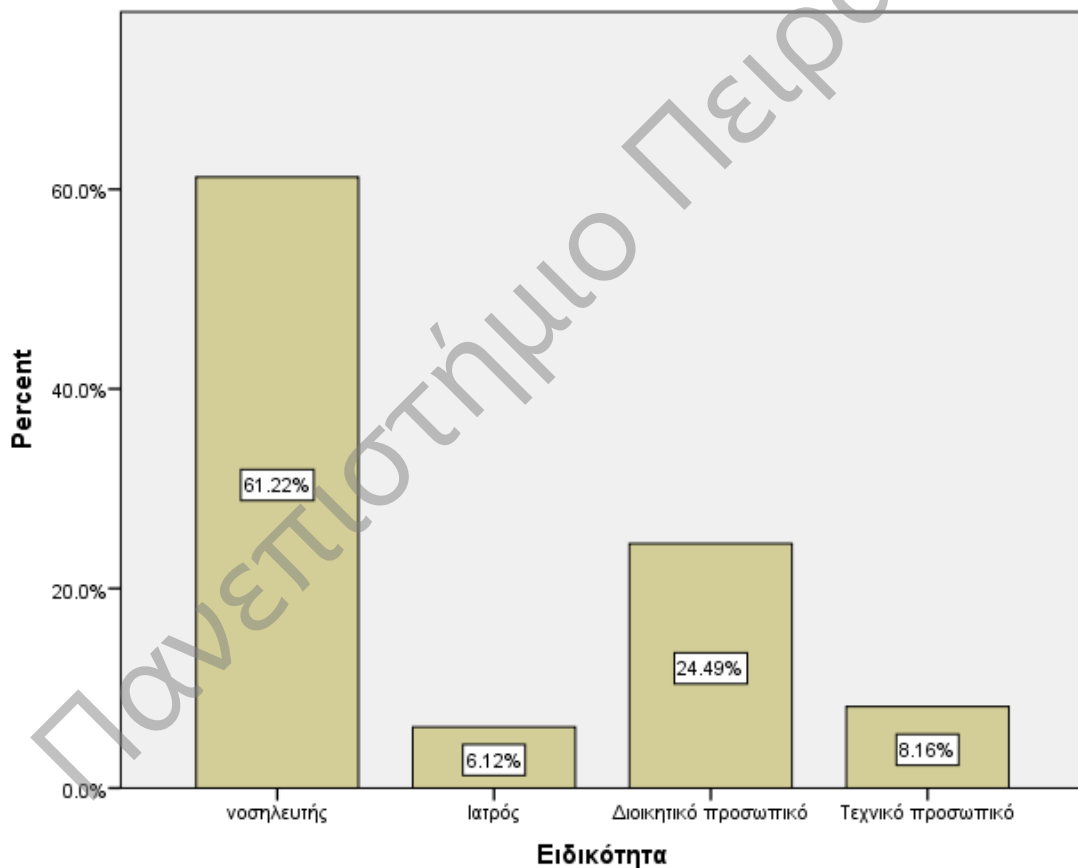
Το HQWP έχει χρησιμοποιηθεί και παλαιότερα από τον Huang (2008) ο οποίος μέτρησε την παραγωγικότητα των εργαζομένων σε ένα μεγάλο ερευνητικό πανεπιστήμιο και την επίδρασή της από την υγεία των εργαζομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα σημαντικότερα αποτελέσματα, όπως αυτά προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν. Αρχικά, παρουσιάζονται τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

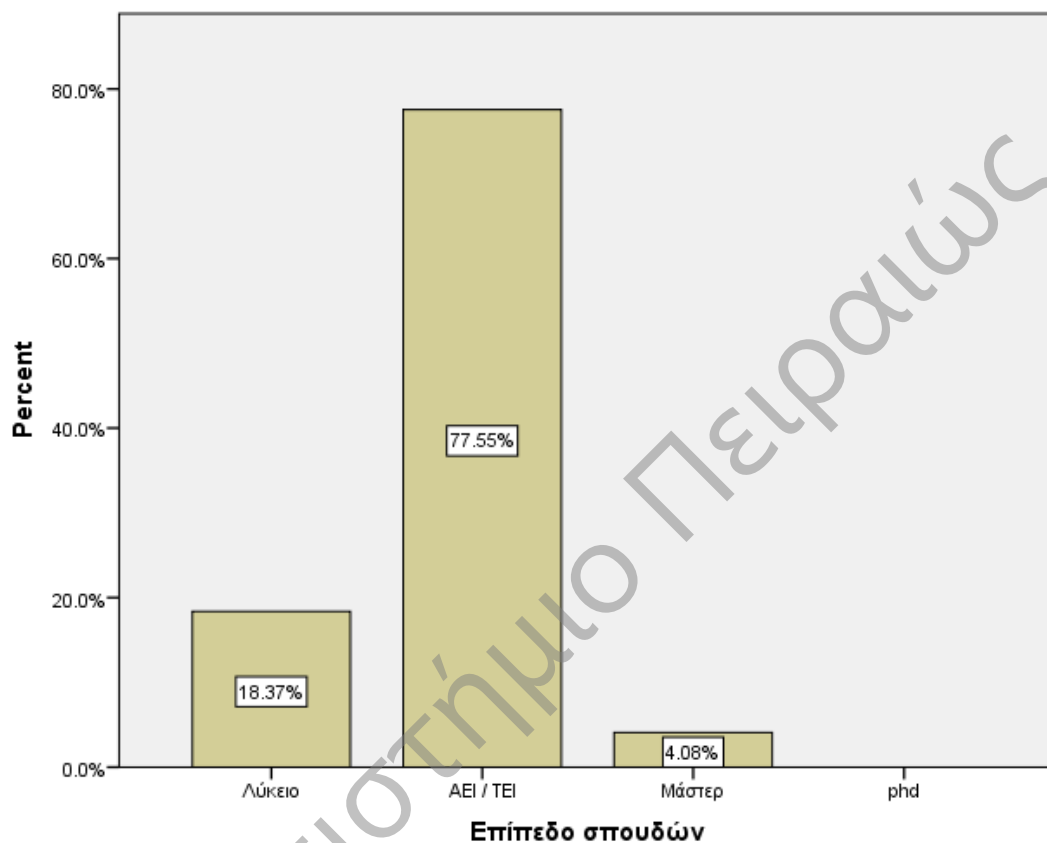
Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 98 άτομα. 60 ερωτηθέντες ήταν νοσηλευτές, 6 ήταν γιατροί, 24 άτομα ανήκαν στο διοικητικό προσωπικό και 8 άτομα ανήκαν στο τεχνικό προσωπικό.



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 4.1: Κατανομή δείγματος με βάση την ειδικότητα

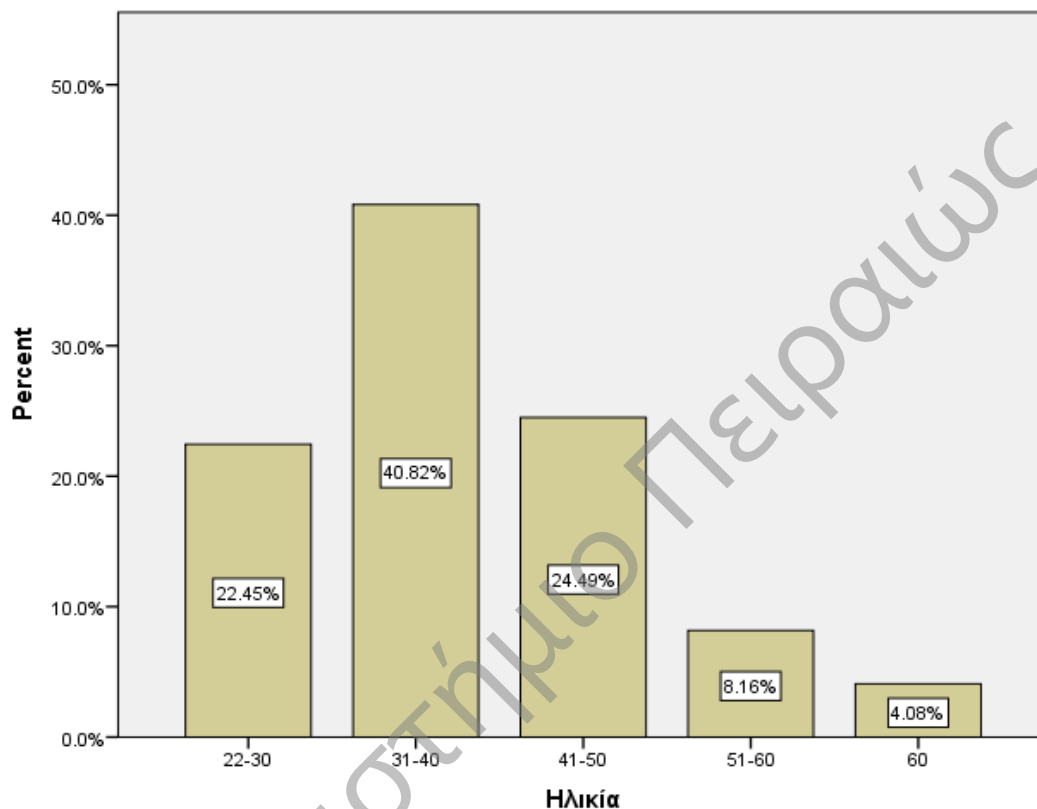
Το επίπεδο σπουδών των εργαζομένων ήταν υψηλό. Το 77,6% των ερωτηθέντων είχαν πανεπιστημιακό τίτλο σπουδών και μόλις το 18,4% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 4.2: Κατανομή δείγματος με βάση το επίπεδο σπουδών

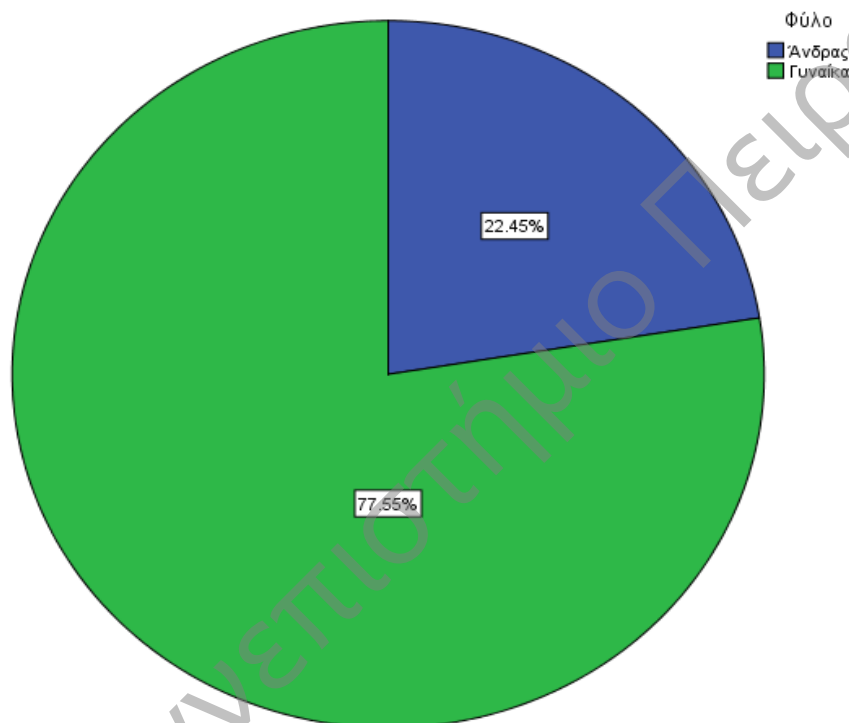
Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανήκαν σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, με την πλειοψηφία να είναι ηλικίας 31-40 ετών. Ήταν ιδιαίτερα σημαντικό ότι συμμετείχαν άτομα διαφορετικής ηλικίας, καθώς η ηλικία επηρεάζει σημαντικά το βαθμό παραγωγικότητας καθώς και την κατάσταση της υγείας ενός εργαζομένου. Υπήρχε δείγμα επομένως από όλες τις ηλικιακές ομάδες.



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 4.3 : Κατανομή δείγματος με βάση την ηλικία

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες κάτι που ήταν αναμενόμενο καθώς το 61,2% των συμμετεχόντων ήταν νοσηλεύτες, ειδικότητα που στην Ελλάδα κυρίως την ασκούν γυναίκες.



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 1.4: Κατανομή δείγματος με βάση το φύλο

Περιγραφική Στατιστική

Οι πρώτες επτά ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούσαν την υγεία των εργαζομένων. Τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν:

- την υγεία τους σήμερα (ερώτηση 1^η),
- την υγεία τους σήμερα συγκριτικά με το πώς ήταν πέρσι (ερώτηση 2^η),
- αν τους περιορίζει η υγεία τους στην εκπλήρωση δραστηριοτήτων που γίνονται σε μία τυπική μέρα (ερώτηση 3^η)
- αν η φυσική τους υγείας, κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, τους δημιούργησε κάποιο πρόβλημα με τη δουλειά τους ή τις καθημερινές δραστηριότητες (ερώτηση 4^η)
- αν κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα με τη δουλειά ή στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω ψυχολογικών προβλημάτων (ερώτηση 5^η)
- το πόσο επηρέασε η υγεία τους ή τα ψυχολογικά τους προβλήματα, κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, τις κοινωνικές τους δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες (ερώτηση 6^η)
- το πώς αισθάνονται το τελευταίο τρίμηνο (ερώτηση 7^η)

Οι απαντήσεις των εργαζομένων έδειξαν ότι η κατάσταση της υγείας τους ήταν αρκετά καλή, καθώς σύμφωνα με τις απαντήσεις τους κυμαίνονταν μεταξύ πολύ καλής και καλής (μέσος όρος 2,30). Μάλιστα με μέσο όρο απαντήσεων 2,93, η πλειοψηφία απάντησε ότι ήταν ίδια με πέρσι η κατάσταση υγείας τους.

Η τρίτη ερώτηση ζητούσε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν αν η υγεία τους τους περιορίζει στην πραγματοποίηση κάποιων δραστηριοτήτων. Οι έντονες δραστηριότητες (μέσος όρος 2,06) και το ανέβασμα της σκάλας (μέσος όρος 2,24) ήταν οι μόνες δραστηριότητες που είχαν κάποιο μικρό βαθμό δυσκολίας για τους συμμετέχοντες.

Στην επόμενη ερώτηση οι ερωτηθέντες έπρεπε να απαντήσουν αν κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα στη δουλειά τους ή σε κάποια από τις καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω της φυσικής τους υγείας. Οι

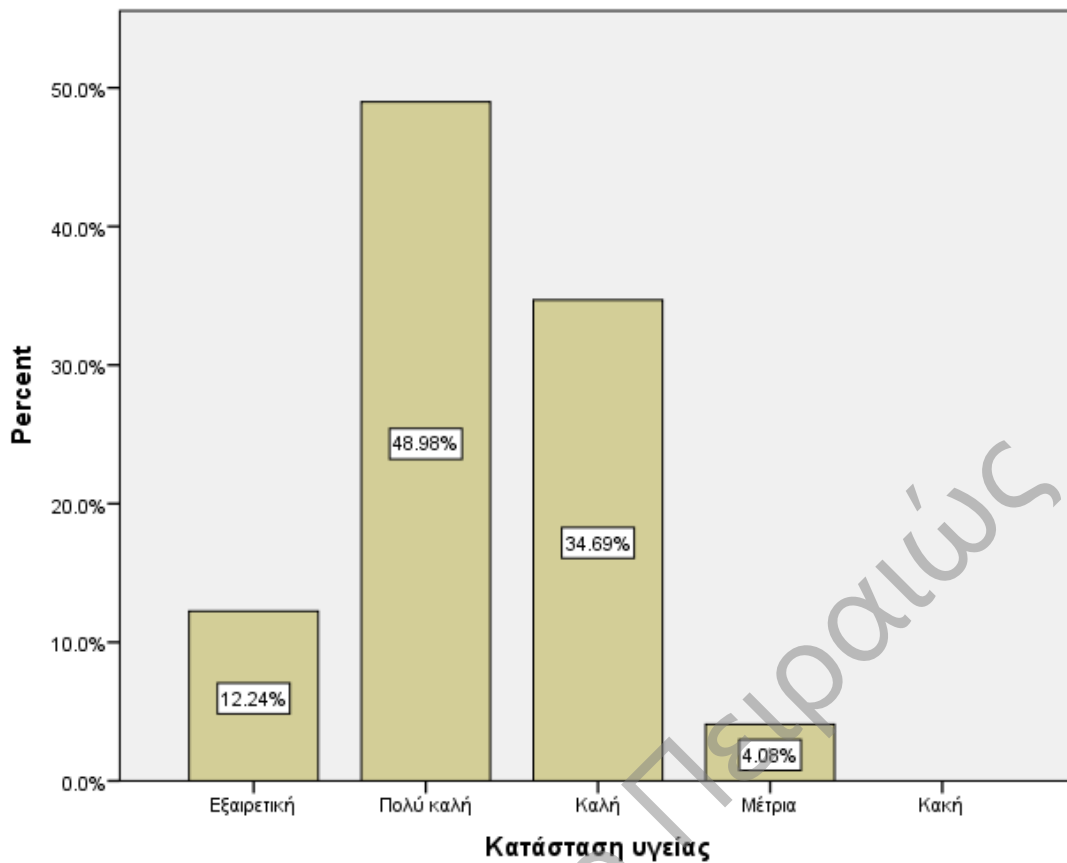
απαντήσεις έδειξαν ότι η κατάσταση της υγείας καθώς ήταν καλή δεν τους περιόρισε σε κάποια δραστηριότητα. Ένα μικρό ποσοστό ερωτηθέντων απάντησε ότι έκανε μόνο συγκεκριμένες δουλειές και ο μέσος όρος σε αυτή την απάντηση ήταν ο χαμηλότερος (1,59).

Η πέμπτη ερώτηση εστιαζόταν στην ψυχική υγεία των συμμετεχόντων και αν η ύπαρξη κάποιων ψυχολογικών προβλημάτων είχε επηρεάσει τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι απαντήσεις έδειξαν ότι δεν υπήρχε κάποιο πρόβλημα στην παραγωγικότητα των εργαζομένων. Κάποιοι από αυτούς απλά δεν πέτυχαν τόσα όσα ήθελαν στην εργασία τους (μέσος όρος 1,63).

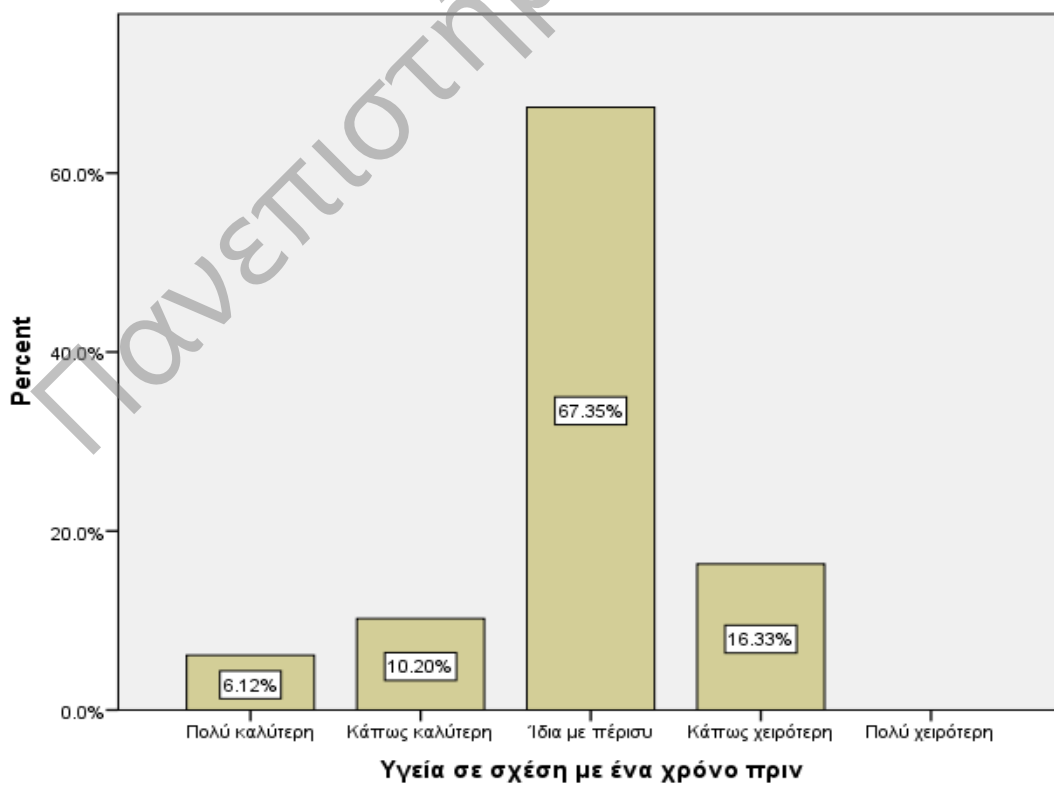
Οι κοινωνικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων επηρεάστηκαν περισσότερο από ότι ο τομέας της εργασίας εξαιτίας της υγείας τους ή των ψυχολογικών τους προβλημάτων. Οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι μόνο τις κοινωνικές τους δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους και τους γείτονες υπήρχε κάποια επίδραση λόγω της κόπωσης (μέσος όρος 2,24).

Η τελευταία ερώτηση που αφορούσε την υγεία των εργαζομένων, είχε να κάνει με το πώς αισθάνονται το τελευταίο τρίμηνο. Το σημαντικότερο πρόβλημα των εργαζομένων ήταν η κούραση την οποία βιώνει η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (μέσος όρος 2,66). Αρκετά έντονος είναι και ο βαθμός νευρικότητας των εργαζομένων (2,91 μέσος όρος) ενώ πρόβλημα κατάθλιψης (μέσος όρος 3,91) και μελαγχολίας (μέσος όρος 3,65) αντιμετώπιζαν ελάχιστες ή κάποιες φορές.

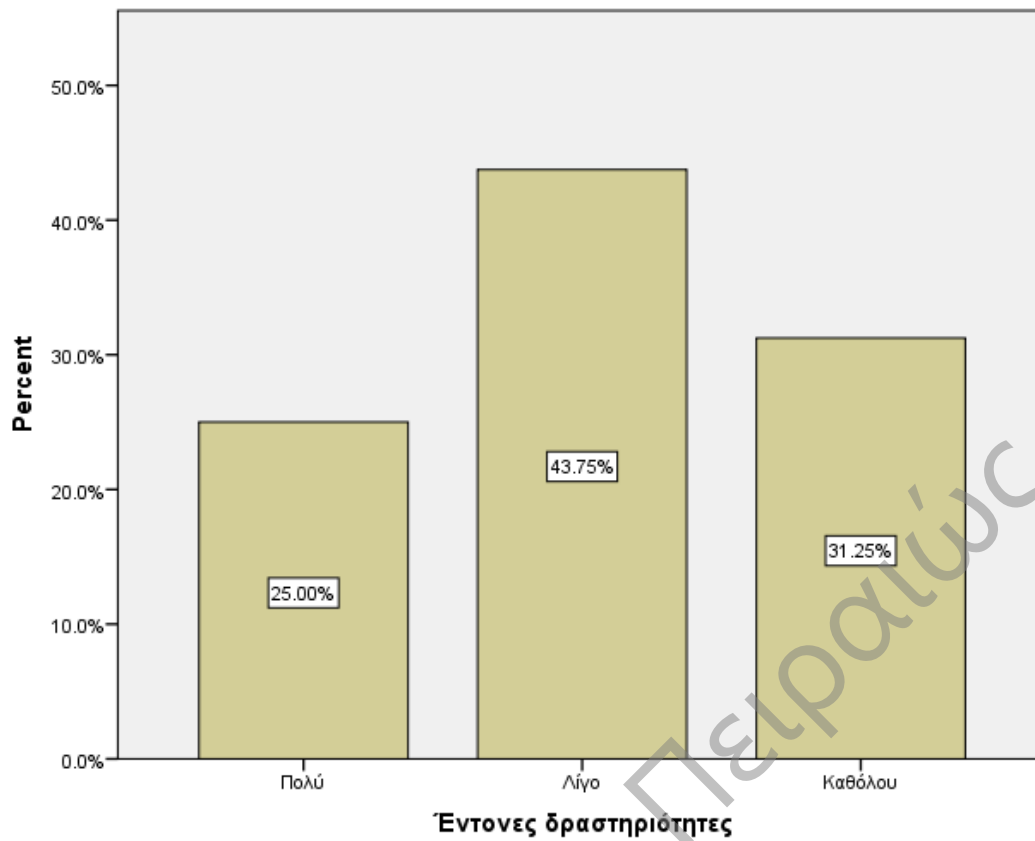
Οι αναλυτικές απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα στις παραπάνω ερωτήσεις παρουσιάζονται στα επόμενα γραφήματα.



