



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Μέτρηση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων στο χώρο της υγείας
με τη χρήση πληροφοριακού συστήματος»**

ΚΟΤΣΩΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ Π.Ε.

Σεπτέμβριος 2013
ΣΠΑΡΤΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Τμήμα Νοσηλευτικής

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Μέτρηση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων στο χώρο της υγείας με τη
χρήση πληροφοριακού συστήματος»**

ΚΟΤΣΩΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Μέλη συμβουλευτικής επιτροπής

Επιβλέπουσα: Λαζακίδου Αθηνά, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Πρεζεράκος Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Κοτσώνη Αναστασία, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματός . All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Λαζακίδου Αθηνά

Τσιρώνη Μαρία

Πρεζεράκος Παναγιώτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο της τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης που αποκομίζεται από την εργασία στο χώρο της υγείας. Επιχειρήθηκε να διαπιστωθεί εάν είναι επαρκής η φροντίδα που δέχονται οι εργαζόμενοι από το εργασιακό τους περιβάλλον για την κάλυψη των αναγκών τους, καθώς και να διακριθούν εκείνοι οι τομείς οι οποίοι για τους επαγγελματίες υγείας χρειάζονται βελτίωση. Επίσης μελετώνται οι προσδοκίες και τα συναισθήματα τους.

Υλικό και μέθοδος: Ερευνήθηκε η βιβλιογραφία των μελετών πεδίου και αφού συγκεντρώθηκαν τα σημεία ενδιαφέροντος αναζητήθηκε το κατάλληλο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε ηλεκτρονικά μέσω των google docs και οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σε μορφή scores. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε σε πρόγραμμα SPSS 17.

Αποτελέσματα: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 200 εργαζόμενοι του Γ. Νοσοκομείου Σπάρτης «Ιωάννου & Αικ. Γρηγορίου» και του Γ. Ν. Παίδων « Η Αγία Σοφία» Αττικής. Οι απαντήσεις τους επαλήθευσαν, ως επί το πλείστον, τις επικρατέστερες απόψεις της βιβλιογραφίας. Ωστόσο προέκυψαν και ορισμένα νέα συμπεράσματα.

Συμπεράσματα: Πολλοί εργαζόμενοι σκοπεύουν να αλλάξουν επάγγελμα λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή άσκηση του ιατρικού και νοσηλευτικού τους έργου. Ηλικιακά, οι νεότεροι είναι πιο ενθουσιώδεις ενώ οι μεγαλύτεροι έχουν πιθανότατα αναπτύξει ένα σύστημα αυτοάμυνας και πλήττονται λιγότερο από τις επικρατούσες συνθήκες. Η άποψη τους για τους προϊσταμένους τους είναι θετικότερη σε σχέση με αυτή για την Διοίκηση των Νοσοκομείων. Τέλος, οι συνθήκες εργασίας φαίνεται να είναι ευνοϊκότερες στα Νοσοκομεία της επαρχίας.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτική πράξη, ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας, επαγγελματική εξουθένωση, επιμόρφωση.

ABSTRACT

Purpose: This paper aims to explore the satisfaction gained from work. It was intended to be seen whether the care received by employees from their workplace are adequate to meet their needs and to distinguish areas for healthcare which professionals think to need improvement. Also studied are the expectations of workers and their feelings.

Material and methods: Mainly searched field studies and since landmarks are gathered, search for the appropriate questionnaire was followed. The questionnaire was drawn through google docs and questions raised in the form of scores. The analysis was performed in SPSS 17 program.

Results: Sample population included the views of 200 hospital workers from two hospitals of the capital of the province of Greece. Their views revealed the prevailing views of the literature, however, with some specific conclusions.

Conclusions: There are many employees who intend to change their profession because of the difficulties they face in their daily practice of medicine and nursing work. Younger are more enthusiastic while older have probably developed a self-defense system less affected by prevailing conditions. Health professionals have a more positive view for their supervisors than for the Management of Hospitals. Finally, working conditions seem to be more favorable to the hospitals of the province.

Keywords: Nursing practice, health professional satisfaction, burnout, training.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης αισθάνομαι την ανάγκη και την υποχρέωση να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στους ανθρώπους που βοήθησαν ουσιαστικά σε αυτή μου την προσπάθεια.

Στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Λαζακίδου Αθηνά για την πολύτιμη συμβολή και καθοδήγηση της σε όλα τα στάδια της , καθώς και για την ενθάρρυνση που μου παρείχε όλο αυτό το διάστημα.

Επίσης , χωρίς την πολύτιμη συμβολή των εργαζομένων, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, δεν θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωση της.

Θα ήθελα ακολούθως να ευχαριστήσω από καρδιάς την μητέρα μου η οποία κάθε φορά αγωνιούσε και λαχταρούσε για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ τον σύζυγό μου για τον χρόνο που του στέρησα κατά την διάρκεια των σπουδών μου, για την υπομονή, την κατανόηση και την αγάπη που μου παρείχε.

Αφιερωμένη στην αγαπημένη μου γιαγιά Φανίτσα που με βοηθούσε πάντα έστω και από μακριά, με είχε πάντα στην σκέψη της και έκανε όνειρα για μένα πριν φύγει από την ζωή.

Ελπίζω να μου δίνει δύναμη και από εκεί ψηλά

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
-------------	---

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
----------	---

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. 1. Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	9
--	---

A. 2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	13
---	----

A. 2. 1. Εισαγωγικά Στοιχεία	13
------------------------------	----

A. 2. 2. Εμφάνιση, Εξέλιξη και Διάγνωση του Συνδρόμου	15
---	----

A. 2. 3. Συνηθέστεροι Παράγοντες Πρόκλησης του Συνδρόμου	18
--	----

A. 2. 4. Πρόληψη του Συνδρόμου	24
--------------------------------	----

A. 2. 5. Ιατροί και Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης	26
---	----

A. 2. 6. Προσωπικό Νοσοκομείου και Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης	29
---	----

A. 2. 7. Παρατηρήσεις	31
-----------------------	----

A. 3. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	33
A. 3. 1. Ρόλος της Διοίκησης	33
A. 3. 2. Σχέσεις Συναδέλφων και Καθορισμός Ρόλων	41
A. 3. 3. Υποστελέχωση , Κυκλικό Ωράριο και Συνέπειες	46
A. 3. 4. Άγχος και Κατάθλιψη	57
A. 3. 5. Ικανοποίηση Νοσηλευόμενων και Οικογένειας	62
A. 3. 6. Ασθένειες, Παθήσεις, Ατυχήματα Επαγγελματιών Υγείας	69

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B.1. Δημογραφικά Στοιχεία	78
B.2. Επαγγελματίες Υγείας και Εργασιακός Χώρος	88
B.3. Επαγγελματίες Υγείας και Προσωπική Ικανοποίηση	91
B.4. Σχέσεις Επαγγελματιών Υγείας και Διοίκησης Νοσοκομείου	117
B.5. Σχέσεις Συναδέλφων	134
B.6. Σχέσεις Επαγγελματιών Υγείας και Ασθενών	141
B.7. Επαγγελματίες Υγείας και Επιμόρφωση	158
B.8. Συμπεράσματα	163

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γ.1. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	167
Γ.2. Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	167

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Δ.1. Άδεια Άσκησης Έρευνας στο Γ. Ν. Σπάρτης	177
Δ.2. Άδεια Άσκησης Έρευνας στο Γ. Ν. Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»	178
Δ.3. Άδεια Χρήσης Ερωτηματολογίου	179
Δ.4. Έντυπη Μορφή Ερωτηματολογίου	180
Δ.5. Ηλεκτρονική Μορφή Ερωτηματολογίου	190
Δ.6. Πλατφόρμα Αποστολής Ερωτηματολογίου	197
Δ.7 Συγκεντρωτικοί πίνακες αποτελεσμάτων της έρευνας	198

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Κύριοι σκοποί της έρευνας

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να εκτιμήσει τον βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας μέσω της χρήσης σύγχρονης πληροφοριακής τεχνολογίας. Η εκτίμηση της ικανοποίησης των εργαζομένων αποτελεί ήδη ένα ευρύ πεδίο έρευνας το οποίο εξετάζει τόσο την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος, όσο την επίτευξη ή μη των επαγγελματικών προσδοκιών, καθώς και την αυτοαξιολόγηση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας, ενώ σωρεύει προτάσεις για τη βελτίωση του εργασιακού τους περιβάλλοντος (Ντάτσης και άλλοι, 2007: 268). Παρατηρείται ότι η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων, για παράδειγμα του μόνιμου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που υπηρετεί στα δημόσια γενικά νοσοκομεία και ο προσδιορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν και τη διαμορφώνουν αποτελεί ένα από τα βασικότερα θέματα που θα έπρεπε να απασχολούν τις διοικήσεις των οργανισμών, καθώς αυτό επιβάλλεται τόσο για λόγους οργανωτικούς όσο και ανθρωπιστικούς: η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων (Ποζουκίδου και άλλοι, 2007: 537).

Μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας συζητά για το «σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης» στο χώρο της υγείας, διότι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας έχουν θεωρηθεί ως οι πλέον ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση (Θεοφίλου, 2009: 41). Οι αιτίες αναζητούνται στη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον. Τόσο η αντιμετώπιση του εν λόγω συνδρόμου όσο και πλήθους άλλων αρνητικών παραμέτρων της επαγγελματικής καθημερινότητας στο Νοσοκομείο φαίνεται ότι εξαρτάται ιδιαίτερα από τη διοίκηση των νοσοκομείων, που οφείλει να βοηθήσει, αναζητώντας αποτελεσματικούς τρόπους χειρισμού των προβλημάτων, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στους χρήστες υπηρεσιών υγείας (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008: 642).

Το νοσηλευτικό προσωπικό, που κινητοποιείται από την αγάπη του για το αντικείμενο εργασίας και τους δεσμούς που συνάπτει με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας

υγείας, μπορεί να βιώσει την εργασιακή του ζωή ακόμη θετικότερα, αρκεί να βελτιωθούν οι εργασιακές συνθήκες και οι οικονομικές του απολαβές (Κουράκος και άλλοι 2012, 61). Ας αναφερθεί χαρακτηριστικά ότι ενώ η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να αναφέρεται ως υψηλή, η δυσαρέσκειά τους, αν και θα αναμενόταν μειωμένη, εκτιμάται επίσης ως αυξημένη. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να διακριθεί η ικανοποίηση από τη δυσαρέσκεια, αλλά και ότι στο ζήτημα εισχωρούν παράμετροι προσωπικού συχνά ενδιαφέροντος. Μια μελέτη σε νοσοκομεία της Κύπρου έδειξε ότι η ικανοποίηση αντλείται κυρίως από το ιδιαίτερο αντικείμενο της επαγγελματικής δραστηριότητας και από τη σχέση με τους ασθενείς, όταν πρόκειται για γιατρούς, ενώ για τους νοσηλευτές καθοριστικός ήταν και ο παράγοντας των αποδοχών (Μακρής και άλλοι 2011, 234).

Συνοπτικά, κύριο σκοπό της έρευνάς αποτέλεσε η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης που αποκομίζεται από την εργασία στα ελληνικά Νοσοκομεία. Να διαπιστωθεί εάν είναι επαρκής ή μη η φροντίδα που δέχονται οι εργαζόμενοι από το εργασιακό τους περιβάλλον, ποιοι τομείς κατά την άποψη τους χρειάζονται βελτίωση και ποια είναι τα συναισθήματα και οι προσδοκίες τους.

2. Ερευνητική Προσέγγιση και Μεθοδολογία

Στο θεωρητικό πλαίσιο αυτής της εργασίας, πρόκειται να συγκεντρωθούν οι όμοιες ή διαφορετικές απόψεις και θέσεις που παραδίδονται στη βιβλιογραφία, μέσω της αναφοράς σε συγκεκριμένες μελέτες που έχουν εκπονηθεί στα Νοσοκομεία της χώρας μας και τα αποτελέσματά τους έχουν δημοσιευθεί σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά των τελευταίων ετών. Όμως, στη μεθοδολογία της έρευνάς περιλαμβάνεται και πρακτικό μέρος, για την υλοποίηση του οποίου έγιναν συγκεκριμένα βήματα, τα οποία είχαν ως εξής:

A) Αναζητήθηκε ανάμεσα σε διάφορες μελέτες το κατάλληλο ερωτηματολόγιο, ώστε να χρησιμοποιηθεί κάποιο που έχει ήδη δοκιμαστεί και έχει περιλάβει μια αντιπροσωπευτική σειρά παραμέτρων οι οποίες ανταποκρίνονται στην πληρέστερη δυνατή αντιμετώπιση της έρευνας. Επιλέχθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη των

Ντάτση και άλλων (2007) και για το οποίο ζητήθηκε και εξασφαλίσθηκε η σύμφωνη γνώμη των ερευνητών που το συνέταξαν (Παράρτημα, άδεια και ερωτηματολόγιο: σελ. 179 και εξής). Επίσης, ένας λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε το εν λόγω ερευνητικό εργαλείο ήταν ότι εξασφαλίζει άμεση αποδελτίωση των απαντήσεων. Θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και άλλα μέσα για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας τα οποία αποτελούν εργαλεία ποιοτικής έρευνας, όπως συνεντεύξεις, μελέτη περίπτωσης, ανάλυση περιεχομένου, έρευνα δράσης, κλπ., ωστόσο, το ερωτηματολόγιο στάθηκε ένα εργαλείο κατάλληλο για την διεξαγωγή και ολοκλήρωση της έρευνας που παρείχε πολύτιμα αποτελέσματα παράλληλα με τη δυνατότητα για εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στο δείγμα και τα ερευνητικά δεδομένα.

Β) Συντάχθηκαν και στάλθηκαν οι αιτήσεις προς τα νοσοκομεία Παίδων «Η Αγία Σοφία», Γ. Νοσοκομείο Σπάρτης, Γ.Ν. «Ευαγγελισμός» Αττικής, Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, «Αττικόν» και Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», με τις οποίες ζητείτο η άδεια διεξαγωγής έρευνας.

Γ) Κατασκευάσθηκε ιστοσελίδα ανάρτησης του ερωτηματολογίου και οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν εξασφαλίσθηκαν ακριβώς μέσω της ανταπόκρισης σε αυτή μας την προσπάθεια. Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο έγινε μέσω google docs και οι ενδιαφερόμενοι απάντησαν αφού προηγουμένως είχαν λάβει σχετικά mails (σελ.190) με το σύνδεσμο τον οποίο έπρεπε να καλέσουν ώστε να συμπληρώσουν τις απαντήσεις (σελ. 191 και εξής). Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν τόσο σε ηλεκτρονική όσο και σε έντυπη μορφή όπως δηλώνεται και στην άδεια του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» ή οποία παρατίθεται ενδεικτικά στο Παράρτημα της εργασίας (σελ.178). Εν τέλει στη έρευνα συμμετείχαν 200 επαγγελματίες υγείας. Οι απαντήσεις είχαν τη μορφή scores και η ανάλυση έγινε κατόπιν επεξεργασίας τους με το λογισμικό SPSS 17. Η διάρκεια της έρευνας ήταν τρίμηνη, από τον Σεπτέμβριο έως τον Νοέμβριο 2012.

3. Περιορισμοί της έρευνας

Στους περιορισμούς της έρευνας περιλαμβάνονται αφενός το γεγονός ότι δεν συμπληρώθηκαν όσα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν, αφετέρου η διαπίστωση περί άνισης κατανομής του δείγματος ανάμεσα σε ιατρούς και νοσηλευτές, με αποτέλεσμα να μην εκπροσωπούνται οι πρώτοι στο βαθμό που εκπροσωπούνται οι δεύτεροι. Δυστυχώς, ενώ υπήρξε πρόθεσή μας να στηριχθούμε στα δεδομένα περισσότερων νοσοκομείων, τόσο της επαρχίας όσο και της πρωτεύουσας, δόθηκε άδεια να μπορέσουν να συμμετάσχουν οι εργαζόμενοι από δύο μόνο νοσοκομεία, το Γ.Ν. Σπάρτης και το Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» (παρατίθενται στη σελ. 177-178 του Παραρτήματος). Έτσι, ενώ το δείγμα μας περιλαμβάνει εργαζόμενους και στις δύο επικράτειες που μας ενδιέφεραν, δεν εξετάζει τις απόψεις των απασχολούμενων σε περισσότερα από δύο νοσοκομεία.

A

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. 1. Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η παροχή φροντίδας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια η οποία μπορεί να είναι διαφορετικά διαμορφωμένη στην αντίληψη κάθε προσώπου, σύμφωνα με το κοινωνικό πλαίσιο από το οποίο προέρχεται και τις πεποιθήσεις, πολιτισμικές, θρησκευτικές και άλλες με τις οποίες μεγαλώνει. Κοινό ωστόσο παρονομαστή στην αντίληψη των επαγγελματιών υγείας για την παροχή φροντίδας αποτελεί η σύνδεσή της με την αγάπη για την εργασία αλλά και την αγάπη για τον συνάνθρωπο, μαζί με τη διαφαινόμενη επιθυμία του προσωπικού για εκπαίδευση και επιμόρφωση. Πολλοί επικαλούνται και την αναγκαιότητα για ενσυναίσθηση, δηλαδή για δυνατότητα του επαγγελματία υγείας να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί με ακρίβεια τις συγκινήσεις ενός άλλου προσώπου και να διαβιβάζει τις έννοιες των συναισθημάτων σε άλλο πρόσωπο μέσω των λεκτικών και μη λεκτικών συμπεριφορών. Να μπορεί δηλαδή να προβάλλει κάποιος τον εαυτό του στη θέση κάποιου άλλου, ώστε να κατανοήσει την εμπειρία του. Μεγάλο πάλι μέρος των ερωτηθέντων συνδέει την παροχή φροντίδας με την προστασία της υγείας, τη διατήρηση και την προαγωγή της. Η Νοσηλευτική είναι ακριβώς μια επιστήμη παροχής φροντίδας υγείας και εκφράζεται μέσω των ενεργειών του νοσηλευτή με επίκεντρο την ανθρώπινη επαφή (Κοτρώτσιου και άλλοι, 2008: 59-62 και 68).

Παρά τις καλές προθέσεις τα πράγματα δεν είναι πάντοτε κατοχυρωμένα από κάθε πλευρά που συνιστά το πολυσύνθετο θέμα της παροχής φροντίδας, ενώ οι απόψεις επαγγελματιών υγείας και ασθενών φαίνεται να δίστανται σε όχι ασήμαντες περιπτώσεις νοσηλευτικής αλληλεπίδρασης. Είναι όμως σημαντικό το ότι και οι νοσηλευτές και οι ασθενείς, σύμφωνα με μία μελέτη, έδειξαν να δίνουν μεγάλη σημασία στην ίδια συμπεριφορά φροντίδας, δηλαδή στις γνώσεις των νοσηλευτών αναφορικά με κλινικές δεξιότητες (σε άλλες ωστόσο έρευνες οι συμμετέχοντες φαίνονταν να διαφωνούν ως προς τη σημαντικότερη συμπεριφορά φροντίδας). Παρατηρείται ότι η σύγκριση των απόψεων της φροντίδας ανάμεσα σε ασθενείς και νοσηλευτές και η κατανόηση των διαφορών τους, θα επιτρέψει τη γεφύρωση του χάσματος που τυχόν υφίσταται, με αποτέλεσμα αφενός τη διασφάλιση της ικανοποίησης των ασθενών, αφετέρου την πρόσδωση κύρους στο νοσηλευτικό επάγγελμα αλλά και αξιοπιστίας, μαζί με

την εξύψωσή του «στην καρδιά των ασθενών αλλά και της κοινωνίας γενικότερα» (Παπασταύρου και άλλοι, 2010: 415).

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε ωστόσο με την πεποίθηση ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι επακόλουθο της γενικότερης ικανοποίησης που αισθάνονται οι επαγγελματίες υγείας από το εργασιακό τους περιβάλλον.

Οι μελέτες γύρω από τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την κατάσταση των ιδρυμάτων παροχής φροντίδας υγείας στη χώρα μας αναδεικνύουν ποικίλα προβλήματα, όπως η έλλειψη του προσωπικού, η ανεπαρκής χρηματοδότηση, η έλλειψη εκπαίδευσης, ο έλεγχος, η έλλειψη μηχανογράφησης και ο εξοπλισμός. Αυτές οι ελλείψεις αναφέρονται τόσο για το δημόσιο όσο και για τον ιδιωτικό τομέα, με κάποιες διαφορές στη σειρά των προσδιορισμένων αναγκών. Έτσι διαφαίνεται η αναγκαιότητα για τη δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, όπου η προστασία της υγείας θα είναι πρωταρχικός σκοπός και θα περνά πέρα από τη διαχείριση της ασθένειας, ενώ θα εξασφαλίζονται όμοιες δυνατότητες πρόσβασης σε υψηλές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες (Ιακωβίδου και άλλοι, 2008: 343-344).

Τα προβλήματα ξεκινούν από τη στελέχωση των νοσοκομείων, που δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν όλες τις ανάγκες για τις οποίες προορίζονται. Και ενώ τα δημόσια νοσοκομεία καλύπτουν σήμερα περίπου το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών, η επάρκειά τους δεν είναι ικανή να αντιμετωπίσει τη ζήτηση, ειδικά μετά από τη σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980, που δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστεί από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων. Έτσι, ο αριθμός κλινών ανά 1000 κατοίκους μειώθηκε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ένα ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, την ώρα που το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90% (Μανιού και Ιακωβίδου, 2009: 391). Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει πολλές και συγκεκριμένες αδυναμίες όπως έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κυρίως στα αστικά κέντρα, και προγραμμάτων Πρόληψης ή Προαγωγής Υγείας, έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία, σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού), έλλειψη ανθρώπινων πόρων, ειδικά στις απομακρυσμένες περιοχές, υποχρηματοδότηση και μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των

ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών, υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας και φαινόμενα παραοικονομίας, ανεπαρκή διοίκηση (συγκεντρωτισμός, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ), αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής, έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών, έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας (Μανιού και Ιακωβίδου, 2009: 396-397).

Σημαντικές είναι πλέον και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, που αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία και αποκλείει τις ίδιες ευκαιρίες στη διανομή και προσπέλαση των υπηρεσιών της. Μπορεί εύκολα να αντιληφθεί κανείς ότι ενώ τα βιώσιμα συστήματα υγείας βασίζονται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους, το πρόβλημα της παροχής υγείας εν μέσω κρίσης μεγιστοποιείται, καθώς απαιτούνται οικονομικοί πόροι για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, για αποζημίωση του προσωπικού υγείας, για τα φάρμακα και αναλώσιμα. Έτσι, η οικονομική κατάσταση των ατόμων αλλά και του κράτους επηρεάζει σημαντικά τους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα, καθώς και η γενικότερη πρόσβαση (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012: 202 και 207).

Ίσως, δεν είναι παράδοξο το ότι σε μια έρευνα του 2009 το 53,8% δεν επιβεβαίωσε τις προσδοκίες από την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι οποίες επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως η επιλογή των σπουδών, η αιτία παραμονής και άσκησης του επαγγέλματος, η ηλικία, η θέση στην εργασία, το κυκλικό ωράριο, η σχέση με τον συνδικαλισμό, η κτηριακή και υλικοτεχνική υποδομή, το επίπεδο στελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και η διαχείριση του νοσηλευτικού προσωπικού από τις διοικήσεις των υπηρεσιών και την ηγεσία των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Επιδράσεις ασκούν και η αναγνώριση των προσωπικών επιτευγμάτων, η αξιοκρατία στην επιλογή των προϊσταμένων, το επίπεδο αμοιβής του επαγγέλματος, η ασάφεια καθηκόντων, αρμοδιοτήτων και ρόλων. Έτσι, το νοσηλευτικό επάγγελμα βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα στη δημοτικότητα των μελλοντικών επαγγελματιών, ενώ οι συνθήκες εργασίας και το πλαίσιο άσκησης του επαγγέλματος οδηγεί μεγάλο μέρος του προσωπικού στη ματαίωση και την απογοήτευση (Δημητριάδου-Παντέκα και άλλοι, 2009: 228-229).

Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας, ιδιαιτέρως του νοσηλευτή, είναι προφανές ότι έρχεται σε προφανή αντίθεση με τις επιταγές του επαγγέλματός του και τις αξίες που αυτό καλλιεργεί. Οι νοσηλευτές έχουν την προσωπική ευθύνη της καλλιέργειας και ανάπτυξης ηθικής σκέψης και ανάλογης λήψης αποφάσεων, ώστε να ανακουφίζεται και να υποστηρίζεται η υγεία, η ευεξία και η ανθρώπινη ζωή. Οι σύγχρονες ανάγκες του χώρου της υγείας απαιτούν ανθρώπινο δυναμικό με γνώσεις και δεξιότητες υψηλού επιπέδου, ώστε και νέες μέθοδοι να εφαρμόζονται και οι ανάγκες να εντοπίζονται, αλλά και η διάγνωση, πρόληψη και αποκατάσταση να επιτυγχάνονται (Παπαδαντωνάκη, 2012: 7).

Τα μειονεκτήματα ωστόσο του συστήματος καταλήγουν να στερούν την ικανοποίηση από τους εργαζόμενους στο χώρο και να προκαλούν προβλήματα στην παροχή της φροντίδας στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται το συνολικό αντίκτυπο αυτών των καταστάσεων ως σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο αποτελεί μεταξύ άλλων, τη συναισθηματική αλλά και τη σωματική εξάντληση σε ένα περιβάλλον που και προσδοκίες δεν καλύπτει και τους απασχολούμενους σε αυτό τείνει να ωθήσει στην απαξίωση και την εγκατάλειψη. Από το σημαντικότερο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης θα ξεκινήσει η θεωρητική κάλυψη αυτής της εργασίας και θα επεκταθεί σε αρκετούς επιμέρους τομείς, όσους τουλάχιστον έχουν κριθεί ως οι σημαντικότεροι στη δημιουργία αισθήματος ικανοποίησης των επαγγελματιών από το εργασιακό τους περιβάλλον.

A. 2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

A. 2. 1. Εισαγωγικά στοιχεία

Για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, που ως όρος εισήχθη στη διεθνή βιβλιογραφία το 1974 από τον Freudenberger (*professional burnout*), δεν υφίσταται καθιερωμένος ορισμός, γίνεται δε αποδεκτός από τους περισσότερους ερευνητές εκείνος της Christina Maslach, που διατυπώθηκε το 1982. Περιγράφηκε ως «ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε προς τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και την απόδοσή του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του» (Παππά και άλλοι, 2008: 94).

Το ζήτημα της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού των νοσοκομείων έχει σημαντικά απασχολήσει τη σχετική βιβλιογραφία με τις διαπιστώσεις και τα συμπεράσματα να τείνουν γύρω από τους εξής άξονες:

A) Σύμφωνα με τον προαναφερθέντα ορισμό μπορεί να ορισθεί ως τέτοιο το αίσθημα εξάντλησης και απώλειας του ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες κατά την άσκηση της εργασίας τους.

B) Υψηλή ομάδα κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και μη ικανοποίησης από την εργασία τους παρουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας.

Γ) Οι επιπτώσεις του συνδρόμου είναι ιδιαίτερα σοβαρές καθώς οι νοσηλευτές (και γενικότερα το προσωπικό των νοσοκομείων) μπορούν να αποκτήσουν ψυχοσωματικά προβλήματα, συμπεριφορά κοινωνικής απομόνωσης που οφείλεται στην εργασία, ενώ δύναται να παραχθεί νοσηλευτική φροντίδα χαμηλής ποιότητας (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007: 1).

Δ) Η «συναισθηματική εξάντληση», η «αποπροσωποποίηση» και η «έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων» αποτελούν τις τρεις συνιστώσες που προκαλούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παππά και άλλοι, 2008: 94. Μπαλτζή και άλλοι, 2012: 531). Συνήθως οι μελέτες διερευνούν τις τιμές των τριών αυτών παραμέτρων ώστε να επιτύχουν συνολικές εκτιμήσεις της σοβαρότητας του συνδρόμου.

Στις συχνότερες αιτίες πρόκλησης επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνονται ο φόρτος εργασίας, η συναισθηματική εργασία, η οργανωτική και η διοικητική δομή των δημόσιων νοσοκομείων, ο μειωμένος έλεγχος και η περιορισμένη αυτονομία στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας, οι συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων και των απαιτήσεων του οργανισμού, το συναισθηματικό κλίμα της εργασιακής ομάδας, η κακή ηγεσία, οι συγκρούσεις και ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας, καθώς η χαμηλή αμοιβή και η έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού έργου (Μισουρίδου, 2009: 358-359).

Το πρόβλημα είναι βαρυσήμαντο δεδομένης της ορθής θέσης ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελεί επάγγελμα φροντίδας, επομένως απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ασθενών, οι οποίοι έχουν ανάγκη φυσικής φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης (Δημητριάδου-Παντέκα και άλλοι, 2008: 224). Παρατηρήθηκε μάλιστα προσφάτως ότι το φαινόμενο, που έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους ερευνητές στον τομέα της υγείας διεθνώς, τείνει στην ελληνική πραγματικότητα να λάβει διαστάσεις επιδημίας. Η συγκεκριμένη πηγή τονίζει επίσης, όπως πολλές άλλες, το διαφαινόμενο κίνδυνο για την ψυχική και σωματική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και την έντονη επιρροή του συνδρόμου στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Σταυροπούλου και άλλοι, 2010: 359).

Κρίνεται επομένως απαραίτητη η ανάπτυξη των συστημάτων παρακολούθησης και μέτρησης του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας, μάλιστα σε συνεχή βάση, ώστε να τεκμηριώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και να αυξάνεται η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών μέσω της ελάττωσης του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Στουφής, 2011: 311).

Να σημειωθεί εδώ ότι διακρίνονται δύο σύνδρομα τα οποία σχετίζονται με την κόπωση και την εξουθένωση των επαγγελματιών, καθώς εκτός από εκείνο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναγνωρίζεται και αυτό της χρόνιας κόπωσης. Το τελευταίο ορίζεται ως το σύνολο συμπτωμάτων που δεν μπορούν να ενταχθούν σε άλλη νοσολογική οντότητα, ωστόσο μπορούν μεμονωμένα να βρίσκονται σε διάφορες οργανικές παθήσεις: η κόπωση κυριαρχεί.

Η κατάσταση αυτή, και όχι ασθένεια, οφείλεται κατά τα φαινόμενα σε πολλούς παράγοντες και σύνθετους μηχανισμούς, ενώ χαρακτηρίζεται από επίμονη κόπωση έξι τουλάχιστον μηνών, με ανεξήγητα συμπτώματα και πολλά λειτουργικά προβλήματα. Καλύπτει ένα ποσοστό προσωπικού κυμαινόμενο μεταξύ 0,2 και 0,5%. Φυσικές αιτίες έχουν προκαλέσει συνήθως μεγαλύτερη διάρκεια παραπόνων για κόπωση στους πάσχοντες, ενώ η αδυναμία να δοθεί ιατρική απάντηση προκαλεί την ανάγκη για φυσική εξήγηση. Έτσι, σημαντική διαφορά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης διαπιστώνεται στο ότι το τελευταίο έχει κυρίως ψυχολογικά συμπτώματα, με προέλευση τα προβλήματα της εργασίας, στα οποία εξάλλου οι πάσχοντες αποδίδουν συνήθως την κατάσταση τους. Για τη σχέση των δύο συνδρόμων παρατηρείται το εξής: Αφενός οι πάσχοντες από χρόνια κόπωση δεν είναι απαραίτητο να πάσχουν οπωσδήποτε και από επαγγελματική εξουθένωση. Αφετέρου, οι πάσχοντες από επαγγελματική εξουθένωση δεν εκφράζουν οπωσδήποτε την κόπωση ως το κύριο παράπονό τους (Διομήδους και άλλοι, 2009, 190-191).

Μπορεί εδώ να διευκρινιστεί ότι στο θέμα της εργασίας μας εμπίπτει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς ένα σύνδρομο το οποίο αποδίδεται σε φυσικές κυρίως αιτίες, όπως αυτό της χρόνιας κόπωσης, δεν αφορά ασφαλώς στις ειδικότερες συνθήκες του νοσοκομείου, που αποτελούν κεντρικό άξονα της παρούσας μελέτης.

A. 2. 2. Εμφάνιση, εξέλιξη και διάγνωση του συνδρόμου

Έχουν διαπιστωθεί τέσσερα στάδια στην εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, στα οποία εκδηλώνονται συγκεκριμένα συμπτώματα: στο *στάδιο ενθουσιασμού* οι στόχοι είναι ιδιαίτερα υψηλοί και οι προσδοκίες μη ρεαλιστικές, ενώ παρατηρείται υπέρμετρη επένδυση στις σχέσεις με τους ασθενείς. Ακολουθεί το *στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας* κατά το οποίο ενώ ο επαγγελματίας θεωρεί ή αντιλαμβάνεται ότι η προσφορά του είναι σημαντική, διαπιστώνει ότι η εργασία του δεν καλύπτει τις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του. Επόμενο στάδιο είναι αυτό της *απογοήτευσης και ματαίωσης*, κατά το οποίο λαμβάνουν χώρα αποθάρρυνση, απογοήτευση, έως και κατάθλιψη. Η διαδικασία ολοκληρώνεται με το *στάδιο απάθειας*, κατά τη διάρκεια του οποίου ο επαγγελματίας αισθάνεται «κενός», απαθής, χάνει το θάρρος του, ακόμα δε περισσότερο αισθάνεται ενοχές και χαμηλή αυτοεκτίμηση, ή δέχεται επικρίσεις, ενώ καταφεύγει σε συγκρούσεις και

απομόνωση. Παρά όμως τη διαπίστωση της ύπαρξης σταδίων, η επαγγελματική εξουθένωση λέγεται ότι αποτελεί «ύπουλη διαδικασία», η διάγνωση της οποίας είναι δύσκολη. Όσοι υποφέρουν από αυτή δεν αντιλαμβάνονται επακριβώς τί τους συμβαίνει, συχνά μάλιστα απωθούν ή συνειδητά αγνοούν τα σωματικά συμπτώματα, αλλά και τις γνωστικές παρενέργειες και τον ψυχικό πόνο που τη συνοδεύουν (Μισουρίδου, 2009: 359).

Το παραπάνω μοντέλο των τεσσάρων σταδίων έχει προταθεί από τους Edelwich και Brodsky, ωστόσο υφίσταται εναλλακτική πρόταση τριών σταδίων, κατά τον C. Cherniss. Προηγείται το στάδιο του «εργασιακού στρες», κατά το οποίο στοχοποιείται ως αιτία μη υλοποίησης των προσωπικών στόχων η έλλειψη πόρων. Έπεται το στάδιο της «εξάντλησης», οπότε ο εργαζόμενος βρίσκεται υπό συνεχές stress και αισθάνεται έλλειψη ενδιαφέροντος, με αποτέλεσμα να οδηγείται σταδιακά στο στάδιο της «αμυντικής κατάληξης», με χαρακτηριστικότερα γνωρίσματα τον κυνισμό και την απάθεια (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007: 4).

Οποιοδήποτε μοντέλο από τα παραπάνω ή από άλλες περιγραφές και αν γίνεται αποδεκτό, κοινός όρος όλων είναι η απώλεια ενδιαφέροντος του εργαζόμενου για τη φύση και τον χώρο εργασίας, που καταλήγει σε διαταραγμένες σχέσεις με τους ασθενείς και το περιβάλλον γενικότερα (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007: 4).

Εκτός από την ανίχνευση των σταδίων, ένας άλλος τρόπος για τη διάγνωση του συνδρόμου μπορεί να θεωρηθεί η επισήμανση τριών χαρακτηριστικών του, που έχουν αποτελέσει διαγνωστικά κριτήρια: ο κυνισμός, το αίσθημα σωματικής και συναισθηματικής εξουθένωσης και η μειωμένη αποδοτικότητα. Ενδεχομένως μπορεί να βοηθήσει και η ομαδοποίηση της συμπτωματολογίας με βάση την ηλικία και τα ατομικά χαρακτηριστικά των πασχόντων: θεωρούνται ιδιαίτερα επιρρεπή τα άτομα ηλικίας 30–40 ετών, οι ανύπανδροι άνδρες, αλλά και τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Στις ευάλωτες ομάδες ανήκουν επίσης όσοι έχουν τύπο προσωπικότητας A4¹ αλλά και τα άτομα με εξωτερικό πεδίο ελέγχου² (Διομήδους και άλλοι, 2009, 191-192).

¹ Σύμφωνα με τον Β. Μαυρόχαννα «Οι άνθρωποι τύπου Α είναι ανταγωνιστικοί, φιλόδοξοι και προσπαθούν απελπισμένα να πετυχαίνουν τους στόχους τους. Μοιάζουν πάντα ανυπόμονοι, βιαστικοί και με επίγνωση του χρόνου. Επιχειρούν πάντα να ασκούν έλεγχο στο περιβάλλον τους, τους απασχολούν πολύ οι προθεσμίες, δεν αντέχουν τις καθυστερήσεις και γενικά διακατέχονται από μία εχθρική και επιθετική διάθεση. Η επιθετικότητα τους

Η συμπεριφορά των πασχόντων από το σύνδρομο παρουσιάζει ορισμένα κοινά σημεία που βοηθούν στη διάγνωση. Στο πλαίσιο της έντονης αποθάρρυνσης που αισθάνεται ο επαγγελματίας και της αίσθησης ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών αλλά και στις προσδοκίες του, συμπεριφέρεται σαν να διαχειρίζεται «περιστατικά» και όχι σαν να έχει απέναντί του ασθενείς, ενώ εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος. Ο συναισθηματικός δεσμός με τους ασθενείς αποφεύγεται, ψυχρότητα, τυπικότητα, απρόσωπο φέρσιμο, ή και επιθετικότητα κάνουν αισθητή την παρουσία τους. Οι ενέργειές του χαρακτηρίζονται από υποτίμηση, έλλειψη φροντίδας και σεβασμού, αρνητικά συναισθήματα εκδηλώνονται προς τους ασθενείς και τους συναδέλφους, ή τον εαυτό του. Του λείπουν η αυτοσυγκέντρωση, παρατηρητικότητα και η καλή μνήμη, που δίνουν τη θέση τους σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα. Γενικότερος αντιεπαγγελματισμός συνίσταται από χαρακτηριστικά όπως η αργοπορία, ή οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, που μπορούν να επεκτείνονται στην οικογένεια (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008: 644).

όμως κατευθύνεται συνήθως προς τα μέσα και είναι ανίκανοι ή απρόθυμοι να εκφράσουν τον εκνευρισμό και τον θυμό τους προς τα έξω. Σπάνια βλέπουμε την προσωπικότητα τύπου A να εκφράζεται έντονα με φωνές, βρισιές και χειρονομίες. Συνήθως φωνάζουν σιωπηλά και ξεθυμαίνουν με το να ρίχνονται ακόμη πιο σκληρά στην δουλειά ή να καταβάλουν μεγαλύτερη σωματική προσπάθεια όταν αθλούνται. Οι προσωπικότητες τύπου A θέτουν επίσης στον εαυτό τους εξωπραγματικούς στόχους και κατά συνέπεια, το βρίσκουν δύσκολο να ολοκληρώσουν τις δουλειές τους, στον χρόνο που έχουν στην διάθεση τους. Αναλαμβάνουν περισσότερες από μία δουλειές την κάθε φορά και συχνά είναι ανίκανοι να τελειώσουν την μία πριν περάσουν στην άλλη. Η ενόχληση και ο θυμός τους συχνά ξεσπάνε για μικροπράγματα και έχουν την τάση να μεγαλοποιούν το καθετί. Δίνουν μεγάλη προσοχή στις λεπτομέρειες και έχουν αρκετές έμμονες ιδέες σχετικά με τους αριθμούς, τις ποσότητες και γενικά την ακρίβεια. Δύσκολα ακούνε τις γνώμες και τις απόψεις των άλλων. Συνειδητά ή ασυνείδητα βλέπουν την πρόοδο και την επιτυχία στην καριέρα τους σαν πιο σημαντικές από την οικογένεια ή τους φίλους. Πιστεύουν ότι ο τρόπος ζωής τους πρέπει να είναι παραγωγικός. Μερικά στοιχεία της προσωπικότητας μπορεί να είναι κληρονομικά, ως ένα βαθμό, αλλά οι συμπεριφορές, οι πεποιθήσεις και τα ιδιαίτερα μοντέλα συμπεριφοράς, μπορούν να τροποποιηθούν και να αλλοιωθούν. Λίγοι άνθρωποι με προσωπικότητα τύπου A, καταφέρνουν να ικανοποιήσουν τις φιλοδοξίες τους, αλλά ακόμη και αν το πετύχουν, γρήγορα θέτουν στον εαυτό τους άλλους στόχους, εξίσου άφραστους και εξίσου τιμωρητικούς».

² Σύμφωνα με τους Κόκκινο και Παναγιώτου (2004: 571) ο όρος «πεδίο» ή «κέντρο ελέγχου» αποτελεί εννοιολογική κατασκευή με ρίζες στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Rotter. Παριστά μια γενικευμένη προσδοκία του ατόμου για τους παράγοντες καθορισμού της επιτυχίας ή αποτυχίας του. Σύμφωνα με το πεδίο ελέγχου, τα άτομα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε εκείνα που εμπιστεύονται την ικανότητά τους να ελέγξουν τα γεγονότα της ζωής τους, έχουν δηλαδή εσωτερικό πεδίο ελέγχου, και σε εκείνα που αντιλαμβάνονται επιτυχίες και αποτυχίες ως αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων, όπως της τύχης, των συμπτώσεων, του πεπρωμένου, έχουν δηλαδή εξωτερικό πεδίο ελέγχου.

A. 2. 3. Συνηθέστεροι παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου

Οι διάφορες μελέτες συνηγορούν υπέρ ορισμένων βασικών παραγόντων πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, οι οποίοι είναι, προφανώς οι συνηθέστεροι. Έχει μετρηθεί μάλιστα η ένταση εμφάνισής τους και σύμφωνα με τη συχνότητα που υποδεικνύει, μια περιγραφή τους, η οποία ενδεχομένως εξαντλεί τον κατάλογό τους, μπορεί να είναι η παρακάτω, που στηρίζεται στα αποτελέσματα της έρευνας των Καρανικόλα και Κλεάνθους (2011: 167). Οι μελετητές διακρίνουν τους παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου σε εκείνους που αφορούν στην εργασία, στους θεραπευόμενους και στα ατομικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών. Περιλαμβάνουν σε κάθε μια από τις κατηγορίες αυτής τους εξής παράγοντες (η πηγή συμπληρώνεται με τη συνδρομή άλλων, που αναφέρονται σε παραπομπές):

Παράγοντες που αφορούν στην εργασία: Βαρύς φόρτος εργασίας, εργασιακή ανασφάλεια, περιορισμένη επικοινωνία και υποστήριξη από τη διοίκηση, περιορισμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, φύση της εργασίας, ανεπαρκείς πόροι και υπηρεσίες, έλλειψη προσωπικού, ωράριο εργασίας, θέση εργασίας, συγκρουσιακές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών, συγκρουσιακές διαπροσωπικές σχέσεις με τους ιατρούς, ανεπαρκής εκπαίδευση σε θέματα φροντίδας και προαγωγής της ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης της απρόβλεπτης ή επιθετικής συμπεριφοράς, εργασία σε αστικές περιοχές, ανεπαρκής κλινική εποπτεία, σύγκρουση και ασάφεια ρόλων (Καρανικόλα και Κλεάνθους, 2011: 167).

Οι εργασιακοί παράγοντες είναι ιδιαίτερης σημασίας. Ενδεικτικά για το ζήτημα είναι τα αποτελέσματα μελέτης σε τέσσερα νοσοκομεία της Μακεδονίας (δείγμα 342 νοσηλευτών και βοηθών τους), όπου το σύνολο σχεδόν του νοσηλευτικού προσωπικού (92,7%, n=317) θεώρησε ότι είναι υποχρεωμένο να λειτουργεί υποστελεχωμένα νοσηλευτικά τμήματα τα οποία στερούνται όχι μόνο ανθρώπινου δυναμικού αλλά και πόρων και υλικών. Ακόμα περισσότερο διαπιστώθηκε ότι κοινή πεποίθηση (92,1%, n=315) αποτελεί ότι δεν υφίσταται ικανός αριθμός επαγγελματιών εν γένει ώστε να αντιμετωπίσει τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών. Δεν είναι μάλιστα λίγες οι φορές που οι νοσηλευτές υποχρεώνονται να κάνουν επιλογές αντίθετες προς την επαγγελματική τους κρίση (60,2%, n=206), ενώ οι ανάγκες που

σπεύδουν να καλύψουν είναι, ακριβώς εξαιτίας της υποστελέχωσης, όσες θεωρούνται ως πλέον σημαντικές (89,8%, n=307). Η δε Διεύθυνση στην οποία υπάγεται μεγάλο μέρος του προσωπικού (66%, n=227) αδυνατεί να χορηγήσει τις δύο απαραίτητες ημέρες ξεκούρασης κατ' εβδομάδα στους εργαζόμενους. Το πρόβλημα αυτό σχετίζεται και με το κυλιόμενο ωράριο, για το οποίο γίνεται λόγος σε άλλο σημείο της εργασίας μας. Οι ανθρώπινες αντοχές ξεπερνιούνται καθημερινά λόγω των προβλημάτων υποδομής (94,4%, n=323), ενώ η εργασιακή κόπωση προκαλεί προβλήματα και στις οικογενειακές υποχρεώσεις των εργαζομένων (88,9%, n=304) (Δημητριάδου-Παντέκα και άλλοι, 2008: 228).

Παράγοντες που αφορούν στους θεραπευόμενους: Φροντίδα ατόμων με απρόβλεπτη και επιθετική συμπεριφορά, έλλειψη κατανόησης από τους πάσχοντες, βαθμός εμπλοκής στη φροντίδα και στην επικοινωνία με τους ασθενείς (Καρανικόλα και Κλεάνθους, 2011: 167). Εδώ ίσως τα πράγματα μπορούν να ειπωθούν και προς την αντίστροφη κατεύθυνση. Ναι μεν οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν προβλήματα με ορισμένους ή πολλούς θεραπευόμενους, αλλά η επιθετική και άλλως ανάρμοστη συμπεριφορά των τελευταίων μπορεί να οφείλεται στις συνέπειες της υποστελέχωσης των νοσοκομείων με ενδεχόμενες αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των ασθενών. Όπως αναφέρεται σε μελέτη σχετικά με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ο φόρτος νοσηλευτικής εργασίας έχει συνδεθεί με τις συχνότητες των λοιμώξεων και της θνησιμότητας. Το πρόβλημα είναι ότι ο εργασιακός φόρτος δεν επιτρέπει την αναγκαία για πολλούς εξατομίκευση του πλάνου φροντίδας που θα καθορίζει τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του κάθε ασθενούς (Στουφής, 2011: 318).

Παράγοντες που αφορούν στα ατομικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών: Ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, αυτοεκτίμηση, μηχανισμοί άμυνας, αισιοδοξία/απαισιοδοξία, αρνητικά στερεότυπα για τους ψυχικά πάσχοντες, άσκηση κλινικής εποπτείας, μη ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την έκβαση της υγείας των θεραπευόμενων (Καρανικόλα και Κλεάνθους, 2011: 167). Ο τρόπος χειρισμού των ατομικών χαρακτηριστικών σχετίζεται άμεσα με την επαγγελματική εξουθένωση, με αντίδοτο στην τελευταία την ανθεκτικότητα απέναντι στο άγχος και την ικανότητα μετατροπής του σε πρόκληση, καθώς και την αυξημένη αίσθηση ελέγχου. Επίσης η ύπαρξη προηγούμενης εμπειρίας και η δυνατότητα διαχείρισης του εργασιακού stress αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. Στον αντίποδα βρίσκονται οι φόβοι των επαγγελματιών υγείας, είτε αναδύονται από την ίδια την ιατρική

πράξη, είτε λειτουργούν σε λιγότερο συνειδητό επίπεδο. Επιπροσθέτως, πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη εκπαίδευσης του ιατροφαρμακευτικού προσωπικού στην επικοινωνία με τον ασθενή, ώστε οι επαγγελματίες υγείας πιέζονται συναισθηματικά (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008: 645).

Έχει δοθεί σε έρευνες η ευκαιρία για μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η οικογενειακή κατάσταση. Μεταξύ 100 νοσηλευτών διαφόρων τμημάτων Γενικού Νοσοκομείου της Κύπρου (76% γυναίκες, 24% άνδρες) άγαμοι, έγγαμοι και διαζευγμένοι έδωσαν ελαφρώς διαφορετικές τιμές κατά την καταγραφή των τριών υποκλιμακίων επαγγελματικής εξουθένωσης ως εξής: Συναισθηματική εξάντληση => άγαμοι: 16, έγγαμοι: 20,2, διαζευγμένοι: 14,7 / Αποπροσωποποίηση => άγαμοι: 5,3, έγγαμοι: 7,6, διαζευγμένοι: 7,9 / Προσωπική ολοκλήρωση => άγαμοι: 39,7, έγγαμοι: 38,5, διαζευγμένοι: 37,9. Στην ίδια μελέτη περιέχονται και άλλες διαφοροποιημένες τιμές σε σχέση με οικογενειακά χαρακτηριστικά, όπως η ύπαρξη ή όχι παιδιών και πόσων: Συναισθηματική εξάντληση => με 1-2 παιδιά: 19, με 3-4 παιδιά: 21, χωρίς παιδιά: 18 / Αποπροσωποποίηση => με 1-2 παιδιά: 7,2, με 3-4 παιδιά: 7,9, χωρίς παιδιά: 40,5 / Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων => με 1-2 παιδιά: 37,9, με 3-4 παιδιά: 40,5, χωρίς παιδιά: 38,9 (Μπαλτζή και άλλοι, 2012: 538).

Ίσως στα ατομικά χαρακτηριστικά μπορεί να προστεθεί και ο τρόπος επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος, που μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ικανοποίηση λόγω της τυχαιότητας επιλογής του. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο της Κρήτης, με μέσο όρο ηλικίας των ερωτηθέντων τα 36,5 έτη, όλων αποφοίτων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, με μέσο χρόνο προϋπηρεσίας στο δημόσιο νοσοκομείο τα 18 έτη (εύρος 14-13) και στο ιδιωτικό τα 12 (εύρος 12-15) έδειξε τα εξής: η επιλογή έχει θεωρηθεί σε αρκετές περιπτώσεις ως τυχαία ή ως εντέλει ανεπιτυχής. Υπήρξαν νοσηλευτές που δήλωσαν ότι δεν ήταν επιλογή τους να ακολουθήσουν το επάγγελμά τους, «απλώς προέκυψε...». Άλλοι πάλι θεωρούν ότι αν είχαν και πάλι την ευκαιρία να αποφασίσουν «δεν θα επέλεγαν αυτό το επάγγελμα σε καμιά περίπτωση. Θα επέλεγαν ένα επάγγελμα που θα ήταν μόνο πρωινό και λιγότερο ψυχοφθόρο ένα επάγγελμα που θα ήταν με τα παιδιά τους τα Σαββατοκύριακα, τις αργίες, τα Χριστούγεννα» (Σταυροπούλου και άλλοι, 2010: 364).

Μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η χρήση των δυνατών επιλογών και η συμπεριφορά απέναντι σε αυτές αποτελεί ατομικό χαρακτηριστικό καίριας σημασίας, αλλά οι συνθήκες του επαγγέλματος εντείνουν τη δυσαρέσκεια για την επιλογή όταν δεν συνάδουν με τις προσδοκίες των εργαζομένων.

Στην παραπάνω μελέτη υπήρξε συγκριτικό ενδιαφέρον για το ζήτημα της πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικές εξουθένωσης, καθώς τέθηκε τα ερώτημα αν στο ιδιωτικό νοσοκομείο τα πράγματα διαφέρουν από το δημόσιο. Φάνηκε ότι τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια για τις δύο περιπτώσεις, με κοινό όρο τη δυσαρέσκεια από την εργασία η οποία έχει ως επακόλουθο τη μεγαλύτερη πιθανότητα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και ενδεχόμενης εγκατάλειψης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η δυσαρέσκεια οφειλόταν αφενός στο εργασιακό περιβάλλον, αφετέρου στο ύψος της αμοιβής. Το εργασιακό περιβάλλον θεωρήθηκε από τους περισσότερους ως υπεύθυνο για τη στέρηση της ικανοποίησης από την εργασία. Όσο για την αμοιβή, προκαλεί συνήθως αίσθημα μη ικανοποίησης, καθώς είναι μικρή, ακόμα και αν ο εργαζόμενος δηλώνει ικανοποίηση από την εργασία του (Σταυροπούλου και άλλοι, 2010: 363-364).

Παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον η σύγκριση των τιμών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα προς το τμήμα στο οποίο υπηρετούν οι επαγγελματίες υγείας. Έχει, για παράδειγμα διαπιστωθεί υψηλό ποσοστό του συνδρόμου μεταξύ νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται στα ογκολογικά τμήματα των νοσοκομείων. Είναι σημαντικό ότι διαφορές υπάρχουν ακόμα και μεταξύ όμοιων τμημάτων ανά διαφορετική χώρα. Οι Ρούπα και άλλοι (2008: 253) αναφέρουν ότι έρευνά τους σε 22 ογκολογικά τμήματα της χώρας μας έδειξε ότι το 41,2% των νοσηλευτών είχαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, το 38% αισθήματα αποπροσωποποίησης σε υψηλό βαθμό και το 44% μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα. Οι Ιταλοί νοσηλευτές έδωσαν τιμές στα αντίστοιχα χαρακτηριστικά 35%, 17% και 11%, ενώ οι Καναδοί 37,1%, 4,3% και 54%. Το μεγάλο, για την Ελλάδα ποσοστό του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών των ογκολογικών τμημάτων αποδόθηκε στη μακροχρόνια έκθεση σε αγχογόνες καταστάσεις όπως ο θάνατος των ασθενών, οι αυξημένες συναισθηματικές ανάγκες των συγγενών και των συνοδών τους, καθώς και η αυξημένη νοσηρότητα των ογκολογικών ασθενών.

Αλλά μια ευκαιρία για σύγκριση ανάμεσα σε υπηρετούντες σε πολλά διαφορετικά τμήματα του ίδιου νοσοκομείου δόθηκε στην εργασία των Μπαλτζή και άλλων (2012: 538-539), όπου μετρήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση ανά τμήμα εργασίας με βάση, όπως και σε άλλες μελέτες, τις τρεις υποκλίμακες της Maslach [συναισθηματική εξάντληση (ΣΕ), αποπροσωποποίηση (Α) και προσωπική ολοκλήρωση (ΠΟ)], οπότε παρατηρήθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

Τμήμα	ΣΕ	Α	ΠΟ
Ατυχημάτων και Επειγόντων	17,6	5,4	39,1
Χειρουργείο	21,7	7,6	38,8
Μαιευτήριο	14,5	8,8	39,1
Παιδιατρικό	18,4	7,8	35,5
Χειρουργικό	18,0	8,4	35,5
Ορθοπαιδικό	16,7	7,3	42,0
Γρηγόρειος Κλινική	17,4	6,4	41,6
Νεφρολογικό	20,0	4,1	38,1
Παθολογικό	19,9	7,3	38,5
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	23,8	8,2	35,8

Πρέπει να σημειωθεί ότι στη συγκεκριμένη έρευνα διατυπώνεται η παρατήρηση για αντιφατικά αποτελέσματα ανάμεσα στα δεδομένα της βιβλιογραφίας, τόσο όσον αφορά στα τμήματα όπου υπηρετούν οι νοσηλευτές, όσο και σε άλλους παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση κ.ά. Αυτό σημαίνει ότι νέες έρευνες είναι πάντοτε χρήσιμες αλλά τονίζεται και η δυσκολία της απόλυτης εκτίμησης των παραγόντων πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι επίσης αρκετά τα κριτήρια για την αιτιολόγησή τους, είτε παρουσιάζονται μεγαλύτερες είτε μικρότερες τιμές. Για παράδειγμα, για τα νεφρολογικά τμήματα, που τα περιστατικά είναι αρκετά σοβαρά και κρίσιμα, η μελέτη των Μπαλτζή και άλλων (2012: 542) έδωσε μικρότερες τιμές αποπροσωποποίησης, που

αποδόθηκαν στο ότι οι ασθενείς, λόγω των αναγκών αιμοκάθαρσης, επισκέπτονται συχνά το νοσοκομείο και έτσι οι συνθήκες για την ανάπτυξη οικειότητας με τους νοσηλευτές είναι ευνοϊκότερες. Αντιθέτως, ο υψηλός βαθμός αποπροσωποποίησης στο Μαιευτήριο θεωρήθηκε ότι μπορεί να αιτιολογηθεί με βάση την ολοένα αυξανόμενη παρουσία αλλοδαπών γυναικών στο εν λόγω τμήμα λόγω της πολιτικής και οικονομικής μετανάστευσης προσφύγων, καθώς και με βάση την παράλληλη μείωση της προσέλευσης των Κυπρίων γυναικών στο Μαιευτήριο λόγω της στροφής τους στον ιδιωτικό τομέα (Μπαλτζή και άλλοι 2012: 543). Αν και δεν περιέλαβαν στη μελέτη τους τα ογκολογικά τμήματα, οι ερευνητές προσθέτουν ότι *«σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα που νοσηλεύονται ασθενείς με AIDS εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθότι, αυτοί οι ασθενείς αποτελούν μια δύσκολη και ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις»* (Μπαλτζή και άλλοι 2012: 543). Τα αυξημένα ποσοστά του συνδρόμου στα συγκεκριμένα τμήματα αποτελούν κοινή παραδοχή σε περισσότερες μελέτες. Παρατηρήθηκε ότι *«επιπρόσθετα αθροίζονται και οι ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας: αυξημένες ανάγκες των ασθενών ορισμένων τμημάτων, όπως οι ογκολογικές πτέρυγες, οι πτέρυγες με ασθενείς που πάσχουν από AIDS, τα ΤΕΠ και οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ)»*(Δημητρόπουλος και Φιλίππου 2008:644).

Δεν θα αναλυθούν, περαιτέρω, στο τρέχον κεφάλαιο οι παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης διότι αρκετή συζήτηση για τους κυριότερους από αυτούς ακολουθεί στη συνέχεια του γενικού μέρους. Μπορεί όμως εκ προοιμίου να σημειωθεί ότι έχουν προταθεί λύσεις για την αντιμετώπισή τους, όπως θα φανεί στην επόμενη ενότητα. Εδώ ας συμπληρωθεί ότι η συναισθηματική εξάντληση και τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών αποτελούν δύο σημαντικούς παράγοντες που προβλέπουν χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης από τη ζωή γενικά. Η παρατήρηση αυτή προέρχεται από έρευνα που έγινε σε ογκολογικό τμήμα και συσχέτισε την εργασία με τις υπόλοιπες πτυχές της ζωής των εργαζομένων. Εκτός από την εργασιακή ζωή επηρεάζεται και η υγεία. Μάλιστα, δεν λείπουν οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι αρνητικές επιπτώσεις του συνδρόμου εσωτερικεύονται, ώστε οι εργαζόμενοι φέρουν την αίσθηση ότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο ρόλο τους, κάτι που μπορεί να οφείλεται στο προβληματικό περιβάλλον εργασίας από το οποίο προκαλούνται ενοχές και αίσθηση μη αναγνώρισης του νοσηλευτικού έργου (Ρούπα και άλλοι, 2008: 253-254).

A. 2. 4. Πρόληψη του συνδρόμου

Η σημασία της πρόληψης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης έχει δικαιολογημένα υπερτονισθεί, δεδομένου ότι η εμφάνισή του αποτελεί πολύ δυσάρεστη κατάσταση για τους νοσηλευτές που ξεκίνησαν το επάγγελμά τους γεμάτοι προσδοκίες και ενθουσιασμό καθώς και με διάθεση αφοσίωσης στη φροντίδα των ανθρώπων που παρουσιάζουν ανάγκη. Έχουν συσταθεί ορισμένα προγράμματα, όπως τα σχετιζόμενα με τη στήριξης, συμβουλευτική του προσωπικού (Employee Assistance Programs) και ισορροπία της εργασιακής ζωής (Work Life Balance), που αναπτύσσουν δράσεις στοχεύοντας στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης του προσωπικού (Ρούπα και άλλοι, 2008: 254).

Η «ανάρρωση» των νοσηλευτών έχει περιγραφεί ως διαδικασία ανάληψης της ευθύνης του εαυτού. Επομένως η απόφαση για αλλαγή της κατάστασης όσων πάσχουν από το σύνδρομο πρέπει να είναι συνειδητή και προϋποθέτει την ανάπτυξη μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτησης του ελέγχου της ζωής. Η διαδικασία αυτή διαφοροποιεί τις στάσεις, τις αξίες, τα συναισθήματα, τις ικανότητες και τους ρόλους (Μισουρίδου, 2009: 360).

Προτείνεται η αλλαγή σχέσεων με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου να κινηθεί προς τέσσερις κατευθύνσεις. Αλλαγή της σχέσης:

- α) με τους ασθενείς,
- β) με τους συναδέλφους,
- γ) με τους ανώτερους και τη διοικητική κουλτούρα του οργανισμού,
- δ) με τον εαυτό του.

Η σταδιακά αναπτυσσόμενη αυτογνωσία θα επιτρέψει στον νοσηλευτή να διαφοροποιήσει τη σχέση του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους του, να συμφιλιωθεί με τον εαυτό του. Αυτός είναι ένας κύριος παράγοντας επαγγελματικής εξέλιξης και αυτοανάπτυξης, δεν αρκεί ωστόσο για τη διαμόρφωση ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Στην προκειμένη περίπτωση απαιτείται επιπλέον συνειδητοποίηση των επιλογών του επαγγελματία σε σχέση με τις επιστημολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές του παραδοχές. Οι δεδομένες αντιφάσεις αντιλήψεων, συνειδητές ή ασυνειδητές, μπορούν να λειτουργήσουν θετικά ως προαγωγοί της κριτικής στάσης στη νοσηλευτική πρακτική, ακόμα

και αν δεν πάντουν ποτέ να υφίστανται. Εισχωρούν εδώ επιπλέον παράγοντες, με τη βοήθεια των οποίων οι αντιφάσεις καθίστανται αντικείμενο επεξεργασίας και μέσον για μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα. Πρόκειται για την *επιμόρφωση* και την *εποπτεία*. Η πρώτη καθιστά τον επαγγελματία ικανό ερευνητή της νοσηλευτικής του πρακτικής, μέσα από μια διαδικασία κριτικής αυτο-διερεύνησης, ώστε να αποφεύγει αρνητικές δράσεις όπως η μηχανοποίηση της νοσηλευτικής πράξης. Η δεύτερη προωθεί την εκτόνωση και επεξεργασία έντονων συναισθημάτων, την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, την ανακάλυψη νέων τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων. Η όλη διαδικασία προλαμβάνει και θεραπεύει την επαγγελματική εξουθένωση (Μισουρίδου, 2009: 364-365).

Αποτελεί λύση «η μείωση των πηγών έντασης, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης και η προαγωγή της υγείας, με τη δημιουργία ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στον εργασιακό χώρο του νοσοκομείου». Είναι εξάλλου υποχρέωση της νοσηλευτικής διοίκησης να συνεπικουρήσει στην ισχυροποίηση της ανθεκτικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση, όπως και να ενθαρρύνει υποστηρικτικό κλίμα στον χώρο εργασίας. Ταυτοχρόνως μεγάλη είναι η αναγκαιότητα του ορθού επαγγελματικού προσανατολισμού και της κοινωνικής καταξίωσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007: 6).

Η αναζήτηση υποστήριξης, κρίσιμη ενέργεια για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, σημαίνει ότι το πρόβλημα είναι αναγκαίο να μετατεθεί από το ίδιο το άτομο και σε φίλους ή συνεργάτες, ή σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η υποστήριξη έχει την ιδιαιτερότητα να είναι αποτελεσματική μόνο εφόσον είναι αποδεκτή από τα άτομα που τη χρειάζονται. Σημασία αποδίδεται και στο να μην επαφίεται η στήριξη σε ένα μόνο πρόσωπο, ώστε να αποφεύγεται η εκτόνωση του θυμού προς μία μόνο κατεύθυνση. Αντιθέτως πρέπει για κάθε εργαζόμενο να υφίσταται ολοκληρωμένο υποστηρικτικό δίκτυο στον χώρο εργασίας, ώστε να πολλαπλασιάζονται οι δυνατότητες έκφρασης, υποστήριξης και αντιμετώπισης των εργασιακών προβλημάτων που πρόκειται να παρουσιαστούν (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008: 646).

Στη μελέτη των Παππά και άλλων (2008), που, όπως και αυτή των Δημητρόπουλου και Φιλίππου (2008), δεν περιορίζει το πεδίο έρευνάς της στο νοσηλευτικό προσωπικό (όπως αρκετές από αυτές που είδαμε) αλλά αναφέρεται σε ιατρικό και νοσηλευτικό, χωρίς διάκριση

συχνότητας ή έντασης του συνδρόμου ανάμεσα στις δύο επαγγελματικές ομάδες, αναφέρονται ορισμένα δοκιμασμένα διεθνή προγράμματα που αφορούν στην αντιμετώπισή του. Παρατηρείται ότι παρά τη σύσταση για ποικίλες ατομικές παρεμβάσεις, είναι λίγες οι μελέτες που διερευνούν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης, που όμως βρέθηκαν να έχουν ευεργετική επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν την εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας, στη διαχείριση του stress, στη χρήση της κοινωνικής υποστήριξης και των ατομικών πόρων, στις θεραπευτικές ικανότητες, στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ενώ ένα στην Ολλανδία συμπεριέλαβε τη συμβουλευτική καριέρας. Αποτελεσματικότητα στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης φάνηκε ότι έχουν και οι ομάδες εργασίας (workshops), μάλιστα το δείγμα από το οποίο παρήχθησαν τα αποτελέσματα πρέπει να χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερα διεξοδικό λόγω του μεγάλου αριθμού μελών που έλαβαν μέρος και ξεπερνούσαν κατά πολύ τους αριθμούς που εξετάζονται σε διάφορες άλλες έρευνες. Το πρόβλημα εδώ είναι ότι ενώ έλαβαν μέρος 5.000 άτομα σε 100 ομάδες ειδικότητας ψυχολόγων, νοσηλευτών, οδοντιάτρων, εργαζόμενων στην ψυχική λειτουργία, κοινωνικών λειτουργών και άλλων, είναι δύσκολο να αξιολογηθούν τα μακροχρόνια αποτελέσματα και η σταθερότητά τους (Παππά και άλλοι, 2008: 97-98).

A. 2. 5. Ιατροί και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Η αναφορά έως το σημείο αυτό κυρίως σε νοσηλευτές δεν υποδεικνύει ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά μόνο στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οφείλεται μόνο στο γεγονός ότι πολλές από τις σχετικές μελέτες αφορούν κυρίως στους νοσηλευτές, επομένως τους συγκεκριμένους επαγγελματίες υγείας ονοματίζουν. Υπάρχουν ωστόσο κείμενα τα οποία κάνουν σαφή λόγο για το ίδιο σύνδρομο και στους γιατρούς, η επαγγελματική κατηγορία των οποίων ενδιαφέρει επίσης την εργασία μας.

Τα αποτελέσματα μιας έρευνας διάρκειας 5 ετών που πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. και ολοκληρώθηκε το 2010 έδειξαν ότι ένας στους

τέσσερις ιατρούς και ένας στους τρεις ειδικευόμενους υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση. Λεπτομερέστερα, το 25% των ειδικών ιατρών και το 33% των ειδικευόμενων στα Νοσοκομεία, το 28% των φοιτητών ιατρικής, το 37% των νοσηλευτών καθώς και το 35% των εργαζομένων στο ΕΚΑΒ. Ειδικά, το 35% των ειδικευόμενων και το 25% των νοσηλευτών εμφανίζουν αποπροσωποποίηση και κυνισμό, ακόμη και σε βαθμό αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς. Το σύνδρομο συνδέθηκε με χρήση αλκοόλ και ηρεμιστικών από ιατρούς, χρήση νοσοκομειακής βίας, ιατρικά λάθη, παχυσαρκία, κατάθλιψη, ψυχοσωματικές και καρδιαγγειακές παθήσεις των ιατρών. Εντοπίζεται κυρίως στο 35^ο με 45^ο έτος ηλικίας, αφορά περισσότερο στους ανύπαντρους ιατρούς και τις παντρεμένες γυναίκες, καθώς και σε όσους αντιμετωπίζουν την εργασία τους με μεγαλύτερο ενθουσιασμό. Τα συμπτώματα είναι:

1. συναισθηματική/πνευματική εξάντληση,
2. αποπροσωποποίηση/κυνισμός (ο εργαζόμενος χάνει την επαφή με τον άνθρωπο) και
3. μειωμένη αίσθηση επίτευξης (η αίσθηση πως δεν μπορούμε να βελτιώσουμε τον τρόπο και τις συνθήκες εργασίας μας, ό,τι και αν κάνουμε).

Επιπλέον φάνηκε ότι το σύνδρομο σχετίζεται αποκλειστικά με την εργασία, είναι χρόνιο και η επαναφορά από αυτό απαιτεί συνήθως εξωτερική βοήθεια. Ειδικότερα για τη Θεσσαλονίκη, στο ερώτημα «*τί προκαλεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς και επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων*», δόθηκε η απάντηση ότι δεν προκαλείται από τις ώρες εργασίας, αλλά από τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία και τον τρόπο οργάνωσης του εργασιακού χώρου (Δελτίο τύπου Α.Π.Θ., 2010).

Τα γενικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου επομένως αφορούν και στους ιατρούς, με ανάλογα συμπτώματα και επιδράσεις με των νοσηλευτών. Ωστόσο έχουν διακριθεί ορισμένες διαφοροποιήσεις στα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με την ιεραρχία στο νοσοκομείο, η οποία περιλαμβάνει τους ειδικούς (ιατροί), τους ειδικευόμενους ιατρούς και τους νοσηλευτές.

Τα δεδομένα μιας διδακτορικής διατριβής έδειξαν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται με τη θέση που κατέχει ο κάθε εργαζόμενος στο νοσοκομείο, κυρίως στα ζητήματα της αγχώδους κατάστασης και του δομικού άγχους. Με βάση την κλίμακα STAI προέκυψε στατιστικά υψηλότερη μέση τιμή τόσο της Y1 όσο και της Y2 στους

νοσηλευτές, σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες. Επίσης, φάνηκε ότι υψηλά επίπεδα άγχους χαρακτηρίζουν την κατηγορία των ειδικευόμενων. Αντιθέτως προς αυτές τις διαφοροποιήσεις υποστηρίχθηκε ότι η μέτρηση της κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Zung δεν διαφοροποιείται ιδιαίτερα μεταξύ των τριών ομάδων, με τη μέση τιμή στο 45,4 για τους ειδικούς, στο 44,1 για τους ειδικευόμενους και στο 44,5 για τους νοσηλευτές. Πάντως οι φυσιολογικές τιμές, κυμαινόμενες από 20 έως 80, δεν υποδήλωσαν ιδιαίτερη καταθλιπτική σημειολογία. Παραπλήσιες ήταν και οι τιμές ανάμεσα στις τρεις ομάδες και στην Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής, όπου δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στα ποσοστά. Φάνηκε όμως ότι 1 στα 10 άτομα, ανεξάρτητα από τη θέση τους, δεν είναι ικανοποιημένο από τη ζωή του. Η μέτρηση της συναισθηματικής εξάντλησης σύμφωνα με την κλίμακα Maslach έδειξε σημαντική στατιστική διαφοροποίηση μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ($p=0,003$). Όσον αφορά στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων, γιατροί και νοσηλευτές έδειξαν σχετικά υψηλές τιμές στην κλίμακα αξιολόγησης, δεν εμφανίστηκε όμως διαφοροποίηση στη μέση τιμή ανάμεσα στις τρεις ομάδες. Η σχέση της διάστασης αυτής με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης υπήρξε αντιστρόφως ανάλογη. Και οι τρεις ομάδες εμφανίζουν μέτρια επίπεδα αποπροσωποποίησης. Φάνηκε, τέλος, με τη βοήθεια της κλίμακας EPQ ότι οι νοσηλευτές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά σε σύγκριση με τους ιατρούς στη διάσταση του νευρωτισμού. Η σύγκριση όλων αυτών των τιμών έδειξε, σύμφωνα με τη μελετήτρια, ότι *«οι νοσηλευτές έχουν πολύ περισσότερο την τάση να αναπτύσσουν νευρωτική και αγχώδη συμπτωματολογία υπό την επίδραση ψυχοπαιστικών συνθηκών. Τα άτομα με υψηλές τιμές νευρωτισμού στεναχωριούνται εύκολα, είναι θλιμμένα και παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις που εμποδίζουν τη φυσιολογική προσαρμογή τους σε νέες συνθήκες»* (Μαυρίδου, 2012: 66-75).

Αποδεικνύεται λοιπόν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αγγίζει όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες στο νοσοκομείο. Η επίδρασή του έχει διερευνηθεί και στο νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς Αθηνών, όπου τα αποτελέσματα από το δείγμα 392 ιατρών οδήγησαν σε ορισμένα ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Οι ανώτεροι ιεραρχικά ιατροί, μεγαλύτεροι σε ηλικία και με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία ιατροί παρουσιάζουν πολύ μικρότερη συναισθηματική εξάντληση από τους μικρότερους ηλικιακά, προφανώς λόγω της γενικότερης οικογενειακής και επαγγελματικής αποκατάστασής τους, που μεταφέρει λιγότερο στρες. Όσον αφορά στα προσωπικά επιτεύγματα αλλά και στον παράγοντα

αποπροσωποποίηση η κατάσταση παρουσιάζεται αντίστοιχη, επιδοτούνται δηλαδή θετικά οι ηλικιακά μεγαλύτεροι. Ενδεχομένως είναι πιο δύσκολο για τους ειδικευόμενους, εξαιτίας και του φόρτου εργασίας τους, να απεμπλακούν συναισθηματικά από το πρόβλημα που παρουσιάζουν οι ασθενείς τους. Όσο μεγαλώνουν οι τιμές στον παράγοντα *προσωπικά επιτεύγματα* τόσο μικραίνουν οι τιμές στον παράγοντα *αποπροσωποποίηση*, ενώ η αύξηση των τιμών της τελευταίας συνεπάγεται μείωση των τιμών της *συναισθηματικής εξάντλησης* (Αλεξιάς και άλλοι, 2010: 132).

A. 2. 6. Προσωπικό νοσοκομείου και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Το ενδιαφέρον σε μία άλλη μελέτη (Διλιντάς, 2010) είναι ότι διερεύνησε τις τρεις συνήθεις παραμέτρους επαγγελματικής εξουθένωσης στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου προβαίνοντας σε μετρήσεις που αφορούσαν και στο διοικητικό, τεχνικό-βοηθητικό και λοιπό προσωπικό. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μεταξύ των τριών κατηγοριών προσωπικού ενώ κυμαίνονται οι τιμές συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, παραμένουν σταθερές εκείνες της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων.

Κατηγορίες προσωπικού	Συναισθηματική εξάντληση	Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Αποπροσωποποίηση
	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)		
Ιατρικό	21,9 (10,0)	34,8 (6,9)	8,3 (5,4) [†]
Νοσηλευτικό	25,4 (11,8)	34,8 (6,9)	9,8 (6,5) [†]
Διοικητικό, τεχνικό, επιστημονικό	20,9 (10,5)	34,8 (7,8)	6,4 (5,0) ^{†,‡}
Τιμή P	0,041	0,966	0,002

Πίνακας 1. Η επαγγελματική εξουθένωση ως προς τις κατηγορίες προσωπικού

Προσωπικό	ΕΘ*	Σύνολο	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Διοικητικό	Τιμή p
		n (%)				
Συναισθηματική εξάντληση	Χαμηλή	55 (25,2)	15 (24,2)	13 (16,7)	27 (34,6)	0,051
	Μέτρια	108 (49,6)	35 (56,5)	39 (50,0)	34 (43,6)	
	Υψηλή	55 (25,2)	12 (19,4)	26 (33,3)	17 (21,8)	
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Χαμηλή	55 (25,2)	14 (22,6)	23 (29,5)	18 (23,1)	0,850
	Μέτρια	108 (49,6)	33 (53,2)	36 (46,2)	39 (50,0)	
	Υψηλή	55 (25,2)	15 (24,2)	19 (24,4)	21 (26,9)	
Αποπροσωποποίηση	Χαμηλή	55 (25,2)	12 (19,4)	17 (21,8)	26 (33,3)	0,005
	Μέτρια	108 (49,6)	37 (59,7)	31 (39,7)	40 (51,3)	
	Υψηλή	55 (25,2)	13 (21,0)	30 (38,5)	12 (15,4)	

* Εκατοστιαία θέση (ΕΘ): Χαμηλή ≤25 ΕΘ, μέτρια 25-75 ΕΘ, υψηλή ≥75 ΕΘ

Πίνακας 2. Το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης ανά κατηγορία προσωπικού

Αναλυτικότερα (όπως τα αποτελέσματα αναφέρονται και αναγράφονται στη μελέτη) (Διλιντάς, 2010: 502):

- Υπήρχε ισχυρή στατιστικά σχέση των διαφορετικών κατηγοριών προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού κ.λπ.) με τη συναισθηματική εξάντληση ($p=0,041$) και την αποπροσωποποίηση ($p=0,002$).
- Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλότερες τιμές συναισθηματικής εξάντλησης ($MT=25,4$) σε σχέση με το ιατρικό ($MT=21,9$), το διοικητικό και το λοιπό προσωπικό ($MT=20,9$). Ιδιαίτερα με το διοικητικό προσωπικό, η διαφορά ήταν και στατιστικά σημαντική. Το 33,3% των νοσηλευτών εμφάνιζε υψηλή συναισθηματική εξάντληση, έναντι 21,8% του διοικητικού και του λοιπού προσωπικού και 19,4% των ιατρών. Μόνο το 16,7% των νοσηλευτών παρουσίαζε χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, σε αντίθεση με το ιατρικό και το διοικητικό προσωπικό, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν σημαντικά υψηλότερα (24,2% και 34,6%) ($p=0,051$).
- Όσον αφορά στην αποπροσωποποίηση, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε και πάλι υψηλότερες τιμές ($MT=9,8$) σε σχέση με το ιατρικό ($MT=8,3$) και το διοικητικό προσωπικό ($MT=6,4$). Το 38,5% των νοσηλευτών εμφάνιζε υψηλή αποπροσωποποίηση, έναντι 21% των ιατρών και 15,4% του διοικητικού προσωπικού ($p=0,005$).
- Ο παράγοντας της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων δεν είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατηγορία προσωπικού ($p=0,966$). Το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό εμφάνιζαν τις ίδιες τιμές ($MT=34,8$), ενώ παρόμοια ήταν και τα

ποσοστά τους, αν ταξινομηθούν με βάση την υψηλή, μέτρια, χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

A. 2. 7. Παρατηρήσεις

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης προσβάλλει όλες τις ειδικότητες επαγγελματιών ενός νοσοκομείου και έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην εργασία τους αλλά και στις σχέσεις τους με τους συναδέλφους και τους ασθενείς. Οι παράγοντες πρόκλησής του και μια συνοπτική περιγραφή αυτών προηγήθηκε στις σελίδες του τρέχοντος κεφαλαίου. Πολλές από τις επιμέρους δυσάρεστες καταστάσεις που μπορούν να διαδραματίζονται σε ένα ίδρυμα υγείας συναποτελούν συνήθως την πηγή της επαγγελματικής εξουθένωσης, με προφανές αιτούμενο τις βαθιές αλλαγές στις δομές του συστήματος υγείας αλλά και στον τρόπο αντίληψης της περιβάλλουσας πραγματικότητας από τους επαγγελματίες.