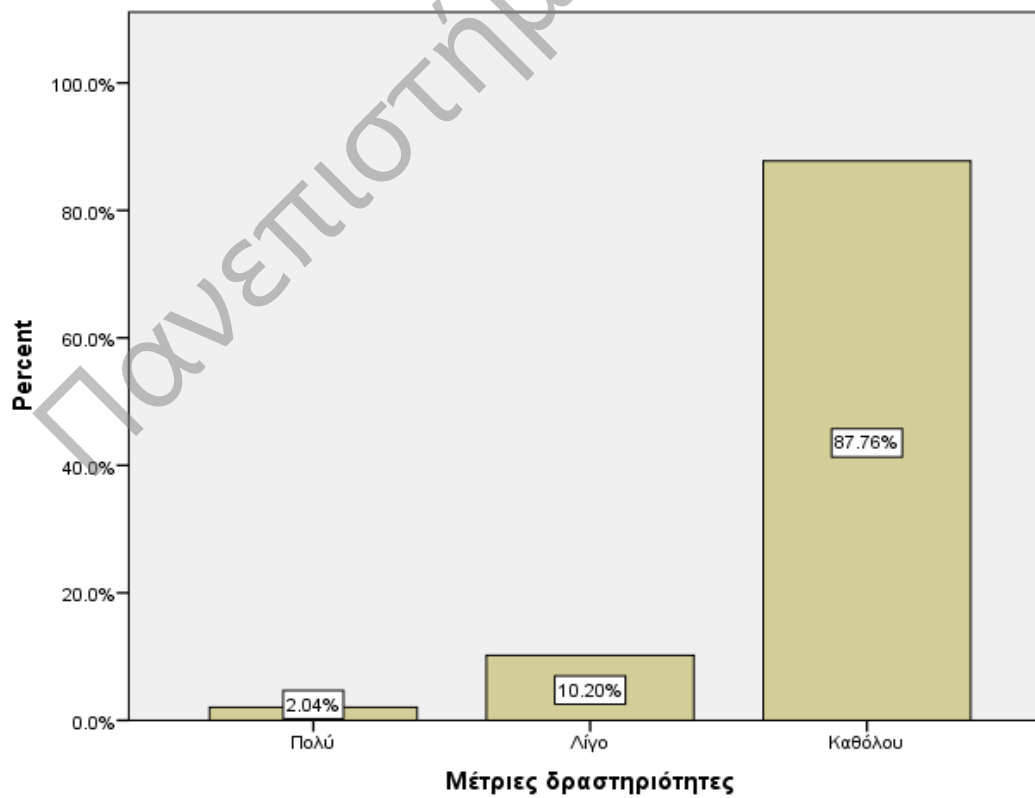
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 2.5: Κατάσταση υγείας των εργαζομένων



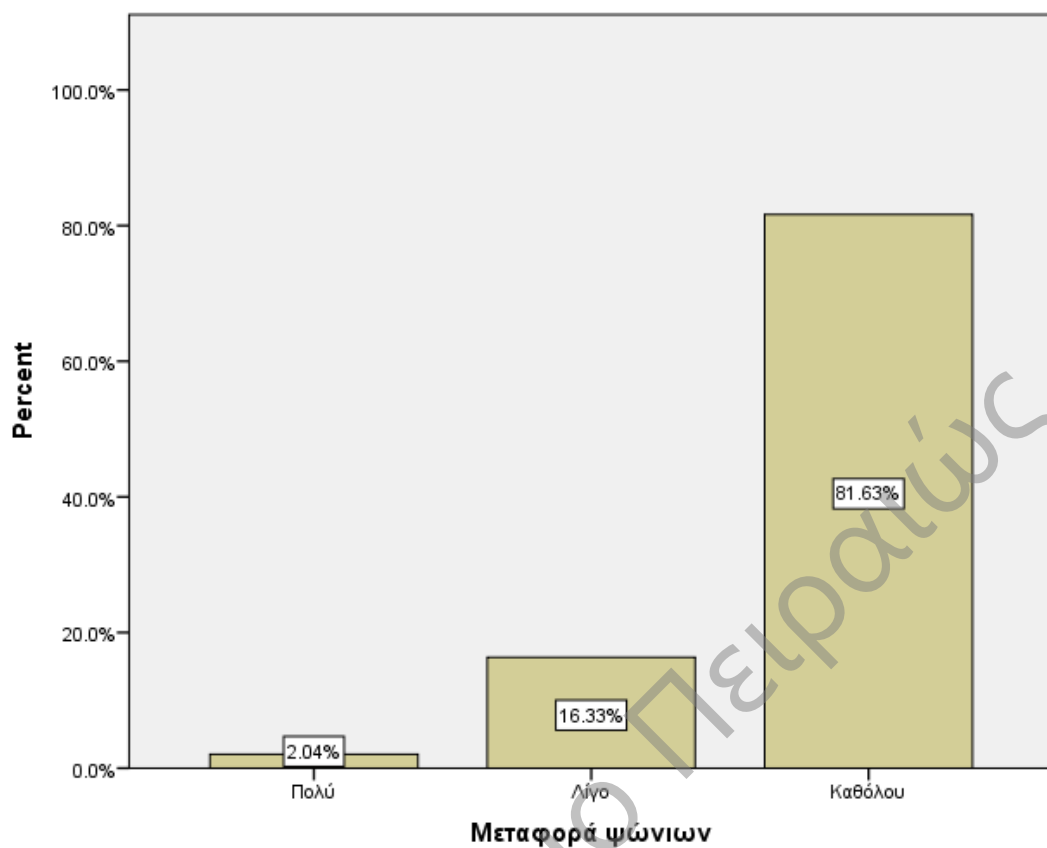
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 3.6: Κατάσταση υγείας των εργαζομένων σε σχέση με ένα χρόνο πριν



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 4.7: Πραγματοποίηση έντονων δραστηριοτήτων

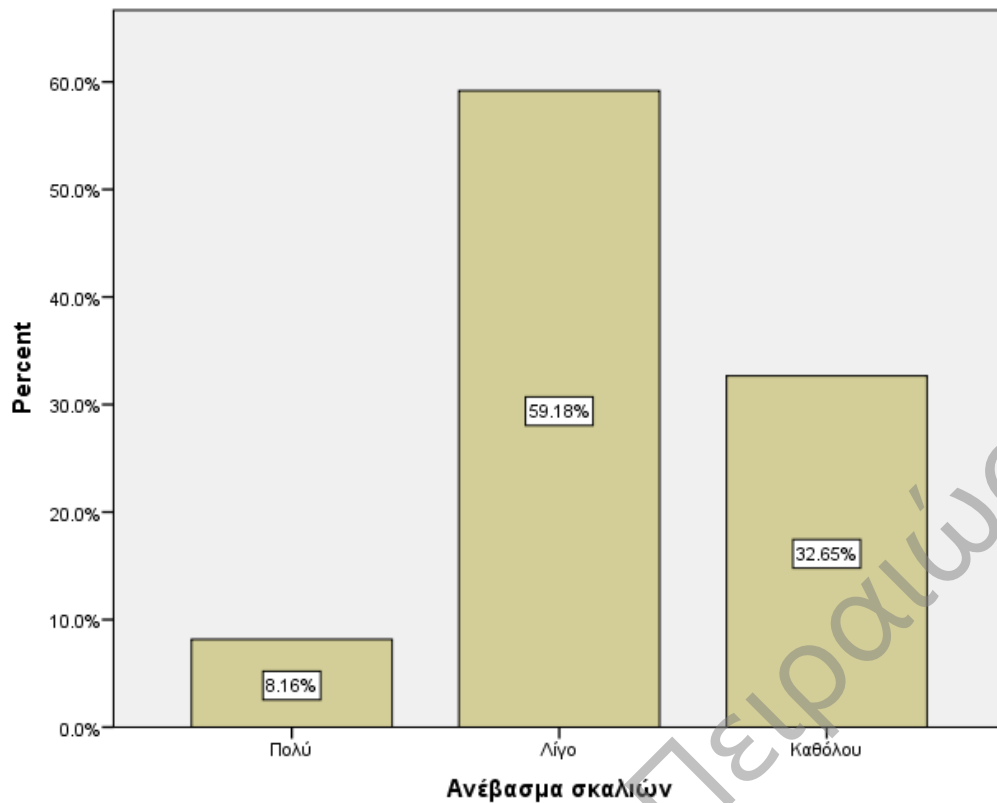


Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 5.8: Πραγματοποίηση μέτριων δραστηριοτήτων



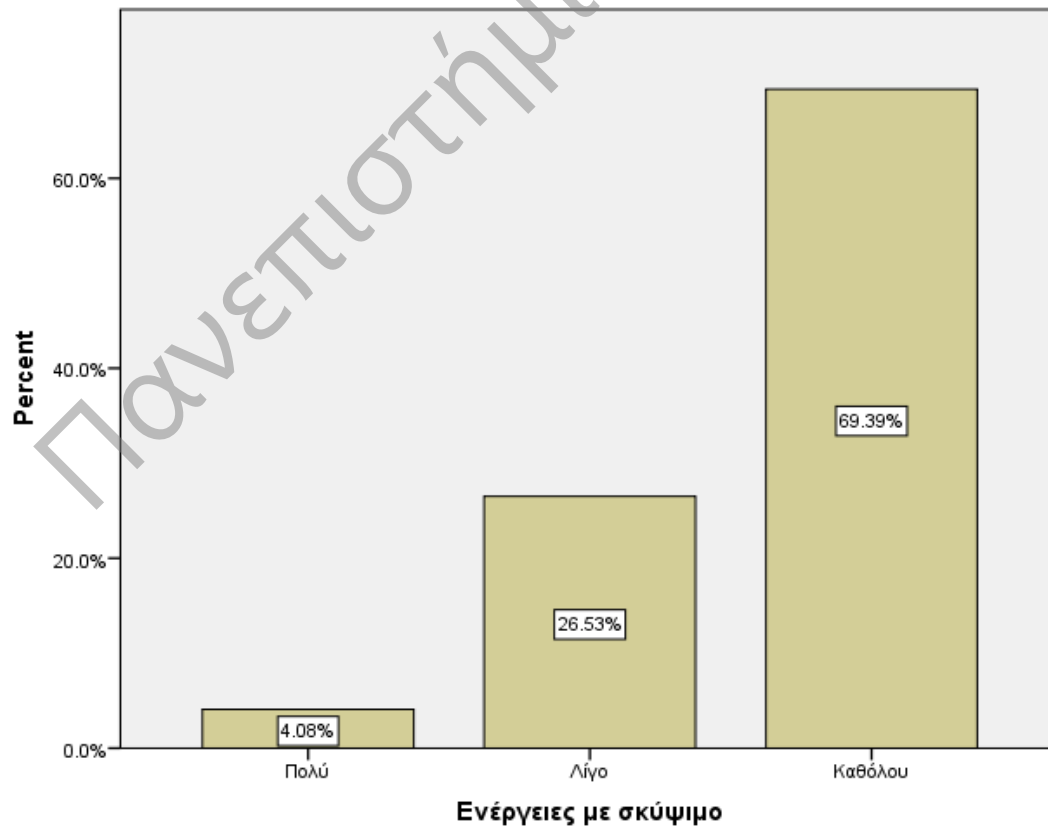
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 6.9: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – μεταφορά ψώνιων



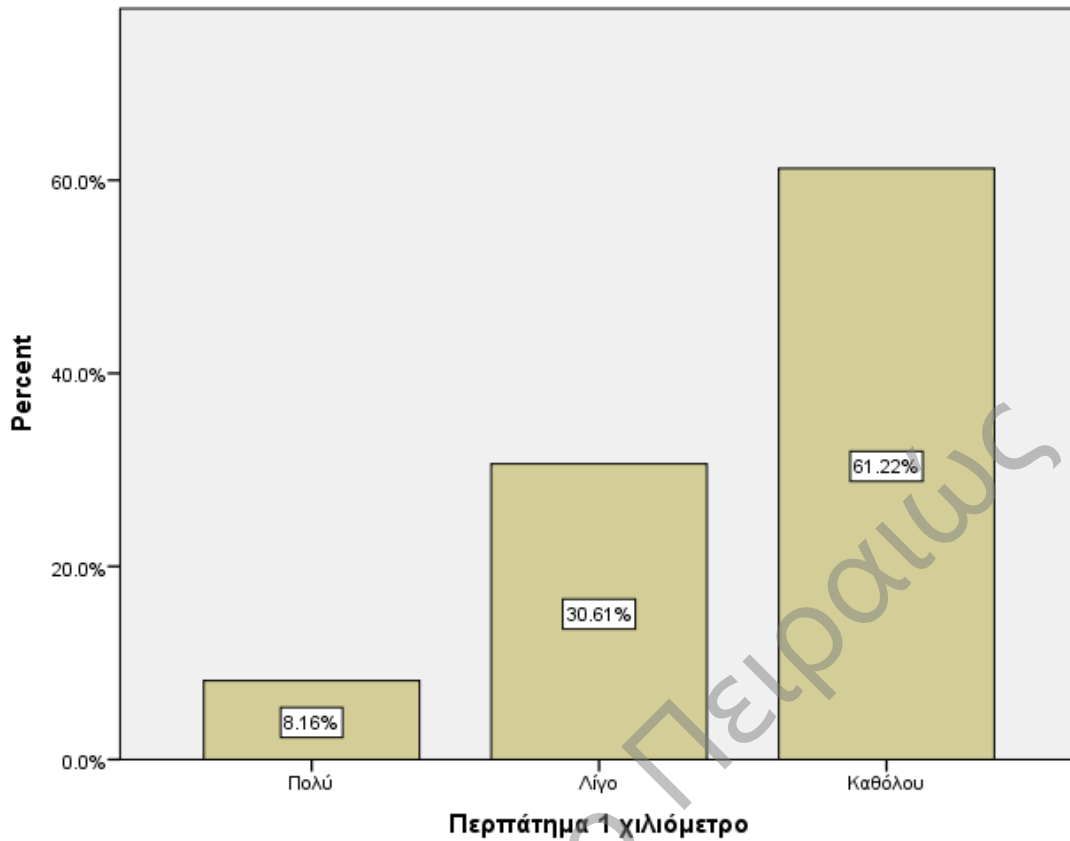
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 7.10: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – ανέβασμα σκάλας



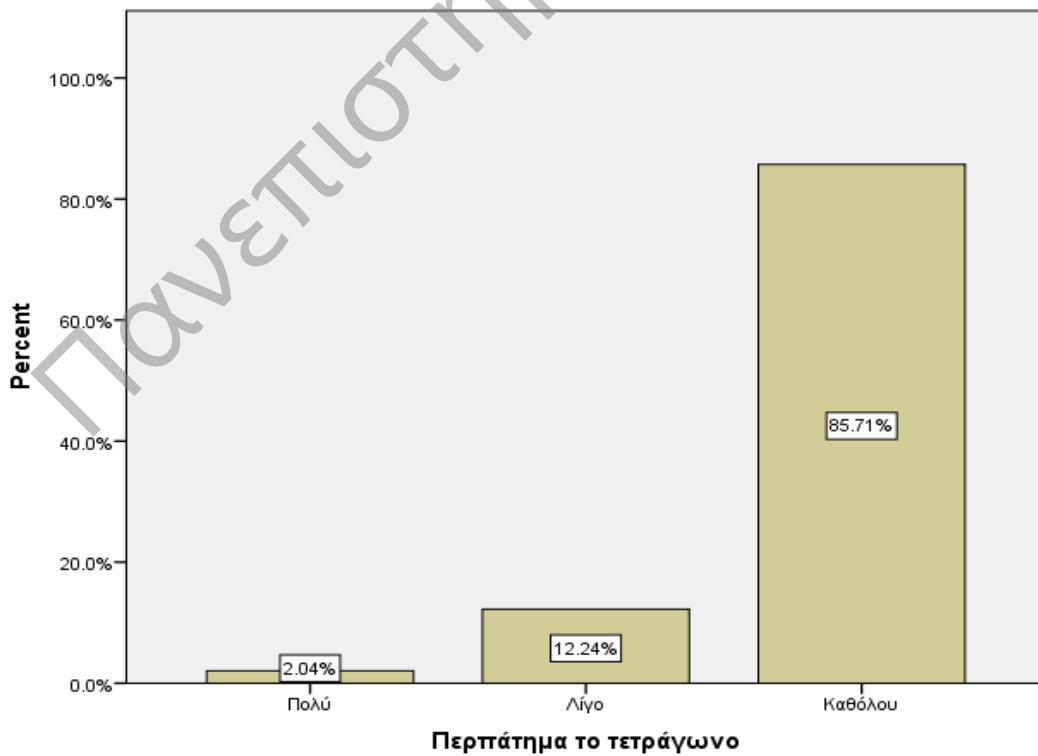
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 8.11: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – σκύψιμο



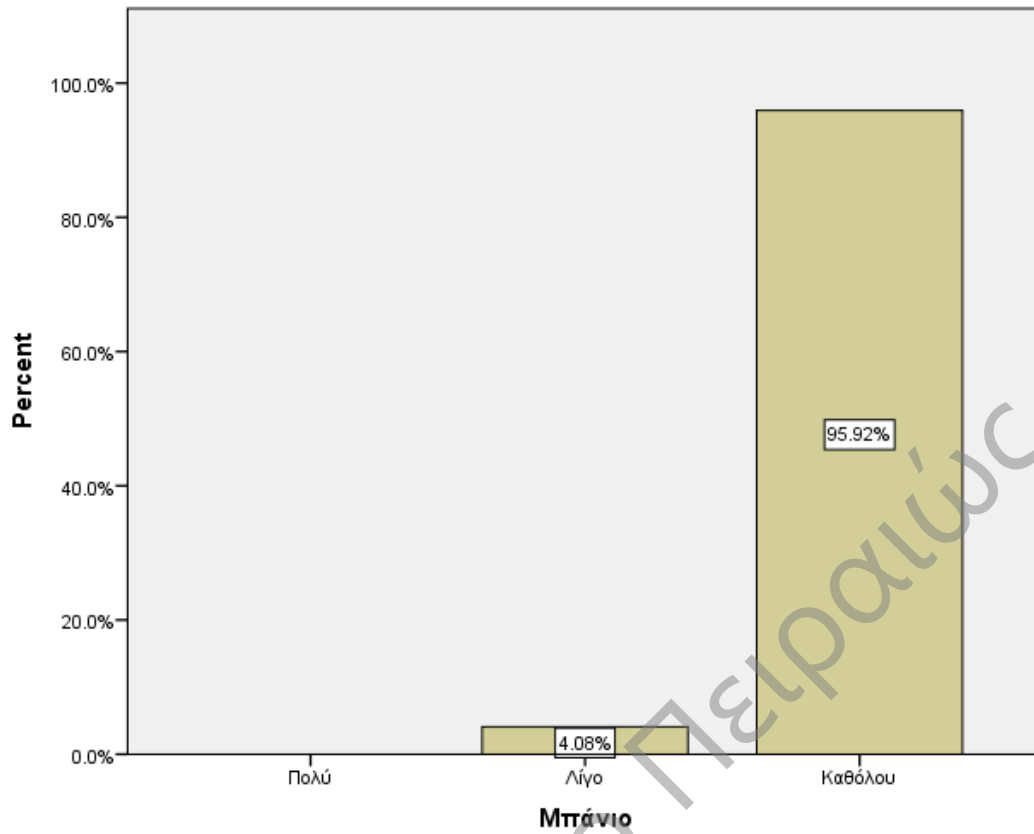
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 9.12: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – περπάτημα 1 χλμ

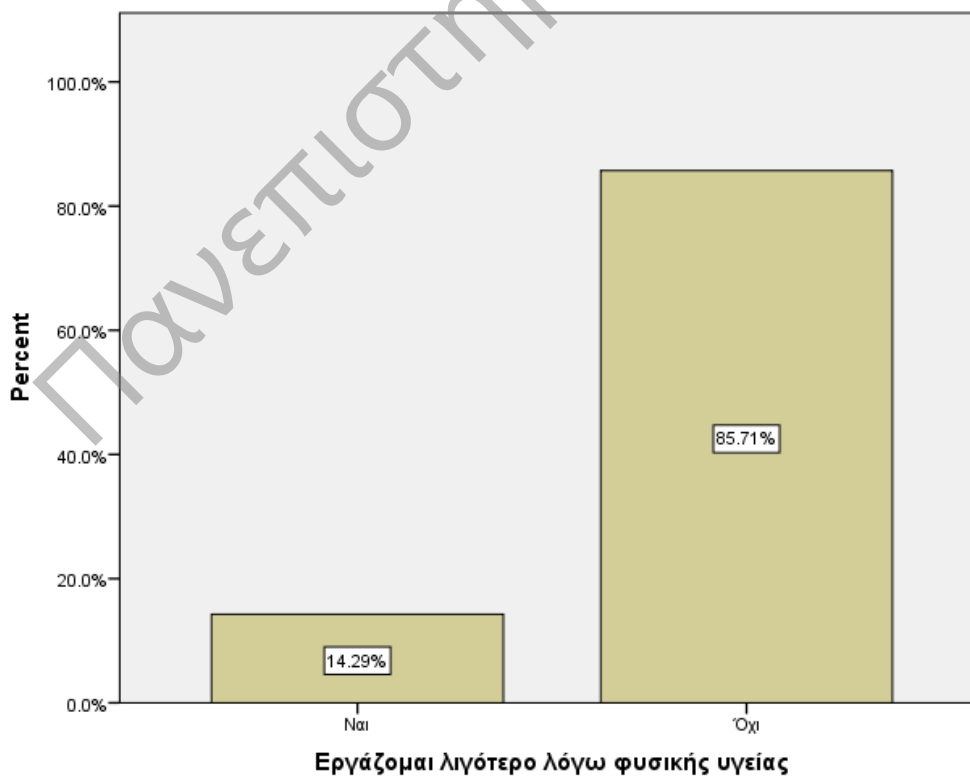


Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 10.13: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – περπάτημα 1 τετράγωνο



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 11.14: Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων – μπάνιο

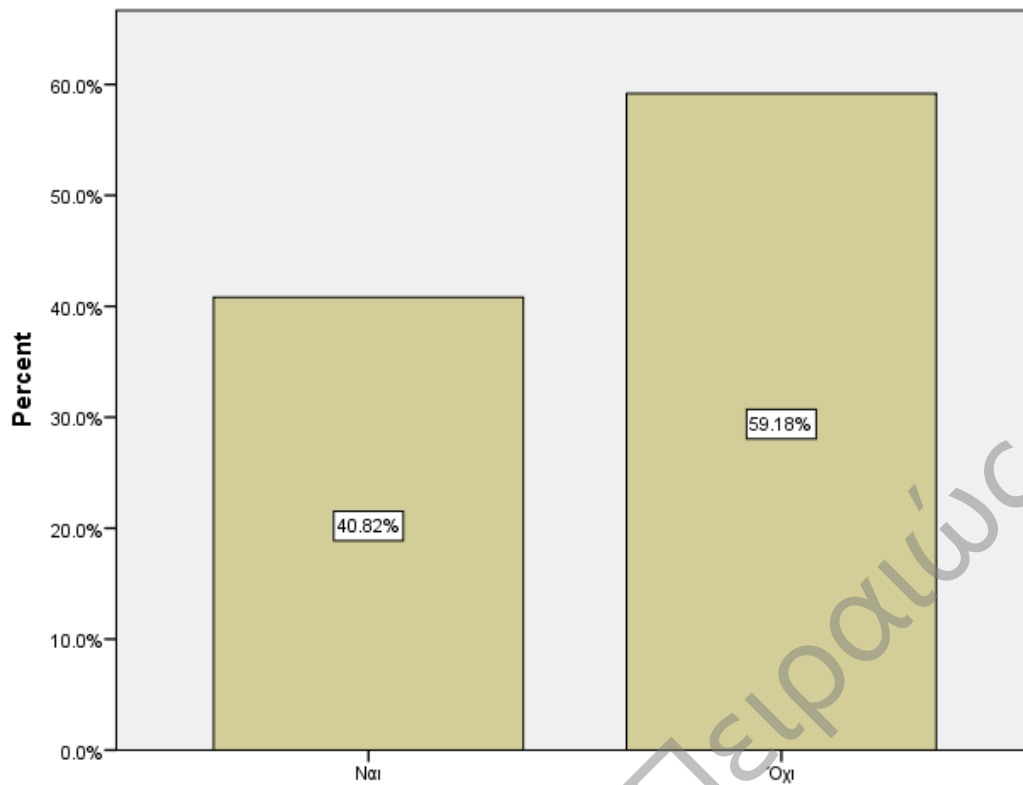


Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 12.15: Λιγότερη εργασία λόγω φυσικής υγείας



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

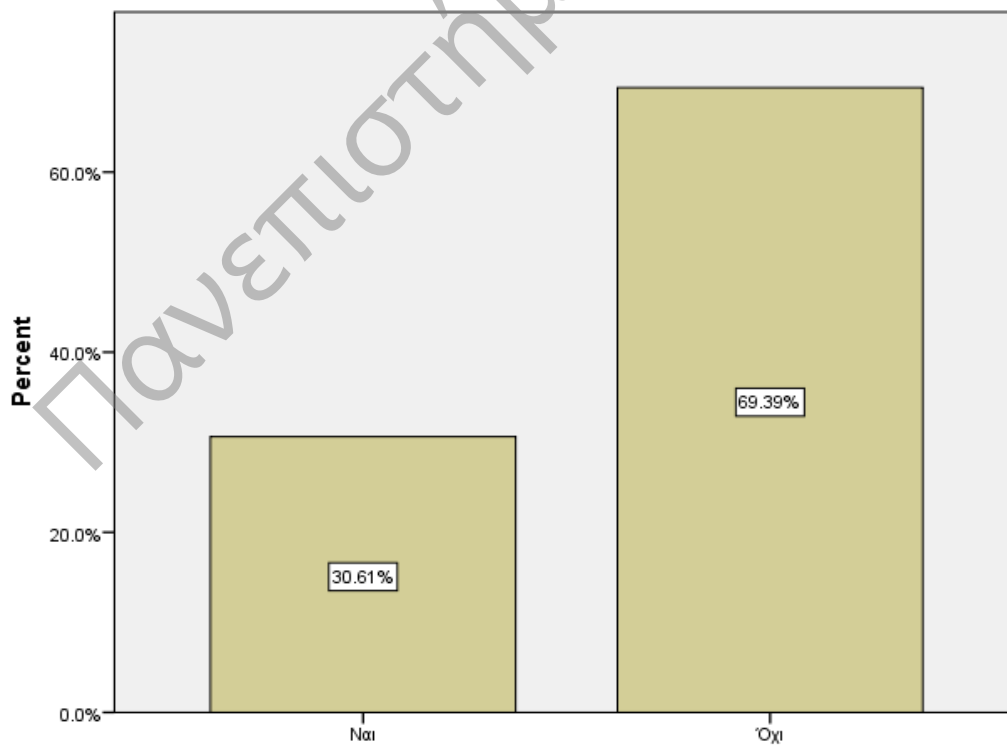
Διάγραμμα 13.16: Λιγότερες δραστηριότητες λόγω φυσικής υγείας



Κάνω μόνο συγκεκριμένες δουλειές λόγω φυσικής υγείας

Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

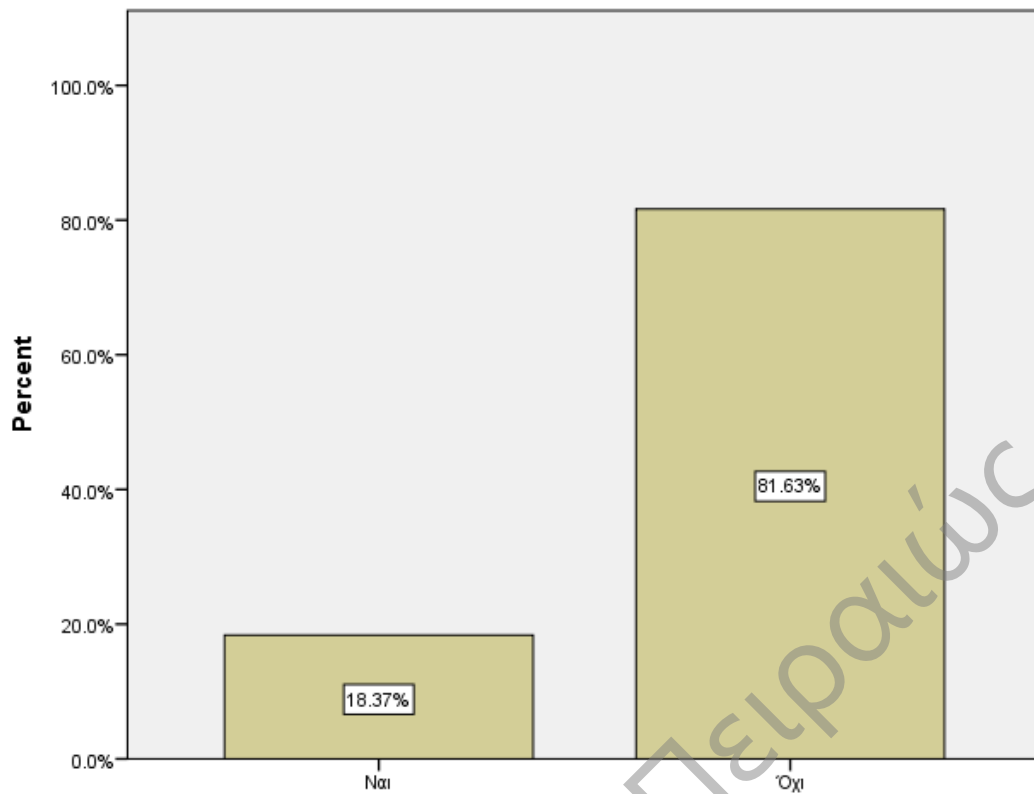
Διάγραμμα 14.17: Μόνο συγκεκριμένες δουλειές λόγω φυσικής υγείας



Δυσκολεύηκα λόγω φυσικής υγείας

Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

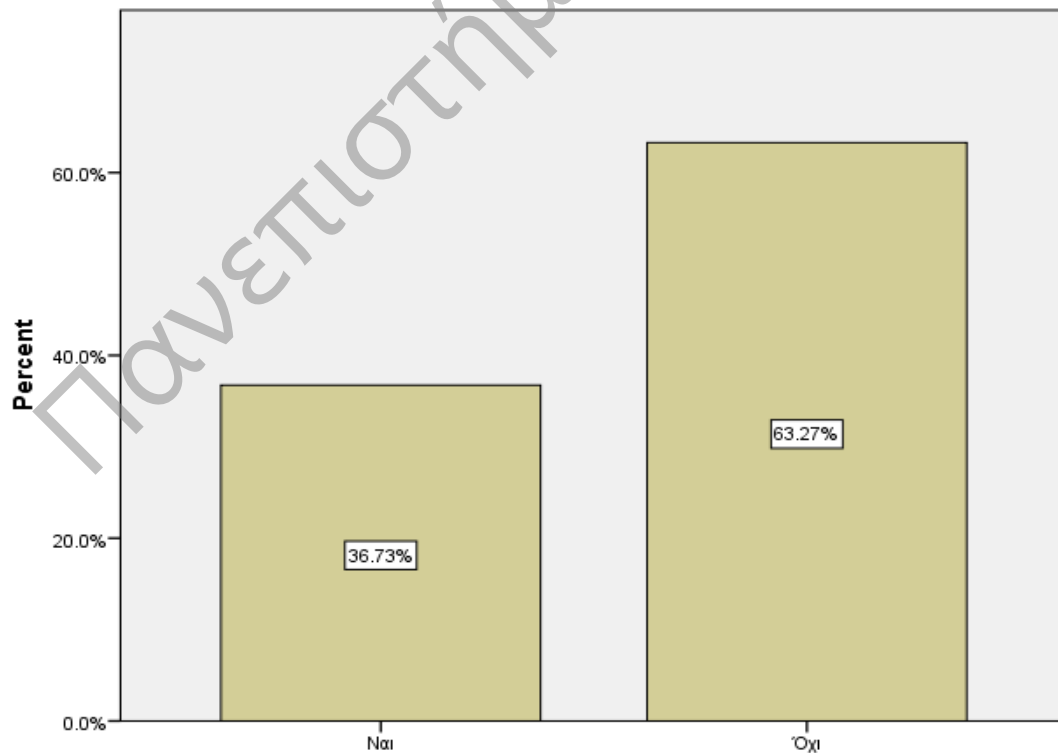
Διάγραμμα 15.18: Δυσκολίες λόγω φυσικής υγείας



Εργάζομαι λιγότερο λόγω ψυχολογικών προβλημάτων

Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

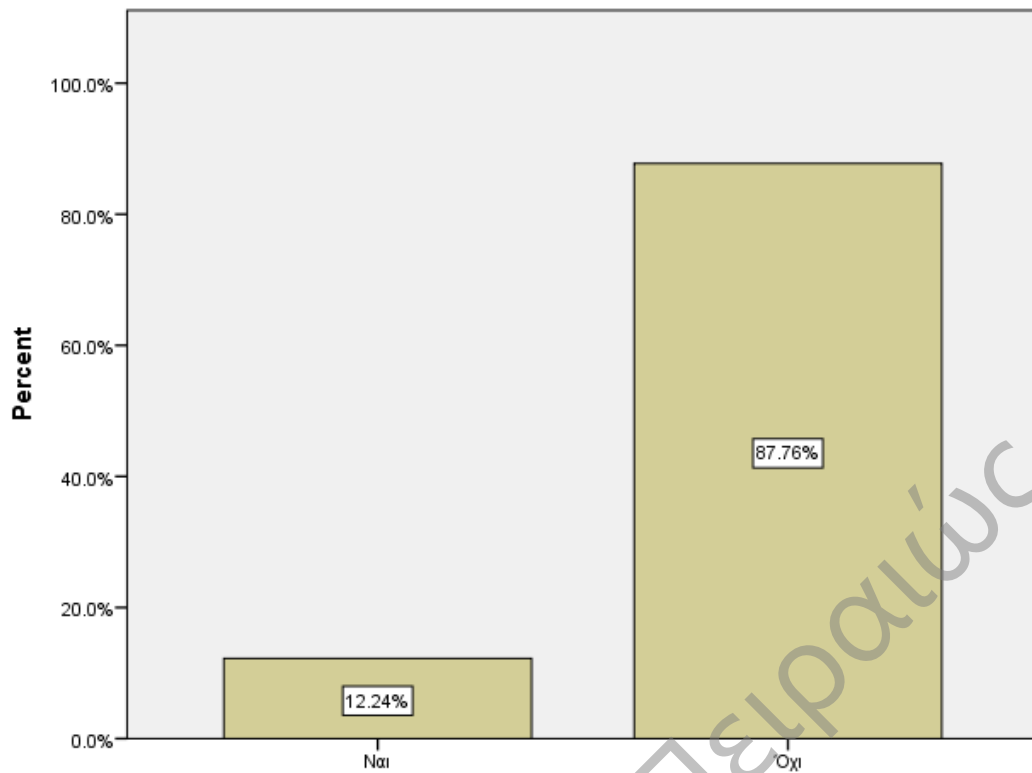
Διάγραμμα 16.19: Λιγότερη εργασία λόγω ψυχολογικών προβλημάτων



Κάνω λιγότερα από όσα θα ήθελα λόγω ψυχολογικών προβλημάτων

Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

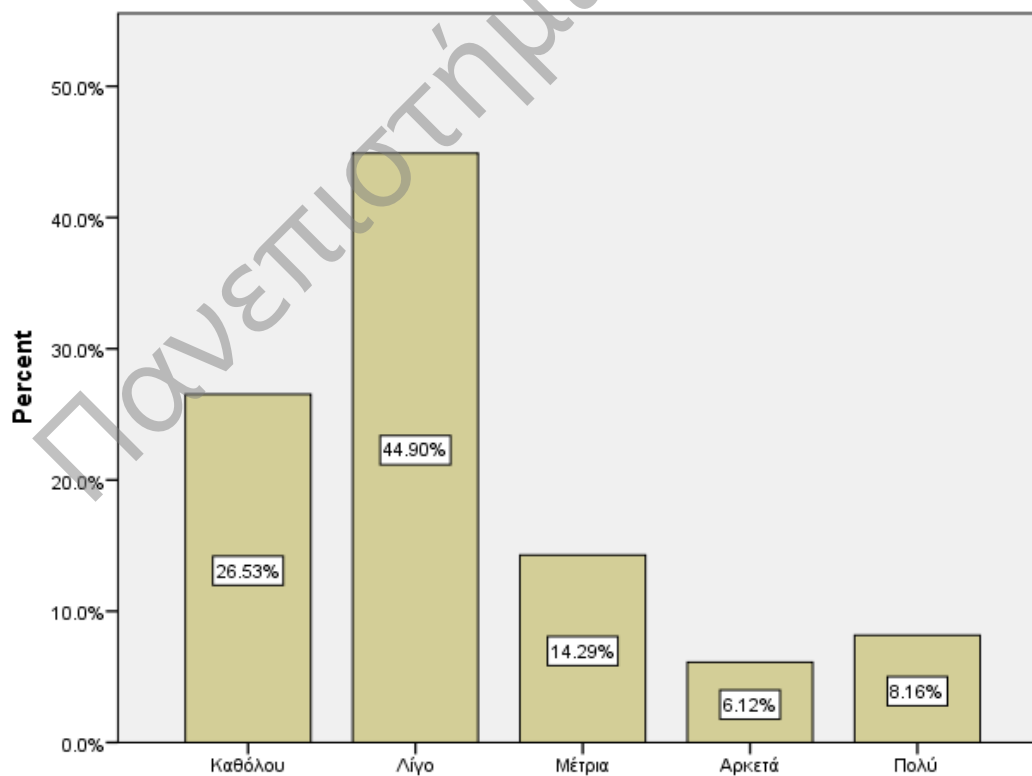
Διάγραμμα 17.20: Λιγότερες δραστηριότητες λόγω ψυχολογικών προβλημάτων



Κάνω μόνο συγκεκριμένες δουλειες λόγω ψυχολογικών προβλημάτων

Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

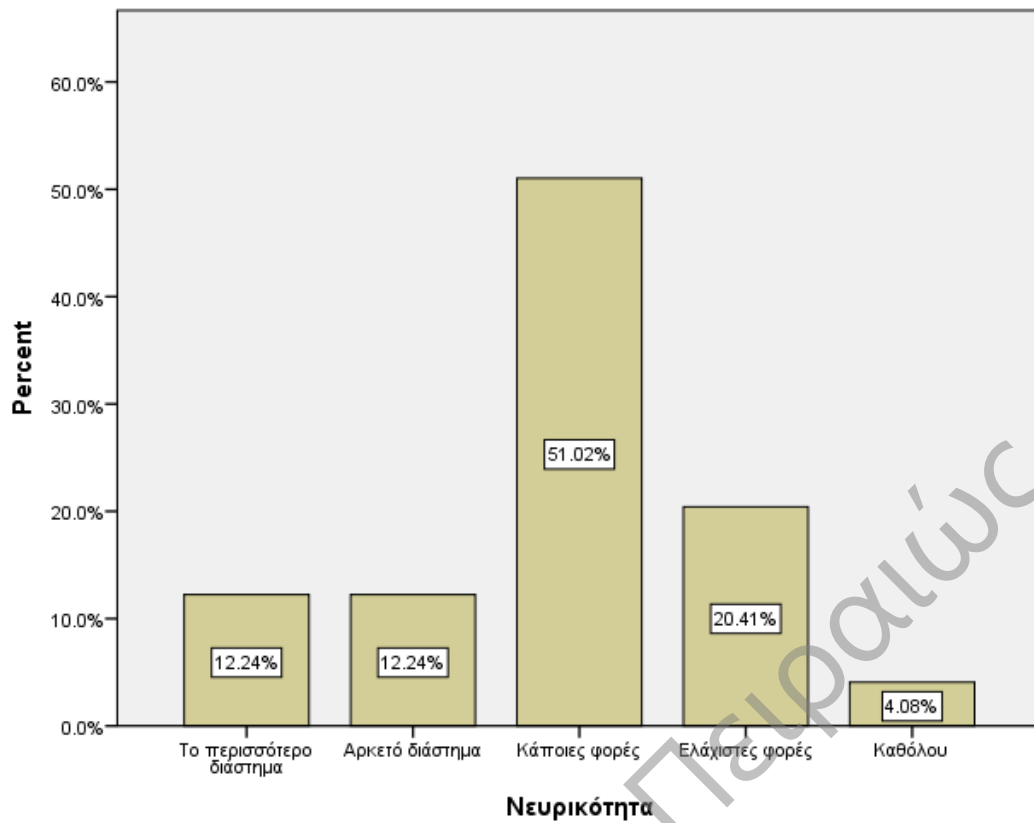
Διάγραμμα 18.20: Συγκεκριμένες δουλειές λόγω ψυχολογικών προβλημάτων



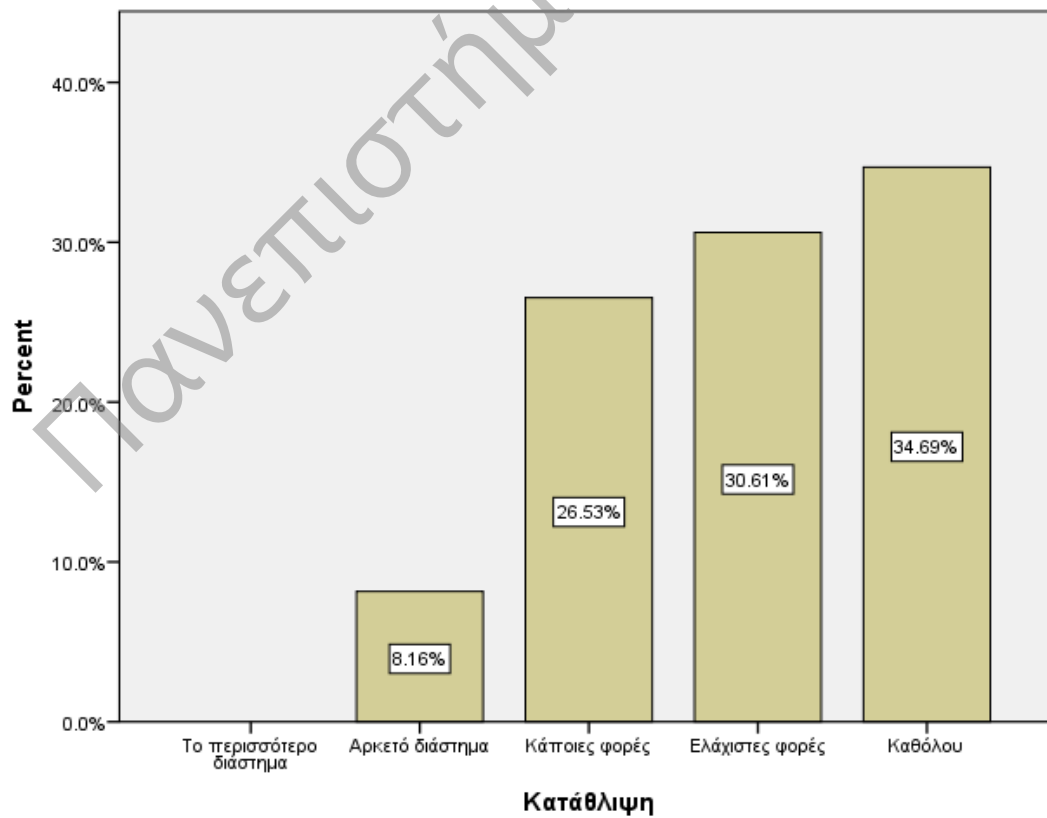
Επηρεάστηκε η κοινωνική σας δραστηριότητα

Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

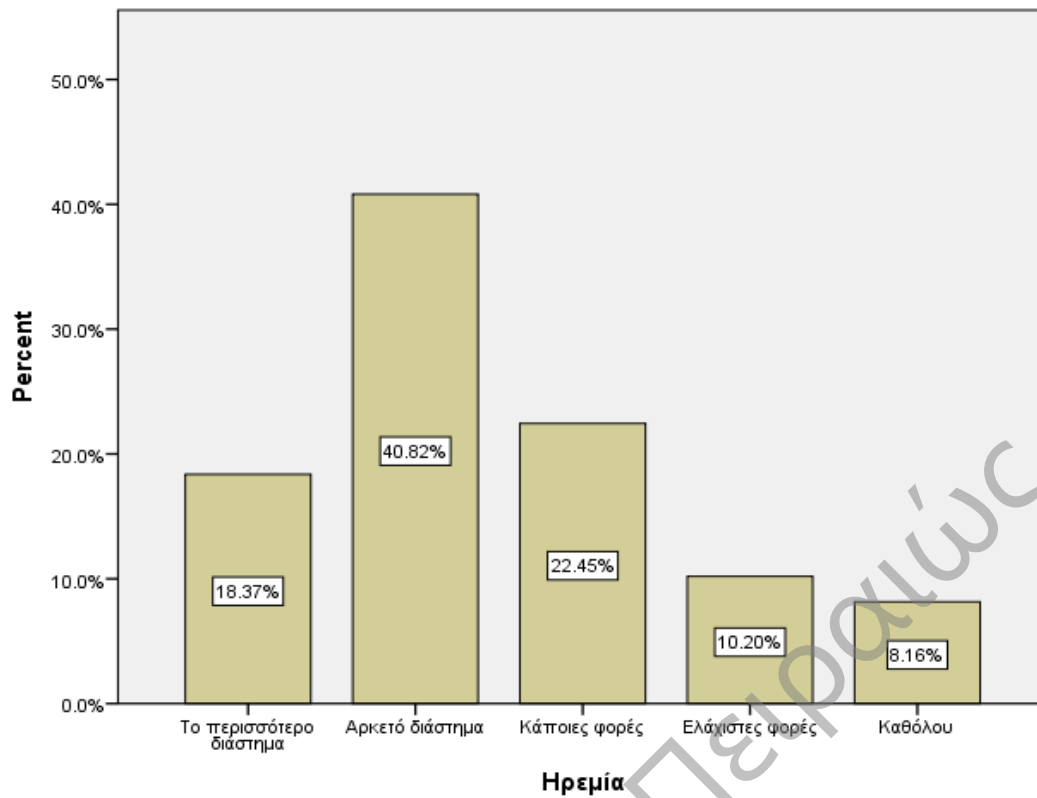
Διάγραμμα 19.21: Επίρροη κοινωνικής δραστηριότητας



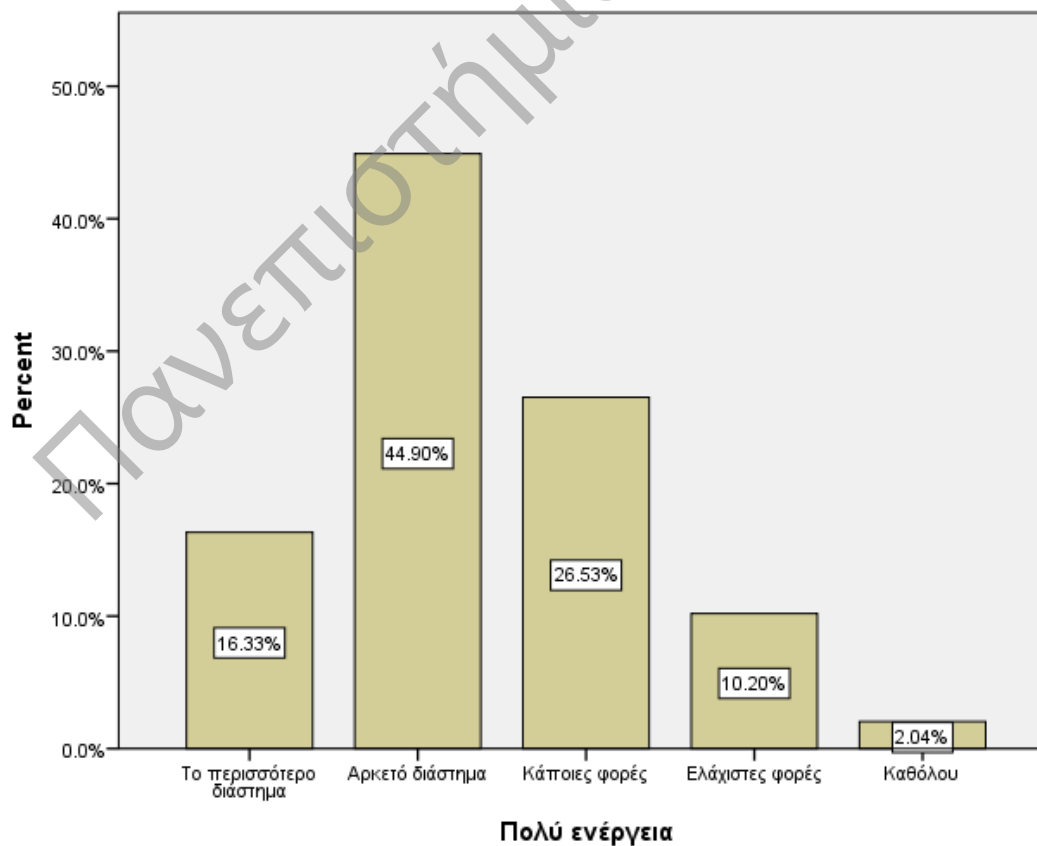
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 20.22: Ύπαρξη νευρικότητας