Ωστόσο δυσάρεστες καταστάσεις περιγράφονται όχι οπωσδήποτε σε συνάρτηση με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, αν και, όπως ήδη σημειώθηκε, συμβάλλουν στην εμφάνισή του. Για να αποφασιστεί ποιες από τις συνθήκες του νοσοκομείου έπρεπε να συμπεριληφθούν ως αντικείμενα μελέτης και περιγραφής στη συνέχεια αυτής της εργασίας έγινε επισκόπηση 200 περίπου άρθρων της πρόσφατης βιβλιογραφίας και ομαδοποίησή τους (αν και δεν χρησιμοποιήθηκαν εν τέλει όλα), οπότε φάνηκε ότι η θεωρητική μέριμνα των συντακτών τους αφορά:

- 1) στις γενικότερες απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το σύστημα υγείας και τη σημασία του επαγγέλματός τους, καθώς και σε θέματα της παροχής φροντίδας,
- 2) στις ανάγκες επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας ώστε να ανταποκρίνονται επιτυχέστερα στις ανάγκες της ειδικότητας ή του τμήματός τους,
- 3) στη σχέση με τους ασθενείς, οι οποίοι δυσχεραίνουν συχνά το έργο των επαγγελματιών υγείας,
- 4) στο ρόλο της Διοίκησης του νοσοκομείου, ο οποίος μπορεί να κυμαίνεται ανάμεσα στην ενθάρρυνση και την απαξίωση,
- 5) στην επάρκεια του διαθέσιμου προσωπικού,

- 6) στους ρόλους που αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας και στις μεταξύ τους σχέσεις και συνεργασία,
- 7) σε συναισθηματικά ζητήματα και ζητήματα ηθικής,
- 8) στην πρόκληση άγχους, το οποίο οφείλεται σε διάφορους παράγοντες,
- 9) στις σωματικές και ψυχικές ασθένειες των επαγγελματιών υγείας.

Παρατηρήθηκε ότι είναι συγκριτικά πάρα πολλά τα άρθρα τα οποία διαπραγματεύονται την *επιμόρφωση του προσωπικού υγείας* καθώς και τη *σχέση τους με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους*. Φαίνεται ότι τα δύο αυτά ζητήματα απασχολούν ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας, όσο τουλάχιστον φαίνεται να τους απασχολεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Για τα υπόλοιπα ζητήματα η αρθρογραφία είναι ίσως πιο περιορισμένη, επαρκής όμως ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα.

A. 3. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

A. 3. 1. Ρόλος της Διοίκησης

Το σύστημα διοίκησης των νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι κάθετο και ιεραρχικό. Οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και για την εφαρμογή τους κοινοποιούνται προς τα κάτω. Κάτω από τη διοίκηση λειτουργούν τμήματα και οι υπηρεσίες με ανεξάρτητη μεταξύ τους σχέση και όχι απολύτως διατυπωμένες αρμοδιότητες σε κάθε περίπτωση. Οι απαιτήσεις από τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες είναι οι σχετιζόμενες με την αυξημένη παραγωγή, ανακαλώντας την προσέγγιση του κλασικού τρόπου διοίκησης των αρχών του 20^{ου} αιώνα. Διαπιστώνεται ότι εκτός από την εκτελεστική εξουσία λαμβάνει χώρα και η επαγγελματική, η οποία δεν απορρέει από τη θέση στην ιεραρχία αλλά από την επαγγελματική ομάδα. Η σχέση εξουσίας και ιατρών είναι αυτή του σχεδιασμού ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες από τη μία και της προσφοράς όλων των υπηρεσιών που απαιτεί η ζήτηση από την άλλη (Γώγος, 2011: 12-13).

Διακρίνονται δύο βασικές αρχές οι οποίες θεωρητικά διέπουν τη σχέση εντολοδόχων και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού: Α) *«Η ηγεσία, όχι μόνο η διοικητική αλλά και η κλινική, ακολουθεί τις αρχές βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή φροντίδας και την παροχή των άλλων υπηρεσιών»*. Β) *«Η ανάληψη πρωτοβουλιών υποστηρίζεται, επιδιώκεται και δεν διώκεται. Οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να επιλύουν ομαδικά τα προβλήματα σε όλα τα επίπεδα»* (Γώγος, 2011: 14).

Η αποδοτικότητα ενός νοσηλευτικού τμήματος βασίζεται στην οργάνωσή του. Ο τρόπος του καταμερισμού των ενεργειών και η καθιέρωση ιεραρχικών σχέσεων μεταξύ των παραγόντων είναι το πρώτο βήμα για το επιτυχημένο νοσηλευτικό μοντέλο. Στόχοι της οργανωμένης διοίκησης θα πρέπει να αποτελούν:

1. η παροχή εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας στον ασθενή,
2. η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, με σκοπό τη σφαιρική κάλυψη των αναγκών του ασθενούς,

3. η ικανοποίηση, η εκπαίδευση, και η ανάπτυξη του προσωπικού,
4. η ανάπτυξη νέων μεθόδων με σκοπό την προσαρμογή της οργάνωσης στις συνεχείς εξελίξεις στο χώρο της υγείας.

Ως επακόλουθα της οργανωμένης διοικητικής διαδικασίας που έχει πρόθεσή της να καλύψει τους παραπάνω στόχους μπορούν να θεωρηθούν:

1. η επαρκής στελέχωση του τμήματος με το ανάλογο και κατάλληλο προσωπικό,
2. η σωστή λειτουργία του τμήματος,
3. ο ακριβής καθορισμός των αρμοδιοτήτων του προσωπικού,
4. η αποτελεσματική πρόληψη και επίλυση των συγκρούσεων,
5. η αποτελεσματική συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας,
6. η τήρηση των κριτηρίων διασφάλισης ποιότητας στο νοσηλευτικό τμήμα,
7. ο συνεχής έλεγχος και αξιολόγηση του προσωπικού,
8. η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού,
9. η διεξαγωγή έρευνας με σκοπό τη βελτίωση της κλινικής πράξης (Μπαμπάτσικου και Γερογιάννη, 2012: 19-20).

Τα σημεία αυτά απαιτούν για την εκπλήρωσή τους την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού και φαίνεται μονόδρομος προς αυτή την κατεύθυνση, είναι η παρουσία ικανών στελεχών στην κορυφή των ιεραρχιών που θα διαμορφώνουν το επιθυμητό οργανωτικό κλίμα, θα το συντονίζουν και θα διαχειρίζονται σωστά τις μεθόδους παρακίνησης και τις τεχνικές τους. Ως συγκεκριμένες μέθοδοι προτείνονται η διαμόρφωση ομάδων εργασίας, η δημιουργία περιβάλλοντος μάθησης, η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση και το ασφαλές εργασιακό περιβάλλον (Πρεβύζη και Κόλλια, 2012: 473). Τα κίνητρα που θα διαμορφωθούν δεν αποτελούν όμως από μόνα τους τις λύσεις της εργασιακής επίδοσης και αποτελεσματικότητας, ενώ η εφαρμογή τους δύναται να είναι συνδυαστική και βέβαια να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν σε κάθε θεραπευτικό ίδρυμα. Η διοίκηση δεν μπορεί σε ένα δημόσιο σύστημα να εφαρμόσει οικονομικά κίνητρα, επομένως οι προσπάθειές της πρέπει να στραφούν προς την κατάρτιση, την οργάνωση και το συντονισμό του ανθρώπινου δυναμικού, την επικοινωνία και ισότιμη μεταχείριση. Πρόκειται για ρεαλιστικά κίνητρα με δυναμική εφαρμογή στον χώρο της υγείας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011: 502).

Η παρακίνηση δεν αφορά μόνο στο νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και στο ιατρικό. Παρατηρείται ότι αποτελεί ένα σύνθετο ζήτημα, καθώς τα οικονομικά κίνητρα δεν μπορούν από μόνα τους να παρακινήσουν τους ιατρούς, ενώ όσα σχετίζονται με την επίτευξη των στόχων και την αναγνώριση στο χώρο εργασίας, καθώς και με τη δυνατότητα επαγγελματικής ανάπτυξης, είναι πιο ρεαλιστικά και εφικτά. Έχουν διατυπωθεί σύγχρονες θεωρίες κινήτρων ώστε να διατηρείται το προσωπικό ικανοποιημένο, το οποίο αποτελεί βάση για ένα εύρωστο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Βεβαίως κρίνονται απαραίτητες η διάγνωση των αναγκών του ιατρικού δυναμικού και η επιλογή των κατάλληλων τεχνικών που προσφέρουν οι θεωρίες κινήτρων (Κανελλόπουλος, 2012: 182).

Οι διάφορες μελέτες που σχετίζονται με τα διοικητικά θέματα των νοσοκομείων διαπιστώνουν τις ανάγκες παρακίνησης του προσωπικού, εξετάζουν τις μεθόδους που μπορούν να εφαρμοστούν για το σκοπό αυτό και θίγουν ιδιαίτερες παραμέτρους, όπως η έννοια της ηγετικής φυσιολογίας ή οι ιδιαίτεροι τομείς στους οποίους πρέπει να απευθύνει η Διοίκηση τις ενέργειές της ώστε να είναι το προσωπικό ικανοποιημένο, άρα και αποδοτικό.

Ο Κ. Νακάκης κάνει λόγο για τη σημαντική διαδικασία που πρέπει να λάβει χώρα σε προπτυχιακό ήδη επίπεδο και αφορά στην ανάδειξη ηγετικών φυσιολογικών ως αντίδοτο σε ένα σύστημα υγείας που διακατέχεται από την αγωνία της μείωσης του κόστους φροντίδας, της πίεσης για την αύξηση της αποδοτικότητας και της επιτακτικής ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών μέσα από την εφαρμογή της Νοσηλευτικής βασισμένης σε ενδείξεις (Κ. Νακάκης, 2012:127-128).

Οι νοσηλευτές πρέπει να προετοιμάζονται από τα πρώτα χρόνια της καριέρας τους για ηγετικούς ρόλους, όπως εξάλλου υποστηρίζει το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, ενώ οι φοιτητές πρέπει ήδη κατά την προπτυχιακή τους εκπαίδευση να αποκτήσουν σφαιρική οπτική και αντίληψη των προβλημάτων του χώρου της υγείας, όπως και του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Τα προγράμματα σπουδών της τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης πρέπει να εστιάζουν σε δεξιότητες νοσηλευτικής ηγεσίας, μοντέλων διοίκησης, πολιτικών υγείας, έρευνας και επιχειρηματικότητας.

Μια γενικότερη σύνοψη των απόψεων για την παρακίνηση του προσωπικού και την παροχή κινήτρων εκ μέρους της διοίκησης μπορεί να έχει ως εξής, ξεκινώντας από τις πιθανές μορφές ηγεσίας σε ένα ίδρυμα παροχής υγείας:

1. Η ηγεσία και η επιρροή της μπορεί να είναι αυταρχική (καθοδηγητική), οπότε προκαλεί σχέσεις επιθετικότητας, απάθειας και εκμηδένισης της πρωτοβουλίας, δημοκρατική (συμμετοχική), με προσανατολισμό των νοσηλευτών στην ομαδική εργασία και τις ανθρώπινες αξίες, φιλελεύθερη (μη καθολική), με αποτέλεσμα τη μη ικανοποίηση του προσωπικού και τα χαμηλά επίπεδα παραγωγικότητας, ή μεταρρυθμιστική, οπότε επιτυγχάνει επαναστατικές αλλαγές και συμβάλει στην εξέλιξη των μελών της νοσηλευτικής ομάδας (Πρεβύζη και Κόλλια, 2012: 476).

2. Στα κύρια χαρακτηριστικά των ηγετών-προϊσταμένων περιλαμβάνονται το όραμα, η ικανότητα επικοινωνίας, η υιοθέτηση υποστηρικτικής στρατηγικής, η καθοδήγηση και εκπαίδευση της ομάδας με ηθικές αξίες και επιστημονικότητα, η ανεπτυγμένη κριτική ικανότητα και σκέψη για την αξιολόγηση αναγκών και ιδιαιτεροτήτων των εργαζομένων, η έμπνευση εμπιστοσύνης, σεβασμού και αποδοχής, ο προγραμματισμός των δραστηριοτήτων σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού, η προαγωγή της συμμετοχής των εργαζομένων, αλλά και της πρωτοβουλίας, ομαδικής επίλυσης προβλημάτων και εκπαίδευσης, η εκδήλωση ερευνητικού πνεύματος και η δυνατότητα λειτουργίας ως προτύπου. Η γνώση του έργου και των στόχων του νοσοκομείου και η συνεχής ενημέρωση του προσωπικού αποτελούν προτεραιότητες (Πρεβύζη και Κόλλια, 2012: 477). Τα χαρακτηριστικά αυτά τονίζονται σε περισσότερες από μια μελέτες, όπως σε μία που αναμένει από τον κατάλληλο προϊστάμενο ευρύτητα γνώσεων και αντιλήψεων, διορατικότητα πρόληψης ανεπιθύμητων προβλημάτων και δυσκολιών στο χώρο εργασίας, αυτοπεποίθηση, αίσθηση του χιούμορ, ερευνητικό πνεύμα με διάθεση για την εφαρμογή καινοτομιών, ικανότητες επιτυχούς επικοινωνίας με το προσωπικό και λήψης αποφάσεων, αποδοτικότητα και ηγετική συμπεριφορά (Μπαμπάτσικου και Γερογιάννη, 2012: 21-22).

3. Κίνητρα θεωρούνται το υγιές και ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, η αναγνώριση και η επιβράβευση, η δίκαιη μεταχείριση, ο αυτοσεβασμός, το αίσθημα της επιτυχίας, η ελευθερία πρωτοβουλιών, η ανάπτυξη και η εξέλιξη, το περιεχόμενο της εργασίας, το όραμα. Η εκπαίδευση αποκτά εξέχουσα σημασία ως κίνητρο διότι σχετίζεται με την εσωτερική

ψυχολογική διαδικασία (ικανοποίηση, απόδοση, ικανότητα, αποτελεσματικότητα), με τη δομή του συστήματος υγείας και με τις ευρύτερες οικονομικές, κοινωνικές, και περιβαλλοντικές συνθήκες (Πρεβύζη και Κόλλια, 2012: 481). Το ίδιο αυτό αίτημα εκφράζουν και οι Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου (2011: 510-511), που εντάσσουν στα ρεαλιστικά κίνητρα την κατάρτιση και επαγγελματική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στα εργασιακά του αντικείμενα, σε νέα αντικείμενα και σε ζητήματα εργασιακής συμπεριφοράς. Συνδέουν μάλιστα την κατάρτιση με την επιβράβευση και την παρακίνηση για επιπλέον επαγγελματική εξέλιξη, ενώ θεωρούν ότι επόμενο ρεαλιστικό κίνητρο αποτελεί η θετική αξιολόγηση του προσωπικού, εφόσον αυτό επιτυγχάνει τους στόχους του ή εργάζεται με ζήλο αποδεδειγμένα. Επόμενα στη σειρά κίνητρα θεωρούν τη διαρκή και συνεχή επαναπληροφόρηση, την «ανοικτή» επικοινωνία προϊσταμένου και νοσηλευτικού προσωπικού και τις συμμετοχικές διαδικασίες στην λήψη των αποφάσεων, τον αντικειμενικό, ορθολογικό και αμερόληπτο καταμερισμό εργασιών και αρμοδιοτήτων, τη σωστή και δίκαιη κατανομή των βαρδιών του προσωπικού με βάση αντικειμενικά κριτήρια (οικογενειακή κατάσταση, αρχαιότητα, προσωπικές ανάγκες στο μέτρο του δυνατού), τις περιοδικές συναντήσεις του προσωπικού με τον/την προϊστάμενο/προϊσταμένη του τμήματος για αναστοχασμό και επαναπληροφόρηση, τη διοργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων για σύσφιξη σχέσεων και ανάπτυξη θετικού κλίματος αμφίδρομης επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, την ευμενή μετακίνηση του προσωπικού που «φέρνει» θετικά εργασιακά αποτελέσματα, την ηθική επιβράβευση και δημόσια προβολή του νοσηλευτικού προσωπικού, τέλος, την ανάθεση αρμοδιοτήτων και ανάληψη πρωτοβουλιών.

4. Αντιθέτως, απομακρύνουν από τους στόχους και συνδέονται με την απαξίωση τα απαρχαιωμένα συστήματα αξιολόγησης, οι υποκειμενικές κρίσεις και το ενιαίο μισθολόγιο, ενώ και η απουσία καθηκοντολογίου επιτείνει την ασάφεια στον προσδιορισμό υποχρεώσεων και αρμοδιοτήτων (δες και σχετική ενότητα). Έτσι δεν αποφεύγονται αντιπαλότητες και συγκρούσεις και αντιπαλότητες, που έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα της εργασίας και την αποτελεσματικότητα (Γώγος, 2011: 16).

5. Ως μία από τις μεθόδους επίσημης επαγγελματικής υποστήριξης και εκμάθησης που επιτρέπει στους νοσηλευτές την ανάπτυξη γνώσης και ικανότητας ανάληψης ευθυνών έχει προταθεί η κλινική επίβλεψη, παρά τις αντιφατικές απόψεις, τα αντικρουόμενα ερευνητικά

αποτελέσματα και την διαπιστωμένη σχετική ασάφεια στον ορισμό του ρόλου του κλινικού επιβλέποντα. Στα θετικά της στοιχεία συγκαταλέγονται οι αρχές της εκπαίδευσης των ενηλίκων, ωστόσο σχηματοποιείται κυρίως από τη νοσηλευτική πρακτική, ενώ κορυφώνεται ως φροντίδα για τους ασθενείς, αλλά και των μελών της ομάδας υγείας. Ως μηχανισμός υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα των νοσηλευτών, παρέχει δυνατότητα κατανομής της κλινικής, οργανωτικής, αναπτυξιακής και συναισθηματικής εμπειρίας μεταξύ των εργαζομένων, σε ασφαλές και εμπιστευτικό περιβάλλον, ώστε να ενισχυθούν απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες. Αντίκυπό της έχει την αυξανόμενη συνειδητοποίηση εννοιών όπως η υπευθυνότητα και η αντανakλαστική πρακτική (Βλάχου και Πλαγίσου, 2011: 279-280).

Ο ορισμός της κλινικής επίβλεψης δεν είναι ιδιαίτερα ακριβής, παρά το ότι οι Βλάχου και Πλαγίσου φαίνεται να υπαινίσσονται το αντίθετο. Την ορίζουν (όπως και από τα παραπάνω θα έγινε εν μέρει κατανοητό) ως *«επίσημη διαδικασία επαγγελματικής υποστήριξης και εκμάθησης που επιτρέπει στους νοσηλευτές να αναπτύξουν τη γνώση και την ικανότητα, να αναλάβουν την ευθύνη για την πρακτική τους και να ενισχύσουν την προστασία των ασθενών και την ασφάλεια της φροντίδας στις σύνθετες νοσηλευτικές διαδικασίες. Η κλινική επίβλεψη αποτελεί βασική διεργασία για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής των νοσηλευτών καθώς ενθαρρύνει μέσα από την αναλυτική διαδικασία που ακολουθείται, την αυτοαξιολόγηση των δεξιοτήτων»* (Βλάχου και Πλαγίσου 2011: 280-281).

Ίσως η ασάφεια που κατά τη γνώμη μας περιέχει ο όρος αλλά και οι εγγενείς του δυσκολίες εφαρμογής έχουν οδηγήσει νοσηλευτές, όπως οι ίδιες μελετήτριες παρατηρούν, να θεωρούν την κλινική επίβλεψη διαδικασία διοικητικού χαρακτήρα, ασκούμενη από έναν ελεγκτή και επιθεωρητή, ο οποίος αντιμετωπίζεται ως μορφή αυθεντίας. Υπάρχουν επίσης νοσηλευτές που τη βλέπουν ως διοικητική δραστηριότητα χαμηλού επιπέδου, με σκοπό την επίβλεψη της τήρησης του ωραρίου, την προώθηση αμοιβών και την επιθεώρηση της ποιότητας της εργασίας.

Ο εκφοβισμός του επαγγελματία υγείας είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που εκδηλώνεται με αρκετούς διαφορετικούς, μεμονωμένους ή συνδυαζόμενους τρόπους. Κύρια αιτία για την εμφάνισή του είναι η οικονομική, η υλική, η συναισθηματική ή η κοινωνική εξάρτηση ενός ατόμου από κάποιο άλλο, σε συνδυασμό με τον ρόλο της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου και τα

χαρακτηριστικά του οργανισμού απασχόλησής του (Φώτης και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010: 142).

Φαινόμενα που τον συνθέτουν είναι η επίμονη και συνεχής κριτική, η άγρια φωνή, η υβριστική συμπεριφορά, η διακοπή της προσπάθειας του θύματος να εκφραστεί, η αγνόησή του όταν μιλάει ή ρωτάει, η δυσφήμιση και συκοφαντία, η ανάθεση πολλών ευθυνών σε μειωμένο χρόνο, η ανάθεση καθηκόντων μειωτικών για τη θέση του επαγγελματία, η αφαίρεση αρμοδιοτήτων, η ελλιπής ανάθεση καθηκόντων που προκαλεί αίσθημα μη χρησιμότητας στον εργαζόμενο, η απομόνωση από την εργασιακή ομάδα, η απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών, η άρνηση ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης (Μισουρίδου, 2011: 124-125).

Δεν είναι απαραίτητο να προέρχεται ή να σχετίζεται άμεσα με τη διοίκηση, καθώς δεν είναι μόνο οι πολύπλοκοι μηχανισμοί εξουσίας σε ιεραρχικούς και γραφειοκρατικούς μηχανισμούς που τον προκαλούν, αλλά και οι κλειστές ομάδες νοσηλευτών, που επηρεάζονται από κυριαρχικές προσωπικότητες οι οποίες με τον εκφοβισμό εδραιώνουν την επιρροή τους.

Όσον αφορά τη διοίκηση, καθώς αυτό είναι το θέμα της τρέχουσας ενότητας, οι επαγγελματίες υγείας που έχουν υπάρξει θύματα αναφέρουν ότι οι προϊστάμενοι αποτελούν τη συχνότερη πηγή επιθετικότητας. Για ορισμένους νοσηλευτές προϊσταμένους οι μέθοδοι εκφοβισμού είναι καθιερωμένες στρατηγικές επίτευξης των εργασιακών στόχων τους. Προφανώς παρουσιάζουν εκείνοι έλλειμμα επικοινωνιακών ικανοτήτων και εξειδικευμένων γνώσεων διοίκησης.

Ως αποτέλεσμα λοιπόν, μεταφέρουν την πίεση που δέχονται οι ίδιοι από τους ανωτέρους τους στο προσωπικό που διοικούν, επηρεασμένοι από τον μεγάλο φόρτο εργασίας, το δύσκολο δυναμικό εργαζομένων και τη μικρή δυνατότητα συμμετοχής τους στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Τα ενδιάμεσα αυτά διοικητικά στελέχη αποτελούν στόχο ανωτέρων και πολιτικών που προσπαθούν να αποτινάξουν την ευθύνη της οργανωσιακής τους αποτυχίας και των ελλείψεών τους (Μισουρίδου, 2011: 125).

Ο εκφοβισμός αναγνωρίζεται ως έχων τρεις κατευθύνσεις:

Οριζόντιος εκφοβισμός: αναπτύσσεται κατά την κακοποίηση από άτομα ή ομάδες εργαζομένων του ίδιου βαθμού. Πλήττει κυρίως τους εκπαιδευόμενους ή μαθητευόμενους,

αλλά δεν αποκλείεται να επιδρά και σε μεσαία διοικητικά στελέχη κατά τις περιόδους εφαρμογής αλλαγών.

Κάθετος προς τα πάνω εκφοβισμός: οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να παραβλέψουν διοικητικές εντολές, ή ακόμη και να αρνηθούν να επωφεληθούν από τα πλεονεκτήματα που οι εντολές επιφέρουν.

Κάθετος προς τα κάτω εκφοβισμός: είναι αυτός που ήδη περιγράψαμε, ως εμφάνιση υπερβολικών απαιτήσεων από τη διοίκηση προς τους εργαζόμενους. Σε όλες τις περιπτώσεις οι εργαζόμενοι εμφανίζονται συχνά δύστροποι οι εργαζόμενοι στην υπακοή και την εκτέλεση εντολών του είδους αυτού (Φώτης και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010: 144).

Οι συνέπειες του εκφοβισμού στον χώρο εργασίας μπορούν να είναι σωματικές (κεφαλαλγίες, τρόμος, εφίδρωση, νόσος, ναυτία, αύξηση αρτηριακής πίεσης, ανορεξία, αϋπνία), ψυχολογικές (άγχος, επεισόδια πανικού, κατάθλιψη, αίσθημα φόβου, κλάμα), ή/και συμπεριφορικές (ευερεθιστότητα, απομόνωση, επιθετικότητα, κατανάλωση οινοπνεύματος και κάπνισμα). Έτσι ζημιώνεται το ίδιο το σύστημα παροχής υγείας, καθώς μειώνεται η αυτοεκτίμηση των εργαζομένων και αυξάνονται οι αναρρωτικές άδειες και οι αδικαιολόγητες απουσίες (Φώτης και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010: 144).

Η αποδοτικότητα και παραγωγικότητα των νοσηλευτών δεν είναι όση μπορούν να ασκήσουν, η αυτοσυγκέντρωση χάνεται και γίνονται λάθη, ενώ δυσκολεύονται να αποδώσουν ορθά το πρόβλημα και στοχοποιούν ως αιτία των εαυτό τους. Αισθάνονται ενοχή, φόβο, πανικό και ανασφάλεια, αμφιβάλουν για την κρίση τους, απομονώνονται από τους συναδέλφους τους και σταδιακά επηρεάζονται σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Μισουρίδου, 2011: 125).

Για την αντιμετώπιση του φαινομένου είναι αναγκαίος ένας «μηχανισμός», αφού χρειάζεται να συντονιστούν παράγοντες ατομικοί, συλλογικοί και εξωνοσοκομειακοί. Ωστόσο οι διοικητές / διευθυντές των οργανισμών πρέπει να ελέγχουν ασφαλώς την απορρέουσα από μέρους τους εκφοβιστική συμπεριφορά. Οφείλουν και να απομακρύνουν τους εργαζόμενους που ασκούν εκφοβισμό στους συναδέλφους τους ή τους κατώτερους ιεραρχικά υπαλλήλους, διότι «ο αντίκτυπος της ανατρεπτικής και καταστροφικής συμπεριφοράς, στον εργοδοτικό οργανισμό, είναι πολύ μεγάλος για να είναι ανεκτός». Επίσης πρέπει να αναγνωρίζουν και να ανταμείβουν τα ομαδικά εργαζόμενα στελέχη (Φώτης και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010: 145).

Η θέση του προϊσταμένου είναι καίρια και κρίσιμη, όχι μόνο επειδή ο ίδιος μπορεί να ασκεί ή να αποφεύγει συστηματικά τον εκφοβισμό των υφισταμένων του, αλλά και διότι παίρνει θέση απέναντι στην «οργανωσιακή κουλτούρα ανοχής της βίας». Ενώ έχει την υποχρέωση να εξαλείψει εξαρχής τα εκφοβιστικά φαινόμενα, συχνά παίρνει το μέρος του θύτη αγνοώντας τις αναφορές των θυμάτων, διότι ο θύτης έχει στις περισσότερες περιπτώσεις εξουσία. Η αγνόηση του εκφοβισμού συνδέεται δυστυχώς με την αντίληψη ότι αναγνώρισή του θα είναι απειλητική για την οργανωσιακή δομή, τις αξίες και τις πρακτικές της (Μισουρίδου, 2011: 126).

A. 3. 2. Σχέσεις Συναδέλφων και Καθορισμός Ρόλων

Η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας είναι κρίσιμη για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Η παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει αρμονική, συντονισμένη και αποτελεσματική επικοινωνία νοσηλευτών και ιατρών. Η συνεργασία τους πρέπει να είναι αλληλοεξαρτώμενη και να στηρίζεται στην ανοικτή επικοινωνία και την κοινή λήψη αποφάσεων. Ο βαθμός ωστόσο της αμοιβαίας συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών είναι μπορεί να επηρεάζεται από κοινωνικούς, πολιτισμικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες που καθορίζουν τους κοινωνικούς ρόλους και τα πρότυπα (Μάτζιου και άλλοι, 2012: 84). Είναι ενδιαφέρον ότι μελέτες μας δίνουν την ευκαιρία να διαπιστώσουμε τις απόψεις και των δύο «πλευρών» επάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα, καθώς και να εκτιμήσουμε τις επιδράσεις στην καθημερινότητα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του καθορισμού ρόλων και της διασποράς των αρμοδιοτήτων.

Φαίνεται ότι από την πλευρά των ιατρών τα πράγματα παρουσιάζονται πολύ θετικά. Σύμφωνα με έρευνα που συγκέντρωσε δεδομένα από τις απόψεις 93 ιατρών, η πλειοψηφία της επαγγελματικής αυτής ομάδας σέβεται την εργασία του νοσηλευτή σε ποσοστό (95,7%), ενώ δείχνει ευαισθησία για την οικογενειακή του κατάσταση (87,1%) και τις προσωπικές του ανάγκες (90,4%). Αναγνωρίζουν σε ποσοστό 95,7% ότι η σχέση ιατρού-νοσηλευτή διασφαλίζει τη συνεργασία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να ενημερώνονται για την κατάσταση των ασθενών από τους νοσηλευτές σε ποσοστό 89,1% και να αποδέχονται την ευθύνη τους στη φροντίδα των ασθενών σε ποσοστό 98,9%. Υπήρξε μεγαλύτερη αναγνώριση των

διοικητικών ικανοτήτων των νοσηλευτών από τους νέους κυρίως ιατρούς, που δήλωσαν ότι δέχονταν ευκολότερα τις αποφάσεις του νοσηλευτή σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς. Διακρίθηκε και μια διαφοροποίηση φύλου, καθώς οι άνδρες έδειχναν περισσότερη ευαισθησία στην οικογενειακή κατάσταση του νοσηλευτή από τις γυναίκες (Βλαχιώτη και άλλοι, 2012: 169).

Οι απόψεις μεταξύ των ιατρών, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, δεν επηρεάζονται σημαντικά από το επίπεδο εκπαίδευσης ή την ιεραρχική τους θέση, όσο από τα έτη κλινικής εμπειρίας (προϋπηρεσίας). Εκείνοι που είχαν μικρότερη εμπειρία φάνηκαν περισσότερο δεκτικοί απέναντι τις αποφάσεις του νοσηλευτή σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς. Ο αριθμός των ασθενών ανά τμήμα επηρέαζε τις απόψεις για τις διοικητικές ικανότητες των νοσηλευτών. Οι εργαζόμενοι σε τμήματα με <15 ασθενείς ιατροί αναγνώριζαν λιγότερο τις διοικητικές αυτές ικανότητες και αποδέχονταν δυσκολότερα τη γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη θεραπεία ή τη λήψη αποφάσεων. Γενικά οι ιατροί δηλώνουν υποστηρικτές της στενής συνεργασίας με το νοσηλευτικό προσωπικό, αναγνωρίζουν όμως τις δυσκολίες του εγχειρήματος. Βρίσκουν ότι η συνεργασία είναι δύσκολη κυρίως στη διαχείριση των αποφάσεων. Η θέση στην ιεραρχία και το μειωμένο εργασιακό φορτίο (αναλογία ασθενών ανά ιατρό) επηρεάζουν αρνητικά την αποδοχή της άποψης των νοσηλευτών με τους οποίους συνεργάζονται. Είναι σημαντικό ότι ενώ οι διαφορές μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών μπορούν να προκαλέσουν συγκρούσεις και προβλήματα που θα επηρεάσουν ενδεχομένως τη φροντίδα των ασθενών, οι συγκρούσεις αυτές και οι δυσκολίες συνεργασίας με τους νοσηλευτές κρίνονται ως λιγότερο σημαντικά θέματα (Βλαχιώτη και άλλοι, 2012: 169-171).

Από την πλευρά των νοσηλευτών ενδιαφέρον επικοινωνίας με τους ιατρούς του τμήματός του έδειξε το μεγαλύτερο ποσοστό (60,4%), παρά το ότι εκφράστηκαν παράπονα σωστής και έγκαιρης ενημέρωσης (20,8%). Ποσοστό νοσηλευτών 43,2%, θεωρούσε ότι δεν συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, κυρίως αυτοί που έχουν τη μικρότερη εμπειρία. Στα τμήματα με μικρότερο αριθμό ασθενών η συνεργασία με τους ιατρούς θεωρήθηκε ως υφιστάμενη, όπως και η αποδοχή από μέρους των τελευταίων της γνώμης των νοσηλευτών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και τη διαχείριση των αποφάσεων. Πολύ σημαντικό ήταν το ότι σε ποσοστό 50% οι νοσηλευτές θεωρούν ότι ο ιατρός δεν αξιολογεί δίκαια την εργασία τους, δεν λαμβάνει υπόψη την γνώμη τους, ενώ δεν δείχνει ευαισθησία στην οικογενειακή τους

κατάσταση (65,9%) και στις προσωπικές τους ανάγκες (69%). Περισσότερο δύσπιστοι ως προς την εμπιστοσύνη στην εργασία τους και τις διοικητικές του ικανότητες που τους έδειχνε ο ιατρός ήταν οι νοσηλευτές με τη μικρότερη εμπειρία (Μάτζιου και άλλοι, 2012: 83-84).

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής παρουσιάζουν αποκλίσεις από εκείνα της αρχικής, οι οποίες δεν πρέπει να αποδοθούν σε διαφορετική προσέγγιση της ερμηνείας των δεδομένων, καθώς οι περισσότεροι από τους μελετητές είναι και στις δύο περιπτώσεις τα ίδια πρόσωπα, εκπόνησαν δε τις έρευνές τους το ίδιο έτος.

Η δεύτερη μελέτη, που στάθμισε τις απόψεις των νοσηλευτών, κατέληξε στα εξής συμπεράσματα: Οι περισσότεροι νοσηλευτές (80,2%) δηλώνουν ότι η εργασία τους είναι σεβαστή από το ιατρικό προσωπικό, ενώ η σχέση ιατρού-νοσηλευτή διασφαλίζει τη συνεργασία (90,3%). Όμως, ο ένας στους δύο νοσηλευτές (49,8%) βρίσκει ότι ο ιατρός δεν αξιολογεί δίκαια την εργασία του και ότι δεν συνεργάζεται μαζί του για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και τη διαχείριση των αποφάσεων (60,4%), ενώ δεν αποδέχεται καθόλου τη γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού (Μάτζιου και άλλοι, 2012: 83-84). Ας θυμηθούμε ότι οι ιατροί σε θέματα σεβασμού της εργασίας των νοσηλευτών και των προσωπικών τους αναγκών και οικογενειακής τους κατάστασης φάνηκαν θετικοί σε ποσοστά που ξεπερνούσαν το 87% και έφταναν έως και το 95/96%, όταν οι νοσηλευτές καλύπτονται από αυτές τις παραμέτρους διεπαγγελματικής συνεργασίας σε ποσοστά που δεν ξεπερνούν το 35% περίπου. Μόνο έτσι μπορούμε να ερμηνεύσουμε το ότι θεωρούν πως το ιατρικό προσωπικό δεν δείχνει ευαισθησία στην οικογενειακή τους κατάσταση κατά 65,9% και στις προσωπικές τους ανάγκες κατά 69%.

Μπορούμε, μέσω άλλων μελετών, να διαπιστώσουμε ενδεχομένως τελικά τι υπερισχύει. Σε έρευνα στην οποία έλαβαν μέρος 342 νοσηλευτές και βοηθοί, διερευνήθηκαν οι ετεροεπαγγελματικές αλλά και οι ομοιοεπαγγελματικές σχέσεις των εργαζομένων. Γενικά συμπεράσματα της έρευνας ήταν: α) η ομοιοεπαγγελματική συνεργασία, δεν επηρεαζόταν από δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η τεκνοποίηση, β) δηλώθηκε ικανοποίηση από τις ομοιοεπαγγελματικές σχέσεις σε ποσοστό 75,5%, γ) επίδραση στη συνεργασία των νοσηλευτών είχε το επίπεδο εκπαίδευσής τους, δ) το 72,5% των νοσηλευτών δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο από τον τρόπο που αντιμετωπίζεται από τους γιατρούς, ε) οι νοσηλευτές του δείγματος επιθυμούσαν διεπιστημονική εκπαίδευση σε

προπτυχιακό στάδιο, όπως και την εκπαίδευση στην ομαδική εργασία, με σκοπό τη γόνιμη συνεργασία με τους γιατρούς, στ) η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, η έλλειψη ισότιμης επικοινωνίας και η έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης μειώνουν δραματικά την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού υγείας (Δημητριάδου-Παντέκα και άλλοι, 2010: 91-92).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά για το κλίμα των επαγγελματικών σχέσεων στο νοσοκομείο, ωστόσο ένα είδος επιφυλάξεων εκφράζεται με τη διαπίστωση ότι *«οι νοσηλευτές είχαν την ανάγκη να αναγνωριστούν ως ισότιμοι συνεργάτες των γιατρών. Οι γιατροί από την πλευρά τους χρειάζονταν να διατηρούν πλήρη εικόνα των δραστηριοτήτων ενός νοσηλευτή, ώστε να αποφεύγεται η οποιαδήποτε υποτίμηση του νοσηλευτικού έργου. Η ομαδική εργασία με βάση την ισοτιμία των επαγγελματικών ρόλων διαφύλασσε την εργασιακή ειρήνη και προήγε την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου»* (Δημητριάδου-Παντέκα και άλλοι, 2010: 98).

Επίσης σημειώνεται ότι οι προβληματικές σχέσεις νοσηλευτών και γιατρών έχουν καταγραφεί σε πολλά δυτικά συστήματα υγείας, όπου λόγω της αυστηρής ιεραρχικής δομής του «μικρόκοσμου» του τμήματος αλλά και της ασάφειας των επαγγελματικών ρόλων δημιουργούνται ανταγωνιστικές σχέσεις, ενώ αυξάνονται κατακόρυφα οι πιθανότητες λάθους (Δημητριάδου-Παντέκα και άλλοι, 2010: 93).

Σε μια σχετική έρευνα δίνονται δύο ορισμοί, της σύγκρουσης και της ασάφειας ρόλων, οι οποίοι συνοψίζουν το περιεχόμενο των όρων:

Σύγκρουση ρόλων υφίσταται όταν η δράση ενός προσώπου ή μιας ομάδας αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την επιθυμητή δράση άλλου προσώπου ή ομάδας. Συνήθως εκδηλώνεται ως διαφωνία μεταξύ δύο ή περισσότερων πλευρών, σχετικά με τον καλύτερο τρόπο επίτευξης των στόχων του οργανισμού. Ο εργαζόμενος βιώνει τη σύγκρουση ρόλων όταν υπάρχουν αντιφατικές απαιτήσεις από αυτόν, όταν δίδονται εντολές που η υλοποίησή τους παραβιάζει τις προσωπικές του αξίες ή όταν πολλές απαιτήσεις απευθύνονται σε έναν εργαζόμενο ταυτόχρονα (Υφαντή και άλλοι, 2012: 237).

Η ασάφεια ρόλου αναφέρεται στην αβεβαιότητα του εργαζομένου σχετικά με τις απαιτήσεις της εργασίας του και τον τρόπο άσκησης των καθηκόντων του. Ασάφεια ρόλων υφίσταται όταν ο

εργαζόμενος δεν έχει μια ξεκάθαρη εικόνα σχετικά με τους στόχους, τον σκοπό και τις ευθύνες του, ενώ ταυτόχρονα έχει συναίσθηση αυτής της αβεβαιότητάς του (Υφαντή και άλλοι, 2012: 238).

Μπορούν να αναφερθούν τα αποτελέσματα δύο μελετών σχετικά με το ζήτημα, ώστε να εκτιμηθεί η έκταση και η σημασία του. Τα συμπεράσματα προέρχονται αφενός από την έρευνα των Κοντογιάννη και άλλων (2011), που μελέτησαν δείγμα 180 νοσηλευτών και βοηθών τους και 106 ιατρών όλων των ειδικοτήτων δύο δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων και παιδιατρικών τμημάτων δύο Γενικών Νοσοκομείων της Ελλάδας. Αφετέρου από την έρευνα των Υφαντή και άλλων (2012), όπου συμμετείχαν 104 ιατροί και νοσηλευτές, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό που εργάζονταν σε δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο:

Α) Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ανέφεραν συγκρούσεις με συναδέλφους του τμήματός τους. Μόνο το 17% είχε συγκρούσεις με άτομα άλλης επαγγελματικής ομάδας. Τις περισσότερες συγκρούσεις με συναδέλφους τους, σε ποσοστό 73,3%, ανέφεραν οι γιατροί (Κοντογιάννη και άλλοι, 2011: 320).

Β) Συχνότερη στρατηγική του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (61% των ιατρών και 64,2% των νοσηλευτών) ήταν η αποφυγή, ενώ λιγότερο χρησιμοποιούμενη η αποδοχή (9,5% των ιατρών και 6,7% των νοσηλευτών) (Κοντογιάννη και άλλοι, 2011: 320).

Γ) Οι περισσότεροι επαγγελματίες (77%) δεν είχαν δεχθεί επιμόρφωση διαχείρισης συγκρούσεων, πράγμα πολύ σημαντικό, καθώς μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση δήλωσαν όσοι είχαν ενημερωθεί σχετικά (Κοντογιάννη και άλλοι, 2011: 320).

Δ) Οι μισοί από τους ερωτηθέντες έκριναν ως πηγή συγκρούσεων τη διασπορά εντολών ανάμεσα σε περισσότερους του ενός προϊσταμένους (Κοντογιάννη και άλλοι, 2011: 320).

Ε) Από σχεδόν καθολικό ποσοστό εργαζομένων (95,8%) δηλώθηκε ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντά τους και δεν βοηθούν την αποδοτική τους εκτέλεση (Κοντογιάννη και άλλοι, 2011: 320).

ΣΤ) Ήταν εντονότερη από μέρους των νοσηλευτών η πεποίθηση ότι οι διαφορές εκπαίδευσης αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στη διεπαγγελματική επικοινωνία (Κοντογιάννη και άλλοι, 2011: 321).

Προτάθηκε να συντελεστούν μείζονες λειτουργικές αλλαγές στη διαχείριση και στην εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, στη δημιουργία κινήτρων για το προσωπικό και στην οργανωτική δομή και διάρθρωση των νοσοκομείων, ώστε να είναι δυνατή η επίλυση των συγκρούσεων (Κοντογιάννη και άλλοι, 2011: 321).

Από τα συμπεράσματα της έρευνας των Υφαντή και άλλων μπορεί να συμπληρωθεί ότι μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα ασάφειας ρόλου εμφανίζουν οι νεότεροι ηλικιακά και οι διοικητικοί υπάλληλοι. Δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα σύγκρουσης ρόλου μεταξύ των επιμέρους υποομάδων. Η απουσία σαφών στόχων και διευκρινήσεων ως προς τα συγκεκριμένα καθήκοντα προκαλούν έντονο προβληματισμό στους εργαζόμενους, που επιπροσθέτως δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν ποιες είναι οι προσδοκίες και απαιτήσεις των άλλων. Οι αδυναμίες του συστήματος υγείας είναι οργανωτικές και προκαλούν σύγχυση ρόλων στους νεότερους εργαζόμενους και μεγάλο φορτίο εργασίας για τα στελέχη της διοίκησης (Υφαντή και άλλοι, 2012: 240-241).

A. 3. 3. Υποστελέχωση , Κυκλικό Ωράριο και Συνέπειες

Η έννοια της στελέχωσης στο νοσοκομείο μπορεί να χαρακτηριστεί ως η *«σαφής και συστηματική διαδικασία προσδιορισμού της αριθμητικής και ποιοτικής σύνθεσης του προσωπικού που απαιτείται για την εξασφάλιση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας προκαθορισμένων προτύπων σε μια ομάδα ασθενών και σε συγκεκριμένο περιβάλλον»*. Επομένως, όταν στα νοσηλευτικά ιδρύματα το προσωπικό είναι μειωμένο, αυξάνεται αυτομάτως η πιθανότητα παραβίασης των κανόνων της νοσηλευτικής πρακτικής. Αντιθέτως, αυξημένη αναλογία του προσωπικού έχει συσχετιστεί με την ικανοποίηση των ίδιων των εργαζομένων από τις συνθήκες εργασίας τους, επομένως και με καλύτερη απόδοσή τους. Πρόβλημα αποτελεί και η λανθασμένη αναλογία νοσηλευτών και βοηθών τους, ενώ όσο

βαρύτερη θεωρείται η κατάσταση των ασθενών τόσο περισσότεροι νοσηλευτές απαιτούνται για τη φροντίδα τους (Κοπανιτσάνου και Μπροκαλάκη, 2009: 50-51).

Οι ανάγκες σε στελέχωση δεν περιορίζονται σε απλές περιγραφές γνώριμων καταστάσεων, αλλά έχουν μετρηθεί με ακρίβεια σε μελέτες. Έχει, για παράδειγμα, αναλυθεί το πρόβλημα της στελέχωσης των ΜΕΘ και των παραγόμενων προβλημάτων και φανεί ότι η διάρκεια ολοκλήρωσης μιας πράξης μπορεί να αυξάνεται έως και 40%, με αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα προς τους ασθενείς και λόγω της επαγγελματικής κόπωσης του προσωπικού. Επίσης, η στελέχωση των ΜΕΘ με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει συσχετισθεί άμεσα με το 30% τουλάχιστον της θνητότητας των νοσηλευόμενων. Επιπροσθέτως, παρατηρείται ότι ο νοσηλευτής που εργάζεται σε τμήμα ΜΕΘ είναι υποχρεωμένος να παρέχει περισσότερο χρόνο καθημερινά στον ίδιο ασθενή από όσο άλλος που εργάζεται σε διαφορετικό τμήμα του νοσοκομείου (Ιντας και άλλοι, 2008: 263-264).

Στα παιδιατρικά νοσοκομεία η επαρκής στελέχωση προσωπικού έχει επίσης συνδεθεί άρρηκτα με την ποιότητα φροντίδας και την ασφάλεια των παιδιών, μάλιστα έχει φανεί ότι επιδρά θετικά στη μείωση της θνησιμότητας, των λοιμώξεων και των λαθών στη χορήγηση φαρμάκων. Κατόπιν βιβλιογραφικής ανασκόπησης αρκετών μελετών οι Βλαχιώτη και άλλοι (2011: 179-180) κατέληξαν σε συμπεράσματα, ορισμένα από τα οποία αφορούν σε γενικότερους όρους του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Επιλέγονται και τιτλοφορούνται από εμάς τα εξής:

- **Παιδιατρικές ανάγκες:** *Φαίνεται μια ισχυρή αντίστροφη σχέση μεταξύ του ποσοστού των ωρών φροντίδας από παιδιατρικούς νοσηλευτές και του ρυθμού εμφάνισης λοιμώξεων κεντρικών καθετήρων και σηψαιμίας των παιδιών. / Η μη ικανοποιητική στελέχωση με νοσηλευτές και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσής τους σχετίζεται με την εμφάνιση λοιμώξεων του αναπνευστικού, του ουροποιητικού, των χειρουργικών τραυμάτων και εμφάνιση λαθών στη χορήγηση φαρμάκων.*
- **Υπερφόρτωση αρμοδιοτήτων:** *Παρατηρείται έλλειψη νοσηλευτών που δεν αποτυπώνεται στα επίσημα στοιχεία διαθεσιμότητας του προσωπικού και υπερφόρτωση αρμοδιοτήτων, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την παραγωγικότητα, ενώ δεν αποτυπώνεται σε επίσημα στοιχεία διαθεσιμότητας νοσηλευτικού προσωπικού.*

- **Ποικίλες συνέπειες υποστελέχωσης:** *Αύξηση του αριθμού καταγγελιών για λάθη, μη τήρηση προτύπων και πρωτοκόλλων φροντίδας, αύξηση του κύκλου εργασιών του προσωπικού, αδυναμία εκπαίδευσης του προσωπικού, αδυναμία αλλαγής στο μοντέλο φροντίδας, κακή αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής από τους φοιτητές.*
- **Προβληματική οργάνωση ωραρίων:** *Στην Ελλάδα, η οργάνωση των ωραρίων είναι συνήθως ακανόνιστη και ταχέως εναλλασσόμενη. Για την οργάνωση του χρόνου εργασίας δεν εφαρμόζεται ισχύουσα νομοθεσία.*
- **Γήρανση του επαγγέλματος:** *Ο κύριος παράγοντας που έχει οδηγήσει στη γήρανση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η μείωση των νέων που επιλέγουν το επάγγελμα τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Εάν η τάση αυτή δεν αντιστραφεί, το προσωπικό θα μειωθεί περαιτέρω και δε θα μπορεί να ανταποκριθεί σε μακροπρόθεσμες απαιτήσεις του επαγγέλματος. / Σε εθνικό επίπεδο, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλούς δείκτες απασχόλησης νοσηλευτικού δυναμικού με ποσοστό 22,8%. Αντίθετα, οι άλλοι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι ιατροί καλύπτουν το 29,3%, τη στιγμή που ο μέσος όρος για τις άλλες χώρες είναι μόνο 12,8%.*

Σε συνέχεια του ζητήματος της γήρανσης μπορεί να παρατηρηθεί ότι το πρόβλημα της ανεπάρκειας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αφορά στα γενικότερα δεδομένα του οικονομικού και εκπαιδευτικού συστήματος της χώρας μας. Το 2000 δίνονταν οι εξής αριθμοί (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000: 628-630), που δεν είναι ιδιαίτερα πιθανό να έχουν διαφοροποιηθεί σήμερα:

- Σε σύνολο 40.000 περίπου απασχολούμενων νοσηλευτών το 1995, οι κενές οργανικές θέσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ήταν περίπου 20.000.
- Η αναλογία πτυχιούχων νοσηλευτών είναι 1:950 κατοίκους. Την αναλογία βελτιώνει η πρόσθεση των νοσηλευτών διετούς εκπαίδευσης σε 1:460. Πρόκειται για τον χειρότερο δείκτη στην ΕΕ, με μεγάλη απόκλιση από τις άλλες χώρες.
- Οι ιατροί αυξήθηκαν κατά 27% την πενταετία 1995-2000, έναντι του 15% κατά την αμέσως προηγούμενη, ωστόσο η αναλογία τους προς τους κατοίκους της χώρας είναι περίπου 1:210, με τον αριθμό τους να αγγίζει τις 50.000 περίπου.
- Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η ανισοκατανομή ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Το 1992 εργαζόταν στην Αττική το 52,1% των γιατρών της χώρας (1:172), όταν στις

περιφέρειες των νησιών, της Στερεάς Ελλάδας, της Θράκης και της Θεσσαλίας η αναλογία τους ήταν 1:500.

- Οι μισοί από τους νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμά τους πριν ή μετά την αποφοίτηση, λόγω χαμηλών αποδοχών, κακής ποιότητας εκπαίδευσης και δυσμενών συνθηκών εργασίας.
- Παρά τους υψηλότερους δείκτες απασχόλησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στον δημόσιο τομέα από όσο στον ιδιωτικό (διπλάσιοι ιατροί και τριπλάσιο λοιπό προσωπικό), η αναλογία ιατρών (1,9/κλίνη) και νοσηλευτών (1:1) είναι περίπου η μισή σε σχέση με την ΕΕ.

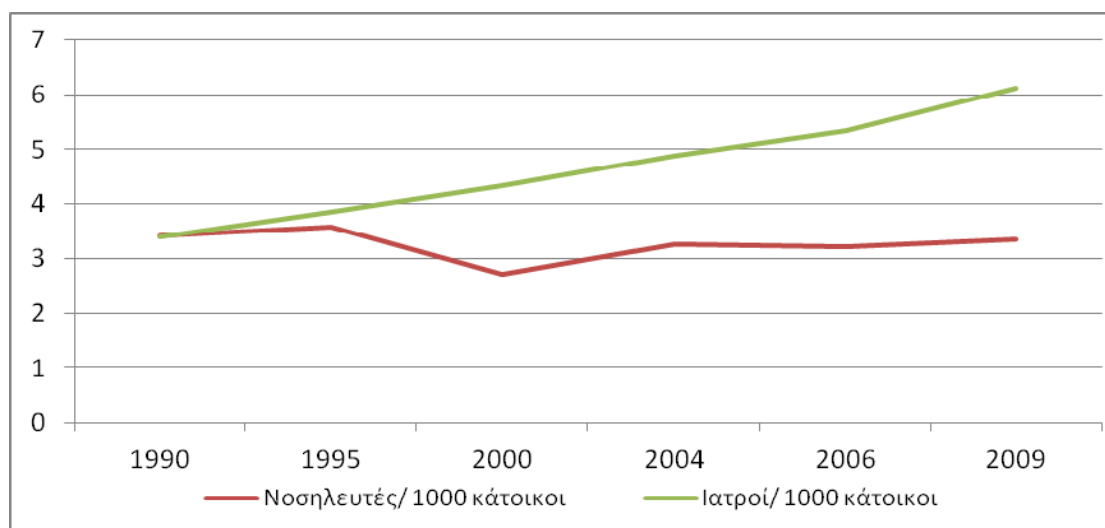
Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα πράγματα δεν φαίνεται να έχουν διαφοροποιηθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, γεγονός που μαρτυρά εξάλλου πίνακας ο οποίος ταξινομεί τις αναλογίες αρκετών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας ως προς τον πληθυσμό της χώρας μας. Παρατίθεται μαζί με δύο ακόμη, που περιέχουν τη διαφορά στην αύξηση του αριθμού των ιατρών σε σύγκριση με εκείνον των νοσηλευτών, καθώς και την αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη, καταδεικνύοντας τη χαμηλή θέση της Ελλάδας συγκριτικά. Προηγουμένως μπορούν να αναφερθούν τα εξής χρήσιμα στοιχεία (Σκρουμπέλος και άλλοι, 2012: 7-15):

- Εκτός από το ότι είναι προφανής η υποστελέχωση του υγειονομικού συστήματος, αναλυτικότερη προσέγγιση των δεδομένων φανερώνει ότι το φαινόμενο παρατηρείται σε συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών: διαπιστώνεται συντριπτική υπεροχή του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού, με συνέπεια το νοσηλευτικό προσωπικό να υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων στις επιμέρους συγκρίσεις.
- Μεταξύ 1990 και 2009 η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζει σταθερό μεσοσταθμικά ρυθμό, αντίθετα από ό,τι συμβαίνει με τους ιατρούς, που σταθερά αυξάνονται.
- Ο λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό υπολογίζεται εμφανώς δυσανάλογος, καταλαμβάνοντας την τελευταία θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2009. Υπολογίζεται στους 0,61, με τον μέσο όρο στις χώρες μέλη του οργανισμού να είναι 4,6 φορές μεγαλύτερος (2,83 νοσηλευτές/ιατρό).

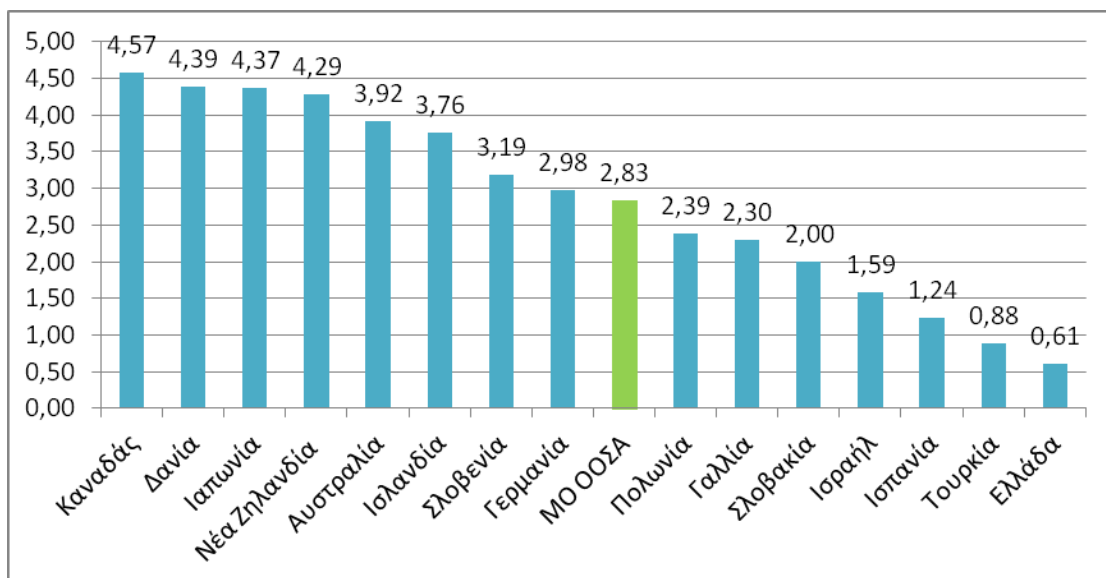
- Το 2009 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) απασχολούσε 35420 νοσηλευτές από τους οποίους το 2,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το 46% τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), 41,3 % δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΥ) και το 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ).
- Από το νοσηλευτικό προσωπικό ανώτερης εκπαίδευσης το 94,5% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων και το 5,5% απόφοιτοι πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. Από το βοηθητικό προσωπικό το 80,4% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 19,6% υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Γενικά ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Το πρόβλημα όμως οξύνεται περισσότερο εξαιτίας της ανισοκατανομής του μικρού αριθμού νοσηλευτών μεταξύ των περιοχών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας. Έτσι, ορισμένες περιοχές έχουν υπερβάλλουσα ζήτηση για νοσηλευτικές υπηρεσίες και εμφανίζουν λειτουργικά προβλήματα στα κατά τόπους ιδρύματα.
- Η κατανομή του ήδη ανεπαρκούς προσωπικού μεταξύ των νομών και των νοσοκομείων της χώρας γίνεται χωρίς ορθολογικά κριτήρια γεγονός, ώστε επιβαρύνει σε αρκετές των περιπτώσεων το έργο των νοσηλευτών και διαμορφώνει περιοχές εξαιρετικά χαμηλής προσφοράς και ταυτόχρονα υπερβάλλουσας ζήτησης νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Κατά τις περιπτώσεις αναβαθμισμένου ρόλου των νοσηλευτών α) βελτιώνεται η πρόσβαση ασθενών και μειώνονται οι λίστες αναμονής, β) αυξάνεται η ικανοποίηση του ασθενή διότι οι νοσηλευτές περνούν περισσότερο χρόνο μαζί του παρέχοντας πληροφορίες και συμβουλές, γ) στην περίπτωση υποκατάστασης υπηρεσιών που προσφέρονται από ιατρούς μειώνεται το κόστος ή μένει ουδέτερο με ταυτόχρονη αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η έντονη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και η άνιση κατανομή του μεταξύ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, σε συνδυασμό με το μέγεθος του ιατρικού δυναμικού αλλά και υπολογιζόμενου του ύψους των πρότερων δαπανών για υγεία στη χώρα, μπορεί να δικαιολογηθεί μόνο από την έλλειψη πολιτικού και διοικητικού σχεδιασμού.

Επαγγελματίες υγείας	1990	1995	2000	2004	2006
Ιατροί	3.4	3.86	4.33	4.88	5.35
Γενικοί Ιατροί	n/a	n/a	0.25	0.29	0.31
Ειδικευμένοι	2.19	2.58	3.09	3.29	3.39
Οδοντίατροι	0.99	1	1.13	1.2	1.27
Φαρμακοποιοί	0.74	0.79	0.82	0.86	0.88
Νοσηλευτικό προσωπικό	3.43	3.59	2.72	3.27	3.21

Πίνακας: Απασχολούμενο προσωπικό υγειονομικού τομέα ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα, 1990-2006 (Σκρουμπέλος και άλλοι, 2012: 7)



Πίνακας: Εξέλιξη ιατρών και νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους 1990-2009 (Σκρουμπέλος και άλλοι, 2012: 8)



Πίνακας: Λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2009 (Σκρουμπέλος και άλλοι, 2012: 9)

Παρόμοια συμπεράσματα για τη στελέχωση / υποστελέχωση των ελληνικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων προέρχονται και από άλλη μελέτη (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000: 633-634):

- Υπηρετεί προσωπικό χαμηλότερο από το προβλεπόμενο για την κάλυψη των αναγκών, ενώ δεν έχει γίνει πραγματική καταγραφή των τελευταίων.
- Θέσεις, διάφοροι κλάδοι και κατηγορίες αντιμετωπίζουν και το πρόβλημα της ανισομερούς γεωγραφικής κατανομής.
- Εμφανίζεται μεγάλη έλλειψη στις απαιτούμενες βασικές ιατρικές ειδικότητες δημόσιας υγείας.
- Η έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό πανεπιστημιακής εκπαίδευσης είναι μεγάλη, ενώ δεν προβλέπεται για αυτή την ομάδα μεγάλος αριθμός θέσεων.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της υποστελέχωσης συνδυάζονται και με τις ανάγκες για κυκλικό ωράριο, που η εφαρμογή του οφείλεται στην παροχή φροντίδας ολόκληρο το εικοσιτετράωρο, σε καθημερινή βάση, καθ' όλο το έτος. Η εφαρμογή του κυκλικού ωραρίου συνδέεται με τη σωματική και συναισθηματική υγεία, αλλά και τη διαταραχή της κοινωνικής και οικογενειακής ζωής. Τα προτεινόμενα συστήματα δεν θεωρούνται ιδανικά για τους εργαζόμενους, παρά την προσπάθεια του σχεδιασμού τους κατά τρόπο ώστε να επιδρούν όσο

το δυνατόν λιγότερο στη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία των εργαζομένων (Κορομπέλη και Σουρτζή, 2010: 131).

Ο εικοσιτετράωρος βιολογικός ρυθμός των εργαζομένων με βάρδια διακόπτεται κατά τη διάρκεια της νύχτας. Υφίστανται μία αποδιοργάνωση που οδηγεί στο λεγόμενο σύνδρομο *jet lag*, ειδικότερα *shift lag* στην προκειμένη περίπτωση. Το ένα τρίτο των νοσηλευτών του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας ακολουθεί κυκλικό ωράριο, που δεν είναι όμως αρεστό στο 47% των εργαζομένων (Κορομπέλη και άλλοι 2006, 99-100).

Οι επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου έχουν συνδεθεί ακόμα και με ακραία περιστατικά, όπως η πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων, λόγω της παραβίασης του φυσιολογικού κύκλου των κινητικών ρυθμών (δηλαδή της προετοιμασίας από τον οργανισμό για ύπνο τη νύχτα και εγρήγορση την ημέρα). Σύμφωνα με μια έρευνα που επικεντρώθηκε σε 163 εργαζόμενους μεγάλου γενικού νοσοκομείου, οι 103 από τους οποίους νοσηλευτές κυκλικού ωραρίου, ενώ οι 60 νοσηλευτές και διοικητικοί πρωινής απασχόλησης, οι κίνδυνοι εμπλοκής σε τροχαίο ατύχημα εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου κατά την κίνηση από και προς την εργασία είναι αυξημένοι κατά 30%. Ειδικότερα κατά την κίνηση από την εργασία προς το σπίτι οι πιθανότητες τετραπλασιάζονται. Τα περισσότερα ατυχήματα έχουν παρατηρηθεί κατά τη λήξη του πρωινού και νυκτερινού ωραρίου, κυρίως λόγω έλλειψης προσοχής, καθώς και κόπωσης και υπνηλίας (Γκριζιώτη και άλλοι, 2010: 305-306).

Γενικότερα οι επιπτώσεις από την εφαρμογή του κυκλικού ωραρίου μπορούν να συνοψισθούν στις εξής:

Διαταραχή ύπνου και σωματικές επιδράσεις: πάρα πολλά προβλήματα ψυχοσωματικής υγείας προκαλούνται για τον ίδιο τον εργαζόμενο, όπως χρόνια κόπωση, κατάθλιψη, συναισθηματική εξουθένωση, stress, αιμοδυναμικές αλλαγές όπως τα πρώτα συμπτώματα ισχαιμίας, και άλλα. Ειδικά το stress εξαιτίας του εναλλασσόμενου ωραρίου συνδέεται με επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα, είτε λόγω της αυξημένης έκκρισης κατεχολαμινών και κορτιζόλης με άμεση επίδραση στην αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, τους μηχανισμούς θρόμβωσης και τον μεταβολισμό των λιπιδίων και της γλυκόζης, είτε μέσω των ατομικών ιδιομορφιών, όπως μη σωστές διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση οινοπνεύματος, η έλλειψη σωματικής άσκησης, οι ακανόνιστες ώρες ύπνου και το κάπνισμα.

Προβλήματα προκαλούνται και στο γαστρεντερικό σύστημα, καθώς ο κικάρδιος ρυθμός επιβάλλει και εδώ τις ρυθμίσεις του, οι οποίες με το κυκλικό ωράριο διαταράσσονται. Εμπίπτουν στην κικάρδια περιοδικότητα η κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, η έκκριση των γαστρικών οξέων, η δραστηριότητα των ενζύμων και η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών, καθώς και ο ηπατικός μεταβολισμός. Αυτά διαταράσσονται, με αποτέλεσμα την εκδήλωση γαστρεντερικών συμπτωμάτων και έλκους, αλλά και τη διαφορά φάσης μεταξύ του κικάρδιου ρυθμού του αισθήματος της πείνας και της πέψης, που συγχρονίζεται κανονικά με τον κύκλο «ημερήσια δραστηριότητα/νυκτερινός ύπνος» (Κορομπέλη και Σουρτζή, 2010: 133-135).

Ψυχολογικές επιδράσεις: Κοντά στους ποικίλους αγχογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας το κυκλικό ωράριο αλλά και το νυκτερινό λειτουργούν αθροιστικά με τις διαταραχές οικογενειακού και κοινωνικού επιπέδου. Το προσωπικό εκφράζει δυσαρέσκεια με πολλούς τρόπους, όπως διάφορα ψυχοσωματικά και ψυχονευρωτικά συμπτώματα: κατάθλιψη, αίσθημα απελπισίας, χρόνια κόπωση, συναισθηματική εξουθένωση, θυμό, γνωστική διαταραχή, νευρωτική συμπεριφορά. Η αποδιοργάνωση του κικάρδιου ρυθμού συνδέεται με διαταραχές της ψυχοκοινωνικής δομής του εργαζόμενου, με συνέπεια την κατάθλιψη, που σε διεθνείς μελέτες έχει συσχετισθεί με την εργασία σε εναλλασσόμενα ωράρια και το stress. Επηρεάζονται επίσης οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και ανεβαίνουν οι τιμές της συναισθηματικής εξουθένωσης (Κορομπέλη και Σουρτζή, 2010: 136).

Οι αρνητικές επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου και της νυκτερινής βάρδιας αποτελούν ένα πεδίο παραπόνων που εντείνεται στις περιπτώσεις των μεγαλύτερων σε ηλικία νοσηλευτών, ενδεχομένως διότι δεν διαθέτουν πλέον τις αντοχές. Για βαρύ ή πολύ βαρύ φόρτο εργασίας κάνουν λόγο και οι έχοντες περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας, όπως και οι οικογενειάρχες. Να προστεθεί στα προβλήματα ότι στις βραδινές βάρδιες μειώνεται το προσωπικό, επομένως και η αναλογία νοσηλευτή-ασθενών, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να επωμίζονται περισσότερο βάρος, τόσο ψυχολογικό όσο και σωματικό, που οδηγεί και σε συχνούς πόνους στη μέση και την πλάτη. Όταν η δεύτερη νυκτερινή βάρδια επαναλαμβάνεται μετά την πρώτη, η διάρκεια του ύπνου ανάμεσά τους δεν επαρκεί για ουσιαστική ξεκούραση, καθώς ο ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας δεν ξεκουράζει ουσιαστικά. Δεν είναι τυχαία ούτε η

συσχέτιση ανάμεσα σε δύο συνεχόμενες απογευματινές βάρδιες και την κόπωση των νοσηλευτών, ίσως διότι η λήξη της στις 23:00 δεν απαλλάσσει ουσιαστικά τους εργαζόμενους, πολλοί από τους οποίους είναι οικογενειάρχες, από τις υποχρεώσεις του επόμενου πρωινού. Πρόσθετο πρόβλημα είναι αυτό της υπερέντασης, που δεν βοηθά στη χαλάρωση, ώστε αρκετοί που εκτελούν δύο συνεχόμενες απογευματινές βάρδιες να υποφέρουν από αϋπνίες (Κορομπέλη και άλλοι 2006, 99-105).

Οι προτάσεις για την επίλυση των παραπάνω προβλημάτων κινούνται προς δύο κατευθύνσεις: α) προς τη γενικότερη και ασφαλέστερη στελέχωση των νοσοκομείων σε νοσηλευτικό προσωπικό και β) προς την αντιμετώπιση των τρεχουσών συνθηκών λειτουργίας του κυκλικού ωραρίου.

Για την υποστελέχωση του προσωπικού τονίζεται ότι εκτός των προβλημάτων που αναφέρθηκαν παραπάνω, δηλαδή τον μεγαλύτερο κίνδυνο συναισθηματικής κόπωσης, άγχους και μη ικανοποίησης από την εργασία αλλά και εξουθένωσης για τους νοσηλευτές, μαζί με την επίσης αρνητική επίδραση στην έκβαση των υποθέσεων των ασθενών, αυξάνονται και οι διαρροές δαπανών. Έρευνα σε νοσοκομεία της Νέας Υόρκης έδειξε ότι κάθε επιπλέον ώρα φροντίδας ανά ασθενή ισοδυναμούσε με μείωση του αναμενόμενου χρόνου παραμονής του στο νοσοκομείο κατά 4,4% έως 9,7%. Η παροχή φροντίδας κατά περισσότερες ώρες από διπλωματούχους νοσηλευτές μείωσε την παραμονή κατά 2,7%, ήτοι κατά 7-8,5 ημέρες. Κρίνεται, επομένως σημαντική η καλλιέργεια κουλτούρας δημιουργίας ελκυστικού εργασιακού περιβάλλοντος, ώστε να μπορεί να διατηρηθεί επαρκής ο αριθμός νοσηλευτών στο επάγγελμα, που λαμβάνουν ικανοποίηση από αυτό. Οι άνθρωποι πόροι πρέπει επίσης να ταξινομηθούν με ακρίβεια, κάτω από ορθολογικό σχεδιασμό, ώστε να είναι εγγυημένος ο σωστός και κατάλληλος αριθμός προσωπικού και μάλιστα ειδικοτήτων στον αναγκαίο τόπο και χρόνο (Μαλλιαρού και άλλοι, 2008: 50-52).

Προτείνεται επίσης η ποσοτική και ποιοτική ανανέωση του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρικού και νοσηλευτικού, ιδιαίτερα σε νέες αναγκαίες ειδικότητες), σύμφωνα με το μοντέλο των τριών σταδίων ανάπτυξης:

α) ολοκλήρωση των σχεδίων εφαρμογής ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας και ανθρώπινου δυναμικού, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης,

β) περιορισμός εγχώριας παραγωγής και εισαγωγή νέου ανθρώπινου δυναμικού με βάση υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες (π.χ. οικονομολόγων, manager, κλπ),

γ) μείωση της προσφοράς σε ορισμένες ειδικότητες και εξέταση του επαγγελματικού επαναπροσανατολισμού της (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000: 638).

Για την οργάνωση του κυκλικού ωραρίου εργασίας στα νοσοκομεία είναι αναγκαίο να υπάρξει προηγούμενη γνώση η οποία να περιλαμβάνει τις παρακάτω προτάσεις:

- Παραδοχή ότι δεν υπάρχει ιδανικό σύστημα κυκλικού ωραρίου εργασίας, ενώ παρέχονται κατευθυντήριες οδηγίες και συστήνονται συστήματα για τις λιγότερες δυνατές συνέπειες στην ψυχοσωματική, την κοινωνική και την οικογενειακή διάσταση της ζωής του εργαζόμενου (Κορομπέλη και Σουρτζή, 2010: 139).
- Κανένα σύστημα δεν μπορεί να εφαρμοστεί αποτελεσματικά αν δεν λυθούν εγγενείς δυσλειτουργίες, με σοβαρότερη αυτή της έλλειψης προσωπικού (Κορομπέλη και Σουρτζή, 2010: 139).
- Γνώση των παραμέτρων της καθημερινής ζωής (Κορομπέλη και Σουρτζή, 2010: 139).
- Δεξιόστροφη φορά του κυκλικού ωραρίου, με τις πρωινές βάρδιες να ακολουθούνται από απογευματινές και στη συνέχεια νυχτερινές (Κορομπέλη και άλλοι, 2006: 105).
- Ελάχιστη ανάπαυση μεταξύ των βαρδιών (όχι λιγότερη από 12 ώρες) (ΠΔ 88, 13/5/1999) (Κορομπέλη και άλλοι, 2006: 106).
- Μείωση των νυχτερινών βαρδιών, όχι περισσότερων των 3 συνεχόμενων (Κορομπέλη και άλλοι, 2006: 106).
- Ελαστικότητα στην έναρξη και στη λήξη των βαρδιών, ώστε να διευκολύνεται η ανάληψη καθηκόντων και η αποχώρηση των εργαζομένων (Κορομπέλη και άλλοι, 2006: 106).
- Ημέρες εκτός υπηρεσίας μετά τη νυχτερινή βάρδια τουλάχιστον δύο συνεχόμενες, ώστε το προσωπικό να ξεκουράζεται καλύτερα (Κορομπέλη και άλλοι, 2006: 106). Επίσης κρίνεται απαραίτητη η παραχώρηση ενός τουλάχιστον Σαββατοκύριακου ανά μήνα (Κορομπέλη και Σουρτζή, 2010: 139).
- Εναλλαγή των βαρδιών με σταθερό κύκλο, που να αξιοποιεί όσο το δυνατόν τα ελεύθερα Σαββατοκύριακα, ώστε το προσωπικό να μπορεί να οργανώνει την

προσωπική και κοινωνική του ζωή και να διαμορφώνει έναν αποδεκτό τρόπο ζωής (Κορομπέλη και άλλοι, 2006: 106).

- Παροχή στο προσωπικό, όταν αυτό είναι εφικτό, της δυνατότητας επιλογής. Στο βαθμό που ο εργαζόμενος έχει έλεγχο των ωρών εργασίας του, στον ίδιο βαθμό ελέγχονται και τα προβλήματα που σχετίζονται με το χώρο εργασίας (Κορομπέλη και άλλοι, 2006: 106).

A. 3. 4. Άγχος και Κατάθλιψη

Η εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους θεωρείται αρκετά πιθανή για τους επαγγελματίες υγείας, επομένως μελέτες έχουν διερευνήσει αυτόν τον εργασιακό παράγοντα στον χώρο του νοσοκομείου. Σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του επαγγελματικού άγχους, το τελευταίο ορίζεται ως *«η αντίδραση, που έχει ένα άτομο όταν δέχεται πιέσεις στο χώρο εργασίας του για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο ορισμός εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου και ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων»* (Στεφανίδου και άλλοι, 2010: 366). Η Αμερικανική Ένωση Καρδιολόγων ορίζει το άγχος ως την *«αντίδραση που εμφανίζεται, όταν η πίεση που ασκείται σε ένα άτομο υπερβαίνει την αντιλαμβανόμενη ικανότητά του ως προς την αντιμετώπιση»* (Κουράκος και άλλοι, 2012: 565). Σύμφωνα με άλλη έρευνα το εργασιακό άγχος οφείλεται και σε ηθικά διλήμματα, που προκαλούν άγχος σε ιατρούς και νοσηλευτές, λόγω των δύσκολων καταστάσεων που βιώνουν σε «ευαίσθητους» χώρους όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Λεπίδου και άλλοι, 2012: 187).

Το άγχος ως διάχυτο, δυσάρεστο και συχνά ασαφές συναίσθημα, εκδηλώνεται με φόβο, ένταση και ανησυχία, ενώ συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα: ταχυκαρδία, καρδιακή αρρυθμία, πεπτικές εσωτερικές διαταραχές, ξηροστομία, ωχρότητα, τρόμο, κεφαλαλγία κ.ά. Εντάσσεται, κατά μία άποψη, στις ποιοτικές διαταραχές του συναισθήματος και αφορά σε δυσάρεστο συναίσθημα επικείμενου κινδύνου. Ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν από τους πιο στρεσογόνους χώρους εργασίας και επιφυλάσσει μεγάλο αριθμός αγχογόνων παραγόντων, είτε αφορούν στους ίδιους τους εργαζόμενους (εργασιακή

υπερφόρτωση, σύγκρουση ρόλων, ασάφεια του ρόλου των επαγγελματιών υγείας = οι κρίσιμότεροι παράγοντες), είτε σχετίζονται με τους ασθενείς (= ασθενέστερος παράγοντας άγχους). Ορισμένοι πάλι μελετητές θεωρούν ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας εκτίθενται σε σημαντικές πηγές άγχους, καθώς φροντίζουν για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών. Επίσης, οι διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο εργασίας αποτελούν σημαντική πηγή, ενώ και οι υπερβολικές προσδοκίες από τον εαυτό ή τους άλλους περιλαμβάνονται στις αιτίες. Άλλοτε πάλι ευθύνεται η οργανωτική διάρθρωση, που ενδεχομένως συνοδεύεται από οργανωτική αδικία, δηλαδή μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, καθώς και κακή διαχείριση (Κουράκος και άλλοι, 2012: 566-567).