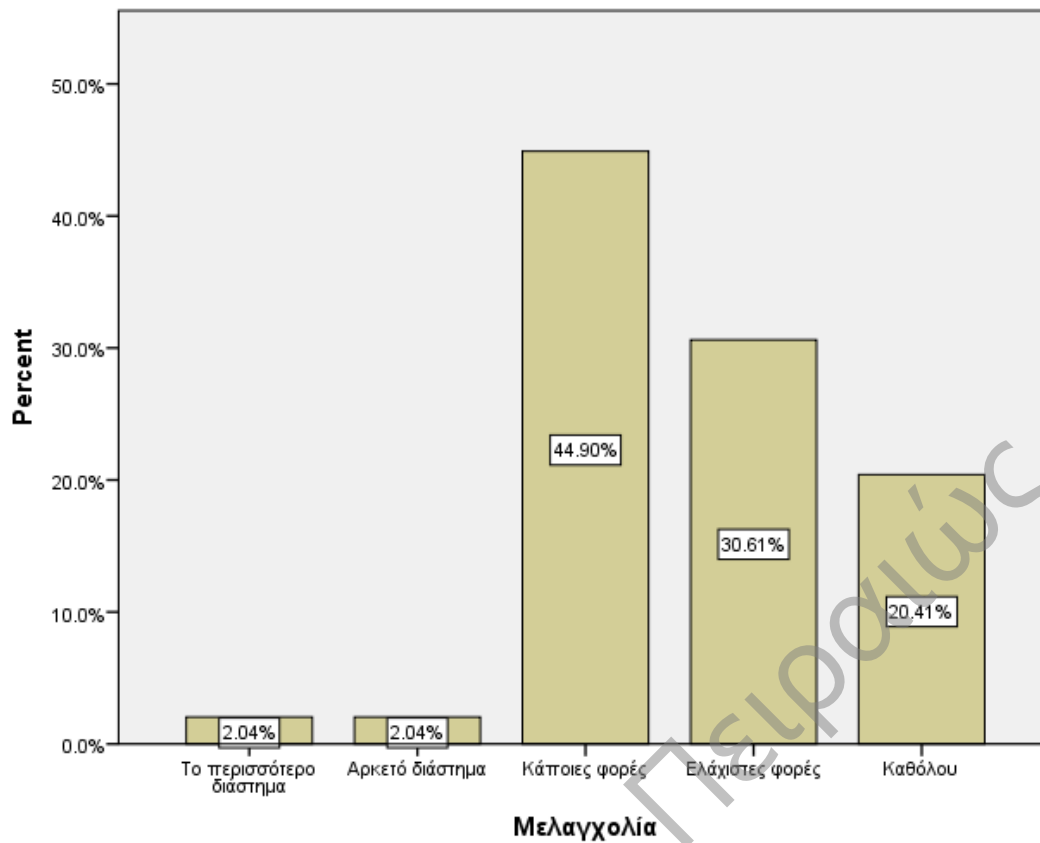
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 21.23: Ύπαρξη κατάθλιψης



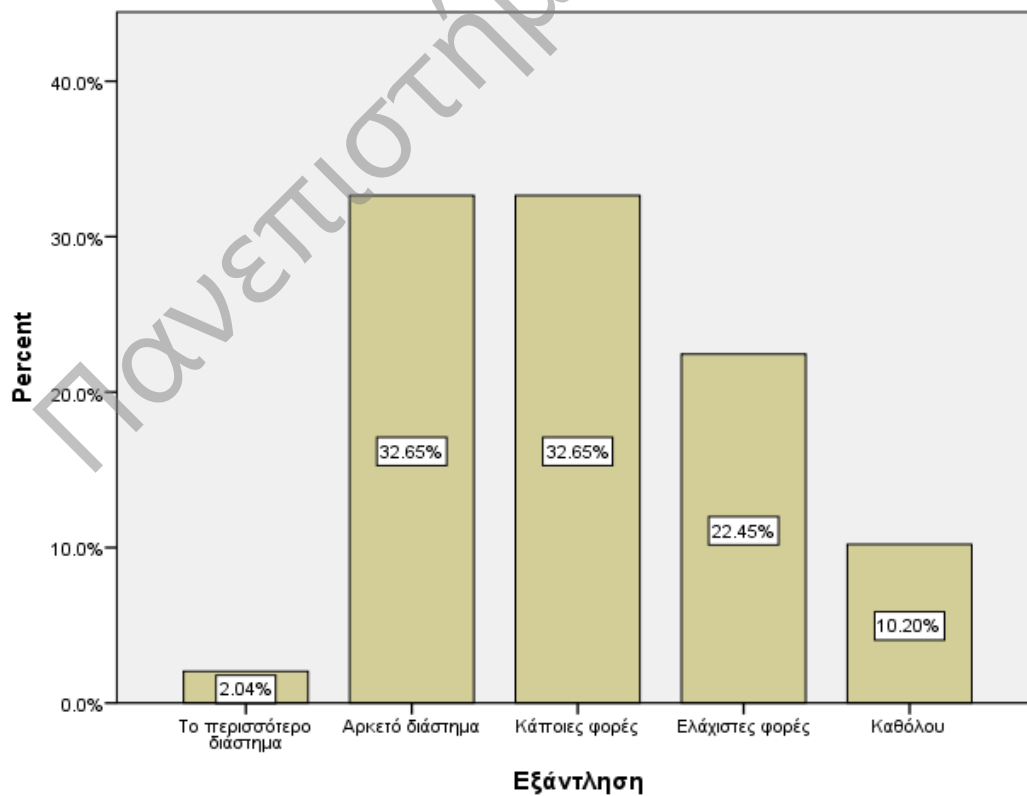
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 22.24: Ύπαρξη ηρεμίας



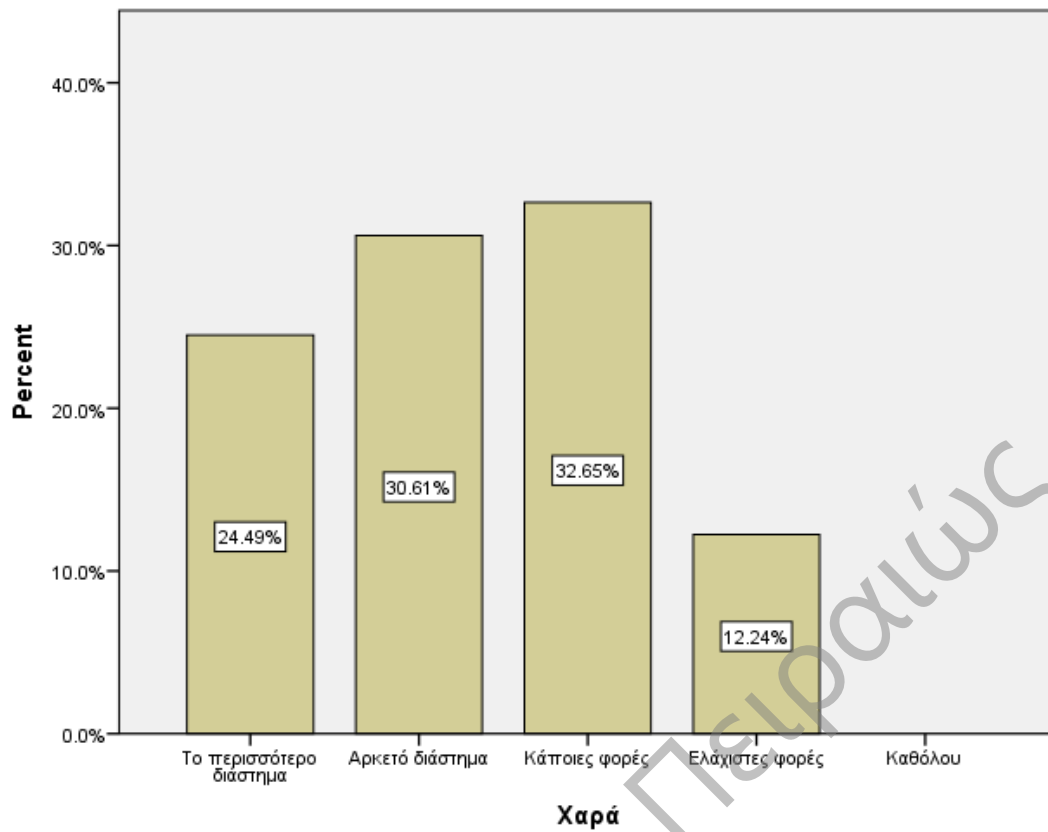
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 23.26: Ύπαρξη πολλής ενέργειας



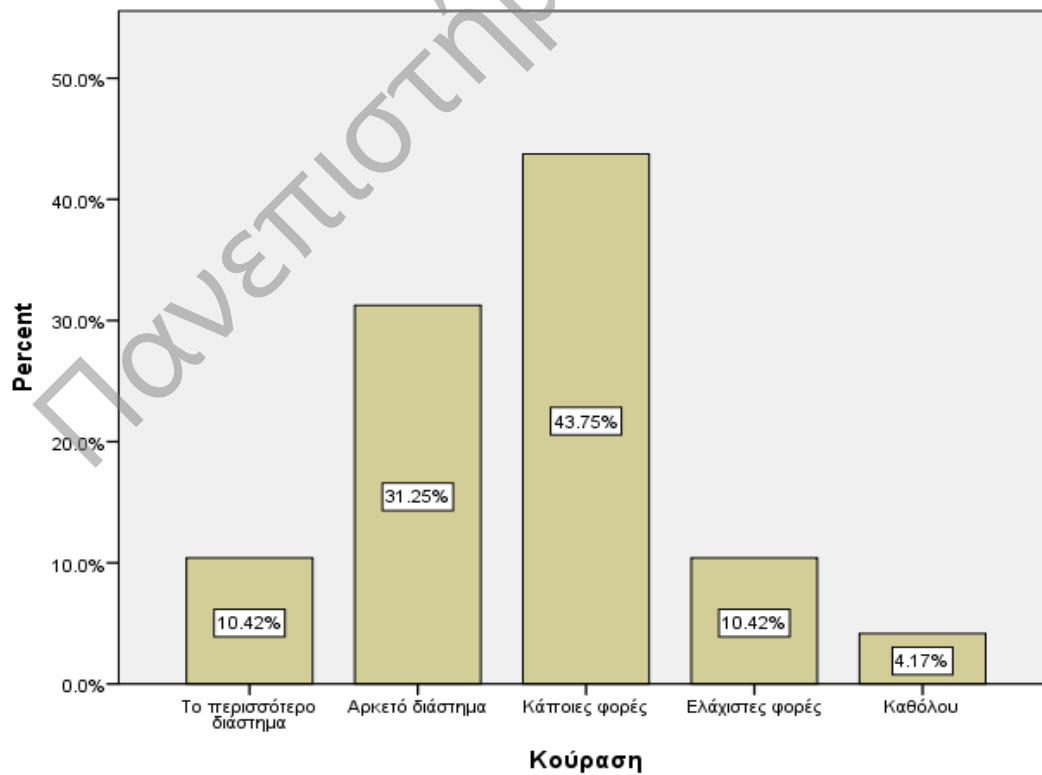
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 24.27: Ύπαρξη μελαγχολίας



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 25.28: Ύπαρξη εξάντλησης



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 26.29: Ύπαρξη χαράς



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 27.30: Ύπαρξη κούρασης

Οι υπόλοιπες ερωτήσεις αφορούσαν την παραγωγικότητα των εργαζομένων.

Σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι είχαν χάσει κάποια μέρα εργασίας το τελευταίο τρίμηνο και ο λόγος ήταν προβλήματα της δικής τους υγείας ή κάποιου μέλους της οικογένειάς τους. Ο μέσος όρος χαμένων ημερών εργασίας λόγω προβλημάτων υγείας των εργαζομένων ήταν 4,22 ημέρες.

Η 11^η ερώτηση έδειξε ότι οι συμμετέχοντες είτε καμία μέρα, είτε μόνο μία μέρα πήγαν αργά στη δουλειά τους ή φύγανε νωρίς.

Η κύρια αιτία για την απουσία τους αυτή ήταν προβλήματα υγείας κάποιου άλλου.

Στις επόμενες ερωτήσεις φάνηκε ότι περίπου το 30% των εργαζομένων το τελευταίο τρίμηνο ήρθαν νωρίτερα στην εργασία τους ή φύγανε αργότερα για να προλάβουν τον όγκο δουλειά που είχαν, με μέσο όρο 2 ώρες πρόσθετης εργασίας.

Επιπλέον, εξετάστηκαν τα συναισθήματα που βίωσαν οι εργαζόμενοι το τελευταίο τρίμηνο. Η παραγωγικότητα των εργαζομένων ήταν αρκετές φορές υψηλότερη από αυτό που περίμεναν οι εργοδότες από αυτούς (2,59 μέσος όρος) και στην πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι σε ελάχιστες περιπτώσεις αισθάνθηκαν ότι η παραγωγικότητά τους ήταν χαμηλότερη από αυτό που ανέμεναν οι εργοδότες από αυτούς (μέσος όρος 4,32).

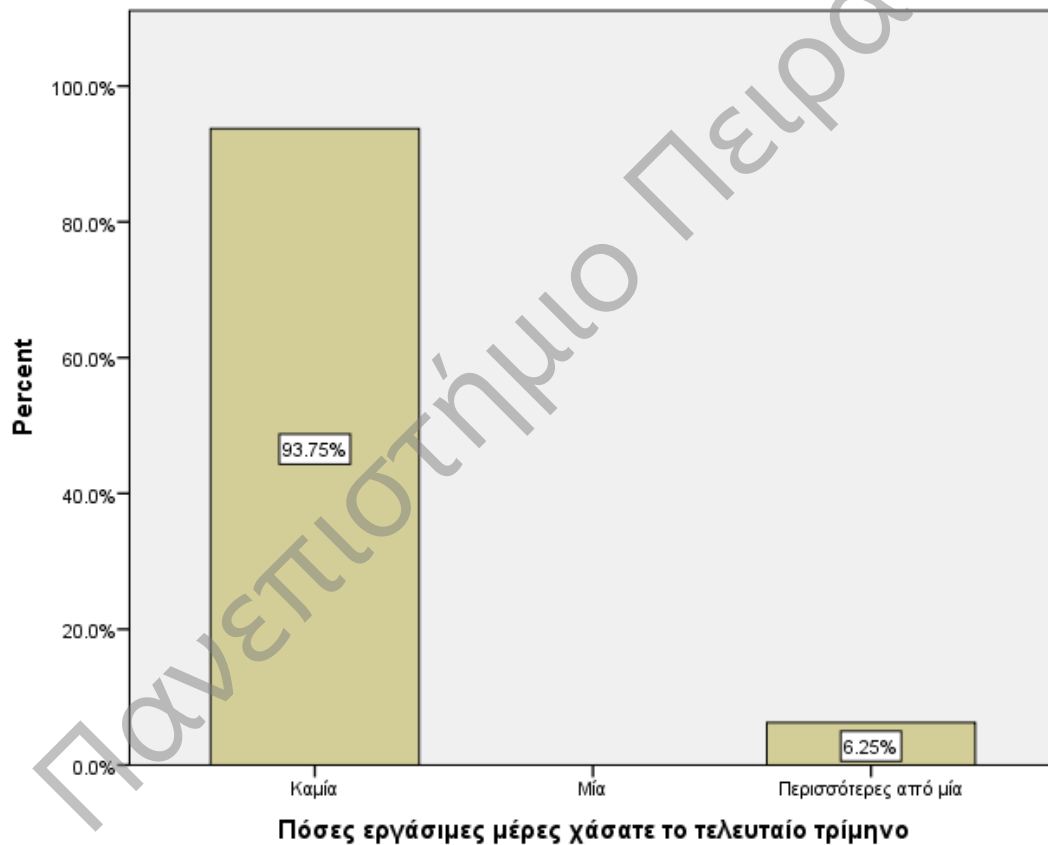
Επίσης η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων δήλωσε ότι σε καμία περίπτωση την ώρα εργασίας απέφευγε να δουλεύει τη στιγμή που έπρεπε να εργάζεται (μέσος όρος, 4,91). Εξίσου υψηλό είναι και το ποσοστό προσοχής που δείχνουν οι εργαζόμενοι κατά την εργασία τους (μέσος όρος, 4,44) καθώς και η ποιότητα της δουλειάς τους (4,51 μέσος όρος). Οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι διατηρούν το έλεγχο των συναισθημάτων τους (4,18 μέσος όρος) και σχεδόν ποτέ δεν ονειροπολούν εν ώρα εργασίας (μέσος όρος 4,57). Τέλος, όσον αφορά τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους τους αυτές είναι συχνά καλές (2,26 μέσος όρος) και δεν έχουν σε γενικές γραμμές προβλήματα (4,10 μέσος όρος). Επίσης η υγεία τους δεν επηρεάζεται από προβλήματα υγείας (4,40 μέσος όρος).

Στην 18^η ερώτηση, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν την απόδοσή τους. Οι βαθμολογίες ήταν ιδιαίτερα υψηλές άνω το 8 με άριστα το 10. Αξίζει να επισημανθεί ότι ενώ οι εργαζόμενοι βαθμολογούν την εργασιακή τους απόδοση τις τελευταίες 7 μέρες με 8,55 πιστεύουν ότι οι προϊστάμενοί τους θα τους βαθμολογήσουν χαμηλότερα δηλαδή με 8,02.

Επίσης, οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι σε λίγες περιπτώσεις η ταχύτητά τους στην εργασία τους ή η παραγωγικότητά τους ήταν χαμηλότερη από αυτό που ανέμεναν από αυτούς οι εργοδότες (4,28 μέσος όρος). Οι εργαζόμενοι δεν αισθάνονται ότι πέτυχαν κάτι σημαντικό στην εργασία τους το τελευταίο τρίμηνο

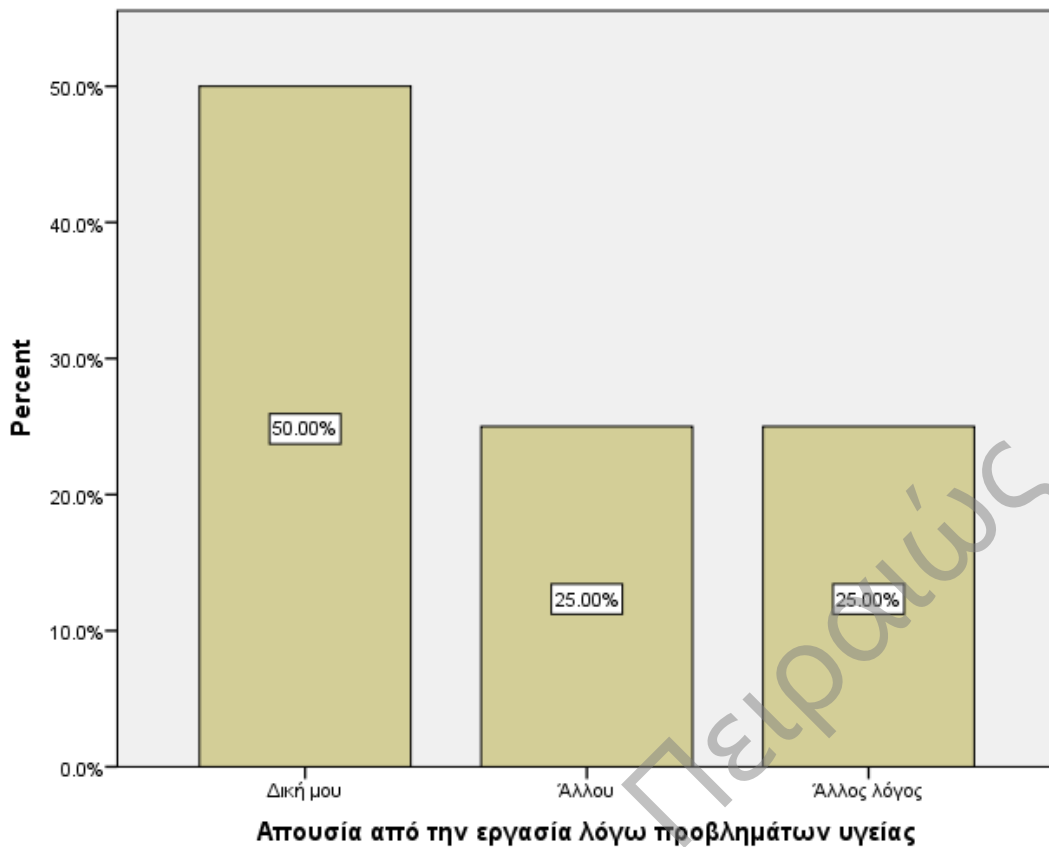
Οι εργαζόμενοι τέλος δήλωσαν ότι δεν είχαν κάποια αποτυχία στη δουλειά τους το τελευταίο τρίμηνο (2,08 μέσος όρος) και αρκετοί από αυτούς πιστεύουν ότι πέτυχαν κάτι σημαντικό και δεν προκάλεσαν κάποιο ατύχημα που προκάλεσε κίνδυνο σε αυτούς ή σε άλλους.

Οι αναλυτικές απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα στις παραπάνω ερωτήσεις παρουσιάζονται στα επόμενα γραφήματα.

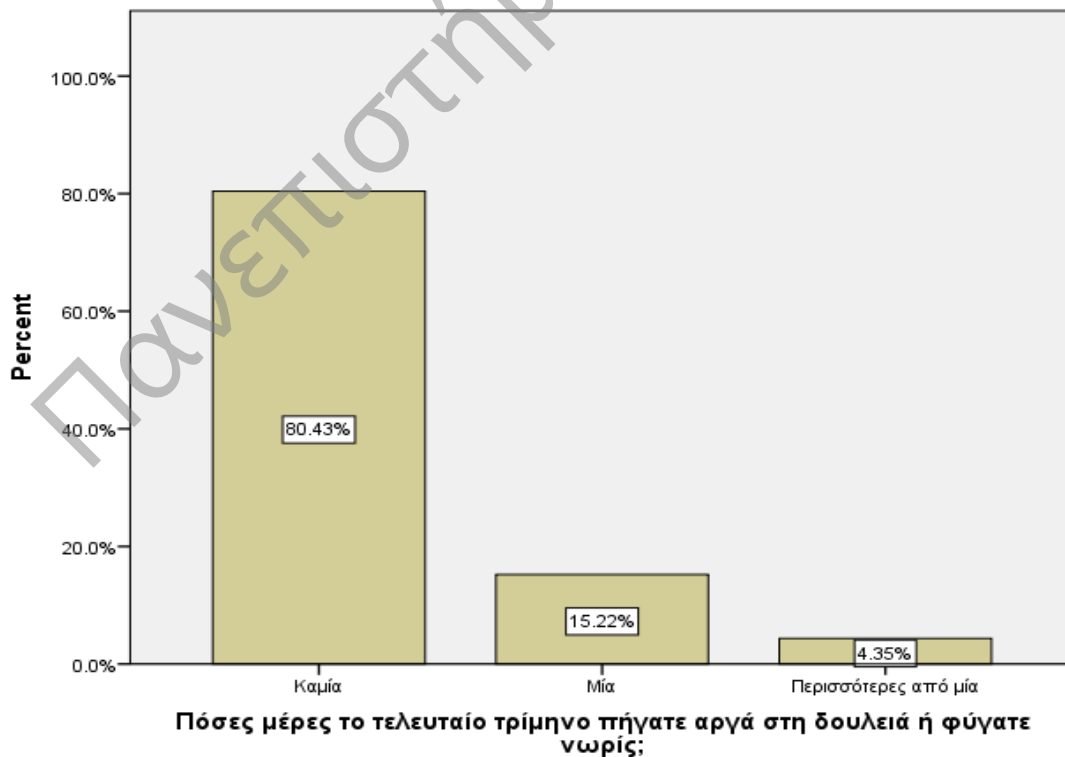


Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

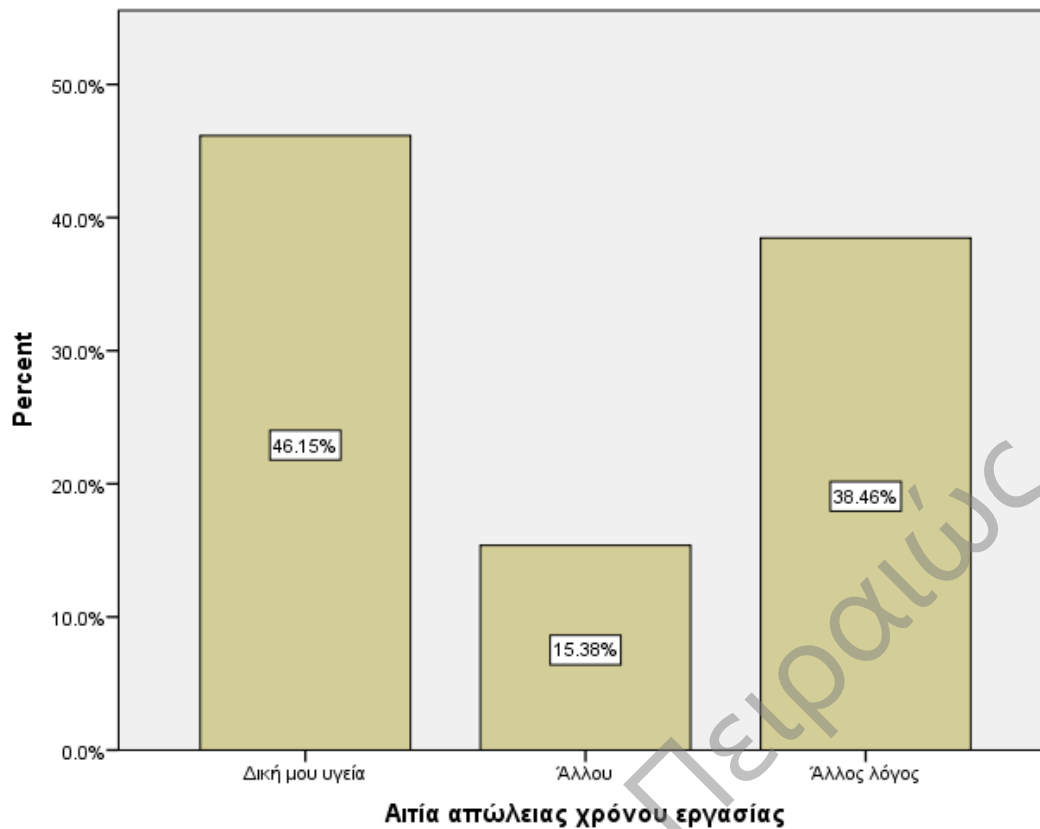
Διάγραμμα 28.31: Αριθμός εργάσιμων ημερών που χάθηκαν το τελευταίο τρίμηνο



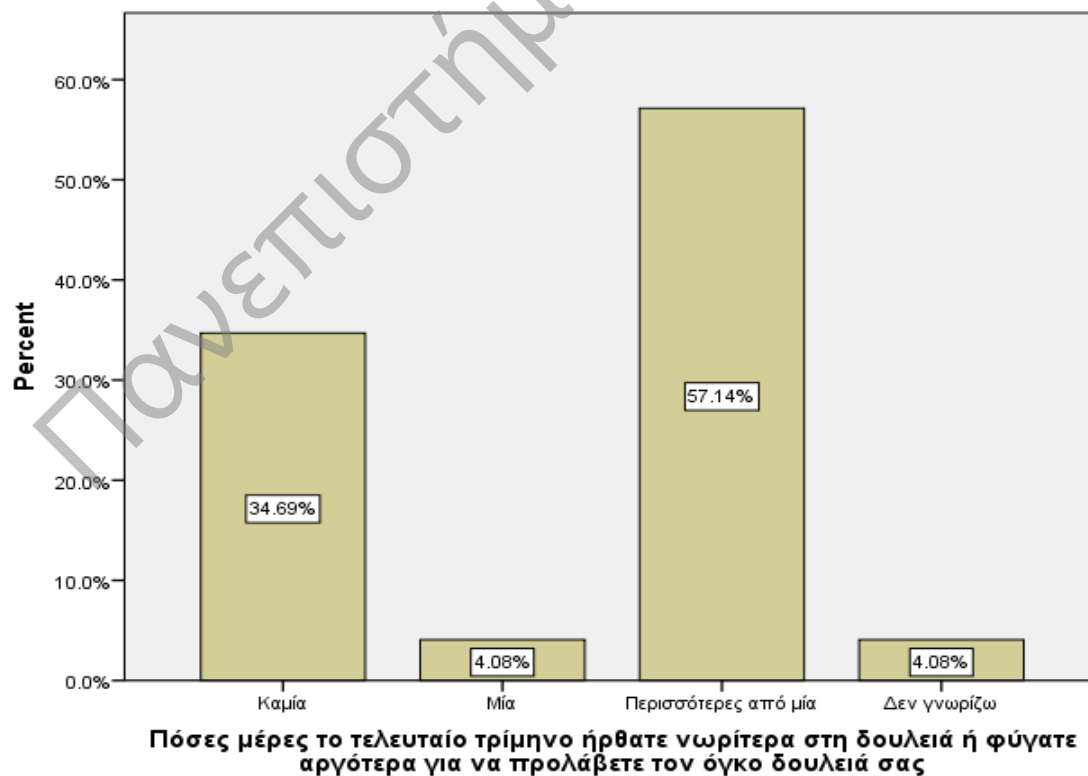
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 29.32: Λόγος απουσίας



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 30.33: Αριθμός ημερών με καθυστερημένη άφιξη / πρόωρη αναχώρηση το τελευταίο τρίμηνο



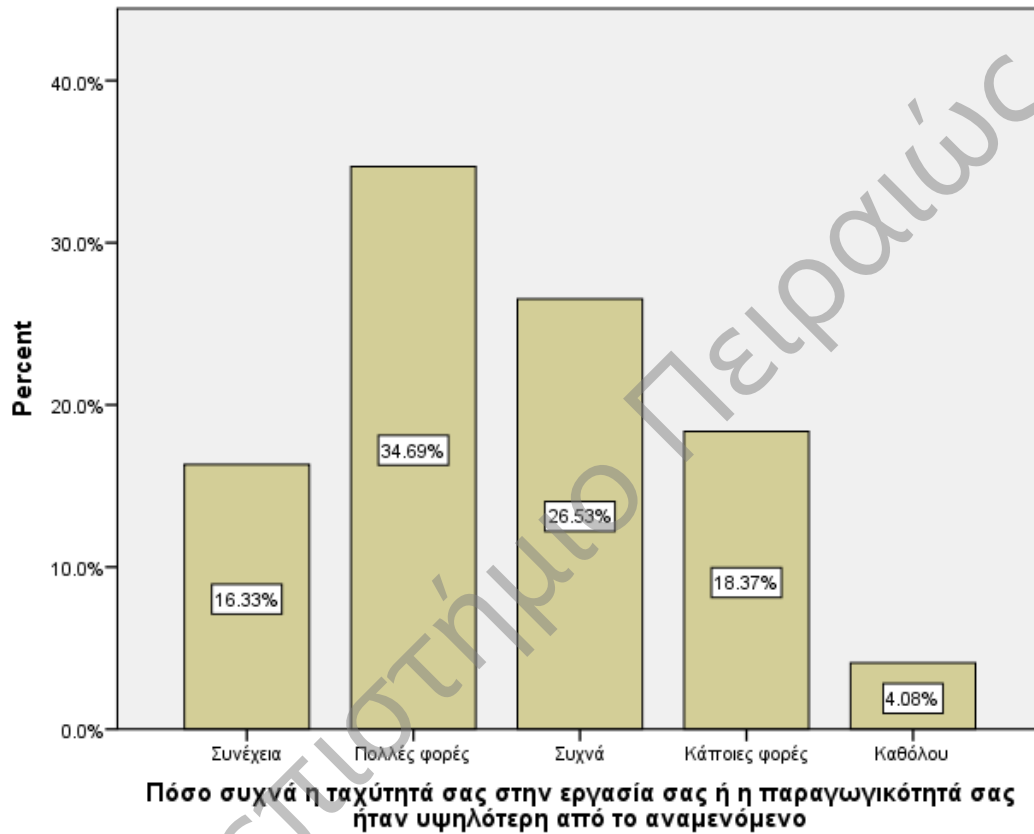
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 31.34: Λόγος απώλειας χρόνου εργασίας



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 32.35: Αριθμός ημερών με πρόωρη άφιξη / καθυστερημένη αναχώρηση το τελευταίο τρίμηνο

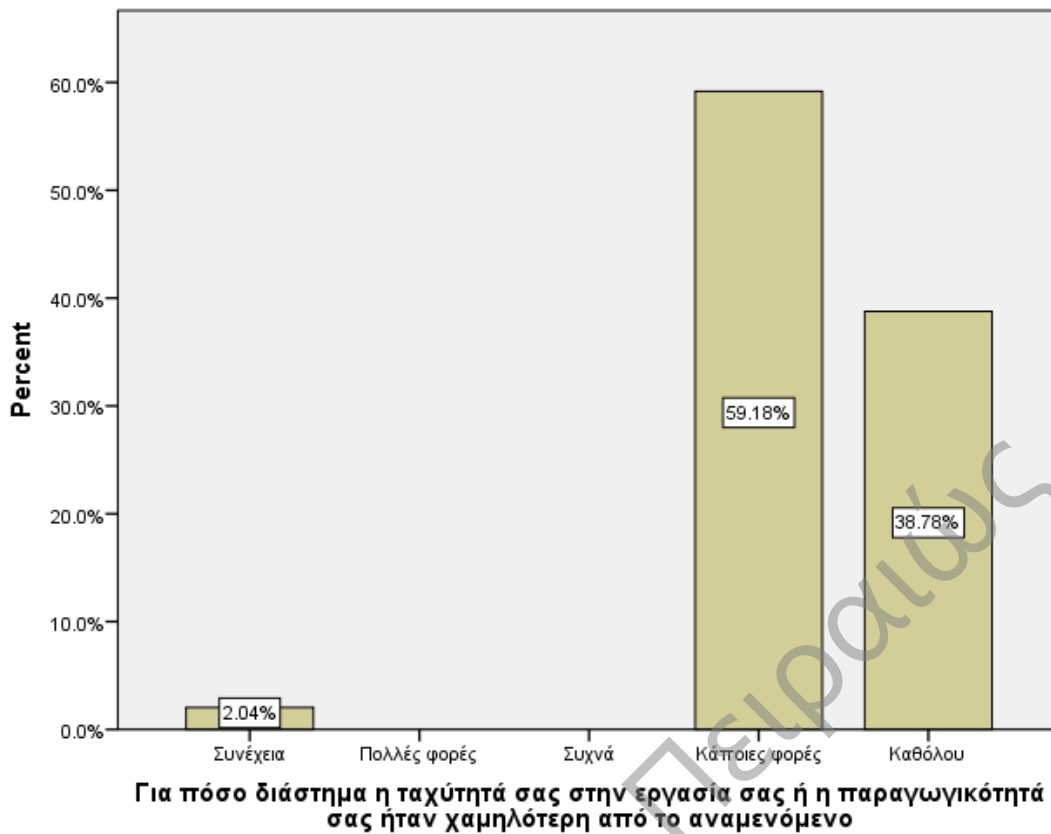
Πίνακας 1: Πλήθος ημερών εργασίας που χάθηκαν / που είχαν περιορισμένες ώρες εργασίας

	Πόσες εργάσιμες μέρες χάσατε λόγω προβλημάτων της δικής σας υγείας;	Πόσες μέρες το τελευταίο τρίμηνο εργαστήκατε λιγότερες ώρες λόγω προβλημάτων υγείας (είτε σωματικών είτε ψυχολογικών)	Πόσες επιπλέον ώρες εργαστήκατε εκείνη τη συγκεκριμένη μέρα
Μέση τιμή	4.22	.90	2.00
Τυπική απόκλιση	7.645	1.287	1.259



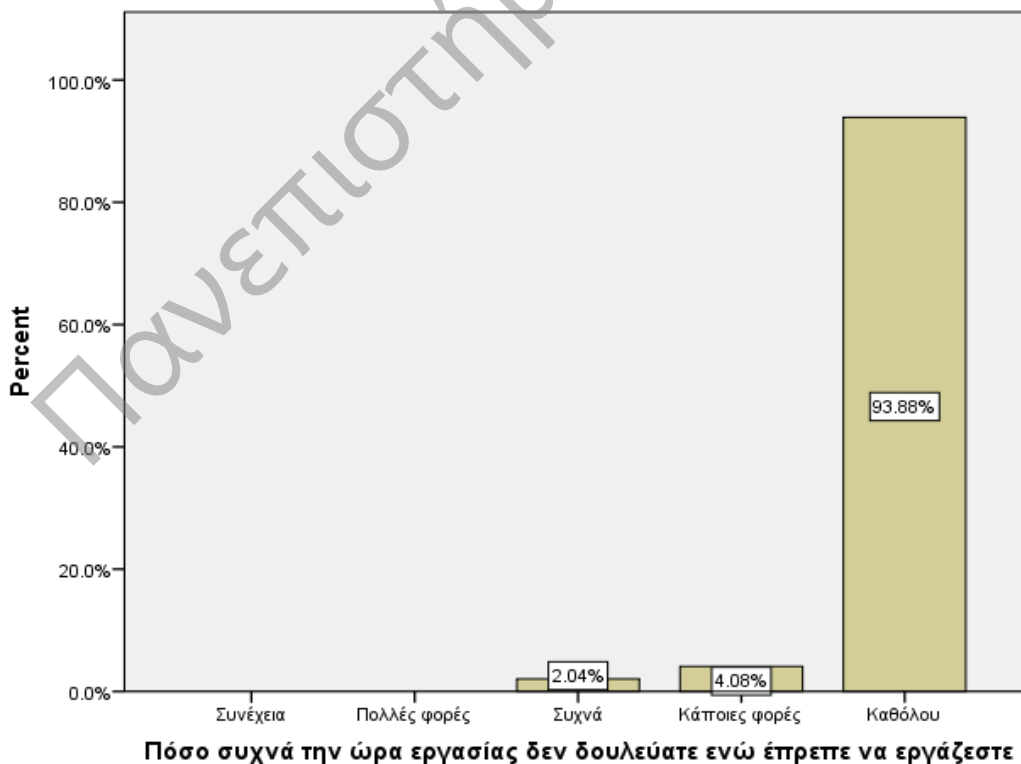
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 33.36: Αυξημένη παραγωγικότητα / ταχύτητα στην εργασία



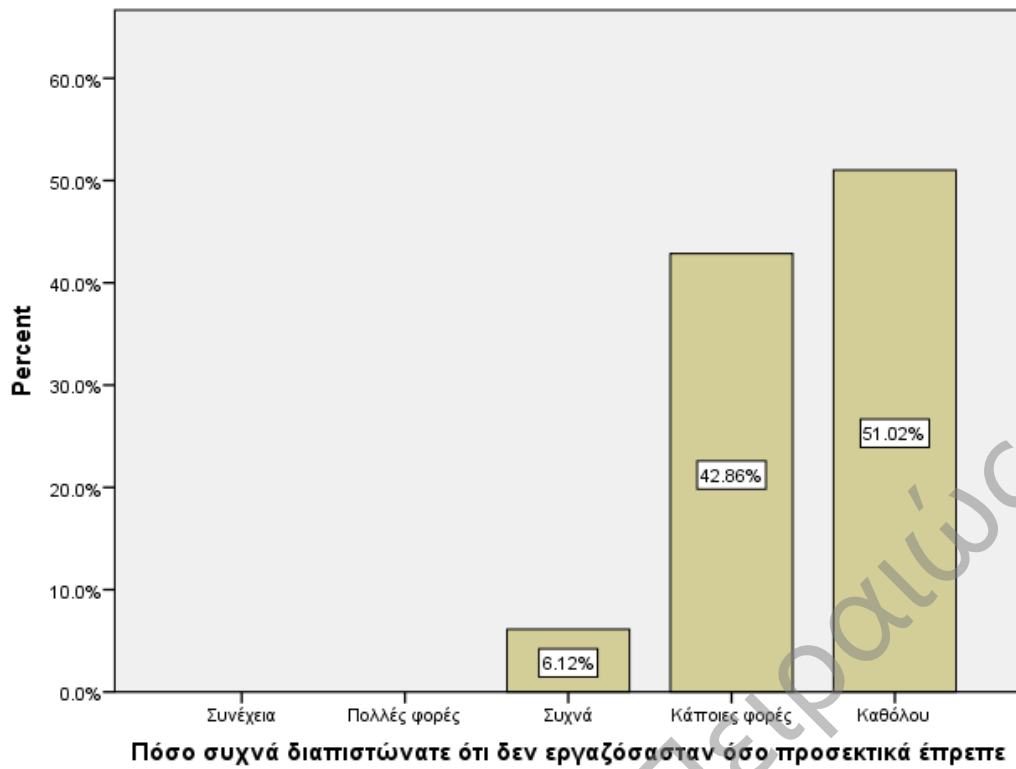
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 34.37: Μειωμένη παραγωγικότητα / ταχύτητα στην εργασία

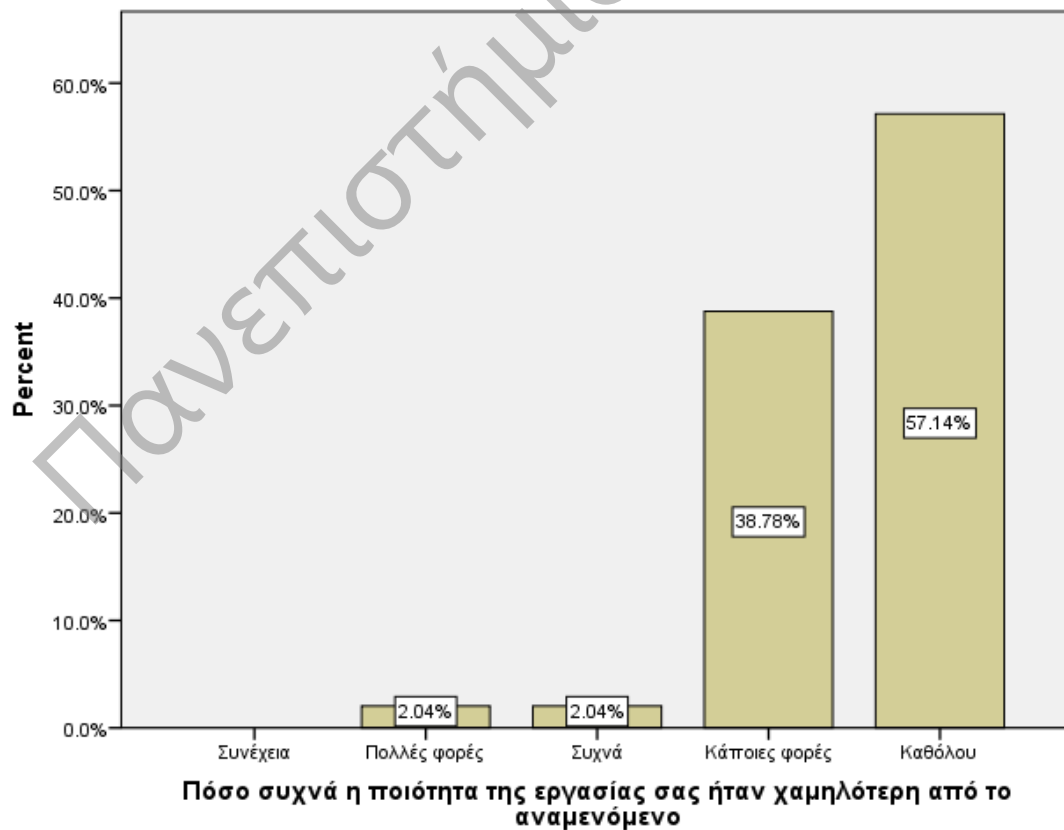


Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

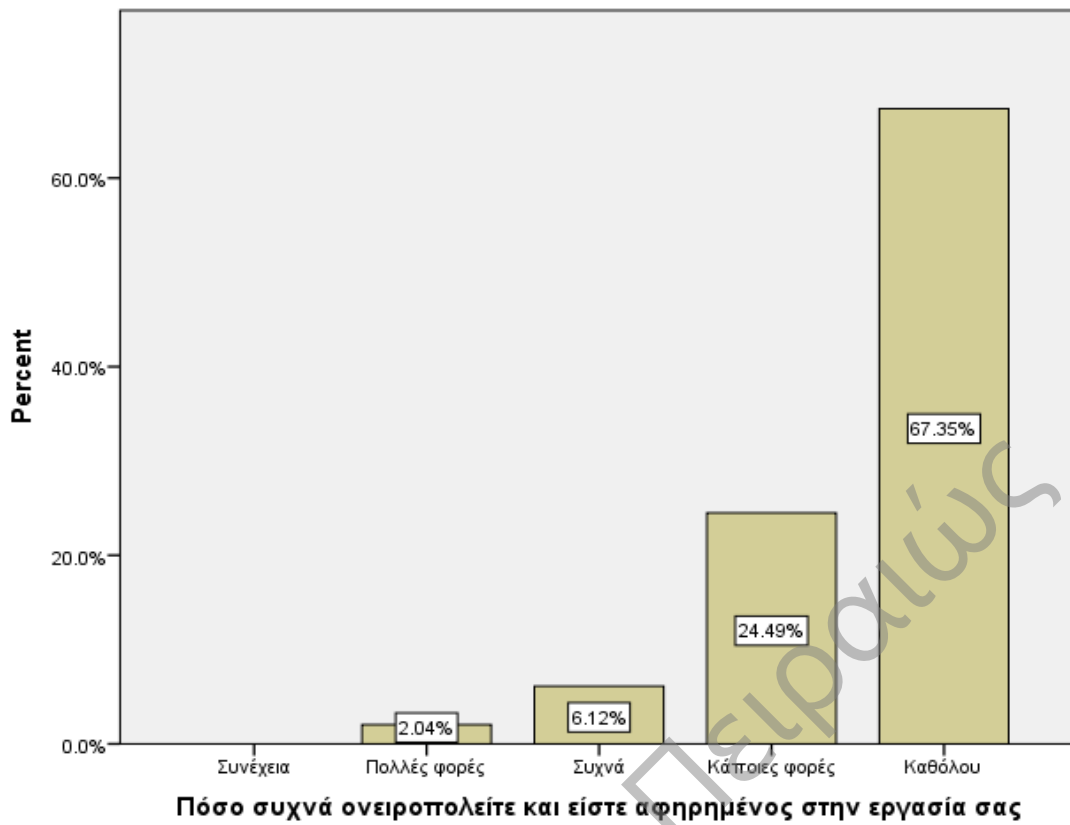
Διάγραμμα 35.38: Μη εργασία εν ώρα εργασίας



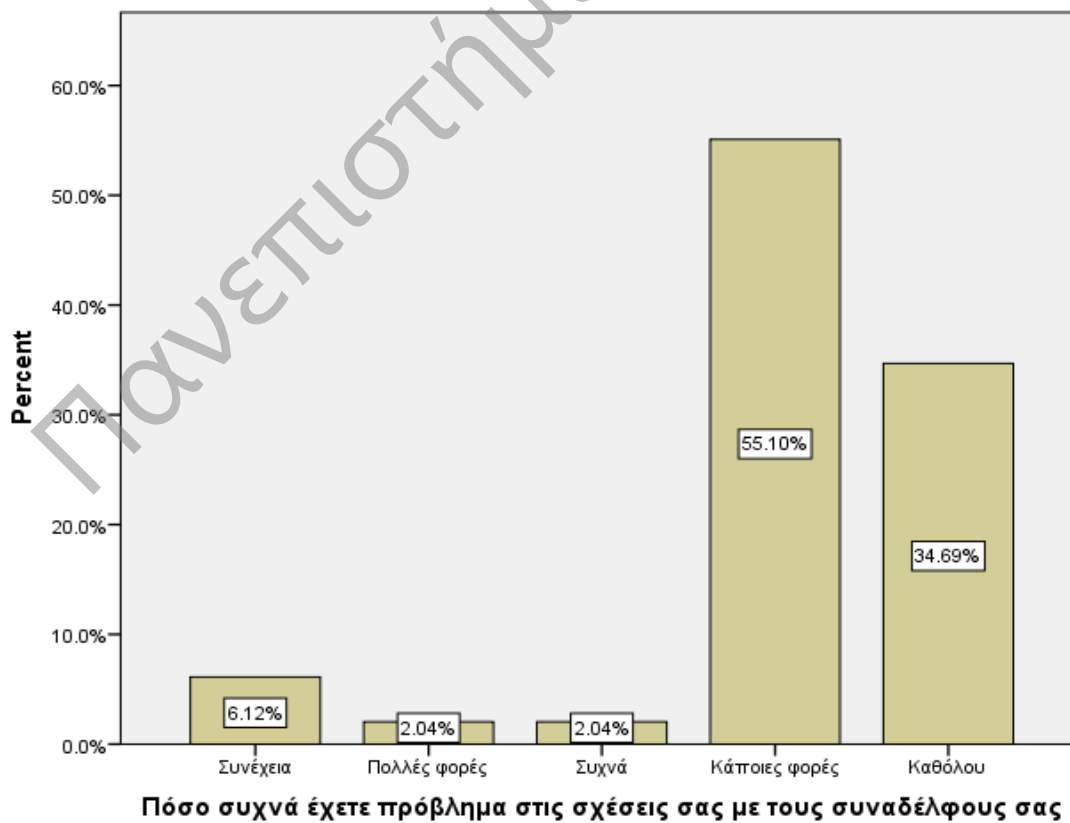
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 36.39: Έλλειψη προσοχής στην εργασία