Για τη διερεύνηση των ηθικών διλημάτων ως πηγή άγχους στους ιατρούς και τους νοσηλευτές εκπονήθηκε έρευνα δείγματος 119 επαγγελματιών απασχολούμενων σε ΜΕΘ 5 ελληνικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Το 61,3% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $37 \pm 7,8$ έτη, η δε μέση τιμή των ετών προϋπηρεσίας τους στη ΜΕΘ $4 \pm 4,4$ έτη. Το 61,3% ανήκε σε νοσηλευτές, το 50% του υπολοίπου ποσοστού σε ειδικευόμενους ιατρούς. Σημειώθηκαν διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών και οι δεύτεροι έδειξαν να βιώνουν περισσότερο άγχος. Ωστόσο και οι δύο ομάδες διακατέχονται από έντονο άγχος καθημερινά, καθώς αντιμετωπίζουν ηθικά και νομικά διλήμματα κατά την παροχή φροντίδας σε βαριά ασθενείς. Το άγχος οφείλεται στα τμήματα ΜΕΘ σε παράγοντες όπως ο καθορισμός του κατάλληλου χρόνου λήξης της θεραπείας, η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, ο προσδιορισμός του σημείου μη αναστρέψιμης κατάστασης για τον ασθενή, η προτεραιότητα εισαγωγής ασθενών στη ΜΕΘ, η σωστή εκτίμηση της ανάγκης για εντατική θεραπεία. Ειδικά οι ιατροί έχουν να αντιμετωπίσουν τη μη κλιμάκωση ή η απόσυρση της αγωγής έναντι της ευθανασίας, τα κοινά ή υπερβολικά θεραπευτικά μέσα, την αρχή του διπλού αποτελέσματος, καθώς και τις εντολές αναζωογόνησης. Το άγχος και η ψυχολογική επιβάρυνση ενδεχομένως να οδηγήσουν ακόμη και στη λήψη λανθασμένων αποφάσεων, κρίσιμων για τη ζωή των ασθενών (Λεπίδου και άλλοι, 2012: 187-188).

Ο τρόπος που αντιλαμβάνεται κάποιος τα επίπεδα άγχους διαφοροποιείται ανάμεσα στις διάφορες μελέτες. Σε άλλη έρευνα για το άγχος των επαγγελματιών υγείας στις ΜΕΘ παρατηρείται ότι κυμαίνεται σε ήπια επίπεδα, ανησυχητική έχει όμως θεωρηθεί η ένταση των συμπτωμάτων αγχώδους διάθεσης, διαταραχών ύπνου, υπερέντασης, μυοσκελετικών και

γνωστικών διαταραχών. Η εμφάνιση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων φαίνεται να σχετίζεται με τις συνθήκες στελέχωσης των ΜΕΘ (Καρανικόλα και άλλοι, 2009: 447).

Μιλώντας για μεγέθη πρέπει να σημειωθεί η μελέτη υπό συζήτηση δεν εξειδικεύει τα διλήμματα σε ηθικά, ούτε περιλαμβάνει ιατρικό προσωπικό, καθώς το δείγμα της προέρχεται από 229 νοσηλευτές εννέα δημόσιων και τριών ιδιωτικών νοσοκομείων, με διετή τουλάχιστον εκπαίδευση στη Νοσηλευτική και προϋπηρεσία σε ΜΕΘ έξι τουλάχιστον μηνών. Προστέθηκε στα κριτήρια η άριστη γνώση της ελληνικής γλώσσας (Καρανικόλα και άλλοι, 2009: 448). Η διαταραχή άγχους θεωρήθηκε ήπια καθώς βιωνόταν από το ένα πέμπτο περίπου των συμμετεχόντων, από τους οποίους το 4% σημείωνε σοβαρή διαταραχή. Περίπου το 25% των συμμετεχόντων βίωνε μέτριας έως σοβαρής έντασης αγχώδη διάθεση και ήπια έως σοβαρή διαταραχή ύπνου. Ενώ στην ενότητα για το κυκλικό ωράριο αποτελεί σοβαρό παράγοντα διαταραχής ύπνου, η υπό συζήτηση μελέτη συσχέτισε το φαινόμενο περισσότερο με τις συνθήκες έντασης που επικρατούν στις ΜΕΘ: εκεί το περιβάλλον χαρακτηρίζεται από υψηλό φόρτο εργασίας, ταχείς ρυθμούς και απαιτήσεις για μη λεκτική επικοινωνία με τον πάσχοντα, καθώς και για ταχεία λήψη αποφάσεων, χρήση υψηλής τεχνολογίας και εφαρμογή εξειδικευμένων δεξιοτήτων (Καρανικόλα και άλλοι, 2009: 451-452).

Συμπτώματα άγχους δεν εμφανίζονται βεβαίως μόνο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας των ΜΕΘ, αλλά και άλλων τμημάτων. Διερευνήθηκε το επίπεδο άγχους που βιώνουν οι απασχολούμενοι στα νεφρολογικά κέντρα, προστιθεμένης και της παραμέτρου της ικανοποίησης από το επάγγελμά τους. Έλαβαν μέρος 120 νοσηλευτές νεφρολογικών κέντρων της έκτης Υγειονομικής Περιφέρειας Ελλάδας, ποσοστό 84,2% των οποίων ανήκε σε γυναίκες. Το 58,3% των νοσηλευτών δήλωσε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας, ενώ το 57,5% δήλωσε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από τη θέση εργασίας, τιμές που είναι σημαντικές ως προς τον συσχετισμό τους με το άγχος. Διότι τα επίπεδα περιστασιακού άγχους βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στους νοσηλευτές που ήταν καθόλου έως μέτρια ικανοποιημένοι συγκριτικά με αυτούς που ήταν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι, από το αντικείμενο της εργασίας τους και από τη θέση τους. Η μείωση της ικανοποίησης εξαρτάτο και από την πληροφόρηση για την πολιτική της διοίκησης του νοσοκομείου, καθώς και από την ενημέρωση που λάμβαναν οι νοσηλευτές από τον

προϊστάμενό τους. Γενικό συμπέρασμα ήταν ότι υψηλά επίπεδα άγχους συσχετίζονται με χαμηλή ικανοποίηση (Μαρνέρας και άλλοι, 2010: 83).

Θεωρήθηκε ότι ο συσχετισμός της μη ικανοποίησης από την εργασία με την εκδήλωση άγχους αφορά τη διεθνή νοσηλευτική πραγματικότητα, με άμεση προέλευση τα οργανωτικά ζητήματα και τις συνθήκες άσκησης του λειτουργήματος του νοσηλευτή. Όταν οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνει ο νοσηλευτής στον εαυτό του, ενώ υφίσταται και χαμηλή ικανοποίηση από τη θέση και το αντικείμενο εργασίας, το άγχος είναι υψηλό. Προτείνεται για την αναστολή του φαύλου κύκλου η ψυχολογική υποστήριξη υπό ευρεία έννοια, όταν το ψυχολογικό φορτίο φθάνει σε απαγορευτικά, νοσογόνα επίπεδα, ενώ πρέπει να εναρμονισθούν και οι διοικητικές παρεμβάσεις που θα εξασφαλίσουν την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας υγείας και θα προστατέψουν την ποιότητα ζωής του νοσηλευτή. Είναι φανερό ότι οι προαναφερθείσες αιτίες πρόκλησης άγχους αφορούν γενικότερα την κατάσταση των νοσοκομείων και όχι ειδικά τα νεφρολογικά τμήματα (Μαρνέρας και άλλοι, 2010: 89). Επισημάνθηκε ωστόσο ότι στα συγκεκριμένα τμήματα όπως και τα τμήματα τεχνητού νεφρού η χαμηλή ικανοποίηση αποδιδόταν κυρίως σε παράγοντες που σχετίζονταν με τον ασθενή, ενώ και στις μονάδες αιμοκάθαρσης οι σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών και της οργανωτικής δομής διαδραματίζουν, επίσης, σημαντικό ρόλο. Κατά τα άλλα παράγοντες αποτελούν και εκεί η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η μικρή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Μαρνέρας και άλλοι, 2010: 88).

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα φαινόμενο χωρίς αμφιβολία πολύ σοβαρότερο από το άγχος, καθώς αναφέρεται σε κλινικό σύνδρομο συνδυασμού συμπτωμάτων: συνεχούς θλίψης, απώλειας ενέργειας, εξάντλησης, μειωμένης όρεξης για φαγητό και αύξησης ή μείωσης των ωρών ύπνου. Συμπεριλαμβάνονται η τάση για απομόνωση και κοινωνική απόσυρση, το άγχος, η ανησυχία, η αναποφασιστικότητα και η απογοήτευση. Όταν η θλίψη διαρκεί για μεγαλύτερο των δύο εβδομάδων διάστημα και γίνεται σταδιακά εντονότερη, με αντίκτυπο στις φυσιολογικές δραστηριότητες και την καθημερινή λειτουργικότητα στην εργασία, τις διατροφικές συνήθειες, τον ύπνο και τις διαπροσωπικές σχέσεις, γίνεται λόγος για κατάθλιψη, που μπορεί να οφείλεται σε βιολογικούς ή/και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Κυλούδης και άλλοι, 2012: 533).

Η προέλευση της κατάθλιψης δεν περιορίζεται στον χώρο του νοσοκομείου, αλλά ξεκινά και από τον οικογενειακό χώρο, ενώ σχετίζεται και με την ηλικία. Το ίδιο και το άγχος, σύμφωνα με τους Κυλούδη και άλλους (2012). Οι έγγαμοι εργαζόμενοι παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά άγχους, αϋπνίας, ανησυχίας και εν μέρει θλίψης και έντασης ή τάσης για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Οι άγαμοι ανταποκρίνονται στις εργασιακές δυσκολίες με αλλαγή διάθεσης, παραίτηση, ανηδονία και μη ευχαρίστηση από εργασία. Εν ολίγοις, οι έγγαμοι αντιδρούν στην ψυχική πίεση (στρες) με αγχώδη στοιχεία, ενώ οι άγαμοι με στοιχεία κατάθλιψης. Σχετικά με την ηλικία, στην ομάδα 35-49 ετών εμφανίζονται συχνότερα στοιχεία διαταραχής του ύπνου, ταχυκαρδίας, πανικού, έντασης, αύξησης καπνίσματος και επιπλέον στοιχεία θλίψης, αδιαφορίας για το μέλλον στην εργασία και ανηδονίας ή μη ευχαρίστησης. Το εργασιακό άγχος, οι συνθήκες εργασίας ή η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει τους έγγαμους σε ψυχολογικό επίπεδο και επίπεδο συμπεριφοράς, ενώ τους άγαμους σε συναισθηματικό. Και τα δύο επίπεδα είναι πιθανά πρόδρομα στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης (Κυλούδης και άλλοι, 2012: 537-538).

Οι διαφορές ανάμεσα σε έγγαμους και άγαμους επαγγελματίες υγείας έχουν αποτελέσει εύρημα και άλλης μελέτης: εξηγούνται με το ότι πρώτοι αφοσιώνονται λιγότερο στη δουλειά τους, ενώ οι άγαμοι επενδύουν σε αυτή περισσότερο. Επίσης, οι έγγαμοι διαθέτουν ευρύτερο υποστηρικτικό σύστημα και επωφελούνται περισσότερο της κοινωνικής στήριξης, που έχει συσχετιστεί και με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τονίστηκε ότι η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, ενώ τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα βασίζονται σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες και συνδυασμό τους. Αντικειμενικές θεωρούνται οι εκτιμήσεις που αφορούν στη σωματική υγεία, ενώ υποκειμενικές όσες αφορούν στην ψυχοκοινωνική και στην ευεξία. Η ικανότητα για εργασία, η ζωτικότητα και η γενική υγεία θεωρούνται αντικειμενικές, όσο και υποκειμενικές παράμετροι (Μπελλάλη και άλλοι, 2007: 81-82).

Τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικού stress συνδέονται ισχυρά με χαμηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας. Αυτό μεταφράζεται σε χειρότερη ποιότητα ζωής, που σχετίζεται με την υγεία των νοσηλευτών. Η ποιότητα υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τους παράγοντες που αφορούν στον εργασιακό χώρο και το επάγγελμα. Μία από τις προτάσεις για την επίλυση του

ζητήματος είναι η στελέχωση των Φορέων Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας με άτομα εκπαιδευμένα στην αντιμετώπιση του εργασιακού stress. Επίσης, τα νοσοκομεία οφείλουν να λαμβάνουν ανάλογα μέτρα ώστε να προλαβαίνουν τις αγχογόνες καταστάσεις, όχι μόνο βελτιώνοντας τις συνθήκες εργασίας αλλά και αναδομώντας την οργάνωση. Αν τα ευρήματα της μελέτης από την οποία προέρχονται αυτές οι προτάσεις μπορούν να γενικευτούν, τότε ως πιο ευάλωτες θα πρέπει να θεωρούνται οι γυναίκες, καθώς και το προσωπικό με αυξημένο πρόγραμμα νυχτερινών υπηρεσιών, προς τους οποίους κυρίως πρέπει να στραφεί η παρακολούθηση της ψυχικής ευεξίας (Μουστάκα και άλλοι, 2012: 39). Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα μπορούν να επηρεάζονται από το γεγονός της συμμετοχής μεγάλου αριθμού γυναικών στις έρευνες, που έτσι κι αλλιώς υπερτερούν των ανδρών στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Στη συγκεκριμένη μελέτη αποτελούσαν το 90,2% του δείγματος.

A. 3. 5. Ικανοποίηση Νοσηλευόμενων και Οικογένειας

Ένας πολύ ευαίσθητος τομέας στα καθημερινά δρώμενα του νοσοκομείου είναι η σχέση που διαμορφώνεται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Οι επαφές ανάμεσα στις ομάδες αυτές μπορούν να είναι κατά περιπτώσεις πολύ τεταμένες και να καταλαμβάνουν μορφή ιδιαίτερα ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, όσο και αν αυτό ακούγεται στους μη γνωρίζοντες ως απαράδεκτο ή και εξωφρενικό. Μάλιστα οι κατευθύνσεις του προβλήματος δεν αφορούν μόνο στους επαγγελματίες και τους θεραπευόμενους, αλλά και τις ίδιες τις επαγγελματικές ομάδες μεταξύ τους. Δεν είναι αυτή η πτυχή σχετική με το θέμα της ενότητάς μας, ωστόσο μπορεί να σημειωθεί ότι πολλοί φοιτητές έχουν εμπειρία άσχημης συμπεριφοράς από καθηγητές τους, λεκτικής και σωματικής παρενόχλησης από συμφοιτητές τους, τέλος, αρνητικών σχόλιων για τη καριέρα τους από ασθενείς. Φοιτητές της πρακτικής άσκησης έχουν αναφέρει εκμετάλλευση από καθηγητές, λεκτική παρενόχληση και άδικη κρίση από νοσοκομειακό προσωπικό, ενώ σε πολλά από αυτά τα περιστατικά θύματα είναι κυρίως οι φοιτήτριες (Χριστοπούλου και άλλοι, 2008: 40). Συχνά η κατάσταση ενέχει βίαιες εκδηλώσεις οι οποίες απευθύνονται από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους προς τους νοσηλευτές. Η Διοίκηση φαίνεται ότι σε πολλές περιπτώσεις δεν υποστηρίζει ικανοποιητικά τους δεχόμενους βία επαγγελματίες υγείας και κυρίως τους αποθαρρύνει, ακόμα και αν έχουν απειληθεί ή κτυπηθεί, να αναφέρουν τα περιστατικά βίας

στους ανωτέρους, τη διοίκηση ή την αστυνομία. Έτσι το ηθικό των εργαζομένων πλήττεται, το εργασιακό άγχος αυξάνεται, το περιβάλλον εργασίας γίνεται εχθρικό, χαμένες μέρες και μισθοί προκαλούν σημαντικό κόστος, ενώ ορισμένες ειδικότητες, όπως οι απασχολούμενοι στα ψυχιατρικά τμήματα, αποφεύγουν να αναφέρουν τα περιστατικά βίας διότι τα θεωρούν αλληλένδετα με τη θέση στην οποία υπηρετούν (Παπαδοπούλου, 2009: 383-384).

Ακόμα και όταν η σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών/οικογενειών τους δεν φτάνει σε τέτοια έκτροπα, παραμένει το σημαντικό ζήτημα της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η ικανοποίηση θεωρείται πολύπλοκο θέμα και ορίζεται ως *«βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και της κάλυψης των εσωτερικών αναγκών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία»*. Ιδεατός βαθμός ικανοποίησης είναι η ταύτιση των προσδοκιών των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται η μεταξύ τους συνεργασία. Εξάλλου είναι πιο εύκολο να αποδεχτεί τη θεραπευτική μέθοδο ο ασθενής όταν είναι ικανοποιημένος ή όταν έχει ενεργό ρόλο στην θεραπεία του και εξακολουθεί να εμπιστεύεται τις υπηρεσίες υγείας. Από την πλευρά του νοσοκομείου, η αξιολόγηση της ικανοποίησης οδηγεί σε βελτίωση υπηρεσιών και καλύτερη διαχείριση των δαπανών παρέχοντας έναν έγκυρο δείκτη της ποιοτικής φροντίδας. Είναι όμως απαραίτητο να έχουμε κατά νου ότι η ικανοποίηση αποτελεί ένα υποκειμενικό θέμα (Κατσαγιώργη και Γκέκα, 2010: 398).

Η υποκειμενικότητα αυξάνεται όταν πρόκειται για ασθενείς που έχουν συχνές ψυχολογικές μεταπτώσεις, όπως οι ηλικιωμένοι. Οι μεγαλύτεροι αυτοί ηλικιακά ασθενείς παρουσιάζουν περιορισμένη προσαρμοστική ικανότητα, η οποία είναι χαρακτηριστικό του γήρατος και αφορά στο ψυχικό και στο οργανικό επίπεδο, συνεπάγεται δε την εμφάνιση βιοψυχοκοινωνικών διαταραχών που στιγματίζουν ιδιαίτερα αρνητικά την παραμονή σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Ειδικότερα η μελαγχολία επιτείνει την ψυχοσωματική κατάπτωση, στην οποία πρέπει να προστεθούν οι γρήγοροι ρυθμοί της νοσηλευτικής πράξης, οι τροποποιήσεις του καθημερινού ωραρίου συνηθειών, το άγνωστο προσωπικό με το οποίο θα συσχετιστούν, καθώς και η παραμονή στον ίδιο θάλαμο με άγνωστους θεραπευόμενους συνανθρώπους (Θεοφανίδης και άλλοι, 2007: 2).

Τέτοιου είδους «ψυχολογικές περιστάσεις» είναι αυξημένες στην εποχή μας και ένας λόγος για αυτό είναι οι διαφοροποιημένες πολυπολιτισμικές συνθήκες της κοινωνικής σύστασης. Μπορούν στο ζήτημα αυτό να διακριθούν δύο εστίες προβλημάτων: η γλωσσική ανεπάρκεια σε συνδυασμό με ρατσιστικές αντιλήψεις και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις. Αν γενικευτούν τα αποτελέσματα μιας μελέτης σε νοσοκομεία της Δυτικής Μακεδονίας τότε τα πράγματα δεν είναι αποθαρρυντικά, καθώς το προσωπικό τους φάνηκε αρκετά εξοικειωμένο με τους πληθυσμούς διαφορετικής πολιτισμικής και εθνικής προέλευσης, καθώς σε ποσοστό ενός προς δύο δηλώθηκε επαρκής γνώση των κοινωνικοπολιτισμικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Αλλά μπορεί αυτό να αποτελεί μια εξαίρεση, καθώς οι ασθενείς εκεί είναι κατά 48,6% Αλβανοί, όπως δείχνουν τα μητρώα των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Ρατσιστικές συμπεριφορές έχουν αναφερθεί, ωστόσο η συγκεκριμένη μελέτη προτιμά να τις μεταφέρει σε άλλους επαγγελματίες υγείας πλην των νοσηλευτών, καθώς επεξηγείται ότι *«πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος (90,7%) δήλωσε ιδιαίτερα ικανό να προσεγγίζει και να παρέχει φροντίδα με σεβασμό και ευαισθησία στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μειονοτικών πληθυσμών, μεταξύ άλλων και των τσιγγάνων»*. Η ίδια τάση διαφαίνεται και στην παρατήρηση για τη γλωσσική επάρκεια όπου γράφεται ότι *«τα άτομα του δείγματος φάνηκαν αρκετά ικανά και άνετα, να φροντίσουν αποτελεσματικά ασθενείς που δε μιλούσαν πολύ καλά την ελληνική γλώσσα (67,8%)»*, τονίζεται όμως ταυτοχρόνως ότι *«αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες, οι οποίες βέβαια ήταν ιατροκεντρικές και δεν περιελάμβαναν στο δείγμα τους νοσηλευτές»*. Δίνεται η εξήγηση ότι η Νοσηλευτική δεν απαιτεί ιδιαίτερες γνώσεις από τους ασθενείς για την κατανόηση των νοσηλευτικών όρων, *«ενώ η φιλοσοφία και η πρακτική της είναι περισσότερο προσιτή σε σχέση με αυτή της Ιατρικής. Επίσης, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας, ότι τα δεδομένα στην περιοχή της Δυτικής Μακεδονίας, όπως πιθανόν και σε άλλες επαρχιακές περιφέρειες της χώρας, διαφέρουν από εκείνα των μεγάλων πόλεων»* (Μανομενίδης, 2009: 442-444). Οι επιφυλάξεις της παραπάνω έρευνας μας φαίνονται ορθές, δεδομένου ότι άλλη μελέτη σημειώνει ότι η άφιξη των αλλοδαπών στα νοσοκομεία γίνεται συχνά υπό κρίσιμες συνθήκες, δηλαδή προχωρημένες και οξείες καταστάσεις, με τις ανάλογες συνέπειες για την υγεία τους. Αυτό συμβαίνει επειδή είναι συνήθως ανασφάλιστοι και για να νοσηλευτούν θα πρέπει να πληρώσουν (Μωραΐτου και Λαμάι, 2007: 3). Ωστόσο δεν σημαίνει δυσαρέσκεια από την παροχή φροντίδας, ιδιαίτερα όταν προσέρχονται στα νοσοκομεία εγκαίρως. Το θέμα όμως της αδυναμίας συνεννόησης εξαιτίας της γλώσσας προκαλεί σειρά διλημμάτων πολύ σοβαρών για την ολοκλήρωση της

νοσηλευτικής πράξης. Η χρήση μεταφραστή από το οικογενειακό περιβάλλον εγείρει αμφιβολίες για την ορθή μεταφορά των μηνυμάτων, ειδικά όταν η ενημέρωση αφορά σε σοβαρή πρόγνωση ή θεραπεία, ενώ πολλές φορές τα παιδιά των ασθενών δεν έχουν την ευχέρεια που απαιτείται στη γλώσσα. Από την άλλη, η χρήση υπαλλήλου του νοσοκομείου ως μεταφραστή απειλεί την ανωνυμία και το ιατρικό απόρρητο (Καλαφάτη και Παϊκοπούλου, 2011: 53).

Το ζήτημα των θρησκευτικών πεποιθήσεων είναι ευρύτερο και δεν αφορά μόνο στους αλλοδαπούς. Γενικότερα η θρησκευτική πίστη βρίσκει στο νοσοκομείο το πεδίο ώστε να ενισχυθεί, επικρατούν μάλιστα εκεί *«εικόνες αγίων αλλά και χριστιανικά παρεκκλήσια, ενώ οι πιστοί έχουν τη βαθύτερη ανάγκη να εκφραστούν μέσω της προσευχής»*. Ο πιστός έχει την τάση της επίκλησης της ανώτερης δύναμης όταν αντιμετωπίζει δύσκολες περιστάσεις και η ανάρρωση στο κλινικό περιβάλλον είναι ασφαλώς μία από αυτές (Κουτελέκος και Γερογιάννη, 2011: 480). Η υγεία συνδέεται με τη θρησκεία στον βαθμό που η ασθένεια αποδίδεται στην παρέμβαση υπερφυσικών δυνάμεων αλλά και στο βαθμό που το τελετουργικό επιστρατεύεται ώστε να συντελέσει στην αποτροπή της κακής επιρροής των δυνάμεων αυτών (Κουτελέκος και Γερογιάννη, 2011: 484).

Η μελέτη που περιέχει αυτά τα σχόλια κινείται υπέρ της θετικής συμβολής της θρησκευτικότητας ως παραστάτη της παροχής φροντίδας υγείας, αναγνωρίζοντας ότι το Νοσοκομείο *«επηρεάζεται από ασυνείδητες συλλογικές δομές του που πραγματοποιούνται κάτω από μια αδιάκοπη διαδικασία κυκλικής αλληλοενίσχυσης»* (Κουτελέκος και Γερογιάννη, 2011: 487). Ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις πολυπολιτισμικότητας και διαφορετικών θρησκευτικών αντιλήψεων κατά τις οποίες οι νοσηλεύόμενοι *«δεν πιστεύουν στις δυτικές αξίες περί αυτονομίας των ασθενών και αυτοπροσδιορισμού (οι πολυπολιτισμικές οικογένειες) έρχονται σε δυσχερή θέση όταν πρέπει να αποφασίσουν σχετικά με τη φροντίδα που λαμβάνουν»* (Καλαφάτη και Παϊκοπούλου, 2011: 53). Τι γίνεται για παράδειγμα με τους μουσουλμάνους που όταν θεωρούν ότι η θεραπεία είναι ανώφελη δεν είναι πλέον υποχρεωτική; Ή όταν ορισμένες εθνικότητες ή θρησκευτικές μειονότητες δεν αναγνωρίζουν τη νομιμότητα ορισμένων νομικών εγγράφων; (Καλαφάτη και Παϊκοπούλου, 2011: 55).

Αν πολιτισμικές και θρησκευτικές μειονότητες ή έντονες θρησκευτικές αντιλήψεις πλειονοτήτων κρίνονται ως δευτερεύοντα ζητήματα για ορισμένους, δεν πρέπει να δοθεί η

εσφαλμένη εντύπωση ότι πέραν αυτών των προβλημάτων η σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών/οικογενειών τους δεν αντιμετωπίζει άλλα προβλήματα. Κάθε άλλο. Δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να παραγνωριστεί ότι η παρουσία των συγγενών στο νοσοκομείο παρέχει μια πηγή ψυχολογικής σταθερότητας και στήριξης, βοηθώντας στη διατήρηση της επαφής με το σπίτι και το κοινωνικό σύνολο. Ακόμα περισσότερο αποκτά αυτή η στήριξη σημασία όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν χρόνια προβλήματα και παραμένουν μακρά διαστήματα στο νοσοκομείο (Μπέλλου-Μυλωνά και Γερογιάννη, 2010: 23). Και δεν είναι μόνο οι ασθενείς και οι επισκέπτες που βλέπουν με θετικό μάτι την παρουσία συγγενών, αλλά και οι ιατροί και νοσηλευτές. Διότι εκτός από την ψυχολογική στήριξη και την επαφή με το κοινωνικό περιβάλλον, οι συγγενείς μπορούν να εκπροσωπήσουν τον ασθενή ενημερώνοντας τους επαγγελματίες υγείας όταν εκείνος δυσκολεύεται να το κάνει, ενώ δύνανται να συμμετάσχουν στον σχεδιασμό της φροντίδας του αρρώστου. Πολλές πτυχές της φροντίδας είναι ευκολότερο να επιτύχουν με τη συμμετοχή του συγγενούς προσώπου, όπως η τροφοδοσία, η χορήγηση υγρών, η ατομική υγιεινή, η αλλαγή επιθεμάτων, η εντριβή του σώματος, η βοήθεια κατά την κένωση του εντέρου ή της κύστης, η τοποθέτηση θερμομέτρου και επισπαστικών, η έγερση του αρρώστου από το κρεβάτι, η βοήθεια στη διάρκεια εξετάσεων κ.ά. (Μπέλλου-Μυλωνά και Γερογιάννη, 2010: 27).

Πρόβλημα ωστόσο προκαλείται όταν η συμπεριφορά των συγγενών, των ασθενών, ή και ατόμων που αντιμετωπίζουν αυξημένες ανάγκες επιτήρησης, υπερβαίνει τα ανεκτά όρια και πλέον περνά σε κατάσταση η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί μόνο με δραστικά μέσα. Προειδοποιητικά σημάδια για την επικείμενη εκδήλωση βίας είναι η προφορική έκφραση θυμού και ανησυχίας, η απειλητική γλώσσα του σώματος (π.χ. χειρονομίες), τα σημεία χρήσης φαρμάκων ή οινόπνεύματος, η παρουσία όπλου, το γρήγορο βάδισμα, οι νευρικές κινήσεις, ο υψηλός τόνος φωνής, το χτύπημα τοίχων ή αντικειμένων, το ακατανόητο ξέσπασμα γέλιου. Για την πρόληψη της βίας προτείνονται προληπτικά μέτρα, όπως η ήρεμη στάση και η αποφυγή απειλών, η αναγνώριση των συναισθημάτων του προσώπου, η αποφυγή συμπεριφοράς που μπορεί να εκληφθεί ως απειλητική, η απουσία υποτιμητικού τρόπου κατά τη φροντίδα, η αποφυγή λόγου όταν ένα άτομο μιλάει έντονα, η απόσταση από το επιθετικό άτομο, η επίδειξη κατανόησης, η απομάκρυνση των επιθετικών ατόμων από τους υπόλοιπους ασθενείς, καθώς και η κλήση του προσωπικού ασφαλείας ή η αναφορά σε ανώτερο (Παπαδοπούλου, 2009: 384).

Οι ασθενείς για να είναι ικανοποιημένοι γενικότερα από την παροχή φροντίδας φαίνεται ότι, όπως δείχνουν οι διάφορες μελέτες, πρέπει να αντιμετωπίζουν τις εξής συνθήκες που τους προκαλούν ικανοποίηση και αίσθημα ασφάλειας (δεν παραθέτονται με γνώμονα τη σοβαρότητά τους αλλά μόνο ως σημεία ενός συνολικότερου ζητήματος):

A) Πολλοί ασθενείς ζητούν μεγαλύτερη επάρκεια προσωπικό και μάλιστα θεωρούν αυτή την έλλειψη ως μία από τις αιτίες για την πρόσληψη αποκλειστικών νοσοκόμων για τη φροντίδα τους. Αν και όχι τη σημαντικότερη, αφού οι απαντήσεις καταλαμβάνουν ποσοστό 23,7%. Το κακό είναι ότι μεγάλος αριθμός ασθενών δεν ικανοποιείται ούτε από τη φροντίδα που παρέχουν οι αποκλειστικές νοσοκόμες, η συμπεριφορά των οποίων συνδέεται με έμμεσες κακοποιήσεις και ανάπτυξη λοιμώξεων (Παπαγεωργίου και άλλοι, 2010: 402). Η επάρκεια προσωπικού έχει ασφαλώς γενικότερη επίδραση στην παροχή φροντίδας υγείας αλλά το θέμα έχει συζητηθεί σε άλλα σημεία της εργασίας μας.

B) Μεγαλύτερη συναισθηματική κατανόηση εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας.

Όταν, για παράδειγμα, ζητήθηκε από ασθενείς που έπασχαν από χρόνια αναπνευστικά προβλήματα να προσδιορίσουν σε ποιους τομείς έπρεπε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να βελτιώσει τη συμπεριφορά / απόδοσή του, απάντησαν στην πλειοψηφία τους ότι επιθυμούν μεγαλύτερη συναισθηματική κατανόηση (Παπαγεωργίου και άλλοι, 2010: 73). Με τη συναισθηματική κατανόηση μπορεί να συνδεθεί η έννοια της κατανόησης της «ανάγκης» του ασθενούς καθώς και με την ενσυναίσθηση. Πολλές ανάγκες είναι συναισθηματικές, υπάρχουν όμως και αρκετές κοινωνικές και φυσικές. Λέγεται ότι εφόσον παράλληλα με τις ανάγκες «υγείας» επιτευχθεί και η εκπλήρωση των υπολοίπων αναγκών του ασθενούς, τις οποίες ο ίδιος θεωρεί ως σημαντικές, όχι μόνο θα εξασφαλιστεί η ηρεμία αλλά και θα υπάρξουν θετικές επιδράσεις για την υγεία του, ενώ θα καλλιεργηθεί και κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ του αρρώστου και του προσωπικού, βελτιώνοντας ακόμα και τον παραδοσιακό τρόπο επικοινωνίας ιατρού/ νοσηλευτή – ασθενή (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη, 2011: 28).

Γ) Μεγαλύτερη ενημέρωση για θέματα υγείας, όχι μόνο ειδικά για την περίπτωση των ενδιαφερόμενων αλλά και για κάθε περίπτωση επίσκεψής τους στο νοσοκομείο. Υπήρξαν σε

μελέτη πολλοί ερωτηθέντες οι οποίοι δήλωσαν ότι υπήρχε ανάγκη μεγαλύτερης ενημέρωσής τους, πρότειναν μάλιστα σε υψηλό ποσοστό ως αποδοτικό τρόπο ενημέρωσης τη σύνταξη και διάθεση ενημερωτικών φυλλαδίων το οποίο πρέπει να είναι διαθέσιμο σε κάθε επίσκεψή τους σε υπηρεσίες υγείας (Καδδά και άλλοι, 2010: 68). Πέραν της γενικής πληροφόρησης η ενημέρωση θα έπρεπε, σύμφωνα με τους ενδιαφερόμενους να είναι επαρκέστερη, αλλά σαφώς και δεν πρόκειται για θετικό σημείο το ότι πολλοί γονείς, για παράδειγμα, εκφράζουν παράπονα για την ενημέρωσή τους από τους επαγγελματίες υγείας και την επαφή μαζί τους στα παιδιατρικά τμήματα. Σε μια σχετική μελέτη φάνηκε ότι η επιθυμητή πληροφόρηση είναι συνδεδεμένη με τη διάγνωση, την ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και το βαθμό στον οποίο οι γονείς αναλαμβάνουν ευθύνη για την καθημερινή φροντίδα και διαχείριση της κατάστασης του παιδιού τους (Διαμαντοπούλου, 2009: 317). Είναι σημαντικό το ότι η πληροφόρηση παρέχει το αίσθημα εμπλοκής στη διαχείριση της νόσου και κατανόησης των αποφάσεων που λαμβάνονται. Αντιμετωπίζουν έτσι το πρόβλημα και έχουν μια αίσθηση ελέγχου (Διαμαντοπούλου, 2009: 320). Άλλη μελέτη έχει αναδείξει τη σημασία της προεγχειρητικής ενημέρωσης των ασθενών, που κατόπιν μιας ολοκληρωμένης ενημερωτικής συνεδρίας αισθάνονται μειωμένο άγχος μπροστά στη χειρουργική επέμβαση, με θετική επίπτωση και στη μετεγχειρητική ανάρρωση. Δεν είναι ίσως ορθό το ότι η επιπλέον ενημέρωση πιθανόν να προκαλέσει στους ασθενείς περισσότερο άγχος (Στεργιοπούλου και Βλάχος, 2010: 26-30).

Όλα τα παραπάνω είναι ενδεικτικά και δεν εξαντλούν τις παραμέτρους που συνθέτουν το ζήτημα της ικανοποίησης, η οποία περιλαμβάνεται στα αναπόσπαστα δικαιώματα των ασθενών. Περιλαμβάνονται όμως στα ιδιωτικά δικαιώματα των νοσηλευόμενων αρκετές παράμετροι, όπως η ατομική ακεραιότητα, η ιδιωτικότητα, ο σεβασμός των ατομικών ιδιαιτεροτήτων, η εμπιστευτικότητα, η συνειδητή συγκατάθεση και η πληροφόρηση. Δεν μπορούν να παραγνωριστούν όλα αυτά, παρά την προφανή αντίφαση ανάμεσα στη συνταγματική κατοχύρωση της ελεύθερης πρόσβασης στη φροντίδα υγείας και της ικανότητας της πολιτείας να αντιμετωπίσει το συνεπαγόμενο κόστος (Χρυσοσπάθη και Παπαθανάσογλου, 2008: 287).

Οι οργανισμοί παροχών υπηρεσιών υγείας έχουν συχνά να αντιμετωπίσουν το δίλημμα της ορθής κατανομής των πόρων τους ώστε να βελτιστοποιήσουν την ικανοποίηση των ασθενών και έχουν καταλήξει σε μοντέλα συμμετρικής και γραμμικής σχέσης ανάμεσα στα επιμέρους

κριτήρια και τη συνολική ικανοποίηση (Τσιριντάνη και άλλοι, 2010: 40). Όπως και να είναι τα πράγματα, *«η ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας απαιτεί η ηγεσία να γνωρίζει το είδος των παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των χρηστών τους, καθώς το είδος των προσδιοριστικών παραγόντων προσδιορίζει και τον τρόπο διαχείρισής τους»* (Τσιριντάνη και άλλοι, 2010: 50).

A. 3. 6. Ασθένειες, Παθήσεις, Ατυχήματα Επαγγελματιών Υγείας

Το σημαντικό ζήτημα της ασφαλούς εργασίας στο νοσοκομείο αφορά σε ποικίλους παράγοντες και ένας από τους σπουδαιότερους είναι η υγεία των επαγγελματιών υγείας. Έχει προηγηθεί αναφορά στο συσχετισμό συνθηκών εργασίας με το άγχος και την πιθανότητα εκδήλωσης συνοδών συμπτωμάτων του, ενώ και στο κεφάλαιο για την επαγγελματική εξουθένωση συζητήθηκαν διάφορες ψυχολογικές και συναισθηματικές παράμετροι της καθημερινότητας του νοσοκομείου. Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται στο νοσοκομείο, όπου καιροφυλακτούν εστίες μόλυνσεων, ενώ και οι απαιτήσεις της εργασίας τους συνιστούν την πηγή παθήσεων, όπως οι μυοσκελετικές και άλλες. Η υγεία δεν διασφαλίζει απλώς την εργασιακή ευημερία των προστατευόμενων ατόμων μόνο με το να μη διαταράσσεται, αλλά και με το να διασφαλίζεται από τη διοίκηση του νοσοκομείου, που έτσι εναρμονίζεται με τις προτροπές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Έτσι, επιτυγχάνονται η διατήρηση της εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων, η βελτίωση της εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος που θα είναι συμβατό με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας, καθώς και η ανάπτυξη της οργάνωσης και της κουλτούρας της εργασίας στην κατεύθυνση της υγιεινής και ασφάλειας. Υγεία και Ασφάλεια προάγουν θετικό κοινωνικό κλίμα και περιφρουρούν την ομαλή λειτουργία μιας επιχείρησης, ώστε αυτή να μπορεί να αυξήσει την παραγωγικότητά της (Ραυτοπούλου, 2011: 3).

Η διασφάλιση της Υγείας στο νοσοκομείο απαιτεί σειρά βημάτων και εμπλέκει έναν συνδυασμό πράξεων πολιτικής βούλησης και συντονισμένων ανταποκρίσεων / ενεργειών της διοίκησης του νοσοκομείου, αλλά δεν είναι αυτό μια πτυχή που αφορά στην εργασία μας. Υπάρχουν χρήσιμα άρθρα για τις παραμέτρους αυτές, όπως ένα που διακρίνει τρεις βασικούς άξονες για τη διευρυμένη αντιμετώπιση του ζητήματος:

α) το θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο,
β) τον μηχανισμό ελέγχου και τη λειτουργία του σώματος Επιθεωρητών Εργασίας,
γ) την ευθύνη και τον κοινωνικό διάλογο (Ραυτοπούλου, 2011). Σε πρακτικότερο επίπεδο ορισμένες έρευνες ασχολούνται με τον προληπτικό εμβολιασμό του προσωπικού και τη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας με αυτόν.

Αποδίδεται μεγάλη σημασία στην εφαρμογή ολοκληρωμένου προγράμματος εμβολιασμού για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς θεωρείται ότι συντελεί σημαντικά στη μείωση της επίπτωσης νοσηρότητας των λοιμωδών νοσημάτων μεταξύ ασθενών και εργαζομένων. Είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη οι συστάσεις ανοσοποίησης της Συμβουλευτικής Επιτροπής σε θέματα εμβολιασμού (*Advisory Committee on Immunization Practices ACIP*) και να εφαρμόζεται σχετικό πρωτόκολλο σε κάθε υπηρεσία υγείας. Παρόλα αυτά δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά τα συμπεράσματα ερευνών πεδίου, καθώς οδηγούν στη διαπίστωση ότι η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας είναι φτωχή. Και αυτό την ώρα που η ενεργοποίησή της μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης θα μπορούσε να συντελέσει στον συστηματικό εμβολιασμό, επομένως και στη μείωση της πιθανότητας μετάδοσης νοσημάτων από και προς τους νοσηλευόμενους ασθενείς (Κυριαζής και άλλοι, 2009: 194-195). Συγκεκριμένα, μεταξύ 213 επαγγελματιών υγείας, (138 ιατρών και 75 νοσηλευτών) του Γ. Ν. Κορίνθου, μόνο το 20,8% ήταν εμβολιασμένο και με τα πέντε προβλεπόμενα εμβόλια που συστήνει η ACIP, ενώ το 1,7% δεν είχε εμβολιαστεί με κανένα. Κατά σειρά συχνότητας ταξινομήθηκαν τα εμβόλια του Τετάνου (60%), της Ηπατίτιδας Β (55,8%) και της Ηπατίτιδας Α (15,7%). Οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνέπεια από τις γυναίκες, ειδικότερα στο εμβόλιο του Τετάνου (75% έναντι 48,5%). Οι γιατροί εμβολιάζονται συχνότερα από τους Νοσηλευτές, ειδικότερα για την Ηπατίτιδα Β και τον Τέτανο (Κυριαζής και άλλοι, 2009: 194-195).

Ο αντιγριπικός εμβολιασμός παρουσιάζει επίσης μικρή ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας, σύμφωνα με άλλη μελέτη και όπως δείχνουν και διεθνείς έρευνες οι νοσηλευτές είναι και στην περίπτωση αυτή πιο απρόθυμοι από τους ιατρούς. Σε αναφερόμενη διεθνή μελέτη φάνηκε ότι η εμβολιαστική κάλυψη των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών έναντι της εποχικής γρίπης ήταν 22,6% και 23,1% αντίστοιχα, ενώ των ιατρών (52,4%). Μπορεί να δει ο ενδιαφερόμενος ποικίλες ερμηνείες για τη μειωμένη ανταπόκριση του προσωπικού υγείας

στον εμβολιασμό υγείας, είτε για τις ασθένειες γενικότερα είτε για ορισμένες από αυτές ειδικότερα. Αλλά μάλλον το έλλειμμα γνώσης για τη νόσο (και για κάθε νόσο γενικότερα;) και τις επιπτώσεις της, ο φόβος για την ασφάλεια του εμβολίου και την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και οι πεποιθήσεις για την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα των χορηγούμενων εμβολίων αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες. Μπορούν να προστεθούν η συνεχής ροή δύσκολα αξιολογούμενων για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους πληροφοριών, η τάση αμφισβήτησης και καχυποψίας που συνοδεύει την ανθρώπινη φύση, όπως και η διαμόρφωση και διάδοση θεωριών συνωμοσίας (Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, 2009: 350).

Έχει εξετασθεί (Σαρίδη και άλλοι, 2010: 387-397) ο βαθμός ανταπόκρισης στον εμβολιασμό και άλλων εργαζομένων στο νοσοκομείο, πέραν των ιατρών και νοσηλευτών. Σε επαρχιακό νοσοκομείο μελετήθηκε δείγμα πληθυσμού 380 επαγγελματιών ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού, εργαστηριακού και τεχνικού προσωπικού. Συνυπολογίστηκαν οι αποκλειστικές νοσοκόμες και το προσωπικό καθαριότητας (συνολικά 40). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν νοσηλευτές (59,8%), ακολουθούσαν οι ιατροί (19,5%), οι εργαζόμενοι στην τεχνική υπηρεσία (10,4%) και οι εργαζόμενοι στη διοικητική υπηρεσία (3,8%). Σχετικά με το τμήμα εργασίας τα ποσοστά είχαν ως εξής: 44,4% των απασχολείτο στον χειρουργικό τομέα, 16,6% στον παθολογικό, 7,4% στα εργαστήρια, 9,8% σε μονάδες και 5% ήταν οι αποκλειστικές νοσοκόμες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (32,8%) είχε προϋπηρεσία από 10–20 έτη, ενώ >10 έτη προϋπηρεσίας είχε το 57,1% του δείγματος. Φάνηκε ότι το υγειονομικό προσωπικό ήταν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό εμβολιασμένο για ηπατίτιδα Β καθώς τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα φαίνεται να θεωρούνται πιο επικίνδυνα. Ωστόσο οι εργαζόμενοι δεν είχαν ολοκληρώσει το σχήμα του εμβολιασμού, σημαντικός δε αριθμός δεν έχει υποβληθεί σε έλεγχο φυματίωσης. Μικρό ποσοστό εμβολιασμού για Τέτανο αποδόθηκε σε ελλιπή γνώση, ενώ ο βαθμός εκπαίδευσης έδειξε γενικότερα σημαντική συσχέτιση με την εμβολιαστική κάλυψη, που ήταν μεγαλύτερη σε άτομα με ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο. Όσον αφορά στο εμβόλιο της ηπατίτιδας Β, που θεωρείται ως ένα από τα πιο ασφαλή, με λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες παρά τα εκατομμύρια δόσεις που έχουν χορηγηθεί, αυτή είναι μια διαπίστωση που έρχεται σε απόλυτη διαφωνία με παλαιότερη ελληνική μελέτη αλλά και μία διεθνή μελέτη που έδωσαν ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών 10%: κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν η τοπική αντίδραση. Το προσωπικό της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, καθώς και της

δευτεροβάθμιας είχε σημαντικά μικρότερα ποσοστά εμβολιασμού σε σχέση με το προσωπικό τεχνολογικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ενώ συγκεκριμένη περίπτωση επαναληπτικού εμβολιασμού τετάνου-διφθερίτιδας φάνηκε ότι δεν είχε ευρεία αποδοχή από τους επαγγελματίες υγείας (15,4%). Έτσι, συνολικά καταγράφηκαν χαμηλά ποσοστά ανοσοποίησης των επαγγελματιών υγείας και καταδείχθηκε η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης. Η συσχέτιση της εμβολιαστικής κάλυψης με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 3. Συσχέτιση εμβολιαστικής κάλυψης με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά.

	Εμβόλιο ηπατίτιδας Β			Εμβόλιο τετάνου			Δοκιμασία Mx		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Φύλο									
Ανδρες	57	56,4	0,601	21	20,8	0,072	26	25,7	0,634
Γυναίκες	141	59,5		31	13,1		67	28,3	
Ειδικότητα									
Ιατρός	51	77,3	<0,001	7	10,6	<0,001*	19	28,8	0,990
Νοσηλεύτης	122	60,4		26	12,9		56	27,7	
Διοικητικός	2	15,4		1	7,7		4	30,8	
Εργάτης	5	50,0		2	20,0		3	30,0	
Τεχνικό προσωπικό	17	68,0		16	64,0		6	24,0	
Καθαριστής	1	4,5		0	0,0		5	22,7	
Τμήμα									
Παθολογικό	42	75,0	<0,001	12	21,4	0,005	9	16,1	0,003
Χειρουργικό	94	62,7		21	14,0		54	36,0	
Εργαστήρια	14	56,0		2	8,0		4	16,0	
Μονάδα	26	78,8		1	3,0		4	12,1	
Άλλο	20	35,1		16	28,1		14	24,6	
Αποκλειστικές	2	11,8		0	0,0		8	47,1	
Εκπαιδευτικό επίπεδο									
Υποχρεωτική εκπαίδευση	13	20,3	<0,001	7	10,9	0,141	23	35,9	0,373
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	60	58,8		16	15,7		28	27,5	
Τεχνολογική εκπαίδευση	67	69,8		21	21,9		23	24,0	
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	58	76,3		8	10,5		19	25,0	
Έτη υπηρεσίας									
1-5	53	56,4	0,620	11	11,7	0,455	22	23,4	0,206
5-10	27	52,9		6	11,8		13	25,5	
10-20	70	63,1		20	18,0		28	25,2	
>20	48	58,5		15	18,3		30	36,6	

Δοκιμασία Mx: Δοκιμασία Mantoux

Η έκθεση των επαγγελματιών σε κινδύνους περιλαμβάνει διάφορες περιπτώσεις, όπως αυτή σε αναισθητικούς παράγοντες. Αν και τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντιφατικά, έχει υποστηριχθεί ότι η επαγγελματική έκθεση του προσωπικού των χειρουργείων στους εισπνεόμενους αναισθητικούς συσχετίζεται με την εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Μια ανασκόπηση ερευνών έδειξε ότι μακροχρόνια ίσως αυξάνεται η πιθανότητα ανάπτυξης προβλημάτων υγείας, μια πιθανότητα που αυξάνεται όταν στους χώρους δεν υφίσταται σύστημα απαγωγής των αερίων ή όταν τα επίπεδα των παραγόντων αυτών είναι πολύ υψηλά. Προτείνεται η σύνθεση σταθερότερων και ασφαλέστερων αναισθητικών, ενώ θεωρείται

υποχρεωτική η χρήση συστημάτων ασφαλείας και η ενημέρωση του προσωπικού, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η έκθεση και να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των εργαζομένων (Καλεμάκη και Κωνσταντίνου, 2008: 65-66).

Μελέτες αναφέρουν επιβάρυνση του κεντρικού νευρικού συστήματος λόγω κόπωσης, ευερεθιστότητας, πονοκεφάλου, ζάλης, ναυτίας, ερεθισμού των οφθαλμών, δυσκολίας συγκέντρωσης, διαταραχών ισορροπίας, καθώς και διαταραχές συμπεριφοράς μετά από έκθεση σε $N_2O > 500$ ppm ημερησίως, 23–25 και έκθεση σε σεβοφλουράνιο. Έχει σημειωθεί έκπτωση επαγγελματικών δεξιοτήτων κατόπιν έκθεσης σε αλοθάνιο, ενφλουράνιο και N_2O . Μελέτη συσχέτισε το ενφλουράνιο με εμφάνιση βρογχικού άσθματος. Η επιβάρυνση του περιφερικού νευρικού συστήματος σχετίζεται με περιφερική νευροπάθεια, παραισθησίες, μυϊκή αδυναμία και αιμωδίες μετά από έκθεση σε N_2O . 25. Επαφή υγρών αναισθητικών όπως το αλοθάνιο, το ισοφλουράνιο και το σεβοφλουράνιο, με το δέρμα για κάποιο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει αλλεργικό έκζεμα, ξηρότητα και ερυθρότητα. Το N_2O έχει συσχετισθεί με βλάβες στο αιμοποιητικό σύστημα, όπως καταστολή του μυελού των οστών, μεγαλοβλαστική αναιμία, λευκοπενία, θρομβοκυτταροπενία και αύξηση των επιπέδων ομοκυστεΐνης. Αυτές είναι λίγες μόνο από τις επιδράσεις των αναισθητικών στην υγεία των επαγγελματιών, με πολύ σημαντικό τον κίνδυνο ηπατοτοξικότητας, όπου το αλοθάνιο αποτελεί κύρια πηγή αρνητικών σχολίων και σύνδεσης με την πρόκληση τοξικής ηπατίτιδας, ικτέρου, ηπατομεγαλίας, ανάπτυξης αντοχής στο αλκοόλ, καθώς και ηπατοευαισθησίας (Καλεμάκη και Κωνσταντίνου, 2008: 68 – αναφέρουν και άλλες επιπτώσεις, ενώ συγκεντρώνουν και τους παράγοντες που σε συνδυασμό με τη χρόνια έκθεση αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης προβλημάτων υγείας).

Επαγγελματίες υγείας αναφέρουν μυοσκελετικά προβλήματα, καθώς και άλλα που προέρχονται από τη χειρωνακτική μετακίνηση των ασθενών. Μυοσκελετικές παθήσεις αναφέρουν και οι οδοντίατροι. Η χειρωνακτική διαχείριση των ασθενών είναι ενταγμένη στις καθημερινές πρακτικές του νοσοκομείου, ωστόσο όταν δεν γίνεται με τη χρήση ειδικών συσκευών ή μηχανημάτων, αναφέρεται στη βιβλιογραφία υποδεικνύεται ως η κυριότερη αιτία πρόκλησης μυοσκελετικών προβλημάτων. Μάλιστα οι αδέξιες μετακινήσεις επιδρούν αρνητικά και στους ασθενείς, καθώς μειώνουν την αίσθηση ασφαλείας και άνεσης, αντικαθιστώντας της με την άποψη περί παροχής νοσηλευτικής φροντίδας κακής ποιότητας.

Ασθενείς έχουν υποστεί πόνους, βλάβες στην ωμοπλάτη, κάταγμα στο ισχίο από πτώση, μειωμένη αξιοπρέπεια, αύξηση της εξάρτησης από το περιβάλλον, δυσκολία στην αναπνοή. Για τους επαγγελματίες υγείας έχει αποδειχθεί ότι υποφέρει περισσότερο η οσφυϊκή μοίρα (Αντωνίου και Βασιλοπούλου, 2008: 282). Στην πιθανή εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων συμβάλλουν αποφασιστικά εργονομικοί παράγοντες, όπως οι περιορισμένοι χώροι λόγω των ιατρικών μηχανημάτων που περιβάλλουν τους ασθενείς, η απουσία ηλεκτρονικών κρεβατιών ρύθμισης του ύψους, τα απαραίτητα έπιπλα (καρέκλες και κομοδίνα), όπως και οργανωτικοί παράγοντες: ρυθμός και ένταση εργασίας, κυλιόμενο ωράριο, ανεπαρκή διαλείμματα, αίσθηση ανικανοποίητου από την εργασία, σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους (Αντωνίου και Βασιλοπούλου, 2009: 17).

Δεν εντάσσεται ακριβώς στα προβλήματα του νοσοκομείου, ωστόσο μπορεί να αναφερθεί ότι από μυοσκελετικά προβλήματα πάσχουν σε σημαντικό βαθμό οι οδοντίατροι. Σε μια σχετική μελέτη, όπου επισημαίνεται η συχνότητα των μυοσκελετικών παθήσεων εξαιτίας των επαγγελματικών παραγόντων, σημειώνεται ότι τα προβλήματα εμφανίζονται νωρίς στην επαγγελματική καριέρα και αυξάνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, ενώ τα συνήθη συμπτώματα είναι πόνος, κόπωση, αίσθημα αδυναμίας, αιμωδίες, δυσκαμψία στον αυχένα, την οσφύ, τους ώμους ή την άκρα χείρα, ενώ πολύ συχνά αναφέρονται μυϊκή αδυναμία, μυϊκές ανισορροπίες ή νευρομυϊκή αναστολή. Ανάλογες μελέτες είναι πολλές σε διεθνές επίπεδο και καταδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος (Παγγού και άλλοι, 2011: 341-342).

Οι έρευνες θίγουν, εκτός από το πρόβλημα της υγείας, τις οικονομικές διαρροές που οφείλονται στις μυοσκελετικές παθήσεις. Στις ΗΠΑ το κόστος που απορρέει από την επαγγελματική οσφυαλγία ανέρχεται στα 49 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, με σημαντικό το μερίδιο των επαγγελματιών υγείας. Στη Μεγάλη Βρετανία αυτοί που αλλάζουν θέση εργασία κάθε χρόνο λόγω των προβλημάτων στη σπονδυλική στήλη είναι τουλάχιστον 4% των εργαζόμενων. Στις Σκανδιναβικές χώρες σημειώνεται μέσος όρος αποχής 36 ημερών για κάθε 100 εργαζόμενους εξαιτίας οσφυαλγίας (Αντωνίου και Βασιλοπούλου, 2009: 18). Ειδικότερα για τους οδοντίατρους αναφέρεται ότι στην Αυστραλία το 1/3 κατέφυγε σε ιατρική παρακολούθηση ή φυσιοθεραπευτική αποκατάσταση, ενώ το 1/10 υποχρεώθηκε σε διακοπή της εργασίας του για 11,5 ημέρες κατά μέσον όρο (Παγγού και άλλοι, 2011: 342).

Αναφέρονται αρκετές άλλες περιπτώσεις ασθενειών, παθήσεων και ατυχημάτων στον χώρο του νοσοκομείου, όπως οι πτώσεις εξαιτίας της ολισθηρότητας των δαπέδων, οι μικροτραυματισμοί με νύσσοντα ή τέμνοντα αντικείμενα, όπως οι βελόνες και τα εργαλεία κοπής, τα θερμικά και χημικά εγκαύματα, οι ηλεκτροπληξίες, οι δηλητηριάσεις από χημικά. Το τρύπημα Τα περισσότερα από αυτά συμβαίνουν στους νοσηλευτές και στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ ακολουθούν όσοι σχετίζονται με τη συντήρηση και την καθαριότητα. Ένας πίνακας που συνοψίζει τους παράγοντες κινδύνου και τις σχετιζόμενες επαγγελματικές παθήσεις είναι ο εξής (Αλεξόπουλος, 2007: 21-22):

ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΟΙ Χειρισμοί ασθενών Χειρωνακτική διακίνηση φορτίων Στάσεις σώματος κ ορθοστασία Επαναληπτικές κινήσεις	Μυοσκελετικές παθήσεις Λοιμώδεις ασθένειες Αναπνευστικές παθήσεις
ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ Μικρόβια, ιοί, μύκητες	Δερματικές παθήσεις
ΧΗΜΙΚΟΙ Επιβλαβείς, διαβρωτικές, εύφλεκτες, καρκινογόνες χημικές ουσίες	Άγχος και εξουθένωση Κακοήθειες
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΙ Κυλιόμενο ωράριο Διάρκεια εργασίας (εφημερίες) Καταμερισμός και ικανοποίηση εργασίας Ποικιλία, αυτονομία, έλεγχος	Εργατικά ατυχήματα και οξείες δηλητηριάσεις Προβλήματα ύπνου Γαστρεντερικές παθήσεις
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ Σχέσεις με ασθενείς και κοινό Συνεργασία και υποστήριξη Συναισθηματικό περιεχόμενο της εργασίας Βία στην εργασία	Καρδιαγγειακές παθήσεις Κόπωση Μη ικανοποίηση από την εργασία

Το επίπεδο προστασίας των εργαζομένων από τους επαγγελματικούς κινδύνους στα νοσοκομεία, σε κάθε χώρα είναι διαφορετικό. Στις προηγμένες χώρες σημειώνεται ενεργοποίηση για την αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων. Η βελτίωση των επαγγελματικών συνθηκών προς την κατεύθυνση της διασφάλισης της υγείας των επαγγελματικών υγείας προσκρούει σε ποικίλα προβλήματα, στα οποία πρέπει να προστεθεί η

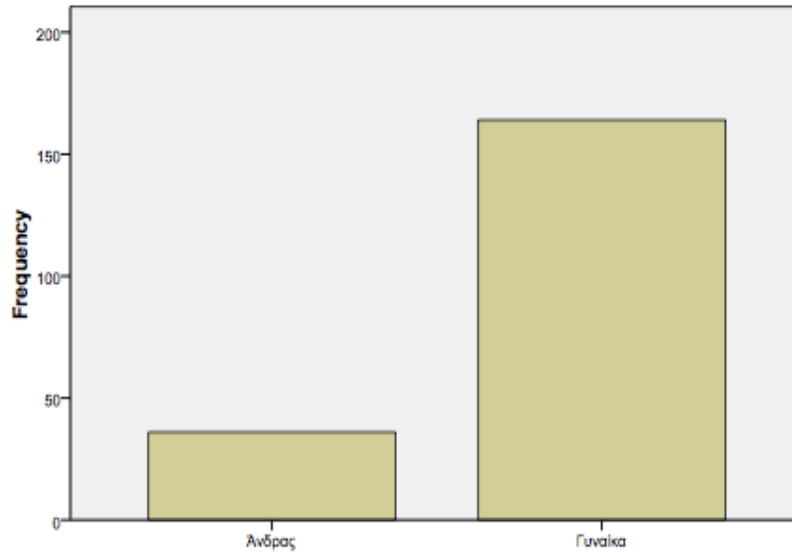
άγνοια των ενδιαφερομένων, τόσο για τους κινδύνους όσο και για τα μέτρα πρόληψης. Η δέσμευση της πολιτείας πρέπει να είναι ουσιαστική και βέβαια των διοικήσεων των νοσοκομείων, αλλά χωρίς την ενεργητική συμμετοχή και ευαισθητοποίηση των εργαζομένων (μέσω της ενημέρωσης και εκπαίδευσης), τα αποτελέσματα δεν πρόκειται να διαφοροποιηθούν ιδιαίτερα (Αλεξόπουλος, 2007: 9).

B

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

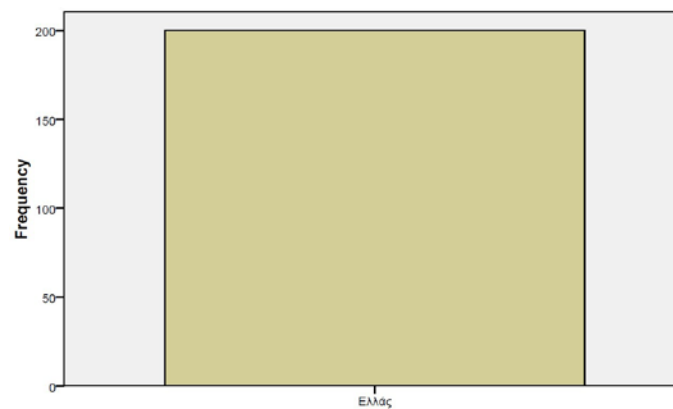
B.1. Δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας 1.1. Είστε άνδρας ή γυναίκα;



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	36	18,0	18,0	18,0
	Γυναίκα	164	82,0	82,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

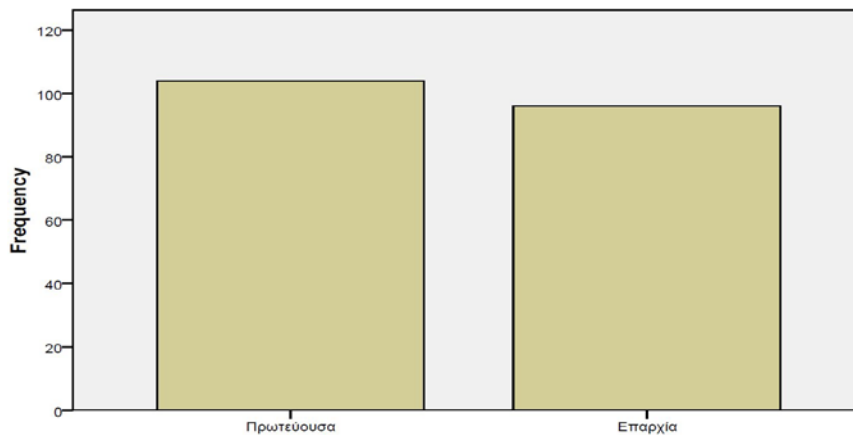
Πίνακας 1.2. Ποια η εθνικότητά σας;



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελλάς	200	100,0	100,0	100,0

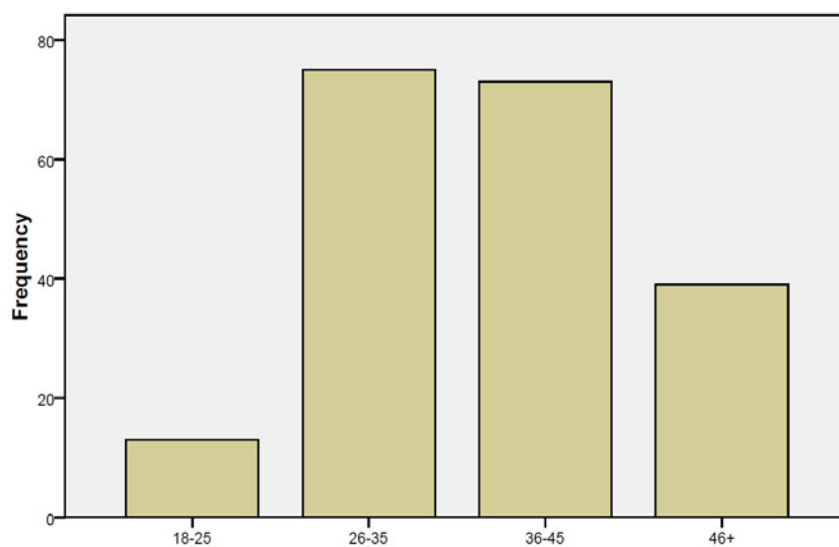
Πίνακες 1.1-2: Σύμφωνα με συνήθη μεθοδολογία ερευνών παραθέτονται αρχικά τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το σύνολο των οποίων ήταν 200. 164 (82%) από αυτούς ήταν γυναίκες και 36 (18%) άνδρες. Όλοι ήταν ελληνικής εθνικότητας.

Πίνακας 1.3. Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεστε (γεωγραφικά)



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πρωτεύουσα	104	52,0	52,0	52,0
	Επαρχία	96	48,0	48,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

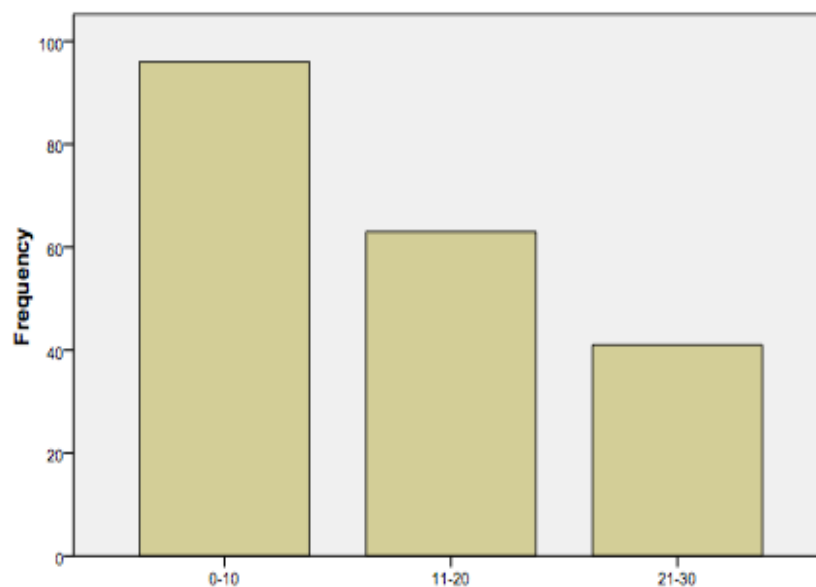
Πίνακας 1.4. Πόσο χρονών είστε;



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	13	6,5	6,5	6,5
	26-35	75	37,5	37,5	44,0
	36-45	73	36,5	36,5	80,5
	46+	39	19,5	19,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακες 1.3-4: Από τους 200 συμμετέχοντες 104 (52%) υπηρετούσαν σε νοσοκομεία της πρωτεύουσας και 96 (48%) της επαρχίας. Τα ηλικιακά στάδια των ερωτηθέντων διακρίθηκαν σε τέσσερις ομάδες, με την πρώτη να αφορά και στην περίοδο των σπουδών, καθώς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έρχεται σε άμεση και στενή επαφή με το περιβάλλον των νοσοκομείων στο επίπεδο της πρακτικής του άσκησης. Στην περίπτωση της έρευνάς μας αφορούσε στο μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων, ήτοι στο 6,5% (13). Η πλειοψηφία του δείγματος ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 26-35 ετών (ποσοστό 37,5% = 75), δηλαδή σε εκείνους που μετά τις σπουδές τους θα πρέπει θεωρητικά να έχουν αποκατασταθεί, ενώ με μικρή διαφορά ακολουθούσε η ηλικιακή ομάδα των 36-45 ετών (ποσοστό 36,5% = 73), η οποία υποτίθεται ότι έχει συγκεντρώσει ικανό χρόνο προϋπηρεσίας. Μεταξύ των μικρότερων και μεγαλύτερων ποσοστών αντιπροσώπευσης βρίσκεται αυτό της ηλικίας 46+ (19,5% = 39).

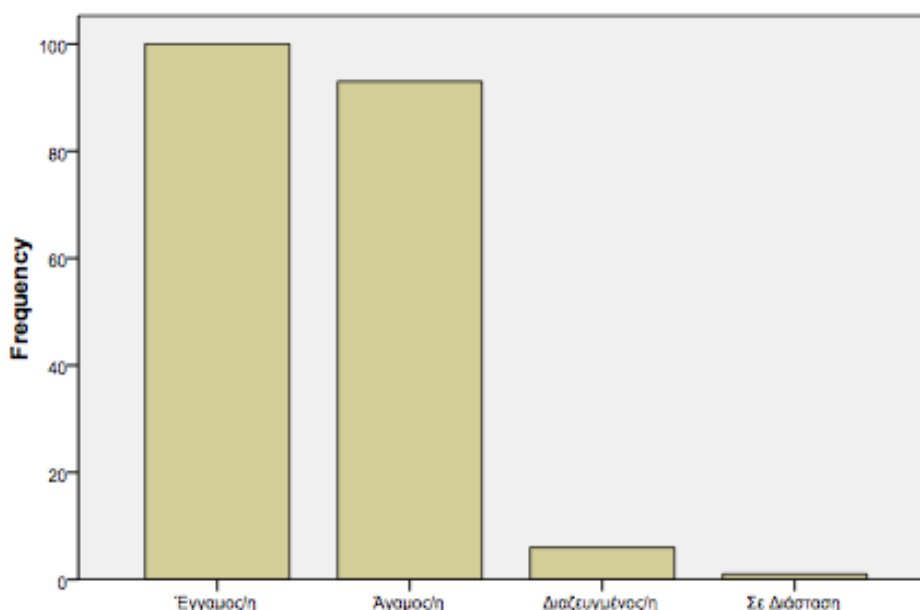
Πίνακας 1.5. Έτη προϋπηρεσία σε νοσοκομειακό χώρο



	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-10	96	48,0	48,0	48,0
11-20	63	31,5	31,5	79,5
21-30	41	20,5	20,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

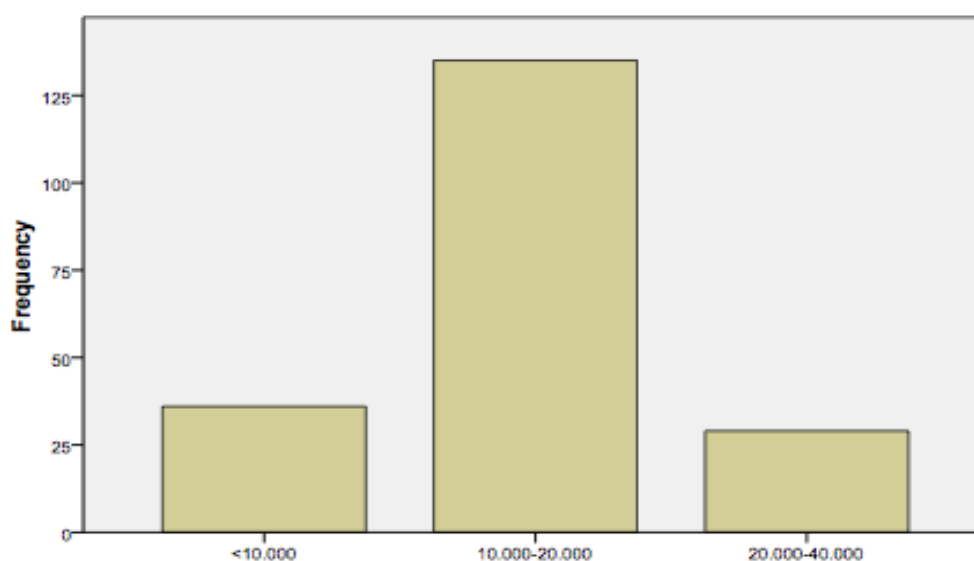
Πίνακας 1.5.: Τα έτη προϋπηρεσίας του δείγματος διακρίθηκαν σε τρεις ομάδες, ανά δεκαετία. Σχεδόν οι μισοί εργαζόμενοι είχαν προϋπηρεσία έως και 10 ετών (48% = 96), ενώ ακολουθούσαν οι ομάδες με χρόνο στο επάγγελμα 11-20 (31,5% = 63) και 21-30 (20,5% = 41) έτη προϋπηρεσίας. Θα μπορούσε πιθανώς εδώ να τεθεί το εξής ερώτημα: είναι συμπτωματικό το ότι όσο ανεβαίνουν τα έτη προϋπηρεσίας παρουσιάζεται, σύμφωνα με τα δεδομένα της συγκεκριμένης τουλάχιστον έρευνας, μεγαλύτερη απροθυμία για συμμετοχή σε έρευνες που αφορούν στις συνθήκες εργασίας και στην αντιμετώπισή τους σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο; Έχουν γίνει σχόλια στο γενικό μέρος για τη σημασία της ηλικίας στον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες την καριέρα τους, ωστόσο δεν είχαμε παρατηρήσει στις μελέτες την παράμετρο αύξηση χρόνου προϋπηρεσίας = συμβιβασμός με τα εργασιακά δεδομένα, αν μπορούμε να την καλέσουμε έτσι.

Πίνακας 1.6. Οικογενειακή κατάσταση;



	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έγγαμος/η	100	50,0	50,0	50,0
Άγαμος/η	93	46,5	46,5	96,5
Διαζευγμένος/η	6	3,0	3,0	99,5
Σε Διάσταση	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 1.7. Ποιο ήταν το συνολικό σας εισόδημα το προηγούμενο έτος;

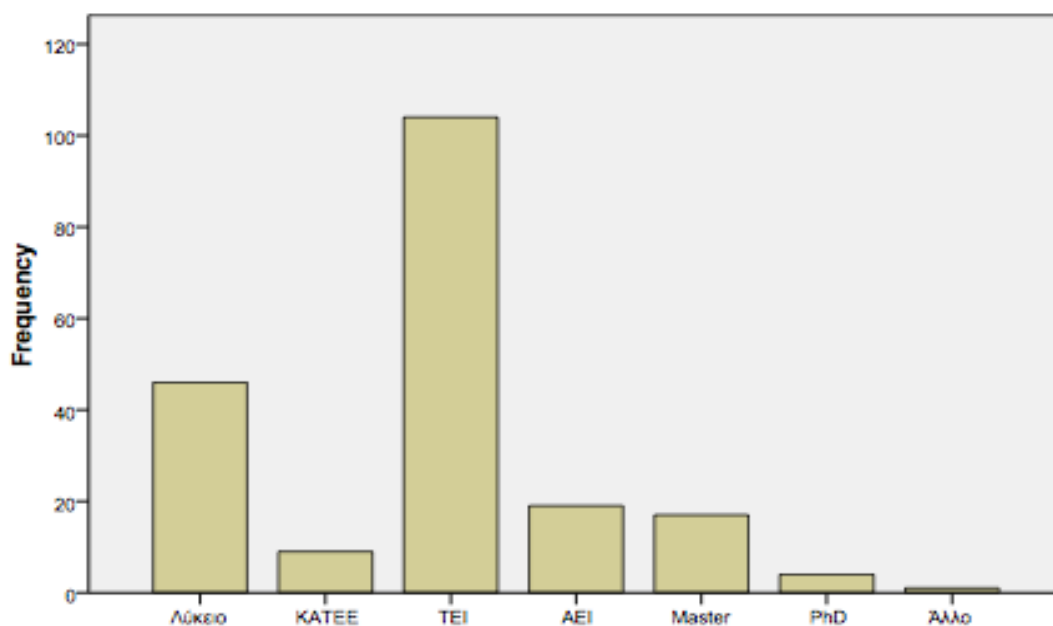


	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <10.000	36	18,0	18,0	18,0
10.000-20.000	135	67,5	67,5	85,5
20.000-40.000	29	14,5	14,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακες 1.6-7: Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων παρουσίαζε μεγάλη συγκέντρωση σε δύο κατηγορίες, που καταλάμβαναν από κοινού το 96,5% του δείγματος, με τους έγγαμους επαγγελματίες να αποτελούν ακριβώς το ήμισυ του συνόλου (50% = 100) και

να ακολουθούν οι άγαμοι σε ποσοστό 46,5% (93). Ελάχιστοι ήταν οι διαζευγμένοι (6 = 3%) και σε διάσταση (1 = 0,5%) συμμετέχοντες. Ένα δε σημαντικό για την εκτίμηση της ικανοποίησης από τις οικονομικές απολαβές της εργασίας ήταν αυτό του συνολικού εισοδήματος των εργαζομένων κατά το παρελθόν έτος από αυτό κατά το οποίο συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια. Είναι ένα στοιχείο που έχει κάποια σύνδεση και με την οικογενειακή κατάσταση, λόγω της σημασίας των οικονομικών δεδομένων για τον καθένα μας. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (67,5% = 135) είχε ετήσιες απολαβές κυμαινόμενες από 10-20.000 ευρώ, ενώ τα μικρότερο και μεγαλύτερο από αυτό εισοδήματα σχεδόν ισομοιράζονταν: ποσοστό 18% (36) του δείγματος είχε συνολικό εισόδημα μικρότερο από 10.000 ευρώ, ενώ 14,5% (29) των ερωτηθέντων μεγαλύτερο των 20-40.000 ευρώ.

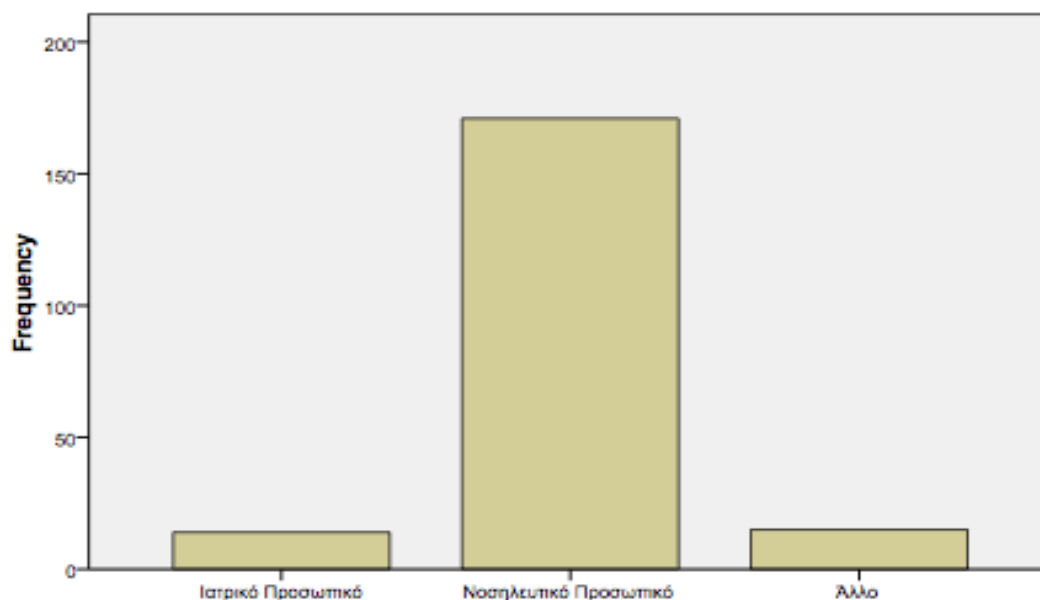
Πίνακας 1.8. Επίπεδο εκπαίδευσης



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λύκειο	46	23,0	23,0	23,0
	KATEE	9	4,5	4,5	27,5
	TEI	104	52,0	52,0	79,5
	AEI	19	9,5	9,5	89,0
	Master	17	8,5	8,5	97,5
	PhD	4	2,0	2,0	99,5
	Άλλο	1	,5	,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

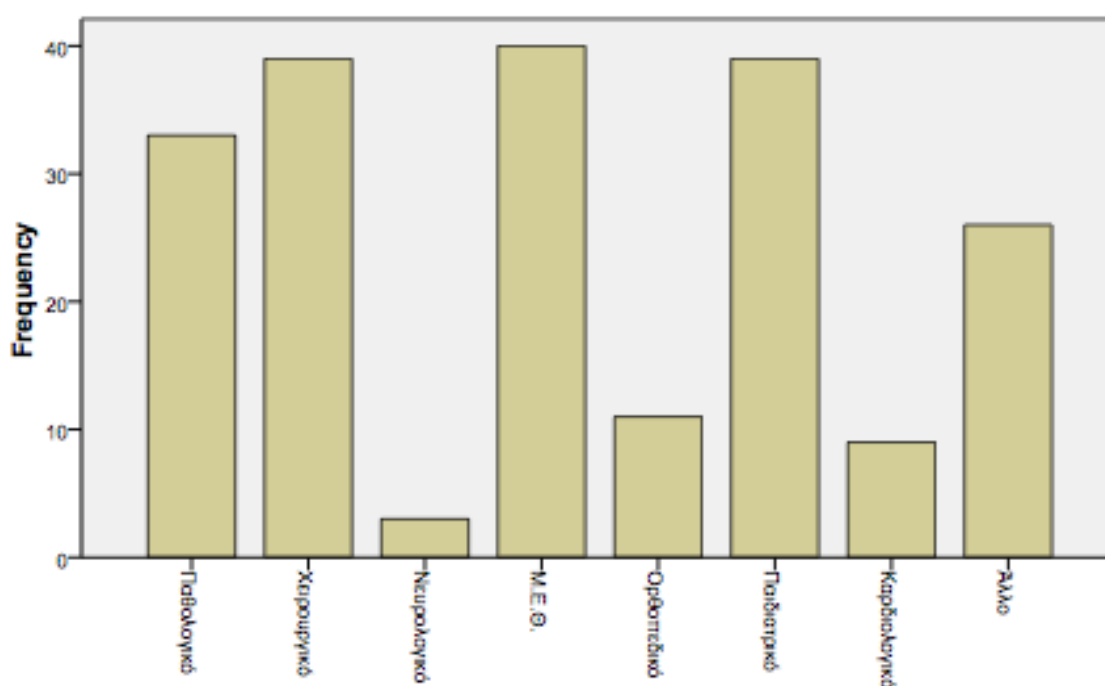
Πίνακας 1.8: Σημαντικό δημογραφικό στοιχείο αποτέλεσε το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς έχει άμεση σχέση με τη θέση στο Νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (52% = 24) ήταν απόφοιτοι TEI, επομένως αυτό σημαίνει ότι αναμένεται να ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό (23% = 46) ήταν απόφοιτοι Λυκείου. Στις υπόλοιπες ομάδες ανήκαν αυτοί που έχουν σπουδές επιπέδου AEI (9,5% = 19), μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (8,5% = 17), KATEE (4,5% = 9) διδακτορικής διατριβής (4% = 2) ή άλλου (0,5% = 1).