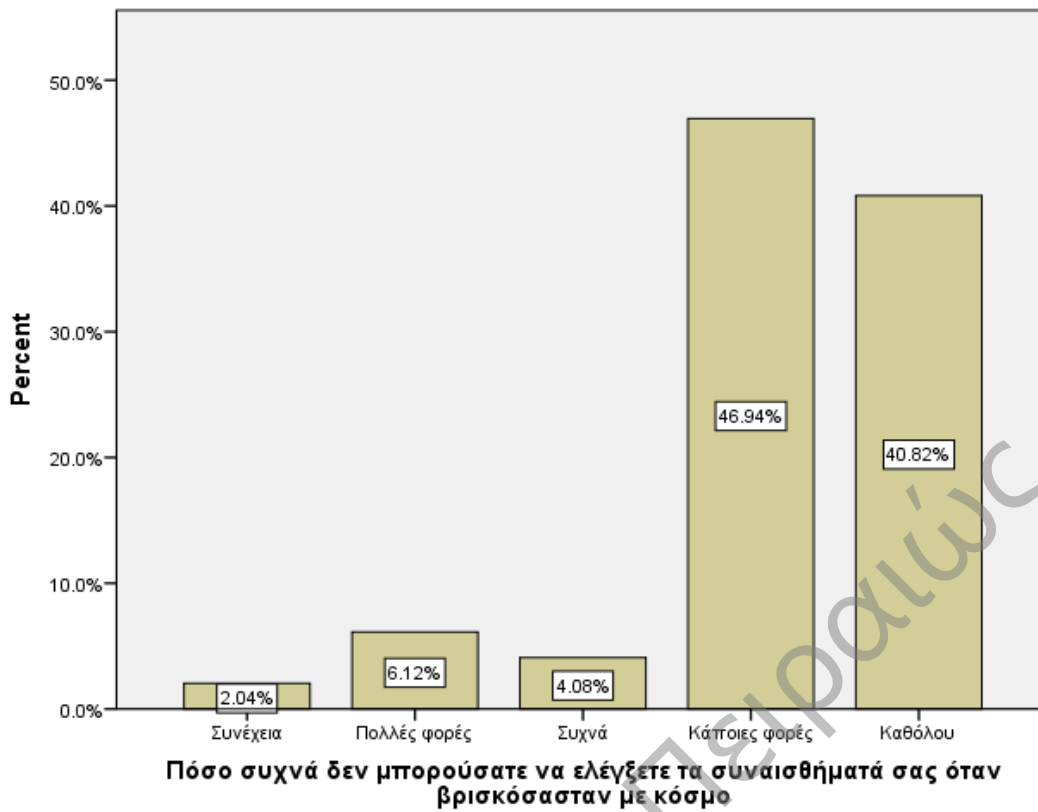
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 37.40: Μειωμένη ποιότητα στην εργασία



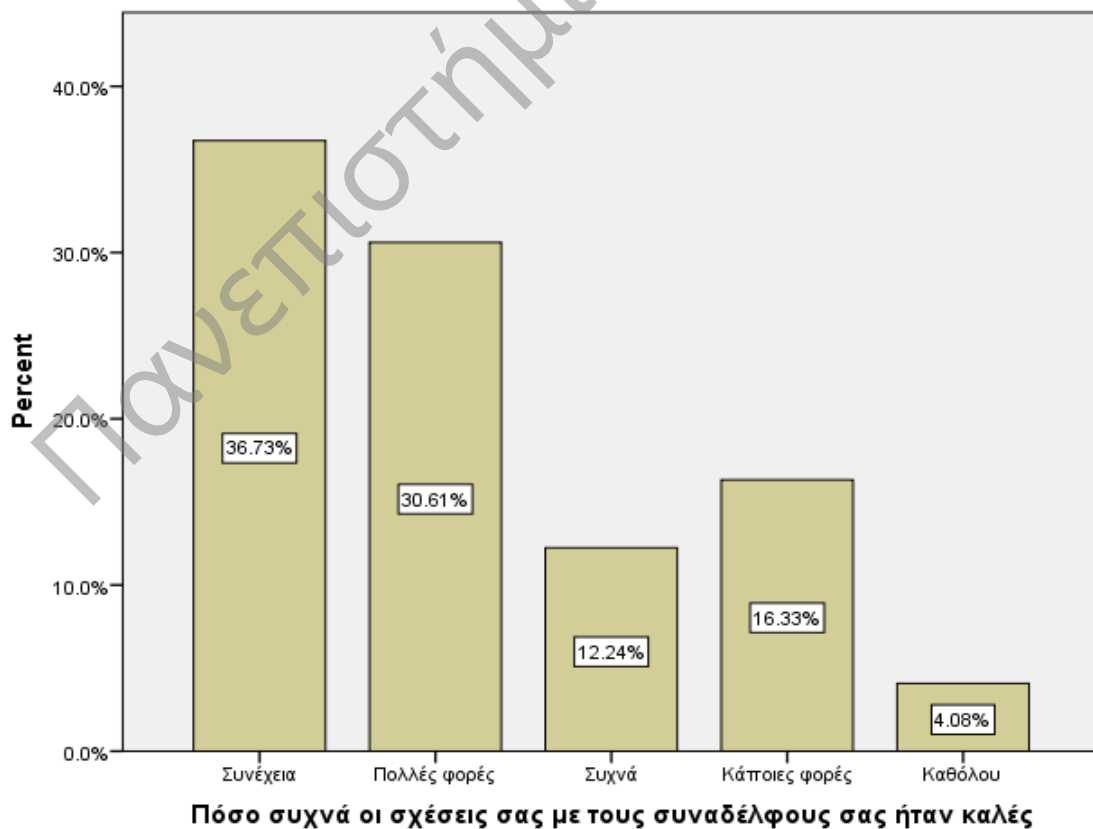
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 38.41: Αφηρημάδα στην εργασία



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 39.42: Προβλήματα στις σχέσεις με συναδέλφους



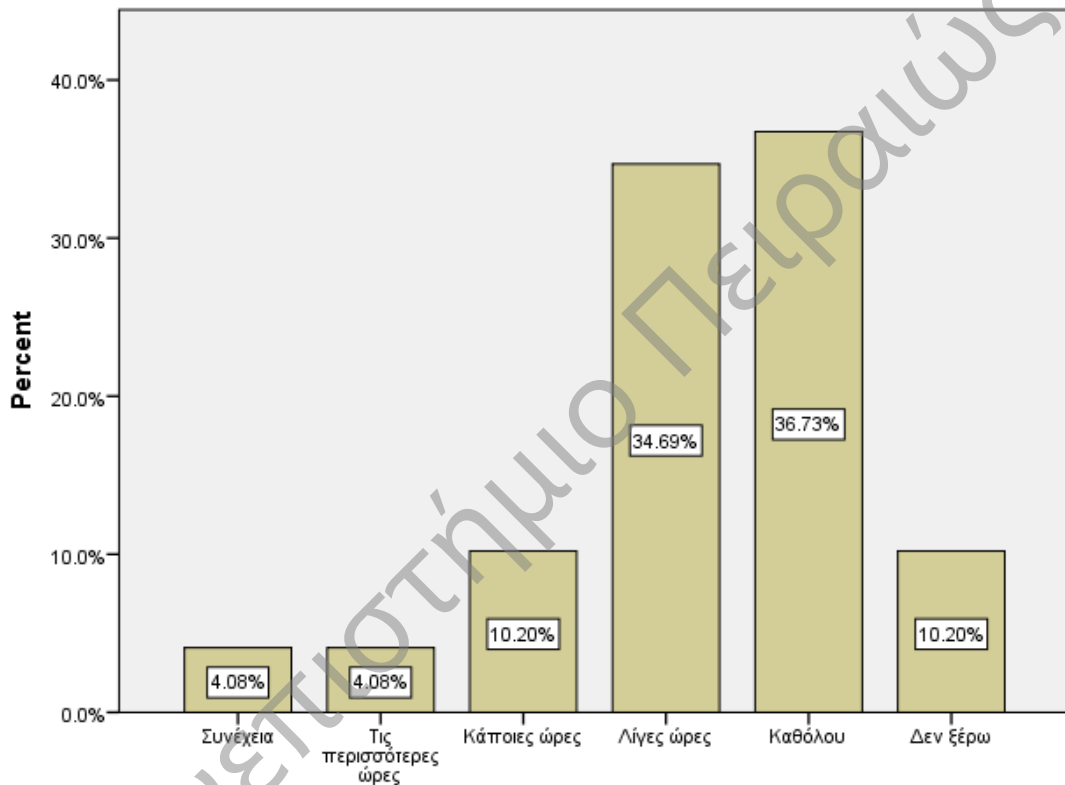
Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 40.43: Αδυναμία ελέγχου συναισθημάτων με κόσμο



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 41.44: Καλές σχέσεις με συναδέλφους

Πίνακας 2: Βαθμολογίες εργασιακής απόδοσης

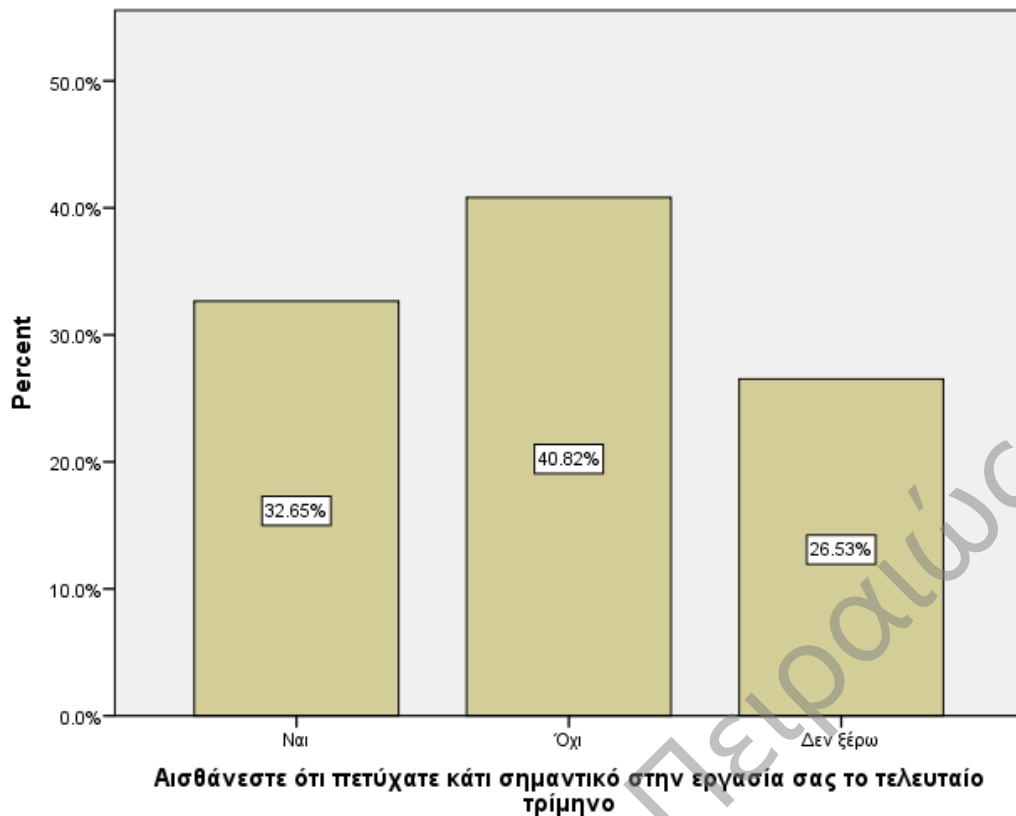
	Πως θα βαθμολογούσατε συνολικά την εργασιακή σας απόδοση το τελευταίο τρίμηνο	Πως θα βαθμολογούσατε την εργασιακή σας απόδοση τις τελευταίες 7 μέρες	Πως θα βαθμολογούσαν οι συνάδελφοί σας την εργασιακή σας απόδοση τις τελευταίες 7 μέρες	Πως θα βαθμολογούσε ο προϊστάμενός σας την εργασιακή σας απόδοση τις τελευταίες 7 μέρες
Μέση τιμή	8.53	8.55	8.37	8.02
Τυπική απόκλιση	1.043	1.081	1.879	1.995



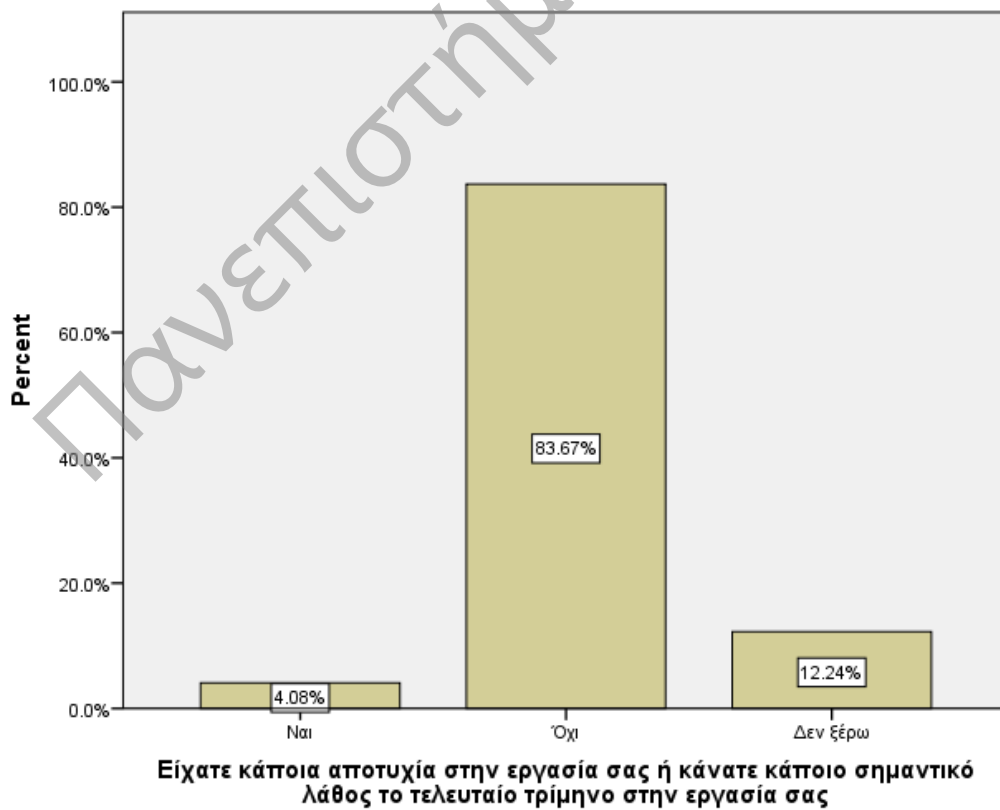
Την τελευταία βδομάδα πόσες μέρες η ταχύτητά σας ή η παραγωγικότητά σας ήταν χαμηλότερη από το αναμενόμενο

Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

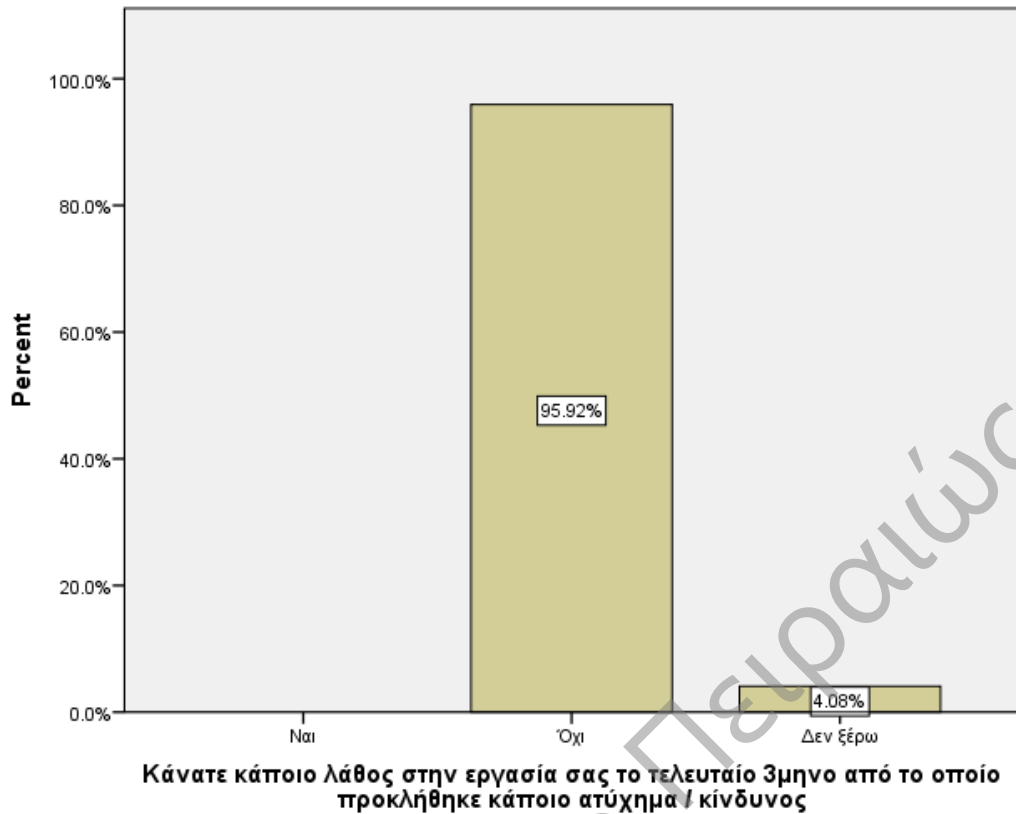
Διάγραμμα 42.45: Μειωμένη παραγωγικότητα / ταχύτητα στην εργασία την τελευταία εβδομάδα



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 43.46: Αίσθηση επιτυχίας κάτι σημαντικού στην εργασία



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων
Διάγραμμα 44.47: Αίσθηση αποτυχίας / λάθους στην εργασία



Πηγή: επεξεργασία απαντήσεων

Διάγραμμα 45.48: Λάθος στην εργασία που να προκάλεσε ατύχημα ή κίνδυνο

Στην συνέχεια παρατίθεται ένας πίνακας συσχετίσεων όπου με έντονο μαύρο υπογραμμίζονται οι περιπτώσεις όπου οι μεταβλητές φύλο, ηλικία, επίπεδο σπουδών και ειδικότητα επηρεάζουν τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

Πίνακας 3: Συσχετίσεις

Συσχετίσεις		Φύλο	Ηλικία	Επίπεδο σπουδών	Ειδικότητα
λάθος	Pearson Correlation	-,136	-,061	-,163	,329(*)
	Sig. (2-tailed)	,351	,677	,263	,021
	N	49	49	49	49
Κατάσταση υγείας	Pearson Correlation	-,175	,145	-,237	,262
	Sig. (2-tailed)	,228	,319	,101	,069
	N	49	49	49	49
Σε σχέση με ένα χρόνο	Pearson Correlation	-,046	,081	-,027	-,016

πριν	Sig. (2-tailed)	,752	,580	,853	,911
		49	49	49	49
Έντονες δραστηριότητες	Pearson Correlation	-,021	-,157	,210	-,087
	Sig. (2-tailed)	,889	,285	,152	,558
		48	48	48	48
Μέτριες	Pearson Correlation	-,069	,056	-,112	,169
	Sig. (2-tailed)	,637	,703	,444	,246
		49	49	49	49
Μεταφορά ψώνια	Pearson Correlation	-,027	-,129	,057	,125
	Sig. (2-tailed)	,856	,378	,696	,391
		49	49	49	49
σκαλιά	Pearson Correlation	,058	-,023	,208	-,083
	Sig. (2-tailed)	,695	,878	,152	,573
		49	49	49	49
σκύψω	Pearson Correlation	-,072	-,064	,046	,156
	Sig. (2-tailed)	,623	,663	,751	,285
		49	49	49	49
Περπατήσω χιλιόμετρο	Pearson Correlation	,064	-,122	,261	-,110
	Sig. (2-tailed)	,664	,405	,070	,452
		49	49	49	49
Περπατήσω τετράγωνο	Pearson Correlation	,024	,115	-,123	-,029
	Sig. (2-tailed)	,872	,432	,401	,845
		49	49	49	49
μπάνιο	Pearson Correlation	,136	-,238	-,294(*)	,057
	Sig. (2-tailed)	,351	,099	,041	,697
		49	49	49	49
Λιγότερος χρόνος εργασίας	Pearson Correlation	,200	,121	,129	-,242
	Sig. (2-tailed)	,169	,408	,377	,094
		49	49	49	49
Λιγότερα από όσα θέλατε	Pearson Correlation	-,004	-,061	,040	-,225
	Sig. (2-tailed)	,977	,677	,784	,121
		49	49	49	49

Κάνετε συγκεκριμένες δουλειές	Pearson Correlation	,150	-,035	,013	-,469(**)
	Sig. (2-tailed)	,303	,810	,929	,001
		49	49	49	49
δυσκολευτήκατε	Pearson Correlation	,279	-,232	,182	-,210
	Sig. (2-tailed)	,052	,109	,211	,148
		49	49	49	49
Λιγότερος χρόνος εργασίας 2	Pearson Correlation	-,003	-,114	,083	-,091
	Sig. (2-tailed)	,986	,434	,569	,536
		49	49	49	49
Λιγότερα από όσα θέλατε 2	Pearson Correlation	-,004	-,143	-,054	-,066
	Sig. (2-tailed)	,977	,327	,715	,651
		49	49	49	49
Προσεκτικός εργασία2	Pearson Correlation	-,238	,320(*)	,293(*)	,048
	Sig. (2-tailed)	,100	,025	,041	,742
		49	49	49	49
Επηρεασμός κοινωνικής δραστηριότητας	Pearson Correlation	-,055	,091	-,011	-,009
	Sig. (2-tailed)	,705	,533	,939	,950
		49	49	49	49
Νευρικότητα	Pearson Correlation	-,193	,145	-,026	,062
	Sig. (2-tailed)	,183	,322	,858	,674
		49	49	49	49
Κατάθλιψη	Pearson Correlation	-,096	-,036	,067	-,194
	Sig. (2-tailed)	,511	,804	,648	,181
		49	49	49	49
ήρεμος	Pearson Correlation	-,069	-,006	,175	,082
	Sig. (2-tailed)	,638	,967	,230	,577
		49	49	49	49
Πολύ ενέργεια	Pearson Correlation	-,154	,178	,123	,156
	Sig. (2-tailed)	,291	,221	,398	,285
		49	49	49	49
Μελαγχολία	Pearson Correlation	-,045	-,238	,029	-,202
	Sig. (2-tailed)	,760	,099	,844	,163

		49	49	49	49
Εξάντληση	Pearson Correlation	-,160	,118	,152	,030
	Sig. (2-tailed)	,273	,420	,297	,837
		49	49	49	49
Χαρά	Pearson Correlation	-,121	,083	,013	,298(*)
	Sig. (2-tailed)	,409	,571	,928	,037
		49	49	49	49
Κούραση	Pearson Correlation	-,018	,160	,121	-,048
	Sig. (2-tailed)	,903	,278	,411	,747
		48	48	48	48
Εργάσιμες	Pearson Correlation	-,079	-,156	,101	-,189
	Sig. (2-tailed)	,591	,291	,493	,197
		48	48	48	48
Απουσία λόγω υγείας	Pearson Correlation	,522	,342	-,342	,379
	Sig. (2-tailed)	,184	,407	,407	,354
		8	8	8	8
Πόσες εργάσιμες χάσατε	Pearson Correlation	-,774(*)	-,394	,013	-,276
	Sig. (2-tailed)	,014	,293	,000	,472
		9	9	9	9
Μέρες τελευταίο τρίμηνο	Pearson Correlation	,040	,016	-,202	,093
	Sig. (2-tailed)	,793	,917	,178	,540
		46	46	46	46
Λόγος χασίματος χρόνου εργασίας	Pearson Correlation	,552	,264	-,471	-,116
	Sig. (2-tailed)	,051	,384	,104	,706
		13	13	13	13
Μέρες τελευταίο τρίμηνο λόγω προβλημάτων υγείας	Pearson Correlation	-,041	,031	,000	-,096
	Sig. (2-tailed)	,911	,931	1,000	,793
		10	10	10	10
Μέρες νωρίτερα δουλειά	Pearson Correlation	-,031	-,012	,325(*)	-,191
	Sig. (2-tailed)	,832	,936	,023	,189
		49	49	49	49
Επιπλέον ώρες	Pearson Correlation	-,404(*)	,330	,132	,456(*)

	Sig. (2-tailed)	,027	,075	,486	,011
		30	30	30	30
Παραγωγικότητα υψηλότερη	Pearson Correlation	-,112	,275	,089	,122
	Sig. (2-tailed)	,443	,056	,543	,405
		49	49	49	49
Παραγωγικότητα χαμηλότερη	Pearson Correlation	,186	-,026	,417(**)	-,301(*)
	Sig. (2-tailed)	,201	,859	,003	,036
		49	49	49	49
Πόσο συχνά δεν δουλεύετε	Pearson Correlation	,302(*)	-,045	,190	-,270
	Sig. (2-tailed)	,035	,759	,192	,060
		49	49	49	49
Όχι προσεκτικά	Pearson Correlation	-,005	,009	,382(**)	-,236
	Sig. (2-tailed)	,973	,953	,007	,103
		49	49	49	49
Χαμηλότερη ποιότητα	Pearson Correlation	-,030	,133	,181	-,146
	Sig. (2-tailed)	,841	,361	,214	,318
		49	49	49	49
ονειροπολείτε	Pearson Correlation	,090	,238	,129	-,226
	Sig. (2-tailed)	,539	,100	,377	,118
		49	49	49	49
Πρόβλημα συναδέλφους	Pearson Correlation	,104	-,209	,123	-,057
	Sig. (2-tailed)	,475	,150	,399	,696
		49	49	49	49
Έλεγχος συναισθημάτων	Pearson Correlation	-,212	,177	,112	-,003
	Sig. (2-tailed)	,144	,223	,442	,982
		49	49	49	49
Καλές σχέσεις συναδέλφοι	Pearson Correlation	-,072	,154	-,133	,293(*)
	Sig. (2-tailed)	,622	,290	,364	,041
		49	49	49	49
Πρόβλημα υγείας απόδοση	Pearson Correlation	,013	-,086	,336(*)	-,102
	Sig. (2-tailed)	,930	,556	,018	,487
		49	49	49	49

Απόδοση τρίμηνο	Pearson Correlation	-,103	-,095	,381(**)	-,179
	Sig. (2-tailed)	,483	,517	,007	,218
		49	49	49	49
Επτά μέρες	Pearson Correlation	-,134	,216	,374(**)	-,223
	Sig. (2-tailed)	,358	,135	,008	,124
		49	49	49	49
Συναδέλφοι επτά μέρες	Pearson Correlation	,133	,048	,305(*)	-,322(*)
	Sig. (2-tailed)	,364	,745	,033	,024
		49	49	49	49
Προϊστάμενος επτά μέρες	Pearson Correlation	-,019	,107	,003	-,221
	Sig. (2-tailed)	,896	,465	,982	,128
		49	49	49	49
Τελευταία βδομάδα ταχύτητα χαμηλότερη	Pearson Correlation	,047	-,120	-,076	-,274
	Sig. (2-tailed)	,750	,410	,606	,057
		49	49	49	49
Κάτι σημαντικό τρίμηνο	Pearson Correlation	-,108	,109	,100	,063
	Sig. (2-tailed)	,459	,455	,494	,665
		49	49	49	49
αποτυχία	Pearson Correlation	-,136	,039	-,049	,184
	Sig. (2-tailed)	,351	,792	,739	,205
		49	49	49	49

Ο πίνακας των συσχετίσεων έδειξε ότι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο σπουδών και η ειδικότητα των εργαζόμενων δεν επηρεάζουν όλα τα εξεταζόμενα θέματα σχετικά με την παραγωγικότητα των εργαζομένων.

Συγκεκριμένα **η ειδικότητα των εργαζομένων** επηρεάζει **θετικά** την πιθανότητα να κάνει λάθος ένας εργαζόμενος, το βαθμό χαράς που βιώνει, τις επιπλέον ώρες που κάθεται στην εργασία του για να ολοκληρώσει τη δουλειά του. Επηρεάζει **αρνητικά** την παραγωγικότητα του καθώς και την αξιολόγηση της παραγωγικότητάς τους από τους συναδέλφους τους. Ιδιαίτερα αρνητική είναι η συσχέτιση μεταξύ ειδικότητας και του βαθμό επιρροής της υγείας του εργαζόμενου στην εκτέλεση συγκεκριμένων εργασιών.

Το *φύλο του εργαζόμενου* επηρεάζει **θετικά** τον αριθμό των εργάσιμων ημερών που χάνει (οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά), τις επιπλέον ώρες που κάθεται στην εργασία του για να ολοκληρώσει τη δουλειά που εκκρεμεί (πάλι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά) και το πόσο συχνά δεν δουλεύει εν ώρα εργασίας.

Η *ηλικία του εργαζόμενου* επηρεάζει **θετικά** μόνο το βαθμό προσοχής που έχει την ώρα που εργάζεται.

Τέλος *το επίπεδο σπουδών* επηρεάζει και αυτό **θετικά** το βαθμό προσοχής τους εργαζόμενου την ώρα που εργάζεται. Επίσης επηρεάζει θετικά το πόσο συχνά φεύγει νωρίτερα από τη δουλειά του, το βαθμό απροσεξίας που επιδεικνύει την ώρα εργασίας, το βαθμό επηρεασμού της απόδοσής του λόγω προβλημάτων υγείας και το πώς αξιολογούν οι συνάδελφοί του την αποδοτικότητά του.

Ακόμα πιο υψηλός είναι ο βαθμός συσχέτισης του επιπέδου σπουδών με το πώς αξιολογεί ο εργαζόμενος την απόδοσή του το τελευταίο τρίμηνο και την τελευταία εβδομάδα όσο και το αν η παραγωγικότητά του ήταν χαμηλότερη από αυτό που ανέμεναν από τον ίδιο οι εργοδότες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Συμπεράσματα

Μία από τις βασικές υποθέσεις που κάναμε στην έρευνά μας ήταν ότι η οικονομική κρίση αυξάνει το άγχος των εργαζομένων, επηρεάζει την ψυχική τους υγεία και αυξάνει το ποσοστό των εργαζομένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάθλιψης. Τα στοιχεία της έρευνας έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας και η φυσική τους κατάσταση βρίσκονταν στον ίδιο επίπεδο με το προηγούμενο έτος. Η δε ψυχική τους κατάσταση ήταν και αυτή σε καλό επίπεδο και το μόνο πρόβλημα που εντόπισαν ήταν ότι δεν πέτυχαν τόσα όσα ήθελαν στην εργασία τους.

Πρόβλημα εντοπίστηκε μόνο στις κοινωνικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων. Κύρια αιτία ήταν η κούραση που βίωναν οι εργαζόμενοι και η οποία επιδρούσε αρνητικά στην κοινωνικές τους δραστηριότητες με την οικογένειά τους, τους φίλους τους, τους γείτονές τους. Αντίθετα με τα αποτελέσματα της έρευνας τους Μάρκοβιτς (2012) δεν φάνηκε ότι η οικονομική κρίση είναι υπεύθυνη για την επιδείνωση της ζωής και κατάστασης των εργαζομένων και οδηγεί σε κακή εργασιακή επίδοση, χαμηλή παραγωγικότητα και ύπαρξη αναποτελεσματικότητας. Επιπλέον δεν εντοπίστηκε πρόβλημα κατάθλιψης.

Αυτό που επισημάνθηκε ήταν η εργασιακή εξουθένωση. Η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία της υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται την υπερκόπωση και εξάντλησή του. Οι συνέπειες της εξάντλησης αυτής δεν επιδρούν μόνο στη φυσική κατάσταση του ατόμου, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην προσωπική του ζωή (Cushway, 1992). Επιπλέον, πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου, ο οποίος μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και να μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές (Griffith et al,1999).

Για τους οργανισμούς, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να είναι δαπανηρή, οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, σε απουσίες και σε μειωμένη απόδοση (Maslach et al,2001). Ακόμη, έχει συσχετιστεί με αυξημένη πρόθεση του προσωπικού για αποχώρηση από την εργασία του και πρόωρες συνταξιοδοτήσεις (Aiken et al,2002). Οι

Cordes & Dougherty (1993) συνοψίζουν τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία είδη:

1. Στην ψυχική και σωματική υγεία: τα άτομα παρουσιάζουν κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, αϋπνίες, πονοκεφάλους, αίσθημα κόπωσης ή γαστρεντερικά προβλήματα

2. Στις διαπροσωπικές σχέσεις: τα άτομα είναι πιθανό να παρουσιάσουν επιδείνωση στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις ή στις σχέσεις τους με τους συναδέλφους στον χώρο εργασίας

3. Στην εργασιακή συμπεριφορά: τα άτομα είναι πιθανό να παρουσιάσουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας προς την εργασία τους, μεγαλύτερο αριθμό απουσιών και μεγαλύτερη τάση για αλλαγή επαγγέλματος ή εργασίας.

Συστηματική απουσία από την εργασία τους δεν επισημάνθηκε αν και σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι είχαν χάσει κάποια μέρα εργασίας το τελευταίο τρίμηνο και ο λόγος ήταν προβλήματα της δικής τους υγείας ή κάποιου μέλους της οικογένειάς τους.

Πρέπει να επισημανθεί ότι όλοι οι εργαζόμενοι εργάζονταν περισσότερες ώρες από το προβλεπόμενο ωράριό τους στοιχείο που πιθανώς να οδηγεί και στην κόπωση και εξουθένωση που αισθάνονται. Δεν επισημάνθηκε να έχουμε περιστατικά τυπικής παρουσίας ή ονειροπόλησης. Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων δήλωσε ότι σε καμία περίπτωση την ώρα εργασίας δεν απέφευγε να δουλέψει ενώ έπρεπε να εργάζεται.

Έτσι σε σχέση με τα ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα, η κόπωση που αισθάνονται οι εργαζόμενοι δεν φάνηκε να επηρεάζει την παραγωγικότητά τους. Αντίκτυπος επισημάνθηκε μόνο στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή.

Εντοπίστηκε όμως συσχετισμός μεταξύ των σταθερών μεταβλητών και της παραγωγικότητας του εργαζομένου. Συγκεκριμένα η ειδικότητα των εργαζομένων επηρεάζει θετικά την πιθανότητα να κάνει λάθος ένας εργαζόμενος, το βαθμό χαράς που βιώνει, τις επιπλέον ώρες που κάθεται στην εργασία του για να ολοκληρώσει τη δουλειά του. Επηρεάζει αρνητικά την παραγωγικότητα του καθώς και την αξιολόγηση της παραγωγικότητάς τους από τους συναδέλφους τους. Ιδιαίτερα αρνητική είναι η συσχέτιση μεταξύ ειδικότητας και του βαθμού επιρροής της υγείας του εργαζομένου στην εκτέλεση συγκεκριμένων εργασιών.

Το φύλο του εργαζομένου επηρεάζει θετικά τον αριθμό των εργάσιμων ημερών που χάνει. Οι γυναίκες απουσιάζουν συχνότερα από την εργασία τους. Η ηλικία του εργαζομένου επηρεάζει θετικά μόνο το βαθμό προσοχής που έχει την ώρα που

εργάζεται. Τέλος το επίπεδο σπουδών επηρεάζει και αυτό θετικά το βαθμό προσοχής τους εργαζόμενου την ώρα που εργάζεται. Επίσης επηρεάζει θετικά το πόσο συχνά φεύγει νωρίτερα από τη δουλειά του, το βαθμό απροσεξίας που επιδεικνύει την ώρα εργασίας, το βαθμό επηρεασμού της απόδοσής του λόγω προβλημάτων υγείας και το πώς αξιολογούν οι συνάδελφοί του την αποδοτικότητά του.

Οι αδυναμίες που παρουσιάζει η έρευνα είναι ότι δεν εξέτασε τη σχέση ποιότητα ζωής και παραγωγικότητας εργαζομένων τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα εργάζονταν στον ιδιωτικό χώρο όπου το άγχος της απώλειας της εργασίας τους σε μία περίοδο έντονης οικονομικής κρίσης και ανασφάλειας τους αναγκάζει να διατηρούν συνεχώς υψηλό επίπεδο παραγωγικότητας ασχέτως της σωματικής ή ψυχικής τους κατάστασης. Οι Bassett, Cawston, Haldenby and Parsons (2010) επισημαίνουν χαρακτηριστικά ότι στο δημόσιο τομέα οι εργαζόμενοι πολύ πιο συχνά χάνουν ώρες εργασίας λόγω ασθένειας απ' ότι στον ιδιωτικό τομέα. Ιδιαίτερα μεγάλο είναι το πρόβλημα στην Αγγλία, όπου στο δημόσιο τομέα της υγείας χάνονται 10,3 εκατομμύρια ημέρες εργασίες λόγω ασθένειας ή απουσίας ή 10,7 ημέρες ανά εργαζόμενο. Στον ιδιωτικό τομέα στο χώρο της υγείας το ποσοστό αυτό είναι 6,4 μέρες και σε όλο τον δημόσιο τομέα γενικά είναι 9,7 ημέρες.

Στο μέλλον προτείνεται να πραγματοποιηθεί μία έρευνα η οποία να εξετάζει την σχέση ποιότητας ζωής στην υγεία και παραγωγικότητας μεταξύ εργαζομένων στο δημόσιο και τον ιδιωτικό χώρο της υγείας

Επίσης μία άλλη αδυναμία της έρευνας ήταν ότι το δείγμα της δεν ήταν μεγάλο και οι συμμετέχοντες αξιολογούσαν την υγεία τους και την παραγωγικότητά τους σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά και όχι σε σχέση με την περίοδο πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης (2009).

5.2 Προτάσεις

Γενικά για να βελτιωθεί η παραγωγικότητα των εργαζομένων προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων υποστήριξης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού με στόχο τη δημιουργία υγιέστερων και ανταγωνιστικών εργασιακών χώρων, με μετρήσιμα ποιοτικά και ποσοτικά αποτελέσματα.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να:

- Συμβάλλει στη δημιουργία κουλτούρας για την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας στον εργασιακό χώρο.
- Ενδυναμώνει τις προσωπικές και εργασιακές δεξιότητες των εργαζομένων.
- Υποστηρίζει τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους για την αντιμετώπιση προσωπικών/οικογενειακών και εργασιακών θεμάτων που ενδέχεται να επηρεάσουν την εργασιακή τους απόδοση.
- Καθοδηγεί την διοίκηση σε θέματα που αφορούν στην εργασιακή απόδοση, παραγωγικότητα και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

Οι υπηρεσίες τέτοιων προγραμμάτων όπως τα EAP (Employee Assistance Programs – Προγράμματα προσφοράς βοήθειας στους εργαζομένους), έχουν θεσμοθετηθεί σε Διεθνές και Ευρωπαϊκό επίπεδο, σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία, Κίνα, Αφρική, Ιρλανδία, Μεγάλη Βρετανία, Φιλανδία, τόσο σε κρατικούς όσο και ιδιωτικούς φορείς. Στην Ευρώπη τα EAP με την υποστήριξη του Ευρωπαϊκού Ταμείου εξελίσσονται ραγδαία τα τελευταία 30 χρόνια.

Τα EAP υποστηρίζονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω της Ευρωπαϊκής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, Ψυχική Υγεία και Ευεξία όπου εντάσσεται η 8η Πρωτοβουλία του Ευρωπαϊκού Δικτύου Προαγωγής Υγείας στους Χώρους εργασίας, με κεντρικό άξονα την Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας μέσα στον Εργασιακό χώρο.

Οι δραστηριότητες των EAP είναι να εντοπίζουν και να επιλύουν θέματα που αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον, τη ψυχική και σωματική υγεία, την οικογένεια ή προσωπικά ζητήματα τα οποία επηρεάζουν την εργασιακή απόδοση (Collins 2000).

Συγκεκριμένα:

- Προσφέρουν συμβουλευτικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες για νομικά και οικονομικά θέματα τα οποία απασχολούν τους εργαζόμενους.
- Εκπαιδεύουν και καθοδηγούν τα διοικητικά στελέχη για τη διαχείριση του ανθρώπινου παράγοντα.

- Υποστηρίζουν τους μάνατζερ σε θέματα διοίκησης και διαχείρισης εργασιακών ομάδων.

Επίσης, τα ΕΑΡ βρίσκονται στην κορυφή της ατζέντας των ανώτερων διοικητικών στελεχών, διεθνώς, που παρέχουν στρατηγική συμβουλευτική σε περιόδους έντονων οργανωσιακών αλλαγών και σε θέματα ανάπτυξης του οργανισμού. Ο χαρακτήρας τους δε, είναι προληπτικός και παρεμβατικός.

Οι εργαζόμενοι των μεγαλύτερων επιχειρήσεων σε διεθνές επίπεδο έχουν πρόσβαση σε ΕΑΡ προγράμματα. Έρευνα του 1997 έδειξε ότι το 92% των 500 επιχειρήσεων υλοποιούν ΕΑΡ προγράμματα (Sciegaj et al, 2001). Επιπλέον έρευνα του Society for Human Resource Management Benefits (2000) έδειξε ότι το 48% των μικρών επιχειρήσεων, και πάνω από το 90% των μεγαλύτερων επιχειρήσεων υλοποιούν ΕΑΡ προγράμματα.

Πρόσφατη μελέτη σε περισσότερες από τριάντα επιχειρήσεις στη Μεγάλη Βρετανία απέδειξε τη σημαντικότερη συμβολή των ΕΑΡ στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας των εργαζομένων και στην ενίσχυση της εργασιακής απόδοσης. Επιπλέον, παρουσίασε πολύ υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των εργαζομένων από τις συμβουλευτικές υπηρεσίες των ΕΑΡ (Mc Leod & Mc Leod, 2001).

Η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, η μείωση απουσιών και η αυξημένη παραγωγικότητα είναι από τα πρώτα εμφανή αποτελέσματα από την εφαρμογή των ΕΑΡ. Επίσης υπάρχουν μελέτες που δείχνουν μείωση του κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και μειωμένες απαιτήσεις εργαζομένων για αποζημιώσεις που σχετίζονται με θέματα υγείας (Blum & Roman, 1995; EAPA, 2003).

Βασική δραστηριότητα των ΕΑΡ αποτελεί και η παραπομπή εργαζομένων σε ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς ιατρικής και ψυχικής περίθαλψης. Η σωστή και αποτελεσματική χρήση αυτών των υπηρεσιών συνδέεται άμεσα με μείωση του συνολικού κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Miller & Margude, 1999; Tyler, 2003).

Επίσης μπορούν να εφαρμοστούν σύγχρονα προγράμματα εξισορρόπησης προσωπικής και εργασιακής ζωής (Work Life) τα οποία συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών (Gornick, 2002) όπως:

- εταιρικές πολιτικές εργασιακής ευελιξίας,
- αδειοδότηση με ή χωρίς αποδοχές,

- φροντίδα προς εξαρτόμενα μέλη της οικογένειας (παιδιά και ηλικιωμένοι γονείς),
- εκπαίδευση,
- καθοδήγηση και υποστήριξη σε οικονομικά προβλήματα, και
- δικτύωση με κοινωνικούς φορείς υποστήριξης (Lingle, 2004).

Πρόσφατη έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ με θέμα το άγχος στις ζωές των Αμερικανών εργαζομένων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι επιχειρήσεις θα πρέπει να παρέχουν κίνητρα στους εργαζόμενους που να σχετίζονται με την εξισορρόπηση της εργασιακής και προσωπικής ζωής ως απαραίτητο μέσο για την υποστήριξή τους (Hobson et al., 2001).

Έρευνα του Watson Wyatt σε μεγάλο αριθμό εργοδοτών στις Η.Π.Α. απέδειξε ότι η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων αυξάνει κατά 77% την ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους. Επιπλέον, απέδειξε βελτίωση της υγείας και ενίσχυση της παραγωγικότητας των εργαζομένων κατά 54% και μείωση των ιατροφαρμακευτικών εξόδων κατά 39% (Sherman, 2004).

Επιπλέον, διάφορες έρευνες σε Ευρώπη και Αμερική δείχνουν ότι η υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό τα αυξημένα ποσοστά διατήρησης του προσωπικού της επιχείρησης, τη δέσμευση και αφοσίωση των εργαζομένων στους στόχους της επιχείρησης και τη βελτίωση της εργασιακής κουλτούρας.

Επίσης μπορούν να οργανωθούν παρεμβάσεις προαγωγής υγείας και ευεξίας στους εργασιακούς χώρους. Οι παρεμβάσεις αυτές θα έχουν βιωματικό–διαδραστικό χαρακτήρα και θα υλοποιούνται από εξειδικευμένους διαιτολόγους, διατροφολόγους, ιατρούς, ψυχολόγους, καθηγητές φυσικής αγωγής κ.α. Το περιεχόμενο τους θα διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες, το προφίλ και τους στόχους της κάθε επιχείρησης/οργανισμού, καθώς και τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται.

Ο βασικός πυρήνας της μεθοδολογίας τέτοιων παρεμβάσεων μπορεί να περιλαμβάνει (Mulvihill, 2003):

- Στρατηγικό σχεδιασμό για την πρόληψη επαγγελματικών νόσων
- Μείωση των ρίσκων που συνδέονται με την ψυχική υγεία τα υψηλά ιατροφαρμακευτικά κόστη και τις χρόνιες απουσίες.
- Εντοπισμό και αξιολόγηση της ψυχοσωματικής υγείας των εργαζομένων

- Παρεμβάσεις για τη διαχείριση ρίσκων υγείας (ασκήσεις, εκπαιδευτικά προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς, ενημερωτικά και εκπαιδευτικά έντυπα, καθοδήγηση από επιστήμονες για θέματα ψυχοσωματικής υγείας, διαχείριση χρόνιων ασθενειών κ.α.)

- Αξιολογήσεις και μετρήσιμα αποτελέσματα.

Θεμελιώδης αρχή των προγραμμάτων πρέπει να είναι η πρόληψη των προβλημάτων υγείας στους χώρους εργασίας και η αποφυγή κατασταλτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με τον Gold (2004) όσο μεγαλύτερα είναι τα ρίσκα που συνδέονται με την ψυχοσωματική υγεία των εργαζομένων τόσο μεγαλύτερη θα είναι η αύξηση των επιπέδων απουσιών και οι απώλειες από την πτώση της παραγωγικότητας. Διάφορες επιστημονικές δημοσιεύσεις υποστηρίζουν βάσει εμπειρικών στοιχείων ότι η καθολική εφαρμογή τέτοιου είδους εργασιακών προγραμμάτων μπορεί να βελτιώσει την υγεία των εργαζομένων και να μειώσει τα προβλήματα παραγωγικότητας. (Aldana, 2001; DeGroot & Kiker, 2003; Pelletier, 2001; Riedel et. al., 2001).

Επιστημονικά στοιχεία αποδεικνύουν σημαντικούς συσχετισμούς μεταξύ:

- Διαφόρων παραγόντων ρίσκου και χαμηλής παραγωγικότητας
- Χρόνιων παθήσεων και χαμηλής παραγωγικότητας
- Συμμετοχής σε προγράμματα προαγωγής υγείας στους εργασιακούς χώρους και βελτίωσης της εργασιακής απόδοσης (Lynch, 2003).

Τα βασικά εργαλεία των προγραμμάτων προαγωγής υγείας και τα αποτελέσματά τους έχουν αναλυθεί και αποτιμηθεί από πολλές έρευνες σε εργασιακούς χώρους. Περισσότερες από 100 δημοσιευμένες έρευνες και μελέτες καταλήγουν σε θετικά συμπεράσματα σχετικά με την βελτίωση του επιπέδου υγείας, την αύξηση της εργασιακής απόδοσης και την εξοικονόμηση πόρων από τη μείωση των ιατροφαρμακευτικών δαπανών (Making the Business Case For Worksite Wellness, Dan Gold, 2004).

Στην σύγχρονη εργασιακή πραγματικότητα όλες οι έρευνες δείχνουν ότι η εφαρμογή προγραμμάτων ενίσχυσης και βοήθειας προς τους εργαζόμενους μακροπρόθεσμα οδηγεί σε πολύ θετικά αποτελέσματα για τους εργαζόμενους και τους εργοδότες δημιουργώντας ένα πιο ισορροπημένο εργασιακό περιβάλλον. Επίσης, υπάρχει καλύτερη διαχείριση όλων των προκλήσεων στο χώρο εργασίας. Η διοίκηση επικεντρώνεται στην πρόληψη και έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπεριφοριστικών επικινδυνοτήτων, εμφανίζοντας υψηλά επίπεδα απόδοσης της επένδυσης σε προγράμματα προαγωγής υγείας σε σχέση με το κόστος της.