Πίνακας 1.9. Ποια η ειδικότητά σας;



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ιατρικό Προσωπικό	14	7,0	7,0	7,0
	Νοσηλευτικό Προσωπικό	171	85,5	85,5	92,5
	Άλλο	15	7,5	7,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

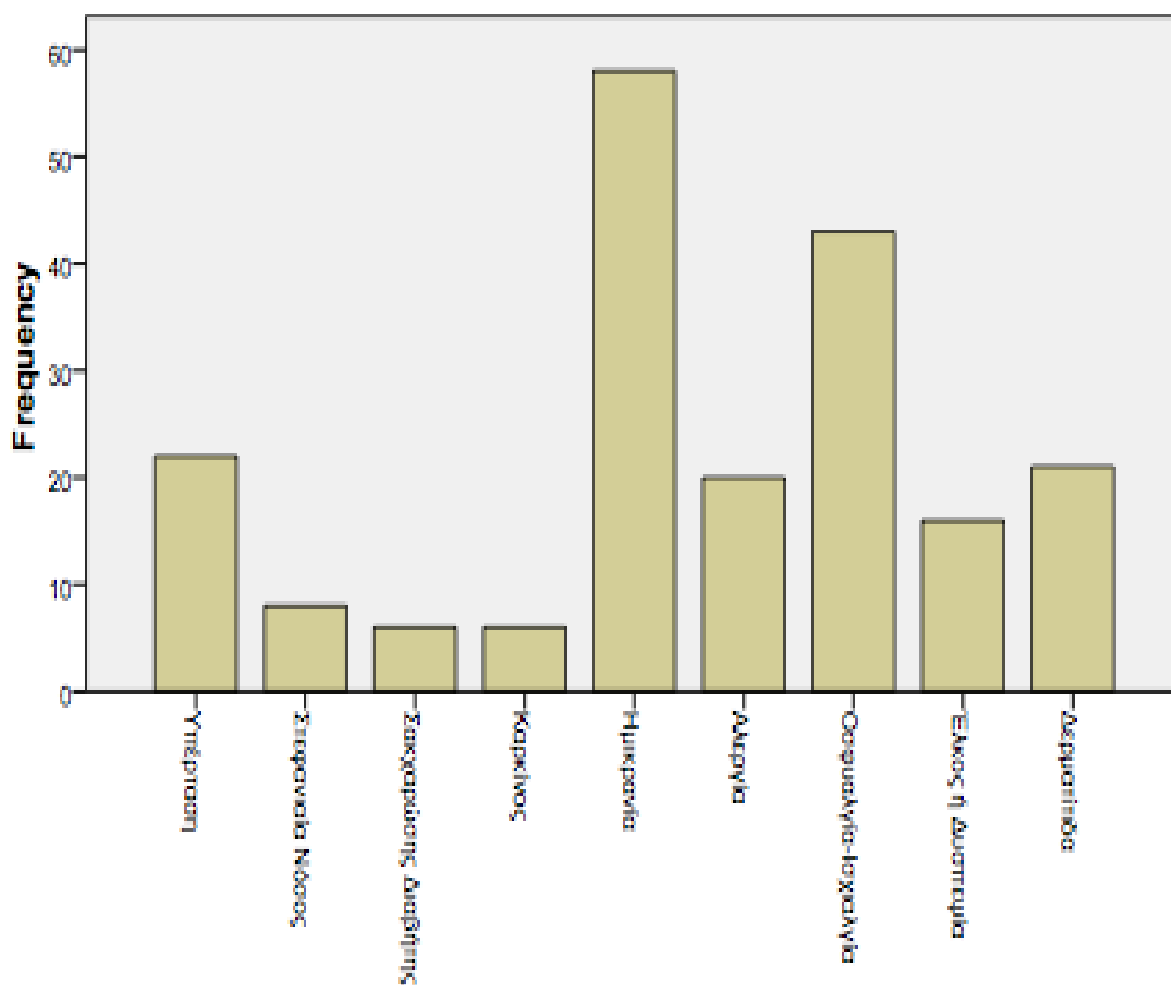
Πίνακας 1.10. Σε ποιο τομέα του νοσοκομείου εργάζεστε;



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Παθολογικό	33	16,5	16,5	16,5
	Χειρουργικό	39	19,5	19,5	36,0
	Νευρολογικό	3	1,5	1,5	37,5
	Μ.Ε.Θ.	40	20,0	20,0	57,5
	Ορθοπαιδικό	11	5,5	5,5	63,0
	Παιδιατρικό	39	19,5	19,5	82,5
	Καρδιολογικό	9	4,5	4,5	87,0
	Άλλο	26	13,0	13,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 1.9-10: Σε άμεση συνάρτηση με το επίπεδο σπουδών έρχεται η ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας και η θέση τους. Κυριαρχεί το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 85,5% (171) και ακολουθούν οι ιατροί (7% = 14) και οι λοιπές ειδικότητες (7,5% = 15). Οι ερωτηθέντες απασχολούνταν σε τρία κυρίως τμήματα του νοσοκομείου. Οι περισσότεροι εργάζονταν σε Μ.Ε.Θ. (20% = 40), ενώ λίγο μικρότερο ποσοστό στα Χειρουργικά (19,5% = 39) και Παιδιατρικά τμήματα (19,5% = 39). Ακολουθούν το Παθολογικό (16,5% = 33) και τα λοιπά τμήματα (13% = 26). Τελευταία έρχονται το Ορθοπαιδικό (5,5% = 11), Καρδιολογικό (4,5,5% = 9) και Νευρολογικό (1,5% = 3).

Πίνακας 1.11. Παρουσιάζετε τώρα κάποια από τις παρακάτω ασθένειες;

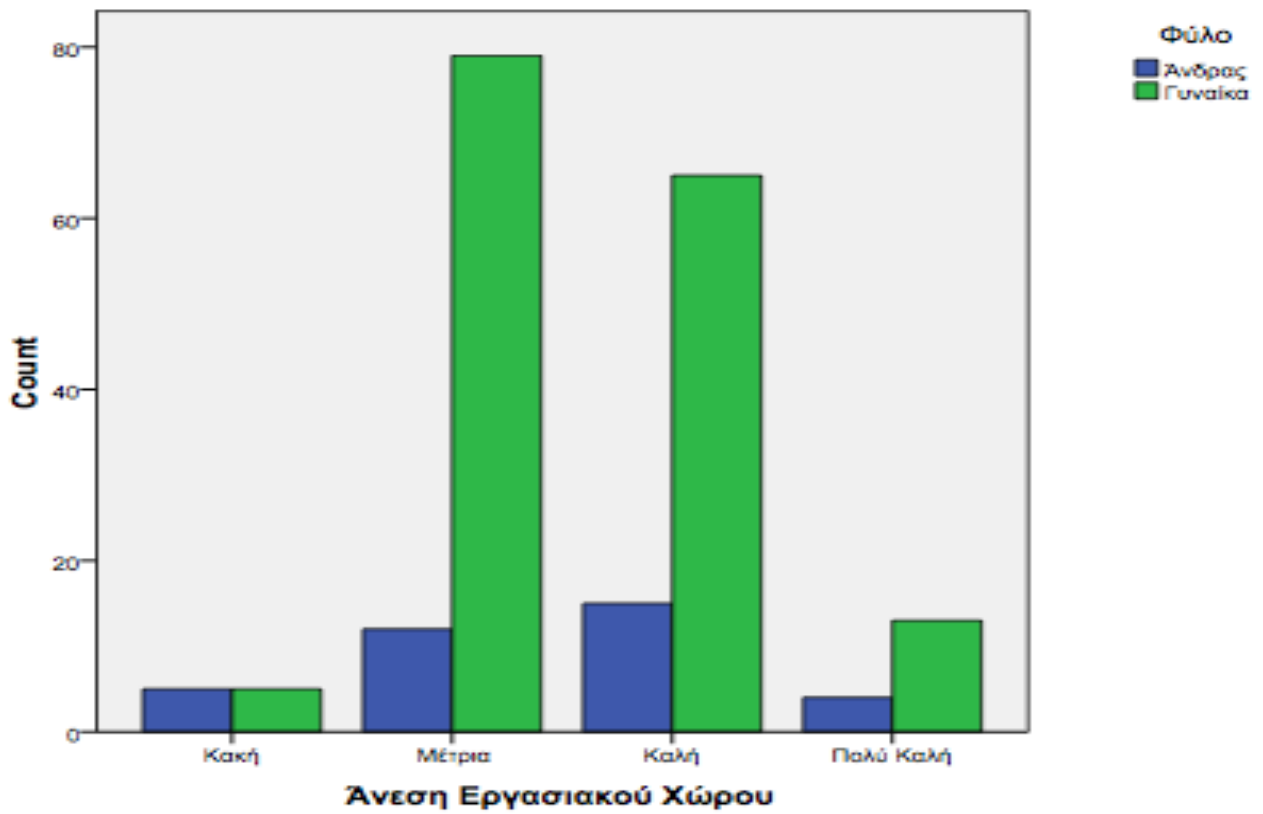


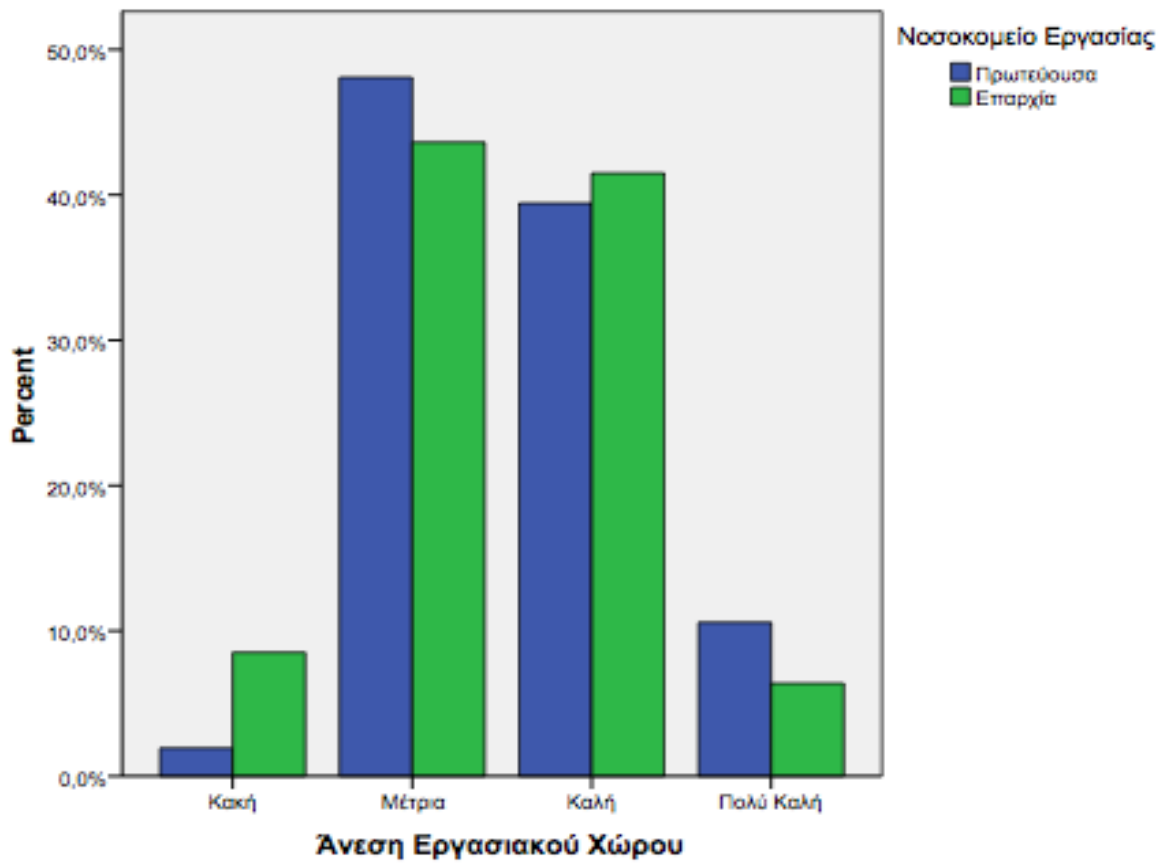
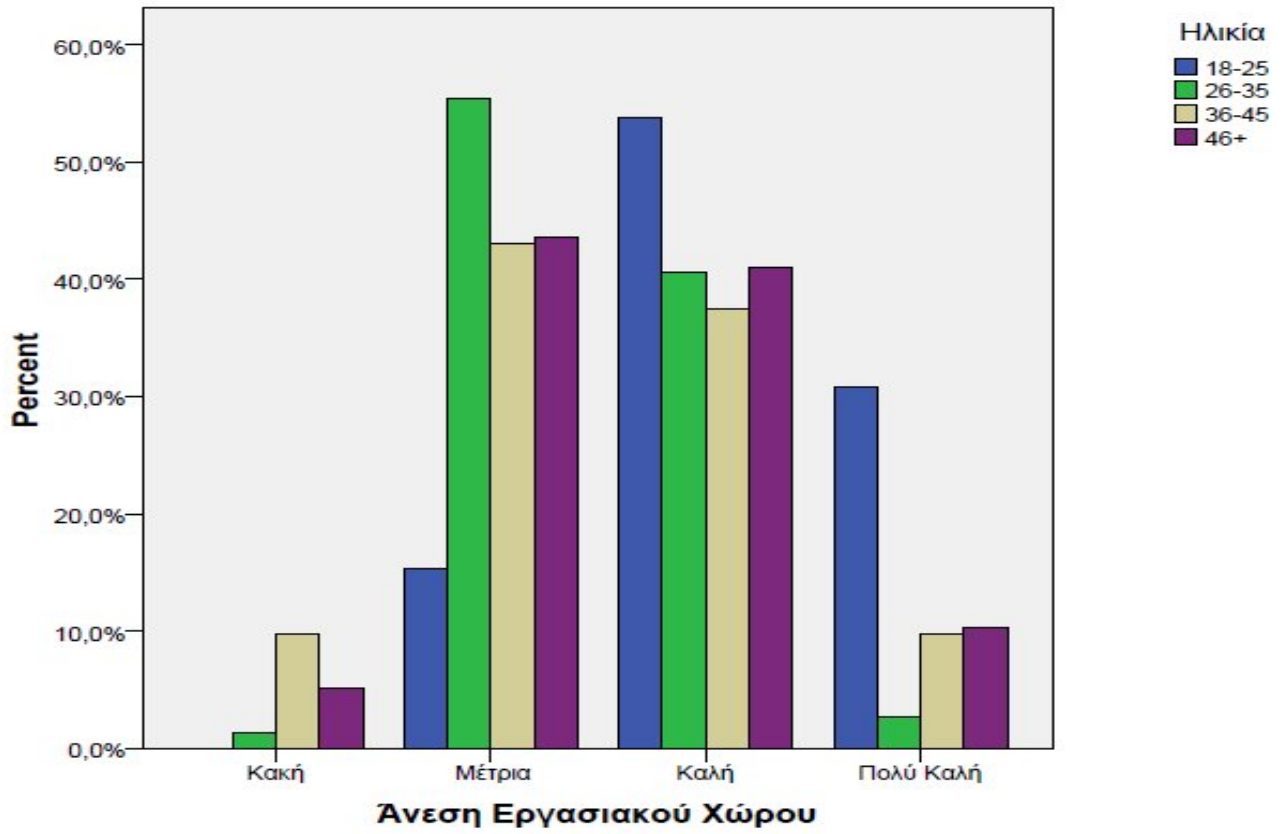
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Υπέρταση	22	11,0	11,0	11,0
	Στεφανιαία Νόσος	8	4,0	4,0	15,0
	Σακχαρώσης Διαβήτης	6	3,0	3,0	18,0
	Καρκίνος	6	3,0	3,0	21,0
	Ημικρανία	58	29,0	29,0	50,0
	Αλλεργία	20	10,0	10,0	60,0
	Οσφυαλγία-Ισχιαλγία	43	21,5	21,5	81,5
	Έλκος ή Δυσπεψία	16	8,0	8,0	89,5
	Δερματίτιδα	21	10,5	10,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 1.11: Το συγκεκριμένο γράφημα δίνει εκτίμηση της φυσικής κατάστασης των εργαζομένων, η οποία συνδέεται άμεσα με την παραγωγικότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Είναι χρήσιμο και για τη συζήτηση α) για τις εκδηλώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, β) το άγχος και την κατάθλιψη και γ) τις ασθένειες / παθήσεις εξαιτίας των συνθηκών εργασίας. Λόγω των συνθηκών του εργασιακού χώρου και της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης επαγγελματικού στρες και επαγγελματικής, σωματικής και ψυχικής κόπωσης, φαίνεται ότι οι ημικρανίες και η οσφυαλγία-ισχιαλγία κατισχύουν σε ποσοστά 29% (58) και 21,5% (43) αντίστοιχα. Άλλα ποσοστά του δείγματος υποφέρουν από ποικίλες ασθένειες, όπως απεικονίζονται στο γράφημα. Βεβαίως δεν μπορούν όλες να αποδοθούν στις εργασιακές συνθήκες.

Β.2. Επαγγελματίες υγείας και εργασιακός χώρος

Πίνακες 2.1.1-3 Πως βαθμολογείτε την άνεση του εργασιακού σας χώρου;

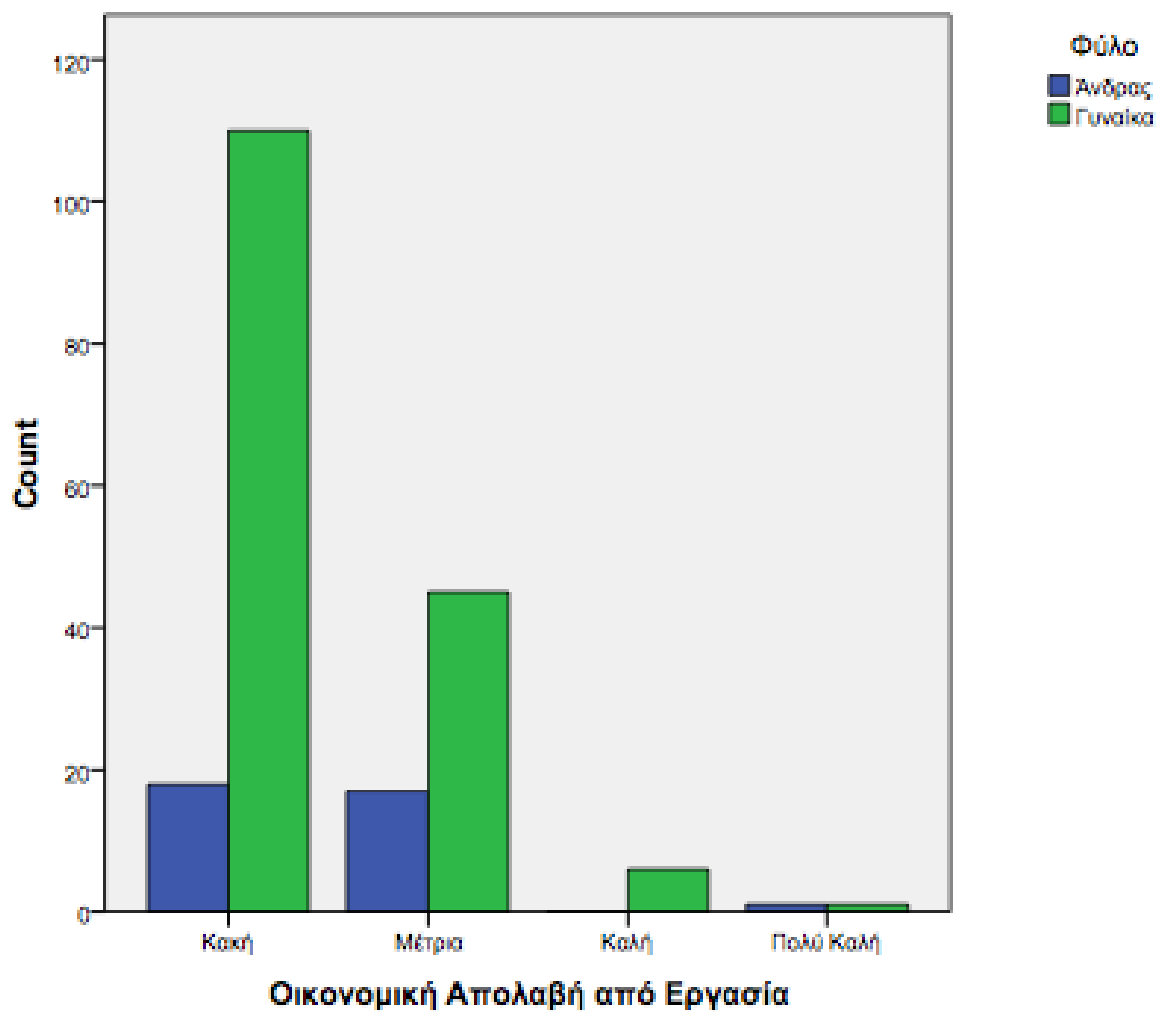


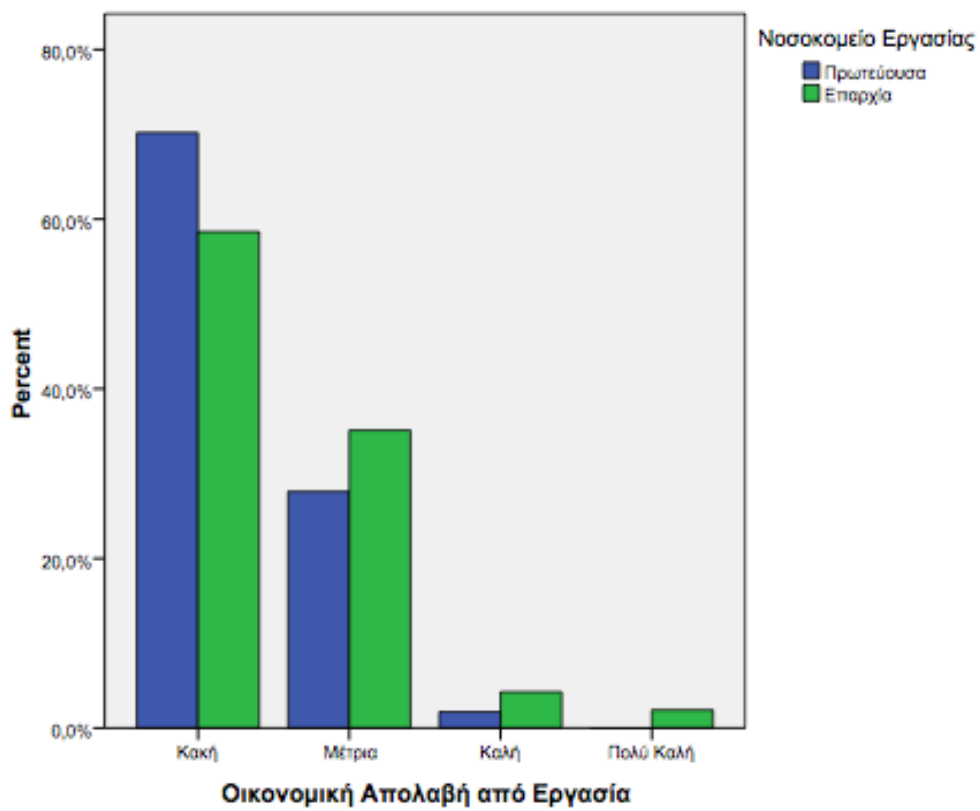
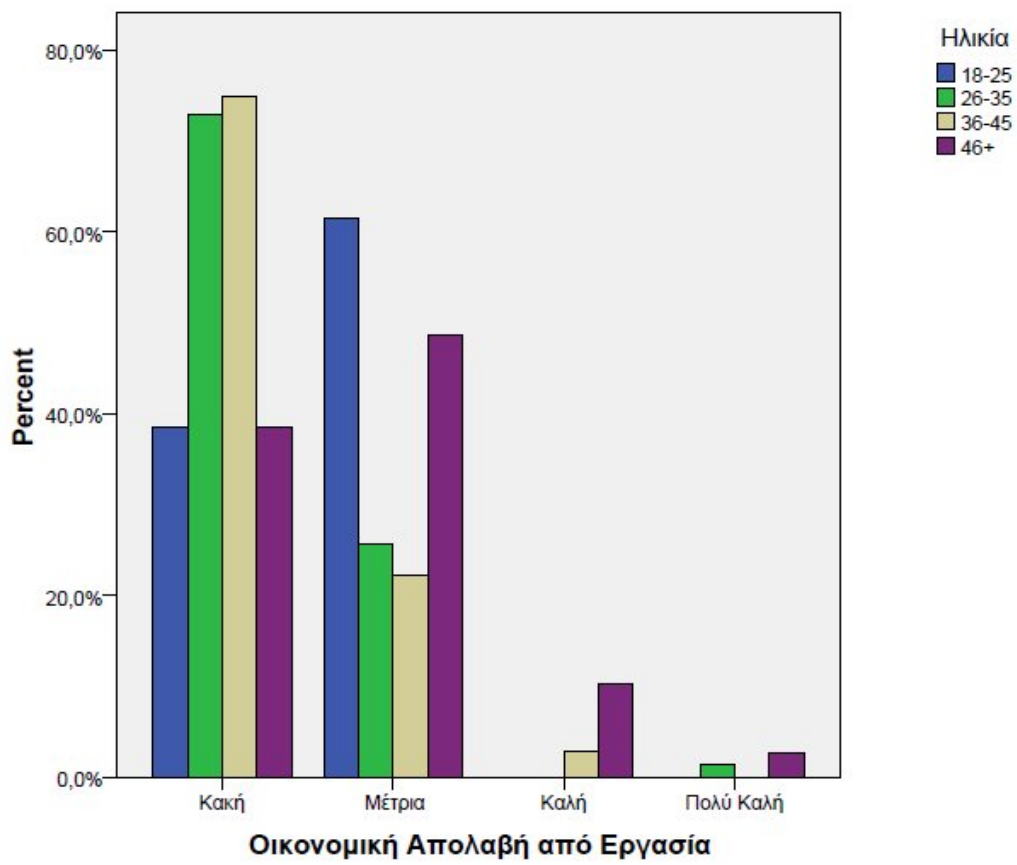


Μελετήθηκε η άνεση του εργασιακού χώρου, όπως τον αντιλαμβάνονται οι άνδρες και οι γυναίκες του δείγματος σύμφωνα και με την ηλικία τους αλλά και την επικράτεια στην οποία εργάζονται. Όπως παρατηρείται στο διάγραμμα η πλειοψηφία των γυναικών (76) κρίνει το εργασιακό περιβάλλον ως μέτριο, ενώ λίγο μικρότερος αριθμός γυναικών το θεωρεί καλό. Το πολύ μικρότερο ποσοστό ανδρών του δείγματος κατανέμεται μεταξύ των απαντήσεων σε παρόμοια σχεδόν επίπεδα. Ειδικότερα όμως, οι περισσότεροι άνδρες δηλώνουν πως ο εργασιακός τους χώρος είναι καλός, χωρίς να υπάρχει μεγάλη διαφορά ποσοστού από τις άλλες απαντήσεις. Λιγότεροι είναι αυτοί που βρίσκουν τον χώρο κακό, ισομοιρασμένοι μάλιστα ανάμεσα στα δύο φύλα. Φαίνεται ότι όσον αφορά στις ηλικίες, μεγαλύτερο ενθουσιασμό για τις τρέχουσες συνθήκες του επαγγελματικού χώρου φαίνεται να δείχνει η μικρότερη ηλικιακή ομάδα, ίσως διότι στο πρώιμο αυτό στάδιο επαγγελματικής ζωής αρκείται στη χαρά του να έχει εργασία, αν και αυτό είναι απλώς μια ερμηνευτική υπόθεση. Οι τρεις άλλες ηλικιακές ομάδες ισομοιράζονται στις δύο μέσες τιμές, αν και η δεύτερη μικρότερη ομάδα των 26-35 φαίνεται να τονίζει κάπως το «μέτρια», ενδεχομένως ως απόρροια της απώλειας του πρώτου επαγγελματικού ενθουσιασμού. Όσον αφορά στην αντίληψη για τον εργασιακό χώρο αναλόγως προς την έδρα του νοσοκομείου (αστικά κέντρα = πρωτεύουσα ή επαρχία), το σχετικό διάγραμμα δείχνει ότι κατ' αναλογία με τα ποσοστά ανά φύλο που παρατέθηκαν παραπάνω, οι περισσότεροι επαγγελματίες αναφέρουν μέτριες ή καλές συνθήκες, τόσο στην επαρχία όσο στην πρωτεύουσα, ενώ ένας μικρότερος αριθμός τους βρίσκει τις συνθήκες πολύ καλές, με το ποσοστό να κυμαίνεται υπέρ της πρωτεύουσας. Όσον αφορά στην πιο απαισιόδοξη οπτική, αυτή των κακών συνθηκών του εργασιακού χώρου, τα ποσοστά μαρτυρούν ότι στην επαρχία τα πράγματα είναι πολύ χειρότερα. Πάντως, το σύνολο των γραφημάτων υποδεικνύει μια τάση για τις δύο μέσες τιμές, δηλαδή ούτε για υπερβολικό ενθουσιασμό ούτε για απογοήτευση.

Β.3. Επαγγελματίες υγείας και προσωπική ικανοποίηση

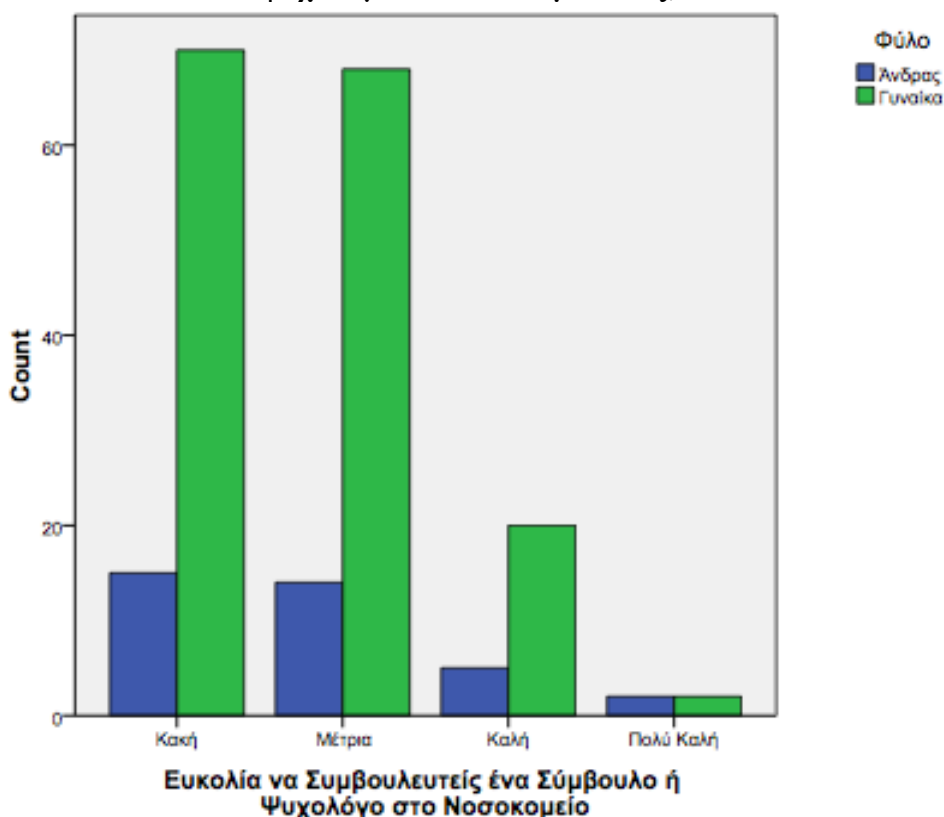
Πίνακας 3.1.1-3: Πως βαθμολογείτε την οικονομική σας απολαβή από την εργασία;

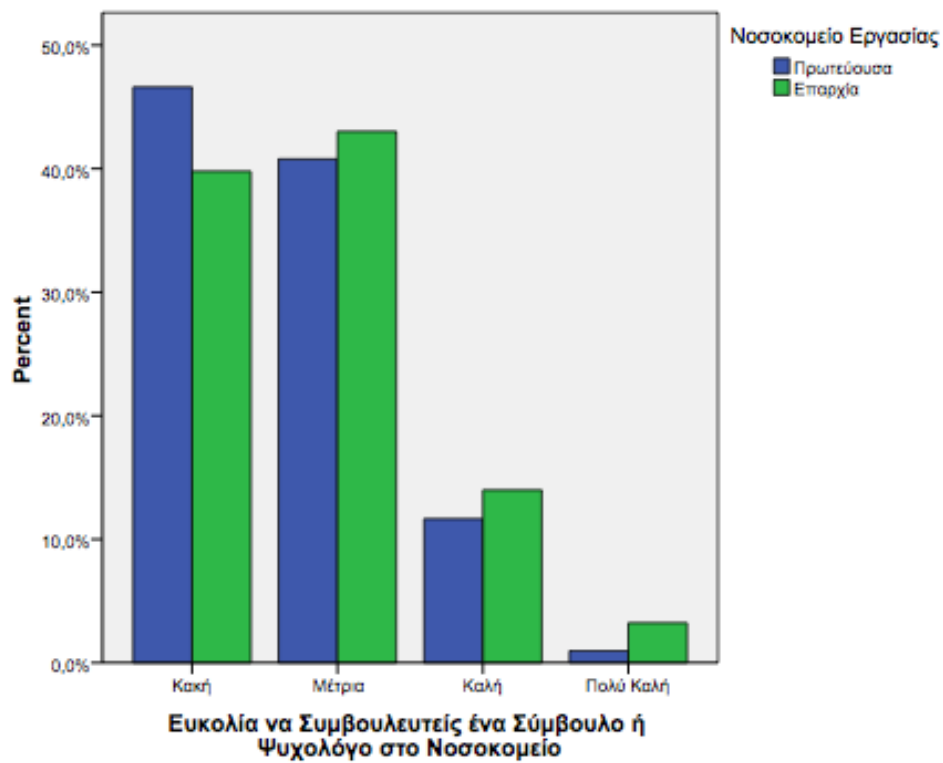
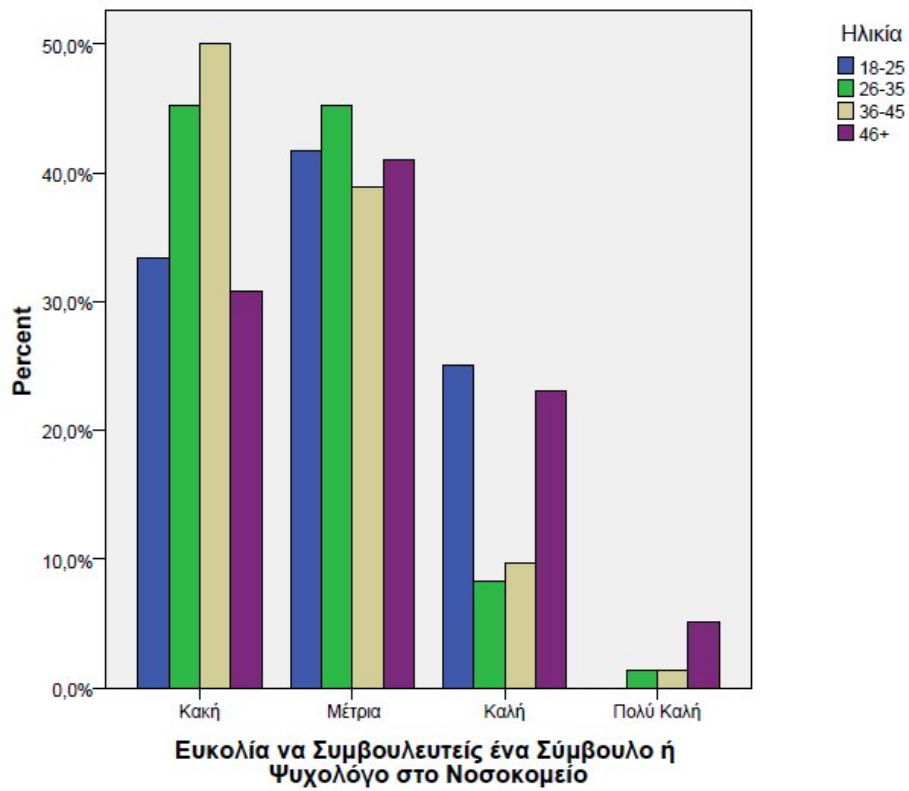




Πραγματικά αναμενόμενες ήταν οι απαντήσεις για τις απολαβές από την εργασία, που μαρτυρούν χαμηλή έως ελάχιστη ικανοποίηση από τα εργασιακά έσοδα και τάση για συγκέντρωση του δείγματος στην αρνητικότερη τιμή και στην αμέσως επόμενη. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες θεώρησαν ότι οι οικονομικές τους απολαβές από το νοσοκομειακό χώρο όπου εργάζονται είναι κακές. Η ίδια άποψη επικρατεί και στην πρωτεύουσα και στην επαρχία, με τη διαφορά ότι οι εργαζόμενοι σε επαρχιακά νοσοκομεία αισθάνονται προφανώς λιγότερη οικονομική στενότητα, καθώς προτιμούν την τιμή «μέτρια», ενώ εκείνοι της πρωτεύουσας επιλέγουν την τιμή «κακή». Συνάδει με τη διαπίστωση αυτή το ότι πολύ καλή έχει κριθεί η αμοιβή από την εργασία σε ελάχιστες περιπτώσεις μόνο της επαρχίας και καμιά της πρωτεύουσας. Ηλικιακά, το πλαίσιο 18-25 παρουσιάζει την τάση που είδαμε και παραπάνω, να κινείται δηλαδή προς την ευνοϊκότερη περιοχή των απαντήσεων που συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά, δηλαδή προτιμά την τιμή «μέτρια» από την τιμή «κακή». Τέλος, «καλή» βρίσκουν την οικονομική απολαβή μόνο μικρά ποσοστά των δύο μεγαλύτερων ηλικιών, ίσως διότι με τα χρόνια ανεβαίνει το μισθολογικό τους κλιμάκιο, κυρίως στους 46+.

Πίνακας 3.2.1-3 Πως βαθμολογείτε την ευκολία να συμβουλευτείτε έναν σύμβουλο ή ψυχολόγο στο νοσοκομείο σας;



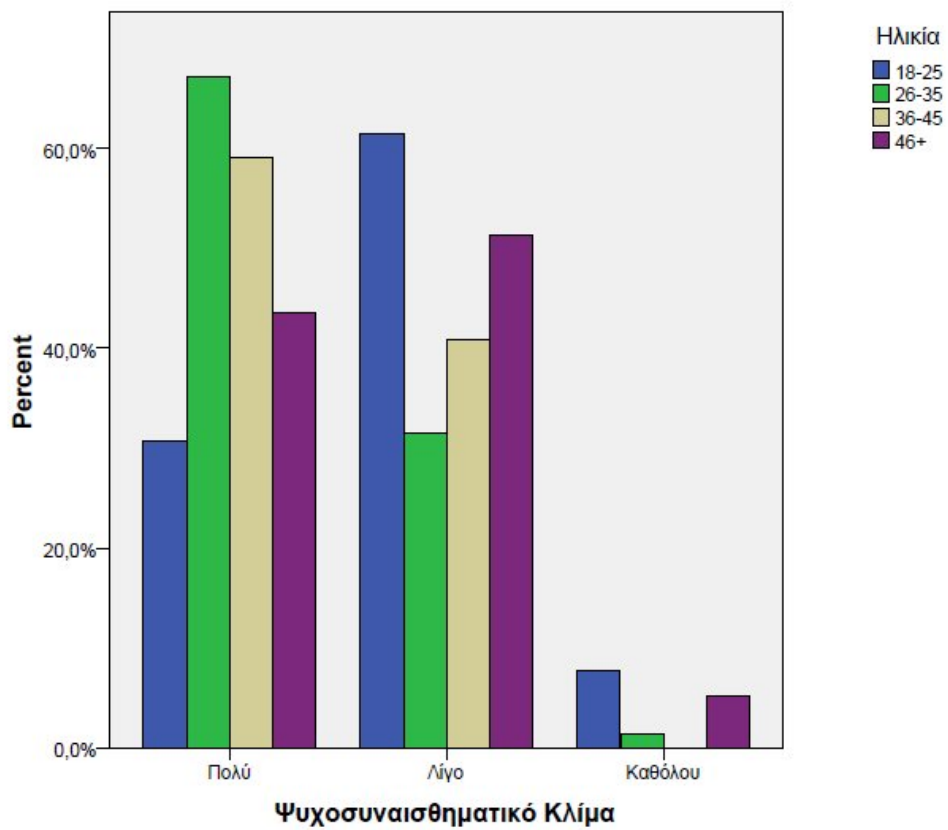
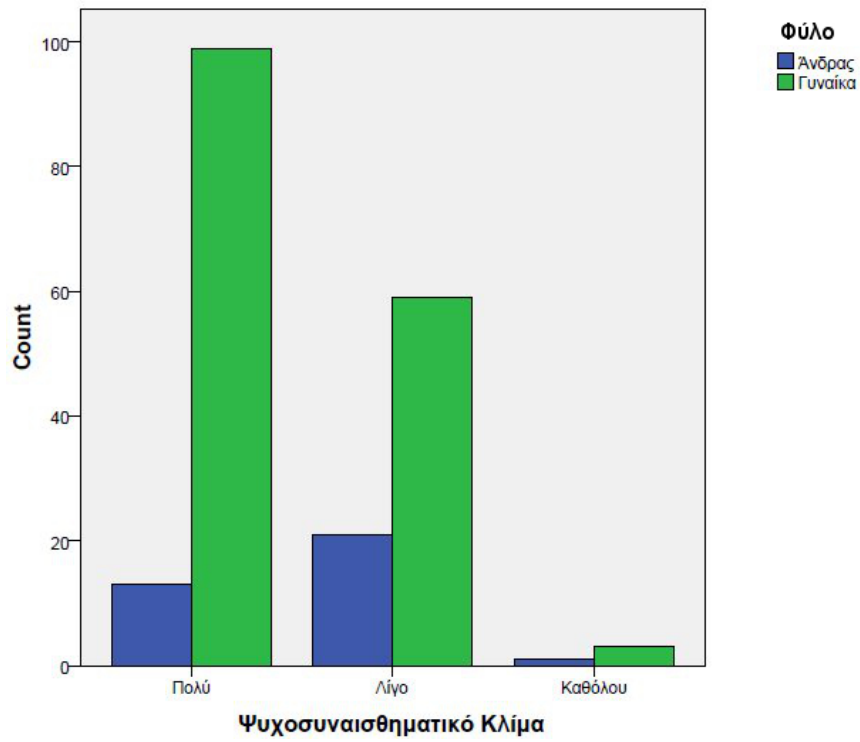


Η ψυχολογική υποστήριξη από επαγγελματίες δεν φαίνεται να κρίνεται επαρκής ή ικανοποιητική από τους ερωτηθέντες και των δύο φύλων, καθώς δεν θεωρούν ότι υπάρχει ιδιαίτερη δυνατότητα επίσκεψης σε κάποιο σύμβουλο ή ψυχολόγο στον χώρο του νοσοκομείου. Μπορεί να παρατηρηθεί ότι όπως και παραπάνω έγινε σαφές από σχετικό διάγραμμα, πρωτεύουσα και επαρχία συμφωνούν και συγκεντρώνουν τις επιλογές τους στις απαντήσεις «κακή» και «μέτρια», με λίγο καλύτερα, και σε αυτή την περίπτωση, τα πράγματα στην επαρχία. Ελάχιστα όμως, καθώς οι διαφορές δεν είναι σημαντικές.

Πίνακες 3.3

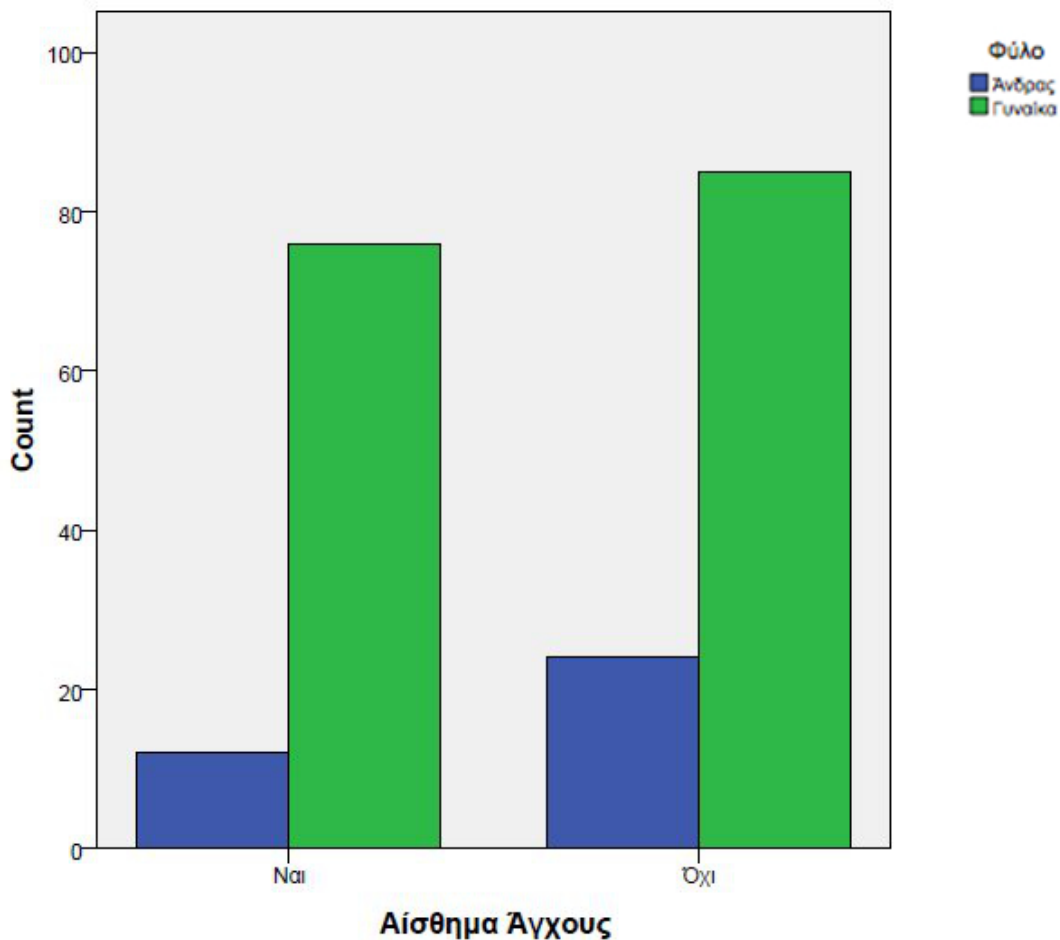
Ακολουθούν ορισμένα γραφήματα τα οποία συγκρίνουν παραμέτρους προσωπικής ικανοποίησης, ψυχοσυναισθηματικής και επαγγελματικής, ενώ παρέχουν και μια εικόνα για την αυτοεκτίμηση των ερωτηθέντων. Τα γραφήματα έχουν αντληθεί από δύο κυρίως ομάδες ερωτήσεων, εκείνες που αφορούν στα προτεινόμενα ποσοστά βελτίωσης συγκεκριμένων πτυχών της καθημερινότητας του νοσοκομείου και για τον λόγο αυτόν οι απαντήσεις είναι πολύ, λίγο και καθόλου, και εκείνες που αφορούν στον τρόπο που αισθάνονται οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι επιχειρούν να εκτιμήσουν ποσοτικά την περιοδική συχνότητα των συναισθημάτων τους. Μια-δυο άλλες μορφές απαντήσεων θα εξηγηθούν κατά τον σχολιασμό των γραφημάτων.

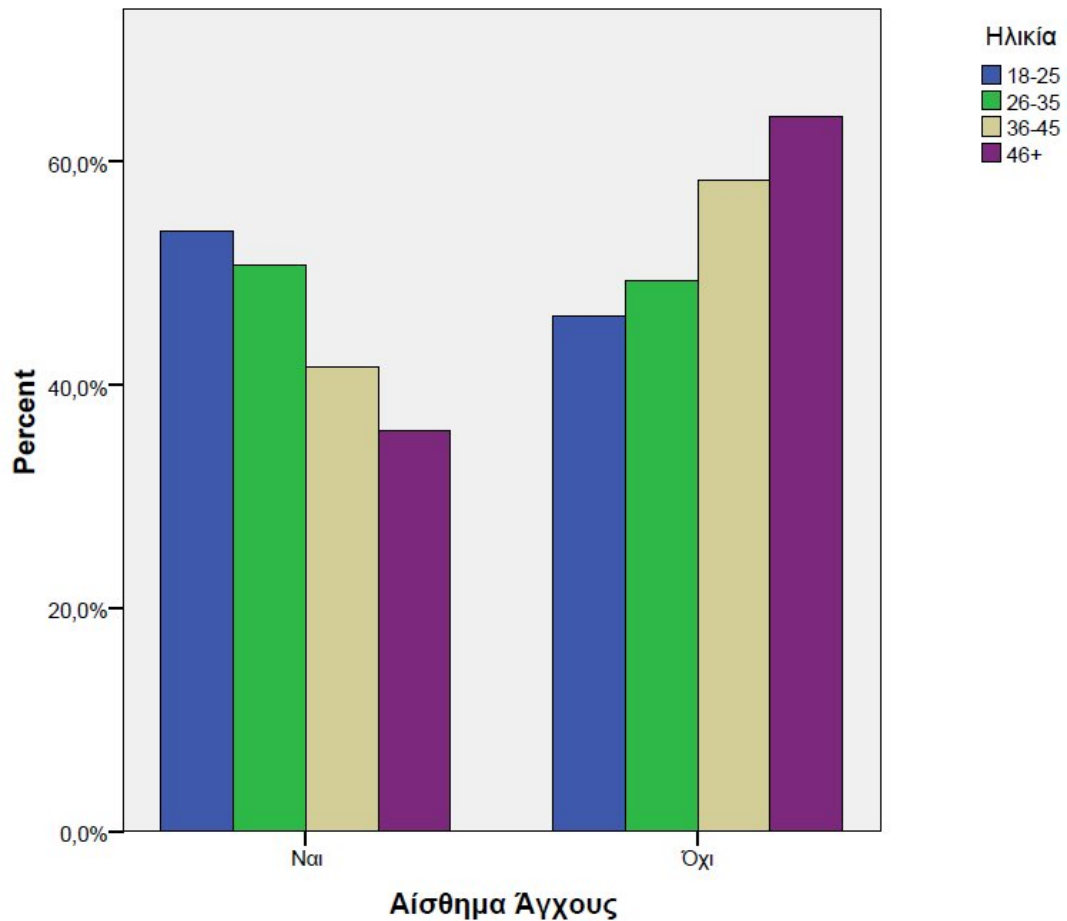
3.3.1 Πως βαθμολογείτε το ψυχοσυναισθηματικό κλίμα στο νοσοκομειακό χώρο;



Το ψυχοσυναισθηματικό κλίμα στο Νοσοκομείο για ασήμαντο στατιστικά ποσοστό μπορεί να παραμείνει ως έχει, ενώ για τους περισσότερους πρέπει να διορθωθεί πολύ ή λίγο. Η ηλικία 18-15 κινείται για μία ακόμη φορά προς την ευνοϊκότερη από τις δύο προτιμώμενες τιμές, δηλαδή προς τη μικρή βελτίωση του κλίματος («λίγο»). Όσον αφορά στην προτίμηση των φύλων οι γυναίκες, που είναι και οι περισσότερες αριθμητικά στο δείγμα πληθυσμού της έρευνας, είναι μάλλον πιο αυστηρές από τους άνδρες, αφού κινείται μεγαλύτερο ποσοστό τους προς την τιμή «πολύ», ενώ οι άνδρες προτιμούν την τιμή «λίγο».

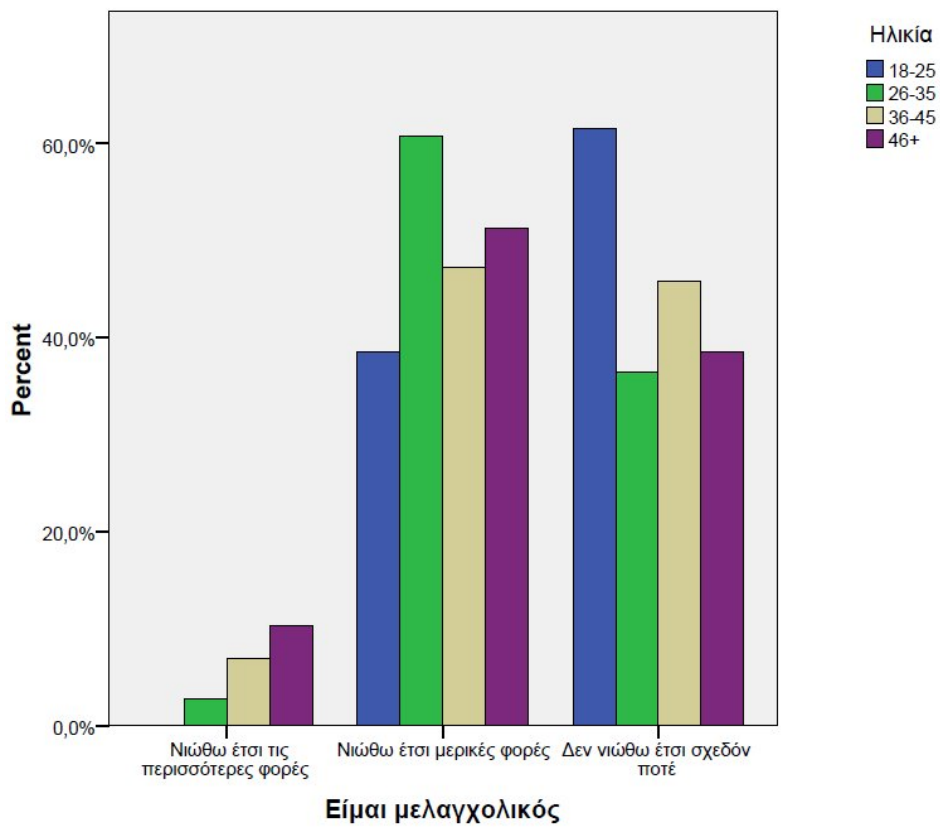
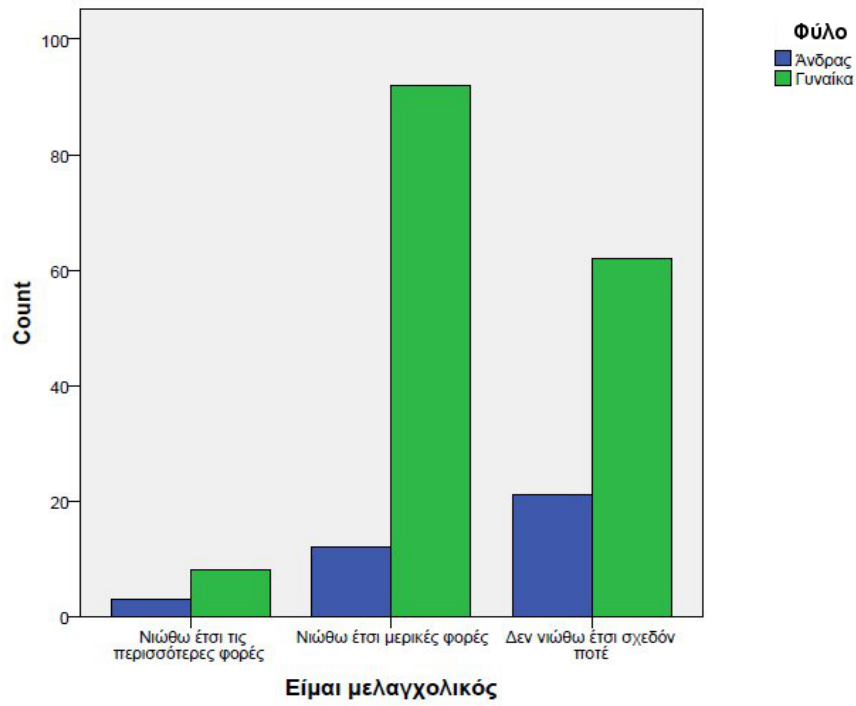
3.3.2 Έχετε άγχος στο νοσοκομειακό χώρο;





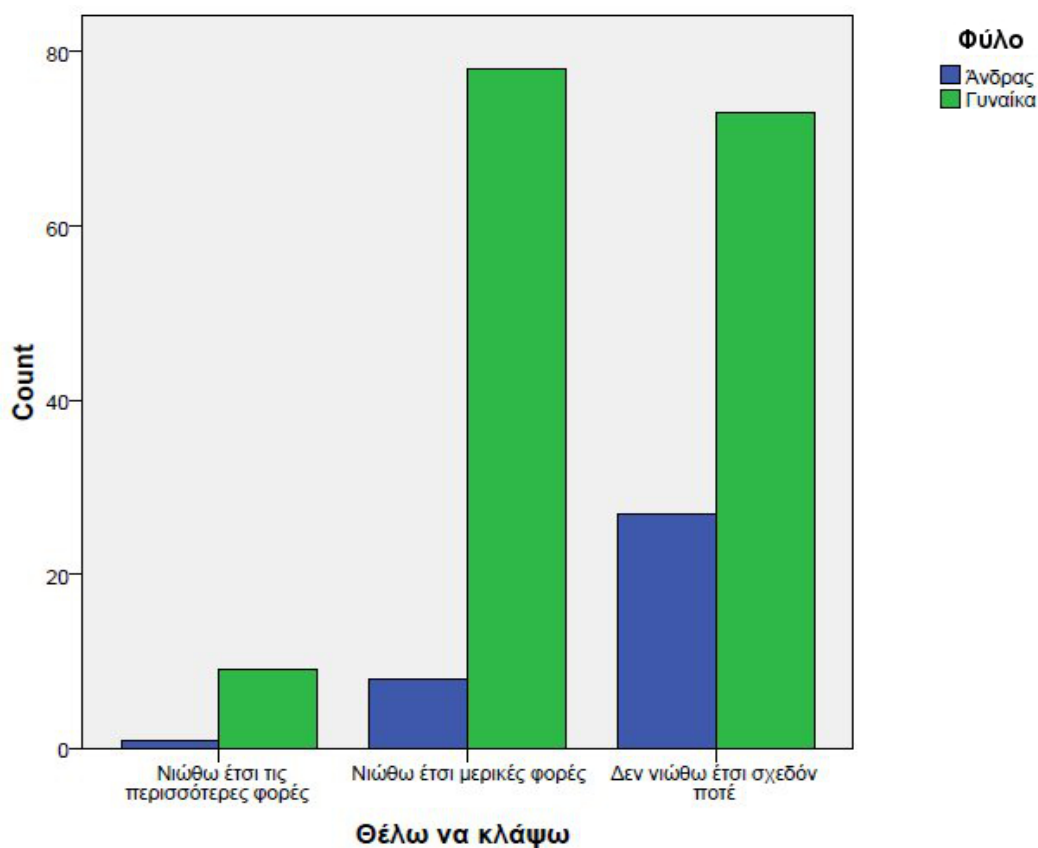
Ωστόσο, παρά τα αιτήματα για βελτίωση του ψυχοσυναισθηματικού κλίματος, το άγχος φαίνεται να διακατέχει ή να μην διακατέχει ισάριθμες ποσότητες ατόμων, μάλιστα λίγο περισσότεροι δηλώνουν ότι δεν το αισθάνονται. Είναι πολύ χαρακτηριστική και ομαλή η ροή των απαντήσεων ανά ηλικία: φαίνεται ότι σταθερά μειώνεται το άγχος όσο οι εργαζόμενοι μεταβαίνουν από το ένα ηλικιακό στάδιο στο επόμενο, συμπέρασμα που εξάγεται και με τη θετική και με την αρνητική μορφή απάντησης.

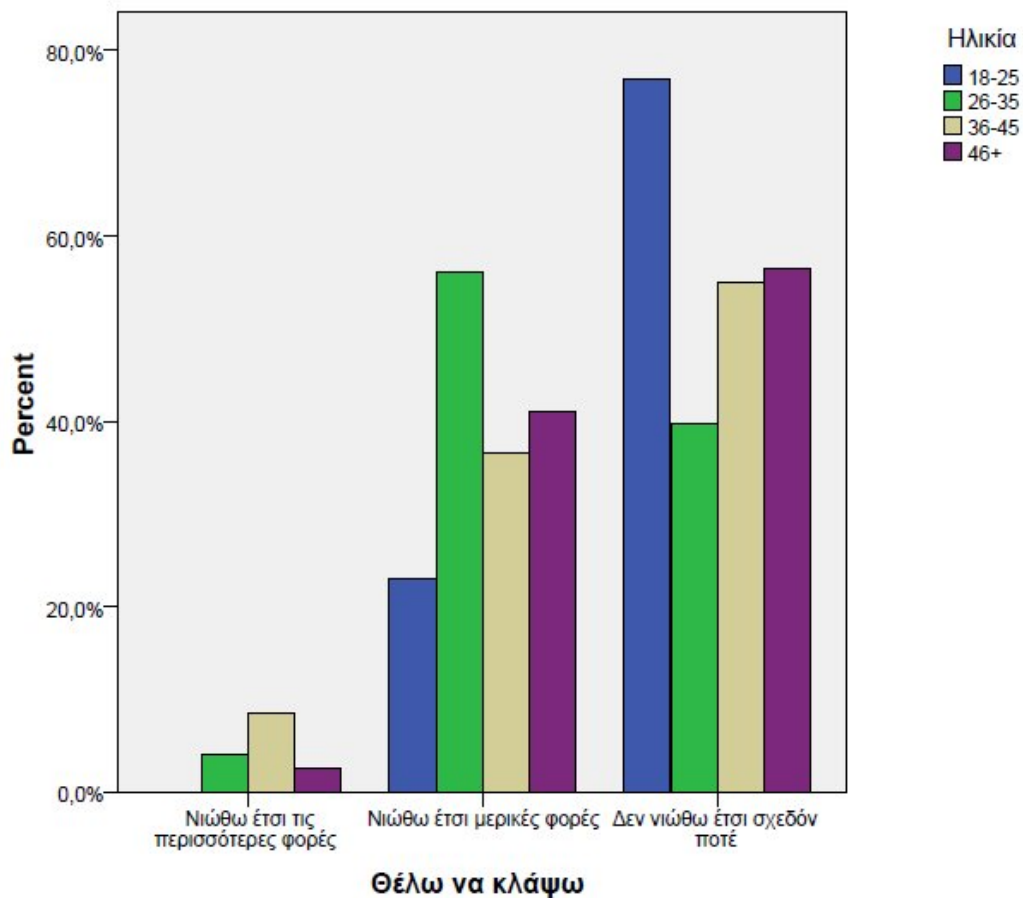
3.3.3 Νομίζετε ότι είστε μελαγχολικός;



Το αίσθημα μελαγχολίας φαίνεται να συνάδει με τα ποσοστά του άγχους, υπό την οπτική ότι οι περισσότεροι είτε αισθάνονται μερικές φορές μελαγχολικοί, είτε δεν αισθάνονται ποτέ κατ' αυτόν τον τρόπο. Είναι άξιο παρατήρησης το ότι ενώ για τις υπόλοιπες ηλικίες οι περισσότεροι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι μερικές φορές αισθάνονται μελαγχολία, έστω λίγο περισσότερο από όσο δηλώνουν ότι δεν αισθάνονται ποτέ, οι νεότεροι ηλικιακά, σε απόλυτη συμφωνία με απαντήσεις τους που έχουμε ήδη σχολιάσει, κινούνται υπέρ της θετικότερης τιμής: δηλώνουν ότι δεν νιώθουν σχεδόν ποτέ μελαγχολία.

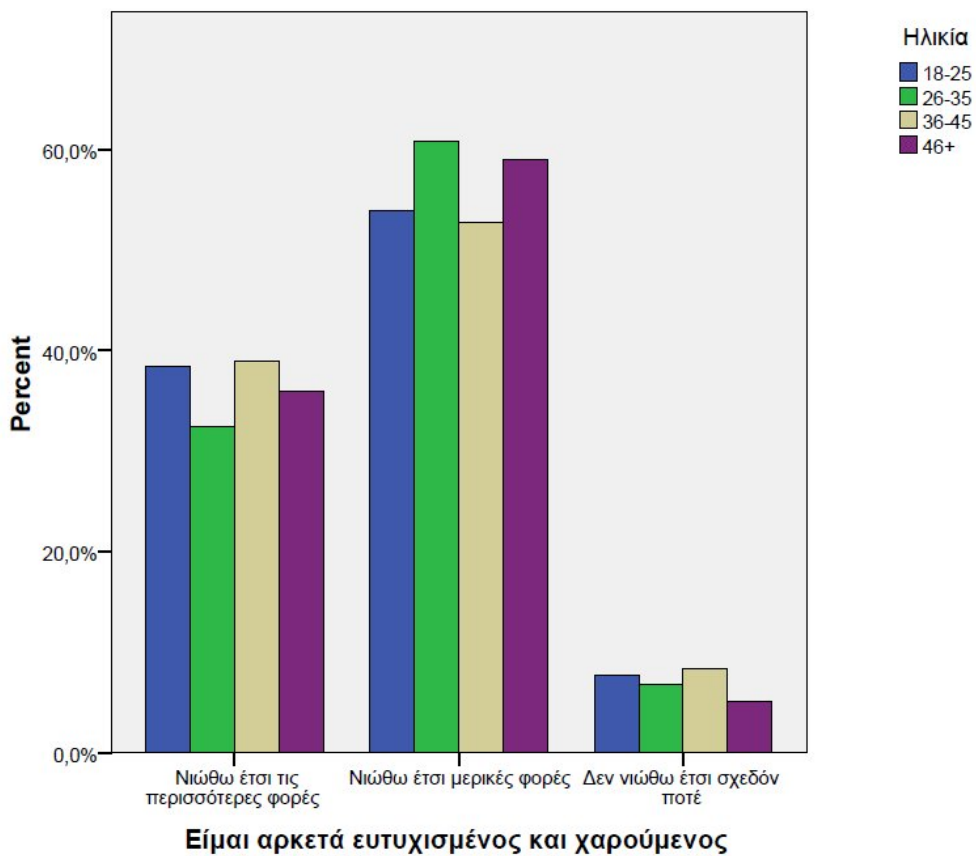
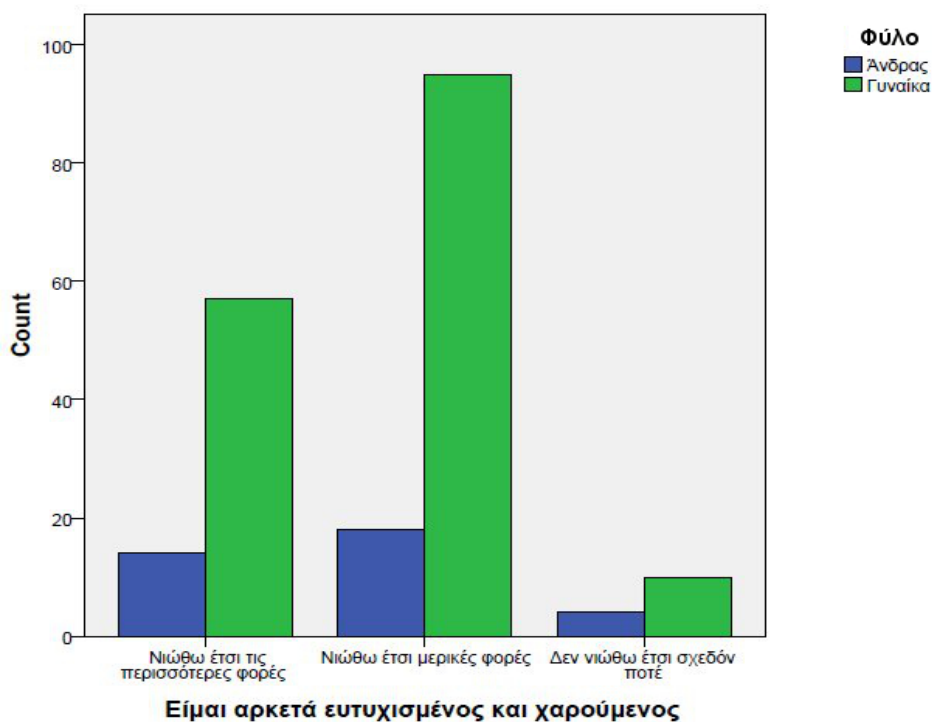
3.3.4 Νομίζετε ότι θέλετε να κλάψετε;





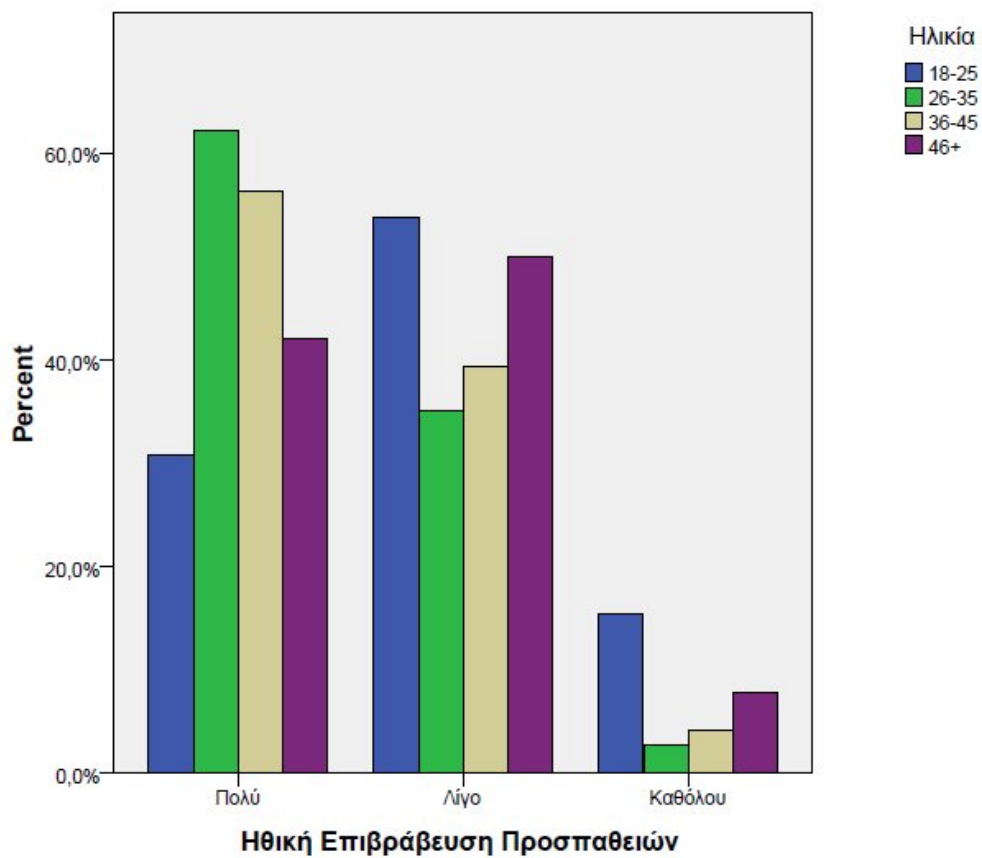
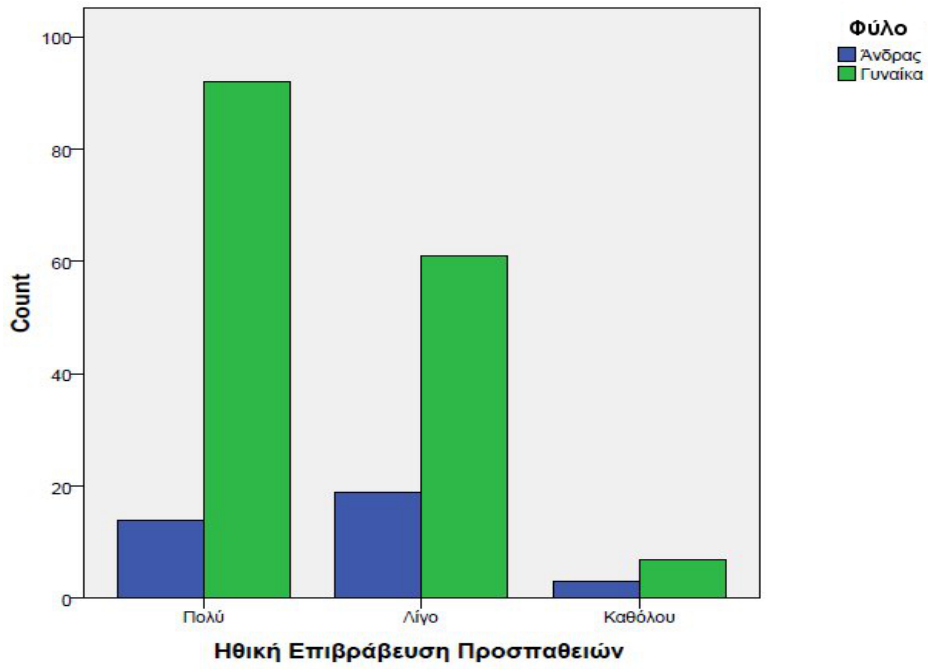
Τα αρνητικά συναισθήματα άγχους, μελαγχολίας, απογοήτευσης κλπ, μπορούν να οδηγούν σε δυσάρεστη έκφραση του τρόπου με τον οποίο αισθάνονται οι εργαζόμενοι, και θα λέγαμε ότι μια τους αντίδραση, αυτή του κλάματος, ταιριάζει απόλυτα με τις απαντήσεις που έδωσαν για το άγχος και τη μελαγχολία. Νιώθουν δηλαδή ότι θέλουν να κλάψουν μερικές φορές ή ποτέ. Δεν μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ότι είναι δυνατόν να γίνει εδώ λόγος για γυναικεία ευαισθησία, πάντως οι γυναίκες αισθάνονται προδιάθεση για κλάμα περισσότερο από όσο δεν την αισθάνονται, αντιθέτως από τους άνδρες, που σε μικρότερα ποσοστά τους παρουσιάζουν την τάση για τέτοιου είδους αντίδραση. Οι περισσότεροι όσο μεγαλώνουν φαίνεται ότι χάνουν την προδιάθεση για κλάμα έως έναν βαθμό, καθώς δεν την εγκαταλείπουν, αλλά εκείνοι του ηλικιακού σταδίου 36-45, ίσως επειδή έχει παρέλθει ο μεγαλύτερος ενθουσιασμός του σταδίου 18-25, μάλλον ενδυναμώνουν την τάση αυτή ξεσπάσματος.

3.3.3 Νομίζετε ότι είστε αρκετά ευτυχισμένος και χαρούμενος;



Είναι ενδιαφέρον να ελεγχθεί η γενική αίσθηση χαράς ή ευτυχίας των εργαζομένων στην Υγεία, σε σύγκριση με τα όσα προηγήθηκαν. Θα βρούμε και εδώ να συμφωνούν τα αποτελέσματα, καθώς οι τιμές σε ανάλογα ποσοστά με εκείνες του άγχους και της μελαγχολίας, κινούνται προς τις δύο ευνοϊκότερες τιμές, με τους περισσότερους στα δύο φύλα να αισθάνονται τις περισσότερες φορές αρκετά ευτυχισμένοι και χαρούμενοι ή μερικές φορές έτσι. Αυτοί βεβαίως που «αισθάνονται έτσι μερικές φορές» είναι περισσότεροι αλλά δεν μπορεί να εκτιμηθεί πόσες φορές αισθάνονται με αυτόν τον τρόπο ώστε να ανιχνευθεί η πραγματικά θετική ή αρνητική χροιά της τιμής. Οι γυναίκες είναι πιο αυστηρές με τους άνδρες, οι οποίοι φαίνεται ότι είναι συνήθως πιο ευτυχείς και χαρούμενοι από όσο δεν είναι. Λίγοι, αλλά όχι ασήμαντοι στατιστικά, δεν νιώθουν ποτέ χαρά και ευτυχία. Όσο για τις ηλικίες, όλες φαίνεται να κατακτούν αυτά τα ευχάριστα συναισθήματα μεγαλώνοντας, καθώς οι περισσότεροι σε κάθε ηλικιακό στάδιο «νιώθουν τις περισσότερες φορές έτσι», δηλαδή ευτυχισμένοι και χαρούμενοι». Ωστόσο μπορεί να παρατηρηθεί στο σχετικό γράφημα ότι οι εσωτερικές «μετακινήσεις» ανά ηλικία είναι μη κανονικές, δηλαδή δεν έχουν την ίδια ροή μετακίνησης προς τα θετικά αυτά συναισθήματα. Για παράδειγμα, το ηλικιακό στάδιο 26-35, κατέχει την υψηλότερη θέση στην τιμή «νιώθω έτσι μερικές φορές» και τη χαμηλότερη στην τιμή «νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές», κάτι που είναι μάλλον αρμονικό, ενώ το ηλικιακό στάδιο 46+ κατέχει τη δεύτερη θέση στην τιμή «νιώθω έτσι μερικές φορές», την τρίτη όμως στην τιμή «νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές». Οι εσωτερικές αυτές διαφορές δεν είναι ωστόσο τέτοιες ώστε να έχουν κάποια σημαντική στατιστικά επίδραση.

Πρέπει να βελτιωθεί η ηθική επιβράβευση των προσπαθειών σας από το νοσοκομειακό χώρο;

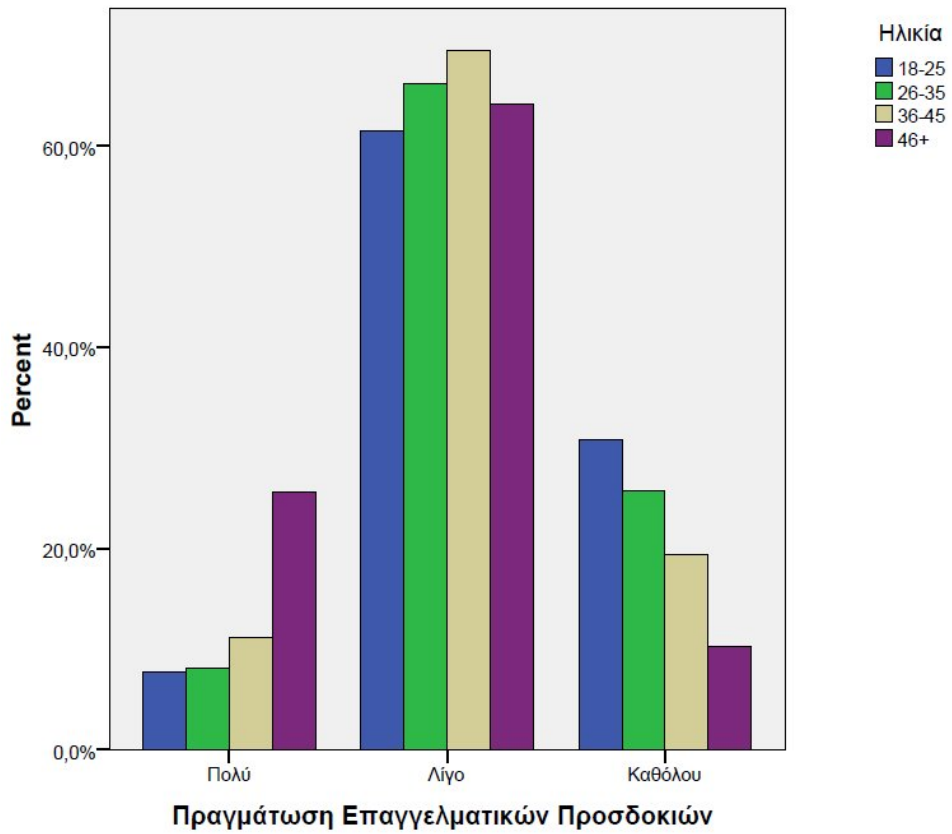
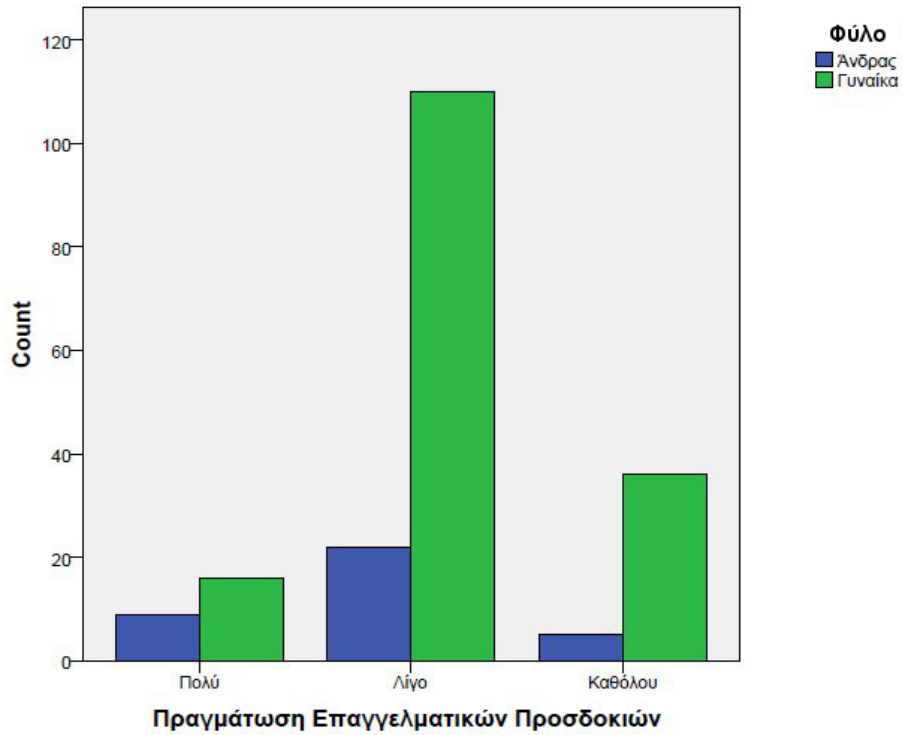


Μεταξύ της ψυχικής και συναισθηματικής κάλυψης, που σχολιάστηκε με τα προηγούμενα γραφήματα, και της επαγγελματικής που θα σχολιαστεί στη συνέχεια, βρίσκεται η ηθική επιβράβευση των προσπαθειών, που αφορά μεν στις επαγγελματικές επιδόσεις, επιδρά ωστόσο στην ψυχική-συναισθηματική διάθεση των επαγγελματιών. Που δεν φαίνονται ιδιαίτερα ενθουσιασμένοι από την επιβράβευση που λαμβάνουν για τις προσπάθειές του στο Νοσοκομείο.

Πάντως μικρότερη επιβεβαίωση της αξίας και επιβράβευση των κόπων τους φαίνεται να δέχονται οι γυναίκες, διότι όσες απαντούν ότι αυτή η κατάσταση πρέπει να διαφοροποιηθεί πολύ είναι περισσότερες από αυτές που δηλώνουν ότι μπορεί να αλλάξει λίγο. Οι άνδρες που επιθυμούν μεγαλύτερη αλλαγή είναι λίγοι περισσότεροι από εκείνους που δεν την επιθυμούν πολύ. Ηλικιακά αυτοί που επιθυμούν σημαντικότερη διαφοροποίηση είναι οι ευρισκόμενοι σε ηλικία 26-35 και όσο μεγαλώνουν οι ερωτηθέντες τόσο περισσότερο φαίνονται να ικανοποιούνται από την κατάσταση. Οι νεότεροι παρουσιάζουν σημαντικά ποσοστά αισιοδοξίας, καθώς και είναι οι λιγότεροι που επιθυμούν να αλλάξει πολύ η κατάσταση και ταυτοχρόνως οι περισσότεροι που δεν επιθυμούν να αλλάξει καθόλου. Καταλαμβάνουν το μικρότερο ποσοστό και ανάμεσα σε εκείνους που δεν επιθυμούν σημαντικές αλλαγές.

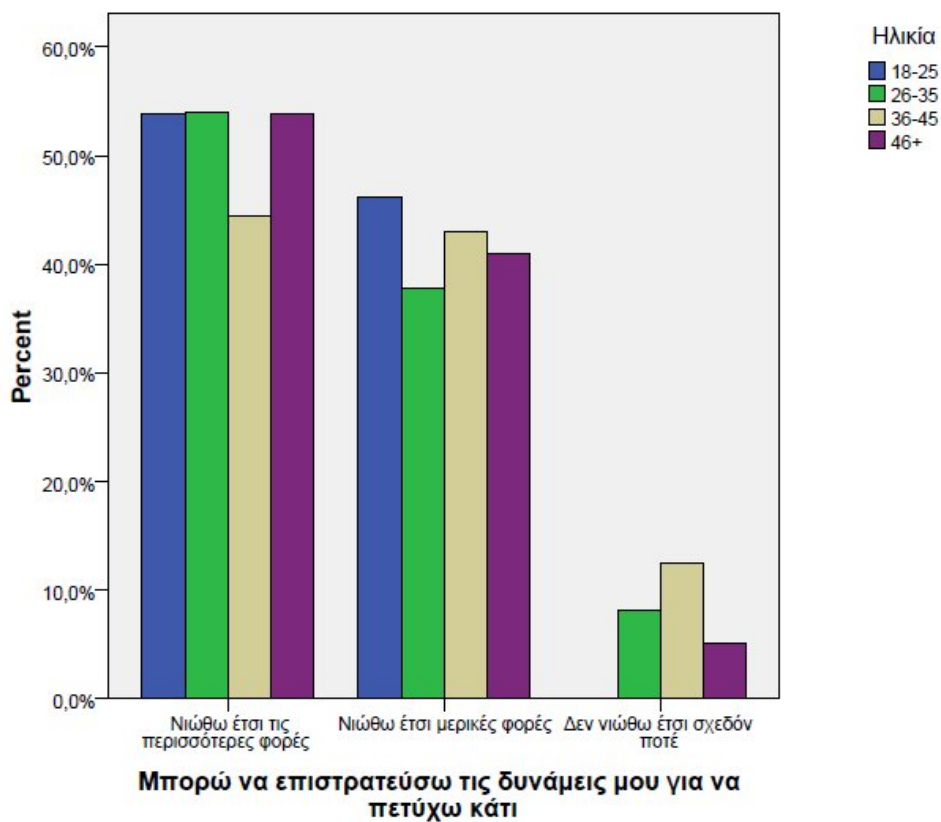
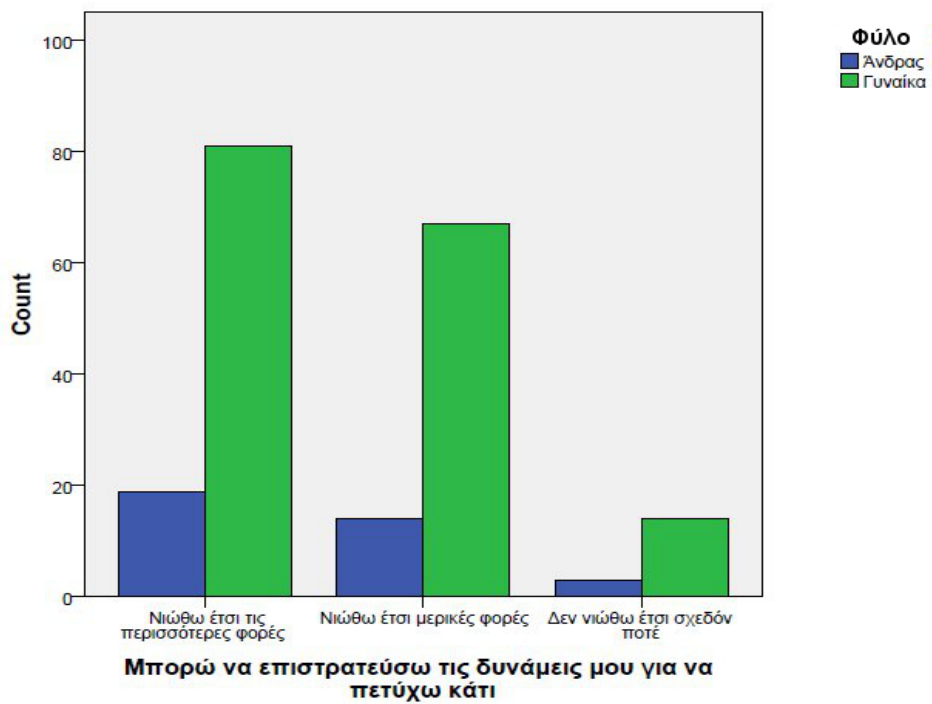
Όσο για τους υπόλοιπους, αυτοί που ζητούν μικρή αλλαγή είναι όλο και περισσότεροι ανά επόμενο ηλικιακό στάδιο, σε συμφωνία με την αντίστροφη ροή της τιμής για όσους επέλεξαν τη σημαντική αλλαγή.

Οι επαγγελματικές σας προσδοκίες πραγματοποιήθηκαν;



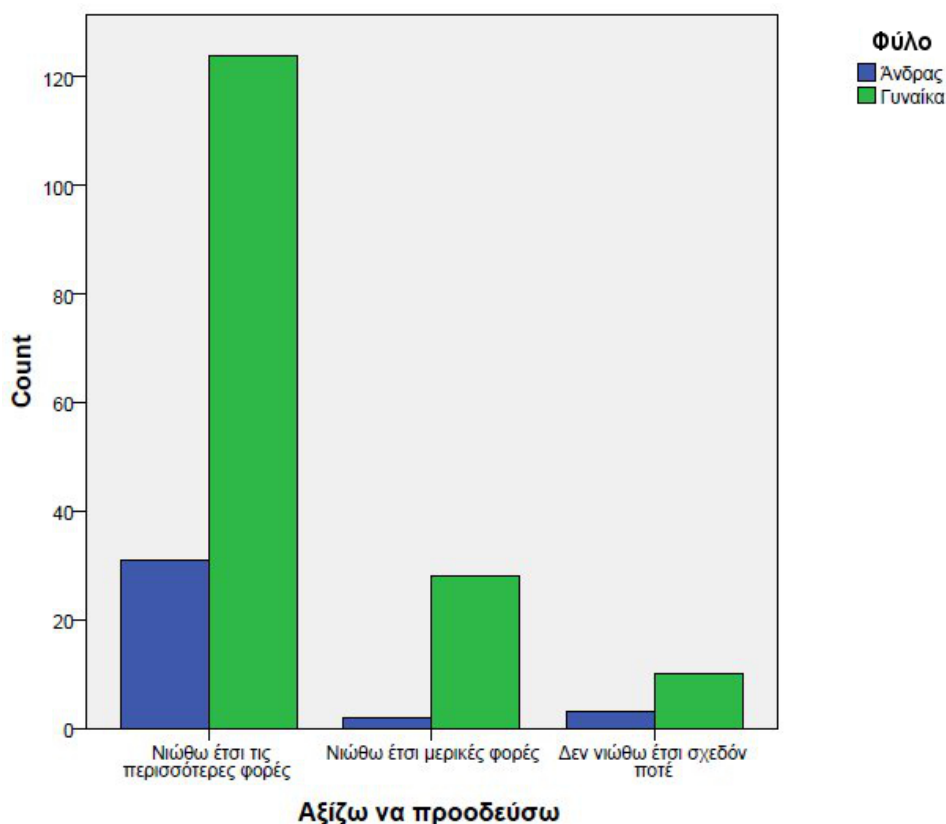
Μπορεί να υποστηριχθεί εδώ ότι η ηθική επιβράβευση σχετίζεται άμεσα με την πραγμάτωση των επαγγελματικών προσδοκιών, αλλά οι τελευταίες προφανώς περιλαμβάνουν πολλές περισσότερες παραμέτρους, όπως η οικονομική αποκατάσταση, η επιστημονική αναγνώριση κλπ. Όπως και να αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας αυτή την πραγμάτωση, δεν φαίνονται ενθουσιασμένοι από την πορεία της, καθώς οι περισσότεροι δηλώνουν λίγη ή καμιά κάλυψη των προσδοκιών τους. Αν δούμε τις απαντήσεις με γνώμονα την ηλικία τότε όσοι δηλώνουν μεγάλο βαθμό πραγμάτωσης είναι όλο και περισσότεροι ανά επόμενο ηλικιακό στάδιο, με εκείνους των δύο μικρότερων σταδίων να δείχνουν παρόμοια ποσοστά. Πολύ πιο ικανοποιημένοι όταν πρόκειται για την απάντηση «πολύ» δείχνουν οι ευρισκόμενοι σε ηλικία 46+, οι οποίοι είναι και οι λιγότεροι από όσους δηλώνουν ότι δεν είχαν επαγγελματική επιτυχία. Στην τιμή «καθόλου» φαίνεται αναμενόμενο ότι με την πάροδο τις ηλικίας το αίσθημα μη ικανοποίησης θα μειώνεται.

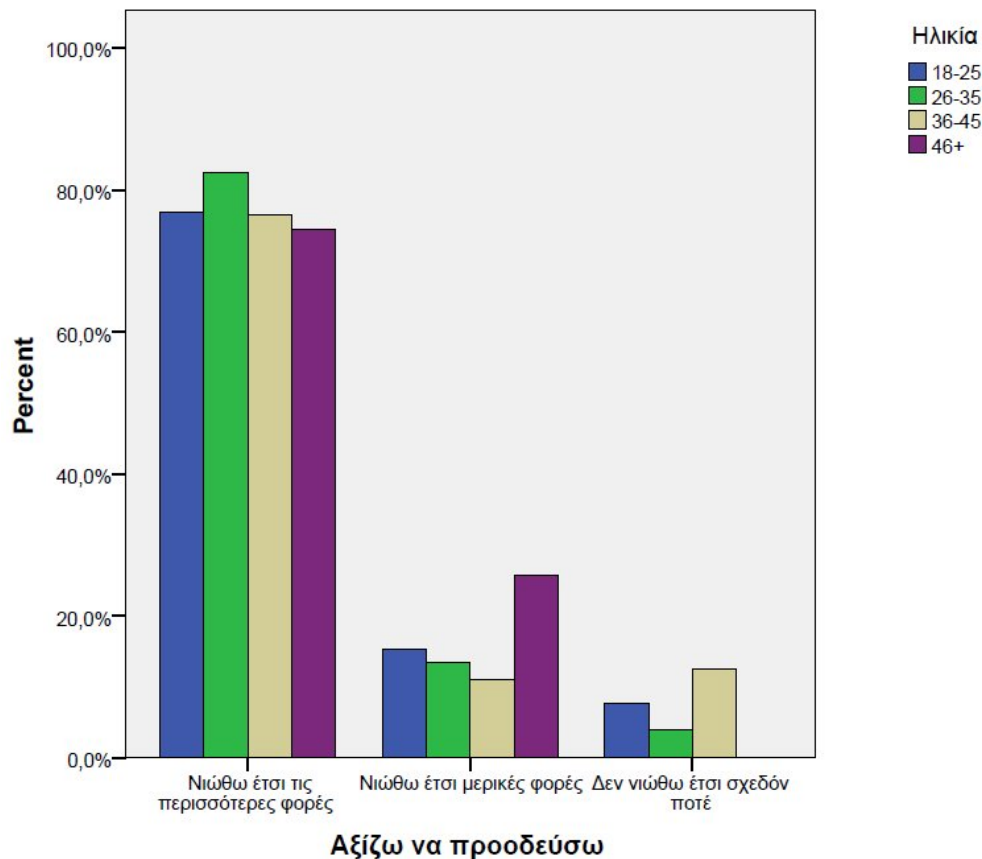
Μπορείτε να επιστρατεύσετε τις δυνάμεις σας για να πετύχετε κάτι στο νοσοκομειακό χώρο;



Το ερώτημα που απαντάται με τα γραφήματα εδώ είναι ενδιαφέρον διότι ανεξάρτητα από την ηθική επιβράβευση των προσπαθειών και την κάλυψη των επαγγελματικών προδοκιών έχει σημασία να εκτιμηθεί πόσο οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι έχουν την ευχέρεια να προσπαθήσουν για τους σκοπούς τους εφόσον χρειάζεται. Αισθάνονται δηλαδή τις περισσότερες ή κάποιες φορές ότι μπορούν να επιστρατεύσουν τις δυνάμεις τους εάν πρόκειται να επιτύχουν τον σκοπό τους, ανεξάρτητα από το τι επιφέρει αυτή η προσπάθεια ηθικά ή γενικότερα επαγγελματικά. Αυτό το αίσθημα φέρουν τις περισσότερες φορές σε ίδια σχεδόν ποσοστά όλες οι ηλικίες πλην των 36-45, που κινείται σε λίγο χαμηλότερα επίπεδα. Είναι δε χαρακτηριστικό και αρμονικό με απαντήσεις που έχουν ήδη συζητηθεί παραπάνω ότι η αισιοδοξία του μικρότερου ηλικιακά σταδίου είναι ως συνήθως προφανής και εδώ εκφράζεται με το γεγονός ότι από την αρνητική τιμή «δεν νιώθω ποτέ έτσι» απουσιάζει εντελώς.

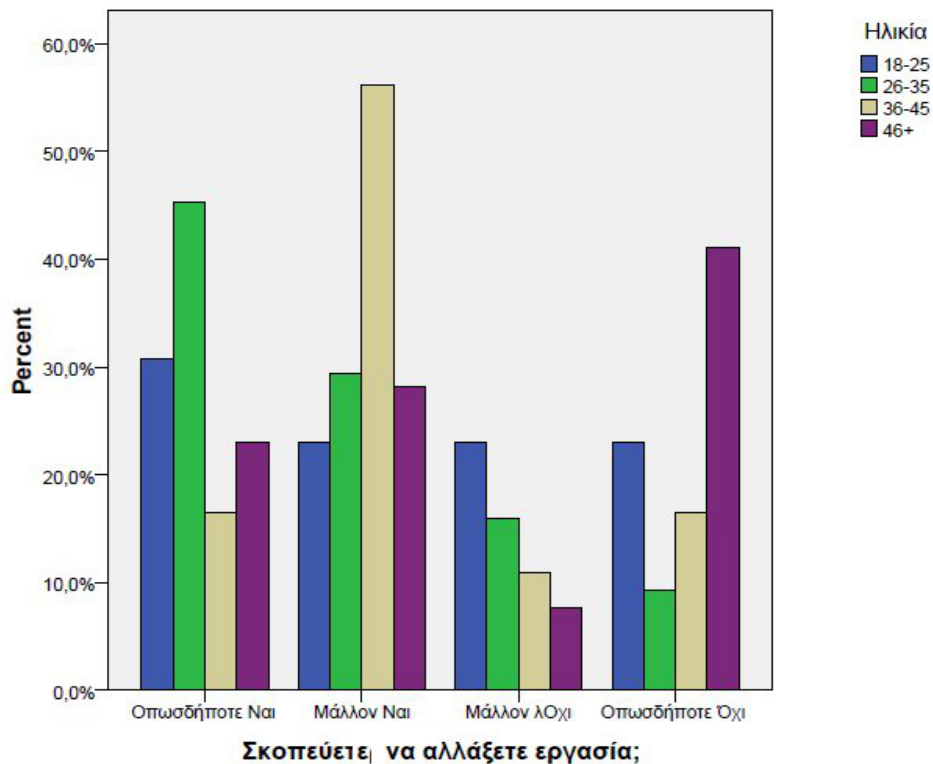
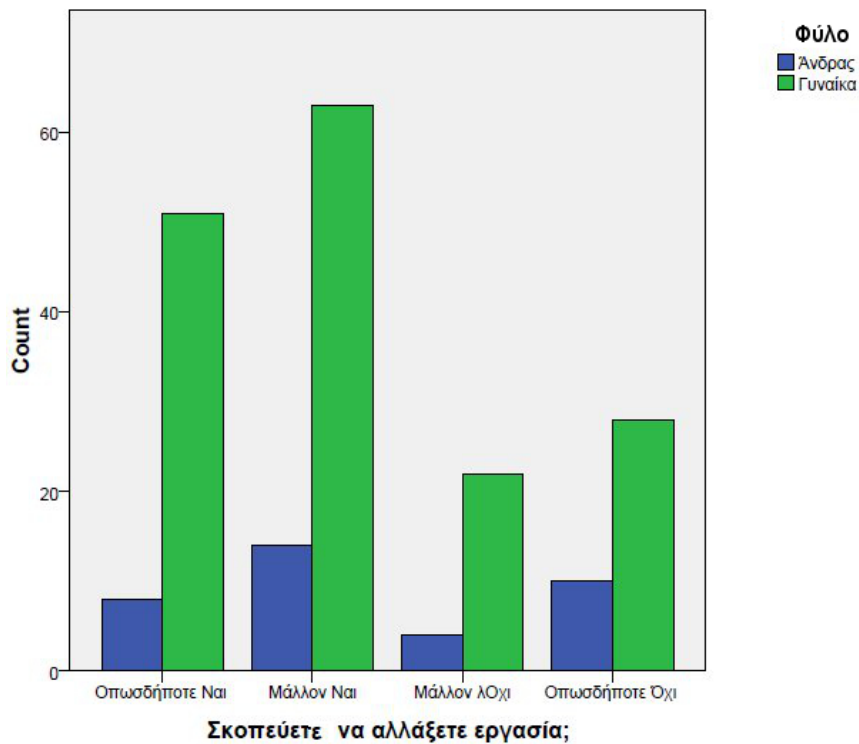
Νομίζετε ότι αξίζετε να προοδεύσετε;





Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι αξίζουν να προοδεύσουν και αυτό φαίνεται να είναι ανεξάρτητο από το πόσο τελικά επιβραβεύονται οι προσπάθειές τους ηθικά ή γενικότερα επαγγελματικά. Μπορούν να παρατηρηθούν στο σημείο αυτό ορισμένα ενδιαφέροντα στοιχεία για τις ηλικίες: οι περισσότεροι, που όπως αναφέρθηκε, θεωρούν ότι αξίζουν να προοδεύσουν είναι μοιρασμένοι ανάμεσα στα τέσσερα ηλικιακά στάδια και μάλιστα δεν φαίνεται να πτοούνται ως προς το θέμα αυτό οι ευρισκόμενοι σε ηλικία 46+, που φαίνεται ότι ακόμα αισθάνονται ότι έχουν προοπτικές εξέλιξης. Μάλιστα είναι αυτοί που απουσιάζουν εντελώς από την αρνητική τιμή, καθώς δεν δηλώνουν ότι «δεν νιώθουν έτσι σχεδόν ποτέ», πράγμα που συμβαίνει με μικρά ποσοστά των υπόλοιπων ηλικιών. Μπορεί ακόμη να παρατηρηθεί ότι αυτοί της ηλικίας 36-45 δηλώνουν σε μικρότερο ποσοστό ότι μερικές φορές νιώθουν πως αξίζουν να προοδεύσουν από όσο δηλώνουν ότι δεν το νιώθουν ποτέ αυτό το συναίσθημα.

Σκοπεύετε να αλλάξετε εργασία όταν σας δοθεί ευκαιρία;

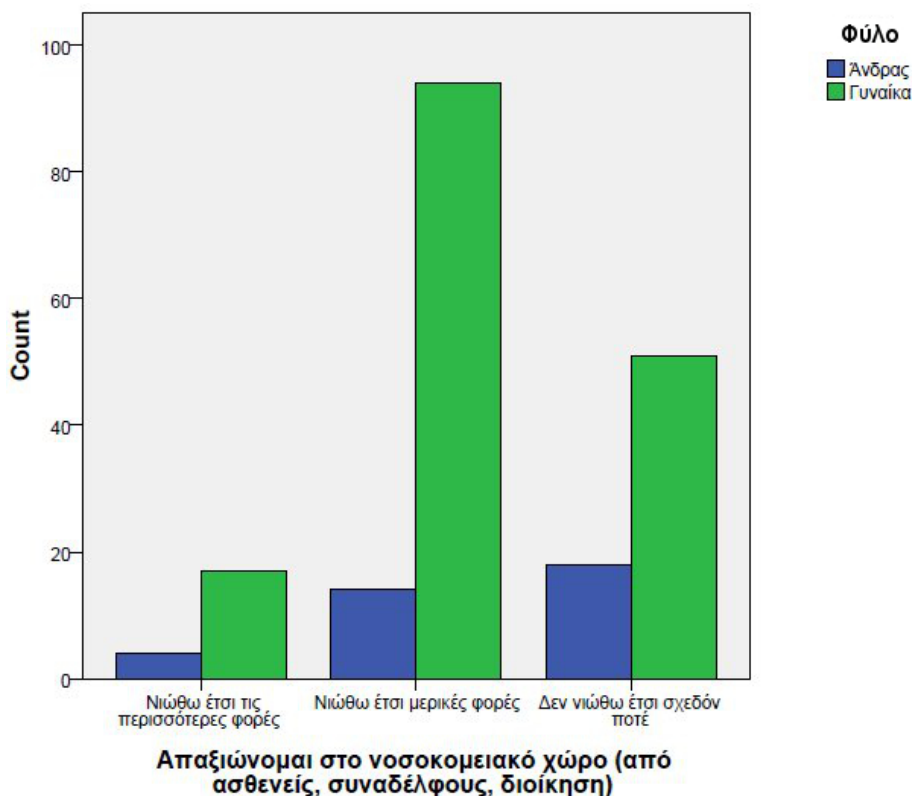


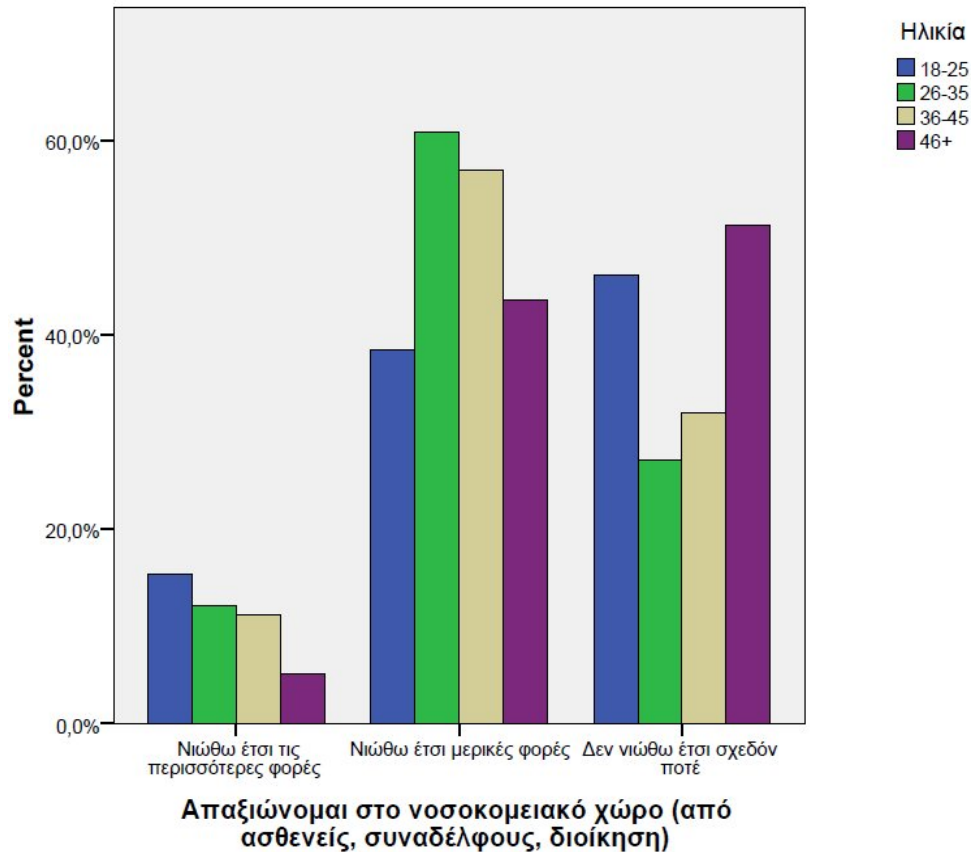
Ποιο αποτέλεσμα έχουν όμως όλα αυτά στο ζήτημα της παραμονής στην εργασία ή στην εγκατάλειψή της. Αθροιστικά οι περισσότεροι θα αλλάξουν οπωσδήποτε εργασία ή μάλλον. Οι βέβαιοι για αυτό που κάνουν είναι λιγότεροι αλλά αρκετοί από αυτούς κινούνται στην

απάντηση «μάλλον όχι», επομένως δεν είναι βέβαιο ότι όλοι θα επιμείνουν μελλοντικά σε μια απόφαση παραμονής στην εργασία τους. Βλέποντας τις ηλικίες, είναι σαφές ότι οι περισσότεροι του σταδίου 46+ δεν πρόκειται να αλλάξουν επάγγελμα και δηλώνουν κατηγορηματικοί ως προς αυτή την προοπτική, ενώ οι περισσότεροι που πιθανολογούν ότι θα αλλάξουν εργασία είναι αυτοί του σταδίου 36-45. Μάλλον παράξενο είναι το εύρημα που σχετίζεται με το μικρότερο ηλικιακό στάδιο, καθώς παρά το ότι το έχουμε θεωρήσει σύμφωνα με προηγούμενες απαντήσεις του ως «στάδιο αισιοδοξίας» παρουσιάζει μεγάλη συγκέντρωση απαντήσεων στην πιθανότητα να αλλάξει επάγγελμα ή στη βεβαιότητα να το κάνει, ειδικά μάλιστα στην τελευταία αυτή προοπτική.

Επίσης πολύ μεγάλη βεβαιότητα για επικείμενη αλλαγή εργασίας δηλώνει το στάδιο 26-35. Φαίνεται ότι την περίοδο αυτή η πολύπλευρη υπομονή των εργαζομένων αρχίζει να εξαντλείται και οι επαγγελματίες υγείας αρχίζουν έντονα να σκέφτονται άλλες διεξόδους. Μπορεί μάλιστα να παρατηρηθεί ότι είναι οι περισσότεροι από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα που φρονούν ότι θα αλλάξουν επάγγελμα οπωσδήποτε.

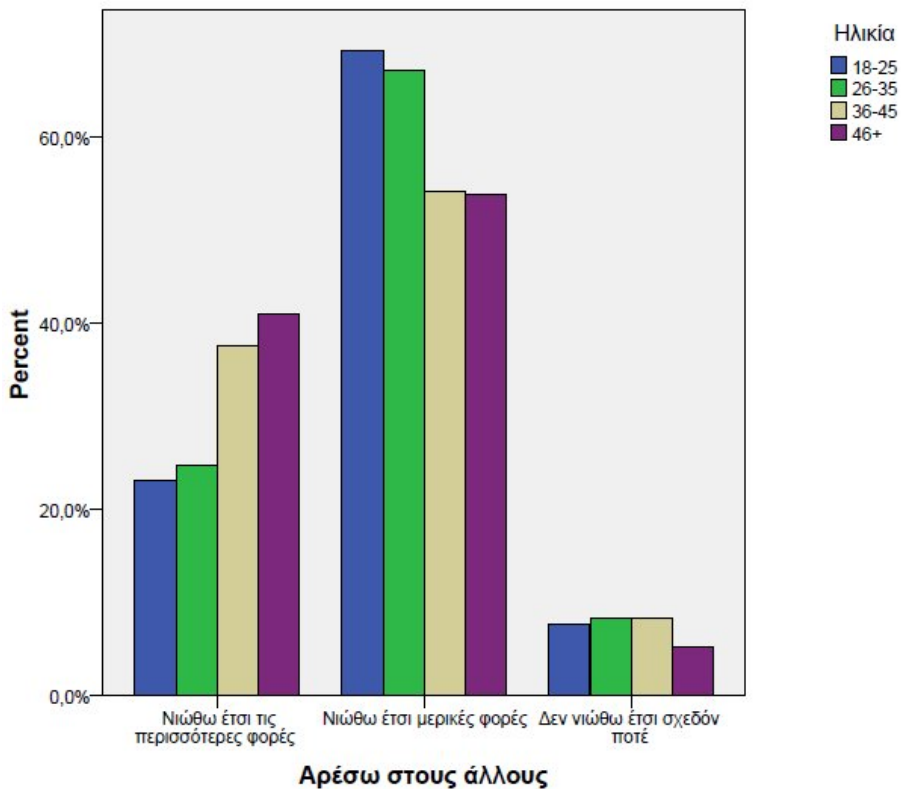
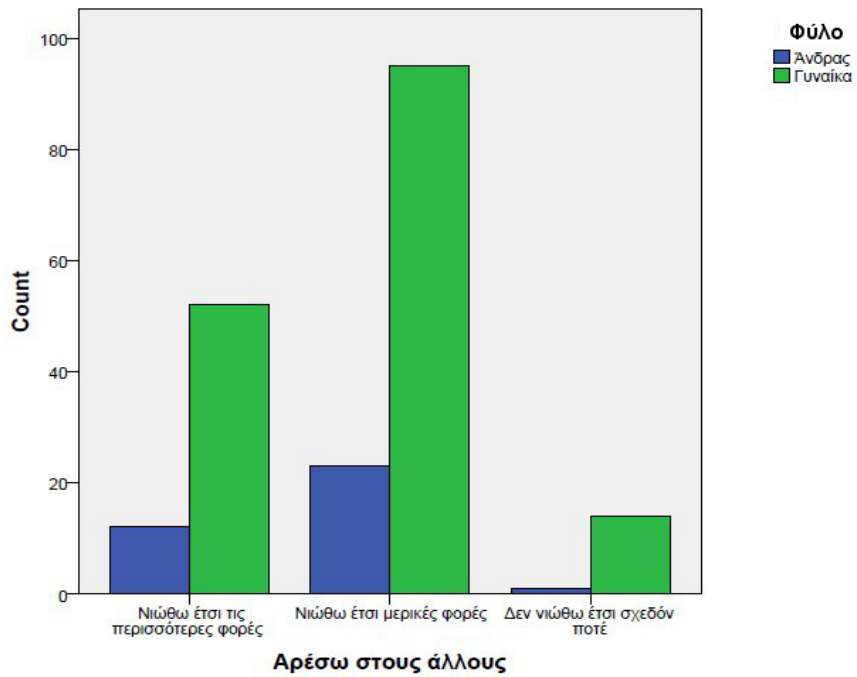
Νομίζετε ότι απαξιώνεστε στον εργασιακό σας χώρο;





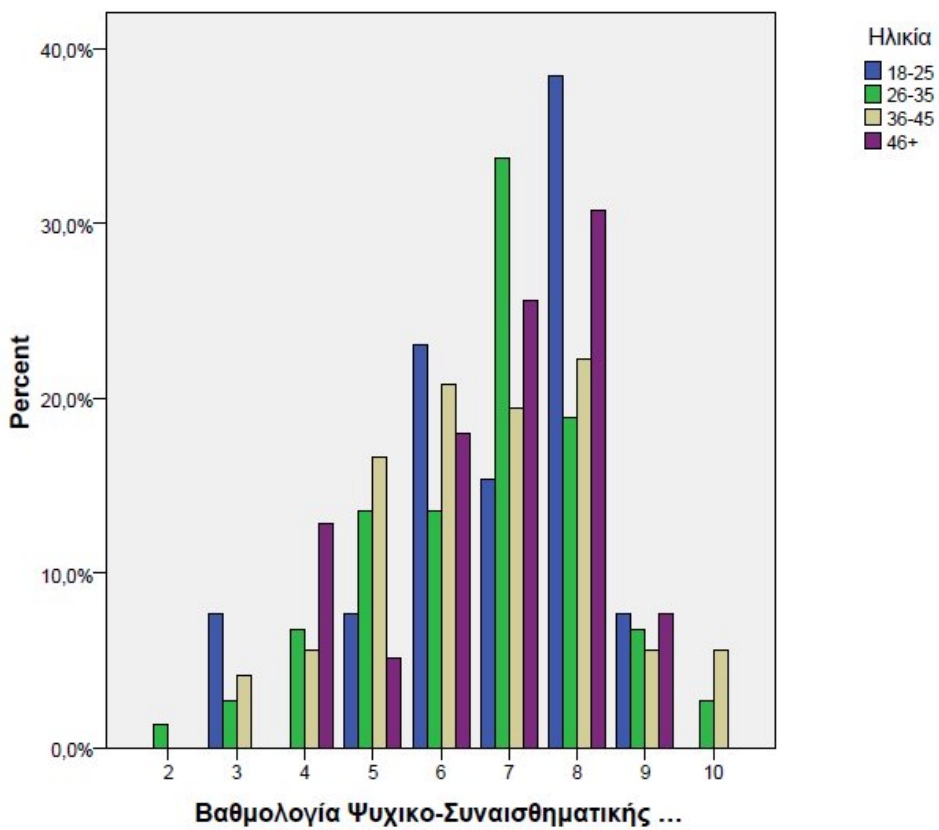
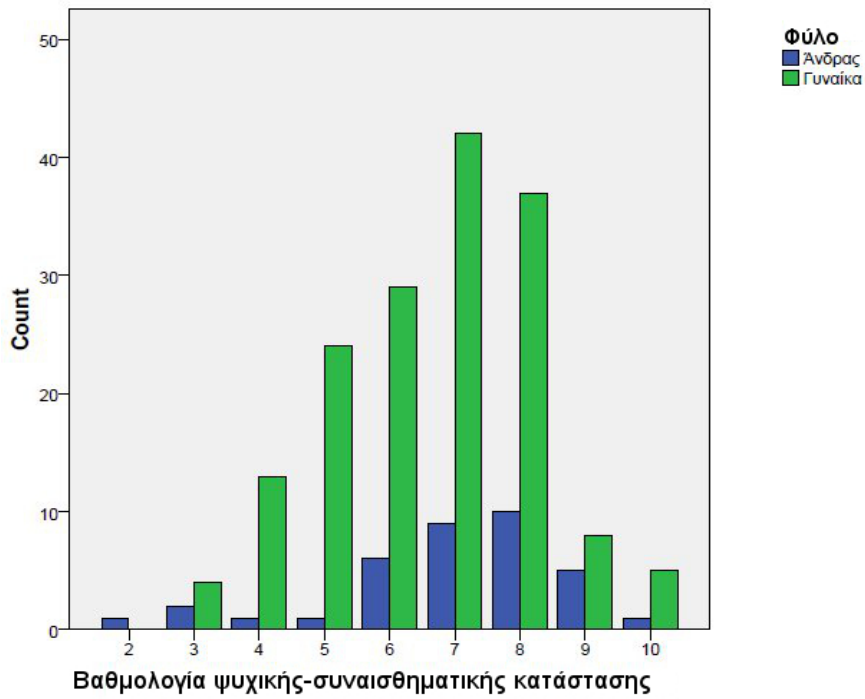
Ακολουθούν δύο κατηγορίες γραφημάτων που θα λέγαμε ότι έχουν να κάνουν με την αυτοεκτίμηση των ερωτηθέντων ή με τον τρόπο που βλέπουν την εικόνα τους όπως χαίρει προσοχής ή σημασίας από συναδέλφους και προϊσταμένους. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι απαξιώνονται στον χώρο του Νοσοκομείου, ακόμα και αν το αισθάνονται αυτό μερικές μόνο φορές, ενώ λιγότεροι είναι εκείνοι που δεν αισθάνονται κατ' αυτόν τον τρόπο σχεδόν ποτέ. Οι γυναίκες φαίνεται να βρίσκονται στη δυσχερέστερη κατάσταση, διότι είναι μεγάλος ο αριθμός τους που εκφράζει αυτό το συναίσθημα έστω και στην αποσπασματικότητά του. Για τις ηλικίες δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε κάποιο μοτίβο όπως για άλλες απαντήσεις, εκτός ίσως από το ότι το αίσθημα μερικής απαξίωσης χαμηλώνει ή εκμηδενίζεται με την πάροδο της ηλικίας (για τα στάδια 25 – 46+), όπως συμπεραίνουμε από τις δύο τιμές με τις περισσότερες απαντήσεις, αν και το σύνολο των τιμών δείχνει ότι οι νεαρότεροι ηλικιακά αισθάνονται κάπως απαξιωμένοι, πιθανώς λόγω της περιορισμένης εμπειρίας τους.

Νομίζετε ότι αρέσετε στους άλλους;



Βεβαίως οι περισσότεροι θεωρούν ότι αρέσουν στους άλλους και μάλιστα στις δύο θετικές τιμές («νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές» και «νιώθω έτσι μερικές φορές») τα ποσοστά παρουσιάζουν σταθερή άνοδο ή πτώση.

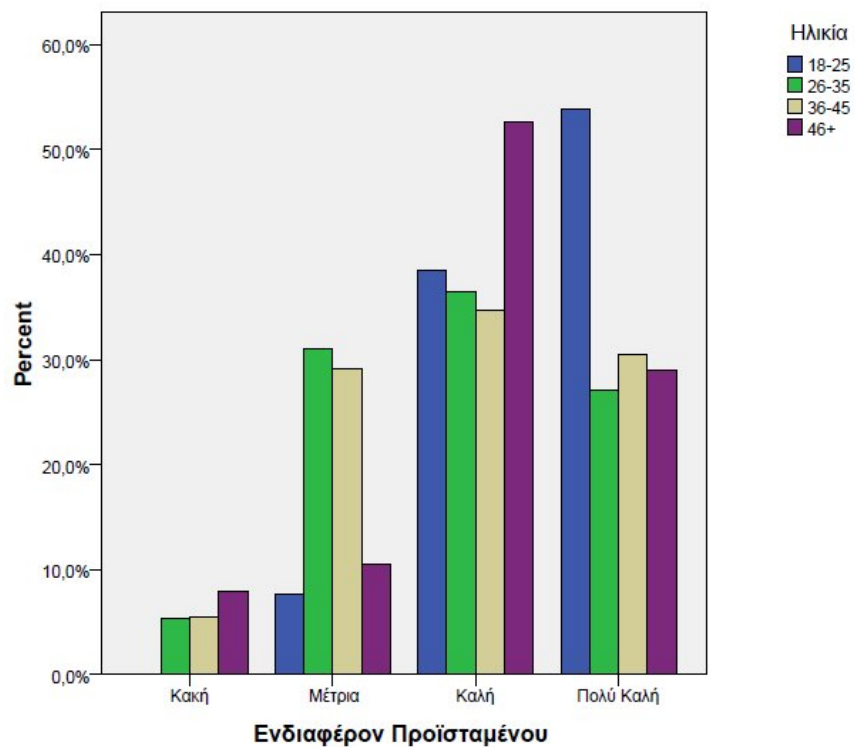
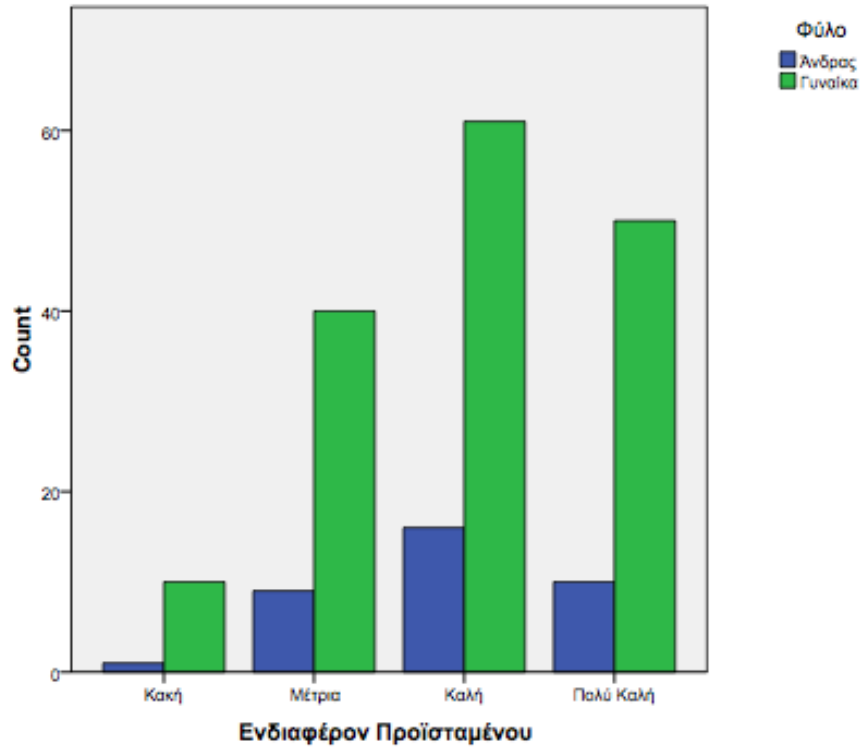
Συνολικά πως θα βαθμολογούσατε την ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση;

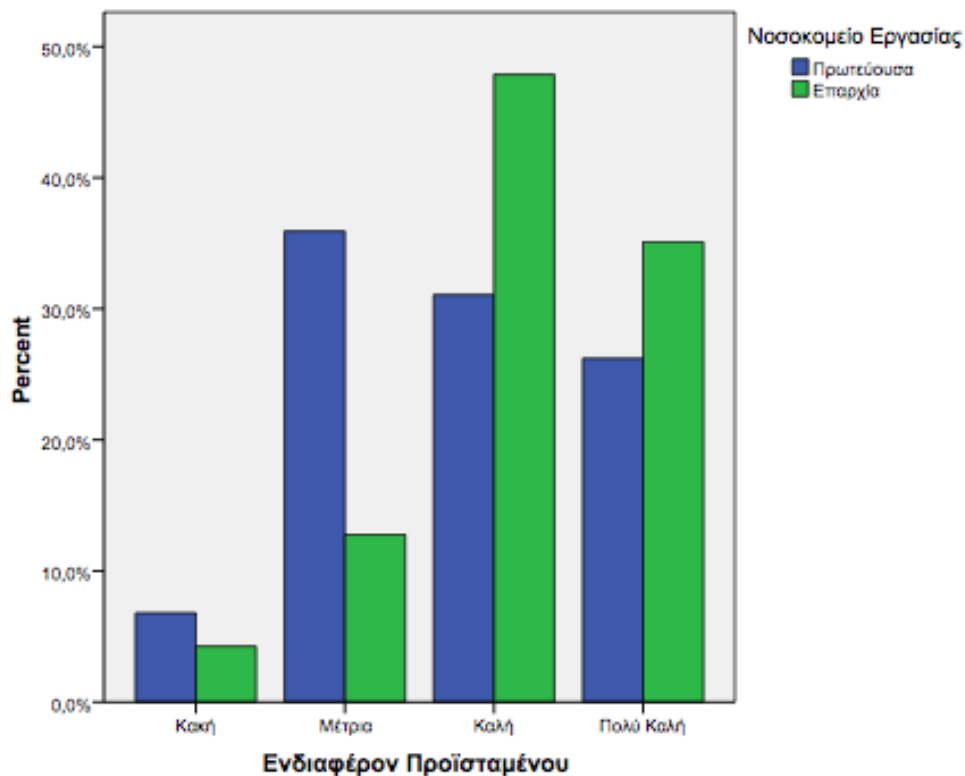


Τη συνολική ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα εκφράζουν τα παραπάνω γραφήματα, με τα περισσότερα ποσοστά να συγκεντρώνονται στο 7 και να φανερώνουν προφανώς μία μέτρια προς καλή ατμόσφαιρα. Στην κορύφωση των απαντήσεων του αριθμού 7 βρίσκεται το ηλικιακό στάδιο 26-35, παρά τις προσθέσεις του για αλλαγή εργασίας, ενώ η αισιοδοξία του σταδίου 18-25 υποδεικνύεται για μια ακόμη φορά, στην προκειμένη περίπτωση από το γεγονός ότι τα περισσότερα μέλη του συγκεντρώνονται στην τιμή 8, που για τους υπόλοιπους έχει αρχίσει η υποχώρηση.

Β.4. Σχέσεις επαγγελματιών υγείας και Διοίκησης νοσοκομείου

Πίνακας 4.1.1-3: Πως αξιολογείτε το ενδιαφέρον του Προϊσταμένου σας;





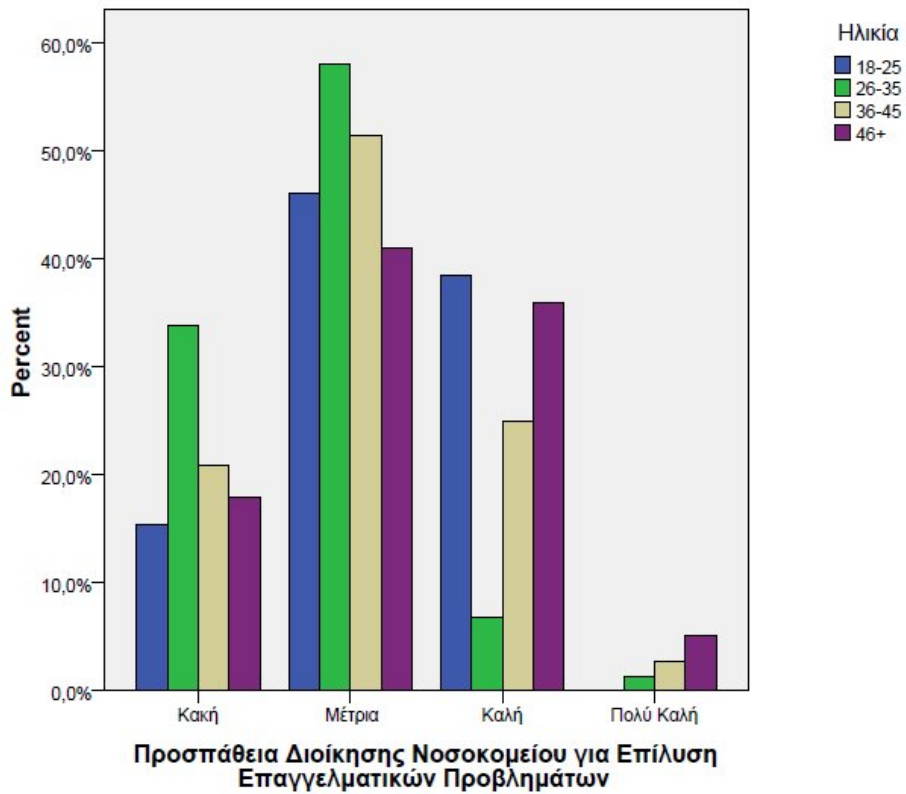
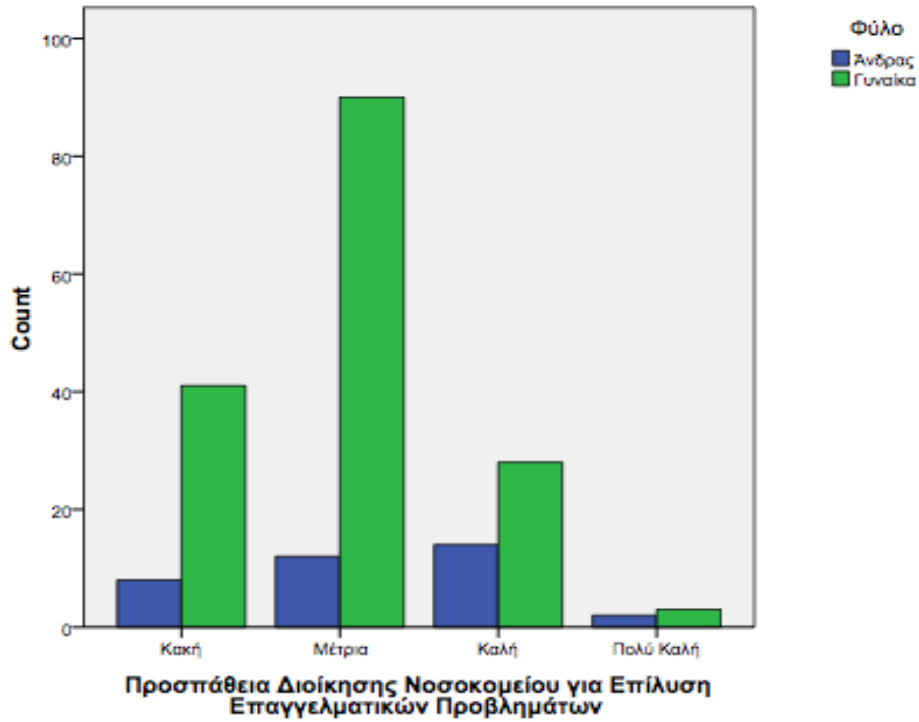
Εκτός από τη συνεργασία με τους συναδέλφους, η ποιότητα της οποίας θα εκτιμηθεί στη συνέχεια, σημαντική είναι η κατανόηση ή ενδιαφέρον του προϊσταμένου. Με άλλα λόγια η προθυμία του να ακούει τις απαιτήσεις, παράπονα, προβλήματα, κλπ. των εργαζομένων. Είναι θετικό το ότι οι απαντήσεις συγκεντρώνονται και για τα δύο φύλα στις δύο υψηλότερες τιμές, βρίσκουν δηλαδή την κατανόηση του προϊσταμένου καλή ή πολύ καλή, αν και μεγάλο ποσοστό κινείται και προς την τιμή μέτρια. Οι περισσότεροι δε επαγγελματίες υγείας φαίνεται ότι κρατούν μια μετριοπαθή στάση απέναντι στο ερώτημα και τη βρίσκουν απλώς καλή. Σημαντική διαφοροποίηση των απαντήσεων ανά φύλο σημειώνεται στην κατώτερη τιμή του ερωτήματος, καθώς ελάχιστοι είναι οι άνδρες που έχουν τόσο κακή γνώμη για την ανταπόκριση του προϊσταμένου, ενώ οι γυναίκες αριθμούν τις 10, δηλαδή το 5% των ερωτηθέντων του δείγματος.

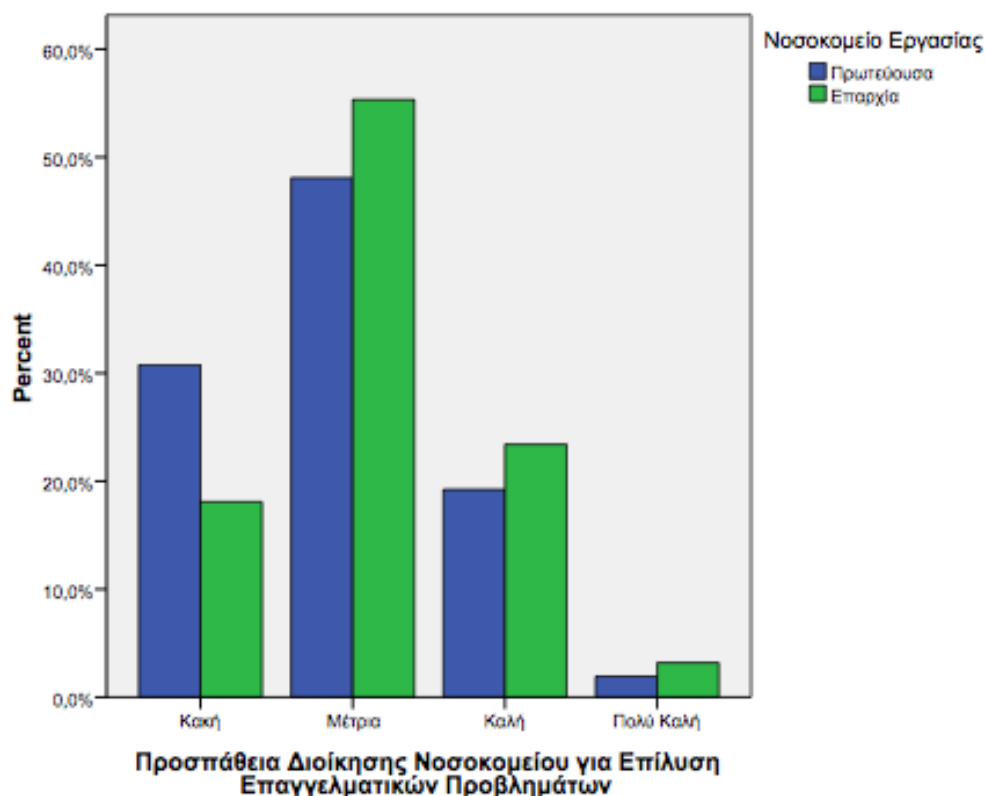
Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ πρωτεύουσας και επαρχίας, διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι εκτός πρωτεύουσας θεωρούν ότι ο προϊστάμενός τους δείχνει επαρκές ενδιαφέρον, καθώς οι περισσότεροι εργαζόμενοι προτιμούν την τιμή «καλή», ενώ οι απαντήσεις της πρωτεύουσας μαρτυρούν φθίνουσα τάση των ποσοστών όσο η «ποιότητα» των τριών θετικότερων τιμών γίνεται μεγαλύτερη. Διαφαίνεται για μια ακόμη φορά η

επικράτηση θετικότερων συνθηκών στην επαρχία από όσο στην πρωτεύουσα, κάτι προφανές και από το γεγονός ότι στο γράφημα τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα από αυτά της επαρχίας μόνο στις δύο αρνητικότερες τιμές.

Περνώντας στην εκτίμηση της ηλικίας μπορούμε να διαπιστώσουμε ό,τι και σε άλλα σημεία της ανάλυσής μας. Ο ενθουσιασμός της ηλικίας 18-25 διαφαίνεται από τη συγκέντρωσή του στις δύο θετικότερες τιμές του δείγματος, αλλά και από το γεγονός ότι σημειώνει η ηλικιακή αυτή ομάδα το μεγαλύτερο ποσοστό της στη θετικότερη τιμή του ερωτήματος, με πολύ μεγάλη διαφορά από τις άλλες ηλικίες που εκεί ισομοιράζονται. Ας σημειωθεί ότι η τιμή «κακή» δεν περιλαμβάνεται στις απαντήσεις της ηλικίας 36+, η οποία είναι η μοναδική ηλικιακή ομάδα που απουσιάζει από το σημείο αυτό. Πολύ μεγάλο ποσοστό την τιμή «καλή» παρουσιάζει η ηλικία 46+, ίσως διότι η θέση της στο Νοσοκομείο είναι τέτοια που αξιώνει και ακολούθως απολαμβάνει του ενδιαφέροντος του προϊσταμένου περισσότερο από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Η γενικότερη δε εκτίμηση για τις δύο άλλες, ενδιάμεσες ηλικιακές ομάδες, είναι μάλλον το ότι οι θέσεις τους ισομοιράζονται σε κάθε τιμή, δηλαδή προτιμούν κάθε τιμή ίδιοι περίπου αριθμοί μελών από τα ηλικιακά στάδια 26-35 και 36-45. Τα ποσοστά δε των δύο αυτών ηλικιακών ομάδων έρχονται πολύ κοντά με τα ποσοστά των άλλων αφενός στην τιμή «καλή», όπου «συναντούν» το ηλικιακό στάδιο των 18-25, αφετέρου στην τιμή καλή, όπου οι αριθμοί τους έρχονται κοντά σε εκείνους της ηλικίας 46+.

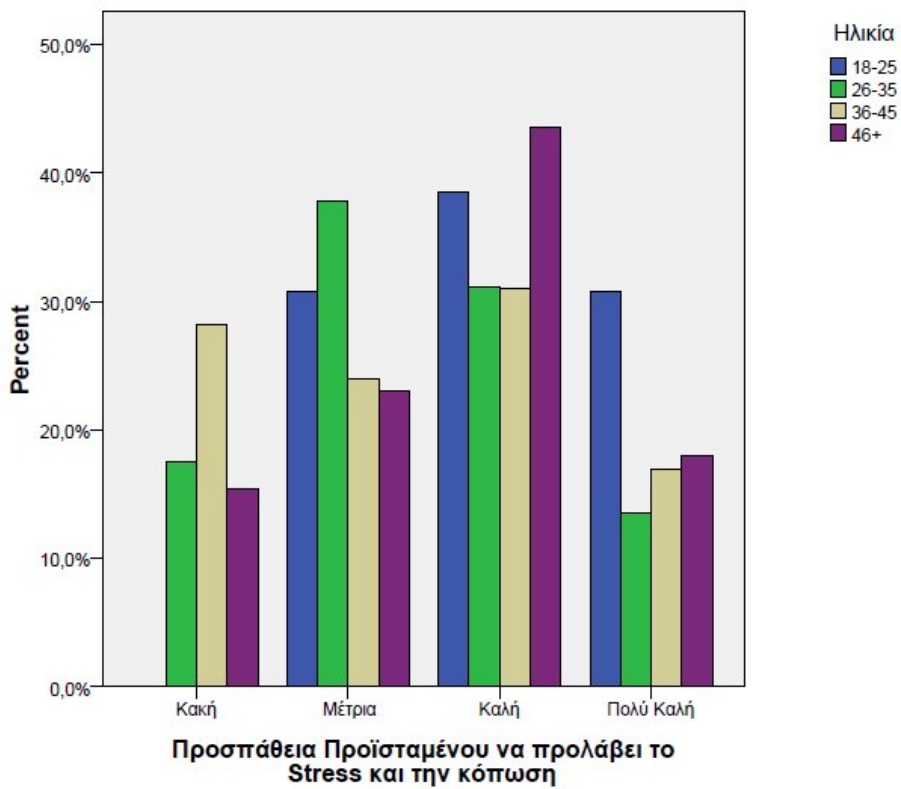
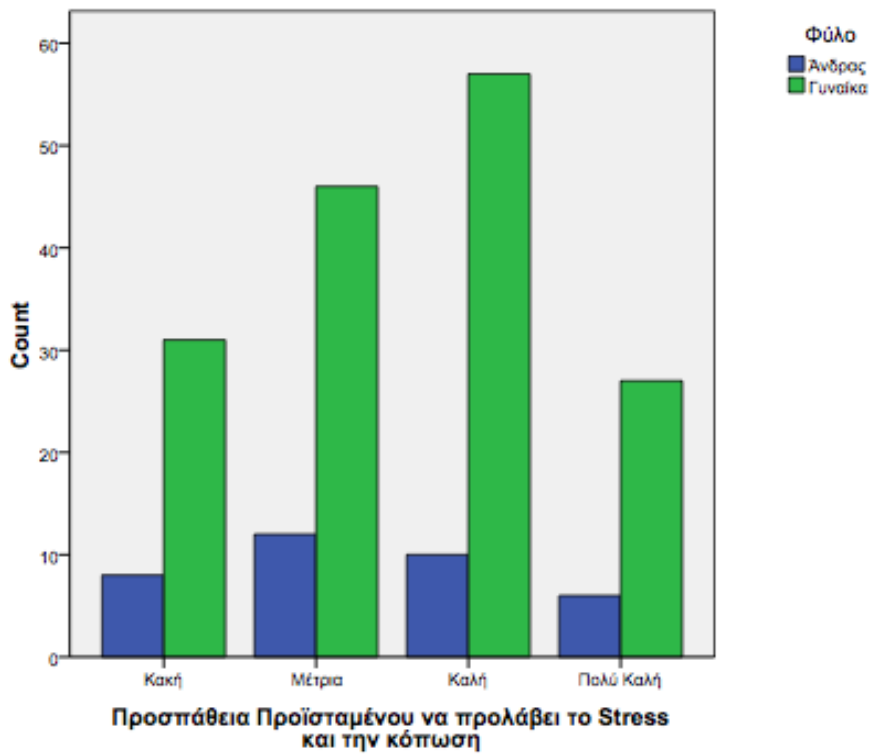
Πίνακες 4.2.1-3: Πως αξιολογείτε την προσπάθεια της διοίκησης του Νοσοκομείου για την επίλυση των επαγγελματικών προβλημάτων;

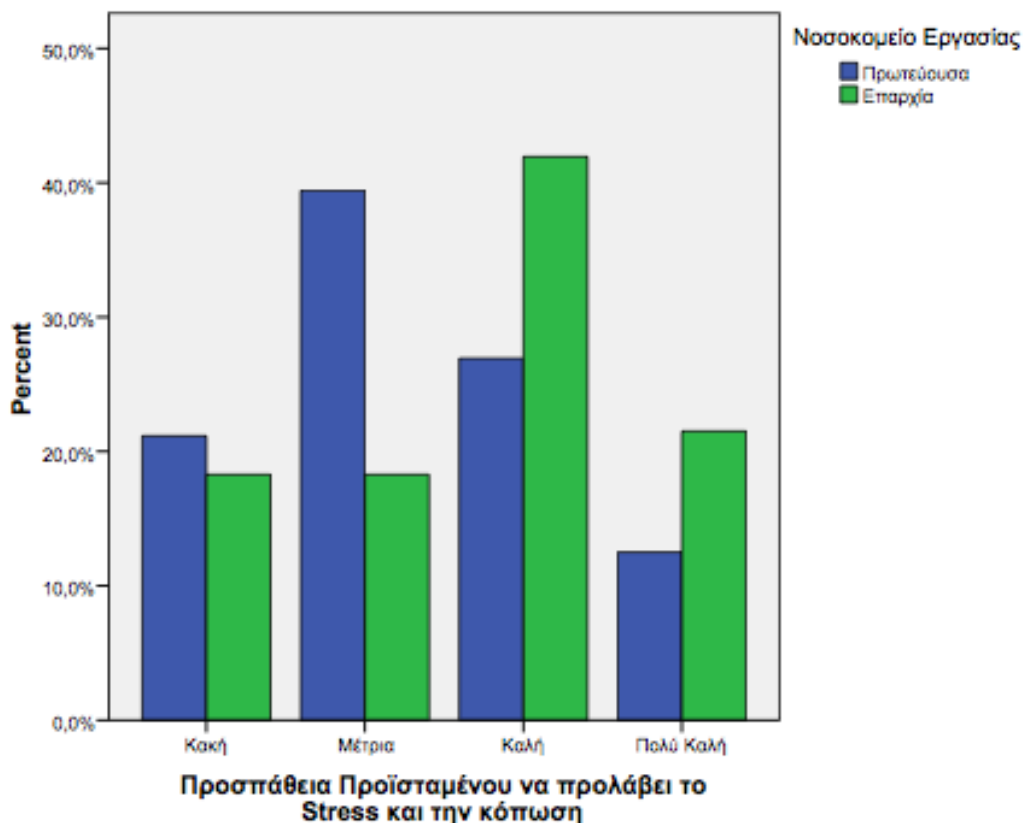




Ακόμα και αν ο άμεσος προϊστάμενος των επαγγελματικών υγείας έχει ή δεν έχει θετικά περιθώρια κατανόησης και ενδιαφέροντος, οι προθέσεις του δεν είναι εύκολο να καρποφορήσουν ή μπορούν και να ακυρώνονται αν δεν συνδράμει με το ιδιαίτερο ενδιαφέρον της η Διοίκηση του Νοσοκομείου. Που με μια πρώτη ματιά στα γραφήματα φαίνεται να μην έχει τη θετική ανταπόκριση που δείχνει ο άμεσος προϊστάμενος. Διότι οι τιμές «μέτρια» και «κακή» συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά των δύο φύλων, με την τιμή «πολύ καλή» σχεδόν να εξαφανίζεται. Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν την ανταπόκριση της Διοίκησης στα προβλήματα του Νοσοκομείου μέτρια, ενώ οι περισσότεροι άνδρες καλή. Αθροιστικά όμως, οι περισσότεροι άνδρες τη θεωρούν κακή/μέτρια, ενώ οι γυναίκες εξακολουθούν να τη θεωρούν μέτρια. Στην επαρχία τα πράγματα φαίνονται λίγο καλύτερα, καθώς οι τρεις θετικότερες τιμές συγκεντρώνουν μεγαλύτερα ποσοστά από αυτά της πρωτεύουσας. Ένα ενδιαφέρον εύρημα όσον αφορά στις ηλικίες είναι ότι οι ευρισκόμενοι στο στάδιο 46+ έχουν αρνητικότερη άποψη για τη Διοίκηση από όσο για τον προϊστάμενό τους. Τα ποσοστά τους μετακινούνται, σε σύγκριση με το γράφημα για τον προϊστάμενο, προς την τιμή «μέτρια». Στους δε ελάχιστους ερωτηθέντες που βρίσκουν την ανταπόκριση της Διοίκησης «πολύ καλή» δεν συμπεριλαμβάνεται το μικρότερο ηλικιακό στάδιο.

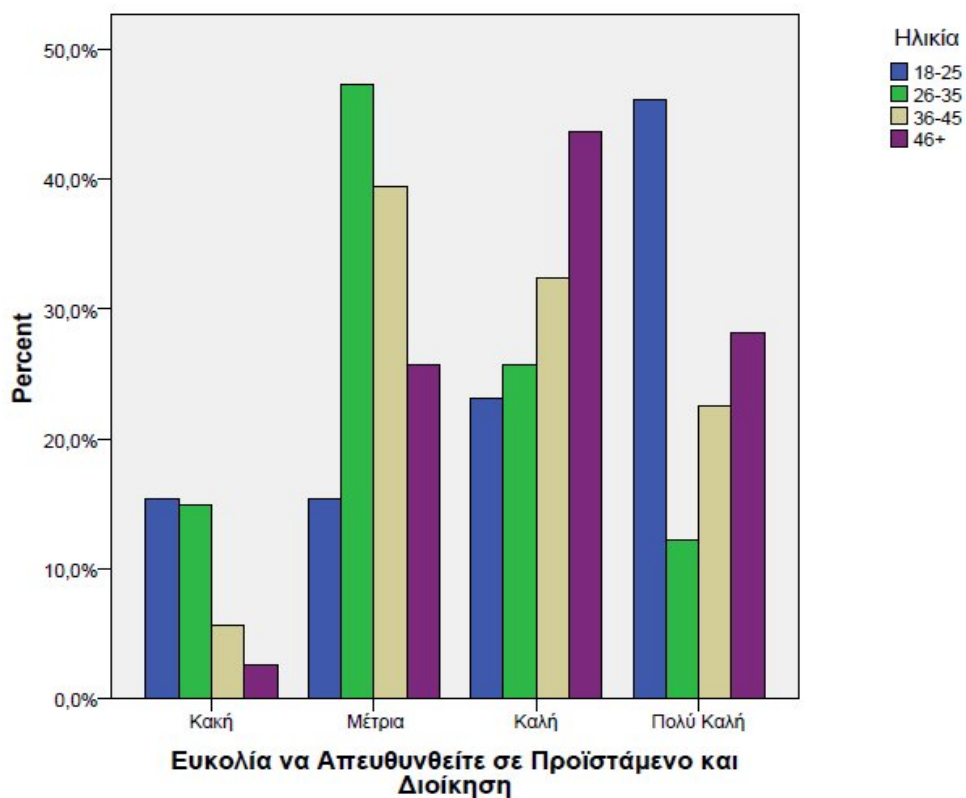
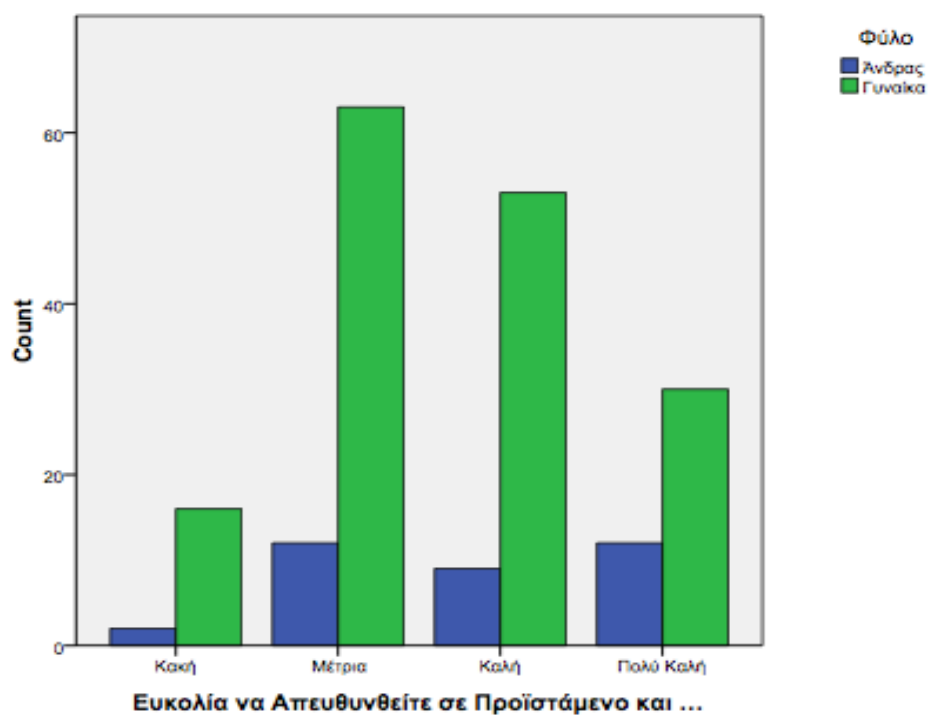
Πίνακες 4.3.1-3: Πως αξιολογείτε την προσπάθεια του Προϊσταμένου να προλάβει το stress και την κόπωση;

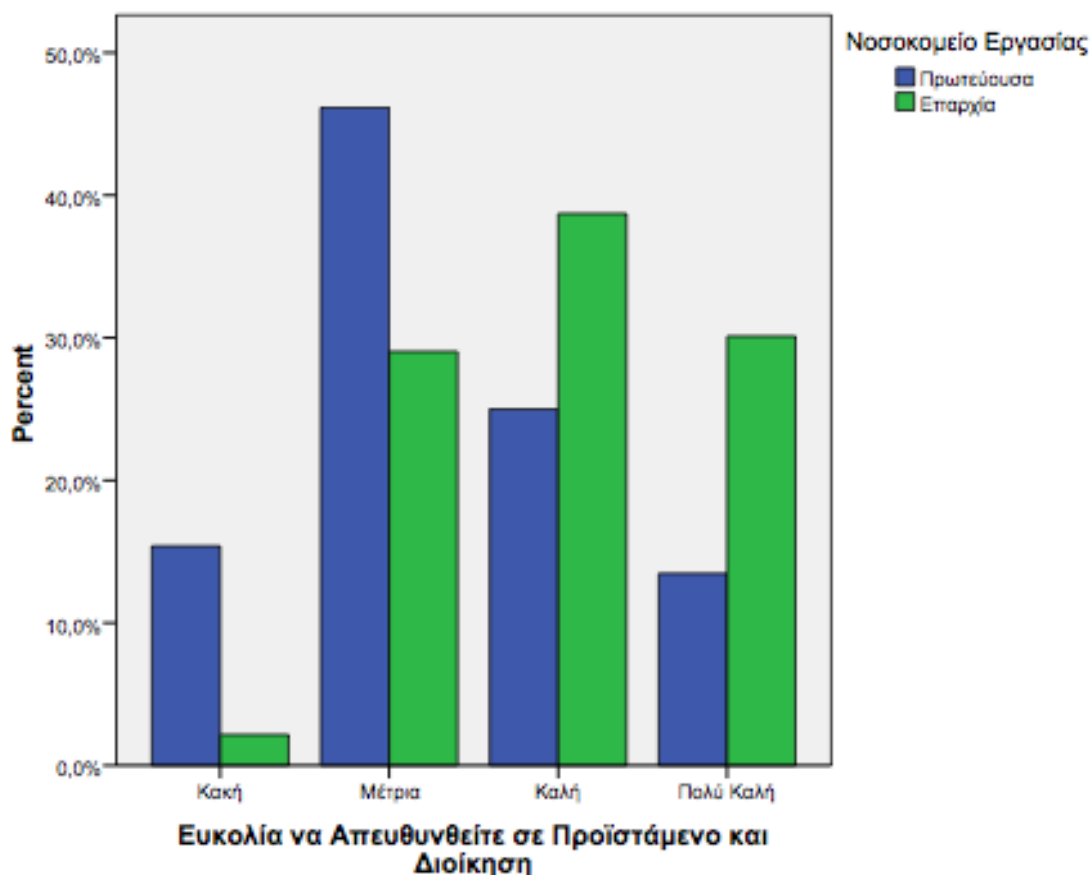




Στον εργασιακό χώρο του Νοσοκομείου επικρατούν αρκετό άγχος και επαγγελματική κόπωση. Είναι θετικό ότι η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει πως υφίσταται καλό ενδιαφέρον από τον προϊστάμενο για την πρόληψη των δυσμενών αυτών καταστάσεων. Το επόμενο μεγάλο ποσοστό τους θεωρεί το ενδιαφέρον αυτό μέτριο, ενώ ισάριθμα και μεγάλα είναι τα ποσοστά που θεωρούν ότι δεν εκδηλώνεται κανένα ενδιαφέρον ή, αντιθέτως, το ενδιαφέρον είναι πολύ μεγάλο. Στις ίδιες αναλογίες κινούνται οι απαντήσεις των ανδρών, με μικρή μετακίνηση προς την τιμή «μέτρια» από την τιμή «καλή». Η θέση της επαρχίας είναι μάλλον θετικότερη, αφού και η αρνητικότερη τιμή υποχωρεί σημαντικά και οι άλλες ενδυναμώνονται, με μεγάλα ποσοστά στις τιμές «καλή» και «πολύ καλή». Ηλικιακά, το στάδιο 18-25, που απουσίαζε από την αρνητικότερη τιμή στο ερώτημα για το ενδιαφέρον του προϊσταμένου, απουσιάζει και από την αντίστοιχη τιμή της προσπάθειάς του για αντιμετώπιση του stress και της κόπωσης. Είναι όμως αρκετοί του ηλικιακού σταδίου 46+ ανάμεσα σε αυτούς που επιλέγουν την τιμή «κακή», περισσότεροι από όσους είχαν επιλέξει την ίδια τιμή στην ερώτηση για το ενδιαφέρον του προϊσταμένου.

Πίνακας 4.4.1-3: Πως αξιολογείτε την ευκολία να απευθυνθείτε στον Προϊστάμενο και τη Διοίκηση;

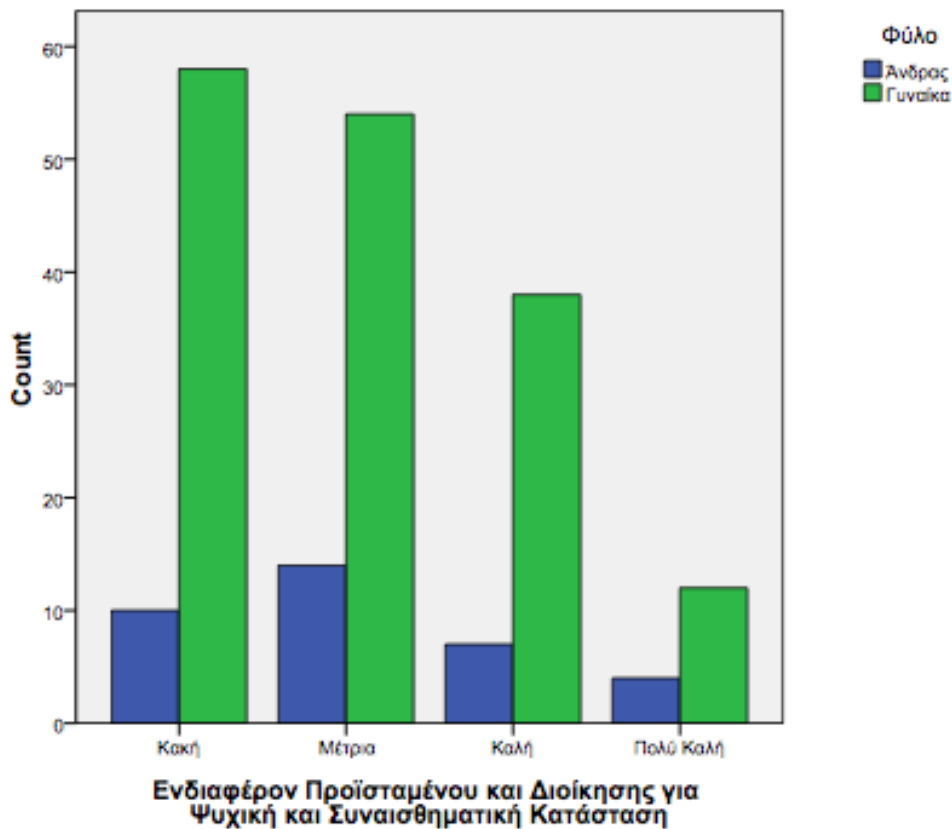


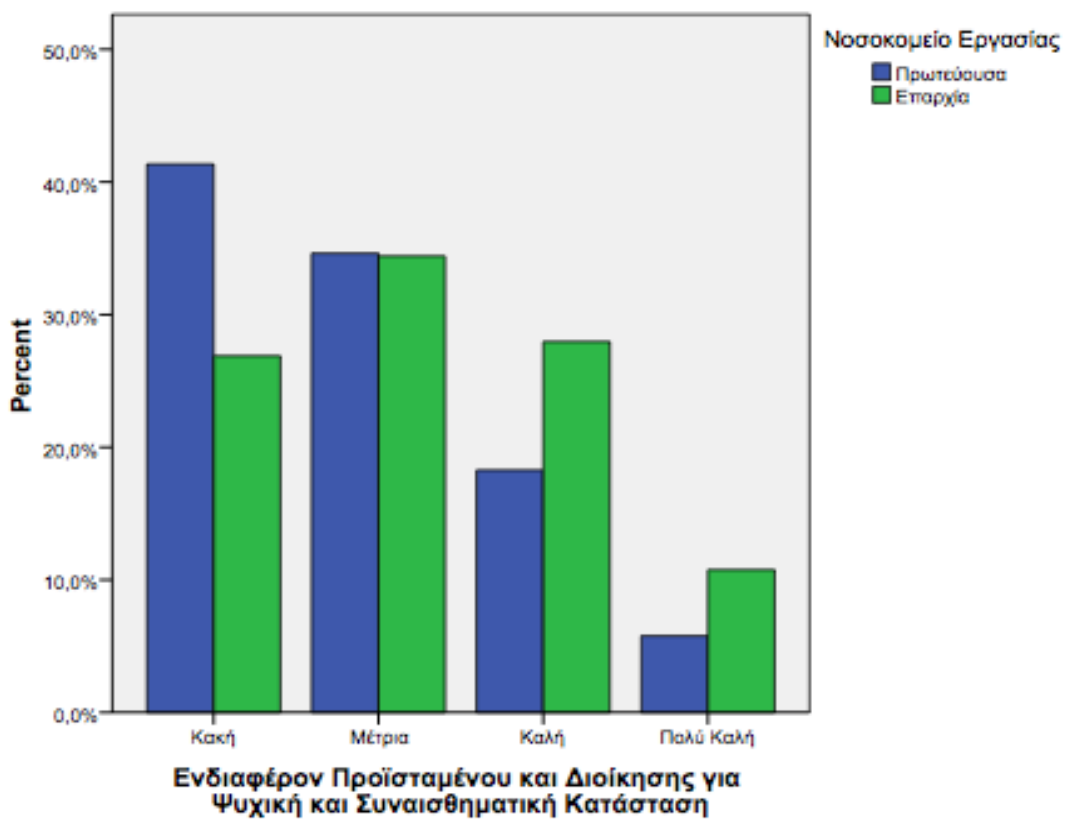
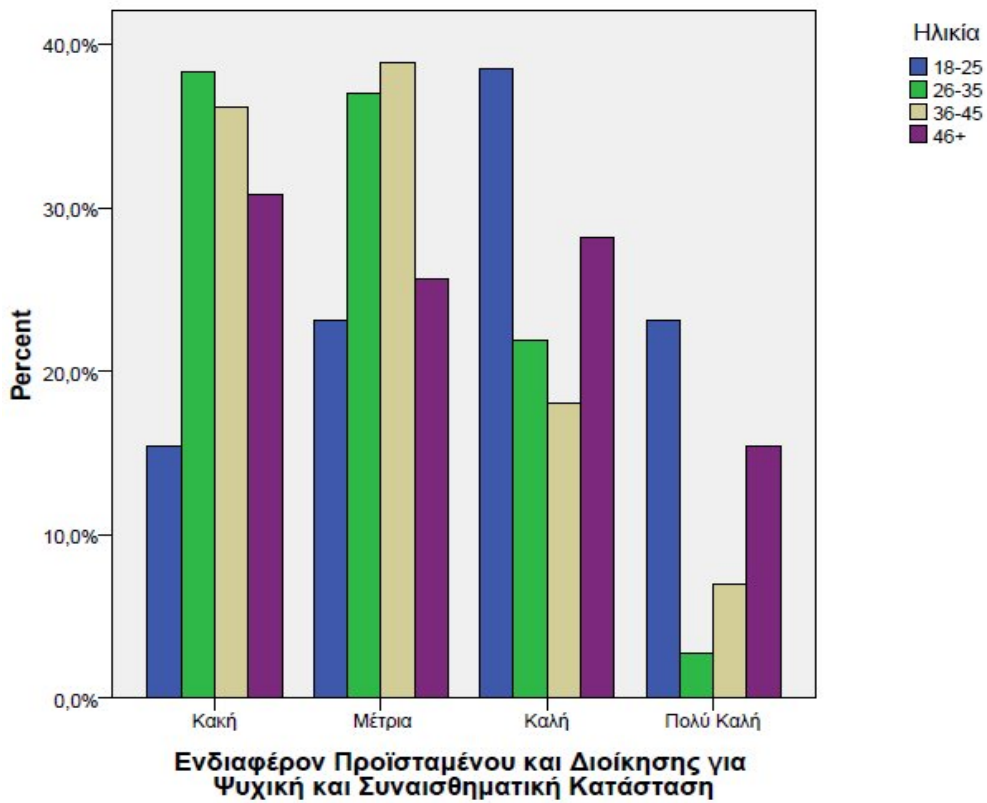


Ένα ερώτημα είναι πόσο δυνατή θεωρείται η πρόσβαση σε Προϊστάμενο και Διοίκηση, αν και μάλλον το γεγονός ότι οι δύο φορείς/πρόσωπα αντιμετωπίζονται από κοινού στο ερώτημα ίσως προκαλεί κάποια αμφιταλάντευση στις απαντήσεις. Και αυτό διότι όπως φάνηκε παραπάνω οι απαντήσεις για τις δύο περιπτώσεις διαφοροποιούνται. Κρίνοντας δε από τις απαντήσεις μπορούμε να θεωρήσουμε ότι στο μυαλό των ερωτηθέντων βρίσκεται κυρίως ο προϊστάμενος, διότι τα ποσοστά των απαντήσεων κινούνται μάλλον προς τις τιμές που δόθηκαν παραπάνω για εκείνον. Η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει ότι δεν καταφεύγει με μεγάλη ευκολία στα διοικητικά αυτά όργανα, ενώ σημειώνονται ποσοστά τα οποία θεωρούν ότι μπορούν να τους απευθυνθούν με μεγάλη ή πολύ μεγάλη ευκολία, όπως δείχνουν οι απαντήσεις που συγκεντρώνουν οι δύο θετικότερες τιμές. Την ίδια περίπου άποψη γύρω από το θέμα αυτό έχουν οι άνδρες. Η δε πλειοψηφία των εργαζομένων σε νοσοκομεία της επαρχίας δηλώνει ότι αισθάνεται πως καλύπτεται στον τομέα αυτό περισσότερο από την πρωτεύουσα, κρίνοντας από τις διαφορές στις τιμές «καλή» και «πολύ καλή», αλλά δεν είναι τόσο εύκολο να απευθυνθούν στον προϊστάμενό τους. Αντίθετα οι εργαζόμενοι από

νοσοκομεία της επαρχίας δηλώνουν ότι μπορούν εύκολα ή πολύ εύκολα να απευθυνθούν στον προϊστάμενό τους, σημειώνουν δε πολύ μικρότερα ποσοστά από εκείνα της πρωτεύουσας στις δύο αρνητικότερες τιμές. Ηλικιακά οι νεότεροι εργαζόμενοι φαίνεται ότι κρίνουν την πρόσβαση πάρα πολύ θετική, ενώ καλή την θεωρούν κυρίως εκείνοι του σταδίου 46+. Μέτρια τη θεωρούν οι ανήκοντες στα δύο ενδιάμεσα ηλικιακά στάδια.

Πίνακες 4.5.1-3: Πως αξιολογείτε το ενδιαφέρον του Προϊσταμένου και της Διοίκησης για την ψυχική και συναισθηματική σας κατάσταση;

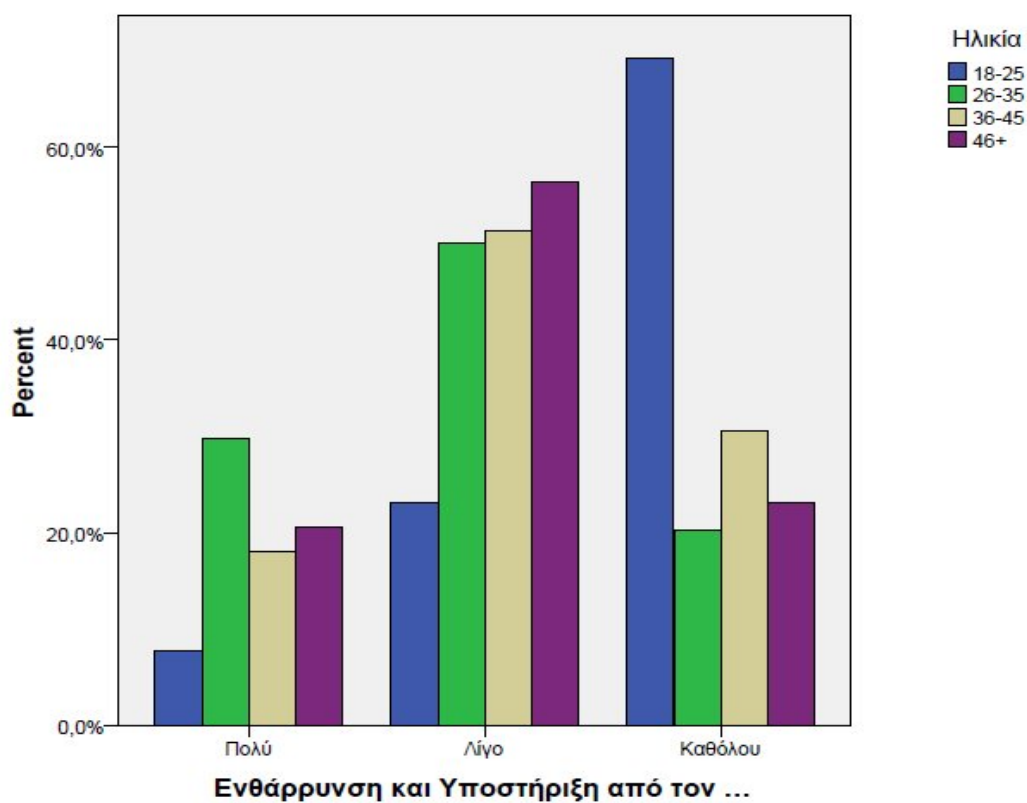
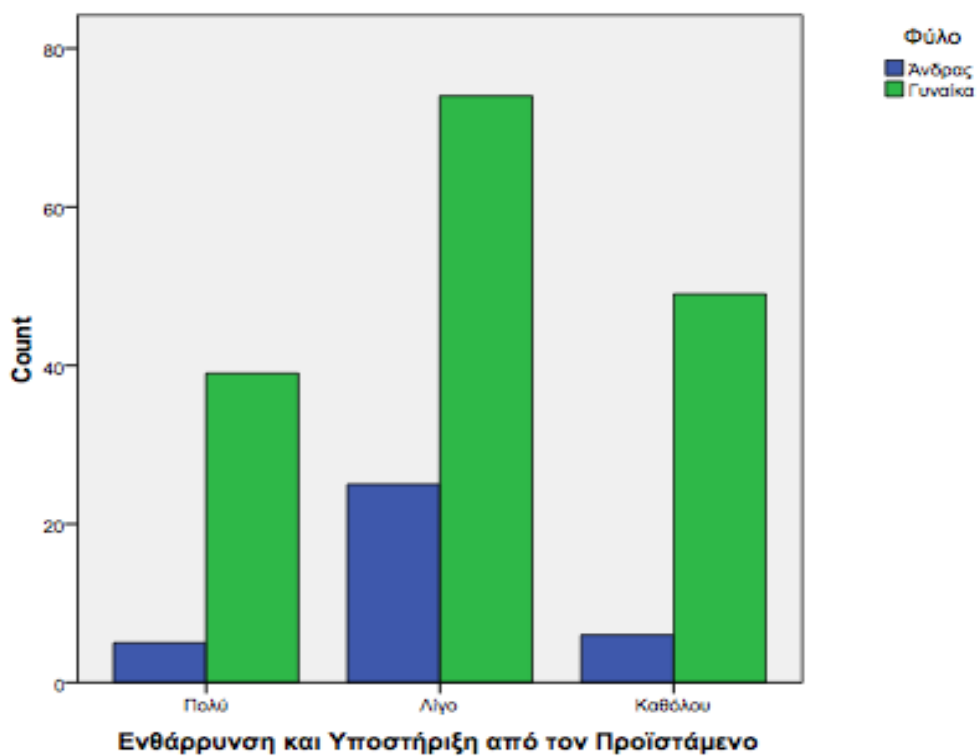


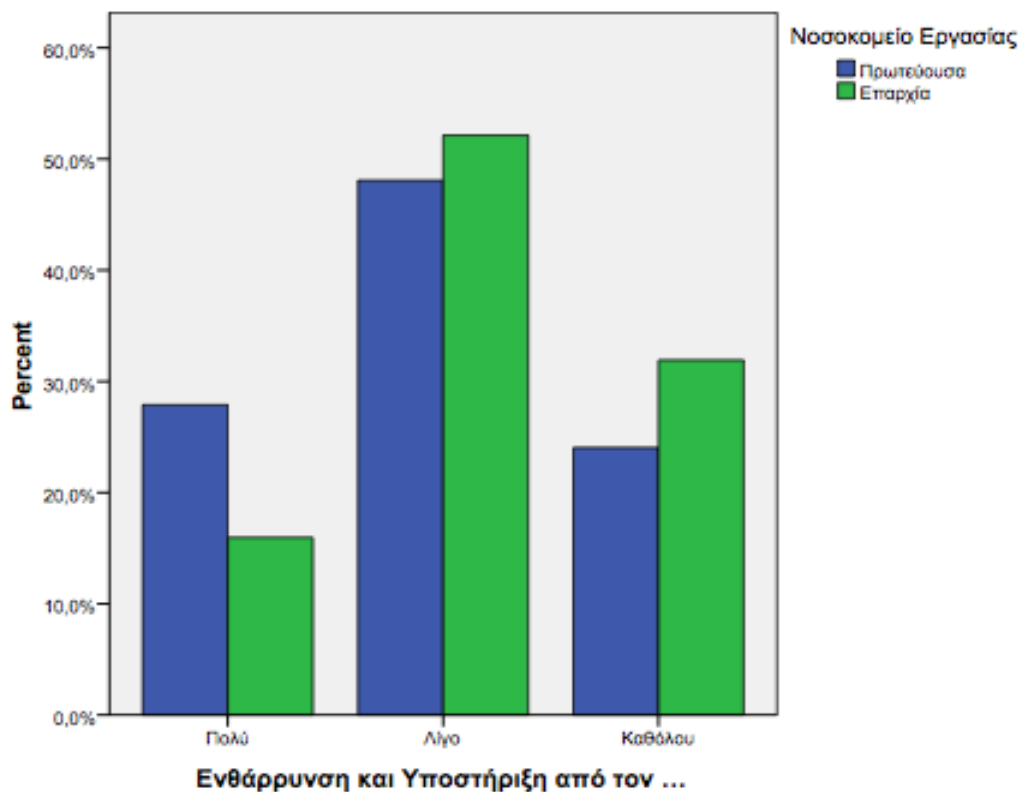


Τα γράφημα θα μπορούσε να συζητηθεί παραπάνω, όπου έγινε λόγος για την καταπολέμηση του stress και μας κόπωσης, ωστόσο μπαίνει εδώ καθώς αφορά και μας δύο φορείς, δηλαδή στον προϊστάμενο του Νοσοκομείου και στη Διοίκησή του. Εδώ οι απαντήσεις φαίνεται να επηρεάζονται από την παρουσία μας Διοίκησης διότι ενώ οι προσπάθειες του προϊσταμένου είχαν αντιμετωπισθεί θετικά, τώρα το ενδιαφέρον για το πώς αισθάνονται ψυχολογικά και συναισθηματικά οι προϊστάμενοι δεν φαίνεται πολύ μεγάλο, και τα ποσοστά κινούνται μας μας δύο αρνητικότερες τιμές. Φαίνεται επομένως ότι δεν υπάρχει ενδιαφέρον ή αυτό το ενδιαφέρον είναι μικρό, χωρίς να λείπουν αριθμοί εργαζομένων που κινούνται μας μας δύο τιμές μας θετικότερης άποψης για το ζήτημα. Η επαρχία βρίσκει καλύτερα τα πράγματα, καθώς στην αρνητικότερη τιμή είναι το ποσοστό μας αρκετά μικρότερο από αυτό μας πρωτεύουσας, στη δεύτερη τιμή (μέτρια) είναι ισομοιρασμένο και στη θετικότερη τιμή μεγαλύτερο. Το μικρότερο ηλικιακά στάδιο κινείται μας την θετική τιμή «καλή» ενώ τα δύο ενδιάμεσα μας την τιμή «μέτρια». Το μεγαλύτερο ηλικιακά στάδιο προτιμά την αρνητικότερη τιμή, αν και όχι σε ιδιαίτερα μεγαλύτερο ποσοστό από όσο επιλέγει την αρκετά θετική τιμή «καλή».

Τα δύο επόμενα γραφήματα που διακρίνουν τον Προϊστάμενο από τη Διοίκηση ίσως μας δώσουν μια ικανοποιητική απάντηση για το αν οι τιμές αποκτούν αρνητικότερη χροιά όταν οι εργαζόμενοι έχουν να κρίνουν όχι μόνο τον άμεσο Προϊστάμενο του Νοσοκομείου αλλά και τη Διοίκηση ταυτοχρόνως.

Πίνακες 4.6.1-3: Πως αξιολογείτε την ενθάρρυνση και υποστήριξη από τον Προϊστάμενο;

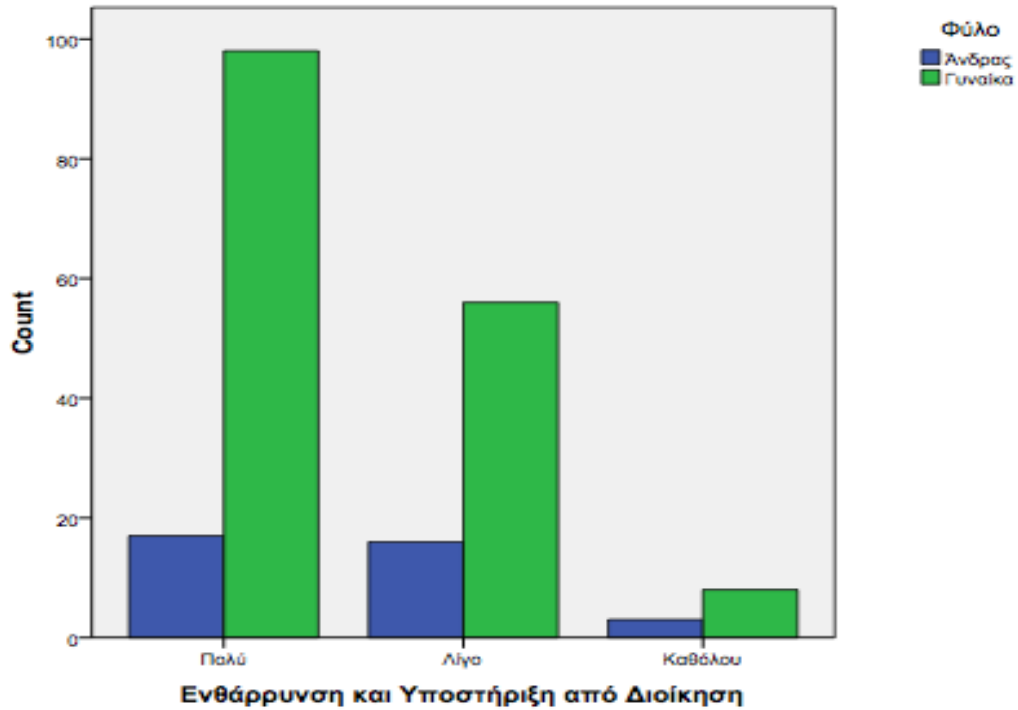


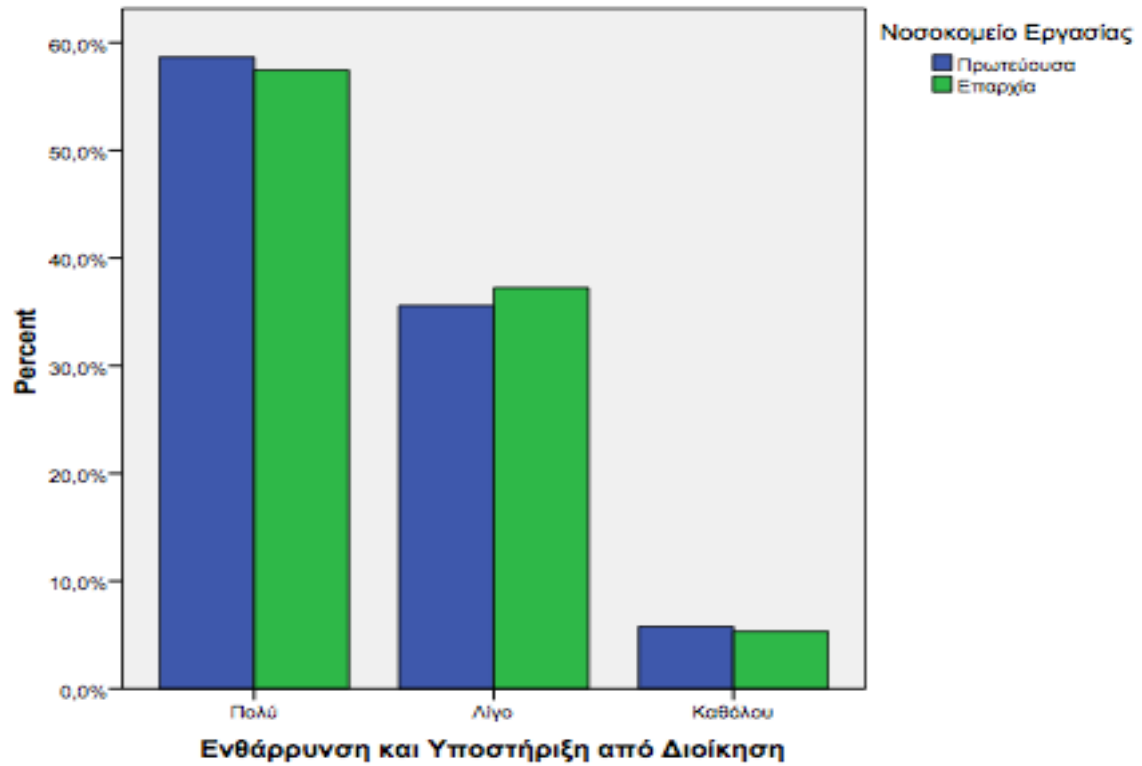
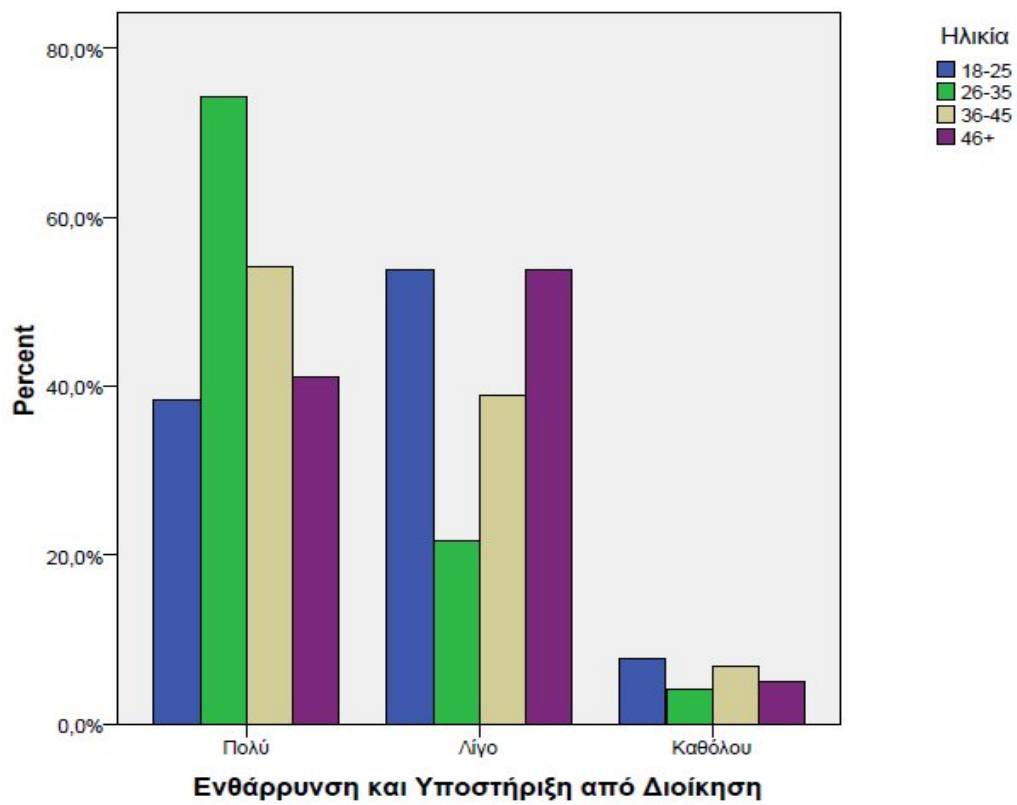


Απομονώνοντας τον Προϊστάμενο από τη Διοίκηση και εξετάζοντας πόσο ο βαθμός ενθάρρυνσής του προς το προσωπικό και υποστήριξης που παρέχει πρέπει να βελτιωθούν, θα διαπιστώσουμε μάλλον ότι οι γνώμες είναι αρκετά καλές και έρχονται σε σχετική αρμονία με τα αποτελέσματα άλλων ερωτήσεων που αναλύθηκαν παραπάνω και έδιναν για εκείνον επίσης καλές επιδόσεις. Οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος δηλώνουν ότι πρέπει να υπάρξει μικρή ή καθόλου βελτίωση, αν και ένας σημαντικός αριθμός υποστηρίζει ότι τα πράγματα πρέπει να βελτιωθούν πολύ. . Οι άνδρες τάσσονται υπέρ τη μικρής βελτίωσης και φαίνονται να είναι πιο ευχαριστημένοι από τις γυναίκες. Η υπεροχή της επαρχίας σε θετικό κλίμα είναι σαφής και στο τρέχον ερώτημα, καθώς είναι πολύ λιγότεροι όσοι εργαζόμενοι σε επαρχιακά νοσοκομεία επιθυμούν μεγάλη αλλαγή στις σχέσεις με τον Προϊστάμενο, ενώ οι περισσότεροι τάσσονται υπέρ της μικρής ή καθόλου βελτίωσης. Όσα αναμέναμε από την οπτική των διαφόρων ηλικιών τα βλέπουμε και εδώ. Τον μεγαλύτερο ενθουσιασμό παρουσιάζουν οι μικρότεροι ηλικιακά επαγγελματίες υγείας που δεν επιθυμούν στο πλείστον τους καμιά αλλαγή, ενώ μικρή βελτίωση επιθυμούν οι ευρισκόμενοι στο πλαίσιο 46+, για τους οποίους έχουμε θεωρήσει ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας τους και η πολύπλευρη εμπειρία

τους από το επάγγελμα τούς εξασφαλίζουν μια μεγαλύτερη αυτονομία στο εσωτερικό του Νοσοκομείου. Πάντως τα ποσοστά ηλικιών που ζητούν μικρή βελτίωση είναι – πλην του μικρότερου ηλικιακού σταδίου – μάλλον κοντινά μεταξύ τους.

Πίνακες 4.7.1-3. Πως αξιολογείτε την ενθάρρυνση και υποστήριξη από τη Διοίκηση;



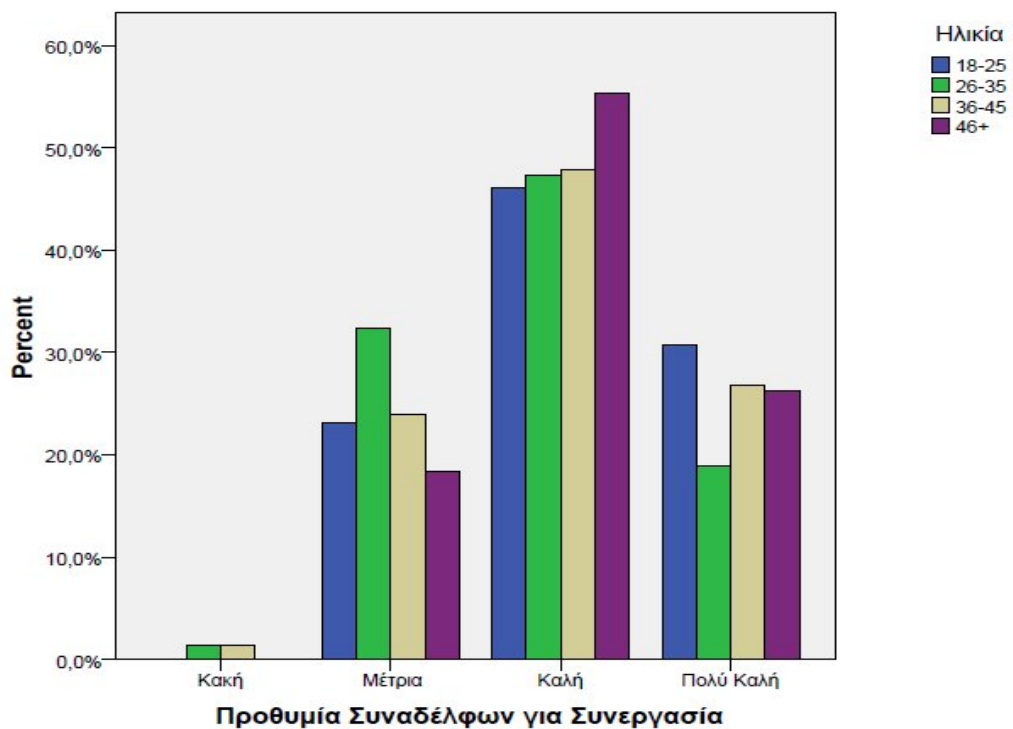
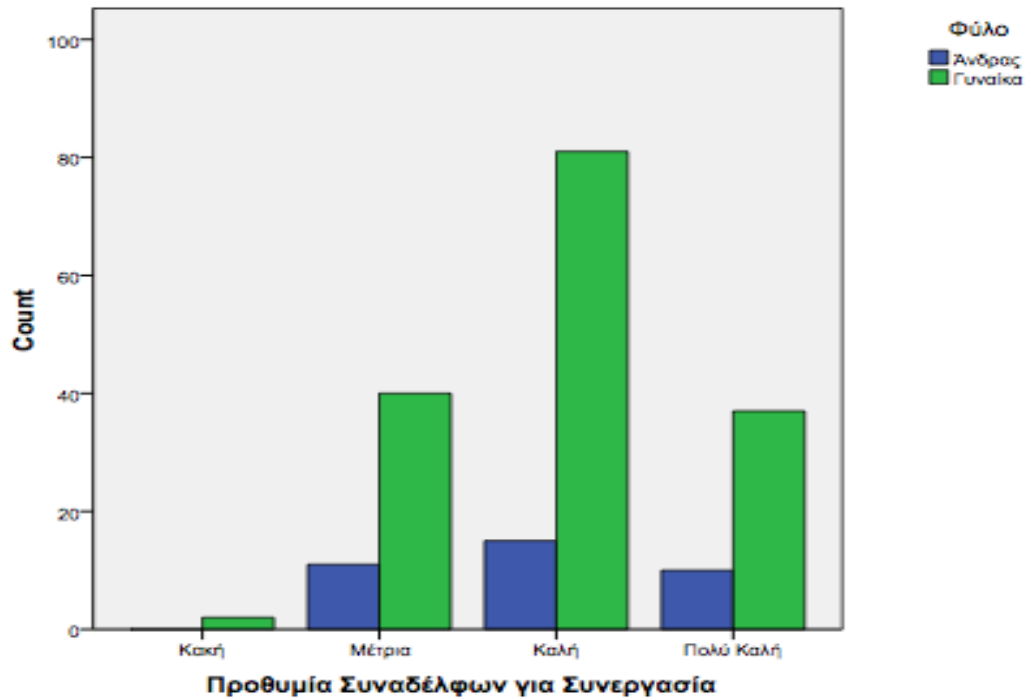


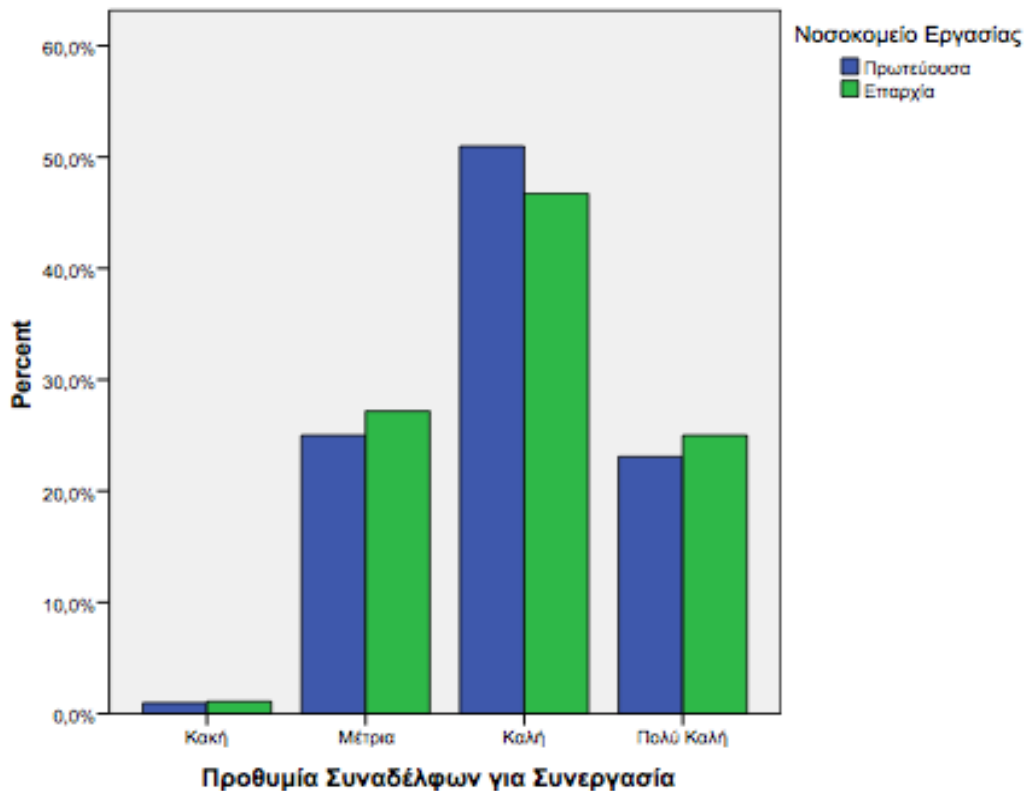
Μπορούμε εδώ να ελέγξουμε τις απαντήσεις των ίδιων ομάδων με αντικείμενο τη Διοίκηση. Τα αποτελέσματα μαρτυρούν ότι όταν ο Προϊστάμενος αντιμετωπίζεται αρνητικά είναι διότι δεν διακρίνεται το πρόσωπό του στη διατύπωση των ερωτημάτων από τα μέλη της Διοίκησης. Η μετακίνηση απαντήσεων προς την τομή «πολύ» είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική εδώ. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ζητούν πολύ μεγάλη βελτίωση της κατανόησης και υποστήριξης της βελτίωσης, λιγότεροι δε μικρή, ενώ ελάχιστοι επιθυμούν να παραμείνουν τα πράγματα ως έχουν. Αυτοί που κυρίως ζητούν τη μεγαλύτερη αλλαγή ανήκουν στο ηλικιακό στάδιο 26-35, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί ότι μεγάλη ή μικρή αλλαγή ζητούν οι ηλικίες 18-15 και 46+ σε όμοια ποσοστά. Από τους λίγους που δεν ζητούν αλλαγή οι περισσότεροι, αν και όχι με μεγάλη διαφορά, ανήκουν στο στάδιο 18-25. Οι γνώμες ανά επαρχία και πρωτεύουσα μπορούν να θεωρηθούν όμοιες, με ελάχιστες διαφορές στους εργαζόμενους ανά επικράτεια στα ποσοστά. Είναι από τι λίγες πραγματικά φορές που παρατηρείται τόσο μεγάλη ομοφωνία.

Προφανώς οι εργαζόμενοι έχουν καλύτερες εντυπώσεις από το υποστηρικτικό έργο του Προϊσταμένου τους, ενώ θεωρούν τη Διοίκηση πιο απόμακρη και λιγότερο ενδιαφερόμενη για τα προβλήματά τους. Ή έχουν μεγαλύτερη ευκολία να δώσουν αρνητικές απαντήσεις για τη Διοίκηση από όσο για τον άμεσο Προϊστάμενο, με τον οποίο η επαφή είναι προφανώς αμεσότερη και καθημερινή.

B.5. Σχέσεις συναδέλφων

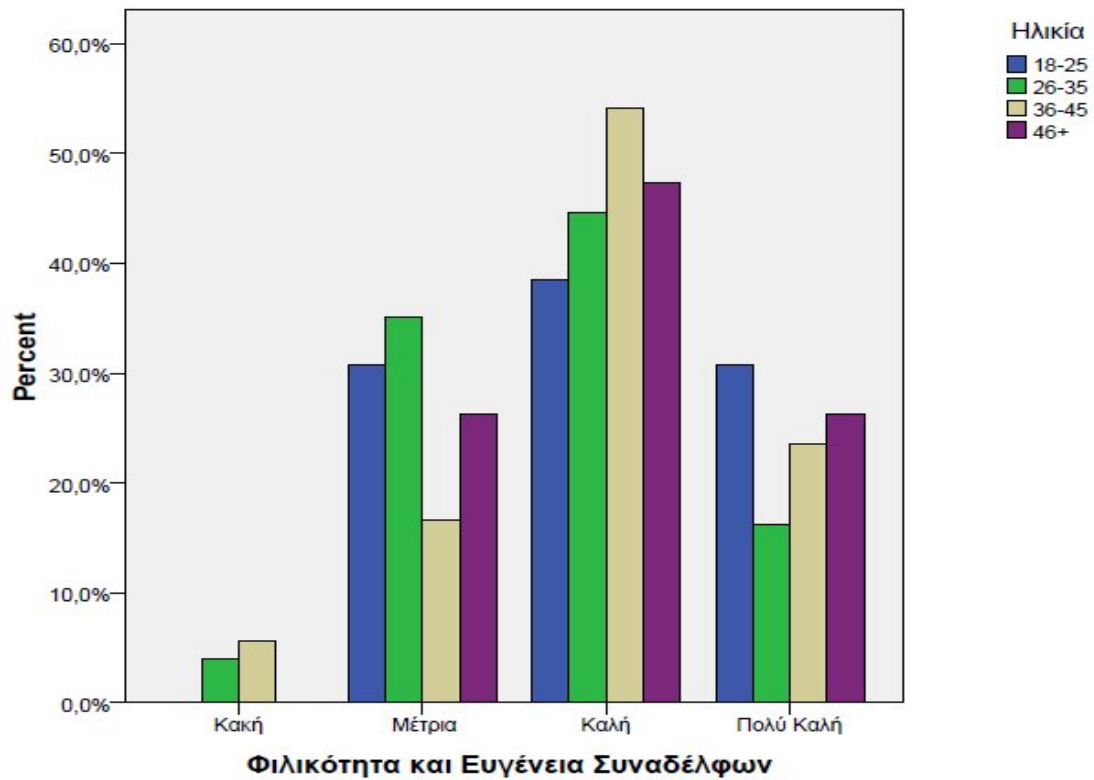
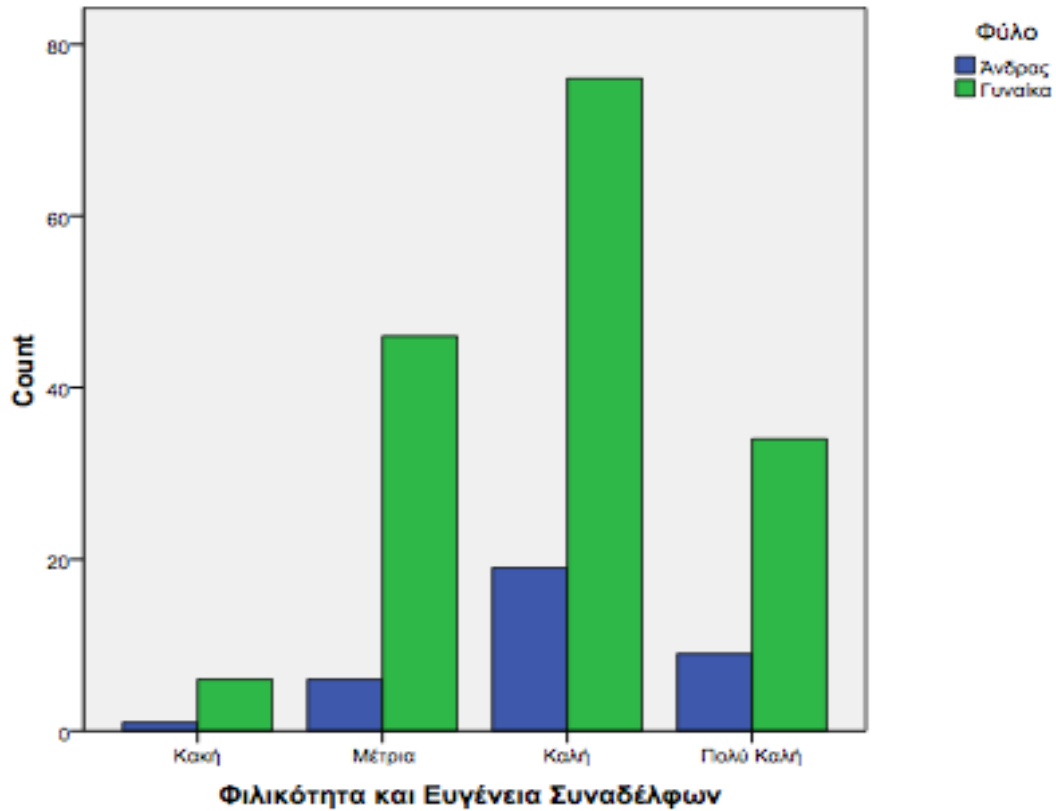
Πίνακες 5.1.1-3: Πως αξιολογείται την προθυμία των συναδέλφων σας για συνεργασία;

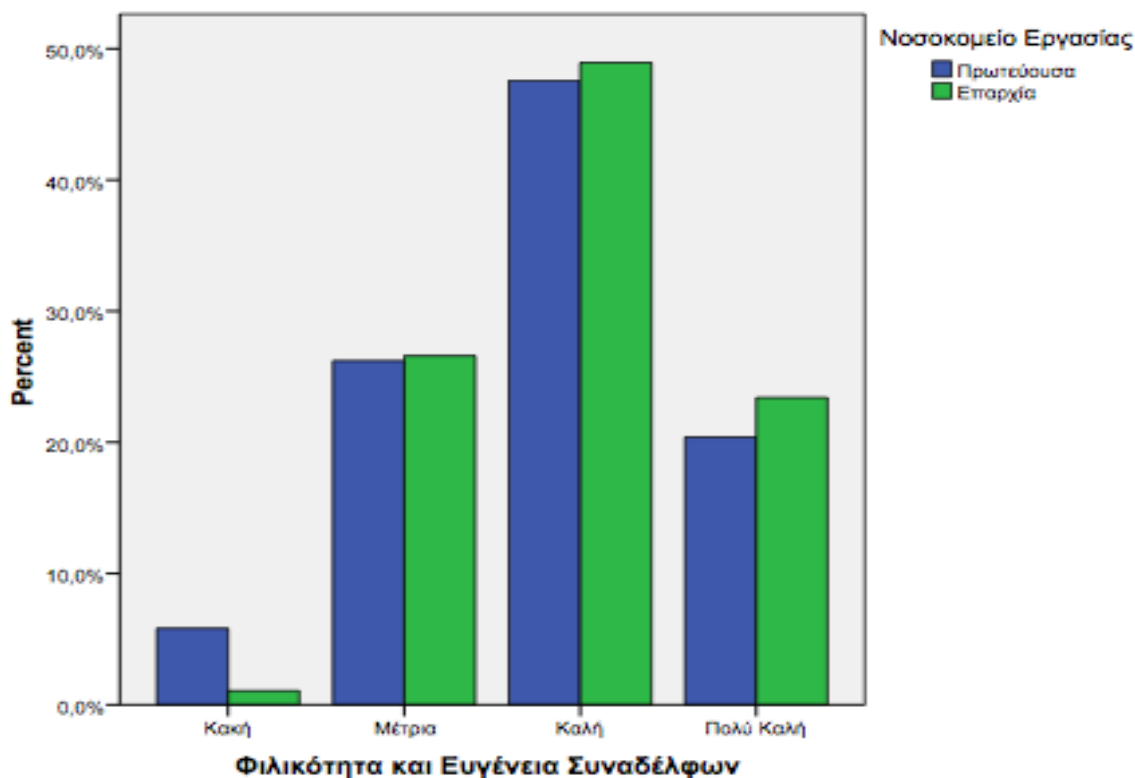




Το κλίμα στο Νοσοκομείο εξαρτάται από τους διεπαγγελματικές σχέσεις σε μεγάλο βαθμό και φαίνεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες του δείγματος βρίσκουν θετική την κατάσταση που επικρατεί στον χώρο εργασίας τους. Οι γυναίκες βρίσκουν στην πλειοψηφία τους τη συνεργασία των συναδέλφων τους καλή, ενώ μικρότερα, όμοια ποσοστά τους θεωρούν ότι είναι πολύ καλή ή μέτρια. Ελάχιστες την βρίσκουν κακή, ενώ εδώ δεν περιέχεται καμία «ανδρική» απάντηση. Οι άνδρες κινούνται σε ανάλογα ποσοστά με τους γυναίκες τους απαντήσεις «μέτρια», «καλή» και «πολύ καλή». Τα ποσοστά πρωτεύουσας και επαρχίας είναι ανάλογα, με λίγο μικρότερη προτίμηση των εργαζομένων εκτός πρωτεύουσας στην τιμή «καλή» και λίγο μεγαλύτερη στην τιμή «πολύ καλή». Γενικά, οι διαφοροποιήσεις δεν είναι άξιες συζήτησης. Ηλικιακά, οι περισσότεροι που βρίσκουν τη συνεργασία καλή είναι οι ανήκοντες στο στάδιο 46+, με τους υπόλοιπους στα ίδια σχεδόν ποσοστά. Μέτρια τη βρίσκουν κυρίως οι ευρισκόμενοι στο στάδιο 26-35, κατ' αναλογία τους τους απαντήσεις. Από την αρνητικότερη τιμή απουσιάζουν οι ηλικίες 18-25 και 46+.

Πίνακες 5.2.1-3: Πως αξιολογείται την φιλικότητα και ευγένεια των συναδέλφων σας;

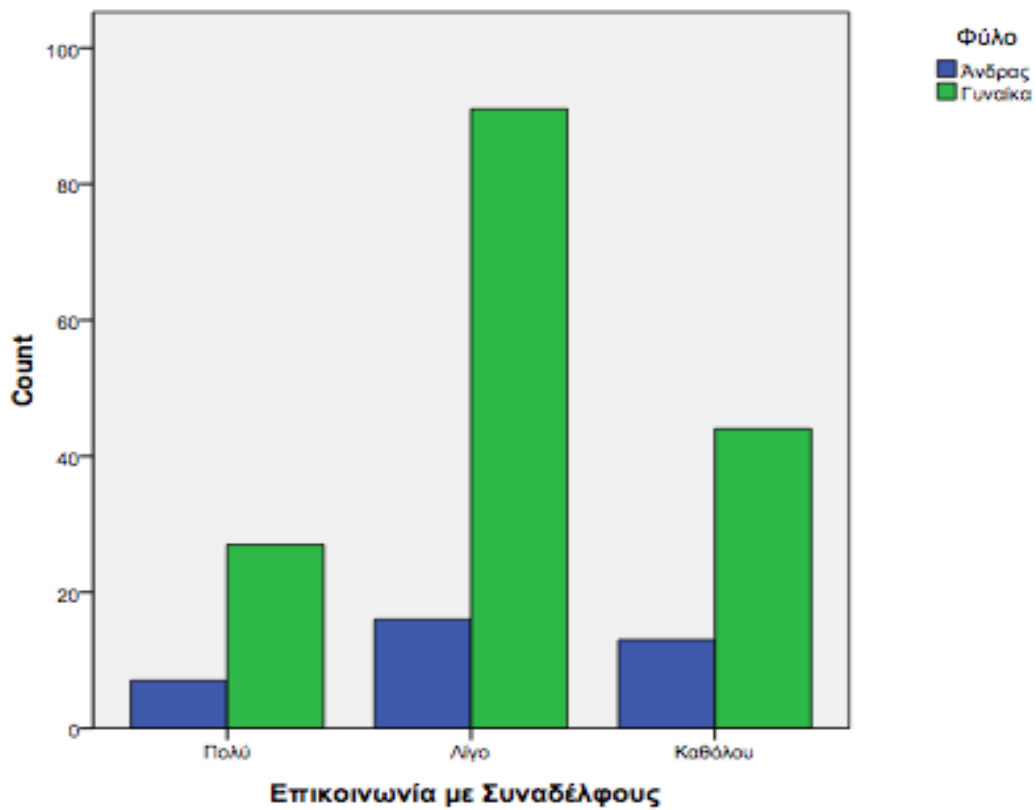


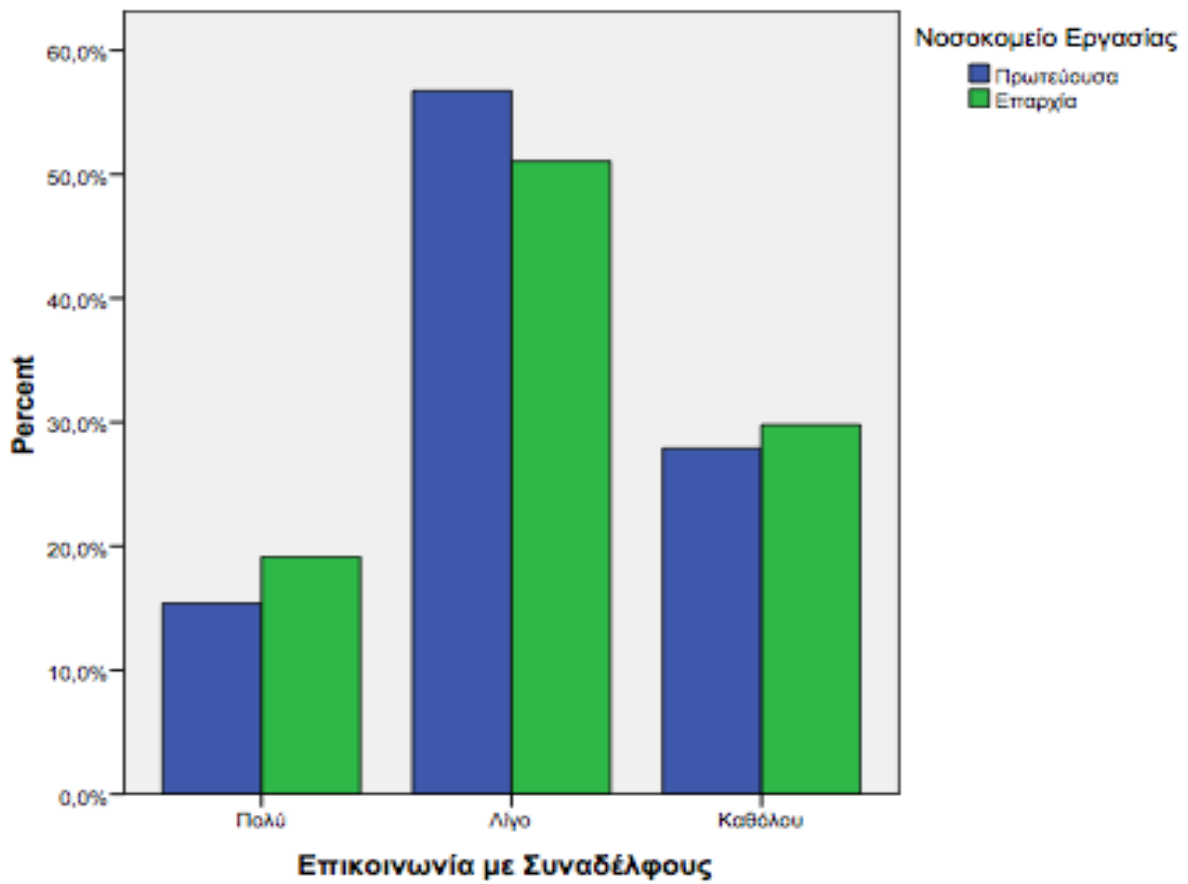
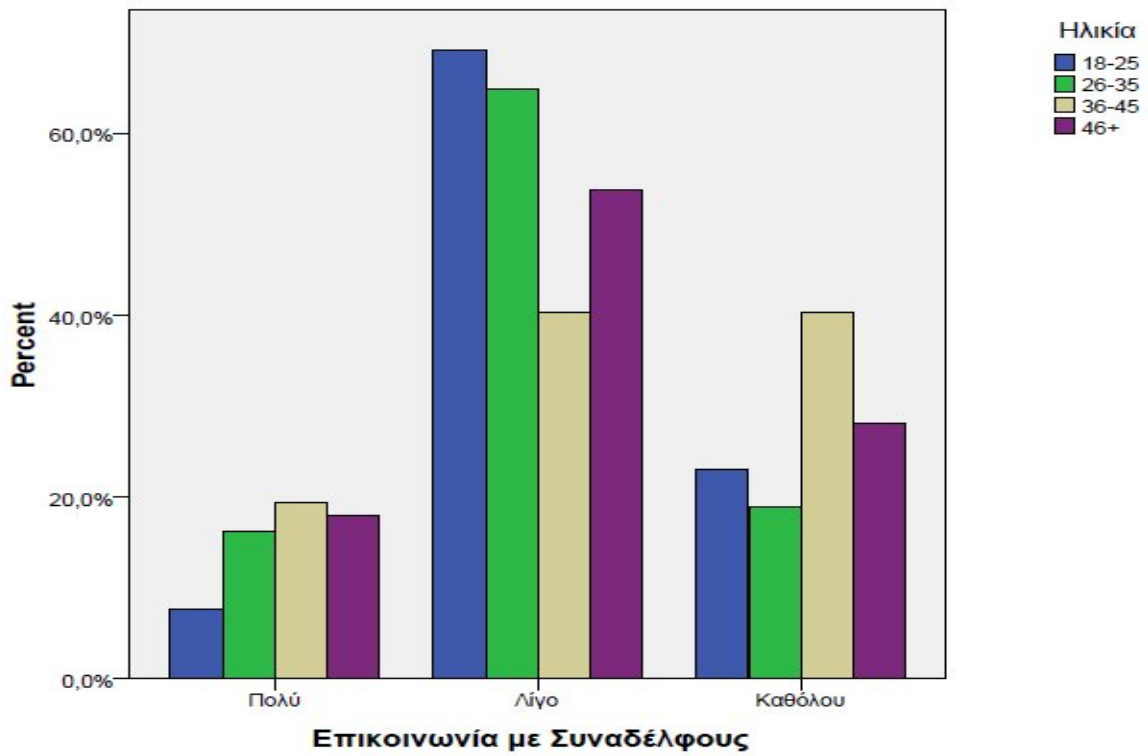


Κανονικά δεν θα έπρεπε να αναμένονται σημαντικές διαφοροποιήσεις απαντήσεων στο συγκεκριμένο ερώτημα, αφού η προθυμία για συνεργασία δεν θα μπορούσε να είναι ανεξάρτητη από την φιλικότητα και την ευγένεια των συναδέλφων. Μπορούμε να σημειώσουμε μια μετακίνηση ποσοστού των ανδρών προς την τιμή «καλή», η οποία υποδεικνύει η προθυμία για συνεργασία δεν συνάδει πάντοτε με τη φιλικότητα και ευγένεια, καθώς κάποιος μπορεί να είναι ευχάριστος και καλός στους τρόπους του, όχι όμως και ιδιαίτερα διατεθειμένος να συνεργαστεί. Οι απαντήσεις των γυναικών αυξάνουν λίγο τα αρνητικά ποσοστά, με ενδυνάμωση των τιμών «μέτρια» και «κακή», παρουσιάζοντας μια αναστροφή της ανδρικής άποψης: βρίσκουν, στο πλαίσιο ίσως ενός πιο αντικειμενικού επαγγελματισμού, την προθυμία για συνεργασία λίγο καλύτερη από τις φιλικές σχέσεις και την ευγένεια. Βεβαίως και εδώ, τις περισσότερες απαντήσεις συγκεντρώνει η τιμή «καλή». Από την αρνητικότερη τιμή απουσιάζουν όπως και προηγουμένως το μικρότερο και μεγαλύτερο ηλικιακό στάδιο, ενώ αυξάνονται κάπως τα ποσοστά των δύο ενδιάμεσων. Τα υψηλότερα ποσοστά στην τιμή «καλή» δίνουν το ηλικιακό στάδιο 36-45 και 46+. Εδώ οι νεότεροι φαίνονται λιγότερο ενθουσιώδεις, ίσως διότι μεγάλο τους ποσοστό επιλέγει την τιμή

«πολύ καλή» αλλά και «μέτρια». Πρωτεύουσα και επαρχία παρουσιάζουν σχετική ομογνωμία, όπως και στο ερώτημα για την πρόθυμη συνεργασία.

Πίνακες 5.3.1-3: Πως αξιολογείτε την επικοινωνία σας με τους συναδέλφους σας;

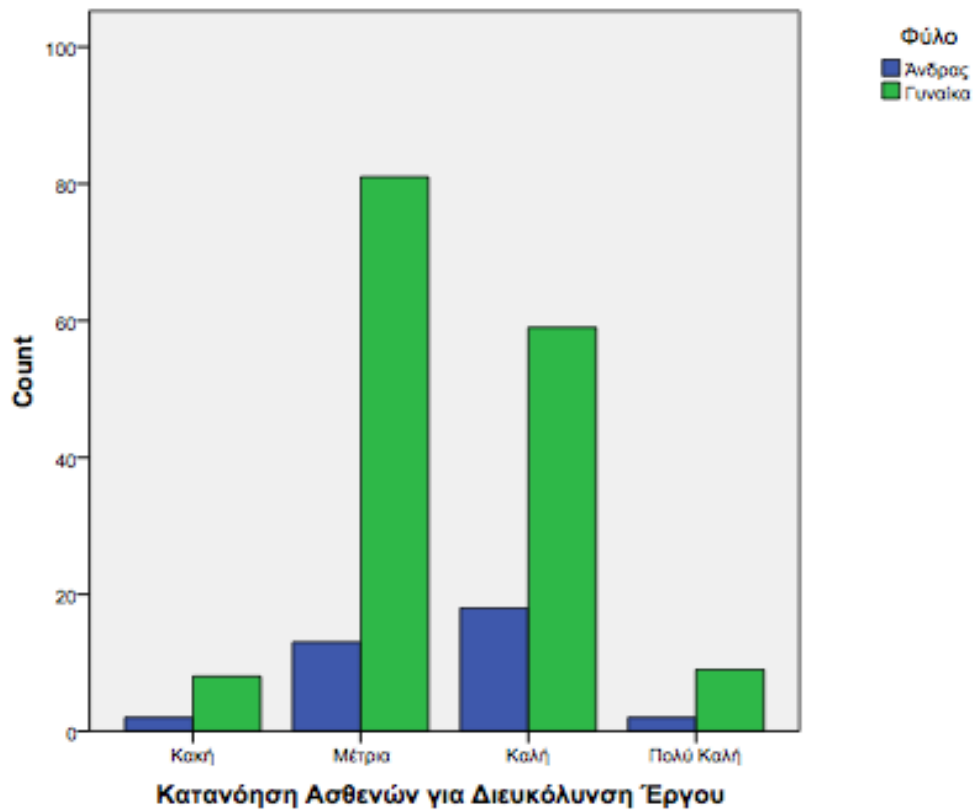


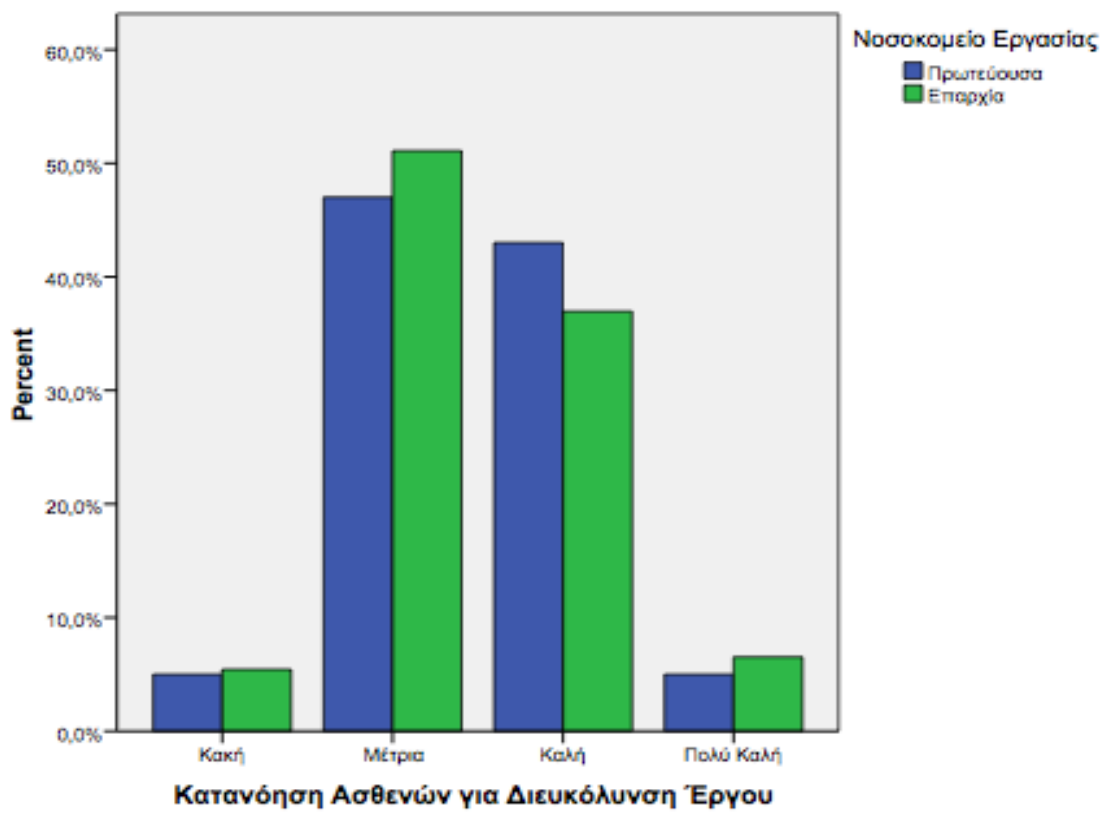
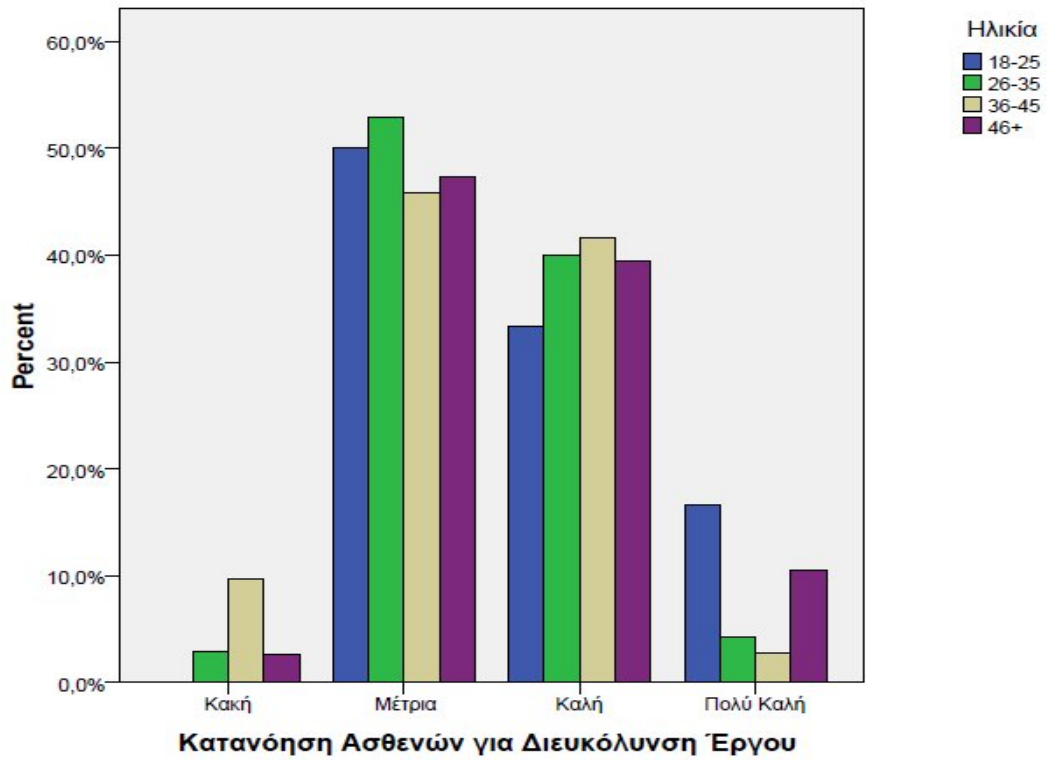


Και εδώ αναμένονταν παρόμοια ποσοστά, διότι χωρίς θετική επικοινωνία δεν μπορούν να εξασφαλιστούν η πρόθυμη συνεργασία και οι καλές και ευγενικές σχέσεις. Το ερώτημα βεβαίως δεν τίθεται με παρόμοιο τρόπο, διότι εδώ το αιτούμενο είναι να εκτιμηθεί πόσο η παράμετρος της επικοινωνίας απαιτεί βελτίωση. Τα αποτελέσματα μπορούν να κριθούν θετικά, αφού οι πιο πολλοί επιθυμούν μικρή βελτίωση του τομέα, ή καθόλου. Δεν είναι ωστόσο λίγοι και εκείνοι που επιθυμούν μεγάλη βελτίωση. Ηλικιακά, ο ενθουσιασμός των νέων επαγγελματιών ή και η επικοινωνιακότερη προδιάθεσή τους βρίσκει μικρή την ανάγκη βελτίωσης, περισσότερο από κάθε άλλον, ενώ ακολουθούν το στάδιο 26-35 και 46+. Θετική και μάλιστα αρκετά είναι η οπτική του σταδίου 36-45, καθώς τα ποσοστά του που συγκεντρώνονται στις τιμές «λίγο» και «καθόλου» είναι όμοια, μάλιστα στη θετικότερη τιμή ξεπερνούν κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Επαρχία και πρωτεύουσα δείχνουν όμοιες απόψεις, με την πρωτεύουσα να ζητάει λίγο μεγαλύτερη βελτίωση, ενώ την επαρχία να βλέπει σε λίγο μεγαλύτερο ποσοστό ότι τα πράγματα πρέπει να μείνουν ως έχουν. Είναι όμως λίγο καλύτερα τα πράγματα στην πρωτεύουσα όσον αφορά στο αίτημα σημαντικής βελτίωσης της επικοινωνίας, καθώς οι εργαζόμενοι στην επαρχία την επιθυμούν σε λίγο μεγαλύτερο ποσοστό.

B.6. Σχέσεις επαγγελματιών υγείας και ασθενών

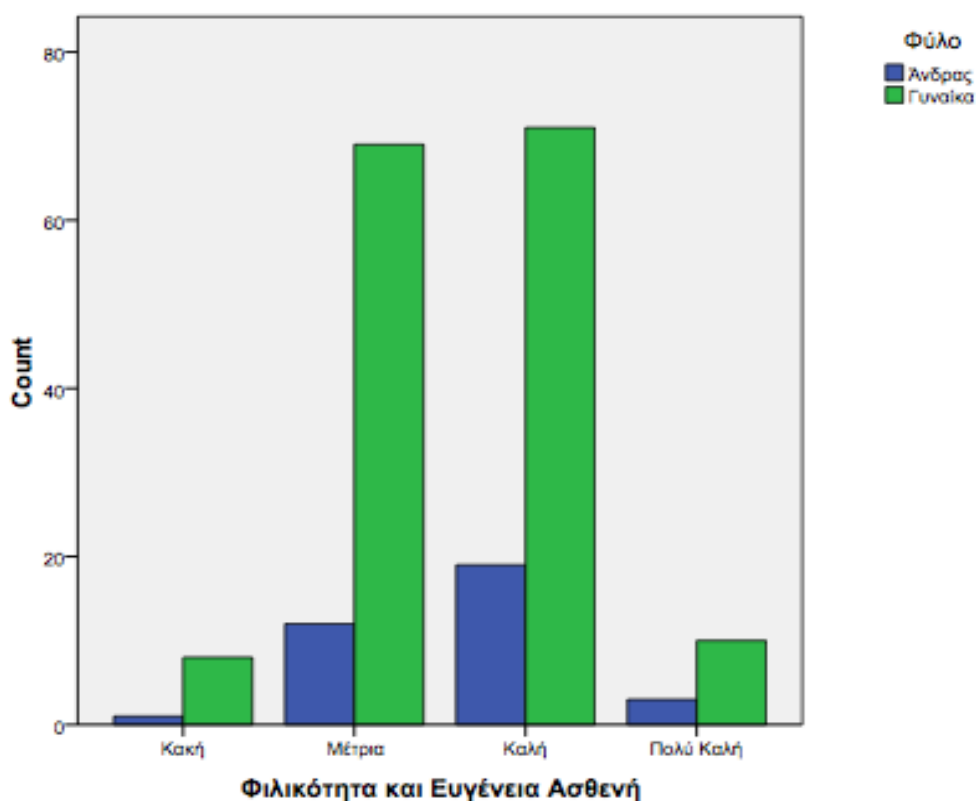
Πίνακες. 6.1.1-3: Πως αξιολογείτε την κατανόηση των ασθενών στη διευκόλυνση του έργου σας;

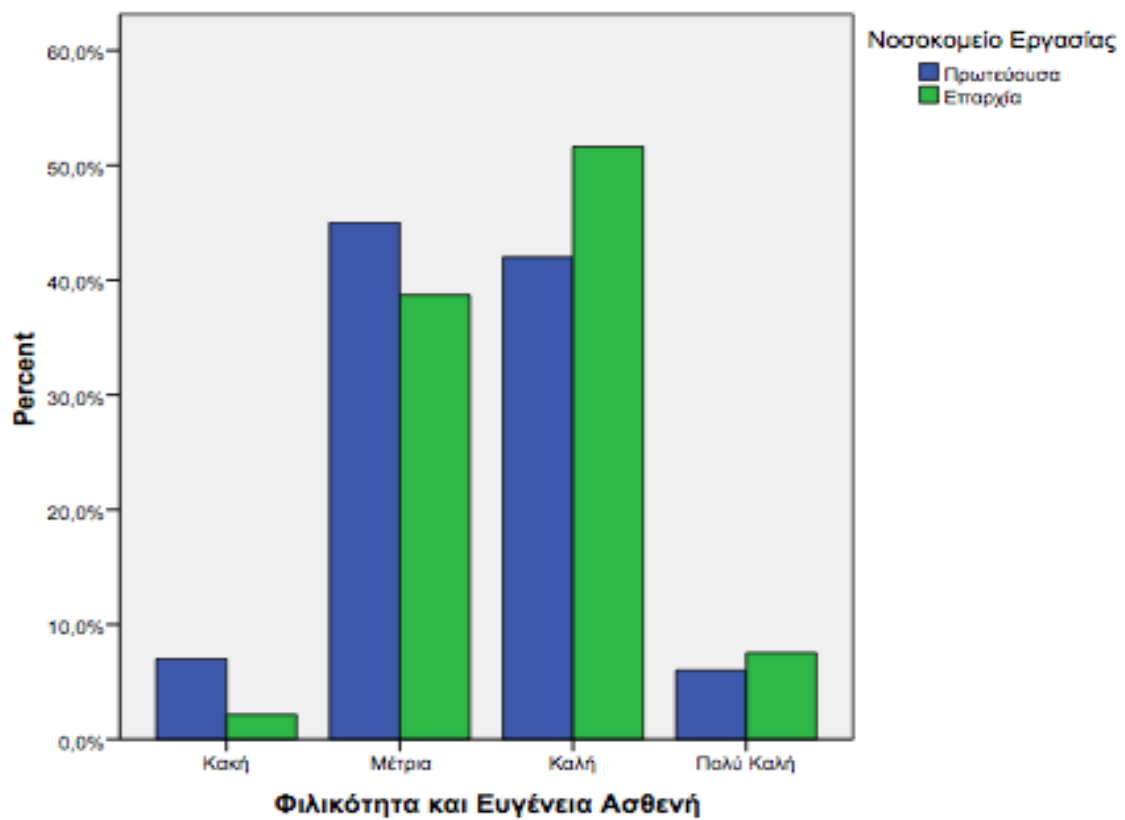
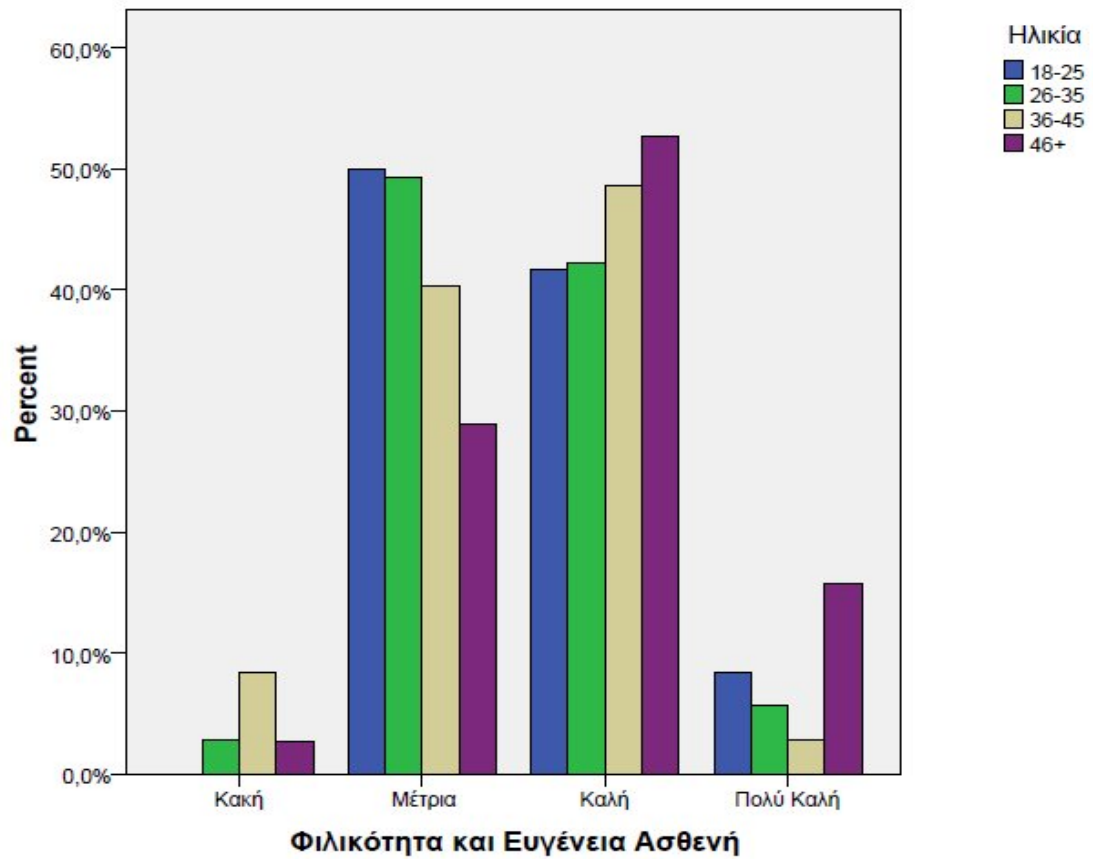




Τα μεγαλύτερα ποσοστά των ερωτηθέντων των δύο φύλων βρίσκουν ότι οι ασθενείς έχουν μέτρια ή καλή κατανόηση των προσπαθειών των επαγγελματιών υγείας, με επακόλουθα ασφαλώς στη διευκόλυνση του έργου τους, ωστόσο διαφαίνεται μια διαφορά μεταξύ τους. Οι άνδρες κινούνται προς την τιμή «καλή» ενώ οι γυναίκες προς την τιμή «μέτρια». Οι ηλικίες θα λέγαμε ότι κινούνται στα ίδια επίπεδα, με μια υποχώρηση του μικρότερου ηλικιακά σταδίου στην τιμή «καλή» και ενδυνάμωση του σταδίου 25-35 στην τιμή «μέτρια». Από την αρνητικότερη τιμή απουσιάζει το μικρότερο ηλικιακό στάδιο, το οποίο αυξάνει τα ποσοστά της θετικότερης περισσότερο από τους υπόλοιπους επαγγελματίες. Στη αρνητικότερη τιμή υπερέχουν εκείνοι του σταδίου 36-45. Η επαρχία θεωρεί την κατανόηση των ασθενών πιο πολύ μέτρια παρά καλή, ενώ η πρωτεύουσα περισσότερο μέτρια και λιγότερο καλή.

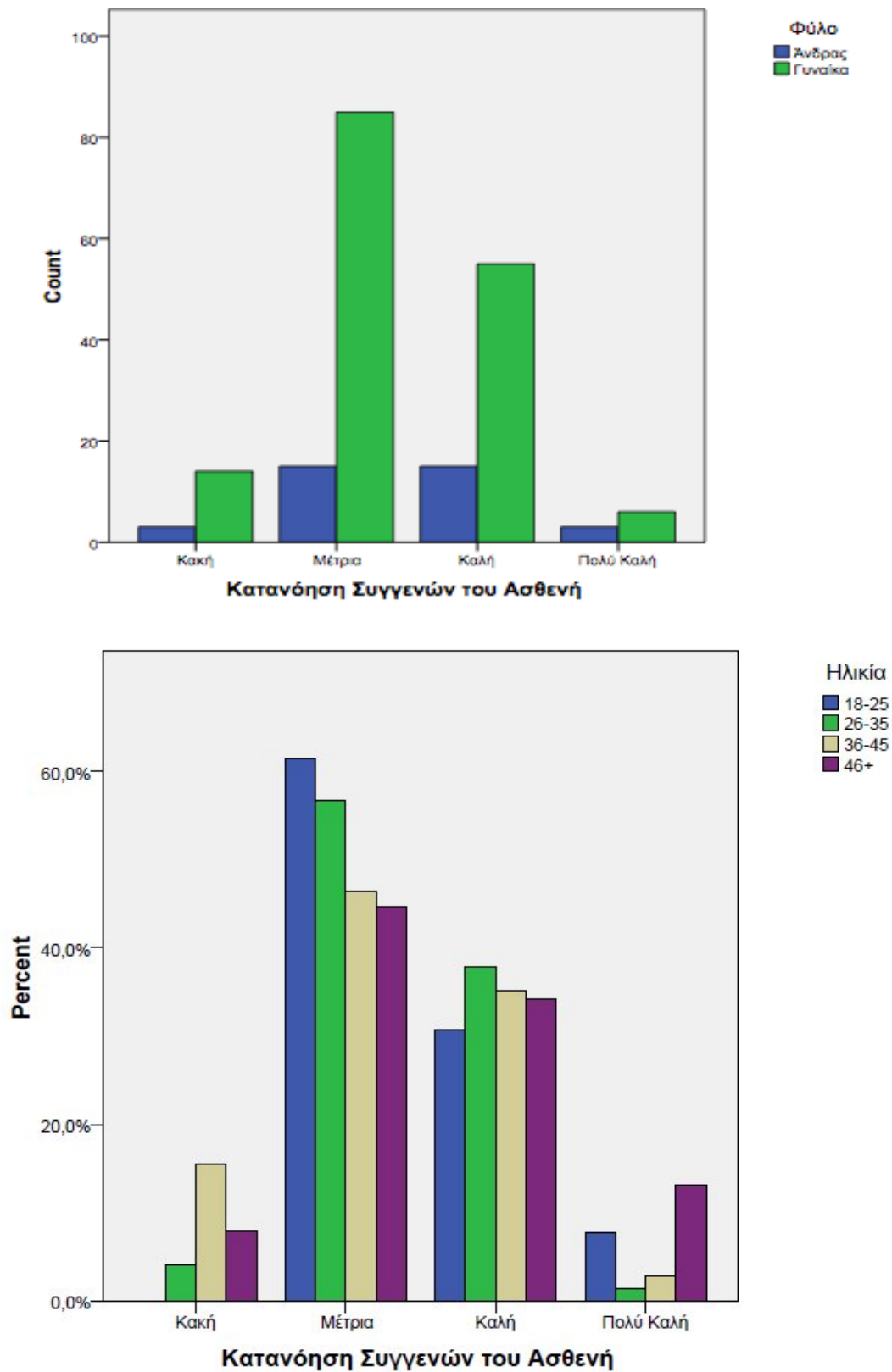
Πίνακας 6.2.1-3: Πως αξιολογείτε την φιλικότητα και ευγένεια των ασθενών;

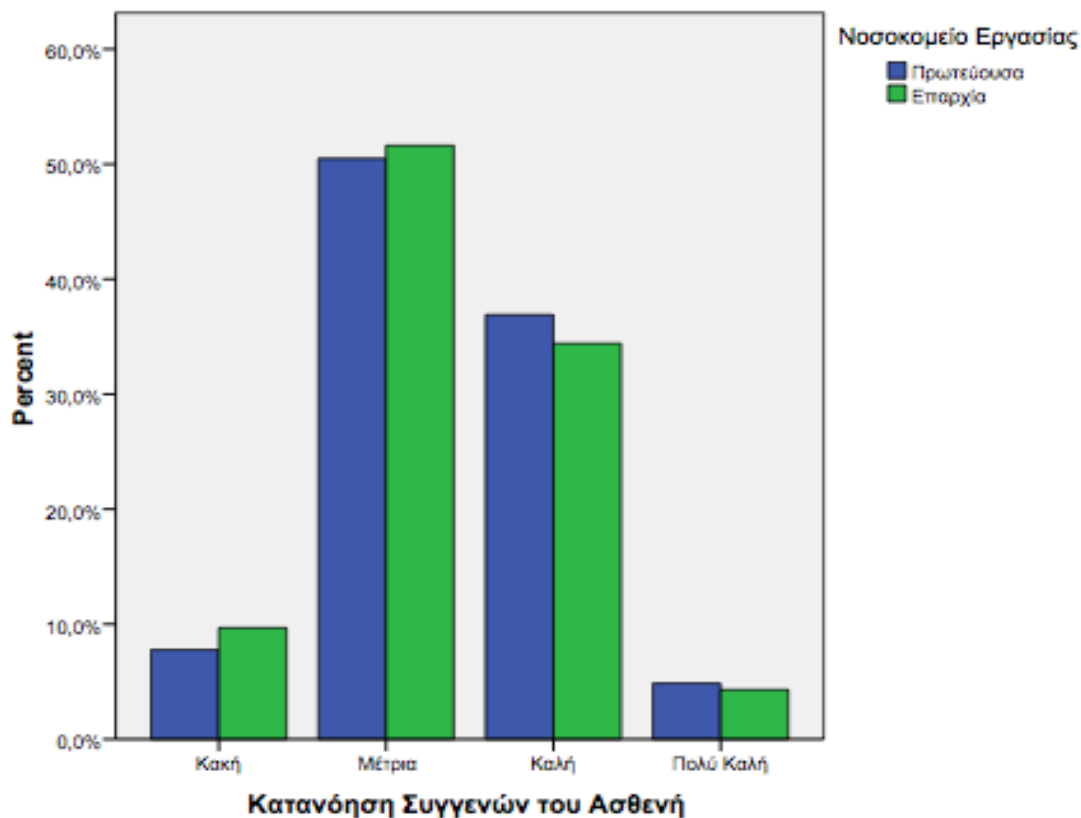




Προφανώς ο βαθμός κατανόησης του έργου των επαγγελματιών υγείας από όπως ασθενείς θα καθορίζει και την ευγένεια και φιλικότητα των τελευταίων. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με εκείνα όπως κατανόησης του έργου, αλλά τώρα οι γυναίκες συμφωνούν με όπως άνδρες όπως δύο ενδιάμεσες τιμές, χωρίς αντιστροφές ποσοστών. Δηλαδή κινούνται και τα δύο φύλα όπως την επιλογή των τιμών «μέτρια» και «καλή», με μεγαλύτερα τα ποσοστά όπως πρώτης, κυρίως για όπως άνδρες και όχι για όπως γυναίκες. Οι γυναίκες επιλέγουν όπως ενδιάμεσες τιμές σε ανάλογο βαθμό. Η διαφορά όπως είναι 2 μόλις άτομα, που προτιμούν την τιμή «καλή». Και εδώ οι απαντήσεις κινούνται μεταξύ μέτριας και καλής, μάλιστα οι γυναίκες έχουν συνεπέστερη άποψη, καθώς μόνο δύο περισσότερες τη βρίσκουν καλή και όχι μέτρια. Όπως παρατηρείται στο διάγραμμα υπερέχουν αριθμητικά όσοι εργαζόμενοι νοσοκομείων όπως επαρχίας βρίσκουν τη φιλικότητα και ευγένεια των θεραπευόμενων καλή ή μέτρια, ενώ μικρά ποσοστά όπως τη θεωρούν πολύ καλή ή κακή. Το ότι περισσότεροι, έστω και με μικρή διαφορά, τη βρίσκουν καλή από όσο μέτρια συνάδει με όπως εκτιμήσεις ανά φύλο. Αυτό που μπορεί να παρατηρηθεί ωστόσο είναι ότι κακή τη βρίσκουν κατά μεγάλη συγκριτικά απόκλιση τιμών οι εργαζόμενοι στην πρωτεύουσα από εκείνους που απασχολούνται στην επαρχία, ίσως διότι παίζουν ρόλο οι γενικότερες σχέσεις των ανθρώπων σε αυτά τα δύο κοινωνικά πλαίσια. Ηλικιακά οι νεότεροι απουσιάζουν από την αρνητικότερη τιμή, ενώ υπερέχει εκεί το στάδιο 36-45. Καλή βρίσκουν τη φιλικότητα και ευγένεια του ασθενή κυρίως οι μεγαλύτεροι ηλικιακά (46+), όπως και πολύ καλή, ενώ μέτρια οι μικρότεροι ηλικιακά.

Πίνακας 6.3.1-3: Πως αξιολογείτε την κατανόηση των συγγενών του ασθενή απέναντι στο έργο σας;

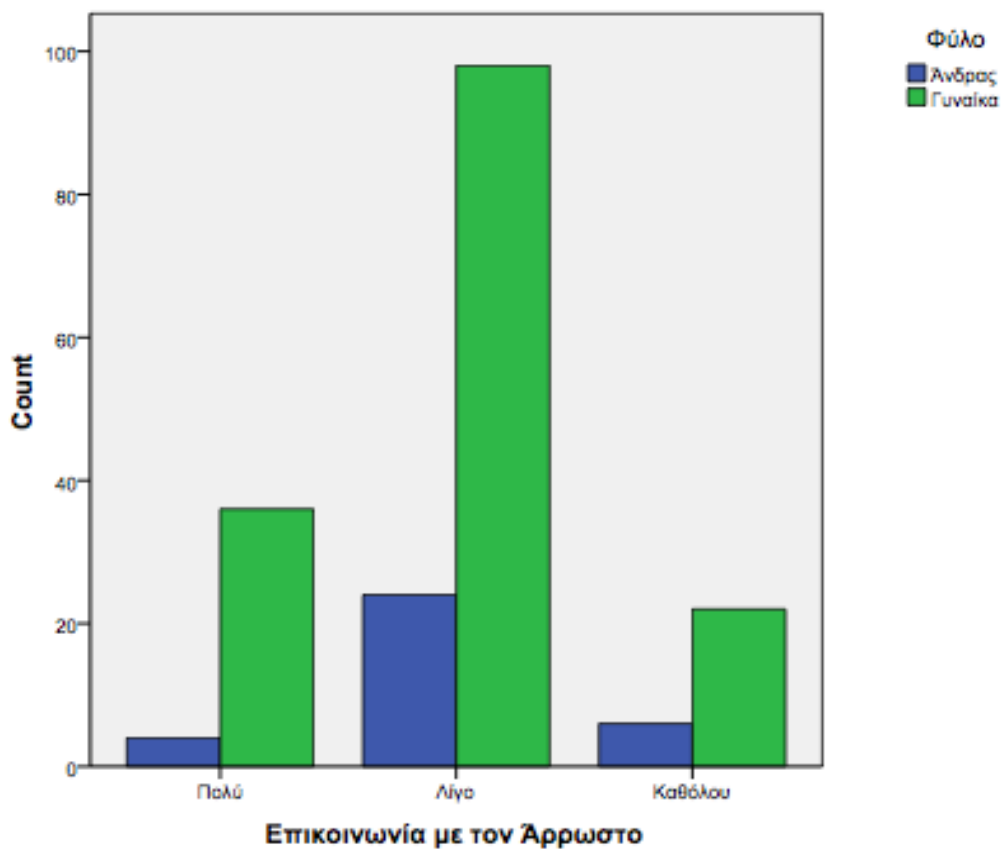


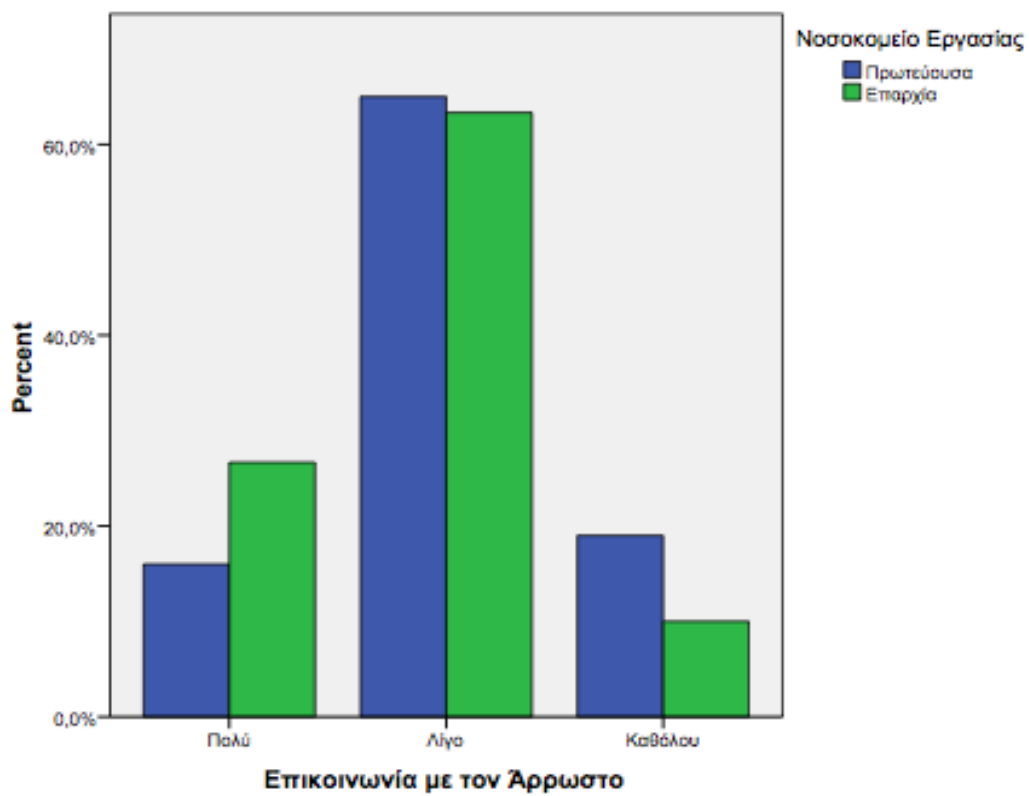
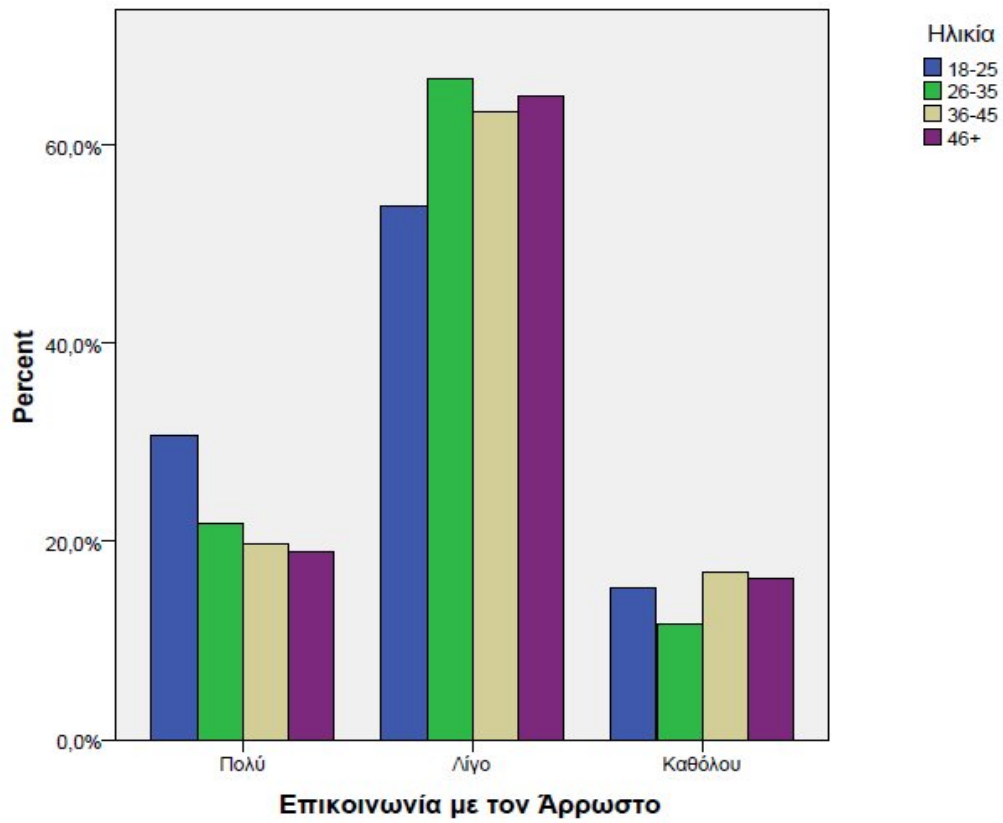


Αποκτά ενδιαφέρον να συγκριθεί η κατανόηση των συγγενών των νοσηλευόμενων με αυτή των ασθενών, αν και εδώ μπορεί να υπάρξει κάποια σύγχυση ανάμεσα στην κατανόηση για το ιατρονοσηλευτικό έργο και τη φιλική και ευγενική συμπεριφορά. Πάντως με όποια από τις παραμέτρους αυτές και αν συγκριθεί, τα ποσοστά φαίνονται ανάλογα αν βασιστούμε στο ότι συγκεντρώνονται στις δύο ενδιάμεσες ομάδες απαντήσεων (μέτρια και καλή), αλλά με μία διαφορά. Η κατανόηση / συμπεριφορά των συγγενών είναι περισσότερο μέτρια (π.χ. 86 γυναίκες) παρά καλή (π.χ. 58 γυναίκες), ενώ οι ασθενείς έδωσαν καλύτερες επιδόσεις στην απάντηση που αφορούσε στην «καλή». Προκύπτει ασφαλώς το ερώτημα: κατανοούν και σέβονται περισσότερο οι ασθενείς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από όσο οι συγγενείς τους; Βεβαίως η διαφοροποίηση αυτή αφορά μόνο στις γυναίκες, καθώς οι άνδρες δεν παρουσιάζουν στο θέμα των συγγενών διαφοροποιημένα ποσοστά. Το γράφημα πρωτεύουσας-επαρχίας έρχεται να δείξει ότι οι αντιλήψεις για τη συμπεριφορά συγγενών είναι ανάλογες ανάμεσα στις δύο επικράτειες. Οι εργαζόμενοι στην πρωτεύουσα και την επαρχία θεωρούν την κατανόηση εκ μέρους των συγγενών περισσότερο μέτρια παρά καλή, αλλά υπάρχει ελαφρά αντιστροφή στην κάθε κατηγορία ανά επικράτεια. Δηλαδή, ενώ μέτρια θεωρείται περισσότερο η κατανόηση στην επαρχία από όσο στην πρωτεύουσα, καλή

θεωρείται περισσότερο στην πρωτεύουσα παρά στην επαρχία. Η ουσία είναι ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι νοσοκομειακοί υπάλληλοι βρίσκουν την κατανόηση των συγγενών των ασθενών μέτρια. Ηλικιακά, οι νεότεροι απουσιάζουν από την αρνητικότερη τιμή, ενώ οι ίδιοι και οι ευρισκόμενοι στο στάδιο 46+ είναι οι περισσότεροι που προτιμούν τη θετικότερη τιμή. Στην τιμή «μέτρια» τα ποσοστά των ηλικιών είναι αντιστρόφως ανάλογα προς την αύξηση του ηλικιακού σταδίου, ενώ στην τιμή «καλή» η εικόνα είναι ανάλογη, αλλά με εξαίρεση το νεότερο ηλικιακό στάδιο που φαίνεται λιγότερο ευχαριστημένο.

Πίνακας 6.4.1-3: Πως αξιολογείτε την επικοινωνία σας με τον άρρωστο;



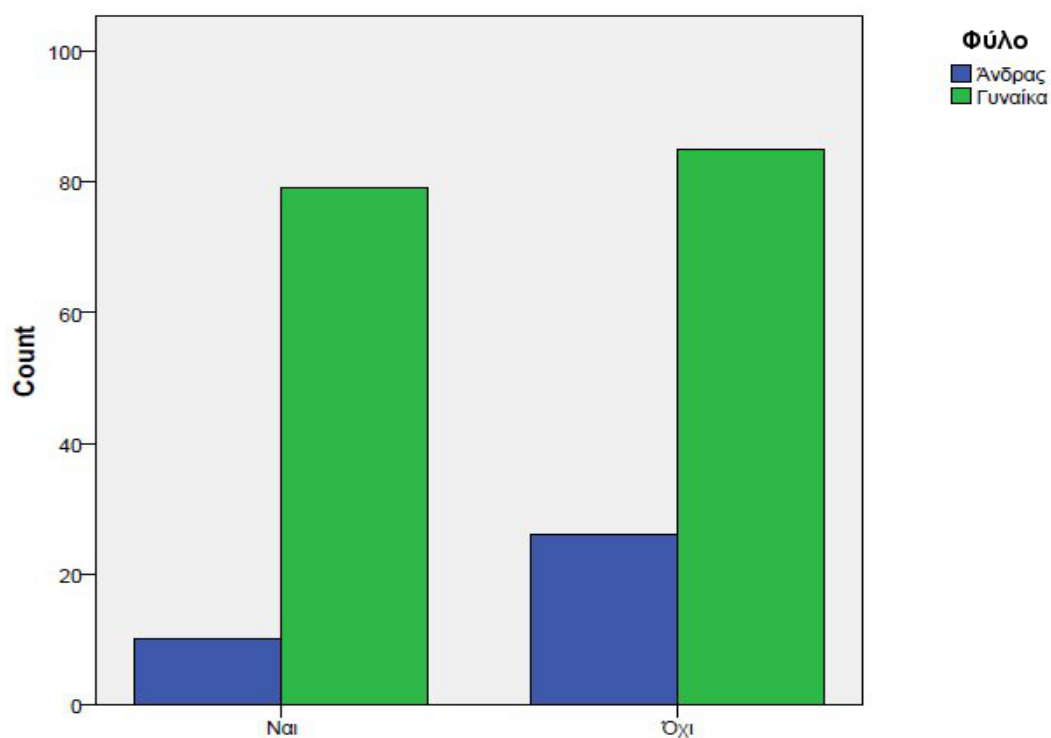


Κατόπιν των παραπάνω ευρημάτων και με σκοπό να διακριθεί εάν ζητούνται βελτιώσεις στον τομέα της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, τέθηκε το σχετικό ερώτημα και η μέση τιμή (λίγο) συγκέντρωσε τις περισσότερες απαντήσεις. Αν στο «λίγο» προστεθεί το «καθόλου», τότε η ενίσχυση της τρέχουσας θετικής όψης των πραγμάτων γίνεται μεγαλύτερη, καθώς είναι λίγοι συγκριτικά όσοι βρίσκουν ότι η επικοινωνία τους πρέπει να διαφοροποιηθεί δραματικά. Πάντως είναι κυρίως οι γυναίκες που ζητούν τη βελτίωση της επικοινωνίας, δεδομένης της συγκέντρωσής τους στην αρνητικότερη τιμή (πολύ), ενώ οι άνδρες δεν βρίσκουν προφανώς τόσα πολλά προβλήματα σε αυτή τη σχέση / επαφή. Η ουσία είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων βλέπει μικρές ανάγκες βελτίωσης της σχέσης αυτής. Ίσως αυτό το αίτημα μικρής βελτίωσης κάνει τους ερωτηθέντες να κινούνται προς την τιμή «μέτρια» στις προηγούμενες απαντήσεις τους παρά προς την τιμή «καλή». Όπως δε και στην εξέταση ανά φύλο, αυτοί που ζητούν δραστική αλλαγή είναι περισσότεροι από εκείνους που δεν ζητούν αλλαγή. Αν προστεθούν οι προτιμήσαντες το «λίγο» σε αυτούς του «καθόλου», τα πράγματα δεν φαίνεται να είναι άσχημα, αλλά πρέπει να παρατηρηθεί το εξής: η κατάσταση στην επαρχία είναι φαινομενικά χειρότερη, αφού «καθόλου» απαντούν λιγότεροι από όσο στην πρωτεύουσα, ενώ «πολύ» απαντούν περισσότεροι. Βεβαίως στην ενδιάμεση τιμή της μικρής ανάγκης για βελτίωση συγκεντρώνονται στις δύο επικράτειες ανάλογα ποσοστά. Όσο για τις ηλικίες, τη μεγαλύτερη ανάγκη για διαφοροποίηση της επικοινωνίας με τον άρρωστο δείχνουν οι μικρότεροι ηλικιακά, ενώ όσο αυξάνεται το ηλικιακό αυτό στάδιο το αίτημα εξασθενεί κατά τι. Μικρή βελτίωση ζητούν σε ισάριθμα ποσοστά τα τρία μεγαλύτερα ηλικιακά στάδια.

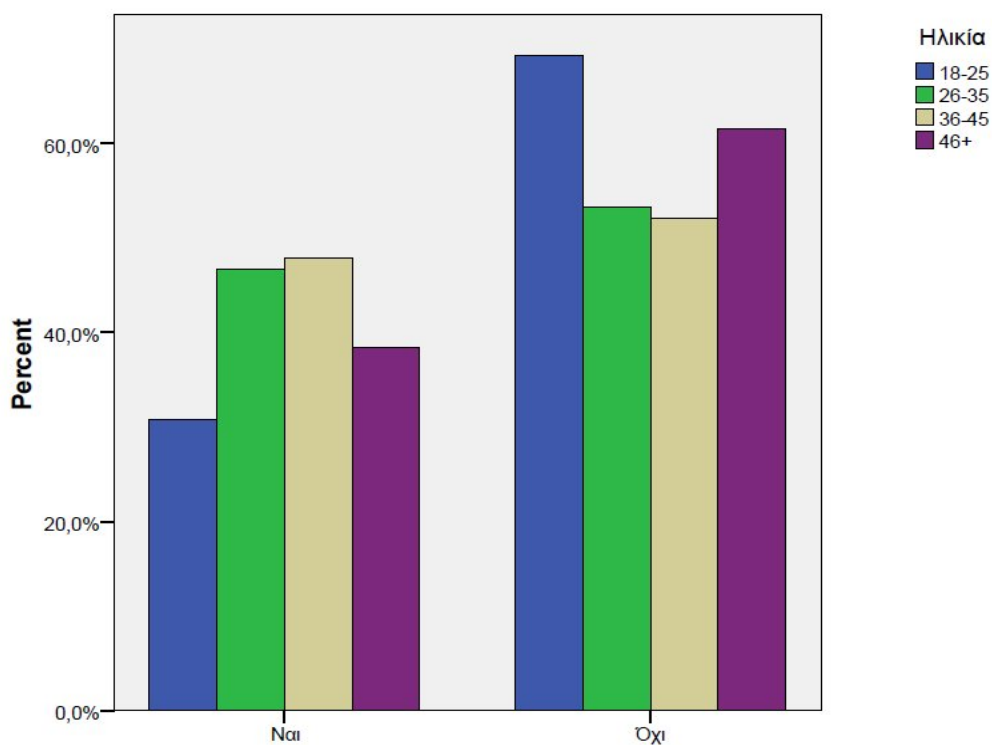
Πίνακες 6.5.

Είναι ενδιαφέρον να εκτιμηθεί πώς οι επαγγελματίες υγείας κρίνουν τον χαρακτήρα τους, καθώς η συμπεριφορά τους θα έχει μεγάλη σχέση με την ανταπόκριση συναδέλφων και ασθενών / συγγενών τους, την οποία είδαμε στα προηγούμενα γραφήματα.

Πόσο επηρεάζει η ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση την σχέση σας με τον ασθενή;



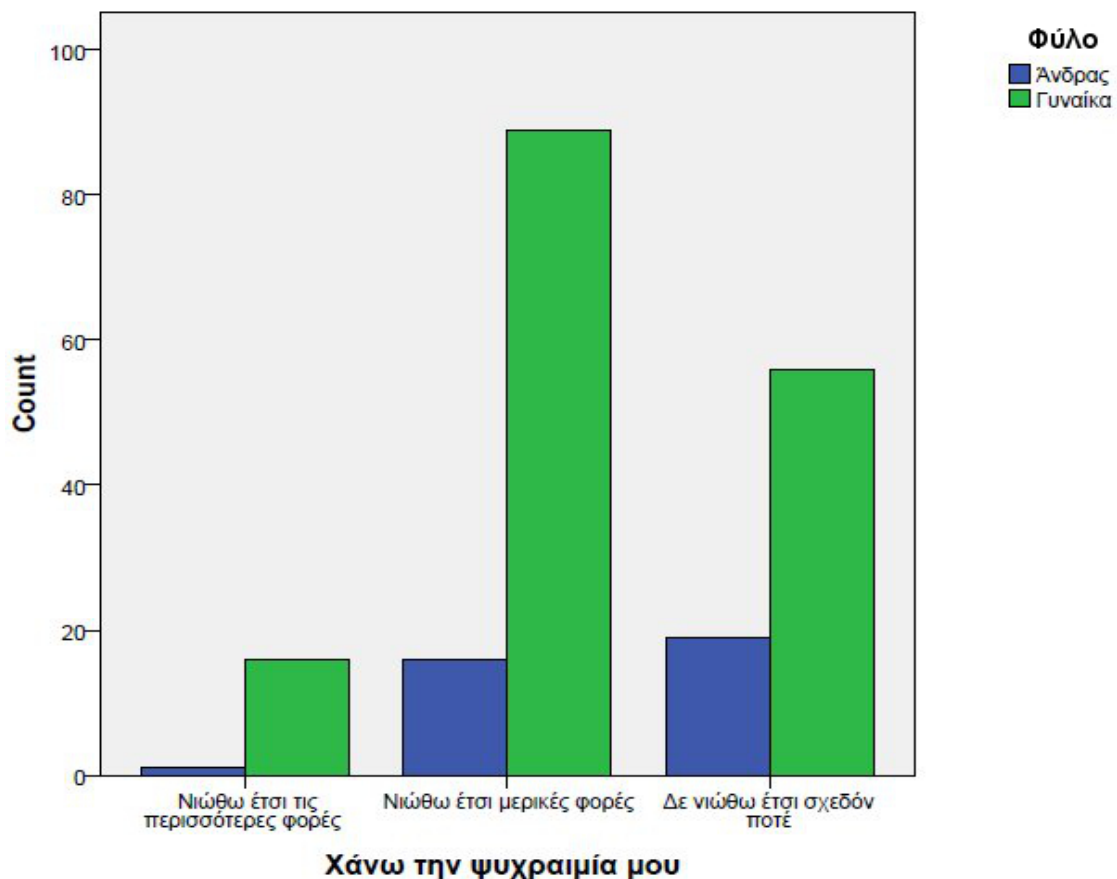
Η ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση επηρεάζει τη σχέση σας με τον ασθενή;

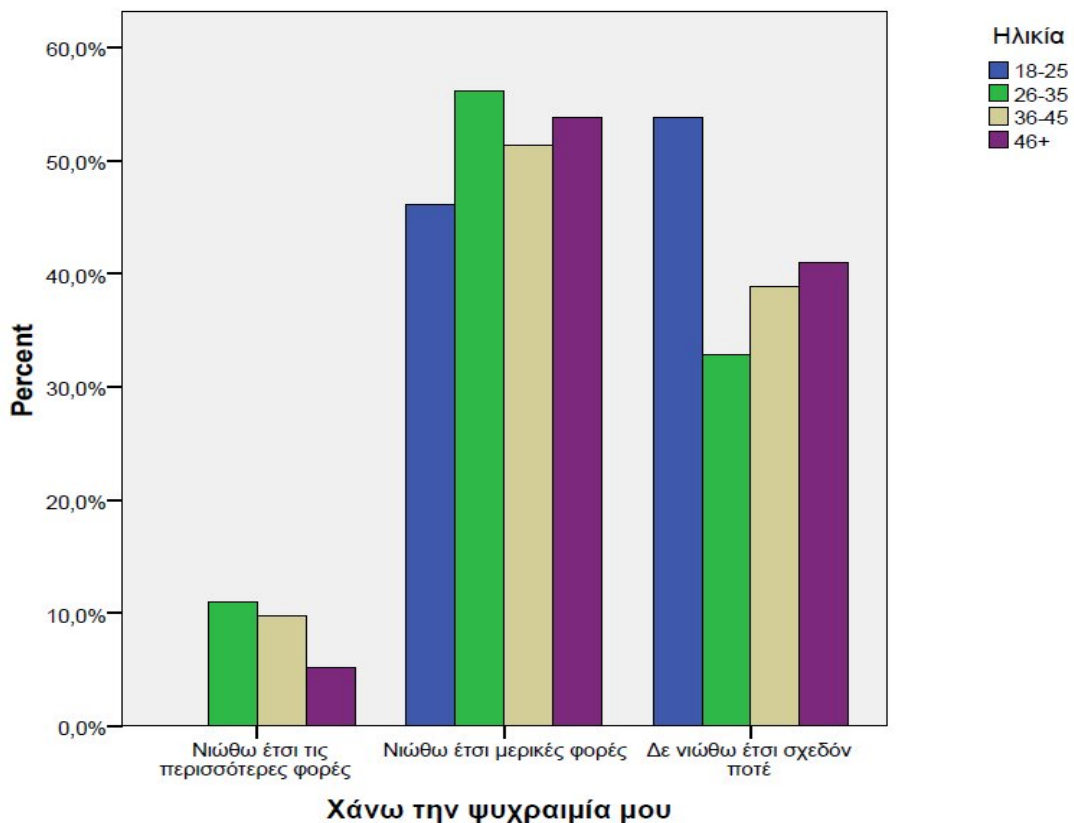


Η ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση επηρεάζει τη σχέση σας με τον ασθενή;

Είναι ενδιαφέρον το ότι οι επαγγελματίες παρουσιάζουν μικρές διαφοροποιήσεις στην αντίληψη για την επίδραση της ψυχικής/συναισθηματικής τους κατάστασης στη σχέση τους με τους ασθενείς, καθώς οι απαντήσεις τους σχεδόν ισομοιράζονται ανάμεσα στο «ναι» και το «όχι», αν και μάλλον οι θεωρούντες ότι δεν τίθεται θέμα επίδρασης είναι περισσότεροι και το ποσοστό τους αυξάνεται από τις απαντήσεις των ανδρών. Οι γυναίκες αμφιταλαντεύονται προφανώς λίγο περισσότερο αλλά και αυτές θεωρούν τον τρόπο που αισθάνονται μάλλον ανεξάρτητο από τη διαμόρφωση της σχέσης τους με τον ασθενή. Αποκτά ενδιαφέρον ότι οι περισσότεροι που κρίνουν την αλληλεπίδραση μη σημαντική είναι οι νεότεροι και οι μεγαλύτεροι, ενώ τα δύο ενδιάμεσα στάδια θεωρούν ότι υφίσταται αλληλεπίδραση.

Πώς αξιολογείτε την αίσθηση απώλειας της ψυχραιμίας σας στο νοσοκομειακό χώρο;

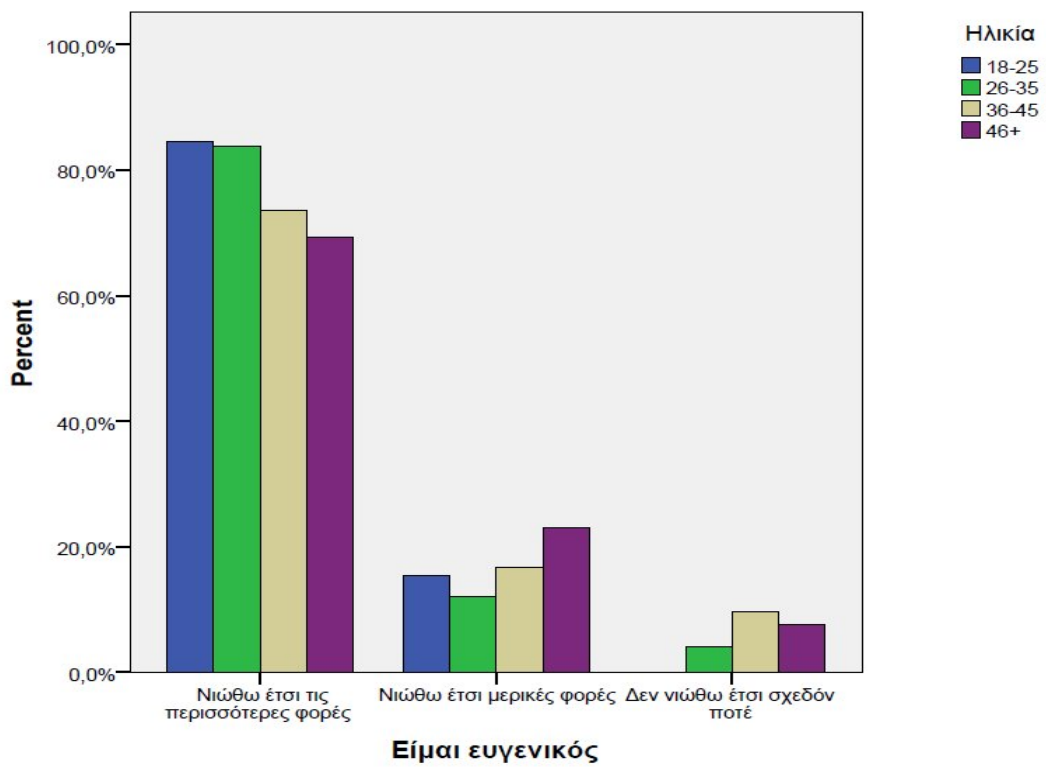
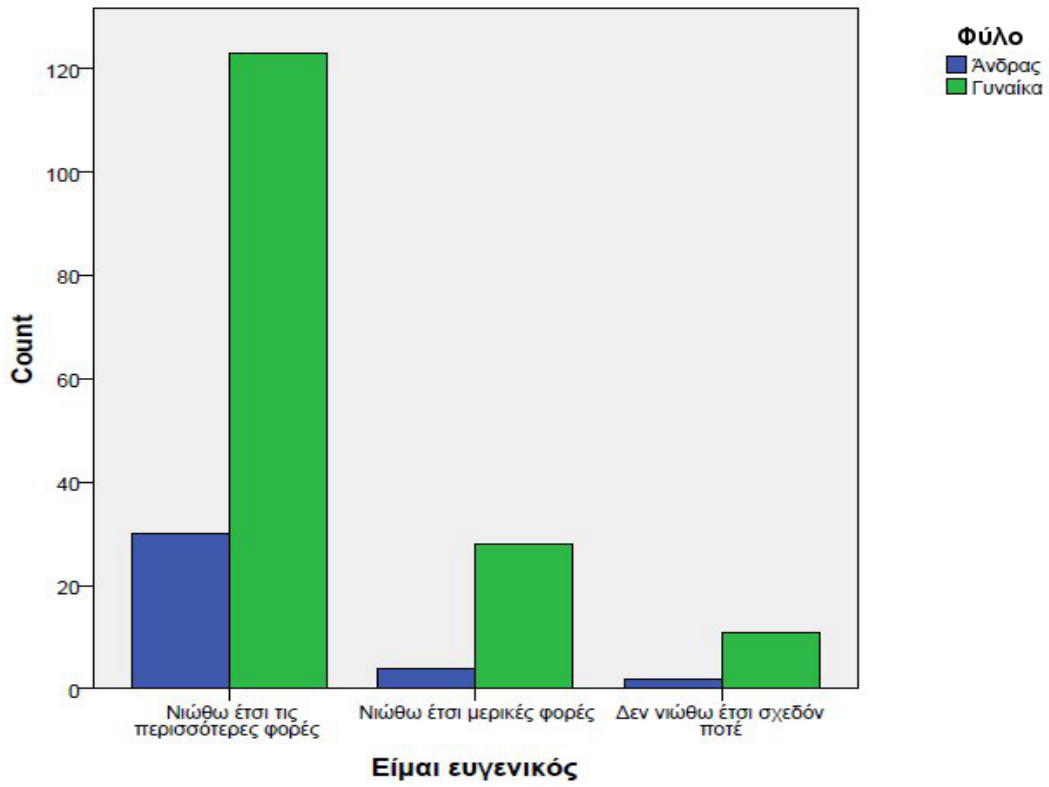




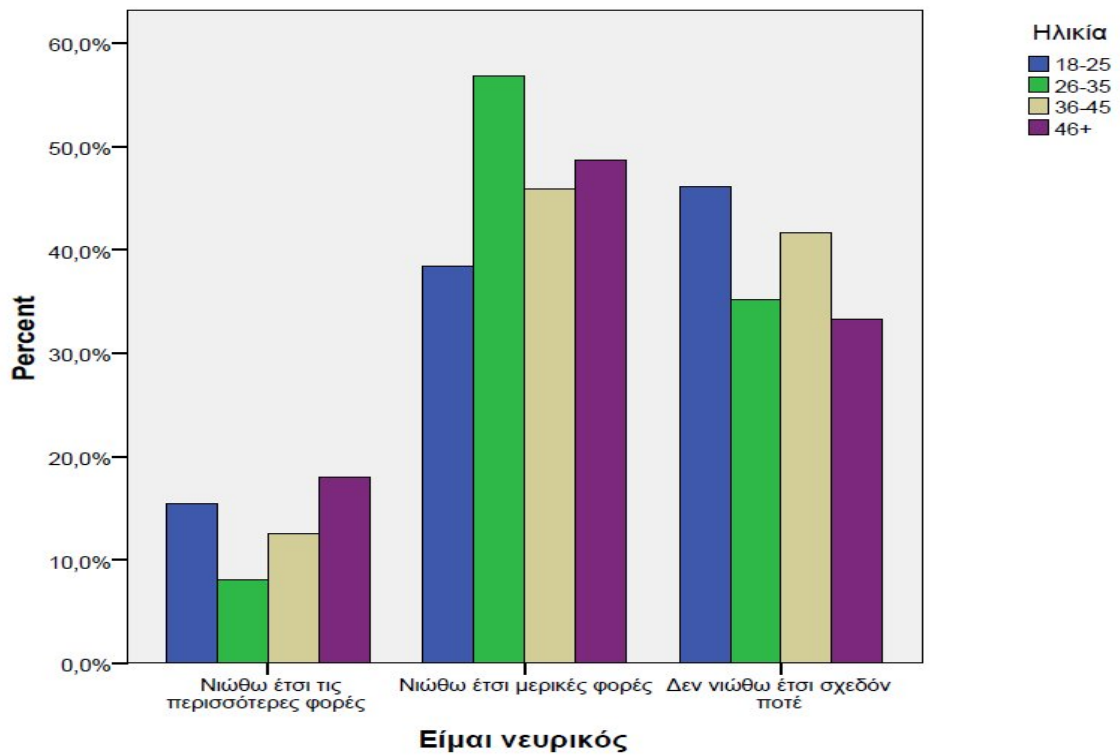
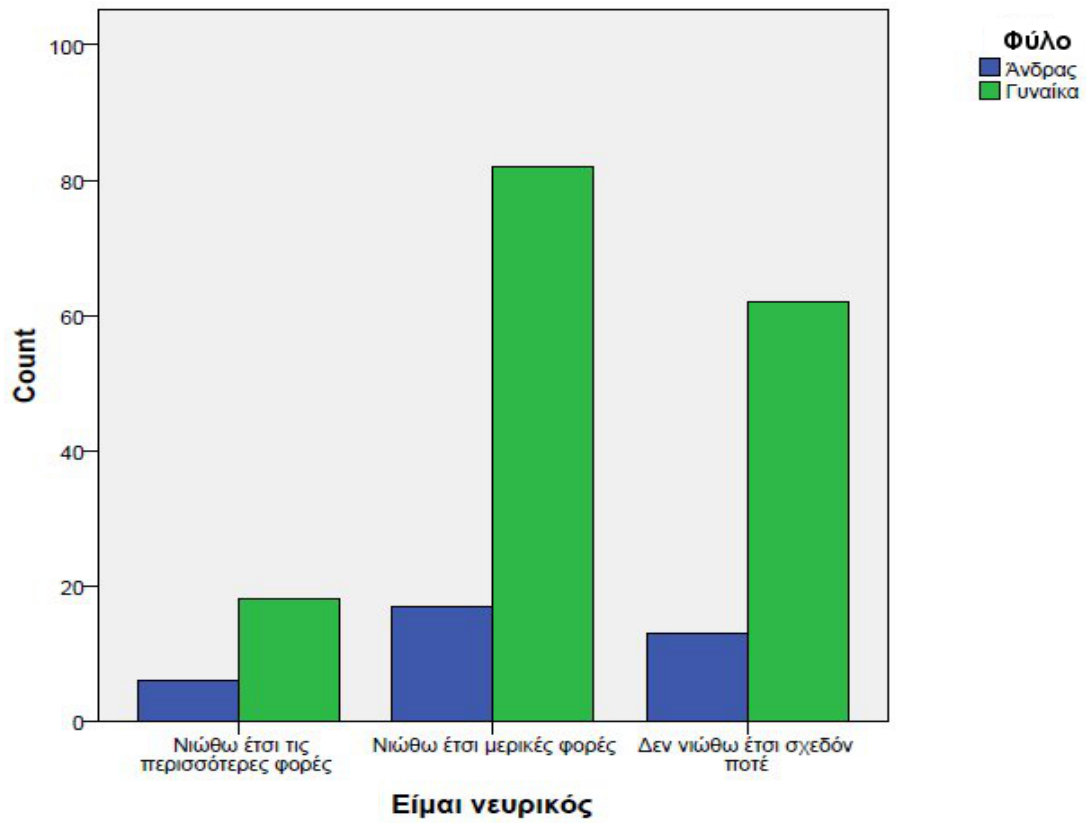
Οι περισσότεροι επαγγελματίες θεωρούν ότι σε γενικές γραμμές κρατούν την ψυχραιμία τους, καθώς αισθάνονται ότι τη χάνουν μερικές φορές ή σχεδόν ποτέ. Να την κρατούν πάντως στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται ότι δηλώνουν βεβαιότητα πολύ λιγότεροι άνδρες από όσο γυναίκες, ενώ στις δύο άλλες τιμές υπάρχει μικρή αντιστροφή: πιο πολλές γυναίκες θεωρούν ότι τη χάνουν κάποιες φορές ενώ λίγο περισσότεροι άνδρες θεωρούν ότι δεν τη χάνουν σχεδόν ποτέ. Για τις ηλικίες μπορεί να ειπωθεί ότι οι νεότεροι απουσιάζουν από την αρνητικότερη τιμή και συγκεντρώνονται στο μεγαλύτερο ποσοστό της θετικότερης. Για τις άλλες ηλικίες φαίνεται ότι η ψυχραιμία αποτελεί κατάκτηση της ηλικιακής πορείας από τους νεότερους στους μεγαλύτερους. Είναι πάντως σημαντικό το ποσοστό των 46+ που αισθάνονται να χάνουν την ψυχραιμία τους μερικές φορές.

Αμεσότερη αυτοκριτική όσον αφορά σε προσωπικά χαρακτηριστικά πραγματοποιούν οι επαγγελματίες υγείας στα ερωτήματα που ακολουθούν και αντικατοπτρίζονται σε αντίστοιχα γραφήματα. Κρίνουν, δηλαδή, την ευγένεια, τη νευρικήτητα και τον συνολικότερο χαρακτήρα τους.

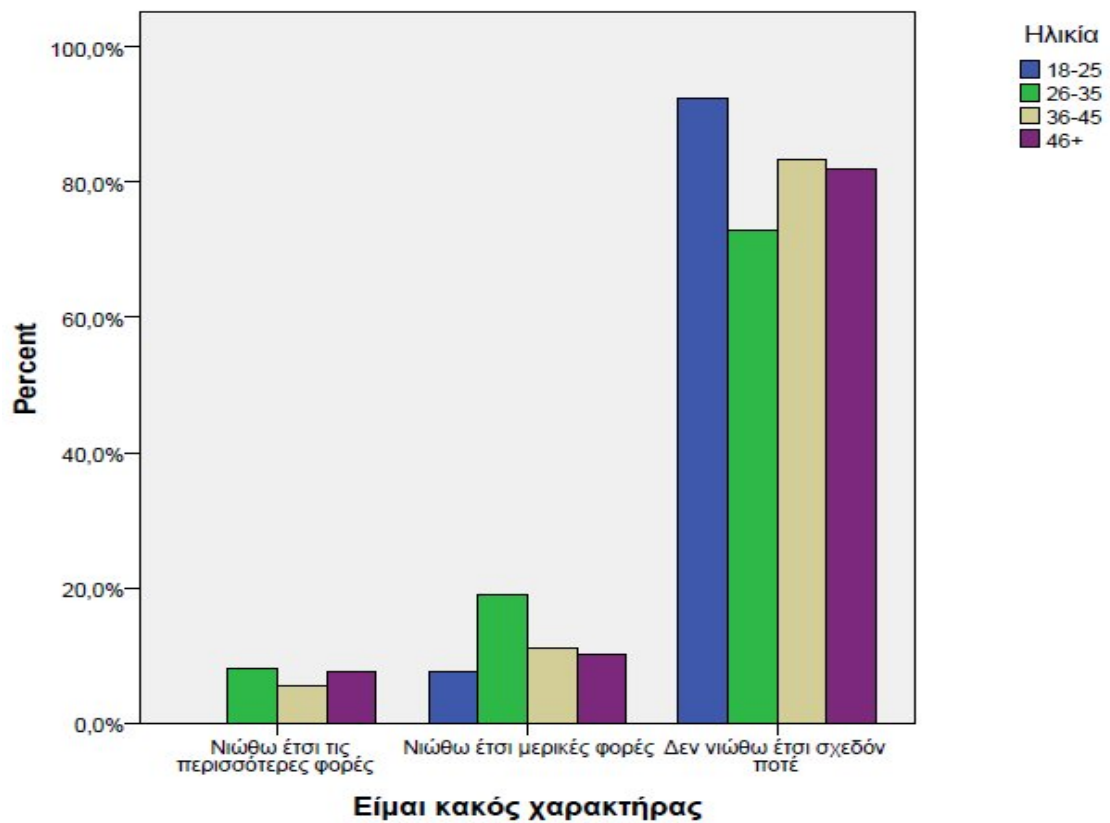
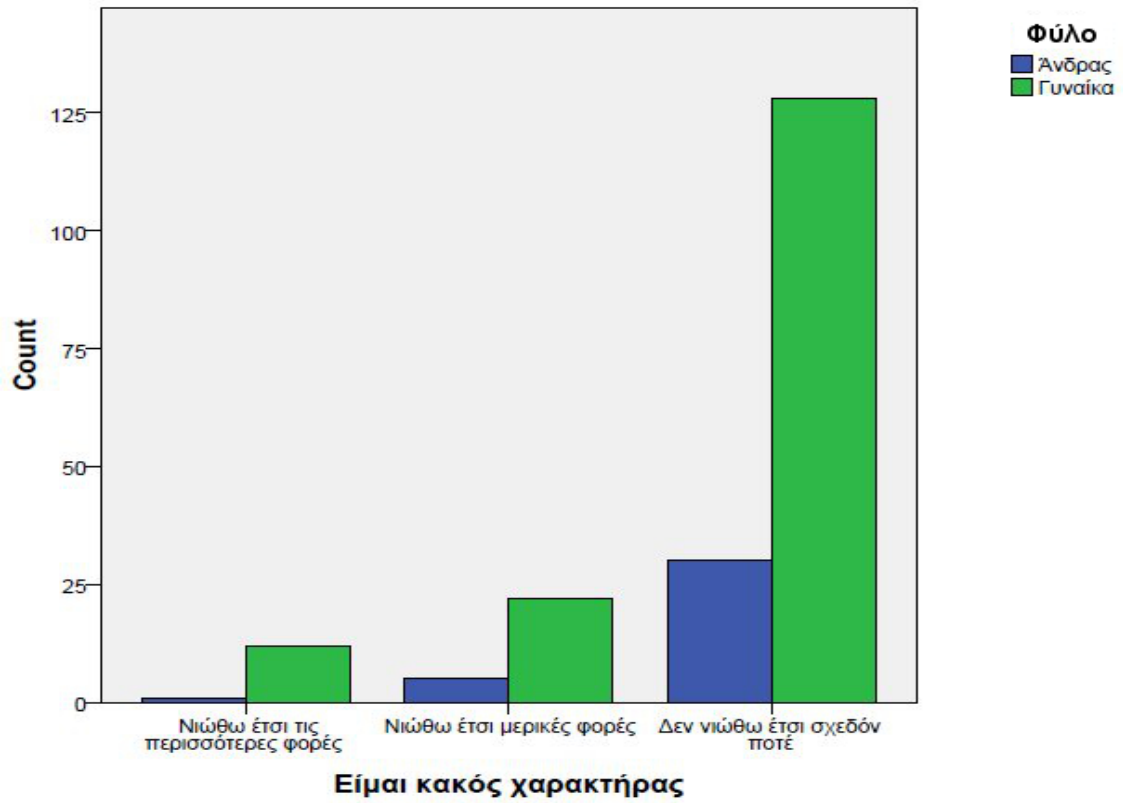
Πως αξιολογείτε τον εαυτό σας ως προς την ευγένειά του στον χώρο εργασίας;



Πως αξιολογείτε τον εαυτό σας ως τους την νευρικότητα του στον χώρο εργασίας;



Πως αξιολογείτε τον χαρακτήρα σας στον χώρο εργασίας;

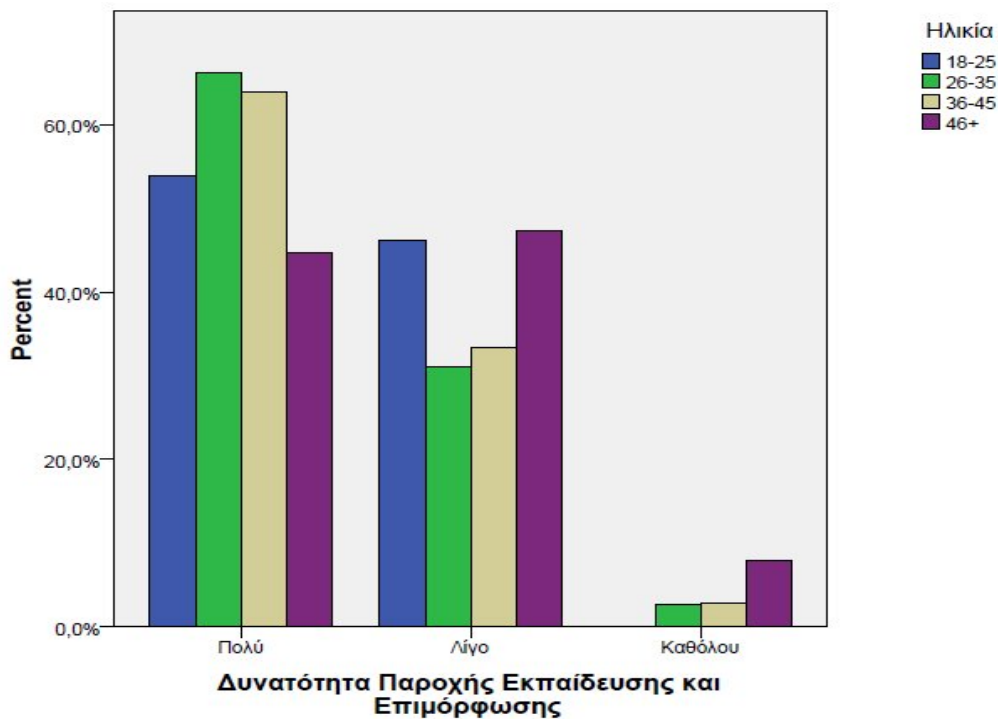
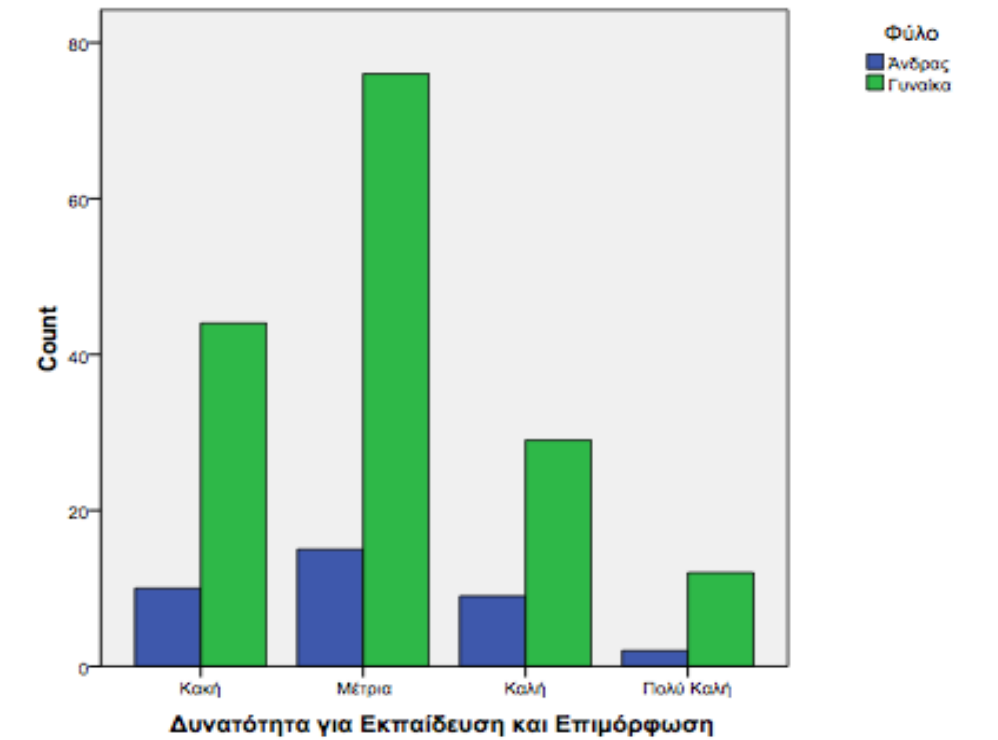


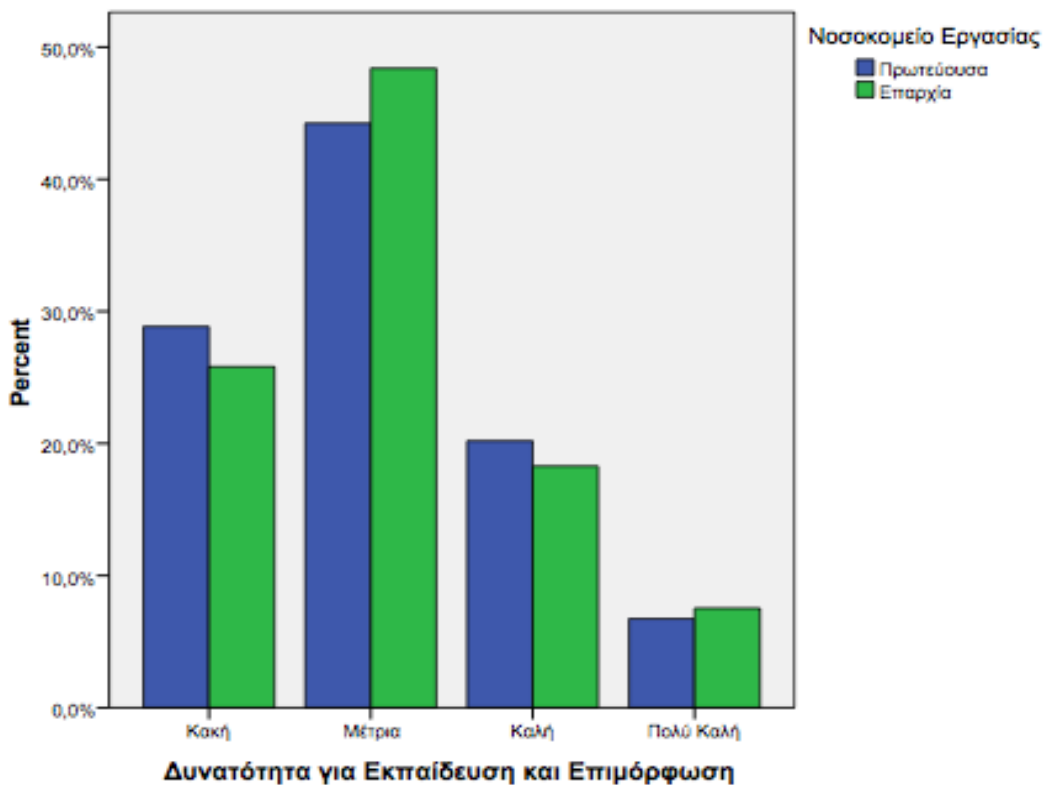
Βλέποντας τα παραπάνω γραφήματα συνολικά, είναι προφανές ότι η μετακίνηση των ποσοστών από τη θετικότερη τους την αρνητικότερη τιμή είναι αντιστρόφως ανάλογη τους αρνητικής χροιάς του ερωτήματος. Έτσι, οι περισσότεροι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι τους πιο τους φορές φέρονται με ευγενικό τρόπο και η θέση τους αυτή υποστηρίζεται με ιδιαίτερη θέρμη. Αμφιταλαντεύονται στο αν τους περισσότερες φορές αισθάνονται ή όχι νευρικότητα, αλλά οι περισσότεροι θεωρούν ότι πιο τους φορές παρουσιάζουν κάποια νευρικότητα παρά δεν παρουσιάζουν. Τέλος, οι περισσότεροι δεν νιώθουν σχεδόν ποτέ ότι είναι κακοί χαρακτήρες, και εδώ είναι που το ποσοστό το οποίο συγκεντρώνεται στη θετικότερη τιμή είναι αντιστρόφως ανάλογο τους εκείνο που συγκεντρωνόταν στην αρνητικότερη του ερωτήματος περί ευγένειας.

Ηλικιακά είναι ενδιαφέρον ότι, τους φαίνεται στο ερώτημα για την ευγένεια, όσο μεγαλώνουν οι ερωτηθέντες τόσο περισσότερο αμφισβητούν τον τρόπο που φέρονται, αλλά στο ζήτημα της νευρικότητας δεν διακρίνεται κάποια συγκεκριμένη ροή, ενώ, τέλος, τη θετικότερη γνώμη για τον χαρακτήρα τους έχουν οι νεότεροι ηλικιακά επαγγελματίες υγείας.

B.7. Επαγγελματίες υγείας και επιμόρφωση

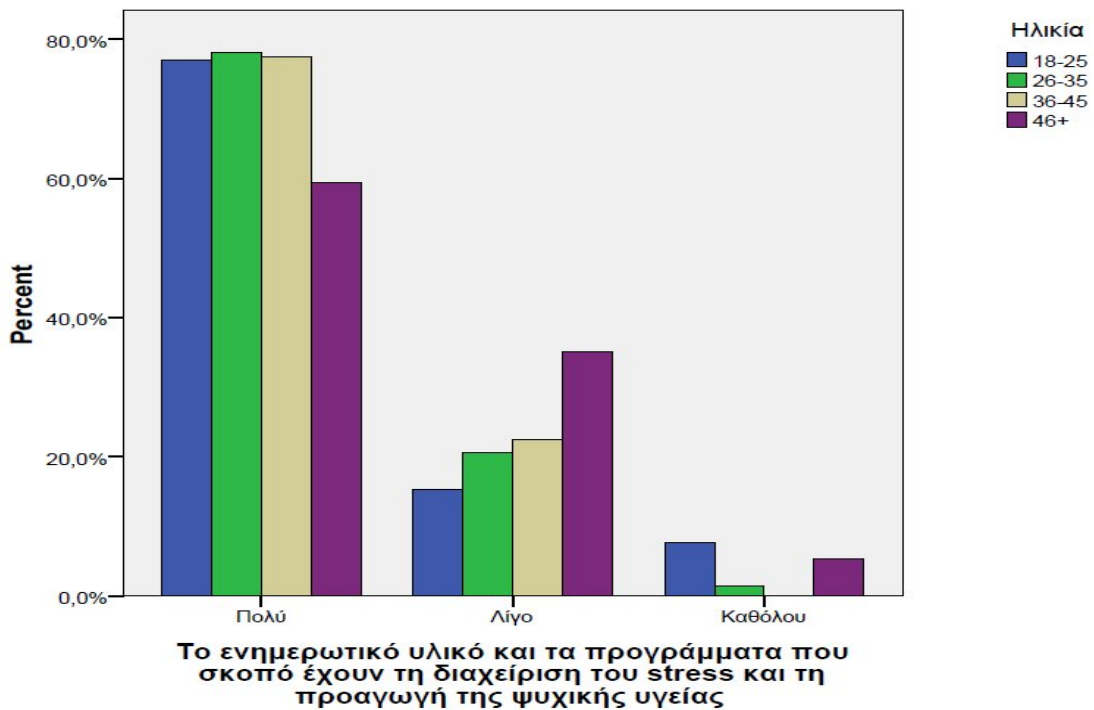
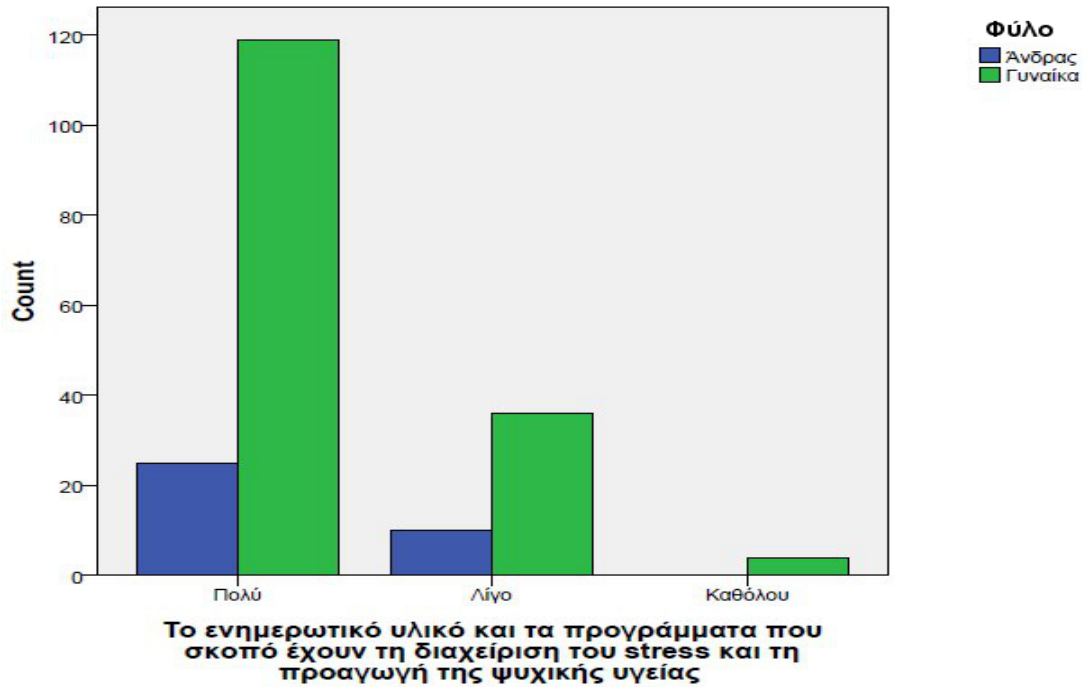
Πίνακες 7.1.1-3: Πως αξιολογείτε τις δυνατότητες εκπαίδευσης και επιμόρφωσης που σας παρέχει ο νοσοκομειακός χώρος;





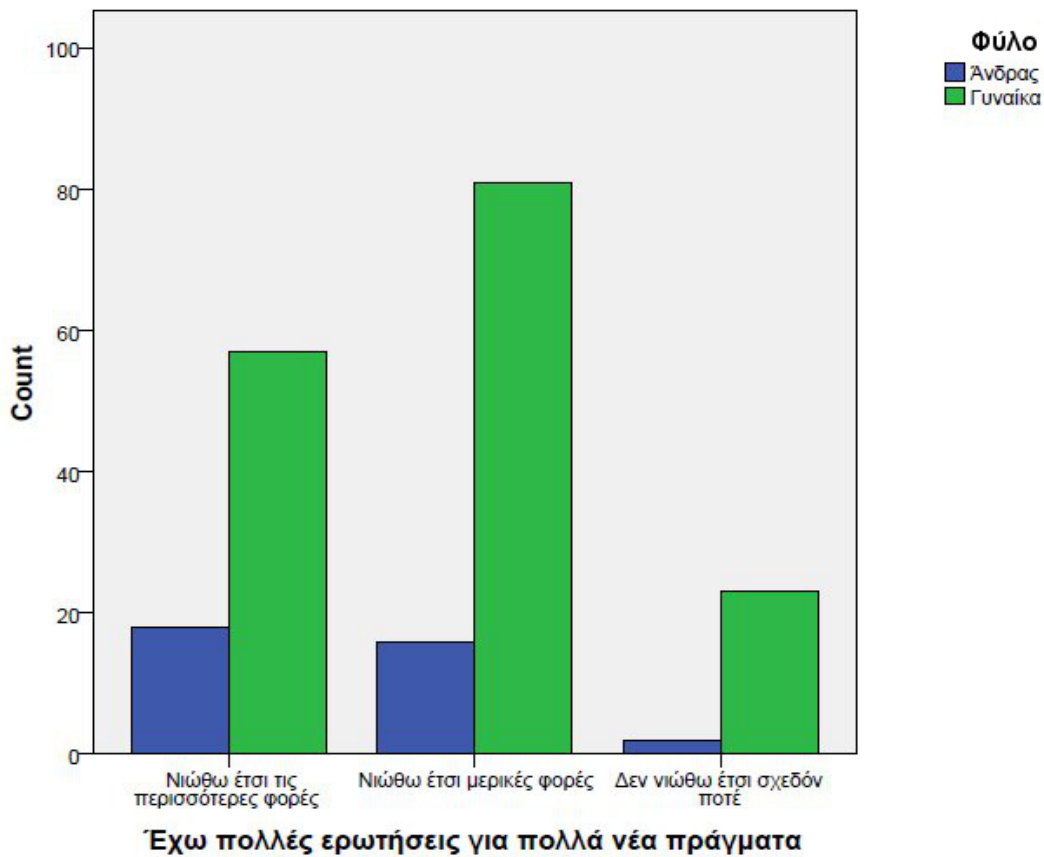
Στο σημείο αυτό ερευνάται η δυνατότητα των εργαζομένων για πρόσβαση στη συνεχή εκπαίδευση και τα προγράμματα επιμόρφωσης. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι των δύο φύλων βρίσκουν τη δυνατότητα αυτή μέτρια ή κακή, ενώ λιγότεροι καλή ή πολύ καλή. Αναλόγως, η πλειοψηφία των εργαζομένων σε νοσοκομεία με έδρα την πρωτεύουσα ή την επαρχία δηλώνει ότι η δυνατότητα που παρέχεται για εκπαίδευση και επιμόρφωση είναι μέτρια ή κακή, με επίσης ένα μεγάλο ποσοστό το οποίο αναφέρει ότι δεν διαθέτει αυτή τη δυνατότητα. Όσο για το ερώτημα περί του βαθμού βελτίωσης της πρόσβασης σε εκπαίδευση και επιμόρφωση, το νεότερο στάδιο απουσιάζει από την αρνητικότερη τιμή, αλλά αυτό δεν αλλάζει το γεγονός ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι ζητούν μεγάλη αλλαγή στον τομέα αυτόν. Πολλοί είναι και αυτοί που ζητούν μικρή βελτίωση.

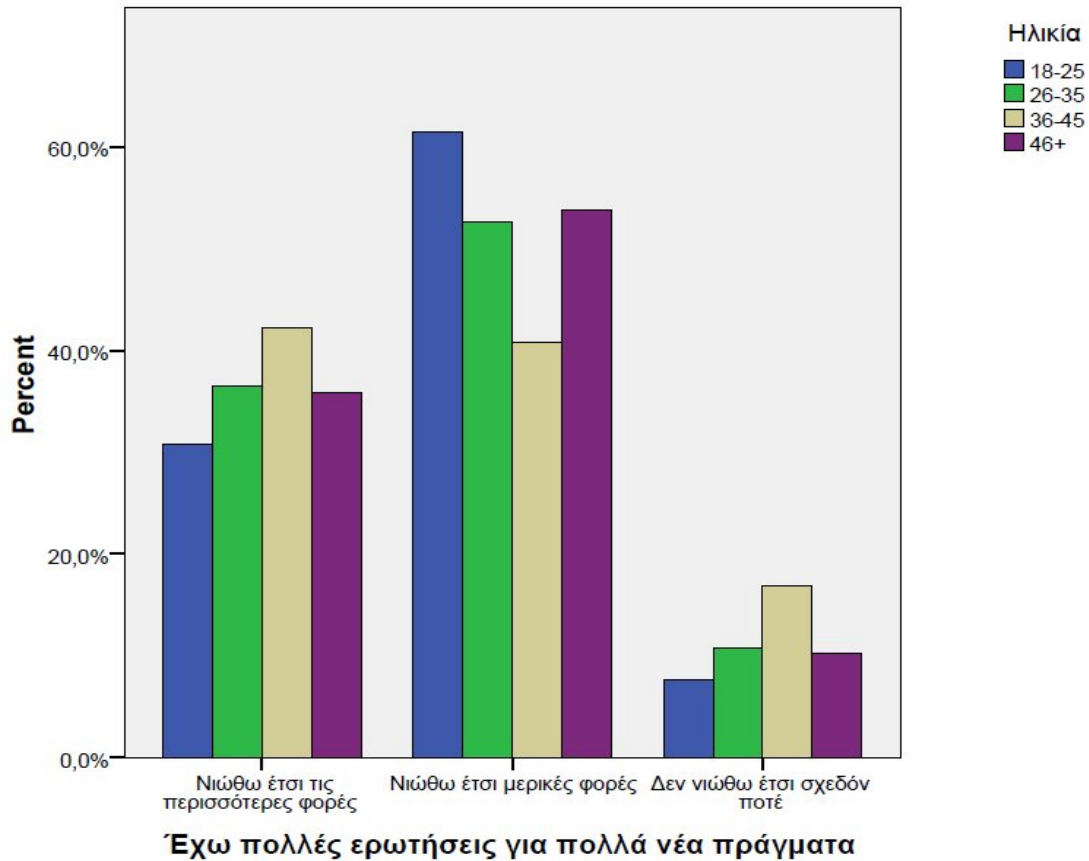
Πως αξιολογείτε το ενημερωτικό υλικό και τα προγράμματα που σκοπό έχουν τη διαχείριση του stress και τη προαγωγή της ψυχικής υγείας που σας παρέχει ο νοσοκομειακός χώρος;



Στην επιμόρφωση συμπεριλαμβάνεται το υλικό για τη διαχείριση του stress και την προώθηση της ψυχικής υγείας, το οποίο για τους περισσότερους πρέπει να βελτιωθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό (οι άνδρες απουσιάζουν από την αρνητικότερη τιμή), κάτι που υποστηρίζουν σε όμοια ποσοστά όλες οι ηλικίες πλην των 46+. Μικρή βελτίωση ζητούν σε ένα ποσοστό τους οι εργαζόμενοι όλων των ηλικιών, αλλά λιγότερο όσο μεγαλώνει η ηλικία τους.

Θεωρείτε ότι έχετε πολλές ερωτήσεις για πολλά νέα πράγματα;





Οι περισσότεροι πάντως επαγγελματίες δεν αισθάνονται ότι θέλουν να πληροφορηθούν για νέα πράγματα, αφού μόνο μερικές φορές λειτουργούν έτσι, και οι περισσότεροι που το κάνουν είναι οι νεότεροι ηλικιακά. Είναι ένα αποτέλεσμα μάλλον αντιφατικό προς την ανάγκη για εκπαίδευση και επιμόρφωση, αφού θα έπρεπε οι δύο παράμετροι να συνοδοιπορούν σε ποσοστά. Θα περιμέναμε δηλαδή μια μεγαλύτερη συγκέντρωση των ποσοστών στην τιμή «νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές».

B.8. Συμπεράσματα

Με το θεωρητικό μέρος της μελέτης αυτής έγινε προσπάθεια να συγκεντρωθούν, μέσω των μελετών που έχουν ήδη καταπιαστεί με αυτά, τα σημαντικότερα προβλήματα που απασχολούν τους επαγγελματίες υγείας στην καθημερινότητά τους στο Νοσοκομείο. Η σύνταξη, διανομή, συμπλήρωση και συζήτηση του ερωτηματολογίου είχε ως στόχο της να επαληθεύσει ή να αντικρούσει στοιχεία του θεωρητικού μέρους.

Καταλήγουμε όμως στο γενικό συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα των δύο μερών βρίσκονται σε γενική αρμονία μεταξύ τους, χωρίς αναιρέσεις των θεωρητικών διαπιστώσεων από τις διαπιστώσεις του πεδίου.

Αυτό ήταν έως έναν βαθμό αναμενόμενο για τον εξής λόγο: το θεωρητικό τμήμα συντάχθηκε μέσω των συμπερασμάτων στα οποία είχαν ήδη καταλήξει πολλές άλλες έρευνες πεδίου και όχι με βάση βιβλιογραφικές αναφορές για το πώς θα πρέπει θεωρητικά να λειτουργεί η ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη ή γιό το ποιες μπορούν να είναι οι ιδανικές συνθήκες που πρέπει να κατισχύουν στα Νοσοκομεία.

Εάν αναζητηθούν τα ειδικότερα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας, μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

A) Οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται σε μεγάλο βαθμό τις δυσκολίες των συνθηκών που επικρατούν στα Νοσοκομεία, ωστόσο δεν φαίνεται να κρίνουν ότι με μεγαλύτερες πιθανόν οικονομικές απολαβές θα μπορούσαν να ανεχθούν κάθε κακώς κείμενο, ακόμα και εις βάρος της ψυχικής τους υγείας. Περισσότερο θα προτιμούσαν να αναγνωρίζεται κάπως περισσότερο το έργο τους και να δέχεται την κατάλληλη ηθική επιβράβευση από την πλευρά των Προϊσταμένων και της Διοίκησης, που ταυτοχρόνως θα πρέπει να δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα συναισθήματα των εργαζομένων, την ψυχική τους κατάσταση, την καταπολέμηση του εργασιακού άγχους κλπ.

B) Βεβαίως ορισμένες συνθήκες δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν μόνο με ηθική συστράτευση των πράξεων της Διοίκησης ή του άμεσου Προϊσταμένου, αλλά με την έμπρακτη συμπαράσταση στους εργαζόμενους, που πρέπει να αποκτήσουν προσβάσεις σε ειδικούς όταν πρόκειται να βοηθηθούν σε καθημερινά τους προβλήματα, όπως όταν είναι

απαραίτητη η συνδρομή ενός ψυχολόγου για την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής και συναισθηματικής καταπόνησης που οφείλονται στις εργασιακές συνθήκες.

Γ) Η Διοίκηση μάλλον θα πρέπει να διακρίνεται από τον Προϊστάμενο και φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι στα Νοσοκομεία κρίνουν ότι ο δεύτερος είναι πολύ πιο κοντά στις ανάγκες τους από όσο η πρώτη. Το διαπιστώσαμε αυτό όταν θετικότερες τιμές για τους Προϊσταμένους αποκτούσαν αρνητικότεροι χροιά κάθε φορά που σε ένα ερώτημα εμπλεκόταν και ο ρόλος της Διοίκησης, χωρίς να διακρίνεται από αυτόν του Προϊσταμένου. Ίσως οι επαγγελματίες αισθάνονται ότι ο αμεσότερος ιεραρχικά προϊστάμενός τους είναι ένα πρόσωπο στο οποίο μπορούν να επενδύουν και συναισθηματικά, ενώ η Διοίκηση έχει άλλες προτεραιότητες, ενδεχομένως οικονομικού χαρακτήρα, που ίσως δεν συνάδουν με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας.

Δ) Διακρίνοντας τις παραμέτρους της έρευνας εκτιμήθηκαν οι συνθήκες του Νοσοκομείου κατά τον τρόπο που τις αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία τους και την επικράτεια εργασίας τους. Όσον αφορά στο φύλο μας δόθηκε η εντύπωση ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο ευχαριστημένες από τις συνθήκες που επικρατούν στα Νοσοκομεία, ή ότι αντιμετωπίζουν τα πράγματα με μεγαλύτερη αυστηρότητα. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός ότι αποτελούσαν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες του δείγματος, επομένως οι διαφοροποιήσεις μπορούν να οφείλονται σε αυτή την ιδιαιτερότητα.

Ε) Η επαρχία φαίνεται να αντιμετωπίζει λίγο καλύτερες συνθήκες από όσο η πρωτεύουσα, ιδιαίτερα στον τομέα των ανθρώπινων σχέσεων και συμπεριφορών. Αυτή η διαπίστωση δεν συνεπάγεται ωστόσο πολύ πιο βελτιωμένες συνθήκες στην επαρχία, αν και, όπως σημειώθηκε, φαίνονται για τα περισσότερα ερωτήματα ευνοϊκότερες. Υπήρξαν ωστόσο και ερωτήματα που παρήγαγαν έντονες αποκλίσεις ανάμεσα σε επαρχία και πρωτεύουσα, που μάλλον δείχνουν ότι εκτός κυρίου αστικού κέντρου τα πράγματα είναι αρκετά πιο βελτιωμένα. Θα χρειαζόταν ωστόσο περαιτέρω έρευνα και μάλιστα ποσοτικού χαρακτήρα ώστε να διαπιστωθεί εάν οι συγκριτικά και φαινομενικά βελτιωμένες συνθήκες στην επαρχία οφείλονται σε καλύτερες συνθήκες ζωής γενικότερα, μεγαλύτερη οικονομική αυτάρκεια των εργαζομένων που ενδεχομένως διαθέτουν και άλλους πόρους, μικρότερο φόρτο εργασίας για

τα επαρχιακά νοσοκομεία ή καλύτερη αξιοποίηση των πόρων τους από την πλευρά της Διοίκησης.

ΣΤ) Ηλικιακά διαπιστώθηκαν τα εξής: οι νεότεροι ηλικιακά εργαζόμενοι είναι μάλλον οι πιο αισιόδοξοι και βλέπουν περισσότερα θετικά παρά αρνητικά στο Νοσοκομείο, αν και δεν κρατούν την ίδια καλή οπτική όταν πρόκειται για τη σχέση με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Ωστόσο, σε γενικότερες γραμμές φαίνονται ως οι πιο ευχαριστημένοι από την εργασία τους, ίσως διότι κερδίζει στο πρώιμο αυτό στάδιο της καριέρας τους ο σχεδιασμός του επερχόμενου εργασιακού βίου και όχι η δυνατότητα να υλοποιηθούν οι προσδοκίες των επαγγελματιών. Δεν είναι τυχαίο ότι στο αμέσως επόμενο ηλικιακό στάδιο παρουσιάζεται μια πτώση των θετικών απόψεων, ίσως διότι οι επαγγελματίες προσγειώνονται στην πραγματικότητα. Τέλος, αυτοί που επίσης φαίνονται πολύ ευχαριστημένοι συγκριτικά με τους άλλους από την εργασιακή τους ζωή είναι οι ευρισκόμενοι σε ηλικιακό στάδιο 46+, ίσως διότι έχουν αναπτύξει τέτοια αυτάρκεια ώστε μετρά περισσότερο ο τρόπος με τον οποίο δομούν οι ίδιοι την καθημερινότητά τους και λιγότερο η εξάρτησή της από περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ζ) Είναι πολλοί οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που σκοπεύουν να αλλάξουν επάγγελμα, είτε είναι βέβαιοι ότι θα το κάνουν, είτε ακόμη το σκέφτονται. Είναι χαρακτηριστικό ότι τις εντονότερες τάσεις για αλλαγή καριέρας παρουσιάζουν οι ευρισκόμενοι στα δύο ενδιάμεσα ηλικιακά στάδια, ενώ αποκλείουν την προοπτική οι μεγαλύτεροι ηλικιακά, για δύο πιθανώς λόγους: είτε διότι, όπως έχει σημειωθεί, έχουν αναπτύξει μια αυτάρκεια αυτοδιαχείρισης και αντιμετώπισης των εξωτερικών επιδράσεων, είτε διότι είναι αργά ώστε να μάθουν να κάνουν κάτι άλλο.

Η) Η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας δεν φαίνεται να είναι επαρκής, ενώ μπορεί να είναι και ανύπαρκτη, όπως εξάλλου και η διαρκής εκπαίδευσή τους. Το ανησυχητικό είναι ότι οι περισσότεροι δεν περιγράφουν τον εαυτό τους ως ενδιαφερόμενο για νέες γνώσεις, ίσως ως απόρροια των άμεσων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και τα οποία δεν αφήνουν περιθώρια για περαιτέρω βελτίωση ή πρόσληψη νέων γνώσεων. Εξάλλου οι περισσότεροι διαπιστώνουν ότι οι επαγγελματικές τους προσδοκίες έχουν σε μικρό βαθμό ικανοποιηθεί και αυτό ίσως αποπέμπει την προδιάθεση για καινούρια πληροφόρηση, αν και θα έπρεπε μάλλον

να σκέφτονται ότι η περιορισμένη γνώση μπορεί να αναχαιτίζει την πραγμάτωση των επαγγελματικών προσδοκιών.

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γ.1. Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Freudenberger H.J. , (1974), «Staff burnout» , *Journal of Social Issues*

Maslach C., (1982) *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Valey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M. Clarke S.P., Vargas D., (2004), «Nurse burnout and patient satisfaction», *Med care*

Γ.2. Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

Αδάμου, Ευ., Γιακουμιδάκης, Κ., Καδδά, Ό., Αργυρίου, Γ., Καπάδοχος, Θ., Βασιλόπουλος, Γ., Μαρβάκη, Χ. (2011). «Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος, 221-239.

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

Αλεξόπουλος, Ευ. (2007). *Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία Εργατικών Ατυχημάτων και Επαγγελματικών Ασθενειών των Εργαζομένων στα Νοσοκομεία, Οδηγός για την εκτίμηση και Πρόληψη του Επαγγελματικού Κινδύνου*, Αθήνα: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αθήνα.

Αντωνίου, Κ., Βασιλοπούλου, Γ. (2008). «Νοσηλευτικό Προσωπικό και χειρονακτική μετακίνηση», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 7, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 279-289.

Αντωνίου, Κ., Βασιλοπούλου, Γ. (2009). «Μυοσκελετικά Προβλήματα Νοσηλευτικού Προσωπικού», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 15-24.

Βασιλοπούλου, Γ., Αντωνίου, Κ., Ιορδάνου, Π. (2009). «Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς τους επαγγελματικούς κινδύνους και την Ηπατίτιδα Β», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8, τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 321-335.

Βλαχιώτη, Ευ., Δούσης, Ευ., Μάτζιου, Β. (2011). «Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση σε Παιδιατρική Νοσοκομεία», *Νοσηλευτική* 50 (2), 177-184.

Βλαχιώτη, Ευ., Μάτζιου, Β., Κλέτσιου, Ε., Μεγαπάνου, Ευ., Περδικάρης, Π., Πέτσιος, Κ. (2012), «Διερεύνηση των Απόψεων των Ιατρών σχετικά με την Επικοινωνία και τη Διεπιστημονική Συνεργασία. Πιλοτική Μελέτη», *Νοσηλευτική* 51 (2), 169-177.

Βλάχου, Ευ., Πλαγίσου, Α. (2011). «Η Κλινική Επίβλεψη ως Μηχανισμός Υποστήριξης των Νοσηλευτών», *Νοσηλευτική* 50 (3), 279-287.

Γκεσούλη-Βολτυράκη, Ε., Λαμπαδιάρη, Μ., Υφαντής, Α., Βλαχάκη, Α., Κουτκιά, Χ., Ταλάντζη, Ε., Νούλα, Μ. (2011). «Γνώσεις επιστημόνων υγείας σε ζητήματα διατροφής», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 28 (1), 79-82.

Γκρισιώτη, Μ., Μαστροκόστας, Αθ., Χάιδις, Α.-Μ., Παναγοπούλου, Εύ., Μπένος, Α., (2010). «Κυκλικό Ωράριο Εργασίας και Τροχαία Ατυχήματα στο Νοσηλευτικό Προσωπικό», *Νοσηλευτική* 49 (3), 305-314.

Γώγος, Β. Χ. (2011). «Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 10-21.

Δελτίο τύπου Α.Π.Θ. (2010). «Η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών και οι συνέπειές της», άρθρο διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.e-telescope.gr/el/science-and-technology/125-medical-burnout>.

Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Κωνσταντινίδου-Στραύκου, Α. Τριαρίδης, Α., Σαπουντζή Κρέπια, Δ. (2009). «Παράγοντες που διαμορφώνουν την Επαλήθευση των Προσδοκιών της Επιλογής του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος», *Νοσηλευτική* 48 (2), 228-237.

Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ευ., Τσαλογλίδου Α., Καυκιά, Θ., Σαπουντζή Κρέπια, Δ. (2009). «Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, 222-239.

Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ., Ντιό, Ε., «Διερεύνηση Νοσηλευτικού Εργασιακού Κλίματος με Χρήση Δεικτών Ομοιο- και Ετερο-επαγγελματικής Συνεργασίας», *Νοσηλευτική* 2010 49 (1), 91-100.

Δημητρόπουλος, Χ., Φιλίππου, Ν. (2008). «Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 25 (5), 642-647.

Διαμαντοπούλου, Ε. (2009). «Ανάγκες Πληροφόρησης των Γονέων σχετικά με την αντιμετώπιση της Χρόνιας Ασθένειας των Παιδιών τους», *Νοσηλευτική* 48 (3), 317-324.

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

Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτου, Ι., Φωκά, Α., Πιστόλης, Ι. (2009). «Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης και Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας», *Νοσηλευτική* 48 (2), 190-199.

Ευκαρπίδης, Α., Ιωαννίδου, Φ., Σκενδέρη, Ι., Καβάκα, Ν., Δημητριάδου, Α., Μπένος, Α. (2008). «Διερεύνηση των χαρακτηριστικών των νοσηλευτών που συμμετέχουν στα εκπαιδευτικά προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων στη Βόρεια Ελλάδα», *Νοσηλευτική* 47 (3), 384-395.

Ζώης, Κ., Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (2008). «Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου», *Νοσηλευτική* 47 (2): 167-174.

Θεοφανίδης, Δ., Καπάδοχος, Θ., Καμπισιούλη, Ε., Καδδά, Ο., Φουντούκη, Α. (2007). «Οι ψυχολογικές μεταβολές του ηλικιωμένου κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τεύχος 2, 1-10.

Θεοφίλου, Π. (2009). «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας», *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, Ιούλιος, 41-50.

Ιακωβίδου, Ε., Μανιού, Μ., Πάλλη, Ε., Κωστόπουλος, Ε., Ζάραγκας, Σ., Κατσανέβας, Θ. (2008). «Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 7, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 343-359.

Ίντας, Γ., Πιτσόλη, Μ., Μυριανθεύς, Π., Μπαλτόπουλος, Γ. (2008). «Διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στη χρονική διάρκεια πράξεων στη μονάδα εντατικής θεραπείας», *Νοσηλευτική* 47 (2), 256-265.

Ιωαννίδου, Φ., Σκενδέρη, Ι., Ευκαρπίδης, Α., Καβάκα, Ν., Δημητριάδου, Α., Μπένος, Α. (2009). «Απόψεις Ειδικευμένων Νοσηλευτών για το Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων της Βόρειας Ελλάδας», *Νοσηλευτική* 48(4), 424-430.

Καδδά, Ό., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν., Ανδρουλάκη, Ζ. (2010). «Ο ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 81-75.

Καλαφάτη, Μ., Μπελλάλη, Θ., Χατζοπούλου, Μ., Καρυδάκη, Α., Πρασιανάκη, Μ., Γιάκης, Ν. (2009). «Εκτίμηση Αποτελεσματικότητας Εκπαιδευτικής Παρέμβασης για την Εφαρμογή Κλινικής Κατευθυντήριας Οδηγίας», *Νοσηλευτική* 48(1), 84-93.

Καλεμάκη, Σ., Κωνσταντίνου, Ε. (2008). «Η επαγγελματική έκθεση στους αναισθητικούς παράγοντες», *Νοσηλευτική* 47 (1), 65-72.

Καρανικόλα, Μ. Ν .Κ., Σταθοπούλου, Χ., Καλαφάτη, Μ., Τερζή Α-Μ., Μπουζίκα, Μ., Παπαθανάσογλου, Ε. Δ. Ε. (2009). «Αξιολόγηση Συμπτωμάτων Άγχους σε Νοσηλευτικό Προσωπικό Εντατικής Φροντίδας στην Ελλάδα», 447-457.

Κανγά, Α., Γκοβίνα, Ου., Παρισσόπουλος, Στ., Βλάχου, Ευ., Βαρδάκη, Ζ. (2012). «Στόχοι και προσδοκίες φοιτητών Νοσηλευτικής για το νοσηλευτικό επάγγελμα», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 76-92.

Καρανικόλα, Μ. Ν. Κ., Κλεάνθους, Ευ. (2011). «Διερεύνηση των Παραγόντων Κινδύνου για την Εκδήλωση Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας», *Νοσηλευτική* 50 (2), 163–176.

Κατσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010). «Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 398-408.

Κόκκινος, Κ. Μ., Παναγιώτου, Γ. (2004). «Η επίδραση των πεποιθήσεων των γονέων σχετικά με τον έλεγχο της παιδικής συμπεριφοράς στην εφαρμογή πρακτικών πειθαρχίας», *Ψυχολογία* 11 (4), 571-584.

Κορομπέλη, Α., Κτενάς, Ευ., Κικεμένη, Ευ. (2006). «Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών», *Νοσηλευτική* 45 (1): 98-106.

Κορομπέλη, Α., Σουρτζή, Π. (2010). «Οργάνωση του Κυκλικού Ωραρίου Εργασίας σε Υπηρεσίες Υγείας για τη Μείωση των Επιπτώσεών του στους Εργαζόμενους», *Νοσηλευτική* 49 (2), 131-140.

Κοτσαγιώργη, Ι., Λυμπέρη, Β. (2011). «Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 22-37.

Κούκια, Ευ., Γκόνης, Ν. (2010). «Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, 344-358.

Κουράκος, Ι. Μ., Καυκιά, Β. Θ., Θανασά, Π. Γ., Κυλούδης, Γ. Π., Σταθαρού, Κ. Α., Ρεκλείδη, Δ. Μ., Σαρίτη, Ι. Μ. (2012). «Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ): Διερεύνηση Αντιλαμβανόμενου Άγχους στο Νοσηλευτικό Προσωπικό», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 563-576.

Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Ρεκλείτη, Μ., Ζυγά, Σ., Κοτρώτσιου, Ε., Γκούβα, Μ. (2012). «Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας-νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29 (1), 61-69.

Κουτελέκος, Ι., Γερογιάννη, Γ. (2011). «Θρησκευτικότητα στο χώρο του νοσοκομείου», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 480-489.

Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 1-7.

Κουτσούκη, Σ., Κοσμίδης, Δ. (2007). «Μελέτη γνώσεων παλμικής οξυμετρίας σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τεύχος 2, 1-7.

Κοντογιάννη, Α., Γαλάνης, Π., Σίσκου, Ό., Τσαβαλιάς, Κ., Κούλη, Ευ., Μάτζιου, Β., Καϊτελίδου, Δ. (2011). «Διαχείριση Συγκρούσεων στο Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό Παιδιατρικών Τμημάτων», *Νοσηλευτική* 50 (3), 320-331.

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

Μαλλιάρου, Μ. (2009). «Εξ αποστάσεως επαγγελματική εκπαίδευση Νοσηλευτών», *Νοσηλευτική* 48 (1), 58-64.

Μαλλιάρου, Μ. Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π. (2008). «Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: μια συστηματική ανασκόπηση», *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 1 (1), Οκτώβριος, 45-53.

Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π. (2012). «Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 202-212.

Μαρβάκη, Χρ., Πολυκανδριώτη, Μ., Βασιλόπουλος, Γ., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Α., Αργυρίου, Γ., Καπάδοχος, Θ. (2007). «Σχέση της παρακολούθησης της διδασκαλίας των μαθημάτων με την απόδοση στις τελικές εξετάσεις, σε φοιτητές Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Αθήνας», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τεύχος 2, 1-9.

Μάτζιου, Β., Βλαχιώτη, Ευ., Περδικάρης, Π, Κλέτσιου, Ε., Μάντζιου, Θ., Βουτουφιανάκη, Ι, Πρίφτη, Σ., Πέτσιος, Κ. (2012). «Διερεύνηση των Απόψεων των Νοσηλευτών σχετικά με την Επικοινωνία και τη Διεπιστημονική Συνεργασία. Πιλοτική Μελέτη», *Νοσηλευτική* 51 (1), 83-92.

Μαυρίδου, Α. Θ. (2012). *Διερεύνηση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό Γενικών Νοσοκομείων*, Διδακτορική Διατριβή για τη Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, <http://invenio.lib.auth.gr/record/129365/files/GRI-2012-8795.pdf>.

Μαυρόχαννας, Β. «Στρές και αντιμετώπιση τύπου Α», *Karpasha.com, News of the Maronite Community of Cyprus*, στην ηλεκτρονική διεύθυνση http://news.karpasha.com/index.php?option=com_content&task=view&id=204.

Μισουρίδου, Ευ. (2009). «Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική», *Νοσηλευτική* 48 (4), 358-366.

Μουστάκα, Ε., Κουτής, Χ., Μπαμπάτσικου, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ., Κωνσταντινίδης, Θ. Κ. (2012). «Ψυχική ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό», *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 4, Τεύχος 4, 45-41.

Μανομενίδης, Γ. (2009). «Απόψεις του Νοσηλευτικού Προσωπικού για ασθενείς με Διαφορετική Πολιτισμική Προέλευση», *Νοσηλευτική* 48 (4), 439-446.

Μπακάλης, Ν. Α., Κουρκούλη, Ε., Μπλέτα, Π., Πισσά-Δημητρίου, Δ., Μπατσολάκη, Μ. (2012). «Οι απόψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση», *Νοσηλευτική* 51 (1), 55-62.

Μπαλτζή, Ε., Χαρή-Παπαϊωάννου, Φ., Πολυκανδριώτη, Μ., Γουρνή, Μ., Χαραλάμπους, Γ. (2012). «Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 531-548.

Μπαμπάτσικου, Π. Φ., Γερογιάννη, Κ. Γ. (2012). «Νοσηλευτικό Τμήμα: Κριτήρια Δημιουργίας ενός επιτυχημένου μοντέλου», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 17-27.

Μωραΐτου, Μ., Λαμάι, Ε. (2007). «Μελέτη στη μαιευτική φροντίδα των Αλβανών που διαμένουν στην Ελλάδα», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 2007, 1-8.

Πανανάκη-Μπροκαλάκη, Η. (2009). «Εμβολιασμοί και Επαγγελματίες Υγείας», *Νοσηλευτική* 48 (4), 349-351.

Καλαφάτη, Μ., Παϊκοπούλου, Δ. (2011). «Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς Διαφορετικής Πολυτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας», *Νοσηλευτική* 50 (1), 49-62.

Κανελλόπουλος, Δ. (2012). «Θεωρίες παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος, 182-189.

Κοπανιτσάνου, Π., Μπροκαλάκη, Η. (2009). «Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων», *Νοσηλευτική* 2009 48 (1), 50-57.

Κοτρώτσιου, Στ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ., Ριζούλης, Α. (2008). «Η έννοια της φροντίδας», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 7, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 57-71.

Κυλούδης, Π., Γεωργιάδης, Μ., Ρεκλείτη, Μ., Γιαγλής, Βόζνιακ, Γ., Ρούπα, Χ. (2011). «Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες υγείας», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, Τεύχος 4, 530-546.

Κυριαζής, Ι., Σαρίδη, Μ., Μπόμπολας, Π., Ζέρβας, Ε., Μενδρινός, Δ. (2009). «Μελέτη συμμόρφωσης στους κανόνες προληπτικού εμβολιασμού στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γενικού νοσοκομείου», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8, Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, 194-207.

Λεπίδου, Μ., Καδδά, Ό., Αργυρίου, Γ., Νέστωρ, Α., Μαρβάκη, Α., Χασιώτη, Γ., Νανάς, Σ. (2012). «Τα Ηθικά Διλήμματα ως Πηγή Άγχους στους Ιατρούς και στους Νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας», *Νοσηλευτική* 51 (2), 364-376.

Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε. (2009). «Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 380-400.

Μάρκοβιτς, Γ., Μοναστηρίδου, Σ. (2011). «Παρακίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού και πλαίσιο ρεαλιστικών κινήτρων σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, Τεύχος 4, 502-514.

Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε., Κοτρώτσιου, Ευ. (2010) «Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα», *Νοσηλευτική* 49 (1), 83-90.

Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ. (2007). «Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (1), Συμπληρωματικό τεύχος, 75-84.

Μπέλλου-Μυλωνά, Π., Γερογιάννη, Γ. Κ. (2010). «Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 2010, 21-30.

Νακάκης, Κ. (2012). «Η Ανάδειξη Ηγετικών Φυσιογνωμιών ως Επείγουσα Προτεραιότητα στη Νοσηλευτική», *Νοσηλευτική* 51 (2), 127-128.

Ντάτσης, Α., Τραγούδα, Ε., Χανιά, Μ., Ρογδάκης, Α., Γερόλυμος, Μ., Σπηλιώτης, Ι. (2007). «Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον», *Νοσηλευτική* 46 (4), 268-281.

Ουζούνη, Χ., Νακάκης, Κ., Κουτσαμπασόπουλος, Κ., Καπάδοχος, Θ. (2009). «Οι απόψεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την κλινική τους εκπαίδευση – Μια ποιοτική μελέτη», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 353-367.

Παγγού, Δ., Μπαμπάτσικου, Φ., Κιούση, Ι.-Μ., Κουτής, Χ. (2011). «Μυοσκελετικές παθήσεις Σπονδυλικής Στήλης και παράγοντες κινδύνου κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής: Πολυεπίπεδη εργονομική ανάλυση», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, 339-355.

Παναγιωτοπούλου, Κ. (2008). «Ευαισθητοποίηση επιμόρφωσης», *Νοσηλευτική* 47 (3), 291-293.

Παπαγεωργίου, Δ. Ε., Μπαγιάτη, Μ., Νικολακάκου, Χ. Β., Κακογιάννη, Α., Μπίνας, Γ., Τσαλουκίδης, Ν., Παυλάτου, Ν. (2010). «Το Κόστος των αποκλειστικών Νοσοκόμων και η Ικανοποίηση των Συγγενών από την Παροχή Βοήθειας», *Νοσηλευτική* 49 (4), 398-405.

Παπαγεωργίου, Δ., Μπολιουδάκη, Ε., Παπαλά, Ε., Σταματάκη, Π., Καγιαλάρη, Μ., Σταθόπουλος, Θ. (2010). «Νοσηλευτές και Συναισθηματική Νοημοσύνη, Περιγραφική Μελέτη», *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 2, Τεύχος 3, 69-75.

Παπαδαντωνάκη, Α. (2008). «Συμβολή της εκπαίδευσης και της έρευνας στην ποιότητα της νοσηλευτικής», *Νοσηλευτική* 47 (1), 19-20.

- Παπαδαντωνάκη, Α.** (2012). «Το Έργο της Νοσηλευτικής», *Νοσηλευτική* 51 (1), 7-9.
- Παπαδοπούλου, Δ.** (2009). «Βία στο Χώρο Εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού», *Νοσηλευτική* 48 (4), 379-387.
- Παπασταύρου, Ευ., Ευσταθίου, Γ., Νικηταρά, Μ., Τσαγκάρη, Χ., Μερκούρης, Α., Κάρλου, Χ., Palese, A., Tomietto, M., Balogh, Z., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Jarošona, D, Πατηράκη, Ε.** (2010). «Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μια Πιλοτική Ερευνητική Εργασία», *Νοσηλευτική* 49 (4), 406-417.
- Παππά, Ε. Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ.** (2008). «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25 (1), 94-101.
- Ποζουκίδου, Α. Β., Μάμας, Μ. Θ., Καϊτελίδου, Δ.** (2007). «Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο», *Νοσηλευτική* 46 (4), 537-544.
- Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Αθ., Ρήγα, Μ.** (2012). Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 577-592.
- Πολύζος, Ν. Υφαντόπουλος, Ι.** (2000). «Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 17 (6), 627-639.
- Πρεβύζη, Ευ., Κόλλια, Θ.** (2012). «Ηγεσία και Παρακίνηση: Σημαντικές έννοιες στη Νοσηλευτική», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 473-483.
- Ραυτοπούλου, Ε.** (2011). «Η υγιεινή και η ασφάλεια, μετρήσιμος στόχος της απόδοσης και μέτρο επιτυχίας στο νοσοκομείο», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 1-9.
- Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουντζή-Κρέπια, Α., Κοτρώτσιου, Ευ.** (2008). «Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα», *Νοσηλευτική* 48 (2), 247-255.
- Σαρίδη, Μ., Τόσκα, Αικ., Κυριαζής, Ι., Κριεμπάρδης, Α., Αλλωνιστιώτη, Α., Αθανασοπούλου, Μ., Φαρμάκη, Κ.** (2010). «Ανάπτυξη Προγράμματος Εμβολιαστικής Κάλυψης των Επαγγελματιών Υγείας», *Νοσηλευτική* 49 (4), 387-397.
- Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ., Κυριόπουλος, Γ.** (2012). *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις*, 1-40. Κείμενο δημοσιευμένο στην ιστοσελίδα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, στην ηλ. διεύθυνση http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy.
- Σταυροπούλου, Α., Παπαδάκη, Ευ., Φτυλάκη, Α., Καμπά, Ευ.** (2010). «Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome): Κατανόηση και πρόωμη αναγνώριση του

συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, 359-374.

Στεφανίδου, Αιμ., Βάρβογλη, Λ., Λειβαδίτης, Μ., Αργυροπούλου-Πατάκα, Π. (2010), «Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους Επαγγελματίες Υγείας», *Νοσηλευτική* 49 (4), 364-376.

Στεργιοπούλου, Α., Βλάχος, Γ. (2010). «Η Επίδραση της Προεγχειρητικής Ενημέρωσης στη Μείωση του Άγχους των Ασθενών», *Νοσηλευτική* 49 (1), 26-30.

Στουφής, Ν. (2011). «Σύνδεση του νοσηλευτικού φορτίου εργασίας με τη βαρύτητα και την έκβαση των ασθενών στη ΜΕΘ», *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, 311-322.

Τούντας, Γ., Οικονόμου, Ν. Α. (2007). «Η αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (1), 22-33.

Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σπ., Γούλα, Α. (2010). «Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών», *Νοσηλευτική* 49 (1), 40-52

Υφαντή, Ε., Γκέτσιος, Ν., Νάκα, Φ., Ματραπά, Ευ., Τσιρίγκα, Σ., Πετροπούλου, Ζ. (2012). «Ασάφεια και σύγκρουση ρόλων των εργαζομένων σε δημόσιο επαρχιακό νοσοκομείο», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 11, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος.

Φιλιππάτος, Γ. (2012). «Προβλήματα και Εμπόδια στη Διαχείριση του Πόνου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών», *Νοσηλευτική* 51 (1), 18-25.

Χαρίση, Ευ., Γκέτσιος, Ι., Λαμπαδιάρη, Μ. (2011). «Αξιολόγηση Βασικών Γνώσεων Διατροφής σε Ειδικευόμενους Ιατρούς και Νοσηλευτές ενός Επαρχιακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου – Επαγγελματίες Υγείας και Διατροφή», *Νοσηλευτική* 50 (4), 404-409.

Χριστοπούλου, Ι., Κουρτεσοπούλου, Α, Σιαμάγκα, Ε. (2008). «Διερεύνηση βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών σε φοιτητές νοσηλευτικής», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 40-56.

Χρυσοσπάθη, Σ., Παπαθανάσογλου, Ε. Δ. Ε. (2008). «Η Διαχρονική Εξέλιξη της Νομοθετικής Κατοχύρωσης των Δικαιωμάτων των Ασθενών», *Νοσηλευτική* 48 (3), 284-291.

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Δ.1. Άδεια άσκησης έρευνας στο Γ. Νοσοκομείο Σπάρτης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
«ΒΓΑΝΝΟΥ & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»

Ημερομηνία : 17/09/2012

Αρ. Πρ : Φ/Γ/2/14188

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας

Πληροφορίες: Ε.Κωνσταντοπούλου Τηλ. 27310 93376, Φαξ 2731029068, ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ:

κ. Κοτσώνη Αναστασία, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου

Αρχιδάμου 82, Σπάρτη - Λακωνίας

ΘΕΜΑ : Έγκριση χορήγησης στοιχείων για την συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

ΣΧΕΤ: α) Η από 05/07/2012 αίτησή σας.

β) Η υπ' αρ. πρωτ.15570/14-09-2012 έγκριση της 6^{ης} Υ.Π.Ε.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το σχετικό (β) εγκρίθηκε το αίτημά σας , για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας σας με θέμα : « Μέτρηση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων στο χώρο της Υγείας με τη βοήθεια πληροφοριακού συστήματος », με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών δεοντολογικών αρχών οι οποίες διέκον την διεξαγωγή της έρευνας.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

- 1.Διευθύντ ή Γ.Υ.
- 2.Διευθύντ ρια Ν.Υ
- 3.Γ ραφείο Εκπαίδευσης

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ

ΕΥΑΓΓ. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ



Δ.2. Άδεια άσκησης έρευνας στο Γ.Ν. Παίδων « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Α' ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΡΟΣ: κ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΤΣΩΝΗ

Αθήνα, 21.01.2013

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 14-01-13

ΠΑΡΟΝΤΕΣ :


ΠΑΡΟΝΤΕΣ :
Κ.ΠΡΟΥΝΤΖΟΥ-ΚΑΣΣΙΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ, Δ/ντρια
Α' Παιδιατρικού τμήματος
Γ. ΚΑΛΑΒΡΟΥΖΙΩΤΗΣ ΜΕΛΟΣ, Επιμελητής Α', Καρδιοχειρουργικού τμήματος
Ι. ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ ΜΕΛΟΣ, Δ/ντής Βιοχημικού Εργαστηρίου
Α. ΚΟΥΤΣΟΜΠΙΝΑ ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων
Α. ΓΙΑΓΤΣΙΔΟΥ ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Νοσηλευτριών

ΘΕΜΑ : Έγκριση ερευνητικής μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου με τίτλο
«Μέτρηση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζόμενων στο χώρο της υγείας με τη
βοήθεια πληροφοριακού συστήματος».
Επιστημονικό Υπεύθυνος : κ. Α. ΛΑΖΑΚΙΔΟΥ, Λέκτορας, Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης & Ποιότητας Ζωής, Τμήμα
Νοσηλευτικής.

ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 15285/12-07-12

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή στις 14 Ιανουαρίου 2013, έλαβε υπόψη του την ανωτέρω αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κας Αναστασίας Κοτσώνη, που αφορά στην έγκριση ερευνητικής μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου με τίτλο «Μέτρηση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζόμενων στο χώρο της υγείας με τη βοήθεια πληροφοριακού συστήματος».
Ύστερο από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της.
Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση χορήγησης ερωτηματολογίου σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή στις κλινικές του Νοσοκομείου για την διεξαγωγή της ανωτέρω μελέτης.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ


ΠΡΟΥΝΤΖΟΥ – ΚΑΣΣΙΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

Δ.3. Άδεια χορήγησης ερωτηματολογίου

Σπάρτη 25/06/2012

Θέμα: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Προς

Την κα. Κοτσώνη Αναστασία μεταπτυχιακή
φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής
του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Με μεγάλη μου χαρά να κάνετε χρήση του ερωτηματολογίου το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την ερευνητική εργασία « Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον» των Α. Ντάτση και άλλων (Νοσηλευτική 2007, 46(2):268-281

Η άδεια χορηγείται αποκλειστικά και μόνον στον αιτούντα για τη χρήση που ζητά και δεν επιτρέπεται η περαιτέρω παραχώρηση της σε οποιονδήποτε τρίτο

Καλή τύχη με την εργασία σας και αν θέλετε όταν την τελειώσετε θα με ενδιέφερε να έχω μια πληροφόρηση για τα ευρήματά σας

Μαρία Χανιά

Νοσηλεύτρια Msc προϊσταμένη 2^{ου} τομέα

Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του

Νοσοκομείου Σπάρτης

6^ο Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
ΧΑΝΙΑ ΜΑΡΙΑ
ΤΟΜΕΑΡΧΗΣ 2ου ΤΟΜΕΑ
ΝΟΣ. ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Δ. 4. Έντυπη μορφή ερωτηματολογίου

Οδηγίες συμπλήρωσης:

Το παρόν ερωτηματολόγιο χορηγείται για τις ανάγκες εκπόνησης διπλωματικής εργασίας και αφορά στη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης που αποκομίζετε από την εργασία σας.

Παρακαλώ να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο εκφράζοντας κάθε φορά την πιο αυθόρμητή σας αντίδραση και επιλέγοντας ό,τι είναι πιο κοντά σε αυτό που σας αντιπροσωπεύει στη πραγματικότητα.

Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Αυτό που ενδιαφέρει είναι η προσωπική σας άποψη. Μερικές ερωτήσεις φαίνεται να μοιάζουν μεταξύ τους, αλλά παρ' όλα αυτά είναι διαφορετικές. Απαντήστε τις ερωτήσεις βάζοντας σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό ή συμπληρώνοντας την ερώτηση με τον τρόπο που θα σας ζητηθεί. Αν δεν είστε βέβαιοι για το πώς πρέπει να απαντηθεί μια ερώτηση, δώστε την καλύτερη απάντηση που μπορείτε.

Θα ήθελα να τονίσω ότι η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα έρευνα.

Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία, το χρόνο που θα διαθέσετε και την πολύτιμη βοήθειά σας στην υλοποίηση αυτής της έρευνας.

Κοτσώνη Αναστασία

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής

Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για τη φροντίδα και τις σχέσεις τους στο νοσοκομειακό χώρο

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Είστε άνδρας ή γυναίκα; (Σημειώστε ένα)
- | | |
|---------|---|
| Άνδρας | 1 |
| Γυναίκα | 2 |
2. Πόσο χρονών είστε; Συμπληρώστε τον αριθμό των ετών:
3. Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομειακό χώρο. Συμπληρώστε τον αριθμό των ετών:
4. Οικογενειακή κατάσταση:
- | | |
|----------------|---|
| Έγγαμος/η | 1 |
| Άγαμος/η | 2 |
| Διαζευγμένος/η | 3 |
| Σε διάσταση | 4 |
| Χήρος/α | 5 |
5. Ποια η εθνικότητά σας; (Σημειώστε ένα)
- | | |
|--|---|
| Ελλάς | 1 |
| Από κράτος της πρώην Σοβιετικής Ένωσης | 2 |
| Αφρική | 3 |
| Ασία | 4 |
| Ευρώπη | 5 |
| Άλλο (διευκρινίστε): | 6 |

**6. Ποιο ήταν το συνολικό σας εισόδημα το προηγούμενο έτος (εισόδημα από όλες τις πηγές)
(Σημειώστε ένα)**

Λιγότερο από 10000 €	1
10000€ - 20000€	2
20000€ - 40000€	3
40000€ - 75000€	4
75000€ - 100000€	5
Περισσότερο από 100000€	6

7. Επίπεδο εκπαίδευσης;

Λύκειο	1
ΚΑΤΕΕ	2
ΤΕΙ	3
ΑΕΙ	4
Master	5
PhD	6
Άλλο	7

8. Ποια είναι η ειδικότητά σας;

Ιατρικό προσωπικό	1
Νοσηλευτικό προσωπικό	2
Άλλο	3

9. Σε ποιο τομέα του νοσοκομείου εργάζεστε;

Παθολογικό	1
Χειρουργικό	2
Νευρολογικό	3

Μ.Ε.Θ.	4
Ορθοπαιδικό	5
Παιδιατρικό	6
Καρδιολογικό	7
Άλλο	8

10. Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεστε; (γεωγραφικά)

Πρωτεύουσα	1
Επαρχία	2

11. Ποια η σημερινή ημερομηνία;/...../.....

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τη φροντίδα που δέχεστε από το εργασιακό σας περιβάλλον.
(Σημειώστε έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

12. Πως βαθμολογείτε;	Κακή (Δ)	Μέτρια (Γ)	Καλή (Β)	Πολύ καλή (Α)
A. Την άνεση του εργασιακού σας χώρου	1	2	3	4
B. Τη κατανόηση των ασθενών για τη διευκόλυνση του έργου σας	1	2	3	4
Γ. Τη προθυμία των συναδέλφων σας για συνεργασία	1	2	3	4

Δ. Το αν ο προϊστάμενος ακούει αυτά που του λέτε	1	2	3	4
Ε. Τη προσπάθεια της διοίκησης του νοσοκομείου για την επίλυση των επαγγελματικών προβλημάτων	1	2	3	4
ΣΤ. Τη προσπάθεια του προϊσταμένου για να προλάβει το stress και την επαγγελματική σας κόπωση	1	2	3	4
Ζ. Τη φιλικότητα και την ευγένεια του ασθενή	1	2	3	4
Η. Τη κατανόηση των συγγενών του ασθενή	1	2	3	4
Θ. Τη φιλικότητα και την ευγένεια των συναδέλφων σας	1	2	3	4
Ι. Την ευκολία να απευθυνθείτε στο προϊστάμενο και τη διοίκηση	1	2	3	4
Κ. Τη δυνατότητα για εκπαίδευση και επιμόρφωση	1	2	3	4
Λ. Την οικονομική απολαβή από την εργασία σας	1	2	3	4
Μ. Το ενδιαφέρον του προϊσταμένου και της διοίκησης για την ψυχική και συναισθηματική σας κατάσταση	1	2	3	4
Ν. Την ευκολία να συμβουλευτείτε έναν σύμβουλο ή ψυχολόγο στο νοσοκομείο σας	1	2	3	4

13. Για καθένα από τα παρακάτω, η φροντίδα που λαμβάνετε από το νοσοκομειακό χώρο πρέπει: να βελτιωθεί πολύ, λίγο ή καθόλου (σημειώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)	Χρειάζεται πολύ βελτίωση	Χρειάζεται λίγη βελτίωση	Δεν χρειάζεται καθόλου βελτίωση
A. Η επικοινωνία με τον άρρωστο	1	2	3
B. Η επικοινωνία με τους συναδέλφους	1	2	3
Γ. Η ενθάρρυνση και υποστήριξη από τον προϊστάμενο	1	2	3
Δ. Η ενθάρρυνση και υποστήριξη από τη διοίκηση	1	2	3
E. Η δυνατότητα που σας παρέχει το νοσοκομείο για εκπαίδευση και επιμόρφωση	1	2	3
ΣΤ. Η οικονομική απολαβή	1	2	3
Z. Η δυνατότητα που παρέχει το νοσοκομείο στον επαγγελματία υγείας για συμβουλευτική υποστήριξη	1	2	3
H. το ενημερωτικό υλικό και τα προγράμματα που σκοπό έχουν τη διαχείριση του stress και τη προαγωγή της ψυχικής υγείας	1	2	3

Θ. Η ηθική επιβράβευση των προσπαθειών σας 1 2 3

Ι. Το ψυχοσυναισθηματικό κλίμα στο νοσοκομειακό χώρο 1 2 3

14. Οι επαγγελματικές προσδοκίες πραγματοποιήθηκαν; (Σημειώστε έναν αριθμό)

Πολύ	Λίγο	Καθόλου
1	2	3

15. Έχετε τώρα κάποια από τις παρακάτω ασθένειες; (Σημειώστε έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

	Ναι	Όχι
Α. Υπέρταση	1	2
Β. Στεφανιαία νόσος	1	2
Γ. Σακχαρώδης διαβήτης	1	2
Δ. Καρκίνος	1	2
Ε. Ημικρανία	1	2
Στ. Αλλεργία	1	2
Ζ. Οσφυαλγία – Ισχιαλγία	1	2
Η. Έλκος ή δυσπεψία	1	2
Θ. Δερματίτιδα	1	2

16. Τον τελευταίο μήνα είχατε προβλήματα με τη δουλειά σας ή με τις συνηθισμένες δραστηριότητες σας λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (αίσθημα άγχους ή στεναχώριας) ;
(Σημειώστε έναν αριθμό)

Ναι	Όχι
1	2
1	2

17. Σκοπεύετε να αλλάξετε εργασία όταν σας δοθεί ευκαιρία; (Σημειώστε ένα)

Οπωσδήποτε ναι	1
Μάλλον ναι	2
Μάλλον όχι	3
Οπωσδήποτε όχι	4

18. Η ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση επηρεάζει τη σχέση σας με τον ασθενή; (Σημειώστε έναν αριθμό)

Ναι	Όχι
1	2

19. Νομίζω ότι...	Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	Νιώθω έτσι τις μερικές φορές	Δε νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ
(Σημειώστε έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)			
A. Χάνω την ψυχραιμία μου	1	2	3
B. Θέλω να κλάψω	1	2	3

Γ. Απαξιώνομαι στο νοσοκομειακό χώρο (από ασθενείς, συναδέλφους, διοίκηση)	1	2	3
Δ. Είμαι ντροπαλός	1	2	3
Ε. Έχω καλλιτεχνικές δεξιότητες	1	2	3
Στ. Μπορώ να επιστρατεύσω τις δυνάμεις μου για να πετύχω κάτι	1	2	3
Ζ. Είμαι ευγενικός	1	2	3
Η. Αξίζω να προοδεύσω	1	2	3
Θ. Είμαι μελαγχολικός	1	2	3
Ι. Είμαι κακός χαρακτήρας	1	2	3
Κ. Αρέσω στους άλλους	1	2	3
Λ. Είμαι αρκετά ευτυχισμένος και χαρούμενος	1	2	3
Μ. Έχω πολλές ερωτήσεις για πολλά νέα πράγματα	1	2	3
Ν. Είμαι τυχερός όσο και οι άλλοι	1	2	3
Ξ. Είμαι νευρικός	1	2	3

* Κλίμακα αυτοεκτίμησης των Davidson H & Greenberg J. "School achievers from a deprived background". Project no 2805, City College of the City of New York, 1967 pg 22, 38, 46.

Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε τη ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση ; Σημειώστε έναν αριθμό

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Η χειρότερη δυνατή



Στο μέσον, μεταξύ της καλύτερης



Τέλεια

Δ.5. Ηλεκτρονική μορφή ερωτηματολογίου

Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για τη φροντίδα και τις σχέσεις τους στο νοσοκομειακό χώρο

Οδηγίες συμπλήρωσης:

Το παρόν ερωτηματολόγιο χορηγείται για τις ανάγκες εκπόνησης διπλωματικής εργασίας και αφορά στη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης που αποκομίζετε από την εργασία σας. Παρακαλώ να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο εκφράζοντας κάθε φορά την πιο αυθόρμητή σας αντίδραση και επιλέγοντας ό,τι είναι πιο κοντά σε αυτό που σας αντιπροσωπεύει στη πραγματικότητα.

Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Αυτό που ενδιαφέρει είναι η προσωπική σας άποψη. Μερικές ερωτήσεις φαίνεται να μοιάζουν μεταξύ τους, αλλά παρ' όλα αυτά είναι διαφορετικές. Απαντήστε τις ερωτήσεις βάζοντας σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό ή συμπληρώνοντας την ερώτηση με τον τρόπο που θα σας ζητηθεί. Αν δεν είστε βέβαιοι για το πώς πρέπει να απαντηθεί μια ερώτηση, δώστε την καλύτερη απάντηση που μπορείτε.

Θα ήθελα να τονίσω ότι η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα έρευνα.

Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία, το χρόνο που θα διαθέσετε και την πολύτιμη βοήθειά σας στην υλοποίηση αυτής της έρευνας.

Κοτσώνη Αναστασία
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Είστε άνδρας ή γυναίκα;

- Άνδρας
 Γυναίκα

Πόσο χρονών είστε; Συμπληρώστε τον αριθμό των ετών:

Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομειακό χώρο. Συμπληρώστε τον αριθμό των ετών:

Οικογενειακή κατάσταση:

- Έγγαμος/η
 Άγαμος/η

Σε διάσταση

Χήρος/α

Ποια η εθνικότητά σας; (Σημειώστε ένα)

Ελλάδα

Από κράτος της πρώην Σοβιετικής Ένωσης

Αφρική

Ασία

Ευρώπη

Άλλο:

Ποιο ήταν το συνολικό σας εισόδημα το προηγούμενο έτος (εισόδημα από όλες τις πηγές) (Σημειώστε ένα)

Λιγότερο από 10000 €

10000€ - 20000€

20000€ - 40000€

40000€ - 75000€

75000€ - 100000€

Περισσότερο από 100000€

Επίπεδο εκπαίδευσης:

Λύκειο

ΚΑΤΕΕ

ΤΕΙ

ΑΕΙ

Master

PhD

Άλλο:

Ποια είναι η ειδικότητά σας;

Διευθυντής

Ποια είναι η ειδικότητά σας;

- Ιατρικό προσωπικό
 Νοσηλευτικό προσωπικό
 Άλλο:

Σε ποιο τομέα του νοσοκομείου εργάζεστε;

- Παθολογικό
 Χειρουργικό
 Νευρολογικό
 Μ.Ε.Θ.
 Ορθοπαιδικό
 Παιδιατρικό
 Καρδιολογικό
 Άλλο:

Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεστε; (γεωγραφικά)

- Πρωτεύουσα
 Επαρχία

Ποια η σημερινή ημερομηνία;

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τη φροντίδα που δέχεστε από το εργασιακό σας περιβάλλον.

1=Κακή (Δ), 2= Μέτρια (Γ), 3=Καλή (Β), 4=Πολύ καλή (Α)

	1	2	3	4
Την άνεση του εργασιακού σας χώρου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τη κατανόηση των ασθενών για τη διευκόλυνση του έργου σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τη προθυμία των				

Τη προθυμία των συναδέλφων σας για συνεργασία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το αν ο προϊστάμενος ακούει αυτά που του λέτε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τη προσπάθεια της διοίκησης του νοσοκομείου για την επίλυση των επαγγελματικών προβλημάτων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τη προσπάθεια του προϊστάμενου για να προλάβει το stress και την επαγγελματική σας κόπωση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τη φιλικότητα και την ευγένεια του ασθενή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τη κατανόηση των συγγενών του ασθενή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τη φιλικότητα και την ευγένεια των συναδέλφων σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Την ευκολία να απευθυνθείτε στο προϊστάμενο και τη διοίκηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τη δυνατότητα για εκπαίδευση και επιμόρφωση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Την οικονομική απολαβή από την εργασία σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το ενδιαφέρον του προϊστάμενου και της διοίκησης για την ψυχική και συναισθηματική σας κατάσταση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Την ευκολία να συμβουλευτείτε έναν σύμβουλο ή ψυχολόγο στο νοσοκομείο σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Για καθένα από τα παρακάτω, η φροντίδα που λαμβάνετε από το νοσοκομειακό χώρο πρέπει: να βελτιωθεί πολύ, λίγο ή καθόλου (σημειώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)
1=Πολύ, 2=Λίγο, 3=Καθόλου**

Η επικοινωνία με τον άρρωστο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η επικοινωνία με τους συναδέλφους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η ενθάρρυνση και υποστήριξη από τον προϊστάμενο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η ενθάρρυνση και υποστήριξη από τη διοίκηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η δυνατότητα που σας παρέχει το νοσοκομείο για εκπαίδευση και επιμόρφωση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η οικονομική απολαβή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η δυνατότητα που παρέχει το νοσοκομείο στον επαγγελματία υγείας για συμβουλευτική υποστήριξη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το ενημερωτικό υλικό και τα προγράμματα που σκοπό έχουν τη διαχείριση του stress και τη προαγωγή της ψυχικής υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η ηθική επιβράβευση των προσπαθειών σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το ψυχοσυναισθηματικό κλίμα στο νοσοκομειακό χώρο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Οι επαγγελματικές προσδοκίες πραγματοποιήθηκαν; (Σημειώστε έναν αριθμό)

1=Πολύ, 2=Λίγο, 3=Καθόλου

1 2 3

Έχετε τώρα κάποια από τις παρακάτω ασθένειες;

(εάν ΝΑΙ επιλέξτε την/τις ασθένειες)

- Υπέρταση
- Στεφανιαία νόσος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Καρκίνος
- Ημικρανία
- Αλλεργία
- Οστεοαρθρική παθολογία

- Αλλεργία
- Οσφυαλγία – Ισχιαλγία
- Έλκος ή δυσπεψία
- Δερματίτιδα

Τον τελευταίο μήνα είχατε προβλήματα με τη δουλειά σας ή με τις συνηθισμένες δραστηριότητες σας λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (αίσθημα άγχους ή στεναχώριας) ; (Σημειώστε έναν αριθμό)

1=ΝΑΙ 2=ΟΧΙ

	1	2
Αίσθημα άγχους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στεναχώριας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σκοπεύετε να αλλάξετε εργασία όταν σας δοθεί ευκαιρία; (Σημειώστε ένα)

- Οπωσδήποτε ναι
- Μάλλον ναι
- Μάλλον όχι
- Οπωσδήποτε όχι

Η ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση επηρεάζει τη σχέση σας με τον ασθενή; (Σημειώστε έναν αριθμό)

- Ναι
- Όχι

Νομίζω ότι... (Σημειώστε έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

1=Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές, 2=Νιώθω έτσι μερικές φορές, 3=Δε νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ

	1	2	3
Χάνω την ψυχραιμία μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θέλω να κλάψω	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Απαξιώνομαι στο νοσοκομειακό χώρο (από ασθενείς, συναδέλφους,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Θέλω να κλάψω	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Απαξιώνομαι στο νοσοκομειακό χώρο (από ασθενείς, συναδέλφους, διοίκηση)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι ντροπαλός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έχω καλλιτεχνικές δεξιότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μπορώ να επιστρατεύσω τις δυνάμεις μου για να πετύχω κάτι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι ευγενικός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αξίζω να προδεύσω	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι μελαγχολικός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι κακός χαρακτήρας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αρέσω στους άλλους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι αρκετά ευτυχισμένος και χαρούμενος	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έχω πολλές ερωτήσεις για πολλά νέα πράγματα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι τυχερός όσο και οι άλλοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι νευρικός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε τη ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση; Σημειώστε έναν αριθμό

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Η χειρότερη δυνατή Τέλεια

Μην υποβάλετε ποτέ κωδικούς πρόσβασης μέσω των Φορμών Google.

Με την υποστήριξη των [Εγγράφων Google](#)

[Αναφορά κακής χρήσης](#) · [Όροι Παροχής Υπηρεσιών](#) · [Πρόσθετοι όροι](#)

Δ.6 Πλατφόρμα αποστολής ερωτηματολογίου

+ Add item Theme: Plain Share Email this form See responses

Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για τη φροντίδα και τις σχέσεις τους στο νοσοκομειακό χώρο

Οδηγίες συμπλήρωσης:

Το παρόν ερωτηματολόγιο χορηγείται για τις ανάγκες εκπόνησης διπλωματικής εργασίας και αφορά στη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης που αποκτάτε στην εργασία σας.
Παρακαλώ να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο εκφράζοντας κάθε φορά την πιο αυθόρμητή σας αντίδραση και επιλέγοντας ό,τι είναι πιο κοντά στην αντιπροσωπεύει στη πραγματικότητα.
Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Αυτό που ενδιαφέρει είναι η προσωπική σας άποψη. Μερικές ερωτήσεις φαίνεται να μοιάζουν μεταξύ τους, αλλά είναι διαφορετικές. Απαντήστε τις ερωτήσεις βάζοντας σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό ή συμπληρώνοντας την ερώτηση με τον τρόπο που θα σας ζητηθεί. Απαντήστε για το πώς πρέπει να απαντηθεί μια ερώτηση, δώστε την καλύτερη απάντηση που μπορείτε.
Θα ήθελα να τονίσω ότι η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παρούσα έρευνα.
Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας.

Κοτσώνη Αναστασία
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Τμήματος
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Είστε άνδρας ή γυναίκα;

Άνδρας
 Γυναίκα

Πόσο χρονών είστε; Συμπληρώστε

Έτη προϋπηρεσίας σε νοσοκομειακό χώρο. Συμπληρώστε τον αριθμό των ετών.

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η
 Άγαμος/η
 Διαζευγμένος/η
 Σε διάσταση

Send this form to others

to:

from: Anastasia Kotsoni <anastasia.kotsoni@gmail.com>

subject: Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για τη φροντίδα και τις σχέσεις τους στο νοσοκομ

Include form in the email

Note: the form description will always be included in the email

Send Cancel

You can view the published form here: <https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dFdnOGVdcU5ieDdxVGN2dIQta2V2S3c6MG>

Δ.7 Συγκεντρωτικοί πίνακες αποτελεσμάτων της έρευνας

Valid	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
Πίνακας 1.1 Φύλο				
Ανδρας	36	18,0	18,0	18,0
Γυναίκα	164	82,0	82,0	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	
Πίνακας 1.2 Εθνικότητα				
Ελλάς	200	100,0	100,0	100,0
Πίνακας 1.3 Τοπογραφία				
Πρωτεύουσα	104	52,0	52,0	52,0
Επαρχία	96	48,0	48,0	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	
Πίνακας 1.4 Ηλικία				
18 – 25	13	6,5	6,5	6,5
26 – 35	75	37,5	37,5	44,0
36 – 45	73	36,5	36,5	80,5
46 +	39	19,5	19,5	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	
Πίνακας 1.5 Προϋπηρεσία				
0 – 10	96	48,0	48,0	48,0
11 – 20	63	31,5	31,5	79,5
21 – 30	41	20,5	20,5	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	
Πίνακας 1.6 Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος/η	100	50,0	50,0	50,0
Άγαμος/η	93	46,5	46,5	96,5
Διαζευγμένος/η	6	3,0	3,0	99,5
Σε διάσταση	1	0,5	0,5	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	
Πίνακας 1.7 Εισόδημα				
< 10.000	36	18,0	18,0	18,0
10.000 – 20.000	135	67,5	67,5	85,5
20.000 – 40.000	29	14,5	14,5	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	
Πίνακας 1.8 Επίπεδο εκπαίδευσης				
Λύκειο	46	23,0	23,0	23,0
ΚΑΤΕΕ	9	4,5	4,5	27,5
ΤΕΙ	104	52,0	52,0	79,5
ΑΕΙ	19	9,5	9,5	89,0
Master	17	8,5	8,5	97,5
PhD	4	2,0	2,0	99,5
Άλλο	1	0,5	0,5	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	
Πίνακας 1.9 Ειδικότητες προσωπικού				
Ιατρικό Προσωπικό	14	7,0	7,0	7,0
Νοσηλευτικό Προσωπικό	171	85,5	85,5	92,5
Άλλο	15	7,5	7,5	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	

Valid	Frequency	%	Valid %	Cumulative %
Πίνακας 1.10 Τμήμα στο Νοσοκομείο				
Παθολογικό	33	16,5	16,5	16,5
Χειρουργικό	39	19,5	19,5	36,0
Νευρολογικό	3	1,5	1,5	37,5
Μ.Ε.Θ.	40	20,0	20,0	57,5
Ορθοπαιδικό	11	5,5	5,5	63,0
Παιδιατρικό	39	19,5	19,5	82,5
Καρδιολογικό	9	4,5	4,5	87,0
Άλλο	26	13,0	13,0	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	
Πίνακας 1.11 Ασθένειες και παθήσεις				
Υπέρταση	22	11,0	11,0	11,0
Στεφανιαία Νόσος	8	4,0	4,0	15,0
Σακχαρώδης Διαβήτης	6	3,0	3,0	18,0
Καρκίνος	6	3,0	3,0	21,0
Ημικρανία	58	29,0	29,0	50,0
Αλλεργία	20	10,0	10,0	60,0
Οσφυαλγία – Ισχιαλγία	43	21,5	21,5	81,5
Έλκος ή Δυσπεψία	16	8,0	8,0	89,5
Δερματίτιδα	21	10,5	10,5	100,0
Σύνολο	200	100,0	100,0	

ΦΥΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες
Πίνακας 2.1.1-3 Άνεση Εργασιακού χώρου		
Κακή	3	3
Μέτρια	15	79
Καλή	16	65
Πολύ καλή	2	17
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.1.1-3 Οικονομική απολαβή από την εργασία		
Κακή	18	115
Μέτρια	17	43
Καλή	0	5
Πολύ καλή	1	1
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.2.1-3 Ευκολία να συμβουλευτείς ένα σύμβουλο ή ψυχολόγο στο Νοσοκομείο		
Κακή	16	73
Μέτρια	15	70
Καλή	4	20
Πολύ καλή	1	1
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Ψυχοσυναισθηματικό κλίμα		
Πολύ	15	99
Λίγο	20	59
Καθόλου	1	6
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Αίσθημα άγχους		
Ναι	14	79
Όχι	22	85
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Είμαι μελαγχολικός		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	2	9
Νιώθω έτσι μερικές φορές	13	95
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	21	60
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Θέλω να κλάψω		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	1	10
Νιώθω έτσι μερικές φορές	8	79
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	27	75
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Είμαι αρκετά ευτυχισμένος και χαρούμενος		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	15	57
Νιώθω έτσι μερικές φορές	18	95
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	3	12
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Ηθική επιβράβευση προσπαθειών		
Πολύ	14	92
Λίγο	20	60
Καθόλου	2	12
Σύνολο	36	164

ΦΥΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες
Πίνακας 3.3 Πραγμάτωση επαγγελματικών προσδοκιών		
Πολύ	9	18
Λίγο	21	111
Καθόλου	6	35
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Μπορώ να επιστρατεύσω τις δυνάμεις μου για να πετύχω κάτι		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	19	80
Νιώθω έτσι μερικές φορές	15	68
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	2	16
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Αξίζω να προοδεύσω		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	32	122
Νιώθω έτσι μερικές φορές	1	30
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	3	12
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Σκοπεύετε να αλλάξετε εργασία		
Οπωσδήποτε ναι	8	52
Μάλλον ναι	12	63
Μάλλον όχι	6	22
Οπωσδήποτε όχι	10	27
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Απαξιώνομαι στο νοσοκομειακό χώρο (από ασθενείς, συναδέλφους, διοίκηση)		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	3	18
Νιώθω έτσι μερικές φορές	16	96
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	17	50
Σύνολο	36	164
Πίνακας 3.3 Αρέσω στους άλλους		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	12	52
Νιώθω έτσι μερικές φορές	21	96
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	3	16
Σύνολο	36	164
Πίνακας 4.1.1-3 Ενδιαφέρον προϊσταμένου		
Κακή	1	10
Μέτρια	8	40
Καλή	17	61
Πολύ καλή	10	53
Σύνολο	36	164
Πίνακας 4.2.1-3 Προσπάθεια διοίκησης Νοσοκομείου για επίλυση προβλημάτων		
Κακή	8	41
Μέτρια	11	89
Καλή	13	29
Πολύ καλή	4	5
Σύνολο	36	164
Πίνακας 4.3.1-3 Προσπάθεια Προϊσταμένου να προλάβει το stress και την κόπωση		
Κακή	8	31
Μέτρια	11	48
Καλή	10	56
Πολύ καλή	7	29
Σύνολο	36	164

ΦΥΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες
Πίνακας 4.4.1-3 Ευκολία να απευθυνθείτε σε Προϊστάμενο και Διοίκηση		
Κακή	2	18
Μέτρια	14	62
Καλή	6	56
Πολύ καλή	14	28
Σύνολο	36	164
Πίνακας 4.5.1-3 Ενδιαφέρον Προϊσταμένου και Διοίκησης για ψυχική & συναισθηματική...		
Κακή	10	58
Μέτρια	13	55
Καλή	8	38
Πολύ καλή	5	13
Σύνολο	36	164
Πίνακας 4.6.1-3 Ενθάρρυνση και υποστήριξη από τον Προϊστάμενο		
Πολύ	3	39
Λίγο	25	75
Καθόλου	8	50
Σύνολο	36	164
Πίνακας 4.7.1-3 Ενθάρρυνση και υποστήριξη από Διοίκηση		
Πολύ	17	98
Λίγο	16	58
Καθόλου	3	8
Σύνολο	36	164
Πίνακας 5.1.1-3 Προθυμία συναδέλφων για συνεργασία		
Κακή	0	1
Μέτρια	11	41
Καλή	14	82
Πολύ καλή	11	40
Σύνολο	36	164
Πίνακας 5.2.1-3 Φιλικότητα και ευγένεια συναδέλφων		
Κακή	1	6
Μέτρια	6	46
Καλή	20	77
Πολύ καλή	9	35
Σύνολο	36	164
Πίνακας 5.3.1-3 Επικοινωνία με συναδέλφους		
Πολύ	4	26
Λίγο	17	91
Καθόλου	15	47
Σύνολο	36	164
Πίνακας 6.1.1-3 Κατανόηση ασθενών για διευκόλυνση έργου		
Κακή	1	9
Μέτρια	14	80
Καλή	20	60
Πολύ καλή	1	15
Σύνολο	36	164
Πίνακας 6.2.1-3 Φιλικότητα και ευγένεια ασθενή		
Κακή	1	8
Μέτρια	12	70
Καλή	20	72
Πολύ καλή	3	14
Σύνολο	36	164

ΦΥΛΟ	Άνδρες	Γυναίκες
Πίνακας 6.3.1-3 Κατανόηση συγγενών του ασθενή		
Κακή	2	16
Μέτρια	16	83
Καλή	16	57
Πολύ καλή	2	8
Σύνολο	36	164
Πίνακας 6.4.1-3 Επικοινωνία με τον άρρωστο		
Πολύ	4	38
Λίγο	23	98
Καθόλου	9	28
Σύνολο	36	164
Πίνακας 6.5 Η ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση επηρεάζει τη σχέση σας με τον ασθ.		
Ναι	10	80
Όχι	23	84
Σύνολο	36	164
Πίνακας 6.5 Χάνω την ψυχραιμία μου		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	1	15
Νιώθω έτσι μερικές φορές	15	90
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	20	59
Σύνολο	36	164
Πίνακας 6.5 Είμαι ευγενικός		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	31	121
Νιώθω έτσι μερικές φορές	3	30
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	2	13
Σύνολο	36	164
Πίνακας 6.5 Είμαι νευρικός		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	8	19
Νιώθω έτσι μερικές φορές	18	82
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	10	63
Σύνολο	36	164
Πίνακας 6.5 Είμαι κακός χαρακτήρας		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	1	12
Νιώθω έτσι μερικές φορές	4	24
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	31	130
Σύνολο	36	164
Πίνακας 7.1.1-3 Δυνατότητα για εκπαίδευση και επιμόρφωση		
Κακή	11	43
Μέτρια	13	77
Καλή	10	29
Πολύ καλή	2	15
Σύνολο	36	164
Πίνακας 7.1.1-3 Το ενημερωτικό υλικό και τα προγράμματα που σκοπό έχουν τη διαχειρ...		
Πολύ	22	119
Λίγο	14	39
Καθόλου	0	6
Σύνολο	36	164
Πίνακας 7.1.1-3 Έχω πολλές ερωτήσεις για πολλά νέα πράγματα		
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	18	58
Νιώθω έτσι μερικές φορές	17	81
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	1	25
Σύνολο	36	164

ΗΛΙΚΙΑ

18 - 25

26 - 35

36 - 45

46+

Πίνακας 2.1.1-3 Άνεση Εργασιακού χώρου				
Κακή	0%	2%	10%	5%
Μέτρια	16%	54%	43%	43%
Καλή	54%	40%	37%	41%
Πολύ καλή	30%	4%	10%	11%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.1.1-3 Οικονομική απολαβή από την εργασία				
Κακή	38%	73%	76%	38%
Μέτρια	62%	24%	22%	48%
Καλή	0%	0%	2%	11%
Πολύ καλή	0%	3%	0%	3%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.2.1-3 Ευκολία να συμβουλευτείς ένα σύμβουλο ή ψυχολόγο στο Νοσοκομείο				
Κακή	34%	46%	50%	31%
Μέτρια	42%	46%	38%	40%
Καλή	24%	6%	10%	23%
Πολύ καλή	0%	2%	2%	6%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Ψυχοσυναισθηματικό κλίμα				
Πολύ	26%	65%	58%	43%
Λίγο	61%	27%	40%	52%
Καθόλου	13%	8%	2%	5%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Αίσθημα άγχους				
Ναι	55%	53%	42%	37%
Όχι	45%	47%	58%	63%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Είμαι μελαγχολικός				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	0%	4%	8%	10%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	38%	60%	47%	52%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	62%	38%	45%	38%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Θέλω να κλάψω				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	0%	4%	8%	3%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	22%	58%	37%	40%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	78%	38%	55%	57%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Είμαι αρκετά ευτυχισμένος και χαρούμενος				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	38%	32%	39%	35%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	55%	62%	53%	59%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	7%	6%	8%	6%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Ηθική επιβράβευση προσπαθειών				
Πολύ	32%	62%	56%	42%
Λίγο	56%	36%	39%	50%
Καθόλου	12%	2%	5%	8%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%

ΗΛΙΚΙΑ

18 - 25

26 - 35

36 - 45

46+

Πίνακας 3.3 Πραγμάτωση επαγγελματικών προσδοκιών				
Πολύ	8%	9%	12%	25%
Λίγο	61%	66%	70%	62%
Καθόλου	31%	25%	18%	13%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Μπορώ να επιστρατεύσω τις δυνάμεις μου για να πετύχω κάτι				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	54%	55%	44%	55%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	46%	38%	43%	41%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	0%	7%	13%	4%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Αξίζω να προοδεύσω				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	78%	82%	78%	76%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	18%	16%	14%	24%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	4%	2%	8%	0%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Σκοπεύετε να αλλάξετε εργασία				
Οπωσδήποτε ναι	31%	45%	17%	23%
Μάλλον ναι	23%	29%	56%	28%
Μάλλον όχι	23%	17%	11%	8%
Οπωσδήποτε όχι	23%	9%	16%	41%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Απαξιώνομαι στο νοσοκομειακό χώρο (από ασθενείς, συναδέλφους, διοίκηση)				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	17%	12%	10%	4%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	39%	60%	58%	43%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	44%	28%	32%	53%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 3.3 Αρέσω στους άλλους				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	21%	22%	38%	41%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	71%	69%	53%	55%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	8%	9%	9%	4%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 4.1.1-3 Ενδιαφέρον προϊσταμένου				
Κακή	0%	5%	5%	8%
Μέτρια	7%	32%	29%	11%
Καλή	38%	36%	34%	53%
Πολύ καλή	55%	27%	32%	28%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 4.2.1-3 Προσπάθεια διοίκησης Νοσοκομείου για επίλυση προβλημάτων				
Κακή	16%	34%	21%	18%
Μέτρια	46%	58%	51%	41%
Καλή	38%	7%	25%	37%
Πολύ καλή	0%	1%	3%	4%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 4.3.1-3 Προσπάθεια Προϊσταμένου να προλάβει το stress και την κόπωση				
Κακή	0%	17%	28%	16%
Μέτρια	31%	38%	24%	23%
Καλή	38%	31%	31%	43%
Πολύ καλή	31%	14%	17%	18%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%

ΗΛΙΚΙΑ

18 - 25

26 - 35

36 - 45

46+

Πίνακας 4.4.1-3 Ευκολία να απευθυνθείτε σε Προϊστάμενο και Διοίκηση				
Κακή	16%	15%	6%	3%
Μέτρια	16%	47%	39%	26%
Καλή	23%	25%	32%	44%
Πολύ καλή	45%	13%	23%	27%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 4.5.1-3 Ενδιαφέρον Προϊσταμένου και Διοίκησης για ψυχική & συναισθηματική...				
Κακή	16%	37%	36%	31%
Μέτρια	23%	35%	39%	26%
Καλή	38%	22%	18%	28%
Πολύ καλή	22%	7%	7%	15%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 4.6.1-3 Ενθάρρυνση και υποστήριξη από τον Προϊστάμενο				
Πολύ	8%	30%	18%	20%
Λίγο	22%	50%	52%	57%
Καθόλου	70%	20%	30%	23%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 4.7.1-3 Ενθάρρυνση και υποστήριξη από Διοίκηση				
Πολύ	38%	75%	56%	41%
Λίγο	56%	21%	39%	55%
Καθόλου	6%	4%	5%	4%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 5.1.1-3 Προθυμία συναδέλφων για συνεργασία				
Κακή	0%	1%	1%	0%
Μέτρια	23%	32%	24%	18%
Καλή	47%	47%	48%	56%
Πολύ καλή	30%	10%	27%	26%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 5.2.1-3 Φιλικότητα και ευγένεια συναδέλφων				
Κακή	0%	4%	6%	0%
Μέτρια	31%	36%	17%	27%
Καλή	38%	45%	54%	47%
Πολύ καλή	31%	5%	23%	26%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 5.3.1-3 Επικοινωνία με συναδέλφους				
Πολύ	8%	17%	19%	18%
Λίγο	72%	65%	40%	56%
Καθόλου	20%	18%	41%	26%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 6.1.1-3 Κατανόηση ασθενών για διευκόλυνση έργου				
Κακή	0%	3%	10%	3%
Μέτρια	50%	53%	46%	48%
Καλή	33%	40%	41%	39%
Πολύ καλή	27%	4%	3%	10%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 6.2.1-3 Φιλικότητα και ευγένεια ασθενή				
Κακή	0%	3%	8%	3%
Μέτρια	50%	49%	40%	28%
Καλή	42%	42%	48%	53%
Πολύ καλή	8%	6%	4%	36%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%

ΗΛΙΚΙΑ**18 - 25****26 - 35****36 - 45****46+**

	18 - 25	26 - 35	36 - 45	46+
Πίνακας 6.3.1-3 Κατανόηση συγγενών του ασθενή				
Κακή	0%	4%	16%	8%
Μέτρια	62%	59%	46%	45%
Καλή	32%	36%	35%	35%
Πολύ καλή	6%	1%	3%	12%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 6.4.1-3 Επικοινωνία με τον άρρωστο				
Πολύ	32%	22%	20%	19%
Λίγο	56%	70%	63%	64%
Καθόλου	12%	8%	17%	17%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 6.5 Η ψυχική-συναισθηματική σας κατάσταση επηρεάζει τη σχέση σας με τον ασθ.				
Ναι	32%	46%	47%	38%
Όχι	68%	54%	53%	62%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 6.5 Χάνω την ψυχραιμία μου				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	0%	11%	9%	5%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	46%	57%	51%	54%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	54%	32%	40%	41%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 6.5 Είμαι ευγενικός				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	84%	83%	74%	68%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	16%	13%	16%	22%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	0%	4%	10%	8%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 6.5 Είμαι νευρικός				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	16%	8%	12%	18%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	39%	57%	46%	48%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	45%	35%	42%	34%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 6.5 Είμαι κακός χαρακτήρας				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	0%	8%	6%	8%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	8%	20%	12%	11%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	92%	72%	82%	81%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 7.1.1-3 Δυνατότητα για εκπαίδευση και επιμόρφωση				
Πολύ	55%	66%	64%	44%
Λίγο	45%	32%	34%	46%
Καθόλου	0%	2%	2%	10%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 7.1.1-3 Το ενημερωτικό υλικό και τα προγράμματα που σκοπό έχουν τη διαχειρ...				
Πολύ	78%	79%	78%	59%
Λίγο	16%	20%	22%	36%
Καθόλου	6%	1%	0%	5%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%
Πίνακας 7.1.1-3 Έχω πολλές ερωτήσεις για πολλά νέα πράγματα				
Νιώθω έτσι τις περισσότερες φορές	32%	36%	43%	37%
Νιώθω έτσι μερικές φορές	62%	54%	40%	55%
Δεν νιώθω έτσι σχεδόν ποτέ	6%	10%	17%	8%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	Πρωτεύουσα	Επαρχία
Πίνακας 2.1.1-3 Άνεση Εργασιακού χώρου		
Κακή	3%	9%
Μέτρια	48%	43%
Καλή	37%	41%
Πολύ καλή	12%	7%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 3.1.1-3 Οικονομική απολαβή από την εργασία		
Κακή	70%	58%
Μέτρια	28%	36%
Καλή	2%	4%
Πολύ καλή	0%	2%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 3.2.1-3 Ευκολία να συμβουλευτείς ένα σύμβουλο ή ψυχολόγο στο Νοσοκομείο		
Κακή	46%	40%
Μέτρια	40%	42%
Καλή	11%	13%
Πολύ καλή	3%	5%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 4.1.1-3 Ενδιαφέρον προϊσταμένου		
Κακή	6%	5%
Μέτρια	36%	12%
Καλή	31%	48%
Πολύ καλή	27%	35%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 4.2.1-3 Προσπάθεια διοίκησης Νοσοκομείου για επίλυση προβλημάτων		
Κακή	31%	15%
Μέτρια	48%	56%
Καλή	18%	25%
Πολύ καλή	3%	4%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 4.3.1-3 Προσπάθεια Προϊσταμένου να προλάβει το stress και την κόπωση		
Κακή	21%	18%
Μέτρια	39%	18%
Καλή	28%	42%
Πολύ καλή	12%	22%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 4.4.1-3 Ευκολία να απευθυνθείτε σε Προϊστάμενο και Διοίκηση		
Κακή	16%	3%
Μέτρια	46%	29%
Καλή	26%	39%
Πολύ καλή	12%	29%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 4.5.1-3 Ενδιαφέρον Προϊσταμένου και Διοίκησης για ψυχική & συναισθηματική...		
Κακή	42%	27%
Μέτρια	34%	33%
Καλή	18%	29%
Πολύ καλή	6%	11%
Σύνολο	100%	100%

	Πρωτεύουσα	Επαρχία
Πίνακας 4.6.1-3 Ενθάρρυνση και υποστήριξη από τον Προϊστάμενο		
Πολύ	28%	16%
Λίγο	48%	52%
Καθόλου	24%	32%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 4.7.1-3 Ενθάρρυνση και υποστήριξη από Διοίκηση		
Πολύ	59%	58%
Λίγο	35%	38%
Καθόλου	6%	4%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 5.1.1-3 Προθυμία συναδέλφων για συνεργασία		
Κακή	1%	1%
Μέτρια	26%	28%
Καλή	51%	48%
Πολύ καλή	22%	23%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 5.2.1-3 Φιλικότητα και ευγένεια συναδέλφων		
Κακή	6%	2%
Μέτρια	27%	28%
Καλή	48%	49%
Πολύ καλή	19%	21%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 5.3.1-3 Επικοινωνία με συναδέλφους		
Πολύ	16%	19%
Λίγο	58%	51%
Καθόλου	26%	30%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 6.1.1-3 Κατανόηση ασθενών για διευκόλυνση έργου		
Κακή	5%	6%
Μέτρια	47%	50%
Καλή	42%	37%
Πολύ καλή	6%	7%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 6.2.1-3 Φιλικότητα και ευγένεια ασθενή		
Κακή	7%	2%
Μέτρια	45%	39%
Καλή	42%	51%
Πολύ καλή	6%	8%
Σύνολο	100%	100%

	Πρωτεύουσα	Επαρχία
Πίνακας 6.3.1-3 Κατανόηση συγγενών του ασθενή		
Κακή	7%	10%
Μέτρια	50%	51%
Καλή	36%	35%
Πολύ καλή	7%	4%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 6.4.1-3 Επικοινωνία με τον άρρωστο		
Πολύ	18%	28%
Λίγο	63%	61%
Καθόλου	19%	11%
Σύνολο	100%	100%
Πίνακας 7.1.1-3 Δυνατότητα για εκπαίδευση και επιμόρφωση		
Κακή	28%	26%
Μέτρια	45%	48%
Καλή	20%	18%
Πολύ καλή	7%	8%
Σύνολο	100%	100%