Εντοπίζονται σημαντικά οφέλη από τη μείωση των απουσιών και των ιατροφαρμακευτικών δαπανών, από την αύξηση της αποδοτικότητας, τη διατήρηση πολύτιμων στελεχών, την αύξηση του ηθικού στους κόλπους της επιχείρησης (Stein, 2002).

Τέλος, αυξάνεται η ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους, η δέσμευσή τους προς τις αξίες και τους στόχους της επιχείρησης, η εργασιακή τους απόδοση. Ταυτόχρονα βλέπουν ότι ο οργανισμός στον οποίο εργάζονται ενδιαφέρεται και στέκεται δίπλα τους.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Τίτλος μελέτης

Η παραγωγικότητα των εργαζομένων στις μονάδες υγείας και η σχέση της με την υγεία τους

Σκοπός διπλωματικής εργασίας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αξιολογήσει πόσο επηρεάζει η υγεία των εργαζομένων την παραγωγικότητά τους στις μονάδες υγείας.

Υπεύθυνη μελέτης

Βασιλική Κυριακοπούλου

Αρνητικές συνέπειες, μειονεκτήματα ή κίνδυνοι από τη συμμετοχή στην έρευνα.

Καθώς όλα τα προσωπικά δεδομένα θα παραμείνουν εμπιστευτικά, κανένας συμμετέχοντας δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο.

Οφέλη από τη συμμετοχή στην έρευνα

Οι συμμετέχοντες δεν αναμένουν κανένα όφελος από τη συμμετοχή τους στην έρευνα

Εμπιστευτικότητα – Ποιοι θα λάβουν γνώση σχετικά με το ποιοι είναι οι συμμετέχοντες στην έρευνα.

Όλα τα προσωπικά δεδομένα θα παραμείνουν αυστηρώς εμπιστευτικά, στα οποία θα έχει πρόσβαση μόνο ο ερευνητής.

Ποιος θα εγκρίνει την έρευνα?

Το Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς

Επικοινωνία για περαιτέρω πληροφορίες : v_kiriakopoulou@hotmail.co.uk

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ερευνήτρια: Βασιλική Κυριακοπούλου

Σας ευχαριστώ που δεχθήκατε να λάβετε μέρος στην παρούσα έρευνα. Η συγκατάθεσή σας συνεπάγεται τα ακόλουθα δικαιώματα και προστασία.

- Η συμμετοχή σας είναι πλήρως εθελοντική.
- Κάτω από καμία συνθήκη δεν θα αποκαλυφθεί το αληθινό σας όνομα.
- Μπορείτε να αποσυρθείτε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το θελήσετε.
- Κανείς, εκτός από εμένα και τον επιβλέποντα καθηγητή δεν θα έχει πρόσβαση στο ανώνυμο αυτό υλικό.
- Όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της έρευνας θα παραμείνουν εμπιστευτικά και θα αποθηκευτούν ξεχωριστά από στοιχεία που πιθανώς να αποκαλύπτουν την ταυτότητα των συμμετεχόντων.

Συμφωνώντας με τους όρους του παρόντος έντυπου συγκατάθεσης, οι συμμετέχοντες θα πρέπει να γνωρίζουν ότι το υλικό που θα συλλεχθεί θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας

Παρακαλώ απαντήστε

σημειώνοντας ✓

Επιβεβαιώνω ότι διάβασα και κατάλαβα τις πληροφορίες που προσφέρονται στο έντυπο πληροφοριών.

Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποσυρθώ από την έρευνα όποτε το θελήσω.

Συμφωνώ να λάβω μέρος στην έρευνα

Όνομα συμμετέχοντα

Ημερομηνία

Υπογραφή

Βασιλική Κυριακοπούλου

Ημερομηνία

Υπογραφή

Ερευνήτρια

HQWP INSTRUMENT

Μέρος πρώτο: Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

ΟΔΗΓΙΕΣ: Η παρούσα έρευνα εξετάζει τις απόψεις σας σχετικά με την υγεία. Οι πληροφορίες αυτές έχουν ως στόχο να καταγράψουν το πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να κάνετε τις συνηθισμένες δραστηριότητες σας. Απαντήστε τις ερωτήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες. Αν δεν είστε σίγουρος για μια απάντηση δώστε την καλύτερη δυνατή απάντηση.

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι (κυκλώστε τη σωστή απάντηση):

Εξαιρετική.....	1
Πολύ καλή	2
Καλή.....	3
Μέτρια.....	4
Κακή.....	5

2. Σε σχέση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας γενικά σήμερα? (κυκλώστε τη σωστή απάντηση):

Πολύ καλύτερη απ' ότι πριν ένα χρόνο.....	1
Κάπως καλύτερη απ' ότι πριν ένα χρόνο.....	2
Ίδια με πέρσι	3
Κάπως χειρότερη απ' ότι πριν ένα χρόνο.....	4
Πολύ χειρότερη απ' ότι πριν ένα χρόνο.....	5

3. Οι ακόλουθες δηλώσεις αφορούν δραστηριότητες που πιθανών να κάνετε μια τυπική μέρα. Σας περιορίζει η υγεία στην πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων αυτών; Αν ναι, πόσο; (κυκλώστε τη σωστή απάντηση):

Δραστηριότητες	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι δεν με περιορίζει καθόλου
α. Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, βάρη, αθλητισμός	1	2	3
β. Μέτριες δραστηριότητες, όπως το να κουνήσω ένα τραπέζι, να βάλω ηλεκτρική σκούπα	1	2	3
γ. Να μεταφέρω τα ψώνια από το σούπερ μάρκετ	1	2	3
δ. Να ανέβω πολλά σκαλιά	1	2	3
ε. Να σκύψω ή να γονατίσω	1	2	3
στ. Να περπατήσω περισσότερο από ένα χιλιόμετρο	1	2	3
ζ. Να περπατήσω ένα οικοδομικό τετράγωνο	1	2	3
η. Να κάνω μπάνιο ή να γυθώ	1	2	3

4. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, αντιμετωπίσατε κάποιο από τα ακόλουθα προβλήματα με τη δουλειά σας ή κάποια από τις καθημερινές σας δραστηριότητες λόγω της φυσικής σας υγείας; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε σειρά):

ΝΑΙ ΟΧΙ

Α. Αφιερώσατε λιγότερο χρόνο στην εργασία σας ή στις δραστηριότητές σας	1	2
β. Πετύχατε λιγότερα απ' όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνετε μόνο συγκεκριμένες δουλειές, όχι όλες	1	2
δ. Δυσκολευτήκατε να κάνετε τη δουλειά σας ή κάποια δραστηριότητα (π.χ. χρειάστηκε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, αντιμετωπίσατε κάποιο από τα ακόλουθα προβλήματα με τη δουλειά σας ή κάποια από τις καθημερινές σας δραστηριότητες λόγω ψυχολογικών προβλημάτων; (κυκλώστε ένα νούμερο σε κάθε σειρά):

ΝΑΙ ΟΧΙ

α. Αφιέρωσα λιγότερο χρόνο στην δουλειά και στις δραστηριότητές μου	1	2
β. Πέτυχα λιγότερα απ' όσα θα ήθελα	1	2
γ. Δεν ήμουν τόσο προσεκτικός στην εργασία μου όσο συνήθως	1	2

6. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου πόσο επηρέασε η υγεία σας ή τα ψυχολογικά σας προβλήματα τις κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένειά σας, τους φίλους σας, τους γείτονές σας (κυκλώστε μία επιλογή):

Καθόλου.....	1
Μέτρια.....	2
Λίγο.....	3
Αρκετά.....	4
Πολύ	5

7. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν το πώς αισθάνεστε το τελευταίο τρίμηνο. Σε κάθε ερώτηση δώστε την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στο πως αισθάνεστε. Το τελευταίο τρίμηνο για πόσο διάστημα αισθανόσασταν: (κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε δήλωση)

	Το περισσότερο διάστημα	Αρκετό διάστημα	Κάποιες φορές	Ελάχιστες φορές	Καθόλου
α. Αισθανόσασταν νευρικήτητα?	1	2	3	4	5
β. Αισθανόσασταν κατάθλιψη και τίποτα δεν μπορούσε να φτιάξει τη διάθεσή σας;	1	2	3	4	5
γ. Αισθανόσασταν ήρεμος	1	2	3	4	5
δ. Είχατε πολύ ενέργεια	1	2	3	4	5

ε. Αισθανόσασταν μελαγχολικός	1	2	3	4	5
στ. Αισθανόσασταν εξαντλημένος?	1	2	3	4	5
ζ. Ήσασταν χαρούμενος?	1	2	3	4	5
η. Αισθανόσασταν κουρασμένος?	1	2	3	4	5

Μέρος 2^ο: Παραγωγικότητα

ΟΔΗΓΙΕΣ: Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν την παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας το τελευταίο τρίμηνο. Στις ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών παρακαλώ κυκλώστε μία απάντηση.

8 . Πόσες εργάσιμες μέρες χάσατε το τελευταίο τρίμηνο (δεν συμπεριλαμβάνονται άδειες διακοπών και μητρότητας)

- α. Καμία (πηγαίνετε στην ερώτηση 11)
- β. Μία
- γ. Περισσότερες από μία

9. Απουσιάσατε από την εργασία σας λόγω προβλημάτων της δικής σας υγείας, προβλημάτων υγείας κάποιου μέλους της οικογένειάς σας ή για κάποιο άλλο λόγο το τελευταίο τρίμηνο;

- α. Δική μου υγεία
- β. Υγεία κάποιου άλλου
- γ. Άλλος λόγος

10. Πόσες εργάσιμες μέρες χάσατε λόγω προβλημάτων της δικής σας υγείας; _____

11. Πόσες μέρες το τελευταίο τρίμηνο πήγατε αργά στη δουλειά ή φύγατε νωρίς ;

- α. Καμία(πηγαίνετε στην ερώτηση 14)
- β. Μία
- γ. Περισσότερες από μία

12. Χάσατε αυτό το χρόνο εργασίας λόγω προβλημάτων με τη δική σας υγεία, την υγεία κάποιου μέλους της οικογένειάς σας ή για κάποιο άλλο λόγο; (κυκλώστε την σωστή απάντηση)

- α. Δική μου υγεία
- β. Υγεία κάποιου άλλου
- γ. Άλλος λόγος

13. Πόσες μέρες το τελευταίο τρίμηνο εργαστήκατε λιγότερες ώρες λόγω προβλημάτων υγείας (είτε σωματικών είτε ψυχολογικών); _____

14. Πόσες μέρες το τελευταίο τρίμηνο ήρθατε νωρίτερα στη δουλειά ή φύγατε αργότερα για να προλάβετε τον όγκο δουλειά σας;

- α. Καμία (πάνε στην ερώτηση 16)
- β. Μία
- γ. Περισσότερες από μία
- δ. Δεν γνωρίζω

15. Πόσες επιπλέον ώρες εργαστήκατε εκείνη τη συγκεκριμένη μέρα; _____

16. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν το χρόνο που αφιερώσατε στην εργασία σας το τελευταίο τρίμηνο. Πόσο συχνά κατά το διάστημα αυτό βιώσατε τα ακόλουθα συναισθήματα;

		1 Συνέχεια	2 Πολλές φορές	3 Συχνά	4 Κάποιες φορές	5 καθόλου
α	Πόσο συχνά η ταχύτητά σας στην εργασία σας ή η παραγωγικότητά σας ήταν υψηλότερη από το αναμενόμενο;					
β	Για πόσο διάστημα η ταχύτητά σας στην εργασία σας ή η παραγωγικότητά σας ήταν χαμηλότερη από το αναμενόμενο;					
γ	Πόσο συχνά την ώρα εργασίας δεν δουλεύατε ενώ έπρεπε να εργάζεστε;					

δ	Πόσο συχνά διαπιστώνετε ότι δεν εργαζόσασταν όσο προσεκτικά έπρεπε;								
ε	Πόσο συχνά η ποιότητα της εργασίας σας ήταν χαμηλότερη από το αναμενόμενο;								
στ	Πόσο συχνά ονειροπολείτε και είστε αφηρημένος στην εργασία σας;								
ζ	Πόσο συχνά έχετε πρόβλημα στις σχέσεις σας με τους συναδέλφους σας;								
η	Πόσο συχνά δεν μπορούσατε να ελέγξετε τα συναισθήματά σας όταν βρισκόσασταν με κόσμο;								
θ	Πόσο συχνά οι σχέσεις σας με τους συναδέλφους σας ήταν καλές;								

17. Το τελευταίο τρίμηνο, τις ώρες που ήσασαν στην εργασία σας, πόσο συχνά προβλήματα υγείας περιόριζαν την απόδοσή σας σε σύγκριση με το συνηθισμένο;

- α. Συνέχεια
- β. Συχνά
- γ. Κάποιες φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

18. Οι επόμενες ερωτήσεις έχουν ως στόχο να αξιολογήσετε την απόδοσή σας στην εργασία σας από το 1 έως το 10, όπου το 1 αντιπροσωπεύει την χειρότερη εργασιακή απόδοση που μπορεί να έχει κάποιος και το 10 την καλύτερη δυνατή εργασιακή απόδοση.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
α. Πως θα βαθμολογούσατε συνολικά την εργασιακή σας απόδοση το τελευταίο τρίμηνο;										
β. Πως θα βαθμολογούσατε την εργασιακή σας απόδοση τις										

τελευταίες 7 μέρες;											
γ. Πως θα βαθμολογούσαν οι συνάδελφοί σας την εργασιακή σας απόδοση τις τελευταίες 7 μέρες;											
δ. Πως θα βαθμολογούσε ο προϊστάμενός σας την εργασιακή σας απόδοση τις τελευταίες 7 μέρες;											

19. Την τελευταία βδομάδα πόσες μέρες η ταχύτητά σας στην εργασία σας ή η παραγωγικότητά σας ήταν χαμηλότερη από το αναμενόμενο?

- α. Συνέχεια
- β. Τις περισσότερες ώρες
- γ. Κάποιες ώρες
- δ. Λίγες ώρες
- ε. Καθόλου
- στ. Δεν ξέρω

20. Αισθάνεστε ότι πετύχατε κάτι σημαντικό στην εργασία σας το τελευταίο τρίμηνο;

- α. Ναι
- β. Όχι
- γ. Δεν ξέρω

21. Είχατε κάποια αποτυχία στην εργασία σας ή κάνατε κάποιο σημαντικό λάθος το τελευταίο τρίμηνο στην εργασία σας;

- α. Ναι
- β. Όχι
- γ. Δεν ξέρω

22. Κάνατε κάποιο λάθος στην εργασία σας το τελευταίο 3μηνο από το οποίο προκλήθηκε κάποιο ατύχημα ή που προκάλεσε κίνδυνο σε εσάς ή σ' άλλους;

- α. Ναι
- β. Όχι
- γ. Δεν γνωρίζω

Δημογραφικά Στοιχεία

23. Ποιο είναι το φύλο σας?

Αντρας

Γυναίκα

24. Ποια είναι η ηλικία σας ;

22 - 30

31 - 40

41-50

51-60

60+

25. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

Απολυτήριο λυκείου

Πτυχίο ανώτερης / ανώτατης εκπαίδευσης

Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών

Διδακτορικός τίτλος σπουδών

26. Ποια είναι η ειδικότητά σας στη μονάδα υγείας;

Νοσηλεύτης

Ιατρός

Διοικητικό προσωπικό

Τεχνικό προσωπικό

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aldana, S.G. «Financial Impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature», American Journal of Health Promotion, 2001, p.296-320.
- Anderson, D.R et.al. «Conceptual framework, critical questions, and practical challenges in conducting research on the financial impact of worksite health promotion». American journal of Health Promotion, 2001, p.281-288.
- Attridge, M. et.al. «The Integration of Employee Assistance», Work/Life, and Wellness Services, 2005, p.37.
- Attridge, M., & Gold, D. «Improving employee performance by improving health: Secrets of successful health and productivity management (HPM) programs» Presented at Institute for Health and Productivity Management 4th Annual Conference, 2004, October, Phoenix, AZ.
- Bergmark, R.E., Dell, P. Attridge, M., & Parker, M.K. «Creating an intergrated healthcare system: The health and human risk management model», Managed Care Quarterly, 1996, p.36-42.
- Blum, T., & Roman, P. Cost-Effectiveness and Preventive Implications of Employee Assistance Programs. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1995.
- Brouwer WBF, Koopmanschap MA, Rutten FFH. «Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence», Health Policy, 48, 1999, 13-27.
- Brouwer WBF, van Exel NJA, Koopmanschap MA, Rutten FFH. «Productivity costs before and after absence from work: as important as common?», Health Policy. 61(2), 2002, 173-187.
- Brunnelle, A. «Out of action: Absence management strategies can help keep workers on the job». Benefits and Compensation Sollutions, 2004, 39-41.

- Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, et al. «The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers» Journal of Occupational and Environmental Medicine.47(6), Jun 2005, 547-557.
- Collins, K. «The EAP core Technology». EAPA Exchange, May/June, 11, 2002.
- Contie, D.J., & Burton, W.N. Behavioral Health Disability Management. In J. Oher (Ed.), The Employee Assistance Handbook. NY, Wiley, 1999.
- Evans CJ, Crawford B. «Data Collection Methods in Prospective Economic Evaluations: How Accurate Are the Results?» Value in Health, 3(4), July/August 2000, 277-286.
- Gallagher, P.A., & Morgan, C.L. «Defining the intangible: Measuring the indirect costs related to workers absence», Health and Productivity Magazine, 2002, p.26-27.
- Ginsberg, M.R., Kilburg, R.R., & Gomes, P.G. Organisational Counseling and the delivery of integrated human services in the workplace: An evolving model for employee assistance theory and practice. In J.M. Oher (Ed.), The Handbook of Employee Assistance. NY, Wiley, 1999.
- Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang SH, Lynch W. «Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting US employers», Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46(4), Apr 2004, 398-412.
- Gold, D. Making the business case for worksite health promotion. Presented in Midwest Worksite Health Promotion Conference, Bloomington, MN, 2004,
- Gornick, M.E. «Work-life core competencies», EAPA Exchange, May/June,11, 2002
- Hackett RD. «Work Attitudes and Employee Absenteeism - a Synthesis of the Literature». Journal of Occupational Psychology, 62(3), Sep 1989, 235-248.
- Harris Interactive. «Therapy in America 2004». Cited in Open Minds, July 2004, p.11-12.
- Hellas Eap Ltd. Έρευνα για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στις ελληνικές επιχειρήσεις. EAP Ltd, 2009

- Hobson, C.J., Delunas, L., & Kesic, D. «Compelling evidence of the need for corporate work-life balance initiatives: Results from a national survey of stressful life-events». Journal of Employment Counseling, 2001, p.38-44.
- Honnicutt, D. «Understanding the seven critical benchmarks of worksite wellness success», Health & Productivity Management, 2003, p.18-19.
- Johns, G. «Absenteeism Estimates by Employees and Managers - Divergent Perspectives and Self-Serving Perceptions». Journal of Applied Psychology, 79(2), Apr 1994 α , 229-239.
- Johns, G., «How Often Were You Absent - a Review of the Use of Self-Reported Absence Data». Journal of Applied Psychology. 79(4), Aug 1994 β , 574-591.
- Johnson, W.G. Economic analysis of health and productivity: An integrated approach to health. White article for IHPM. Scottsdale, AZ: Institute for Health and Productivity Management, 2001.
- Joyce, P. Strategic Management for the Public Services, London, Open University Press, 1999.
- Kantz, ME., Harris, WJ., Levitsky, K., Ware, JE., Davies, AR. «Methods for Assessing Condition-Specific and Generic Functional Status Outcomes after Total Knee Replacement». Medical Care, 30(5), May 1992, 240-252.
- Kessler, RC, Barber C, Beck A, et al. «The world health organization health and work performance questionnaire (HPQ)». Journal of Occupational and Environmental Medicine. 45(2), Feb 2003, 156-174.
- Koopman, C., Pelletier, KR., Murray, JF., et al. «Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity», Journal of Occupational and Environmental Medicine, 44(1), . Jan 2002, 14-20.
- Kuhnert, K. W., & Palmer, D. R., «Job security, health and the intrinsic and xtrinsic characteristics of work», Group & Organization Studies, 16, 1991, 178-192
- Kvale, S. Interviews, an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1996.

- Laubach W, Milch W, Ernst R. «Dimensions of work stress and job satisfaction in psychiatric-psychotherapeutic practice», Psychother. Psychosom. Med. Psychology, 49. 1999, 38–47
- Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process, New York, Toronto, London: McGraw-Hill Book Co, 1966.
- Lazarus R.S. & Folkman S. Stress, appraisal, and coping, New York, Springer, 1984.
- Lewis, S., & Dyer, J. Towards a culture for work-life integration?, In C.L Cooper & R.J. Burke (Eds.), the New World of Work: Challenges and opportunities, Williston, VT: Blackwell, 2002, 193-210
- Lingle, K.M. «Work-life», Benefits and Compensation Solutions, 2004, p.36- 37.
- Lynch, W. «Trusting that the truth will be good enough», Health and Productivity Magazine, 2003, p.10-11.
- Macan T.H., «Time management: Test of a Process Model», Journal of Applied Psychology, 1994, 381-391
- Maslach C. & Jackson S. E., «Burnout in organizational settings», Applied Social Psychology Annual, 5, 1984, 133-153.
- Maslach C. & Schaufeli W.B. & Leiter M.P. Job Burnout, N.Y., Annual Rev. Psychology, 2001
- Mason, J. Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2003.
- McLeod, J., & McLeod, J. «How effective is workplace counseling? A review of the research literature», Counselling and Psychotherapy Research, 2001, 181-191.
- Miller, N.E., & Magruder, K.M. (eds.). Cost-Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers and Policymakers. New York: Oxford, 1999.
- Mulvihill, M. «The definition and core practices of wellness», Journal of Employee Assistance, 2003, p.13-15.

- Nerenz DR, Repasky DP, Whitehouse FW, Kahkonen DM. «Ongoing Assessment of Health-Status in Patients with Diabetes-Mellitus», Medical Care, 30(5), May 1992, 112-124.
- Pauly MV, Nicholson S, Xu J, et al. «A general model of the impact of absenteeism on employers and employees», Health Economics. 11(3), Apr 2002, 221-231.
- Pelletier, K.R. «A review and analysis of the clinical-and cost- effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: (1998-2000) update». American Journal of Health Promotion, 2001, 107-116)
- Riedel, et al. «The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity: A literature review», American Journal of Health Promotion, 2001, 167-191.
- Rudestam, K. E. and Newton, R. R. (1992) *Surviving your dissertation*. London: Sage
- Rush, A. Προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο. Η συμβολή των employee assistance, work-life & wellness programs, Εισήγηση 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας «Η πρόληψη συμφέρει όλους», Αθήνα, 2010.
- Sciegaj., M., Garnick, D.W., Horgan, C.M., Merrick, E.L., Goldin, D., Urato, M., & Hidgkin, D. «Employee Assistance Programs among Fortune 500 firms», Employee Assistance Quarterly, 2001, p.25-35.)
- Sherman, B. «Work-life balance: Key component of an integrated HPM strategy», Health & Productivity Management, 2004, p.19-20.
- Stein, S.A. «Why work/life and EAP should be integrated», Behavioral Health Management, 2002, p.32-41.
- Wagner AK, Keller SD, Kosinski M, et al. «Advances in Methods for Assessing the Impact of Epilepsy and Antiepileptic Drug-Therapy on Patients Health-Related Quality-of-Life», Quality of Life Research, 4(2), Apr 1995, 115-134.
- Winn-Rogers, K. «In sickness and in health», Health and Productivity Magazine, 2003, 23-25.

Κυριαζή, Ν., Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση μεθόδων και πρακτικών.
Αθήνα, Ελληνικά γράμματα, 2001.

<http://osha.europa.eu/el/topics/whp> (ημερομηνία πρόσβασης Οκτώβριος, 2013)

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ezjm9hsUvo0J:www.enet.gr>
(ημερομηνία πρόσβασης Οκτώβριος, 2013)

http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/8th_Initiative/MentalHealth_Broschuere_businesscase.pdf (ημερομηνία πρόσβασης Οκτώβριος, 2013)

<http://www.expresscomputeronline.com/20071224/technologylife01.shtml>
(ημερομηνία πρόσβασης Οκτώβριος, 2013)

http://www.gsee.gr/userfiles/file/2010_NEWS_KEIMENA/GRAMMATEIA_YGIEIN_IS_ASFALEIAS/protasi_ethniki_stratigiki_igia.pdf(ημερομηνία πρόσβασης
Οκτώβριος, 2013)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς