
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

ΚΟΡΑΩΣΗ ΕΙΡΗΝΗ

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

Πειραιάς, 2016

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

ΚΟΡΔΩΣΗ ΕΙΡΗΝΗ, Α.Μ.: ΔΥ/1319

Επιβλέπων: Ελευθερίου Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής
Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2016

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**WORKING ENVIRONMENT AND WORKING
RELATIONS OF NURSES IN HOSPITALS**

KORDOSI EIRINI

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

Piraeus, Greece, 2016

Στην οικογένειά μου,

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση μιας πτυχιακής εργασίας αποτελεί μια διαδικασία δύσκολη, ψυχοφθόρα και ιδιαίτερα χρονοβόρα. Στην προσπάθεια μου αυτοί στάθηκαν πολύτιμοι αρωγοί μια σειρά προσώπων τα οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή Δ. Ιθακήσιο για την εμπιστοσύνη και την κατανόηση που επέδειξε, καθώς επίσης και τον καθηγητή Κ.Ελευθερίου για την καθοδήγηση του και την συμβολή του στη δημιουργία της εργασίας.

Θα ήθελα να απευθύνω βαθυτατες ευχαριστίες στη διεύθυνση του Νοσοκομείου Κορίνθου που επέτρεψε τη διαξαγωγή έρευνας στους κόλπους του παρέχοντας πρόσβαση σε πληροφορίες ζωτικής σημασίας για την εκπόνηση της εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την στήριξη που μου παρείχε και για την υπομονή που επέδειξε κατά την ενασχόληση μου με την συγγραφή της εργασίας.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Σημαντικοί Όροι: εργασιακές σχέσεις, εργασιακό περιβάλλον, ικανοποίηση, νοσηλευτές

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι υγιείς εργασιακές σχέσεις και το περιβάλλον εργασίας έχει χαρακτηριστεί πολύ σημαντικό για την παραμονή των νοσηλευτών στη θέση εργασίας τους. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος και των εργασιακών σχέσεων των νοσηλευτών σε δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία προοπτική συγχρονική μελέτη συσχέτισης. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο 73 ερωτήσεων με καλή εσωτερική συνέπεια ($\alpha=0,846$).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 96 νοσηλευτές. Οι περισσότεροι ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης (53,1%), με προϋπηρεσία 10-20 έτη (44,2%), μόνιμοι υπάλληλοι (80%). Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 57,3% θεωρούν πως το αντικείμενο εργασίας τους δεν έχει ούτε μικρό ούτε μεγάλο ενδιαφέρον, ενώ οι περισσότεροι πιστεύουν ότι ο άμεσα προϊστάμενος τους σέβεται ($3,8\pm 0,5$), τους επικρίνει για τα λάθη τους ($3,5\pm 0,6$), είναι διαλλακτικός ($2,7\pm 1,1$), δεν είναι αυστηρός ($2,3\pm 0,9$), είναι πειστικός ($1,8\pm 0,9$) και απαιτητικός ($1,9\pm 0,9$) σε μικρό βαθμό, ενώ είναι ευγενικός ($3,2\pm 0,6$), δίκαιος ($3,1\pm 0,5$) και μέντορας ($2,6\pm 0,6$). Επίσης, οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι είναι άδικο να απασχολούνται νοσηλευτές σε διοικητικές θέσεις ($3,8\pm 0,4$). Οι σχέσεις συνεργασίας με τους συναδέλφους του τμήματός τους είναι μέτριες ($2,9\pm 0,6$), ενώ οι σχέσεις συνεργασίας με συναδέλφους διαφορετικών νοσηλευτικών τμημάτων και με το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου είναι κακές ($2,4\pm 0,7$ και $2,4\pm 0,6$, αντίστοιχα). Οι ερωτηθέντες απάντησαν πως οι προοπτικές εξέλιξης μέσα στο νοσοκομείο είναι σχεδόν ανύπαρκτες ($1,9\pm 0,5$) και δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις οικονομικές απολαβές σε σχέση με την εργασία τους ($1,1\pm 0,3$).

Συμπεράσματα: Με τη σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που υπάρχει στα νοσοκομεία της Ελλάδας, οι ηγέτες νοσηλευτές πρέπει να είναι δημιουργικοί και να κάνουν ότι μπορούν για να βελτιώσουν το εργασιακό περιβάλλον.

WORKING ENVIRONMENT AND WORKING RELATIONS OF NURSES IN HOSPITALS

Keywords: working relations, working environment, satisfaction, nurse

Abstract

Introduction: The healthy working relations and the work environment have been characterized as very important factors in retaining nurses in their job. The purpose of this study is to investigate the working environment and working relations of nurses in a public hospital in Greece.

Methodology: This is a prospective cross-sectional correlation study. We used a questionnaire with 73 questions with good internal consistency ($\alpha = 0,846$).

Results: The study involved 96 nurses. Most of them had technological education (53.1%), previous experience 10 to 20 years (44.2%), and were permanent full-time employees (80%). Out of the total respondents, 57.3% believe that their work has neither small nor great interest, while on average they believe that their supervisor respects them ($3,8 \pm 0,5$), criticizes them for mistakes ($3,5 \pm 0,6$), is conciliatory ($2,7 \pm 1,1$), is not strict ($2,3 \pm 0,9$), is pressing ($1,8 \pm 0,9$) and is demanding ($1,9 \pm 0,9$) to a small extent, while he is polite ($3,2 \pm 0,6$), fair ($3,1 \pm 0,5$) and mentor ($2,6 \pm 0,6$). Also, respondents indicated that it is unfair to employ nurses in positions other than clinical ($3,8 \pm 0,4$). The working relationships with their colleagues in their department is modest ($2,9 \pm 0,6$), while the working relationships with colleagues of different departments and other staff of the hospital are bad ($2,4 \pm 0,7$ and $2,4 \pm 0,6$, respectively). Respondents answered that future promotion prospects in the hospital are almost nonexistent ($1,9 \pm 0,5$) and they are not satisfied at all with their salary ($1,1 \pm 0,3$).

Conclusions: With the severe shortage of nursing staff present in hospitals in Greece, the nurses' leaders need to be creative and do everything they can in order to improve the working environment.

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	xi
Abstract.....	xiii
Κατάλογος Πινάκων.....	xvii
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xix
Εισαγωγή.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ικανοποίηση νοσηλευτών και ασφάλεια ασθενών.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Περιβάλλοντα Εργασίας.....	11
2.1 Υγιή περιβάλλοντα εργασίας - Ορισμοί και Βασικές Έννοιες.....	11
2.2 Επικοινωνία στη Φροντίδα Υγείας.....	15
2.2.1 Επικοινωνία Νοσηλεύτη – με - Νοσηλεύτη.....	16
2.2.2 Επικοινωνία Νοσηλεύτη – με – Ιατρό.....	17
2.3 Συνεργασία.....	18
2.4 Αυθεντική ηγεσία.....	19
2.5 Υγιές εργασιακό περιβάλλον και έκβαση των ασθενών.....	21
2.6 Εργασιακό Περιβάλλον και Αποτελέσματα στους Νοσηλευτές.....	23
2.7 Οργανωτικές δομές και πιστοποίηση κατά AACN.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Εννοιολογικό πλαίσιο.....	27
3.1 Μοντέλο Donabedian.....	27
3.2 Θεωρία των δύο παραγόντων του Frederick Herzberg.....	30
3.3 Εργασιακό Περιβάλλον Νοσηλευτών.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Σκοπός.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Μεθοδολογία.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Αποτελέσματα.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Συζήτηση.....	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. Συμπεράσματα.....	79
Βιβλιογραφία	81

Κατάλογος Πινάκων

3.1 Συσχέτιση της θεωρίας δύο παραγόντων Herzberg με τις υποκλίμακες του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος	30
6.1 Δείκτης συνάφειας Cronbach α	39
7.1 Προσωπικά στοιχεία ερωτηθέντων.	46
7.2 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με τον προϊστάμενό τους.	50
7.3 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με το προφίλ του προϊστάμενού τους.	52
7.4 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με τις σχέσεις με τους συναδέλφους τους.	53
7.5 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με την ανάπτυξη δεξιοτήτων και προσωπικότητας των εργαζομένων στα πλαίσια της εργασίας τους.	54
7.6 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με τις αμοιβές.	55
7.7 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με τις συνθήκες χώρου εργασίας.	56
7.8 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με το ωράριο εργασίας.	57
7.9 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με την εκπαίδευση.	58
7.10 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με την ασφάλεια.	59
7.11 Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με το συνδικαλισμό εντός του νοσοκομείου και τα σωματεία των νοσηλευτών.	60
7.12 Συσχετίσεις ανάλογα με το φύλο	61
7.13 Συσχετίσεις ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.	62
7.14 Συσχετίσεις ανάλογα με τα έτη υπηρεσίας.	63
7.15 Συσχετίσεις ανάλογα με το είδος του τμήματος που εργάζονται.	64
7.16 Συσχετίσεις ανάλογα με την ηλικία.	65
7.17 Συσχετίσεις ανάλογα με τη σχέση εργασίας.	66

Κατάλογος Διαγραμμάτων

7.1 Ποσοστιαία αναλογία φύλου συμμετεχόντων	41
7.2 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με την εκπαίδευσή τους	42
7.3 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά μεταπτυχιακή εκπαίδευση	42
7.4 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά έτη υπηρεσίας	43
7.5 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά είδος τμήματος εργασίας	43
7.6 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά ηλικιακή ομάδα	44
7.7 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά οικογενειακή κατάσταση	44
7.8 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με τα τέκνα	45
7.9 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με τη σχέση εργασίας	45
7.10 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με το βαθμό που θεωρούν ότι το αντικείμενο εργασίας τους έχει ενδιαφέρον για εκείνους	47
7.11 Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με το βαθμό που θεωρούν ότι είναι ικανοποιημένοι από το αντικείμενο εργασίας τους	48
7.12 Ποσοστιαίες απαντήσεις στην ερώτηση: «Είμαι περήφανος για τη φήμη του νοσοκομείου»	49
7.13 Ποσοστιαίες απαντήσεις: «Με ενδιαφέρει η άποψη τρίτων προσώπων για τη φήμη του νοσοκομείου»	49

Εισαγωγή

Το περιβάλλον εργασίας στα νοσοκομεία έχει χαρακτηριστεί πολύ σημαντικό για την παραμονή των νοσηλευτών στη θέση εργασίας τους. Θέματα επικοινωνίας, προβλήματα στη συνεργασία, το είδος και η έκταση της ηγεσίας είναι παράγοντες που συμβάλουν στη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών ως προς την εργασία, καθώς και στην αύξηση των ιατρικών λαθών που σχετίζονται με τη θνησιμότητα των ασθενών (Rathert & May, 2007, Aiken & Patrician, 2000). Αυτά είναι συστημικά θέματα που σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο το περιβάλλον είναι δομημένο, καθώς και με τον τρόπο που οι ιατροί και οι νοσηλευτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με τον τομέα της υγείας. Ο νόμος της οικονομικής φροντίδας της κυβέρνησης των Ηνωμένων Πολιτειών (ACA) θα βοηθήσει εκατομμύρια ανασφάλιστους Αμερικανούς να έχουν κάποια μορφή υγειονομικής περίθαλψης (Healthcare.gov, 2012). Αυτή η εισροή ανασφάλιστων Αμερικανών θα οξύνει τις ανισοροπίες στην εθνική προσφορά και ζήτηση νοσηλευτών. Σύμφωνα με το Ίδρυμα Robert Wood Johnson (2005) το 2010 οι εγγεγραμμένοι Νοσηλευτές ήταν 2.069.371 και η εθνική ζήτηση ήταν 2.333.865 δημιουργώντας έλλειμμα 264.494 νοσηλευτές. Το έλλειμμα των νοσηλευτών πιστεύεται ότι θα αυξηθεί δραματικά, περίπου κατά 500.000 (Robert Wood Johnson Foundation, 2005), πριν την ολοκλήρωση της εφαρμογής του νόμου. Το χάσμα μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης για νοσηλευτές, όταν παρατηρείται, επηρεάζει το περιβάλλον εργασίας του νοσοκομείου με την αύξηση του φόρτου εργασίας και έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας παραμονής των νοσηλευτών στη θέση εργασίας τους (Hall, 2007). Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα γίνεται αντιληπτό ότι τα συστατικά ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος που έχουν τη μεγαλύτερη δυναμική επιρροή στους νοσηλευτές χρήζουν περαιτέρω μελέτης.

Στην Ελλάδα, πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μεγάλη ανισότητα μεταξύ του δυναμικού των διαφόρων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην ελληνική επικράτεια υπάρχει υπερπληθώρα ιατρών (3,8 ανά 1000 κάτοικοι) και μεγάλη έλλειψη νοσηλευτών (2 ανά 1000 κατοίκους). Στα νοσοκομεία, η αναλογία ιατρών/κλίνη και νοσηλευτών/κλίνη είναι 1/2 και 1/1 αντίστοιχα. Συγκριτικά με άλλες χώρες, όπως απεικονίζονται στα διαγράμματα που έχει δημοσιεύσει ο ΟΟΣΑ, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από επάρκεια ιατρών και μεγάλη έλλειψη νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, η αναλογία νοσηλευτών ανά νοσοκομειακές κλίνες ήταν 100 για τα δημόσια νοσοκομεία και 37,5 για τα ιδιωτικά, ενώ ο δείκτης νοσηλευτών προς ιατρών

είναι 1,8 για τα δημόσια νοσοκομεία και 1,6 για τα ιδιωτικά νοσοκομεία (Tountas et al., 2005). Αυτή η μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στα ελληνικά νοσοκομεία και η δυσαναλογία νοσηλευτών ιατρών καθιστά το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών μη ανεκτό και δυσάρεστο. Η μελέτη των Τούντα και συν. (2003) ανέφερε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ελληνικά νοσοκομεία είναι η ομάδα εκείνη των επαγγελματιών υγείας με χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία. Άλλη έρευνα έχει αναφέρει ότι οι έλληνες νοσηλευτές είναι πιο παχύσαρκοι, ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο (Pappas et al., 2005). Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό πως η κακή υγεία των ελλήνων νοσηλευτών είναι απόρροια και του εργασιακού τους περιβάλλοντος, το οποίο είναι ιδιαίτερα ψυχοφθόρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ικανοποίηση νοσηλευτών και ασφάλεια ασθενών

Τα ιατρικά λάθη επηρεάζουν σοβαρά τους πόρους των νοσοκομείων, κοστίζοντας περισσότερο από 45 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Χρησιμοποιώντας τους δείκτες ασφάλειας του Οργανισμού για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία (AHRQ), οι Zhan & Miller (2003) εκτίμησαν ότι η αυξημένη διάρκεια παραμονής για τη μετεγχειρητική σήψη θα μπορούσε να είναι μέχρι και 11 ημέρες και θα μπορούσε να κοστίσει στα νοσοκομεία μέχρι και 53.000 ευρώ ανά ασθενή. Περισσότερα στοιχεία σχετικά με αυτά τα θέματα αναφέρονται στη βιβλιογραφία και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ως «never events» και τόσο οι ασθενείς όσο και οι «πληρωτές» απαιτούν από τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν αυτά τα θέματα. Στην έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM, 2000), «τα λάθη είναι ανθρώπινα-Το Err is Human» αναφέρεται ότι περίπου 98.000 ασθενείς πεθαίνουν στο νοσοκομείο κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα των λαθών. Στην πραγματικότητα, τα ιατρικά λάθη είναι η όγδοη κύρια αιτία θανάτου στα νοσοκομεία (IOM, 2000). Το IOM (2000) ανέφερε επίσης ότι πολλά θέματα που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών αποτελούν απειλή για την ασφάλεια των ασθενών. Έκτοτε, αρκετές άλλες μελέτες έχουν αναφέρει θέματα που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών (Ulrich et al., 2009, Aiken et al., 2008, Kramer & Schmalenberg, 2007, Friese, 2005). Η ασφαλής φροντίδα των ασθενών είναι άμεσα και θετικά συνδεδεμένη με την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών (Kramer & Schmalenberg, 2008). Η Επιτροπή του IOM για το εργασιακό περιβάλλον των Νοσηλευτών και την ασφάλεια των ασθενών έχει κάνει διάφορες προτάσεις για τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών, οι οποίες έχουν δημοσιευθεί στο βιβλίο τους: «Διατηρώντας τους Ασθενείς Ασφαλείς: Διαμορφώνοντας το περιβάλλον εργασίας των Νοσηλευτών (IOM, 2004). Οι προτάσεις είναι (IOM, 2004, σελ. 314):

1. Διοικητικοί πίνακες εστιασμένοι στην ασφάλεια
2. Ηγεσία και δομές και διαδικασίες μάνατζμεντ βασισμένες σε ενδείξεις
3. Αποτελεσματική νοσηλευτική ηγεσία
4. Επαρκής στελέχωση
5. Οργανωτική υποστήριξη για συνεχιζόμενη μάθηση και υποστήριξη αποφάσεων

6. Μηχανισμοί που προωθούν τη διεπιστημονική συνεργασία
7. Σχεδιασμός εργασίας που προωθεί την ασφάλεια
8. Οργανωτική κουλτούρα που ενισχύει συνεχώς την ασφάλεια των ασθενών.

Οι τρεις πιο σημαντικοί τομείς που σχετίζονται με την αδυναμία ενός Οργανισμού και αναφέρονται από τις επιτροπές IOM είναι εκείνοι της επικοινωνίας, της συνεργασίας και της ηγεσίας. Μερικά από τα επιμέρους στοιχεία που προτάθηκαν το 2004 από τον IOM περιλαμβάνουν την προαγωγή της εμπιστοσύνης εντός και μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και των άλλων κλινικών ηγετών και την παροχή εκπαίδευσης και κατάρτισης στη διεπιστημονική συνεργασία για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Αυτές είναι σημαντικές λειτουργίες που πρέπει να τεθούν σε προτεραιότητα προκειμένου να παραμείνουν οι ασθενείς ασφαλείς και να βελτιωθεί η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους. Παρά τις προτάσεις αυτές, πολλά από αυτά τα προβλήματα εξακολουθούν να υπάρχουν στον τομέα της υγείας και τα προβλήματα με το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών συνεχίζεται. Οι Knaus et al. (1986) βρήκαν ότι ο βαθμός συντονισμού της μονάδας εντατικής θεραπείας έχει σημαντικό αντίκτυπο στο περιβάλλον και επηρεάζει την αποτελεσματικότητα. Εισηγήθηκαν ότι είναι απαραίτητη περαιτέρω έρευνα σχετικά με το πώς τα διάφορα στοιχεία και οι διαδικασίες επηρεάζουν τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Άλλοι έχουν προτείνει ότι πρέπει να μελετηθεί η κινητικότητα των νοσηλευτών ή/και η πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν το επάγγελμα.

Σε μια μελέτη που διεξήχθη από το IOM και το Ίδρυμα Robert Wood Johnson για το μέλλον της Νοσηλευτικής (2010), συζητήθηκαν παρόμοια ζητήματα και ανησυχίες. Η έκθεση ανέφερε, «η παραγωγή ενός συστήματος υγείας που παρέχει τη σωστή φροντίδα - ποιοτική φροντίδα που είναι εστιασμένη στον ασθενή, προσβάσιμη, βασισμένη σε ενδείξεις και μπορεί να προσφερθεί στο σωστό χρόνο, θα χρειαστεί μετατροπή του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών, του πεδίου εφαρμογής της πρακτικής, της εκπαίδευσης και του αριθμού των νοσηλευτών» (IOM, 2010, σ. S-3). Η έκθεση αυτή εκτίμησε ότι εκτός από την πλήρωση των κενών θέσεων των νοσηλευτών, πρέπει να αντικατασταθούν περισσότερες από 900.000 νοσηλεύτριες που είναι ηλικίας άνω των 50 ετών. Σε μια δημοσκόπηση που έγινε από την Ένωση Νοσηλευτών της

Αμερικής (ANA) με 16.000 νοσηλευτές από το 2008 έως το 2010, οι ελλείψεις σε προσωπικό αποτελούσαν ένα μη αναγνωρίσιμο πρόβλημα και το 52% των νοσηλευτών δήλωσε ότι η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών είχαν μειωθεί στις μονάδες τους το τελευταίο έτος (ANA, 2010). Οι προβλέψεις σε διπλωματούχους νοσηλευτές που απαιτούνται για το έτος 2020 είναι 20% λιγότερες από το σύνολο των νοσηλευτών που είναι διαθέσιμο στην αγορά εργασίας (Buerhaus et al., 2005).

Οι αποτυχίες της επικοινωνίας και η έλλειψη ομαδικής εργασίας είναι από τις κύριες αιτίες εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών των ασθενών στα νοσοκομεία σήμερα. Αποτελεσματική επικοινωνία υπάρχει όταν υπάρχει πραγματική διαφάνεια και η ομάδα είναι σε θέση να επικοινωνεί για όλα τα θέματα με σαφήνεια και αποτελεσματικότητα. Η Joint Commission ανέφερε ότι οι αποτυχίες στην επικοινωνία είναι η κύρια αιτία βλάβης στους ασθενείς στα νοσοκομεία (2007). Η επιτροπή ανέλυσε 2455 ανεπιθύμητα συμβάντα που έγιναν στους ασθενείς και η πρωταρχική αιτία για όλα τα σφάλματα είχαν σχέση με την κατάρρευση της επικοινωνίας (Leonard et al., 2004). Η εκφοβιστική συμπεριφορά και οι κακές διαπροσωπικές δεξιότητες δημιουργούν μια κουλτούρα σιωπής, η οποία διαταράσσει την επικοινωνία και φέρει ανικανότητα στην επίτευξη αποτελεσμάτων υψηλής ποιότητας (Maxfield, et al., 2005). Δυσκολίες ή απροσεξία στις εργασιακές σχέσεις, δημιουργούν εμπόδια που μπορεί να αποτελέσουν τις βασικές αιτίες ιατρικών λαθών, των νοσοκομειακών λοιμώξεων και των επιπλοκών (AACN, 2005).

Η συνεργασία είναι ένα άλλο βασικό στοιχείο ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. Η συνεργασία είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής περίθαλψης στους ασθενείς και στις οικογένειες (Barnsteiner, 2001). Πραγματική συνεργασία υπάρχει όταν η ομάδα εργασίας λειτουργεί ως ομάδα και όλα τα μέλη εκτιμώνται για τη συμβολή που έχουν στην ομάδα. Ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό που προάγει την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών και προάγει επίσης μια θετική ισχυρή σχέση εργασίας μεταξύ του προσωπικού και των δραστηριοτήτων που γίνονται από κοινού με την ομάδα και την ηγεσία (Barnsteiner, 2001). Υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν φτωχή σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και συμπεριλαμβάνουν την κακή επικοινωνία (Greenfield, 1999), την ιεραρχική επικοινωνία (Disch, 2001), τη μονομερή λήψη αποφάσεων από τους ιατρούς (Schmitt, 2001) και τη λεκτική κακοποίηση των νοσηλευτών από τους ιατρούς (Disch, 2001). Οι νοσηλευτές και οι ιατροί, ως ομάδα, πρέπει να είναι συνεκτικοί και να

εργάζονται μαζί για το στόχο της ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς. Οι Pronovost et al. (2006) διαπίστωσαν ότι μία από τις σημαντικότερες δεξιότητες επικοινωνίας και ομαδικής εργασίας για την αποφυγή σφαλμάτων ήταν η δυνατότητα για όλα τα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης να είναι σε θέση να μιλήσουν όταν έχουν ανησυχίες και να ακούν τους άλλους όταν έχουν εκείνοι ανησυχίες. Για να φτάσει κανείς σε αυτό το σημείο, όπου όλα τα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης θα αισθάνονται άνετα και θα μπορούν να μιλήσουν, πρέπει όχι μόνο να υπάρχει αληθινή συνεργασία, αλλά να ενθαρρύνεται.

Αυθεντική ηγεσία είναι όταν ο ηγέτης «περπατά τη συζήτηση» και παρέχει την ηγεσία που απαιτείται, αλλά πιστεύει και συμβάλλει στην προώθηση του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τον αντίκτυπο που έχει η συμπεριφορά του διευθυντή στην ικανοποίηση από την εργασία, την παραγωγικότητα και την παραμονή. Δεδομένης της τρέχουσας έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, η παραμονή στην εργασία είναι πολύ σημαντική τόσο για τη διατήρηση των νοσηλευτών στο εργατικό δυναμικό, όσο και στην αποφυγή της μετακίνησης των νοσηλευτών από το ένα νοσοκομείο στο άλλο. Το κόστος εκπαίδευσης νέων νοσηλευτών αυξάνεται ενώ το κόστος που δαπανάται για την υγεία μειώνεται. Η παραγωγικότητα των νοσηλευτών, καθώς και η ικανοποίηση από την εργασία και η παραμονή, είναι σοβαρά θέματα που απασχολούν συνεχώς τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης που συνεχίζουν να αγωνίζονται για να μειώσουν το κόστος (McNeese-Smith, 2001). Ο αντίκτυπος της ηγεσίας στην ικανοποίηση από την εργασία έχει διερευνηθεί από πολλούς ερευνητές κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών. Αυτές οι μελέτες δείχνουν μια σχέση μεταξύ της ηγεσίας, της δέσμευσης και της ικανοποίησης από την εργασία και της ηγεσίας και παραγωγικότητας των εργαζομένων (Bass, 1990, McNeese-Smith, 2001, Leach, 2005).

Οι μελέτες που έχουν γίνει αναφορικά με τις δομές των μονάδων παροχής φροντίδας υγείας των ασθενών σχετίζονται με τον αντίκτυπο στις διαδικασίες, καθώς και με την επίδραση που έχουν στους ασθενείς και στους νοσηλευτές. Πολλές από αυτές τις μελέτες έχουν γίνει σε οργανωτικό επίπεδο και δεν διερευνούν τον αντίκτυπο του εργασιακού περιβάλλοντος στην έκβαση συγκεκριμένων ασθενών. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν το εργασιακό περιβάλλον ενός νοσοκομείου πολύπλοκο και υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων της υψηλής οξύτητας, της επαναλαμβανόμενης έκθεσης των επαγγελματιών υγείας στο θάνατο και στο θρήνο των

συγγενών, στην κόπωση, στην ακατάλληλη στελέχωση, στο συνεχώς μεταβαλλόμενο σώμα της γνώσης, στον εξοπλισμό που δεν είναι τυποποιημένος, στις υψηλές απαιτήσεις και στις διάφορες παρεμβάσεις που έχουν στενά θεραπευτικά παράθυρα λόγω της φροντίδας ανθρώπων όλων των ηλικιών (Montgomery, 2007). Τα υγιή εργασιακά περιβάλλοντα είναι ένας στόχος για όλες τις μονάδες παροχής φροντίδας υγείας και είναι αναγκαία γιατί οι ασθενείς μπορεί να τεθούν σε κίνδυνο αν η ομάδα φροντίδας δεν επικοινωνεί τις αλλαγές που συμβαίνουν στην κατάσταση των ασθενών με έγκαιρο τρόπο, ενώ οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνεργάζονται σε όλες τις πτυχές της φροντίδας. Επειδή η Joint Commission έχει εντοπίσει ότι τα προβλήματα με την επικοινωνία είναι εκείνα που συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, πρέπει να εφαρμοστούν αποδοτικά συστήματα επικοινωνιών προκειμένου να μην είναι οι ασθενείς σε κίνδυνο.

Σύμφωνα με τον Ritter (2010) η σημερινή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού ξεκίνησε σχεδόν δέκα χρόνια πριν με την κορύφωση να συμβαίνει το 2002. Είναι πιθανό ότι η ζήτηση για νοσηλευτές θα συνεχιστεί να αυξάνεται ενώ η προσφορά εξακολουθεί να μειώνεται (Ritter, 2010). Το σημερινό νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό γηράσκει (IOM, 2011, Huntington et al., 2011, Ritter, 2011). Ο παράγοντας αυτός θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την προσφορά και τη ζήτηση των νοσηλευτών μέσα στην επόμενη δεκαετία. Η έλλειψη σε νοσηλευτές επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, την ικανοποίηση των νοσηλευτών και την προθυμία των νοσηλευτών να παραμείνουν στο επάγγελμα (The American Association of Colleges of Nursing, 2012). Οι ηγέτες νοσηλευτές πρέπει να εντοπίσουν τους παράγοντες εκείνους στο εργασιακό περιβάλλον που μπορούν να επηρεάσουν την αυξημένη διατήρηση και να προσελκύσουν νέους νοσηλευτές προκειμένου να διατηρήσουν ένα επαρκές εργατικό δυναμικό.

Προηγούμενη έρευνα από τους Hall (2007) και Ritter (2010) έχει δείξει ότι το υγιές εργασιακό περιβάλλον συμβάλλει στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία και τη διατήρηση των νοσηλευτών στη θέση εργασίας τους. Εάν δεν εφαρμοστούν τα πρότυπα που απαιτούνται για τη βελτίωση των νοσηλευτικών περιβαλλόντων εργασίας, για την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία και τη διατήρηση των νοσηλευτών στη θέση τους, υπάρχει κίνδυνος για συνεχή αύξηση της νοσηλευτικής έλλειψης η οποία θα επηρεάσει το λειτουργικό κόστος των νοσοκομείων προκαλώντας αύξηση στις δαπάνες, και ενδεχομένως να οδηγήσει σε ακριβά και

μοιραία λάθη (Ritter, 2010). Η Joint Commission ανέφερε ότι η υποστελέχωση συνέβαλε στο 24% των 1609 ανεπιθύμητων συμβάντων που αναφέρθηκαν το 2001 (Joint Commission Public Policy Initiative, 2001).

Το αυξανόμενο χάσμα μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης των νοσηλευτών είναι κρίσιμο. Ο Ritter (2007) ανέφερε ότι ένα μεγάλο ποσοστό του σημερινού εργατικού δυναμικού στη νοσηλευτική θα είναι στην ηλικία συνταξιοδότησης μέσα στην επόμενη δεκαετία, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι ζήτηση για νοσηλευτές αναμένεται να αυξηθεί. Το 2008, οι νοσηλευτές άνω της ηλικίας των 50 ετών αποτελούσαν το 44,7% του συνολικού πληθυσμού των νοσηλευτών και το 33,3% ήταν ηλικίας 75 ετών και άνω (Health Resources and Services Administration, 2010). Οι νοσηλευτές που είναι σήμερα μέρος του εργατικού δυναμικού εγκαταλείπουν τις θέσεις εργασίας τους και μερικοί ακόμα εξέρχονται εντελώς από το επάγγελμα. Ο Hall (2007) εξηγεί ότι μερικοί από τους λόγους για την έλλειψη των νοσηλευτών είναι το εργασιακό άγχος, οι σωματικές απαιτήσεις/φόρτος εργασίας, η έλλειψη ευκαιριών εξέλιξης και οι χαμηλές αμοιβές. Οι MacKusick και Minick (2010) ανέλυσαν περισσότερο και έδειξαν ότι ορισμένοι από τους λόγους για την έλλειψη περιλαμβάνουν τη δυσαρέσκεια από την εργασία και τις δύσκολες σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας της υγειονομικής περίθαλψης.

Μελέτες στην Ελλάδα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές είναι απογοητευμένοι και μη ικανοποιημένοι από το περιβάλλον εργασίας τους δείχνοντας τις κακές συνθήκες άσκησης του νοσηλευτικού προσωπικού (Καπελά και συν., 2002, Κοτρώτσιου και συν., 1998). Οι νοσηλευτές στην Ελλάδα θεωρούν ότι οι συνθήκες εργασίας τους είναι απαρχαιωμένες, ενώ τους δυσχεραίνει η έλλειψη υλικών, μέσων και ανθρώπινου δυναμικού. Επίσης, οι νοσηλευτές στην Ελλάδα υποστηρίζουν ότι οι κλινικές λειτουργούν χωρίς το απαραίτητο σε αριθμό και ποιότητα νοσηλευτικό προσωπικό, παράγοντας ο οποίος μειώνει ακόμη περισσότερο την ικανοποίησή τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη λήψη λανθασμένων αποφάσεων και τον αυξημένο κίνδυνο λάθους από τη μεριά των ασθενών και την αυξημένη κόπωση, την ανεπαρκή ανταπόκριση στις οικογενειακές του υποχρεώσεις και τη «μεταφορά» των επαγγελματικών προβλημάτων στην οικία τους και την οικογένειά τους, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο ακόμη περισσότερο τη δυσχέρεια από την εργασία τους (Δημητριάδου-Παντέκα και συν., 2009).

Ορισμοί

- **Υγιές Περιβάλλον Εργασίας:** Ο βαθμός του χώρου εργασίας που επηρεάζεται από μια ποικιλία διαφορετικών παραγόντων συμπεριλαμβανομένου του ρόλου του μάνατζερ, των σχέσεων, της δραστηριότητας του ασθενούς, της διαθεσιμότητας του εξοπλισμού και του φυσικού περιβάλλοντος (Christmas, 2008).
- **Επιδέξια Επικοινωνία:** Η αντίληψη ότι οι νοσηλευτές και οι συνεργάτες παροχής φροντίδας είναι καλοί στην επικοινωνία (AACN, 2009b).
- **Αληθινή Συνεργασία:** Η αντίληψη ότι οι νοσηλευτές και τα άλλα μέλη της ομάδας ασκούν πραγματική συνεργασία (AACN, 2009b).
- **Αποτελεσματική Λήψη Αποφάσεων:** Η αποτίμηση όλων των μελών της ομάδας για τη χάραξη πολιτικής, οργανωτικών λειτουργιών και τη διαδικασία φροντίδας του ασθενούς (AACN, 2009b).
- **Κατάλληλη στελέχωση:** Διασφάλιση ότι οι ανάγκες των ασθενών ταιριάζουν με το μίγμα δεξιοτήτων των νοσηλευτών (AACN, 2009b).
- **Σημαντική Αναγνώριση:** Αναγνώριση του προσωπικού και αναγνώριση της σημασίας όλων των μελών της ομάδας από όλο το προσωπικό (AACN, 2009b).
- **Αυθεντική ηγεσία:** Ενέργειες από την ηγεσία της νοσηλευτικής που υποστηρίζουν την ικανότητα παροχής άμεσης φροντίδας από τους νοσηλευτές (AACN, 2009b).
- **Διατήρηση:** Η παραμονή στη θέση εργασίας είναι το αποτέλεσμα ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας και εμφανίζεται όταν υπάρχουν θετικές πρακτικές και ικανοποίηση από την εργασία (Ritter, 2007). Επίσης, είναι η πιθανότητα ότι ένα άτομο σχεδιάζει να παραμείνει στην ίδια θέση σύμφωνα με την πρόθεσή του να αφήσει ή να παραμείνει στη σημερινή θέση εργασίας του (Atwood & Hinshaw, 1983).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Περιβάλλοντα Εργασίας

Ανθυγιεινά και μη υποστηρικτικά περιβάλλοντα εργασίας συμβάλλουν στις μη ασφαλείς συνθήκες εργασίας και στα ιατρικά λάθη (Knaus et al., 1986, Shortell et al., 1994, Mitchell & Shortell, 1997, American Association of Colleges of Nursing, 2002, American Hospital Association, 2002, Joint Commission, 2002, Kimball & O'Neill, 2002, Boyle, 2004, McCusker et al., 2004, Friese, 2005, Schmalenberg et al., 2005, Lake & Friese, 2006, Stone et al., 2007, Aiken et al., 2008, Schmalenberg & Kramer, 2008, Flynn et al., 2010, Kramer et al., 2010, 2011). Οι ανθυγιεινές και φτωχές συνθήκες στα περιβάλλοντα εργασίας των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη διατήρηση των έμπειρων νοσηλευτών στη θέση τους και την επιτυχή πρόσληψη νέων νοσηλευτών που πιθανόν θα χρειαστούν για να στελεχώσουν επαρκώς έναν Οργανισμό Υγείας. Εκτιμάται ότι μέχρι το 2025 θα υπάρξει έλλειψη 260.000 διπλωματούχων νοσηλευτών (Buerhaus et al., 2009). Αυτή η έλλειψη θα είναι δύο φορές μεγαλύτερη από οποιαδήποτε άλλη έλλειψη που έχει δει η νοσηλευτική στις Ηνωμένες Πολιτείες από τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών, το μεγαλύτερο μέρος του εργατικού δυναμικού υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να μετασχηματιστεί με σκοπό την προστασία των ασθενών από λάθη κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (IOM, 2004). Τα υγιή περιβάλλοντα εργασίας είναι το αποτέλεσμα πολλών θετικών δομών και εκβάσεων που έχουν τεθεί σε εφαρμογή στον τομέα της νοσηλευτικής. Το υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι ένας σχετικά νέος όρος στον τομέα της υγείας. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ως συνώνυμο με τον όρο επουλωμένο εργασιακό περιβάλλον και ενώ είναι παρόμοιο, δεν είναι το ίδιο (Stichler, 2009).

2.1 Υγιή περιβάλλοντα εργασίας - Ορισμοί και Βασικές Έννοιες

Η έννοια των υγιών περιβαλλόντων εργασίας αναπτύχθηκε από το επίκεντρο πολλών μελετών σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών. Ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον μπορεί να οριστεί ως «μια θέση εργασίας στην οποία οι πολιτικές, οι διαδικασίες και τα συστήματα είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε οι εργαζόμενοι είναι σε θέση να ανταποκριθούν στους

οργανωτικούς στόχους και να επιτύχουν προσωπική ικανοποίηση στο περιβάλλον τους» (Disch, 2002). Είναι ένα εργασιακό περιβάλλον όπου ο νοσηλευτής είναι παραγωγικός και παρέχει στους ασθενείς ποιοτική φροντίδα. Είναι επίσης ένα ικανοποιητικό μέρος όπου μπορούν να ικανοποιηθούν οι προσωπικές ανάγκες (Kramer & Schmalenberg, 2008). Ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι «υποστηρικτικό για το σύνολο της ανθρώπινης οντότητα, εστιασμένο στον ασθενή και με φιλικό περιβάλλον» (Shirey, 2006).

Τα υγιή περιβάλλοντα εργασίας αναφέρονται στις πρακτικές ενός Οργανισμού, όπως αμοιβή, αυτονομία, πολιτικές και διαδικασίες, επίσημες και ανεπίσημες αλληλεπιδράσεις και αντιλαμβανόμενη επαγγελματική κατάσταση (Alspach, 2009). Δεν είναι μια μεταβλητή που κάνει το εργασιακό περιβάλλον υγιές, αλλά μια συλλογή από διάφορους αλληλένδετους παράγοντες και μια αθροιστική επίδραση αυτών των παραγόντων (Alspach, 2009). Όλοι αυτοί οι παράγοντες που σχετίζονται με τις οργανωτικές δομές και διαδικασίες επηρεάζουν το περιβάλλον και τους νοσηλευτές. Οι Aiken και Patrician (2000) όρισαν τις θεωρητικές σχέσεις που συνδέονται με τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών με βελτιωμένα αποτελέσματα για τους νοσηλευτές και τους ασθενείς. Συγκεκριμενοποίησαν εμπειρικά αποτελέσματα μετρώντας την επίδραση του περιβάλλοντος τόσο στους νοσηλευτές όσο και στους ασθενείς. Αυτά τα εμπειρικά αποτελέσματα ήταν υψηλότερη ικανοποίηση και χαμηλότερη θνησιμότητα των ασθενών, χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση και τραυματισμοί από βελόνες στους νοσηλευτές (Aiken & Patrician, 2000). Άλλοι έχουν αναφέρει πως τα ανθυγιεινά περιβάλλοντα εργασίας συνδέονται με κακές πρακτικές επικοινωνίας, έλλειψη ηγεσίας, καταχρηστικές σχέσεις και αναποτελεσματική συνεργασία (Heath et al., 2004). Μια ομάδα διαπίστωσε ότι οι οργανισμοί που αγωνίζονται για διεπιστημονική ομαδική εργασία και καλύτερη έκβαση των ασθενών πρέπει να ενισχύσουν προληπτικά την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Propp et al., 2010).

Το 2003, η Ένωση Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Οντάριο, στον Καναδά, σε συνεργασία με το Γραφείο Πολιτικής της Νοσηλευτικής γνωστό ως Υγεία του Καναδά εισήγαγε ένα μεγάλο έργο με στόχο την ανάπτυξη, την υλοποίηση, τη διάδοση και την αξιολόγηση μίας σουίτας βέλτιστων κατευθυντήριων οδηγιών για ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον. Ο σκοπός αυτής της πρωτοβουλίας ήταν να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν υγιή περιβάλλοντα εργασίας επειδή ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι

γνωστό ότι έχει θετικό αποτέλεσμα στους εργαζομένους και βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, την αποτελεσματικότητα του κόστους και την ανανέωση του εργατικού δυναμικού (Lowe, 2003). Οι Pearson et al (2006) έκαναν μια ολοκληρωμένη συστηματική ανασκόπηση των στοιχείων σε μία νοσηλευτική ομάδα που προωθεί ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον για τον εντοπισμό όλων των διαθέσιμων στοιχείων διεθνώς. Πολλά από τα άρθρα προέρχονταν από τις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, αλλά υπήρχαν και μελέτες που είχαν διεξαχθεί στην Ευρώπη. Τα αποτελέσματα αυτής της ανασκόπησης περιλάμβαναν 9πειραματικές μελέτες, 11 περιγραφικές μελέτες και 4 ποιοτικές μελέτες. Ενώ υπήρξαν διάφορες συνθέσεις ομάδων, οι συστάσεις της ανασκόπησης ήταν ότι τα χαρακτηριστικά της ομάδας θα πρέπει να περιλαμβάνουν υπευθυνότητα, δέσμευση, ενθουσιασμό και κίνητρο που θα μπορούσε να οδηγήσει σε ένα υγιέστερο περιβάλλον εργασίας (Pearson, 2006).

Τα υγιή περιβάλλοντα εργασίας έχουν συσχετισθεί θετικά με την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών, την καλύτερη ποιότητα φροντίδας των ασθενών, την αυξημένη ασφάλεια των ασθενών καθώς και τη μείωση των ιατρικών λαθών, συμπεριλαμβανομένων των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή με αποτέλεσμα τη μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Hart, 2006, Manojilovich & DiCicco, 2007, Aiken et al., 2008, Kramer & Schmalenberg, 2008, Shirey & Fisher, 2008, Ulrich et al., 2009). Το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών έχει επίσης συνδεθεί με προβλήματα παραμονής των νοσηλευτών στην εργασία τους και με επαγγελματική εξουθένωση (IOM, 2004, McGillis-Hall, 2005, Lake & Friese, 2006, Cohen et al., 2009).

Το 2001, η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας (AACN) ανέλαβε τη δέσμευση να προωθήσει ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον για τους νοσηλευτές και τους ασθενείς στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Άρχισαν ένα έργο για την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων του περιβάλλοντος εργασίας που επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών και τη νοσηλευτική πρακτική (Heath et al., 2004). Η AACN ανέπτυξε τα πρότυπα υγιή περιβάλλοντα εργασίας ως θεμέλια για διάλογο σχετικά με τις πραγματικότητες και τα προβλήματα στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών και για να ενθαρρύνει να γίνουν περισσότερα για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Το 2005, η AACN ξεκίνησε τα πρότυπα (standards) για το υγιές περιβάλλον εργασίας που έχουν αναπτυχθεί από προηγούμενη εργασία που έγινε από τη Συμμαχία της Νοσηλευτικής Οργάνωσης (Boeck, 2005). Τα έξι πρότυπα είναι: επιδέξια επικοινωνία, αληθινή συνεργασία, αποτελεσματική λήψη αποφάσεων,

κατάλληλη στελέχωση, ουσιαστική αναγνώριση και αυθεντική ηγεσία. Επιδέξια επικοινωνία σημαίνει ότι «... οι νοσηλευτές πρέπει να είναι τόσο επιδέξιοι στις δεξιότητες επικοινωνίας όσο είναι στις κλινικές δεξιότητες» (AACN, 2005, σ.13). Δεν είναι μόνο μία μονόδρομη παροχή πληροφοριών που μερικές φορές δεν είναι αποτελεσματική, αλλά ένας αμφίδρομος διάλογος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αποφασίζουν από κοινού. Αληθινή συνεργασία είναι κάτι που οι νοσηλευτές θα πρέπει να επιδιώκουν και να προωθούν. Η AACN περιγράφει τη συνεργασία ως μια διαδικασία που τελικά με την πάροδο του χρόνου θα οδηγήσει σε ένα περιβάλλον όπου η κοινή επικοινωνία και λήψη αποφάσεων μεταξύ των μελών της ομάδας των νοσηλευτών και άλλων κλάδων θα γίνει το status quo (AACN, 2005). Αποτελεσματική λήψη αποφάσεων υπάρχει όταν οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε αυτές τις περιοχές της κλινικής πρακτικής για τις οποίες θα λογοδοτήσουν. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν τον έλεγχο της νοσηλευτικής πρακτικής και τη φροντίδα του περιβάλλοντος στο οποίο εργάζονται. Η κατάλληλη στελέχωση δε διασφαλίζει μόνο ότι είναι διαθέσιμο επαρκές προσωπικό, αλλά ότι υπάρχει μία ισορροπία μεταξύ των αναγκών των ασθενών και των ικανοτήτων των νοσηλευτών. Στοιχεία δείχνουν ότι καλύτερη έκβαση των ασθενών προκύπτει όταν υπάρχει υψηλό ποσοστό διπλωματούχων νοσηλευτών (Aiken et al., 2002, Needleman et al., 2002, Blegen et al., 2011). Η ουσιαστική αναγνώριση είναι το πέμπτο πρότυπο. Είναι μία διαδικασία αναγνώρισης της συμβολής και της σημασίας του ρόλου των νοσηλευτών και του νοσηλευτή ως άτομο παρά ως μια συμβολική εκδήλωση όπως μερικοί μπορεί να πιστεύουν. Τα αποτελεσματικά προγράμματα αναγνώρισης διεξάγονται με την πάροδο του χρόνου, όταν οι ηγέτες νοσηλευτές συνεργάζονται με τους υφιστάμενους νοσηλευτές για να καθορίσουν τι είναι σχετικό με αυτούς. Τα προγράμματα αυτά συνήθως καταλήγουν σε αλλαγές στην πολιτική και στις διαδικασίες σχετικά με το πώς οι νοσηλευτές εμπλέκονται και αποζημιώνονται ως εταίροι στον οργανισμό. Το τελευταίο πρότυπο του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος της AACN είναι η αυθεντική ηγεσία. Η αυθεντική ηγεσία απαιτεί ότι οι ηγέτες νοσηλευτές στο Οργανισμό αντιλαμβάνονται την ανάγκη δημιουργίας ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος, ζουν αυθεντικά σε αυτό και παροτρύνουν άλλους να συμμετάσχουν για την επίτευξή του (AACN 2005). Για να επιτευχθεί αυτό, οι οργανισμοί πρέπει να διασφαλίζουν ότι ο ηγέτης νοσηλευτής θα λάβει την υποστήριξη και τη συνεχή ανάπτυξη για να έχει το ρόλο του πρότυπου. Οι ηγέτες νοσηλευτές πρέπει επίσης να τοποθετηθούν στον οργανισμό και να συμμετέχουν σε σημαντικές αποφάσεις που επηρεάζουν τη

νοσηλευτική πρακτική. Η επικοινωνία, η συνεργασία και η ηγεσία είναι ουσιαστικής σημασίας για την προώθηση του ελέγχου της νοσηλευτικής πρακτικής.

Πολλές μελέτες έχουν γίνει όλα αυτά τα χρόνια σχετικά με τον αντίκτυπο της επικοινωνίας, της συνεργασίας και της ηγεσίας στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών και στην πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες έχουν γίνει σε αναδρομική βάση αξιοποιώντας διάφορες βάσεις δεδομένων και διάφορα επίπεδα οργάνωσης. Λίγες μελέτες έχουν συσχετίσει το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών με την έκβαση των ασθενών σε επίπεδο μονάδας, με πρώτη τη μελέτη ορόσημο του Knaus που διεξήχθη σε μονάδες εντατικής θεραπείας ενηλίκων το 1986 (Knaus et al., 1986). Υπήρχαν μερικές άλλες ερευνητικές μελέτες που έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της συνεργασίας νοσηλευτών-ιατρών και την έκβαση των ασθενών (Baggs et al., 1999, Aiken et al., 2002, O'Brien-Pallas et al., 2006, Aiken et al., 2008, Friese et al., 2008, Flynn et al., 2010). Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες αναφέρονται σε οργανωτικό επίπεδο και όχι σε επίπεδο ειδικής μονάδας.

Ο Aiken (2000) βρήκε ότι το περιβάλλον εργασίας ήταν ένα από τα βασικά στοιχεία που σχετίζονται με χαμηλότερη θνησιμότητα και με την παραμονή των νοσηλευτών στη θέση τους. Άλλες μελέτες που ακολούθησαν συσχέτισαν τα προβλήματα με το περιβάλλον εργασίας με την επίδραση που έχουν στους νοσηλευτές, περιλαμβάνοντας τη δυσαρέσκεια από την εργασία, την επαγγελματική εξουθένωση και την πρόθεση των νοσηλευτών να αφήσουν τον Οργανισμό (Aiken et al., 2002, Ulrich et al., 2007, O'Brien-Pallas et al., 2006, Schmalenberg & Kramer, 2007, Stone et al., 2007, Aiken et al., 2008). Σε μια μελέτη, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι κατά ένα μέρος το περιβάλλον εργασίας στο νοσοκομείο είχε βελτιωθεί, αλλά όχι σε ορισμένους τομείς, όπως οι ώρες υπερωριακής εργασίας, η σεξουαλική παρενόχληση και η σωματική βία (Ulrich et al., 2009). Όσον αφορά την επικοινωνία και τη συνεργασία, οι νοσηλευτές ανέφεραν μικρή βελτίωση.

2.2 Επικοινωνία στη Φροντίδα Υγείας

Κατά Webster η επικοινωνία ορίζεται ως «η μετάδοση ή ανταλλαγή σκέψεων, απόψεων ή πληροφοριών μέσω της ομιλίας, της γραφής ή των σημείων». Η AACN ορίζει την επικοινωνία ως «... ο αμφίδρομος διάλογος στον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και

αποφασίζουν από κοινού» (AACN, 2005, σ. 13). Άλλοι ορίζουν την επικοινωνία ως τη διαδικασία με την οποία ανταλλάσσονται πληροφορίες μεταξύ ενός αποστολέα και ενός δέκτης που λαμβάνει χώρα τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά (McGillis Hall, 2005). Αποτελεσματική επικοινωνία υπάρχει όταν υπάρχει πραγματική διαφάνεια και η ομάδα είναι σε θέση να επικοινωνεί σχετικά με όλα τα θέματα με σαφήνεια και αποτελεσματικότητα. Πολλά θέματα που σχετίζονται με την επικοινωνία έχουν αναγνωριστεί ως ο κύριος συντελεστής για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον τομέα της υγείας και ως ο μεγαλύτερος παράγοντας για τη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών με τη δουλειά τους και την πρόθεση τους να αφήσουν τη θέση εργασίας τους. Τα θέματα αυτά σχετίζονται γενικά με το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών περιλαμβάνοντας την ανεπαρκή εκπαίδευση ή γνώση, τους περισπασμούς, την κόπωση, το στρες, τις υπερωρίες και την κακή στελέχωση (Buerhaus & Needleman, 2000, Schmalenberg et al., 2005, Aiken et al., 2006, Scott et al., 2006, Mark et al., 2007).

Προβλήματα με την επικοινωνία στον τομέα της υγείας οδηγούν σε ιατρικά λάθη. Μια μελέτη ανέφερε ότι οι αποτυχίες της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας προκύπτουν από τις κάθετες ιεραρχικές δομές, τις ανησυχίες με ανοδική επιρροή, τη σύγκρουση ρόλων, την ασάφεια και τους αγώνες για διαπροσωπική δύναμη και τις συγκρούσεις (Sutcliffe et al., 2004). Η Joint Commission δήλωσε ότι οι αποτυχίες στην επικοινωνία είναι η κύρια αιτία της εμφάνισης ανεπιθύμητων γεγονότων σε ασθενείς στα νοσοκομεία σήμερα. Σε μια μελέτη, η επικοινωνία ήταν η πρωταρχική αιτία για το 70% των σφαλμάτων (Leonard et al., 2004). Η σοβαρότητα του αντίκτυπου των ιατρικών λαθών είναι ότι το 75% αυτών των ασθενών πεθαίνουν χωρίς λόγο. Άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι η έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας σχετίζονται με υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών και επανεισαγωγών στη ΜΕΘ (Baggs et al., 1999, Manojlovich & DeCicco, 2007). Τουλάχιστον 6% από το 36% των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν θα μπορούσαν να προληφθούν και σχετίζονται με ιατρογενή νοσηρότητα, ανθρώπινα λάθη και αποτυχία επικοινωνίας (Ksouri et al., 2010).

2.2.1 Επικοινωνία Νοσηλευτή – με - Νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές περνούν ένα μεγάλο μέρος της ημέρας τους ενημερώνοντας άλλους επαγγελματίες υγείας και μη για την κατάσταση των ασθενών τους. Ιατρικές ατυχίες

συμβαίνουν όταν η επικοινωνία καταρρέει (Sutcliffe et al., 2004). Η επικοινωνία «στα όρθια», όταν υπάρχει στην αλλαγή της βάρδιας ή όταν κάποιος «καλύπτει» έναν ασθενή προκειμένου ο υπεύθυνος νοσηλευτής να βγει εκτός κλινικής, είναι εξαιρετικά σημαντική για τη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας και για τη διασφάλιση ότι όλοι γνωρίζουν το σχέδιο φροντίδας εκείνης της ημέρας. Οι νοσηλευτές διδάσκονται δεξιότητες επικοινωνίας στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών τους. Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών είναι σημαντική για τα υγιή περιβάλλοντα εργασίας.

2.2.2 Επικοινωνία Νοσηλευτή – με – Ιατρό

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη για την ασφάλεια των ασθενών. Οι Chassin και Becher (2002) ανέλυσαν ένα περιστατικό στο οποίο λάθος ασθενής υποβλήθηκε σε λανθασμένη διαδικασία, λόγω της κακής επικοινωνίας, η οποία χαρακτηρίστηκε «τρομακτική». Οι ιατροί και οι νοσηλευτές επικοινωνούν με διαφορετικό τρόπο. Οι ιατροί είναι στην κορυφή της ιεραρχίας του νοσοκομείου. Πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει την επικοινωνία νοσηλευτή-ιατρού, καθώς και τις διαφορετικές αντιλήψεις των νοσηλευτών από τους ιατρούς. Ευρήματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με την επικοινωνία ή τις αλληλεπιδράσεις με τους ιατρούς για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων της λεκτικής βίας, της έλλειψης σεβασμού ή της έλλειψης ομαδικής εργασίας (Greenfield, 1999, Disch, 2001, Oberle & Hughes, 2001, Schmitt, 2001, Thomas et al., 2003, Manijlovich & DeCicco, 2007). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει μια σχέση όσον αφορά την έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών και την επίπτωση στην έκβαση των ασθενών (Evans & Carlson, 1992, Baggs et al., 1999, Rosenstein, 2002, Rosenstein & O'Daniel, 2005, Manojlovich & Diciccio, 2007, Manojlovich et al., 2009).

Κακή επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών μπορεί να οδηγήσει σε ιατρικά λάθη. Υπάρχουν επίσης επαρκή στοιχεία για να δείξουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένων της βελτίωσης της ροής πληροφοριών, τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις των ασθενών, τη βελτιωμένη ασφάλεια, το ενισχυμένο ηθικό των εργαζομένων, την αυξημένη ικανοποίηση του ασθενή και της οικογένειάς του και τη

μειωμένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο (Knaus et al., 1986, Zimmerman et al., 1993, Shortell et al., 1994). Η αποτελεσματική επικοινωνία νοσηλευτών – ιατρών είναι απαραίτητη για την καλή έκβαση των ασθενών.

2.3 Συνεργασία

Μία από τις προτάσεις στην πρώτη έκθεση του IOM ήταν να βελτιωθεί η συνεργασία (IOM, 2000). Η συνεργασία είναι μια κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων και διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Colluccio & McGuire, 1983). Στις κλινικές και στις μονάδες του νοσοκομείου συμβαίνει κυρίως μεταξύ διπλωματούχων και ιατρών. Μερικά από τα χαρακτηριστικά της συνεργασίας είναι η εμπιστοσύνη, η γνώση, ο αμοιβαίος σεβασμός, η καλή επικοινωνία, η συνεργασία και η κοινή ευθύνη (Arcangelo et al., 1996). Ο στόχος της συνεργασίας νοσηλευτών και ιατρών είναι να μεριμνήσουν για τις ανάγκες των ασθενών και να σεβαστούν τις μοναδικές ικανότητες των υπόλοιπων μελών της διεπιστημονικής ομάδας.

Αληθινή συνεργασία υπάρχει, όταν η ομάδα εργασίας λειτουργεί ως ομάδα και όλα τα μέλη επιβραβεύονται για το έργο που προσφέρουν στην ομάδα. Οι Kinnaman και Bleich (2004) ορίζουν τη συνεργασία ως «μια διαδικασία επικοινωνίας που προωθεί την καινοτομία και την επίλυση προβλημάτων ανάμεσα σε ανθρώπους που έχουν διαφορετικές ειδικότητες, οργανωτικές τάξεις ή θεσμικούς χώρους. Αυτοί οι άνθρωποι συνεργάζονται μαζί για την επίλυση προβλημάτων, εφαρμόζουν καινοτόμες λύσεις χωρίς να επηρεάζουν την ιεραρχία και θεσπίζουν αλλαγές που βασίζονται σε υψηλότερο επίπεδο φροντίδας ή οργανωτικού αποτελέσματος». Οι Krairiksh και Anthony (2001) ορίζουν τη συνεργασία ως «... την αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών με γνώμονα την εμπιστοσύνη, το σεβασμό και την κοινή συνεισφορά των γνώσεων και των δεξιοτήτων με στόχο την παροχή ποιοτικότερης φροντίδας στους ασθενείς». Η συνεργασία είναι απαραίτητο στοιχείο του υγιούς περιβάλλοντος εργασίας. Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να συμβάλλει και να υποστηρίζει αυτή την ιδέα. Αυτό είναι απαραίτητο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς και στις οικογένειές τους (Barnsteiner, 2001).

Ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό που προάγει την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών, μια θετική και ισχυρή σχέση εργασίας μεταξύ του προσωπικού και των δραστηριοτήτων που έχουν γίνει από κοινού με την

ομάδα και την ηγεσία (Barnsteiner, 2001). Υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν φτωχές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένων των αναφορών της κακής επικοινωνίας (Greenfield, 1999), της ιεραρχικής επικοινωνίας (Disch, 2001), της μονομερούς λήψης αποφάσεων από τους ιατρούς (Schmitt, 2001) και της λεκτικής κακοποίησης των νοσηλευτών από τους ιατρούς (Disch, 2001).

Η συνεργασία απαιτεί καλές δεξιότητες επικοινωνίας και μια υποστηρικτική ηγετική ομάδα, όπου οι νοσηλευτές δεν εκφοβίζονται ή φοβούνται να εκφράσουν τις απόψεις τους. Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες στις οποίες οι νοσηλευτές αναφέρουν κακή συνεργασία και αυτό έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Knaus et al., 1986, Baggs et al., 1999, Despins, 2009, Propp et al., 2010). Σε δύο διαφορετικές μελέτες, οι Baggs et al. (1992 & 1999) μέτρησαν την επίδραση των αντιλήψεων της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στη μονάδα εντατικής θεραπείας στην έκβαση των ασθενών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι αναφορές καλής συνεργασίας των νοσηλευτών ΜΕΘ συσχετίστηκαν θετικά με καλή έκβαση των ασθενών.

Η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών έχει αποδειχθεί επίσης ότι επηρεάζει την παραμονή των νοσηλευτών στη θέση τους (Foley et al., 2002, Rosenstein, 2002, Erickson et al., 2003). Οι Shortell et al. (1994) διαπίστωσαν ότι η συνεργασία μεταξύ των φροντιστών στη ΜΕΘ συσχετίστηκε με χαμηλότερα ποσοστά εγκατάλειψης των νοσηλευτών.

2.4 Αυθεντική ηγεσία

Η σημασία της αυθεντικής ηγεσίας στην καλή έκβαση των ασθενών και στην παραμονή των νοσηλευτών στη θέση τους δεν μπορεί να υποτιμηθεί. Οι Fontaine και Gerardi (2005) δήλωσαν «Όταν οι ηγέτες δεν αγκαλιάζουν πλήρως την έννοια του υγιούς περιβάλλοντος εργασίας, δεν ζουν αυθεντικά και δε συμμετέχουν σε τέτοιες δράσεις, δεν υπάρχει καμία βάση για αλλαγή». Αυθεντική ηγεσία είναι όταν ο ηγέτης «προχωράει τη συζήτηση», παρέχει την ηγεσία που χρειάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό και πιστεύει και συμβάλλει στη δημιουργία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. Μελέτες που υποστηρίζουν τα υγιή περιβάλλοντα εργασίας και την αυθεντική ηγεσία έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια (McNeese-Smith, 1997, Kramer & Schmalenberg, 2004, Kramer et al., 2007, Cummings et al., 2009,

Shirey, 2009, Tomey, 2009). Οι Avolio et al. (2004) περιέγραψαν την αυθεντική ηγεσία και την αποτελεσματική ηγεσία που απαιτείται για την προώθηση των υγιεινών περιβαλλόντων εργασίας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι στα τμήματα/μονάδες όπου οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ισχυρή νοσηλευτική ηγεσία, υπάρχει υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και μικρότερη πρόθεση να αποχωρήσουν από το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται.

Οι Kramer και Schmalenberg (2004), στις μελέτες τους σχετικά με τα βασικά στοιχεία του μαγνητισμού (Essentials of Magnetism) βρήκαν ότι η υποστήριξη του νοσηλευτή μάνατζερ επηρεάζει την παραγωγικότητα των νοσηλευτών, τη διατήρηση και την ικανοποίηση από την εργασία. Η έρευνά τους βρήκε εννέα συμπεριφορές του μάνατζερ νοσηλευτή που έκανε την ηγεσία υποστηρικτική. Αυτές ήταν: προσιτή και ασφαλής, να ενδιαφέρεται, να «περπατά τη συζήτηση», να παρακινεί την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης, να δίνει πραγματική ανατροφοδότηση, να παρέχεται επαρκής και κατάλληλη στελέχωση, «να κοιτάμε την πλάτη μας», να προωθείται η συνοχή και η ομαδική εργασία και να επιλύονται οι διαφορές εποικοδομητικά (Kramer et al., 2007).

Ένα εργασιακό περιβάλλον που είναι υγιές προωθεί την ανάπτυξη της ηγεσίας στους νοσηλευτές. Οι ηγέτες νοσηλευτές των νοσοκομείων αναγνωρίζουν τη σημασία της καλλιέργειας ηγετών για την υποστήριξη της δομής των Οργανισμών και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι μάνατζερ νοσηλευτές είναι κρίσιμης σημασίας για τη μοντελοποίηση της επικοινωνίας, τη συνεργασία και την ηγεσία. Ο Stichler (2009) τόνισε ότι το διαμορφωμένο στυλ ηγεσίας και το συμμετοχικό μάνατζερ είναι εκείνα που περιγράφονται πιο συχνά τις βασικές διεργασίες που συμβάλλουν στα υγιή εργασιακά περιβάλλοντα. Ο Sticher (2009) διαπίστωσε ότι η «Ισχυρή ηγεσία είναι απαραίτητη για τη δημιουργία ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος όπου τα μέλη του προσωπικού αισθάνονται ότι υποστηρίζονται με μια πολιτική μηδενικής ανοχής και ενημερώνονται σχετικά με τους τρόπους για να στηρίζουν ο ένας τον άλλο σε καταστάσεις σύγκρουσης με δεξιότητες αντιπαράθεσης που μετριάζουν τη σύγκρουση και δεν επιδεινώνουν την εχθρότητα».

Οι Erenstein και MacCafferty (2007) προτείνουν, βασισμένοι σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ότι οι ηγέτες νοσηλευτές συνεργάζονται με το νοσηλευτικό προσωπικό για να χτίσουν ένα υγιές περιβάλλον εργασίας που περιλαμβάνει την εμπιστοσύνη, την υποστήριξη, την επικοινωνία και τη συνεργασία. Η

βιβλιογραφία υποστηρίζει την ιδέα ότι ένας ηγέτης πρέπει να είναι παρόν προκειμένου να δημιουργήσει και να διατηρήσει ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον (Heath et al., 2004, Stuenkel et al., 2007, Shirey, 2009, Stichler, 2009, Kramer et al., 2010).

2.5 Υγιές εργασιακό περιβάλλον και έκβαση των ασθενών

Στην έκθεση του IOM (2004), αναφέρθηκε ότι οι παράγοντες που έχουν βρεθεί ότι αυξάνουν τα λάθη στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών πρέπει να αντιμετωπιστούν αμέσως. Ο Reason (2000) βρήκε ένα συνδυασμό φτωχού επιπέδου στελέχωσης, υψηλής οξύτητας, κόπωσης και αυξημένου φόρτου εργασίας που ήταν υπεύθυνα για το ότι οι νοσηλευτές δεν αντιλαμβάνονταν τις αλλαγές της κατάστασης των ασθενών ή για τα λάθη κατά την προετοιμασία φαρμάκων. Τα προβλήματα με το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών μπορούν να συμβάλουν τόσο στη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών όσο και στη βλάβη των ασθενών (Barron McBride, 2005, McCauley & Irwin, 2006, Wolf, 2006, McGillis, Doran, & Pink, 2008). Σφάλματα στη φαρμακευτική αγωγή, επαγγελματική εξουθένωση, υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης της εργασίας, αναποτελεσματική παροχή φροντίδας στους ασθενείς, υψηλά επίπεδα στρες και ανασφαλείς συνθήκες εργασίας είναι αρνητικές επιπτώσεις που συμβαίνουν και μπορούν να προκύψουν από ανθυγιεινά περιβάλλοντα εργασίας (Miracle, 2008).

Ο Aiken προσδιόρισε τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας που βασίζονται σε στοιχεία που σχετίζονται με τη θετική έκβαση των ασθενών, καθώς και με θετικά αποτελέσματα στους νοσηλευτές. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η επάρκεια σε προσωπικό, οι θετικές σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών και οι υποστηρικτικές διοικητικές υπηρεσίες για τους νοσηλευτές (Aiken et al., 2002). Ένα βασικό αποτέλεσμα στους ασθενείς είναι η αποτρέψιμη ανεπιθύμητη ενέργεια. Ο IOM (2006) εκτιμά ότι συμβαίνουν τουλάχιστον 1,5 εκατομμύρια ανεπιθύμητων ενεργειών που θα μπορούσαν να προβλεφθούν λόγω διοικητικών προβλημάτων του Οργανισμού και όχι λόγω ανίκανων επαγγελματιών. Ένα υγιές νοσηλευτικό περιβάλλον εργασίας επηρεάζει θετικά την έκβαση των ασθενών οδηγώντας σε λιγότερες λοιμώξεις στην κεντρική φλεβική γραμμή, μικρότερα ποσοστά πνευμονιών που οφείλονται στον αναπνευστήρα και μικρότερα ποσοστά λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος (Stone et al., 2007). Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες που συνδέουν θετικά τα υγιή περιβάλλοντα εργασίας

με την ικανοποίηση των ασθενών, την αριστεία στη φροντίδα των ασθενών και την ασφάλεια των ασθενών, τις μειωμένες λοιμώξεις και ιατρικά σφάλματα και τα υψηλότερα ποσοστά παραμονής των νοσηλευτών στη θέση εργασίας τους (Ulrich et al., 2007, Friese et al., 2007, Manijlovich & DiCicco, 2007, Kramer & Schmalenberg, 2008, Shirey, 2008). Ο Aiken (2008) ανέφερε μικρότερους κινδύνους θανάτου και αποτυχίας διάσωσης στα νοσοκομεία στις περιπτώσεις που οι νοσηλευτές ανέφεραν καλύτερα περιβάλλοντα εργασίας. Η μελέτη ανέφερε ότι περίπου 40.000 θάνατοι ετησίως θα μπορούσαν να αποφευχθούν με τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας, της στελέχωσης και της εκπαίδευσης.

Οι Mitchell & Shortell (1997) βρήκαν ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να έχουν πιο στενή σχέση με οργανωτικούς παράγοντες και δομές. Οι Flynn et al. (2010) βρήκαν μια σχέση μεταξύ του περιβάλλοντος εργασίας και των ελκών πίεσης και διαπίστωσαν ότι ένα πιο υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα, ειδικά με χαμηλότερα ποσοστά ελκών πίεσης. Οι Shortell et al. (1994) αναφέρθηκαν στο περιβάλλον εργασίας ως οργανωτική κουλτούρα, η οποία περιλαμβάνει τα πρότυπα, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες που μοιράζονται οι άνθρωποι οι οποίοι εργάζονται σε ένα τμήμα/μονάδα. Σε μία έρευνα που διερεύνησε τη συνεργασία και τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων, μια θετική κουλτούρα στην ΜΕΘ σχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερα ποσοστά κινδύνου προσαρμοσμένα στη διάρκεια παραμονής, στην εξάντληση των νοσηλευτών και στην παρεχόμενη ποιότητα περίθαλψης. Οι Baggs et al. (1999) ανέφεραν επίσης ότι η συνεργασία είχε θετική σχέση με μικρότερα ποσοστά επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας. Οργανωτικές αποφάσεις που σχετίζονται με το προσωπικό, την επικοινωνία και τη συνεργασία είναι σημαντικές πτυχές που έχουν σχετιστεί θετικά με την έκβαση της ασφάλειας των ασθενών.

Οι Aiken et al (2008) εξέτασαν τον αντίκτυπο της θνησιμότητας και της νοσηλευτικής φροντίδας. Πολλές από τις ερευνητικές τους μελέτες εστίασαν στην πρώτη γραμμή μάνατζμεντ, στο προσωπικό και στις σχέσεις νοσηλευτών-ιατρών ως προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας των ασθενών (Kramer & Schmalenberg, 2005). Οι Baggs et al. (1999) ανέφεραν ότι οι αναφορές των νοσηλευτών όσον αφορά τη συνεργασία σχετίζονται θετικά με την έκβαση των ασθενών. Σε αυτή τη μελέτη, οι Baggs et al. ανέφεραν ότι η υποστήριξη ως μεταβλητή της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών συνδέθηκε με ευνοϊκή έκβαση των ασθενών.

Οι δομές και οι διαδικασίες στις κλινικές και στη μονάδα εντατικής θεραπείας έχει αναφερθεί ότι σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας. Σε μια μελέτη 5030 ασθενών ΜΕΘ σε 13 τριτοβάθμια νοσοκομεία χρησιμοποιώντας το APACHE II για την εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών, τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι ο βαθμός συντονισμού στις ΜΕΘ ενηλίκων επηρέασε σημαντικά το πόσο αποτελεσματική ήταν η μονάδα (Knaus et al., 1986). Το Apache είναι ένας φυσιολογικό σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται σε ΜΕΘ ενηλίκων για την εκτίμηση της σοβαρότητας της ασθένειας σε ομάδες βαριά πασχόντων ασθενών. Αυτοί οι συγγραφείς (Knaus et al., 1986) εξέτασαν τις δομές και τις διαδικασίες στη ΜΕΘ και την επίδρασή τους στην έκβαση των ασθενών. Οκτώ χρόνια αργότερα, αυτοί οι συγγραφείς βρήκαν ότι η αλληλεπίδραση του φροντιστή που περιλαμβάνει την κουλτούρα, την ηγεσία, το συντονισμό, την επικοινωνία και τη διαχείριση των συγκρούσεων σχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο προσαρμοσμένης διάρκειας παραμονής και μείωσης των ποσοστών εξουθένωσης των νοσηλευτών (Shortell et al., 1994). Αυτές οι μελέτες διαπίστωσαν ότι οι ΜΕΘ με δομές που προωθούν καλή συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και αυτόνομη λήψη αποφάσεων είχαν σημαντικά αποτελέσματα και μικρότερη θνησιμότητα σε σχέση με τις ΜΕΘ που δεν αναφέρουν αυτή τη δομή.

2.6 Εργασιακό Περιβάλλον και Αποτελέσματα στους Νοσηλευτές

Πολυάριθμες μελέτες υποστηρίζουν το γεγονός ότι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν ότι η επικοινωνία, η συνεργασία και η ηγεσία είναι βασικοί τομείς για ένα υγιές περιβάλλον εργασίας (McCusker et al., 2004, Gunnarsdottir et al., 2006, Kramer & Schmalenberg, 2007, Schmalenberg et al., 2008., Stuenkel et al., 2007, Gardner et al., 2007, McGillis Hall et al., 2008). Με την έλλειψη περισσότερων από 260.000 νοσηλευτών που υπολογίζεται έως το έτος 2025, οι ηγέτες νοσηλευτές πρέπει να είναι δημιουργικοί και να κάνουν ό,τι μπορούν για να βελτιώσουν το περιβάλλον εργασίας. Η δημιουργία ενός θετικού εργασιακού περιβάλλοντος είναι ιδιαίτερα επιθυμητή. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις στη βιβλιογραφία σύμφωνα με τις οποίες τα υγιή εργασιακά περιβάλλοντα έχουν θετική επίδραση στη διατήρηση του προσωπικού (VanOyen Force, 2005). Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι εξέφρασαν την πρόθεση να φύγουν, βαθμολόγησαν το εργασιακό τους περιβάλλον πιο αρνητικά από ότι εκείνοι που εξέφρασαν την πρόθεση να παραμείνουν (Gardner et al., 2007). Προηγούμενοι ερευνητές έχουν αναφέρει μια άμεση σχέση μεταξύ της επικοινωνίας ιατρών και

νοσηλευτών και της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία (Sengin, 2003, Manojlovich, 2005). Οι Baernholt και Mark (2009) διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά ικανοποίησης και εγκατάλειψης του επαγγέλματος σχετίστηκαν τόσο με τα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής μονάδας όσο και του περιβάλλοντος εργασίας. Οι Gardner et al. (2007) εξέτασαν συγκεκριμένα τα εργασιακά περιβάλλοντα σε μονάδες αιμοκάθαρσης και, επίσης, διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που βαθμολόγησαν το εργασιακό τους περιβάλλον ευνοϊκά ανέφεραν ότι δεν είχαν την πρόθεση να αποχωρήσουν από τη θέση εργασίας τους.

Ο IOM παρουσίασε στοιχεία που αποδεικνύουν ότι, χωρίς να είναι υγιή τα περιβάλλοντα εργασίας, η ασφάλεια των ασθενών εξακολουθεί να απειλείται. Λανθάνουσες συνθήκες που το προσωπικό πρώτης γραμμής δεν έχει κανέναν έλεγχο, όπως η κακή εποπτεία και ο κακός σχεδιασμός της εργασίας σε εργασιακά περιβάλλοντα είναι η κύρια πηγή σφαλμάτων (IOM, 2004). Ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της πρόθεσης των νοσηλευτών να αφήσουν έναν Οργανισμό αφορά προβλήματα με το εργασιακό τους περιβάλλον (Zangaro & Soeken, 2007, Paris & Terhaar, 2010).

2.7 Οργανωτικές δομές και πιστοποίηση κατά AACN

Οι αρχικές μελέτες σε πιστοποιημένα νοσοκομεία από το American Association of Critical-Care Nurses (AACN) έγιναν μεταξύ του 1983 και του 1989 (Kramer & Schmalenberg, 2005) και ήταν μελέτες δομής-έκβασης μελετώντας νοσοκομεία όσον αφορά τη διατήρηση των νοσηλευτών στη θέση τους, τη δομή του Οργανισμού και την ιεραρχία των νοσηλευτών. Σε μεταγενέστερες μελέτες, οι ερευνητές ξεκίνησαν να διερευνούν την υποστήριξη των μάνατζερ νοσηλευτών, καθώς και τη σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών για να δουν πώς αυτά τα δύο ζητήματα επηρεάζουν την πρακτική των νοσηλευτών, καθώς και την ικανοποίηση από την εργασία τους. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και του 1990, μελέτες διαπίστωσαν ότι τα χαρακτηριστικά που υπήρχαν πάντα σε έναν πετυχημένο Οργανισμό ήταν η αυτόνομη πρακτική, οι εποικοδομητικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και η υποστήριξη από τους μάνατζερ νοσηλευτές (Kramer & Schmalenberg, 2005).

Πολλές από τις μελέτες Magnet διερεύνησαν το περιβάλλον εργασίας και τις δομές του νοσοκομείου. Οι Kramer et al (2010) ορίζουν το εργασιακό περιβάλλον ως

«... μια σειρά από διασυνδεδεμένα περιβάλλοντα και συνθήκες που καθορίζουν, επηρεάζουν και καθοδηγούν την ανάπτυξη και τη δράση». Όρισαν στη συνέχεια το υγιές εργασιακό περιβάλλον ως ένα από τα κύρια στοιχεία που παρέχει τις δομές, τις πρακτικές, τα συστήματα και τις πολιτικές που επιτρέπουν στους νοσηλευτές να συμμετέχουν στις διαδικασίες και στις σχέσεις που είναι βασικά για την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Οι Aiken et al. (2008) βρήκαν ότι η εφαρμογή ενός μοντέλου Magnet σχετίστηκε με σημαντικά βελτιωμένα νοσηλευτικά περιβάλλοντα εργασίας, καθώς και με βελτίωση των αποτελεσμάτων σχετικά με την εργασία των νοσηλευτών και για τους ασθενείς. Εμπειρικά στοιχεία για τα νοσοκομεία Magnet έχουν δείξει καλύτερη έκβαση των ασθενών και καλύτερα αποτελέσματα στους νοσηλευτές, καθώς και ένα περισσότερο υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας στους νοσηλευτές (Brady-Schwartz, 2005, Cimioti et al., 2005, Kramer & Schmalenberg, 2005, Lake & Friese, 2006, Kramer et al., 2008). Επειδή υπάρχει μια περίοδος μεγάλης ανησυχίας για το εργατικό δυναμικό των νοσοκομείων, λόγω της έλλειψης νοσηλευτών και των λίγων διαθέσιμων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, είναι σημαντικό για τα νοσοκομεία να διατηρήσουν τους νοσηλευτές στη θέση εργασίας τους. Ωστόσο, είναι αναγκαία μια εις βάθος κατανόηση της επικοινωνίας, της συνεργασίας και της ηγεσίας στα τμήματα/μονάδες των νοσοκομείων και της επίδρασής τους στην πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το χώρο εργασίας τους. Διαφορετικά, οι νοσηλευτές θα έχουν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης, κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και να συμβάλλει στην κακή έκβαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Εννοιολογικό πλαίσιο

Προκειμένου να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ των βασικών διεργασιών στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών, στην επικοινωνία, στη συνεργασία και στην ηγεσία στα αποτελέσματα κινδύνου προσαρμοσμένα στη θνησιμότητα, στη διάρκεια παραμονής, στην πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα, στις λοιμώξεις των κεντρικών φλεβικών γραμμών και στην πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν τη θέση εργασίας τους, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ενός κατάλληλου θεωρητικού-εννοιολογικού πλαισίου, όπως είναι το μοντέλο δομής, διαδικασίας και των αποτελεσμάτων του Donabedian (Donabedian, 1980). Το μοντέλο του Donabedian είναι γραμμικό και θεωρεί ότι οι δομές επηρεάζουν τις διαδικασίες, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν το αποτέλεσμα (Mitchell et al., 1998). Ο Donabedian ήταν πρωτοπόρος στον τομέα βελτίωσης της ποιότητας των δομών και των διαδικασιών και αυτό το πλαίσιο συνεχίζει να χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Ακόμα κι αν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις στη βιβλιογραφία για τη βελτίωση της ποιότητας σχετικά με τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα, η δομή δεν έχει τύχει ακόμη μεγάλης προσοχής (Glickman et al., 2007).

3.1 Μοντέλο Donabedian

Ο Donabedian ανέπτυξε το μοντέλο του, γιατί πίστευε ότι υπάρχει ανάγκη για ένα μοντέλο αξιολόγησης της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας (Donabedian, 2003). Πίστευε ότι υπήρχε ανάγκη να αξιολογηθούν τρεις προσεγγίσεις για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας. Η τριάδα, όπως ο ίδιος αναφέρεται σε αυτή, είναι η «Δομή», η «Διαδικασία» και το «Αποτέλεσμα». Οι ερευνητικές υπηρεσίες υγείας είναι μία αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που βασίζονται σε δεδομένα που σχετίζονται με τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Αυτό το μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης για πάνω από τέσσερις δεκαετίες (Schmalenberg & Kramer, 2008). Αυτό είναι χρήσιμο στην ανάλυση των τρεχουσών συνθηκών του εργασιακού περιβάλλοντος και στην ανάπτυξη στρατηγικών για τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας στα νοσοκομεία σήμερα (Kramer et al., 2010). Οι υπηρεσίες υγείας αξιολογούν συνήθως τα δεδομένα που συλλέγονται σχετικά

με τη δομή, τις εισροές, τις διαδικασίες, τις εκροές και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών (Donabedian, 1980). Ο Donabedian (1987) πιστεύει ότι οι ομάδες αγωνίζονται για τον καθορισμό των αποτελεσμάτων ποιότητας, διότι «διαφορετικοί άνθρωποι στέκονται σε διαφορετικά σημεία και έχουν διαφορετικές απόψεις». Ο Donabedian πίστευε ότι η δομή του τομέα της υγείας ήταν σημαντική και ήταν η κινητήρια δύναμη πίσω από τις διαδικασίες φροντίδας και τα αποτελέσματα για την υγεία (Glickman et al., 2007). Το μοντέλο σχεδιάστηκε αρχικά για να επανεξετάσει την ποιότητα της περίθαλψης σε ένα παραδοσιακό περιβάλλον. Από τότε έχει χρησιμοποιηθεί ως ένα πλαίσιο για θέματα νοσηλευτικής έρευνας και υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό το μοντέλο χρησιμοποιείται συχνά για τη συστημική έρευνα στον τομέα της υγείας, διότι είναι πολύ απλοϊκό (Donabedian, 2003). Ποιότητα επιτυγχάνεται μέσω των τριών συστατικών του μοντέλου (δομή, διαδικασίες και αποτελέσματα), που είναι διασυνδεδεμένα. Το μοντέλο επισημαίνει αρχικά τη δομή και τις κινητήριες δυνάμεις πίσω από τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα, αν και οι διαδικασίες πιστεύεται ότι έχουν κάποιο ρόλο στα αποτελέσματα. Σύμφωνα με το μοντέλο του Donabedian, η διαδικασία επιδράει στη δομή η οποία επιδράει στο αποτέλεσμα.

Δομή

Ο Donabedian (1980) καθόρισε αρχικά τη δομή ως «τα σχετικά σταθερά χαρακτηριστικά των φορέων παροχής περίθαλψης, τα εργαλεία και τους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους και τους φυσικούς και οργανωτικούς χώρους στους οποίους εργάζονται» (p.81). Η δομή είναι το πώς έχει οριστεί η οργάνωση προς τα επάνω ή το πλαίσιο και αναφέρεται στους όρους υπό τους οποίους παρέχεται η περίθαλψη (Donabedian, 2003). Αυτές οι καταστάσεις έχουν συσταθεί σε τρεις κατηγορίες: τους υλικούς πόρους, το ανθρώπινο δυναμικό και τα οργανωτικά χαρακτηριστικά. Οι υλικοί πόροι είναι οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός. Ένα παράδειγμα είναι η φυσική διάταξη της μονάδας φροντίδας του ασθενούς. Οι ανθρώπινοι πόροι έχουν να κάνουν με τον αριθμό και τα προσόντα των επαγγελματιών υγείας και του βοηθητικού προσωπικού. Η δομή της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει τη στελέχωση, το επίπεδο δεξιοτήτων και το επίπεδο εκπαίδευσης ή την πιστοποίηση-εξειδίκευση των νοσηλευτών. Η σημαντικότερη από τις τρεις κατηγορίες είναι τα οργανωτικά χαρακτηριστικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να έχουν ισχυρή επιρροή στις διαδικασίες οι οποίες με τη σειρά

τους επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Τα οργανωτικά χαρακτηριστικά μπορεί να περιλαμβάνουν και τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται η ιατρική περίθαλψη όταν οι ιατροί έχουν εκπαιδευτικά καθήκοντα με τους φοιτητές ιατρικής, τους ασκούμενους και τους κατοίκους και το νοσοκομείο αναφέρεται ως Πανεπιστημιακό, δηλαδή, εκπαιδευτικό νοσοκομείο. Άλλο παράδειγμα είναι η ιεραρχία των νοσηλευτών και των ιατρών σε σχέση με την εξουσία, την κατάσταση και την επιρροή. Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται η νοσηλευτική, είναι παραδείγματα που αντανakλούν τα οργανωτικά χαρακτηριστικά. Άλλα σημαντικά στοιχεία της δομής είναι οι πολιτικές και οι διαδικασίες του Οργανισμού, όπως η πρόσληψη μόνο διπλωματούχων νοσηλευτών για την κατάληψη ηγετικών θέσεων. Επιπλέον, οι νομοθέτες έχουν ορισμένες οργανωτικές απαιτήσεις από τους Οργανισμούς, όπως οι περιγραφές των θέσεων εργασίας και τα σχέδια στελέχωσης και των πολιτικών που ακολουθεί ο Οργανισμός.

Διαδικασία

Διαδικασίες είναι οι δραστηριότητες που συμβαίνουν σε έναν Οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης από τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους ασθενείς και τις οικογένειες. Μια διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνει τη διάγνωση ή τη θεραπεία του ασθενούς. Η νοσηλευτική διαδικασία είναι επίσης ένα παράδειγμα. Περιλαμβάνει την αξιολόγηση, το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση της φροντίδας του ασθενούς από το νοσηλευτή. Η διαδικασία περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς. Περιλαμβάνει επίσης την επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών. Οι επαγγελματικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών αποτελούν μία θεμελιώδη διαδικασία για τη συνεργασία. Οι επαγγελματικές διαδικασίες που υποστηρίζονται από οργανωτικές δομές μπορούν να αναγνωριστούν με εμπειρική έρευνα, όπως αυτές προσδιορίζονται από τους Kramer et al. (2008), οι οποίοι βρήκαν ότι οι οργανωτικές διαδικασίες, όπως το γύρισμα των ασθενών στο κρεβάτι, η στελέχωση και η τεχνολογία μπορούν να επηρεάσουν τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή.

Αποτελέσματα

Το αποτέλεσμα αναφέρεται στις επιπτώσεις στον ασθενή ή/και στο προσωπικό (Kramer et al., 2010). Ο Donabedian (2003) αναφέρει: «Αυτά αναφέρονται σε αλλαγές (επιθυμητές ή ανεπιθύμητες) στα άτομα και στους πληθυσμούς που μπορεί να αποδοθούν στην υγειονομική περίθαλψη». Τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν μια αλλαγή στην κατάσταση της υγείας ή της συμπεριφοράς ή της γνώσης που αποκτήθηκε από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και επηρεάζουν τη μελλοντική φροντίδα και την ικανοποίηση των ασθενών. Πολλούς από τους δείκτες ποιότητας που είναι ευαίσθητοι στη νοσηλευτική αφορούν την έκβαση των ασθενών. Ο όρος δείκτες ποιότητας που είναι ευαίσθητοι στη νοσηλευτική σημαίνει ότι είναι ευαίσθητοι στη νοσηλευτική φροντίδα και ότι η νοσηλευτική φροντίδα επηρεάζει τα αποτελέσματα. Παραδείγματα δεικτών ποιότητας που είναι ευαίσθητοι στη νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνουν τη θνησιμότητα των ασθενών, τις πτώσεις των ασθενών, τα έλκη πίεσης και τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Ένα άλλο σύνολο αποτελεσμάτων που επηρεάζεται από τη δομή της οργάνωσης και τις διαδικασίες που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα στους νοσηλευτές, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, η εξουθένωση και η πρόθεση να εγκαταλείψουν τον Οργανισμό (Schmalenberg et al., 2005).

Εν ολίγοις, ο Donabedian όρισε τη δομή και τις οργανωτικές και φυσικές ιδιότητες του χώρου της υγείας, καθώς οι διαδικασίες είναι η θεραπεία και η παρεχόμενη περίθαλψη και τα αποτελέσματα είναι το αποτέλεσμα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης (Donabedian, 1972).

3.2 Θεωρία των δύο παραγόντων του Frederick Herzberg

Η Θεωρία των δύο παραγόντων του Frederick Herzberg παρέχει σε τέτοιου είδους μελέτης το απαραίτητο θεωρητικό πλαίσιο. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία οι άνθρωποι επηρεάζονται από δύο παράγοντες, τους παράγοντες κινήτρων (ικανοποίηση, ψυχολογική ανάπτυξη και εγγενείς συνθήκες) και τους παράγοντες υγιεινής (δυσαρέσκεια και εξωγενείς συνθήκες). Και τα δύο σύνολα παραγόντων είναι στοιχεία του περιβάλλοντος εργασίας. Οι παράγοντες υγιεινής περιλαμβάνουν τις συνθήκες εργασίας, την ποιότητα της εποπτείας, τους μισθούς, την κατάσταση, την ασφάλεια, τις πολιτικές της εταιρείας και τη διοίκηση, καθώς και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο

Roussel (2009) ανέφερε τη σημασία μιας ισορροπία μεταξύ της ποσότητας και της ποιότητας των παραγόντων υγιεινής στην αποφυγή της δυσαρέσκειας. Δυσaréσκεια με τους παράγοντες υγιεινής υπάρχει στην περίπτωση ανισορροπίας στη διαχείριση των παραγόντων, με αποτέλεσμα τη χαμηλή απόδοση και τις αρνητικές στάσεις (Roussel, 2009). Οι παράγοντες των κινήτρων περιλαμβάνουν τα επιτεύγματα, την αναγνώριση, την ευθύνη, την εξέλιξη, το ίδιο το έργο, καθώς και τη δυνατότητα ανάπτυξης. Οι παράγοντες κινήτρων οδηγούν σε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, κινήτρων και επιδόσεις. Και οι δύο παράγοντες, υγιεινή και κίνητρα, πρέπει να γίνουν ταυτόχρονα (Roussel, 2009). Τα στοιχεία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος (επιδέξια επικοινωνία, αληθινή συνεργασία, αποτελεσματική λήψη αποφάσεων, κατάλληλη στελέχωση, ουσιαστική αναγνώριση και αυθεντική ηγεσία) μπορεί να θεωρούνται ως αντιπροσωπευτικό μέτρο των δύο παραγόντων σε αυτή τη θεωρία (Πίνακας 1). Τα στοιχεία που απαιτούνται για να έχουμε ένα υγιές περιβάλλον εργασίας είναι ισοδύναμα με τους παράγοντες Herzberg που επηρεάζουν τη θεωρία των κινήτρων και της ικανοποίησης μέσα στο χώρο εργασίας.

3.3 Εργασιακό Περιβάλλον Νοσηλευτών

Το μοντέλο του Donabedian έχει χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσει το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών. Οι Kramer et al., (2010) χρησιμοποίησαν το μοντέλο του Donabedian για την διεξαγωγή έρευνας σχετικά με τα νοσοκομεία Magnet και περιέγραψαν αυτά τα περιβάλλοντα εργασίας και τις επιπτώσεις στην έκβαση των ασθενών αναφέροντας: «Ένα υγιές περιβάλλον κλινικής πρακτικής είναι εκείνο κατά το οποίο οι ηγέτες παρέχουν δομές, πρακτικές, συστήματα και πολιτικές που επιτρέπουν στους κλινικούς νοσηλευτές να συμμετάσχουν στις διαδικασίες εργασίας και στις σχέσεις που είναι απαραίτητες για την ασφάλεια και την ποιότητα των αποτελεσμάτων της φροντίδας των ασθενών». Ένα βασικό παράδειγμα για το πώς η διεπιστημονική ομάδα ιατρών και νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα ήταν η μελέτη που διεξήχθη από τον Knaus (1986), που αποτελείται από τη φυσική διάταξη, τον αριθμό των ιατρών, την αναλογία νοσηλευτών και τη διαθέσιμη τεχνολογία. Βρήκε ότι η προσαρμοσμένη στην οξύτητα του ασθενή θνησιμότητα, η οποία είναι η προβλεπόμενη έκβαση του θανάτου δεν επηρεάστηκε από τις δομές, αλλά επηρεάστηκε άμεσα από δύο διαδικασίες, την κλινική αυτονομία και τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. Η επικοινωνία, η συνεργασία και η ηγεσία, εφόσον

πραγματοποιούνται αποτελεσματικά, μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της έκβασης των ασθενών και την παραμονή των νοσηλευτών στη θέση εργασίας τους (Diers & Potter, 1997, Shortell et al., 1999).

Πίνακας 3.1

Συσχέτιση της θεωρίας δύο παραγόντων Herzberg με τις υποκλίμακες του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος

Παράγοντες Υγιεινής	Υποκλίμακες Υγιούς Εργασιακού Περιβάλλοντος	Παράγοντες Κινήτρων
Συνθήκες εργασίας	Επιδέξια Επικοινωνία*	Επίτευξη
Ποιότητα Μάνατζερ	Αληθινή Συνεργασία*	Αναγνώριση
Μισθός	Αποτελεσματική λήψη Αποφάσεων*	Ευθύνη
Κατάσταση	Κατάλληλη στελέχωση*	Πρόοδος
Ασφάλεια	Σημαντική Αναγνώριση**	Η ίδια η εργασία
Πολιτικές Εταιρείας και Διαχείριση	Αυθεντική ηγεσία*	Δυνατότητα Ανάπτυξης
Διαπροσωπικές σχέσεις		

Σημείωση. * Η υποκλίμακα του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος που αντιστοιχεί στους παράγοντες υγιεινής. ** Η υποκλίμακα του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος που αντιστοιχεί στον παράγοντα κίνητρα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Προηγούμενες μελέτες σχετικά με τη διατήρηση των νοσηλευτών στις θέσεις εργασίας τους, την ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης έχουν δείξει μια θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των τριών μεταβλητών. Οι Kramer και Schmalenberg (2008) ανέφεραν ότι το υγιές περιβάλλον εργασίας έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών και τη διατήρηση στη θέση τους, τη μείωση της εξουθένωσης, της ικανοποίησης από την εργασία και ότι παρέχουν χαμηλότερο βαθμό εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών. Το περιβάλλον εργασίας έχει βρεθεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας της παραμονής των νοσηλευτών στη θέση τους. Τα περιβάλλοντα εργασίας που στερούνται σεβασμού από τους νοσηλευτές, συνεργασίας, ενθάρρυνσης της επαγγελματικής ανάπτυξης και αναγνώρισης, δεν θεωρούνται ευνοϊκά για την παραμονή των νοσηλευτών στη θέση τους (Mays et al., 2011, Ritter, 2011). Η διατήρηση των σημερινών νοσηλευτών είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη σταθερότητα του συστήματος υγείας. Οι νοσηλευτές είναι η μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Η παροχή 24ωρης φροντίδας είναι ένα βασικό στοιχείο της οξείας νοσηλευτικής φροντίδας. Η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας, η αύξηση της οξύτητας των ασθενών και η αναδυόμενη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού καθιστά την παραμονή των νοσηλευτών στη θέση τους και ιδιαίτερα των έμπειρων νοσηλευτών, υψίστης σημασίας (Aiken et al., 2002). Υπάρχουν διαφορετικές δυναμικές που επηρεάζουν τη διατήρηση των νεότερων νοσηλευτών σε σχέση με των παλαιότερων νοσηλευτών. Σύμφωνα με τους MacKusick και Minick (2002) περίπου το 30-50% όλων των νέων νοσηλευτών αλλάζει θέσεις ή εγκαταλείπει εντελώς τη νοσηλευτική μέσα στα πρώτα τρία χρόνια της πρακτικής. Επίσης, η αυξανόμενη ανάγκη για νοσηλευτές και η απουσία κινήτρων (π.χ. μισθός, κ.λπ.) δεν κάνει το νοσηλευτικό επάγγελμα ελκυστικό ως επιλογή καριέρας, ούτε βοηθάει στη διατήρηση του τρέχοντος εργατικού δυναμικού (Huntington et al., 2011).

Ο Sharp (2008) πραγματοποίησε μια μελέτη χρησιμοποιώντας τη θεωρία δύο παραγόντων του Herzberg ως θεωρητικό πλαίσιο για να εξετάσει την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Η θεωρία δύο παραγόντων του Herzberg υποθέτει ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες στο χώρο εργασίας που παράγουν

ικανοποίηση και άλλοι που η παρουσία τους προκαλεί δυσαρέσκεια (Sharp, 2008). Η θεωρία προτείνει ότι η εργασιακή ικανοποίηση, καθώς και η δυσαρέσκεια από την εργασία δεν είναι στα αντίθετα άκρα του φάσματος. Αντί αυτού, η ικανοποίηση από την εργασία παρουσιάζεται απλώς και μόνο επειδή υπάρχει απουσία της δυσαρέσκειας από την εργασία (Sharp, 2008). Σύμφωνα με τον Sharp (2008) υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία που βασίζεται σε στοιχεία τα οποία συσχετίζουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους με κρίσιμα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης των νοσηλευτών στη θέση τους. Οι Mee και Robinson (2003) ανέφεραν μερικές αιτίες για ένα μη ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας, όπως η ανεπαρκής συνεργασία και η έλλειψη σεβασμού για το νοσηλευτικό ρόλο από τους εργοδότες, τους ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Αυτές οι αιτίες έχουν ενσωματωθεί στους παράγοντες υγιεινής στη θεωρία δύο παραγόντων του Herzberg (π.χ. ικανό μάντζμεντ, πολιτική και διοίκηση, καθώς και συνθήκες εργασίας).

Οι Mays et al., (2010) αναφέρθηκαν σε ένα όργανο που δημιουργήθηκε από το Πανεπιστήμιο Νοσηλευτικής της Αριζόνα σε συνδυασμό με τη Φροντίδα υγείας Abrazo και τη Διοίκηση Πόρων και Υπηρεσιών Υγείας κατά τη διάρκεια του προγράμματος «Nurse 2 Nurse» που αξιολόγησε το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών. Το όργανο ενσωματώθηκε στα έξι πρότυπα του AACN για ένα υγιές περιβάλλον εργασίας. Οι νοσηλευτές κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τον εαυτό τους και τους συναδέλφους τους σχετικά με τη χρήση των έξι προτύπων στην προσωπική τους πρακτική. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι νοσηλευτές βαθμολόγησαν το συνεισφορά των συναδέλφων τους σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον με C ή χειρότερα (με βάση την κλίμακα βαθμολόγησης από A έως F) και βαθμολόγησαν την ατομική τους συνεισφορά πολύ υψηλότερα από το ποσοστό που έδιναν στους συναδέλφους τους. Οι Mays et al (2010) ανέφεραν ότι ένα υγιές περιβάλλον εργασίας σχετίζεται ισχυρά με αυξημένη διατήρηση νοσηλευτών και υψηλής ποιότητας περίθαλψης ασθενών.

Μια μελέτη από τους Ma et al., (2009) που διεξήχθη στην Ταϊβάν χρησιμοποίησε ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τους ερευνητές για να μετρήσει την πρόθεση των νοσηλευτών να φύγουν, την ικανοποίηση από την εργασία και την αντίληψη της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασθενείς (ιατρικά κέντρα ή επαρχιακά νοσοκομεία). Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, οι παράγοντες που παροτρύνουν τους νοσηλευτές να εγκαταλείψουν το επάγγελμα είναι η

δυσaréσκεια με τις αποδοχές, η εργασία σε βάρδιες, ο αυξημένος αριθμός περιστατικών και οι πολλές αλλαγές που συνέβησαν στο περιβάλλον εργασίας διαχρονικά. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι οι οργανισμοί θα πρέπει να αξιολογούν την ικανοποίηση των νοσηλευτών σε τακτική βάση και να αναλαμβάνουν δράση για την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία τους πριν αφήσουν οι νοσηλευτές τη θέση εργασίας. Οι Ma et al. (2009) πρότειναν ότι κατά τη δημιουργία στρατηγικών διατήρησης θα πρέπει να αξιολογούνται όλοι οι θετικοί παράγοντες για τη διατήρηση, όπως οι ευκαιρίες σταδιοδρομίας, το εργασιακό περιβάλλον και ο μισθός.

Ο Ritter (2010) εξέτασε τη σχέση μεταξύ ενός υγιούς και ενός ανθυγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος όσον αφορά την επίδρασή τους στη διατήρηση των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τον Ritter (2010) ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον περιλαμβάνει συνεργατική πρακτική, θετική επικοινωνία, υπευθυνότητα, κατάλληλη στελέχωση, αξιόπιστη ηγεσία, αναγνώριση, από κοινού λήψη αποφάσεων και ευκαιρίες για επαγγελματική ανάπτυξη. Ο Ritter (2010) όρισε πως ένα ανθυγιεινό περιβάλλον εργασίας χαρακτηρίζεται από κακή επικοινωνία, καταχρηστική συμπεριφορά, έλλειψη σεβασμού, αντίσταση στην αλλαγή, έλλειψη οράματος ή ηγεσίας, καμία εμπιστοσύνη και σύγκρουση με τις αξίες. Μόλις αξιολογηθεί ένα εργασιακό περιβάλλον και κριθεί ανθυγιεινό, είναι πολύ σημαντικό να συμμετάσχουν οι νοσηλευτές και να αλλάξουν τις περιβαλλοντικές πρακτικές. Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που εργάζονται στο περιβάλλον και μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για τις ελλείψεις του περιβάλλοντος (Ritter, 2010). Η συμμετοχή των νοσηλευτών στη δημιουργία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της διατήρησής τους, ενώ η αρνητικότητα που σχετίζεται με τα ανθυγιεινά περιβάλλοντα εργασίας μειώνει τη διατήρηση των νοσηλευτών (Kupperschmidt et al., 2010).

Οι Kupperschmidt et al. (2010) εξέτασαν πώς οι νοσηλευτές ως άτομα μπορούν να συμβάλουν στα υγιή περιβάλλοντα εργασίας. Οι συγγραφείς παρουσίασαν μια διαφορετική προοπτική του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος που απαιτεί αυτοκριτική από τους νοσηλευτές. Οι Kupperschmidt et al. (2010) είπαν ότι οι νοσηλευτές πρέπει να κάνουν αυτοκριτική εστιάζοντας στο πώς μπορούν να βοηθήσουν στην επίτευξη ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος και να μην εστιάζουν στο τι οι άλλοι πρέπει να κάνουν για να επιτευχθεί το επιθυμητό υγιές περιβάλλον εργασίας. Αυτή η μελέτη εξηγεί τη σημασία της επιδέξιας επικοινωνίας σε μια προσπάθεια για την προώθηση ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας και της παραγωγής θετικών αποτελεσμάτων. Οι

πέντε παράγοντες που απαιτούνται για να γίνει κάποιος εξειδικευμένος στην επικοινωνία περιλαμβάνουν την επίγνωση της αυτο-εξαπάτησης, το να γίνει αντανακλαστικός, αυθεντικός, προσεκτικός και ειλικρινής. Αυτοί οι παράγοντες είναι σημαντικοί για να γίνει κάποιος εξειδικευμένος στην επικοινωνία και να συμβάλλει σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον (Kupperschmidt et al., 2010).

Οι Huntington et al. (2011) πραγματοποίησαν μια ποιοτική μελέτη που εξέτασε τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τα χαρακτηριστικά του κλινικού εργατικού δυναμικού. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι συμμετέχοντες βιώνουν συνεχώς την ένταση μεταξύ της ποσότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της ποιότητας της αναμενόμενης φροντίδας από την κοινότητα. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν τα επίθετα ανυπόφορη, ρεαλιστική, δυσάρεστη, και καταστροφική για να περιγράψουν τις συνθήκες εργασίας τους (Huntington et al., 2011). Ο χώρος εργασίας αναγνωρίστηκε ως ένα μέρος γεμάτο από στρεσογόνους παράγοντες που περιλάμβανε την κριτική της Διοίκησης, την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους, τις ανισότητες (άνισες σχέσεις δύναμης με το ιατρικό προσωπικό), τον εκφοβισμό, το αίσθημα υποτίμησης και το βίωμα συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης λόγω της εργασίας με εναλλασσόμενες βάρδιες. Οι Huntington et al. (2011) πρότειναν ως τρόπους επίλυσης των παραγόντων που ανέκυψαν από την έρευνα τις σταθερές βάρδιες, τη διασφάλιση πολιτικών που σχετίζονται με τον εκφοβισμό και την ανάπτυξη τρόπων για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας του προσωπικού, οι οποίοι θα μπορούσαν να βελτιώσουν δραστικά τη διατήρηση των νοσηλευτών. Η απουσία εξειδικευμένης επικοινωνίας, η αληθινή συνεργασία, η αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και η αυθεντική ηγεσία (που είναι όλα θεμελιώδους σημασίας στα υγιή περιβάλλοντα εργασίας) πρέπει επίσης να εφαρμοστούν για την επίλυση των παραγόντων που θίγονται στην έρευνά τους.

Οι MacKusick και Minick (2010) πραγματοποίησαν μια ποιοτική μελέτη που διερεύνησε μερικούς από τους λόγους που οι νοσηλευτές είχαν επιλέξει να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Υπήρχαν τρία κοινά θέματα μεταξύ των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν για τη μελέτη: ο εχθρικός χώρος εργασίας, η συναισθηματική δυσφορία που σχετίζεται με τη φροντίδα του ασθενούς και η σωματική κόπωση και εξάντληση. Οι συμμετέχοντες αισθάνθηκαν σα να μην είχαν κανένα σύστημα υποστήριξης τα πρώτα χρόνια της πρακτικής τους. Μερικοί ανέφεραν επεισόδια αντιπαράθεσης λόγω προσπάθειας υποβάθμισης, σεξουαλικής παρενόχλησης ή εξύβρισης. Επιπλέον, υπήρξε έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, οι

επιθυμίες των μελών της οικογένειας δεν είχαν σεβασμό και το μη φιλικό περιβάλλον εργασίας και η συναισθηματική δυσφορία οδήγησε σε σωματική κόπωση και εξάντληση. Οι συγγραφείς έθεσαν ευθέως ότι η διατήρηση των νοσηλευτών θα πρέπει να εστιάζει στο περιβάλλον εργασίας με την αναγνώριση και την εξάλειψη των επιζήμιων πτυχών που συμβάλλουν στην κατάρρευση του εργασιακού περιβάλλοντος.

Ο Hall (2007) πραγματοποίησε μια μελέτη η οποία αξιολόγησε τις επιπτώσεις που έχει η οργανωτική και Διοικητική υποστήριξη στην ικανοποίηση και στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Ο Hall (2007) συνόψισε προηγούμενη έρευνα που έδειξε πώς η εργασιακή υποστήριξη και η μη υποστήριξη συνεισφέρει στην υγεία των νοσηλευτών και στην ικανοποίηση από την εργασία τους. Ο εντοπισμός και η μείωση των στρεσογόνων παραγόντων της εργασίας, καθώς και των κοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων, έδειξε ότι είναι σημαντικοί στη διατήρηση των νοσηλευτών στη θέση εργασίας τους. Η κοινωνική υποστήριξη από τους μάνατζερ και τους συνεργάτες συμβάλλει στο στρες, η οποία συνδέεται επίσης με τη διατήρηση της εργασίας (Hall, 2007). Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μια μονάδα με υψηλότερα επίπεδα αντιληπτής υποστήριξης από το μάνατζερ εμφάνισαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία και μείωση της επιθυμίας να εγκαταλείψουν τη θέση εργασίας. Το υποστηρικτικό περιβάλλον ήταν ένα σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους (Hall, 2007).

Οι Kramer και Schmalenberg (2008) εξήγησαν πώς οι αντιλήψεις των κλινικών νοσηλευτών ως προς το τι συνιστά ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι ζωτικής σημασίας στην προσπάθεια της ηγεσίας να καθορίσει τι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν για να είναι αποτελεσματικές. Οι Kramer και Schmalenberg (2008) παρουσίασαν την αντίθεση ανάμεσα σε αυτό που οι μάνατζερ και οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι χαρακτηρίζουν ένα υγιές περιβάλλον εργασίας. Οι μάνατζερ εστίαζαν περισσότερο στη δυναμική και στην ποιότητα της ηγεσίας, σε ένα παραγωγικό περιβάλλον εργασίας που παρέχει υποστήριξη και πρόσβαση σε εκπαιδευτικά προγράμματα, καθώς και στην παρουσία συνεργατικών σχέσεων εργασίας. Αντιθέτως, οι νοσηλευτές ενδιαφέρονται για στήριξη από το διευθυντή νοσηλευτικής υπηρεσίας, για ένα παραγωγικό περιβάλλον εργασίας που παρέχει ικανό προσωπικό για να αναλάβει τη φροντίδα των ασθενών, ώστε να μπορούν να αξιοποιηθούν οι εκπαιδευτικές ευκαιρίες, η εμπιστοσύνη και ο σεβασμός στις συλλογικές εργασιακές σχέσεις (Kramer & Schmalenberg, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος και των εργασιακών σχέσεων των νοσηλευτών σε ένα δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για το αντικείμενο της εργασίας τους.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για τη φήμη του νοσοκομείου.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για τη σχέση τους με τον προϊστάμενο.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για το προφίλ του προϊσταμένου τους.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για τις σχέσεις με τους συναδέλφους τους.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για την ευκαιρία ανάπτυξης δεξιοτήτων και προσωπικότητας στα πλαίσια της εργασίας.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για τις αμοιβές τους.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για τις συνθήκες του χώρου εργασίας.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για το ωράριο εργασίας τους.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για την εκπαίδευσή τους.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για την ασφάλειά τους.
- Η διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών για το συνδικαλισμό εντός του νοσοκομείου και τα σωματεία των νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Μεθοδολογία

Ερευνητικός Σχεδιασμός

Πρόκειται για μία προοπτική συγχρονική μελέτη συσχέτισης.

Τόπος διεξαγωγής της μελέτης

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Δείγμα της Μελέτης

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν οι νοσηλευτές του υπό μελέτη νοσοκομείου, ανεξαρτήτου κατηγορίας, φύλου και ηλικίας. Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο απασχολούνται 200 νοσηλευτές. Μοιράστηκαν συνολικά 150 ερωτηματολόγια και συμπληρώθηκαν τα 96 (ποσοστό ανταπόκρισης 64%).

Κριτήρια εισόδου

Τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ήταν τα εξής:

- οι νοσηλευτές να μιλούν την ελληνική γλώσσα
- οι νοσηλευτές να έχουν συναίνεση για να συμμετάσχουν στη μελέτη

Κριτήρια αποκλεισμού

Τα κριτήρια αποκλεισμού της μελέτης ήταν τα εξής:

- Νοσηλευτές που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη
- Νοσηλευτές που δεν ήξεραν ανάγνωση ή γραφή της ελληνικής γλώσσας

Εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο συντάχθηκε από την ίδια την ερευνήτρια. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 73 ερωτήσεις και δομείται σε 13 διαφορετικές ενότητες. Ο χρόνος συμπλήρωσής του δεν ξεπερνάει τα 15 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο παράρτημα.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις και συλλέγει τα δημογραφικά δεδομένα των ερωτηθέντων, όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, περαιτέρω

σπουδές, έτη προϋπηρεσίας, είδος τμήματος που εργάζονται, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη τέκνων και σχέση εργασίας.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει το αντικείμενο εργασίας και αποτελείται από 2 ερωτήσεις όπου οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν είτε «πολύ μικρό/καθόλου» ή «μικρό» ή «ούτε μικρό ούτε μεγάλο» ή «μεγάλο».

Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις που διερευνούν τη φήμη του νοσοκομείου και οι πιθανές απαντήσεις είναι «δεν απαντώ», «διαφωνώ», «ουδέτερος» και «συμφωνώ».

Η τέταρτη ενότητα διερευνά τις σχέσεις με τον προϊστάμενο και αποτελείται από 11 ερωτήσεις με πιθανές απαντήσεις «δεν απαντώ», «διαφωνώ», «ουδέτερος» και «συμφωνώ».

Η πέμπτη ενότητα περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που διερευνούν το προφίλ του προϊσταμένου και οι πιθανές απαντήσεις είναι «πολύ μικρό/καθόλου», «μικρό», «ούτε μικρό ούτε μεγάλο», «μεγάλο».

Η έκτη ενότητα διερευνά τις σχέσεις με τους συναδέλφους και αποτελείται από 8 ερωτήσεις με τις πιθανές απαντήσεις να είναι «πολύ μικρό/καθόλου», «μικρό», «ούτε μικρό ούτε μεγάλο», «μεγάλο».

Η έβδομη ενότητα αποτελείται από 5 ερωτήσεις και διερευνά την ανάπτυξη δεξιοτήτων και προσωπικότητας των εργαζομένων στα πλαίσια της εργασίας. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν μεταξύ «πολύ μικρό/καθόλου», «μικρό», «ούτε μικρό ούτε μεγάλο», «μεγάλο».

Η όγδοη ενότητα περιλαμβάνει τις αμοιβές και αποτελείται από 7 ερωτήσεις με τις πιθανές απαντήσεις να είναι «πολύ μικρό/καθόλου», «μικρό», «ούτε μικρό ούτε μεγάλο», «μεγάλο».

Η ένατη ενότητα αναφέρεται στις συνθήκες του χώρου εργασίας, αποτελείται από 3 ερωτήσεις και οι πιθανές απαντήσεις είναι «πολύ μικρό/καθόλου», «μικρό», «ούτε μικρό ούτε μεγάλο», «μεγάλο».

Η δέκατη ενότητα αφορά το ωράριο εργασίας και περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις με πιθανές απαντήσεις «δεν απαντώ», «διαφωνώ», «ουδέτερος» και «συμφωνώ».

Η ενδέκατη ενότητα διερευνά την εκπαίδευση μέσω 5 ερωτήσεων και οι πιθανές απαντήσεις είναι «ελάχιστα έως καθόλου», «σπάνια» και «συχνά».

Η δωδέκατη ενότητα περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις και αφορά την ασφάλεια των νοσηλευτών με πιθανές απαντήσεις «ελάχιστα έως καθόλου», «σπάνια» και «συχνά».

Η δέκατη τρίτη και τελευταία ενότητα αποτελείται από 6 ερωτήσεις και διερευνά το συνδικαλισμό εντός νοσοκομείου και τα σωματεία νοσηλευτών. Οι πιθανές απαντήσεις είναι «πολύ μικρό/καθόλου», «μικρό», «ούτε μικρό ούτε μεγάλο», «μεγάλο».

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας μετρήθηκε με τον Cronbach's alpha, και βρέθηκε 0,846 κάτι το οποίο σύμφωνα με τη βιβλιογραφία θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό και ικανοποιητικό για την παρούσα μελέτη, καθώς τιμές >0,7 θεωρούνται αποδεκτές με τις τιμές μεταξύ 0,8-0,89 να θεωρούνται καλές με άριστα το 0,9-0,94 (Γαλάνης, 2013). Στη συνέχεια παρουσιάζεται η εσωτερική συνέπεια όλων των ενοτήτων του ερωτηματολογίου αναλυτικά (πίνακας 6.1).

Πίνακας 6.1
Δείκτης συνέπειας Cronbach a

Ενότητα	Cronbach a
Δημογραφικά δεδομένα	0,861
Αντικείμενο εργασίας	0,744
Φήμη του νοσοκομείου	0,710
Σχέσεις με τον προϊστάμενο	0,723
Προφίλ του προϊσταμένου	0,754
Σχέσεις με τους συναδέλφους	0,781
Ανάπτυξη δεξιοτήτων και προσωπικότητας στα πλαίσια της εργασίας	0,833
Αμοιβές	0,875
Συνθήκες του χώρου εργασίας	0,783
Ωράριο εργασίας	0,746
Εκπαίδευση	0,842
Ασφάλεια των νοσηλευτών	0,893
Συνδικαλισμός εντός νοσοκομείου και σωματεία νοσηλευτών	0,798
Σύνολο	0,846

Έντυπο έγγραφης πληροφορημένης συναίνεσης

Το έντυπο αυτό αποσκοπεί στην ενημέρωση των εργαζομένων για τους σκοπούς της μελέτης. Με το συγκεκριμένο έντυπο διασφαλίζεται η έγγραφη συναίνεση των νοσηλευτών για τη συμμετοχή τους στη μελέτη με τη χρήση των παραπάνω ερωτηματολογίων.

Ηθικά θέματα

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης κατατέθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο προς έγκριση στην επιστημονική επιτροπή του υπό μελέτη νοσοκομείου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με σεβασμό προς τους εργαζομένους και με εμπιστευτικότητα των συγκεντρωμένων στοιχείων, διατηρώντας το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων. Όλες οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν είναι σε συμφωνία με τα ηθικά δεδομένα ως προς την πραγματοποίηση πειραμάτων σε ανθρώπους της διακήρυξης του Ελσίνκι.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 21) statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL).

Το πρώτο μέρος της ανάλυσης περιλάμβανε τα περιγραφικά αποτελέσματα όπου υπολογίστηκαν τα ποσοστά σε κάθε κατηγορία που αντιστοιχούσαν σε ποιοτική μεταβλητή. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε το ποσοστό αντρών και γυναικών, το ποσοστό κάθε κατηγορίας της οικογενειακής κατάστασης, το ποσοστό της εκπαίδευσης, το ποσοστό των ετών υπηρεσίας, το ποσοστό του τμήματος που εργάζονται, το ποσοστό της ηλικίας, το ποσοστό της ύπαρξης τέκνων, το ποσοστό της σχέσης εργασίας και το ποσοστό κάθε δοθείσας απάντησης στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων. Επίσης υπολογίστηκαν οι μέσοι και οι τυπικές αποκλίσεις για τα χαρακτηριστικά εκείνα που αντιστοιχούσαν σε ποσοτικές μεταβλητές (mean±standard deviation), όπως είναι το αριθμητικό σύνολο των απαντήσεων του ερωτηματολογίου που δόθηκαν σε κάθε ερώτηση.

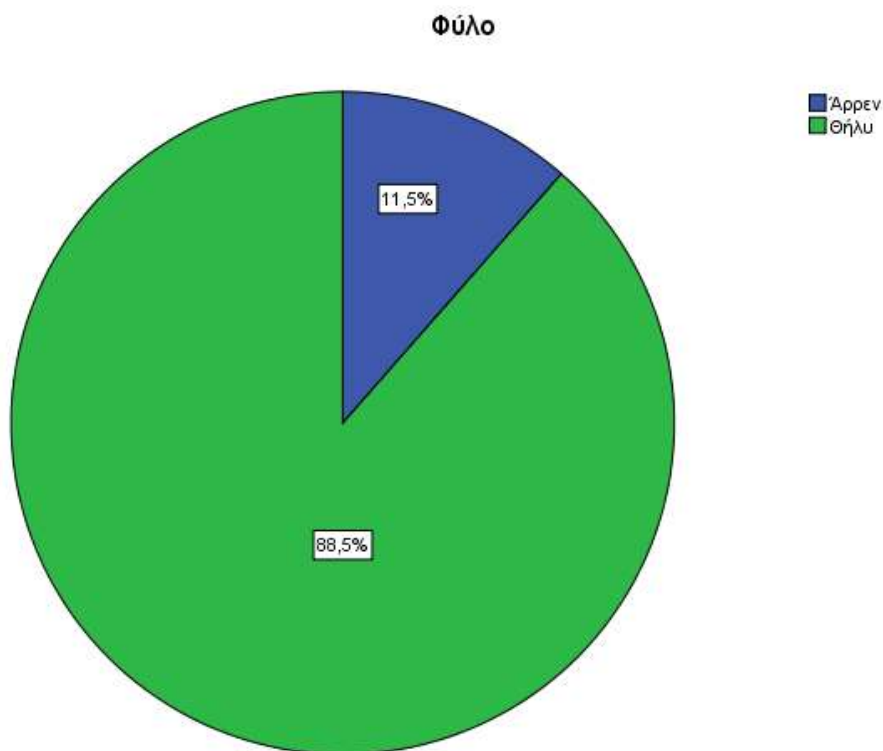
Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης περιλάμβανε τα αποτελέσματα των απλών συσχετίσεων (διμεταβλητή ανάλυση). Ως παράδειγμα αναφέρεται η συσχέτιση της σχέσης με τον προϊστάμενο μεταξύ των δύο φύλων. Μεταξύ δύο μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή έγινε t-test, ενώ αν δύο συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν Man Whitney test. Όταν επρόκειτο να συγκριθούν περισσότερες από δύο μεταβλητές, εάν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν ANOVA ανάλυση και εάν οι συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν έλεγχος Kruskal Wallis. Σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, το επίπεδο σημαντικότητας (P) ορίστηκε στο 0.05. Έτσι όλες οι

τιμές που ήταν μικρότερες ή ίσες με 0.05 ($p \leq 0.05$) θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.
Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν 11 (11,5%) άνδρες και 85 (88,5%) γυναίκες (Διάγραμμα 7.1).



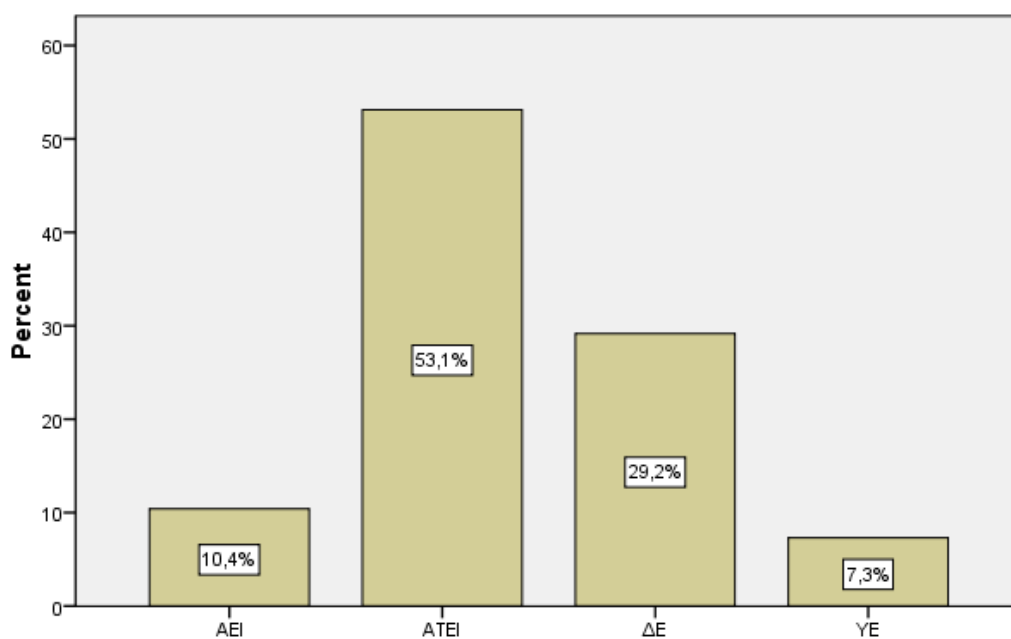
Διάγραμμα 7.1

Ποσοστιαία αναλογία φύλου συμμετεχόντων.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 10 (10,4%) ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 51 (53,1%) τεχνολογικής εκπαίδευσης, 28 (29,2%) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 7 (7,3%) υποχρεωτικής εκπαίδευσης (Διάγραμμα 7.2). Επίσης, 17,7% των συμμετεχόντων δεν είχαν περαιτέρω σπουδές, ενώ 8 (8,3%) είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης, 5 (5,2%) διδακτορικό τίτλο σπουδών και 4 (4,2%) είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο e-learning (Διάγραμμα 7.3).

Αναφορικά με τα έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων, 24 (25,3%) άτομα είχαν προϋπηρεσία λιγότερα από 10 έτη, 42 (44,2%) είχαν 10-20 έτη και 29 (30,5%) είχαν περισσότερα από 20 έτη (Διάγραμμα 7.4).

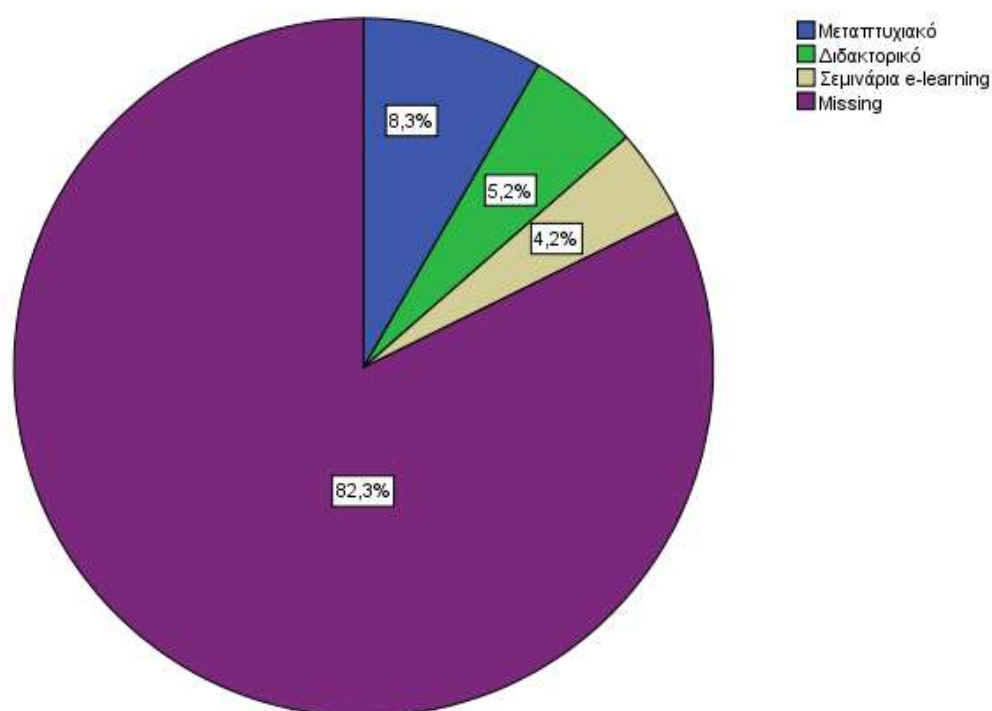
Εκπαίδευση



Διάγραμμα 7.2

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με την εκπαίδευσή τους.

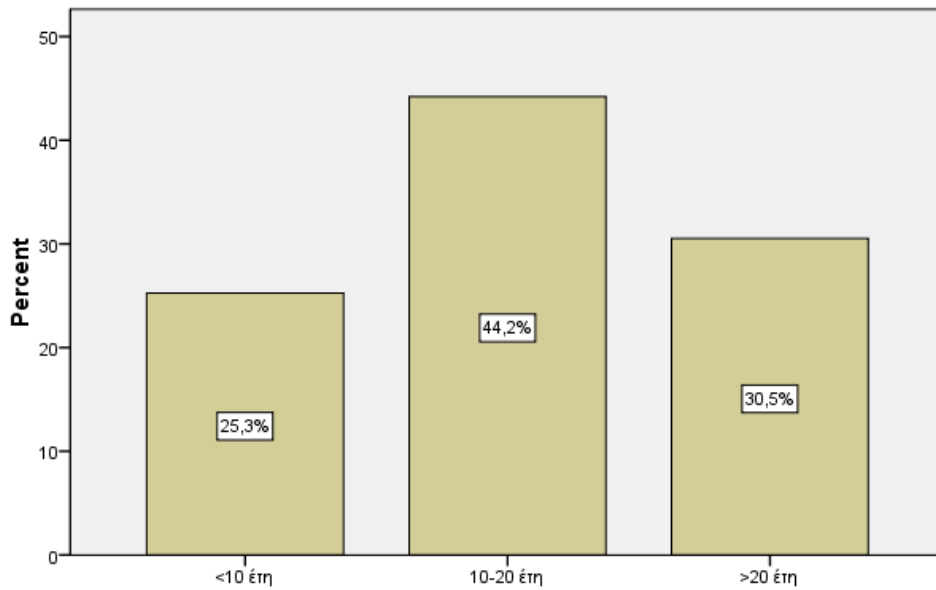
Λοιπές Σπουδές



Διάγραμμα 7.3

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

Προϋπηρεσία

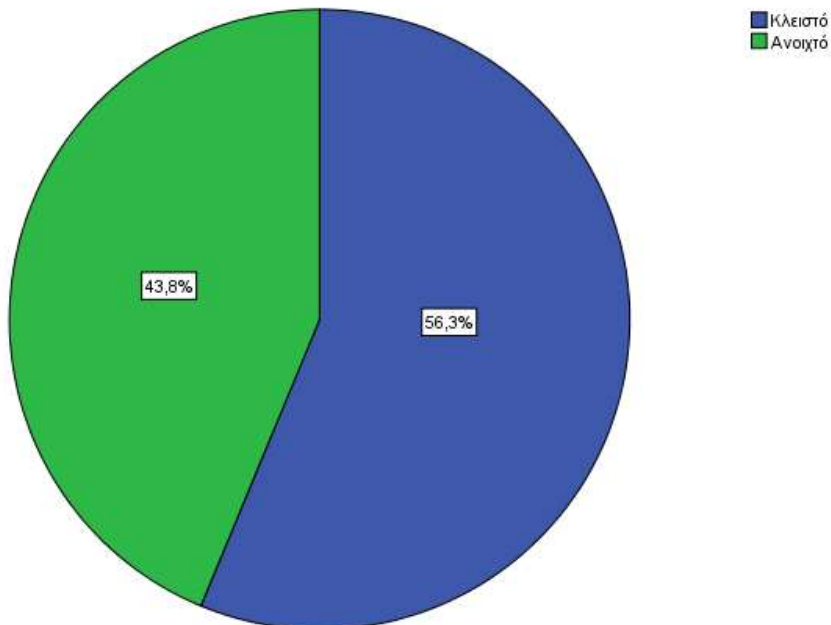


Διάγραμμα 7.4

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά έτη υπηρεσίας.

Συνολικά, 54 (56,3%) ερωτηθέντες εργάζονταν σε κλειστό τμήμα και 42 (43,8%) σε ανοιχτό (Διάγραμμα 7.5).

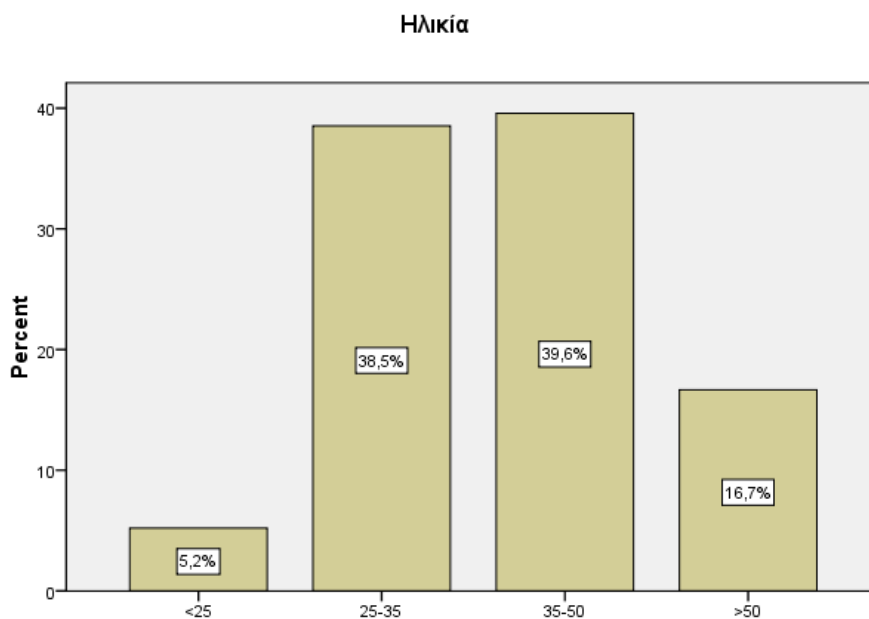
Τμήμα Εργασίας



Διάγραμμα 7.5

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά είδος τμήματος εργασίας

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 5 (5,2%) ήταν ηλικίας μικρότερης των 25 ετών, 37 (38,5%) ήταν ηλικία 25-35 έτη, 38 (39,6%) είχαν ηλικία 35-50 έτη και 16 (16,7%) άτομα είχαν ηλικία μεγαλύτερη από 50 έτη (Διάγραμμα 7.6).



Διάγραμμα 7.6

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά ηλικιακή ομάδα.

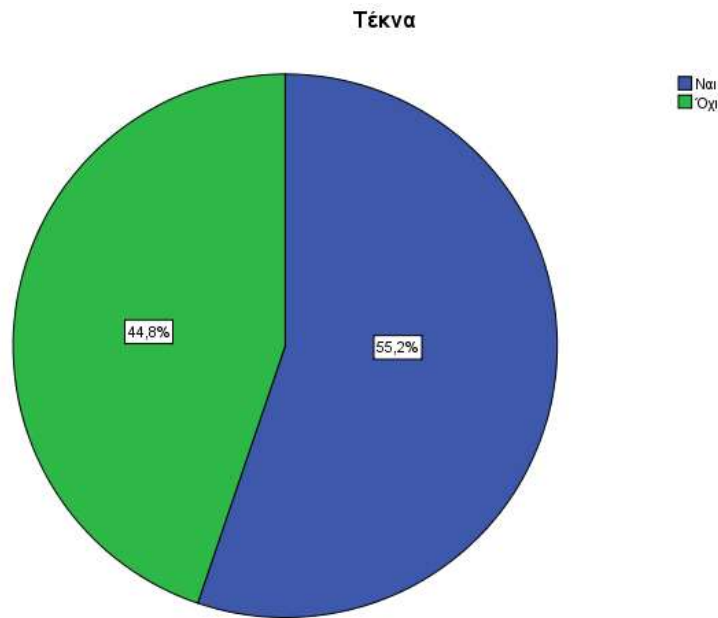
Επίσης, 65 (67,7%) ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι και 31 (32,3%) άγαμοι (Διάγραμμα 7.7).



Διάγραμμα 7.7

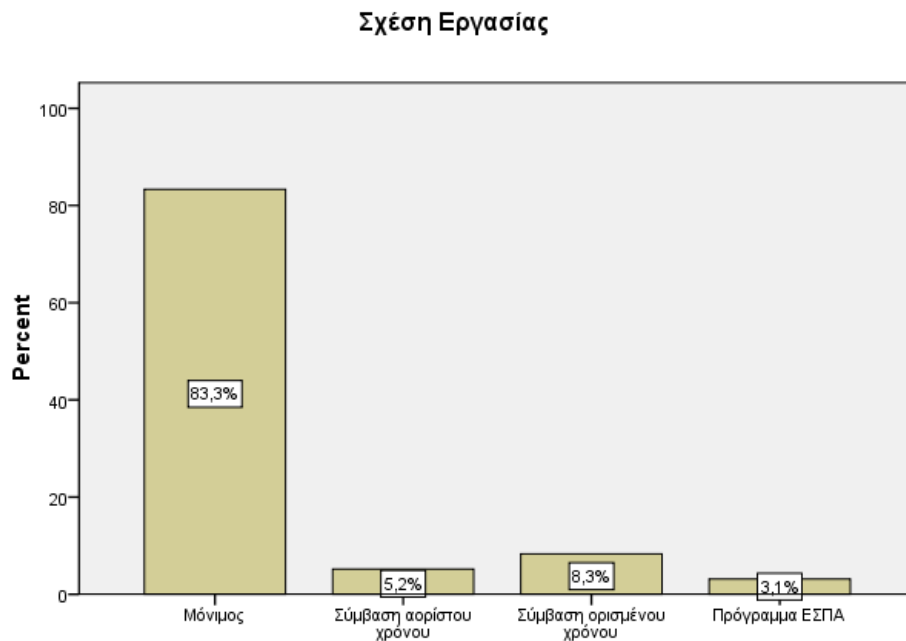
Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανά οικογενειακή κατάσταση.

Συνολικά, 53 (55,2%) ερωτηθέντες είχαν τέκνα (Διάγραμμα 7.8). Ακόμη, οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν μόνιμοι υπάλληλοι (80%), 8 (8,3%) ήταν με σύμβαση ορισμένου χρόνου, 5 (5,2%) με σύμβαση αορίστου χρόνου και 3 (3,1%) με προγράμματα ΕΣΠΑ (Διάγραμμα 7.9).



Διάγραμμα 7.8

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με τα τέκνα.



Διάγραμμα 7.9

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με τη σχέση εργασίας.

Συγκεντρωτικά τα προσωπικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 7.1.

Πίνακας 7.1

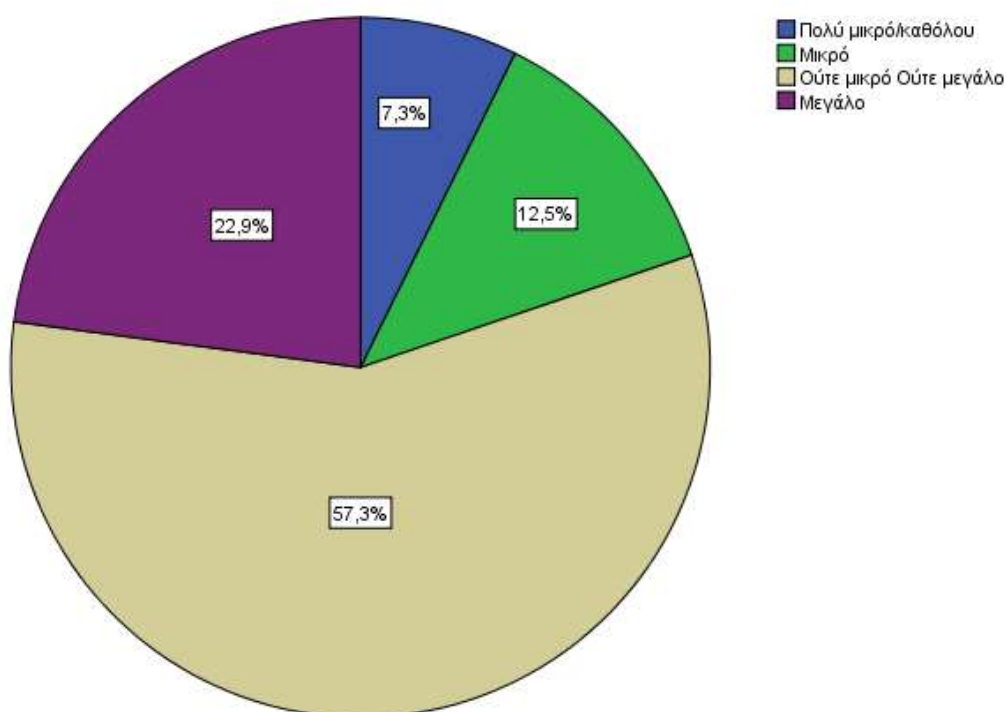
Προσωπικά στοιχεία ερωτηθέντων.

Μεταβλητή	n (%)
Φύλο	
Άνδρες	11 (11,5%)
Γυναίκες	85 (88,5%)
Εκπαίδευση	
ΑΕΙ	10 (10,4%)
ΑΤΕΙ	51 (53,1%)
ΔΕ	28 (29,2%)
ΥΕ	7 (7,3%)
Επιπλέον Σπουδές	
Μεταπτυχιακό	8 (8,3%)
Διδακτορικό	5 (5,2%)
Σεμινάρια e-learning	4 (4,2%)
Έτη Υπηρεσίας	
<10 έτη	24 (25%)
10-20 έτη	42 (43,8%)
>20 έτη	29 (30,2%)
Τμήμα Εργασίας	
Κλειστό	54 (56,3%)
Ανοιχτό	42 (43,8%)
Ηλικία	
<25 έτη	5 (5,2%)
25-35 έτη	37 (38,5%)
35-50 έτη	38 (39,6%)
>50 έτη	16 (16,7%)
Οικογενειακή Κατάσταση	
Έγγαμος	65 (67,7%)
Άγαμος	31 (32,3%)
Τέκνα	53 (55,2%)
Όχι Τέκνα	43 (44,8%)
Σχέση Εργασίας	
Μόνιμος	80 (83,3%)
Σύμβαση αορίστου χρόνου	5 (5,2%)
Σύμβαση ορισμένου χρόνου	8 (8,3%)
Πρόγραμμα ΕΣΠΑ	3 (3,1%)

Αντικείμενο Εργασίας

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, 55 (57,3%) θεωρούν πως το αντικείμενο εργασίας τους δεν έχει ούτε μικρό ούτε μεγάλο ενδιαφέρον για εκείνους, ενώ 22 (22,9%) θεωρούν ότι έχει μεγάλο ενδιαφέρον, 12 (12,5%) μικρό και 7 (7,3%) πολύ μικρό ή καθόλου ενδιαφέρον (Διάγραμμα 7.10). Επιπλέον, 55 (57,3%) άτομα είναι ικανοποιημένοι από το αντικείμενο εργασίας ούτε σε μικρό ούτε σε μεγάλο βαθμό, 18 (18,8%) σε μεγάλο βαθμό, 18 (18,8%) σε μικρό βαθμό και 5 (5,2%) σε πολύ μικρό βαθμό ή καθόλου (Διάγραμμα 7.11).

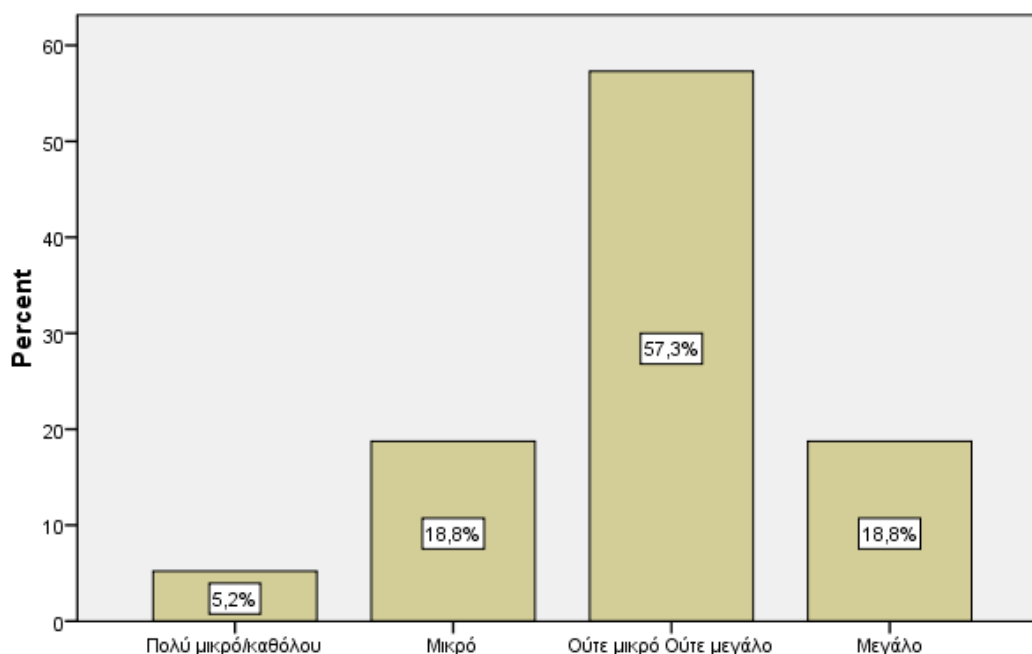
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι το αντικείμενο εργασίας σας έχει ενδιαφέρον για εσάς;



Διάγραμμα 7.10

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με το βαθμό που θεωρούν ότι το αντικείμενο εργασίας τους έχει ενδιαφέρον για εκείνους.

Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι από το αντικείμενο εργασίας σας;



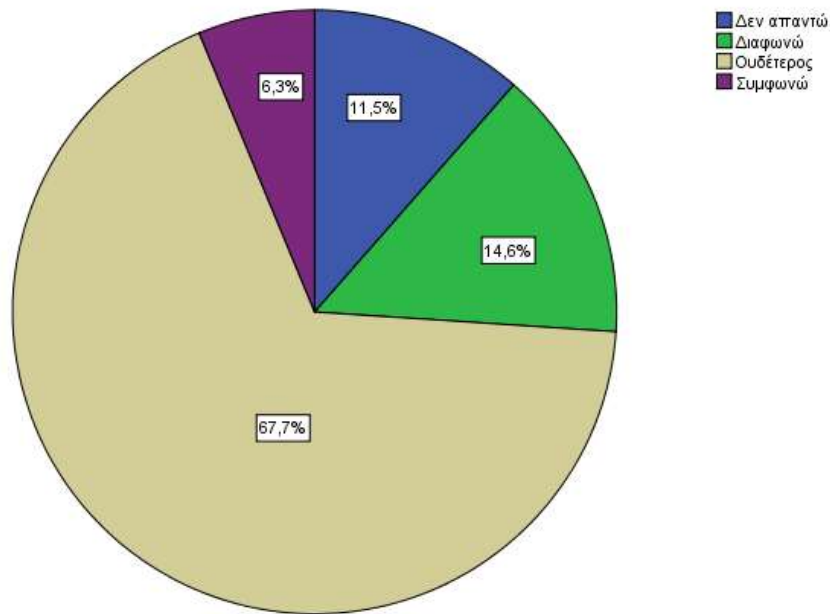
Διάγραμμα 7.11

Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων ανάλογα με το βαθμό που θεωρούν ότι είναι ικανοποιημένοι από το αντικείμενο εργασίας τους.

Φήμη του Νοσοκομείου

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δήλωσαν ουδέτεροι στην ερώτηση αν είναι περήφανοι για τη φήμη του νοσοκομείου που εργάζονται (65, 67,7%), ενώ 14 (14,6%) διαφώνησαν με την πρόταση, 11 (11,5%) δεν απάντησαν και 6 (6,3%) συμφώνησαν (Διάγραμμα 7.12). Ακόμη, 56 (58,3%) ερωτηθέντες ανέφεραν ότι ήταν ουδέτεροι με την άποψη τρίτων προσώπων για τη φήμη του νοσοκομείου, 30 (31,3%) συμφώνησαν, 7 (7,3%) διαφώνησαν και 3 (3,1%) δεν απάντησαν (Διάγραμμα 7.13).

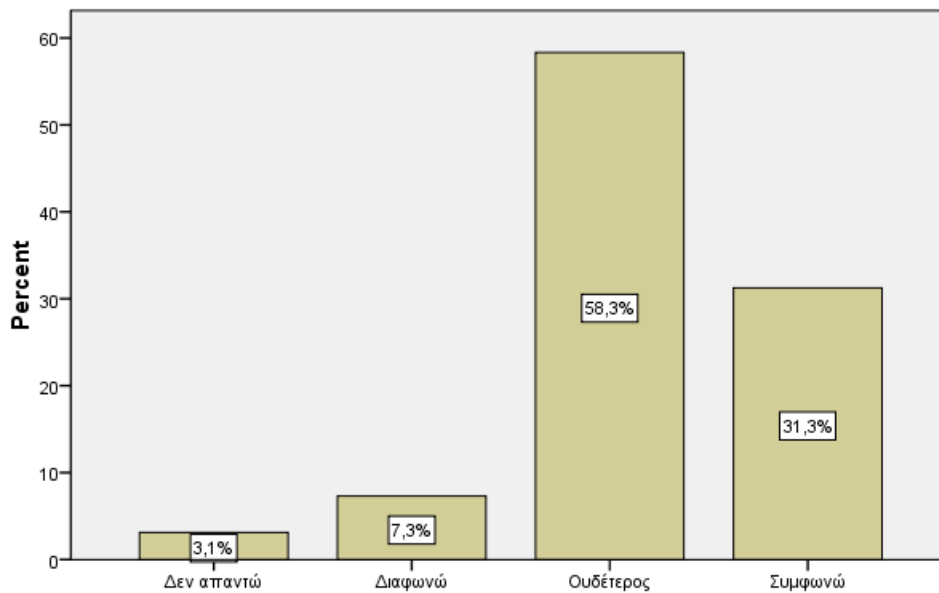
Είμαι περήφανος για τη φήμη του νοσοκομείου



Διάγραμμα 7.12

Ποσοστιαίες απαντήσεις στην ερώτηση: «Είμαι περήφανος για τη φήμη του νοσοκομείου»

Με ενδιαφέρει η άποψη τρίτων προσώπων για τη φήμη του νοσοκομείου



Διάγραμμα 7.13

Ποσοστιαίες απαντήσεις: «Με ενδιαφέρει η άποψη τρίτων προσώπων για τη φήμη του νοσοκομείου»

Σχέση με τον προϊστάμενο

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες συμφώνησαν με τις προτάσεις ότι ο άμεσα προϊστάμενός μου, μου φέρεται με σεβασμό (3,5±0,7), ο άμεσα προϊστάμενός μου σέβεται και εκτελεί όταν μπορεί τις επιθυμίες μου στο μηνιαίο πρόγραμμα (3,8±0,5) και ο άμεσα προϊστάμενός μου με επικρίνει για τα λάθη μου (3,5±0,6).

Ακόμη οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι ουδέτεροι για τις προτάσεις: υπάρχουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τον άμεσα προϊστάμενό μου (2,9±0,6), ο άμεσα προϊστάμενός μου ενδιαφέρεται αν νιώθω καλά στο χώρο εργασίας μου (2,9±0,5), ο άμεσα προϊστάμενός μου δείχνει ενδιαφέρον για προσωπικά μου θέματα (3,1±0,6), ο άμεσα προϊστάμενός μου κρατάει ισορροπίες ανάμεσα σε όλο το προσωπικό (3,2±0,6), ο άμεσα προϊστάμενός μου επικοινωνεί ξεκάθαρα τους στόχους στο τμήμα (2,9±0,4), ο άμεσα προϊστάμενός μου θέτει στόχους στο προσωπικό και επιβραβεύει στην υλοποίησή τους (2,8±0,5), ο άμεσα προϊστάμενός μου αναλαμβάνει προσωπικά την αποτυχία του τμήματος στον ανώτερό του (3,1±0,6) και λαμβάνω έγκυρο και εποικοδομητικό σχολιασμό από τον προϊστάμενό μου όσον αφορά την επίδοσή μου (2,9±0,4). Στον πίνακα 7.2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στις ερωτήσεις που αφορούν τις σχέσεις τους με τον προϊστάμενο.

Πίνακας 7.2

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με τον προϊστάμενό τους.

Ερώτηση	Δεν Απαντώ	Διαφωνώ	Ουδέτερος	Συμφωνώ	Μέσος
Υπάρχουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τον άμεσα προϊστάμενό μου	2 (2,1%)	15 (15,6%)	62 (64,6%)	17 (17,7%)	2,9±0,6
Ο άμεσα προϊστάμενός μου ενδιαφέρεται αν νιώθω καλά στο χώρο εργασίας μου	1 (1%)	11 (11,5%)	78 (81,3%)	6 (6,3%)	2,9±0,5
Ο άμεσα προϊστάμενός μου δείχνει ενδιαφέρον για προσωπικά μου θέματα	-	13 (13,5%)	62 (64,6%)	20 (20,8%)	3,1±0,6
Ο άμεσα προϊστάμενός μου, μου φέρεται με σεβασμό	2 (2,1%)	3 (3,1%)	39 (40,6%)	52 (54,2%)	3,5±0,7
Ο άμεσα προϊστάμενός μου σέβεται και εκτελεί όταν μπορεί τις επιθυμίες μου στο μηνιαίο πρόγραμμα	-	2 (2,1%)	20 (20,8%)	74 (77,1%)	3,8±0,5

Ερώτηση	Δεν Απαντώ	Διαφωνώ	Ουδέτερος	Συμφωνώ	Μέσος
Ο άμεσα προϊστάμενός μου με επικρίνει για τα λάθη μου	2 (2,1%)	2 (2,1%)	36 (37,5%)	56 (58,3%)	3,5±0,6
Ο άμεσα προϊστάμενός μου κρατάει ισορροπίες ανάμεσα σε όλο το προσωπικό	1 (1%)	4 (4,2%)	63 (65,6%)	28 (29,2%)	3,2±0,6
Ο άμεσα προϊστάμενός μου επικοινωνεί ξεκάθαρα τους στόχους στο τμήμα	1 (1%)	4 (4,2%)	86 (89,6%)	5 (5,2%)	2,9±0,4
Ο άμεσα προϊστάμενός μου θέτει στόχους στο προσωπικό και επιβραβεύει στην υλοποίησή τους	1 (1%)	18 (18,8%)	73 (76%)	4 (4,2%)	2,8±0,5
Ο άμεσα προϊστάμενός μου αναλαμβάνει προσωπικά την αποτυχία του τμήματος στον ανώτερό του	2 (2,1%)	6 (6,3%)	69 (71,9%)	19 (19,8%)	3,1±0,6
Λαμβάνω έγκυρο και εποικοδομητικό σχολιασμό από τον προϊστάμενό μου όσον αφορά την επίδοσή μου	2 (2,1%)	6 (6,3%)	84 (87,5%)	4 (4,2%)	2,9±0,4

Προφίλ Προϊσταμένου

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν σε μεγάλο βαθμό ότι ο προϊστάμενός τους είναι διαλλακτικός (2,7±1,1) και σε μικρό βαθμό ότι είναι αυστηρός (2,3±0,9). Ακόμη, απάντησαν ότι ο προϊστάμενός τους είναι σε πολύ μικρό βαθμό ή/και καθόλου πειστικός (1,8±0,9) και απαιτητικός (1,9±0,9), ενώ είναι ούτε σε μικρό αλλά ούτε και σε μεγάλο βαθμό ευγενικός (3,2±0,6), δίκαιος (3,1±0,5) και δάσκαλος/Μέντορας (2,6±0,6). Τα αποτελέσματα για το προφίλ του προϊσταμένου παρουσιάζονται στον πίνακα 7.3.

Πίνακας 7.3

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με το προφίλ του προϊστάμενού τους.

Τι θεωρείτε ότι αντιπροσωπεύει τον άμεσα προϊστάμενό σας;	Πολύ μικρό/Καθόλου	Μικρό	Ούτε Μικρό Ούτε Μεγάλο	Μεγάλο	Μέσος
Αυστηρός	22 (22,9%)	34 (35,4%)	31 (32,3%)	9 (9,4%)	2,3±0,9
Πιεστικός	49 (51%)	26 (27,1%)	16 (16,7%)	5 (5,2%)	1,8±0,9
Απαιτητικός	37 (38,5%)	31 (32,3%)	24 (25%)	4 (4,2%)	1,9±0,9
Διαλλακτικός	19 (19,8%)	22 (22,9%)	24 (25%)	31 (32,3%)	2,7±1,1
Ευγενικός	1 (1%)	7 (7,3%)	58 (60,4%)	30 (31,3%)	3,2±0,6
Δίκαιος	2 (2,1%)	4 (4,2%)	76 (79,2%)	14 (14,6%)	3,1±0,5
Δάσκαλος/Μέντορας	4 (4,2%)	32 (33,3%)	57 (59,4%)	3 (3,1%)	2,6±0,6

Σχέσεις με συναδέλφους

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν σε μεγάλο βαθμό ότι θεωρούν άδικο και παράλογο τους εκατοντάδες νοσηλευτές που εργάζονται σε διοικητικές θέσεις άλλων υπηρεσιών υγείας χωρίς να εξασκούν αυτό για το οποίο τους προόριζε η εκπαίδευσή τους στη σχολή που σπούδαζαν (3,8±0,4) και ότι αν γίνει το ίδιο στην Ελλάδα με το σύλλογο των ΔΕ στη Γερμανία και στην Κύπρο που δικαίωσε την αναβάθμιση του πτυχίου των ΔΕ ισότιμο των ΤΕ στο Ευρωπαϊκό δικαστήριο, τότε θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τις εργασιακές τους σχέσεις (3,9±0,3). Επίσης, ανέφεραν πως υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με συναδέλφους του τμήματός τους ούτε σε μικρό ούτε σε μεγάλο βαθμό (2,9±0,6). Επίσης, υποστήριξαν ότι υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με συναδέλφους διαφορετικών νοσηλευτικών τμημάτων και με το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου σε μικρό βαθμό (2,4±0,7 και 2,4±0,6, αντίστοιχα) και μένουν πιστοί στο καθηκοντολόγιο που ορίζει ο προϊστάμενός τους (2,5±0,5). Επιπλέον, οι ερωτηθέντες απάντησαν πως ούτε σε μεγάλο ούτε σε μικρό βαθμό υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό (2,8±0,6) και ότι έχουν αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους (2,2±0,7). Τα αποτελέσματα για τις σχέσεις με τους συναδέλφους τους παρουσιάζονται στον πίνακα 7.4.

Πίνακας 7.4

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με τις σχέσεις με τους συναδέλφους τους.

Ερώτηση	Πολύ μικρό/Καθόλου	Μικρό	Ούτε Μικρό Ούτε Μεγάλο	Μεγάλο	Μέσος
Υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με συναδέλφους του τμήματός μου	1 (1%)	19 (19,8%)	66 (68,8%)	10 (10,4%)	2,9±0,6
Υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με συναδέλφους διαφορετικών νοσηλευτικών τμημάτων	10 (10,4%)	43 (44,8%)	38 (39,6%)	5 (5,2%)	2,4±0,7
Υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό	-	25 (26%)	62 (64,6%)	9 (9,4%)	2,8±0,6
Υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου	3 (3,1%)	51 (53,1%)	39 (40,6%)	3 (3,1%)	2,4±0,6
Έχω αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους	18 (18,8%)	46 (47,9%)	30 (31,3%)	2 (2,1%)	2,2±0,7
Μένω πιστός στο καθηκοντολόγιο που ορίζει ο προϊστάμενός μου	-	51 (53,1%)	43 (44,8%)	2 (2,1%)	2,5±0,5
Θεωρώ άδικο και παράλογο να εργάζονται σε διοικητικές θέσεις άλλων υπηρεσιών υγείας νοσηλευτές χωρίς να εξασκούν αυτό για το οποίο τους προόριζε η εκπαίδευσή τους στη σχολή που σπούδαζαν	-	-	16 (16,7%)	80 (83,3%)	3,8±0,4
Ο σύλλογος των Διετούς Εκπαίδευσης στη Γερμανία και στην Κύπρο δικαίωσε την αναβάθμιση του πτυχίου των ΔΕ ισότιμο των ΤΕ στο Ευρωπαϊκό δικαστήριο. Αν γίνει το ίδιο στην Ελλάδα σε ποιο βαθμό θα επηρεάσει τις εργασιακές σας σχέσεις;	-	-	13 (13,5%)	83 (86,5%)	3,9±0,3

Ανάπτυξη δεξιοτήτων και προσωπικότητας των εργαζομένων στα πλαίσια της εργασίας

Οι ερωτηθέντες απάντησαν πως έχουν σε μεγάλο βαθμό τον πλήρη έλεγχο ως προς την εκτέλεση των καθηκόντων τους (3,9±0,3). Επίσης, οι ερωτηθέντες ανέφεραν σε μικρό βαθμό ότι υπάρχουν δυνατότητες εξέλιξης μέσα στο νοσοκομείο (1,9±0,5), ενώ απάντησαν πως ούτε σε μικρό ούτε σε μεγάλο βαθμό είναι δυνατή η ανάληψη πρωτοβουλιών όσον αφορά το επάγγελμά τους (3,2±0,5), υπάρχει ενεργός συμμετοχή εκ μέρους τους στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την εργασία τους (3,2±0,5) και ότι μέσω της εργασίας τους ικανοποιούνται οι προσωπικές φιλοδοξίες τους (2,6±0,7). Τα αποτελέσματα για ανάπτυξη δεξιοτήτων και προσωπικότητας των εργαζομένων στα πλαίσια της εργασίας τους παρουσιάζονται στον πίνακα 7.5.

Πίνακας 7.5

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με την ανάπτυξη δεξιοτήτων και προσωπικότητας των εργαζομένων στα πλαίσια της εργασίας τους.

Ερώτηση	Πολύ μικρό/Καθόλου	Μικρό	Ούτε Μικρό Ούτε Μεγάλο	Μεγάλο	Μέσος
Είναι δυνατή η ανάληψη πρωτοβουλιών όσον αφορά το επάγγελμά μου	-	3 (3,1%)	67 (69,8%)	26 (27,1%)	3,2±0,5
Υπάρχει ενεργός συμμετοχή εκ μέρους μου στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την εργασία μου	-	3 (3,1%)	67 (69,8%)	26 (27,1%)	3,2±0,5
Έχω τον πλήρη έλεγχο ως προς την εκτέλεση των καθηκόντων μου	-	-	8 (8,3%)	88 (91,7%)	3,9±0,3
Μέσω της εργασίας μου ικανοποιούνται προσωπικές φιλοδοξίες μου	3 (3,2%)	40 (43%)	43 (46,2%)	7 (7,5%)	2,6±0,7
Υπάρχουν δυνατότητες εξέλιξης μέσα στο νοσοκομείο	16 (16,7%)	71 (74%)	9 (9,4%)	-	1,9±0,5

Αμοιβές

Οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι σε μικρό βαθμό ή/και καθόλου είναι ικανοποιημένοι από τις οικονομικές απολαβές σε σχέση με την εργασία τους (1,1±0,3) και ότι το σύστημα αξιολόγησης τους δημιουργεί άγχος (1,7±0,8). Επίσης, ανέφεραν σε μεγάλο βαθμό ότι είναι καταδικαστέα η μισθολογική μείωση των ΔΕ προς όφελος των ΤΕ και ΠΕ όπως υποστηρίζει το σωματείο των ΔΕ (3,9±0,2) και ότι είναι άδικη η απόφαση ότι το 15% θα κριθούν ανεπαρκείς υπάλληλοι σύμφωνα με την αξιολόγηση του Ν.4250/2014 (3,9±0,3). Ακόμη, οι ερωτηθέντες υποστήριξαν σε μικρό βαθμό ότι το σύστημα αξιολόγησης είναι δίκαιο και διεξάγεται με τα σωστά κριτήρια (2,1±0,6), ότι υπάρχουν ίσες ευκαιρίες εξέλιξης για όλους τους νοσηλευτές (2,4±0,6) και ότι η αξιολόγηση περιορίζει την εργασιακή τους αποτελεσματικότητα (1,6±0,5). Τα αποτελέσματα για τις αμοιβές παρουσιάζονται στον πίνακα 7.6.

Πίνακας 7.6

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με τις αμοιβές.

Ερώτηση	Πολύ μικρό/Καθόλου	Μικρό	Ούτε Μικρό Ούτε Μεγάλο	Μεγάλο	Μέσος
Είμαι ικανοποιημένος από τις οικονομικές απολαβές σε σχέση με την εργασία μου	87 (90,6%)	9 (9,4%)	-	-	1,1±0,3
Το σύστημα αξιολόγησης είναι δίκαιο και διεξάγεται με τα σωστά κριτήρια	10 (10,4%)	63 (65,6%)	23 (24%)	-	2,1±0,6
Υπάρχουν ίσες ευκαιρίες εξέλιξης για όλους τους νοσηλευτές	4 (4,2%)	48 (50%)	4 (45,8%)	-	2,4±0,6
Το σύστημα αξιολόγησης μου δημιουργεί άγχος	49 (51%)	31 (32,3%)	16 (16,7%)	-	1,7±0,8
Η αξιολόγηση περιορίζει την εργασιακή μου αποτελεσματικότητα	44 (45,8%)	51 (53,1%)	1 (1%)	-	1,6±0,5
Η μισθολογική μείωση των ΔΕ προς όφελος των ΤΕ και ΠΕ όπως υποστηρίζει το σωματείο των ΔΕ, σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι είναι καταδικαστέα;	-	-	6 (6,3%)	90 (93,7%)	3,9±0,2

Ερώτηση	Πολύ μικρό/Καθόλου	Μικρό	Ούτε Μικρό Ούτε Μεγάλο	Μεγάλο	Μέσος
Με την αξιολόγηση του Ν.4250/2014, 4281/2014 το πολύπαθο νοσηλευτικό προσωπικό θα υποστεί την υποχρεωτική ποσοστιαία κατάταξη σε βαθμούς. Το 15% θα κριθούν ανεπαρκείς υπάλληλοι. Σε ποιο βαθμό κρίνετε άδικη την απόφαση αυτή;	-	-	8 (8,3%)	88 (91,7%)	3,9±0,3

Συνθήκες χώρου εργασίας

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι από το φυσικό περιβάλλον εργασίας τους σε πολύ μικρό ή/και καθόλου βαθμό (1,1±0,3). Ακόμη θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι δεν έχει γίνει σωστή κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο (3,6±0,6), ενώ όλοι ανέφεραν ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο (4±0). Τα αποτελέσματα για τις συνθήκες χώρου εργασίας παρουσιάζονται στον πίνακα 7.7.

Πίνακας 7.7

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με τις συνθήκες χώρου εργασίας.

Ερώτηση	Πολύ μικρό/Καθόλου	Μικρό	Ούτε Μικρό Ούτε Μεγάλο	Μεγάλο	Μέσος
Είστε ικανοποιημένος από το φυσικό περιβάλλον εργασίας σας;	84 (87,5%)	12 (12,5%)	-	-	1,1±0,3
Θεωρώ ότι δεν έχει γίνει σωστή κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο	-	4 (4,2%)	30 (31,3%)	63 (64,6%)	3,6±0,6
Υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο	-	-	-	96 (100)	4±0

Ωράριο εργασίας

Οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι είναι ουδέτεροι στις ερωτήσεις «Είμαι ικανοποιημένος από το ωράριο εργασίας μου» ($3,1\pm 0,7$) και «Θεωρώ ότι υπάρχει ευελιξία ως προς το ωράριο εργασίας μου» ($2,7\pm 0,5$), ενώ διαφώνησαν ότι κάνουν υπερωρίες λόγω φόρτου εργασίας ($2,1\pm 0,3$) και ότι κάνουν ελάχιστες έως καθόλου ($1,1\pm 0,3$). Τα αποτελέσματα για το ωράριο εργασίας παρουσιάζονται στον πίνακα 7.8.

Πίνακας 7.8

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με το ωράριο εργασίας.

Ερώτηση	Δεν απαντώ	Διαφωνώ	Ουδέτερος	Συμφωνώ	Μέσος
Είμαι ικανοποιημένος από το ωράριο εργασίας μου	-	21 (21,9%)	51 (53,1%)	24 (25%)	$3,1\pm 0,7$
Θεωρώ ότι υπάρχει ευελιξία ως προς το ωράριο εργασίας μου	-	27 (28,1%)	67 (69,8%)	2 (2,1%)	$2,7\pm 0,5$
Κάνετε υπερωρίες λόγω φόρτου εργασίας	-	89 (92,7%)	7 (7,3%)	-	$2,1\pm 0,3$
Πόσο συχνά κάνετε υπερωρίες;	89 (92,7%)	7 (7,3%)	-	-	$1,1\pm 0,3$

Εκπαίδευση

Οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι σπάνια υπάρχει εκπαίδευση νοσηλευτών σε καινούργια πράγματα που αφορούν τον τομέα τους ($2,2\pm 0,4$) και είναι σπάνια ικανοποιημένοι από το σύστημα εκπαίδευσης του νοσοκομείου ($1,7\pm 0,5$). Επίσης, ανέφεραν ότι ελάχιστα έως καθόλου η εκπαίδευση που τους παρέχεται, αναπτύσσει τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους ($1,3\pm 0,5$) και ότι η εκπαίδευση που τους παρέχεται αποτελεί παράγοντα για ανέλιξη (1 ± 0). Ακόμη, δήλωσαν ότι τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, συνέδρια, ημερίδες ανταποκρίνονται συχνά στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του σύγχρονου νοσηλευτή ($2,8\pm 0,4$). Τα αποτελέσματα για την εκπαίδευση παρουσιάζονται στον πίνακα 7.9.

Πίνακας 7.9

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με την εκπαίδευση.

Ερώτηση	Ελάχιστα έως καθόλου	Σπάνια	Συχνά	Μέσος
Υπάρχει εκπαίδευση νοσηλευτών σε καινούργια πράγματα που αφορούν τον τομέα σας;	-	77 (80,2%)	19 (19,8%)	2,2±0,4
Είμαι ικανοποιημένος από το σύστημα εκπαίδευσης του νοσοκομείου	32 (33,3%)	61 (63,5%)	3 (3,1%)	1,7±0,5
Η εκπαίδευση που μου παρέχεται, αναπτύσσει τις γνώσεις και τις δεξιότητές μου	72 (75%)	21 (21,9%)	3 (3,1%)	1,3±0,5
Η εκπαίδευση που μου παρέχεται αποτελεί παράγοντα για ανέλιξη	96 (100%)	-	-	1±0
Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, συνέδρια, ημερίδες ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του σύγχρονου νοσηλευτή	-	22 (22,9%)	74 (77,1%)	2,8±0,4

Ασφάλεια

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι σε πολύ μικρό βαθμό ή/και καθόλου νιώθουν ασφαλείς στο νοσοκομείο δεδομένης της οικονομικής κρίσης και των νέων εργασιακών νομοθετικών μέτρων (1,2±0,4), ότι κάνουν και άλλη εργασία λόγω οικονομικής στενότητας (1,7±0,7) και ότι πολλές φορές νιώθουν να αδιαφορούν εν ώρα εργασίας (εσκεμμένα) λόγω των χαμηλών απολαβών (1,7±0,8). Επίσης, ανέφεραν ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει συχνά την απόδοσή τους (2,3±0,8). Τα αποτελέσματα για την ασφάλεια παρουσιάζονται στον πίνακα 7.10.

Πίνακας 7.10**Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με την ασφάλεια.**

Ερώτηση	Ελάχιστα έως καθόλου	Σπάνια	Συχνά	Μέσος
Σε ποιο βαθμό νιώθετε ασφαλείς στο νοσοκομείο δεδομένης της οικονομικής κρίσης και των νέων εργασιακών νομοθετικών μέτρων;	81 (84,4%)	15 (15,6%)	-	1,2±0,4
Επηρέασε η οικονομική κρίση την απόδοσή σας;	18 (18,8%)	29 (30,2%)	49 (51%)	2,3±0,8
Κάνετε και άλλη εργασία λόγω οικονομικής στενότητας;	42 (43,8%)	39 (40,6%)	15 (15,6%)	1,7±0,7
Νιώθετε πολλές φορές να αδιαφορείτε εν ώρα εργασίας σας (εσκεμμένα) λόγω των χαμηλών απολαβών;	50 (52,1%)	29 (30,2%)	17 (17,7%)	1,7±0,8

Συνδικαλισμός εντός νοσοκομείου και σωματεία Νοσηλευτών

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι συμμετέχουν στις συνδικαλιστικές διαδικασίες του σωματείου τους σε μικρό βαθμό ή/και καθόλου (1,4±0,6), ότι σε μικρό βαθμό ή/και καθόλου η συνδικαλιστική ηγεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εργαζομένων (1,4±0,5) και ότι σε μικρό βαθμό ή/και καθόλου η πολιτική παράταξη που ψηφίζουν στις εκλογές σχετίζεται με την συνδικαλιστική τους παράταξη (2,5±1,1). Επίσης, ανέφεραν ότι ο Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ) είναι χρήσιμη και αναγκαία ούτε σε μικρό ούτε σε μεγάλο βαθμό (3,4±2,1), ότι ούτε σε μικρό ούτε σε μεγάλο βαθμό ο σύλλογος των ΔΕ που ιδρύθηκε προσπαθεί πραγματικά για την αναβάθμιση του πτυχίου των ΔΕ σε ισότιμο των ΤΕ (3,2±0,8) και ότι ούτε σε μικρό ούτε σε μεγάλο βαθμό θεωρούν δίκαιη την παραπάνω προσπάθεια (2,2±0,9). Τα αποτελέσματα για το συνδικαλισμό εντός του νοσοκομείου και τα σωματεία των νοσηλευτών παρουσιάζονται στον πίνακα 7.11.

Πίνακας 7.11

Απαντήσεις ερωτηθέντων αναφορικά με το συνδικαλισμό εντός του νοσοκομείου και τα σωματεία των νοσηλευτών.

Ερώτηση	Πολύ μικρό/Καθόλου	Μικρό	Ούτε Μικρό Ούτε Μεγάλο	Μεγάλο	Μέσος
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι συμμετέχετε στις συνδικαλιστικές διαδικασίες του σωματείου σας;	67 (69,8%)	21 (21,9%)	8 (8,3%)	-	1,4±0,6
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η συνδικαλιστική ηγεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εργαζομένων;	61 (63,5%)	35 (36,5%)	-	-	1,4±0,5
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η πολιτική παράταξη που ψηφίζετε στις εκλογές σχετίζεται με την συνδικαλιστική σας παράταξη;	25 (26%)	24 (25%)	24 (25%)	23 (24%)	2,5±1,1
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι είναι χρήσιμη και αναγκαία η ΕΝΕ;	2 (2,1%)	15 (15,6%)	43 (44,8%)	35 (36,5%)	3,4±2,1
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι ο σύλλογος των ΔΕ που ιδρύθηκε προσπαθεί πραγματικά για την αναβάθμιση του πτυχίου των ΔΕ σε ισότιμο των ΤΕ;	4 (4,2%)	13 (13,5%)	41 (42,7%)	38 (39,6%)	3,2±0,8
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε δίκαιη την παραπάνω προσπάθεια;	30 (31,3%)	20 (20,8%)	46 (47,9%)	-	2,2±0,9

Συσχετίσεις

Φύλο

Οι γυναίκες ήταν σημαντικά περισσότερο πιθανό σε σχέση με τους άνδρες να έχουν διδακτορικό δίπλωμα ειδίκευσης και να έχουν κάνει σεμινάρια e-learning (2,1±0,9 έναντι 1,29±0,5, p<0,05), συμφωνούν σημαντικά περισσότερο ότι ο άμεσα προϊστάμενός τους θέτει στόχους στο προσωπικό και επιβραβεύει την υλοποίησή τους

(2,9±0,5 έναντι 2,6±0,7, $p<0,05$), θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου (2,5±0,6 έναντι 2,1±0,5, $p<0,05$) και ότι η ΕΝΕ είναι χρήσιμη και αναγκαία (3,2±0,7 έναντι 2,9±0,9, $p<0,05$). Οι άνδρες ήταν σημαντικά περισσότερο πιθανό σε σχέση με τις γυναίκες να θεωρούν ότι είναι ικανοποιημένοι σε μεγάλο βαθμό από τις οικονομικές τους απολαβές σε σχέση με την εργασία τους (1,3±0,5 έναντι 1,1±0,3, $p<0,05$). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των δύο φύλων παρουσιάζονται στον πίνακα 7.12.

Πίνακας 7.12

Συσχετίσεις ανάλογα με το φύλο

	Άνδρες	Γυναίκες	p
Λοιπές σπουδές (1=μεταπτυχιακό, 3=σεμινάρια e-learning)	1,29±0,5	2,1±0,9	0,042
Ο άμεσα προϊστάμενός μου θέτει στόχους στο προσωπικό και επιβραβεύει την υλοποίησή τους (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	2,6±0,7	2,9±0,5	0,040
Υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	2,1±0,5	2,5±0,6	0,045
Είμαι ικανοποιημένος από τις οικονομικές απολαβές σε σχέση με την εργασία μου (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	1,3±0,5	1,1±0,3	0,031
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι είναι χρήσιμη και αναγκαία η ΕΣΝΕ; (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	2,9±0,9	3,2±0,7	0,027

Εκπαίδευση

Οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης θεωρούν δίκαιη την προσπάθεια για αναβάθμιση του πτυχίου των ΔΕ σε ισότιμο των ΤΕ σε σημαντικά πολύ μικρότερο βαθμό σε σχέση με τους υπολοίπους ($p<0,05$). Οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σημαντικά περισσότερο από τους υπολοίπους ότι υπάρχουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τον άμεσα προϊστάμενό τους ($p<0,05$), ότι ο άμεσα προϊστάμενός τους ενδιαφέρεται αν νιώθουν καλά στο χώρο εργασίας τους ($p<0,05$), ότι ο άμεσα προϊστάμενός τους, τους φέρεται με σεβασμό ($p<0,05$), ότι υπάρχει ενεργός συμμετοχή εκ μέρους τους στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την εργασία σε

σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ($p < 0,05$) και ότι η αξιολόγηση περιορίζει την εργασιακή τους αποτελεσματικότητα σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους υπολοίπους ($p < 0,05$). Οι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης μένουν πιστοί στο καθηκοντολόγιο που ορίζει ο προϊστάμενός τους σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους υπολοίπους ($p < 0,05$). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των ατόμων ανά επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζονται στον πίνακα 7.13.

Πίνακας 7.13

Συσχετίσεις ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

	ΑΕΙ	ΑΤΕΙ	ΔΕ	ΥΕ	p
Υπάρχουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τον άμεσα προϊστάμενό μου (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	2,9±0,3	2,8±0,7	3,3±0,5	2,7±0,5	0,008
Ο άμεσα προϊστάμενός μου ενδιαφέρεται αν νιώθω καλά στο χώρο εργασίας μου (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	2,9±0,3	2,8±0,5	3,1±0,4	2,9±0,4	0,030
Ο άμεσα προϊστάμενός μου, μου φέρεται με σεβασμό (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	3,5±0,5	3,4±0,7	3,8±0,4	3±0,6	0,020
Μένω πιστός στο καθηκοντολόγιο που ορίζει ο προϊστάμενός μου (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	2,8±0,6	2,4±0,5	2,4±0,6	2,9±0,4	0,044
Υπάρχει ενεργός συμμετοχή εξ μέρους μου στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την εργασία (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	3,2±0,4	3,2±0,5	3,5±0,5	3±0,6	0,029
Η αξιολόγηση περιορίζει την εργασιακή μου αποτελεσματικότητα (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	1,2±0,4	1,5±0,5	1,8±0,4	1,3±0,5	0,005
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε δίκαιη την προσπάθεια για αναβάθμιση του πτυχίου των ΔΕ σε ισότιμο των ΤΕ; (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	1,3±0,7	2,1±0,9	2,3±0,8	3±0	0,001

Έτη Υπηρεσίας

Οι έχοντες λιγότερα από 10 έτη υπηρεσίας υποστήριξαν σημαντικά περισσότερο από τους υπολοίπους ότι ο προϊστάμενός τους είναι διαλλακτικός σε πολύ μικρό βαθμό ή/και καθόλου ($p < 0,05$) και ότι η συνδικαλιστική ηγεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες

των εργαζομένων σε μεγάλο βαθμό ($p<0,05$). Οι συμμετέχοντες με προϋπηρεσία 10-20 έτη διαφώνησαν σημαντικά περισσότερο από τους υπολοίπους ότι υπάρχουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τον άμεσα προϊστάμενό τους ($p<0,05$), υποστήριξαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι ο προϊστάμενός τους είναι διαλλακτικός ($p<0,05$) και θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν έχει γίνει σωστή κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο, πιστεύουν ότι τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, συνέδρια, ημερίδες ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του σύγχρονου νοσηλευτή ελάχιστα έως καθόλου ($p<0,05$). Επίσης, εκείνοι που είχαν προϋπηρεσία περισσότερα από 20 έτη συμφώνησαν σημαντικά περισσότερο ότι υπάρχουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τον άμεσα προϊστάμενό τους ($p<0,05$) και ότι τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, συνέδρια, ημερίδες ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του σύγχρονου νοσηλευτή ($p<0,05$). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των ατόμων ανά έτη υπηρεσίας παρουσιάζονται στον πίνακα 7.14.

Πίνακας 7.14

Συσχετίσεις ανάλογα με τα έτη υπηρεσίας.

	<10 έτη	10-20 έτη	>20 έτη	p
Υπάρχουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τον άμεσα προϊστάμενό μου (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	3,1±0,5	2,8±0,7	3,2±0,6	0,017
Ο προϊστάμενός μου είναι διαλλακτικός (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	2,1±1,1	3,2±1,1	2,5±0,9	0,001
Θεωρώ ότι δεν έχει γίνει σωστή κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	3,4±0,6	3,8±0,4	3,5±0,6	0,004
Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, συνέδρια, ημερίδες ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του σύγχρονου νοσηλευτή (1=ελάχιστα έως καθόλου, 3=σπάνια)	2,8±0,4	2,6±0,5	2,9±0,3	0,030
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η συνδικαλιστική ηγεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εργαζομένων; (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	1,6±0,5	1,3±0,4	1,3±0,5	0,009

Είδος τμήματος

Οι ερωτηθέντες που εργάζονται σε κλειστά τμήματα απάντησαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με εκείνους που απασχολούνται σε ανοιχτό τμήμα ότι ο άμεσα προϊστάμενός τους αναλαμβάνει προσωπικά την αποτυχία του τμήματος στον ανώτερό του ($3,3\pm 0,5$ έναντι $2,9\pm 0,6$, $p<0,05$), λαμβάνουν έγκυρο και εποικοδομητικό σχολιασμό από τον προϊστάμενό τους όσον αφορά την επίδοσή τους ($3,1\pm 0,3$ έναντι $2,8\pm 0,5$, $p<0,05$) και θεωρούν ότι υπάρχει ευελιξία ως προς το ωράριο εργασίας τους ($2,8\pm 0,5$ έναντι $2,6\pm 0,5$, $p<0,05$). Εκείνοι που απασχολούνται σε ανοιχτά τμήματα υποστήριξαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι ο προϊστάμενός τους είναι δίκαιος ($2,9\pm 0,5$ έναντι $3,2\pm 0,5$, $p<0,05$), ότι υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό ($2,3\pm 0,8$ έναντι $2,5\pm 0,7$, $p<0,05$), ότι η οικονομική κρίση επηρέασε την απόδοσή τους ($2,2\pm 0,8$ έναντι $2,5\pm 0,7$, $p<0,05$) και ότι η πολιτική παράταξη που ψηφίζουν στις εκλογές σχετίζεται με τη συνδικαλιστική τους παράταξη σε μεγάλο βαθμό ($2,2\pm 1,1$ έναντι $2,8\pm 1,1$, $p<0,05$). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των ατόμων ανάλογα με το είδος του τμήματος που εργάζονται παρουσιάζονται στον πίνακα 7.15.

Πίνακας 7.15

Συσχετίσεις ανάλογα με το είδος του τμήματος που εργάζονται.

	Κλειστό	Ανοιχτό	p
Ο άμεσα προϊστάμενός μου αναλαμβάνει προσωπικά την αποτυχία του τμήματος στον ανώτερό του (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	$3,3\pm 0,5$	$2,9\pm 0,6$	0,001
Λαμβάνω έγκυρο και εποικοδομητικό σχολιασμό από τον προϊστάμενό μου όσον αφορά την επίδοσή μου (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	$3,1\pm 0,3$	$2,8\pm 0,5$	0,010
Ο προϊστάμενός μου είναι δίκαιος (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	$2,9\pm 0,5$	$3,2\pm 0,5$	0,032
Υπάρχουν σχέσεις συνεργασίας με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	$2,3\pm 0,8$	$2,5\pm 0,7$	0,001

	Κλειστό	Ανοιχτό	p
Θεωρώ ότι υπάρχει ευελιξία ως προς το ωράριο εργασίας μου (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	2,8±0,5	2,6±0,5	0,032
Επηρέασε η οικονομική κρίση την απόδοσή σας; (1=ελάχιστα έως καθόλου, 3=σπάνια)	2,2±0,8	2,5±0,7	0,024
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η πολιτική παράταξη που ψηφίζετε στις εκλογές σχετίζεται με τη συνδικαλιστική σας παράταξη; (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	2,2±1,1	2,8±1,1	0,023

Ηλικία

Οι μεγάλης ηλικίας ερωτηθέντες, άνω των 50 ετών, δήλωσαν ότι η αξιολόγηση περιορίζει την εργασιακή τους ικανότητα σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους υπολοίπους ($p<0,05$) και κάνουν σημαντικά σπανιότερα άλλη εργασία λόγω οικονομικής στενότητας ($p<0,05$). Οι μικρής ηλικίας ερωτηθέντες, μικρότερης των 25 ετών νιώθουν σημαντικά ελάχιστα να αδιαφορούν εν ώρα εργασίας λόγω χαμηλών απολαβών ($p<0,05$). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των ατόμων ανάλογα με την ηλικία παρουσιάζονται στον πίνακα 7.16.

Πίνακας 7.16

Συσχετίσεις ανάλογα με την ηλικία.

	<25	25-35	35-50	>50	P
Η αξιολόγηση περιορίζει την εργασιακή μου ικανότητα (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	1,4±0,5	1,4±0,5	1,7±0,5	1,8±0,6	0,035
Κάνετε και άλλη εργασία λόγω οικονομικής στενότητας; (1=ελάχιστα έως καθόλου, 3=σπάνια)	2±1	1,7±0,6	1,5±0,6	2,3±0,8	0,001
Νιώθετε πολλές φορές να αδιαφορείτε εν ώρα εργασίας λόγω των χαμηλών απολαβών; (1=ελάχιστα έως καθόλου, 3=σπάνια)	2,4±0,5	1,5±0,7	1,6±0,8	1,9±0,8	0,035

Σχέσεις Εργασίας

Οι ερωτηθέντες που εργάζονται με κάποιο πρόγραμμα ΕΣΠΑ ανέφεραν ότι ο προϊστάμενός τους είναι ευγενικός σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους υπολοίπους ($p < 0,05$) και ότι είναι δυνατή η ανάληψη πρωτοβουλιών όσον αφορά το επάγγελμά τους σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους υπολοίπους ($p < 0,05$). Οι συμβασιούχοι ορισμένου χρόνου είναι σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι από το ωράριο εργασίας τους ($p < 0,05$) και ανέφεραν ότι είναι δυνατή η ανάληψη πρωτοβουλιών όσον αφορά το επάγγελμά τους σε σημαντικά μικρότερο βαθμό σε σχέση με τους υπολοίπους ($p < 0,05$). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των ατόμων ανάλογα με τη σχέση εργασίας παρουσιάζονται στον πίνακα 7.17.

Πίνακας 7.17

Συσχετίσεις ανάλογα με τη σχέση εργασίας.

	Μόνιμος	Αορίστου Χρόνου	Ορισμένου Χρόνου	ΕΣΠΑ	P
Ο προϊστάμενός μου είναι ευγενικός (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	3,2±0,6	3,2±0,4	3,6±0,5	4±0	0,024
Είναι δυνατή η ανάληψη πρωτοβουλιών όσον αφορά το επάγγελμά μου (1=πολύ μικρό/καθόλου, 4=μεγάλο)	3,2±0,5	3,4±0,5	3,1±0,3	4±0	0,039
Είμαι ικανοποιημένος από το ωράριο εργασίας μου (1=δεν απαντώ, 4=συμφωνώ)	3,1±0,7	3,2±0,4	2,4±0,5	2,3±0,6	0,007

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 96 νοσηλευτές με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά που δε διέφεραν σημαντικά στατιστικά μεταξύ τους. Οι περισσότεροι θεωρούν πως το αντικείμενο εργασίας τους δεν έχει ενδιαφέρον και δεν είναι ικανοποιημένοι από το αντικείμενο εργασίας τους. Επίσης, οι ερωτώμενοι ήταν ουδέτεροι για τη φήμη του νοσοκομείου. Όμως, ο άμεσα προϊστάμενός τους, τους φέρεται με σεβασμό και προσπαθεί να ικανοποιεί τις επιθυμίες τους στο μηνιαίο πρόγραμμα και τους επικρίνει για τα λάθη τους. Ακόμη, οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι οι προϊστάμενοί τους είναι διαλλακτικοί, αυστηροί, ευγενικοί, δίκαιοι και λιγότερο πιεστικοί, απαιτητικοί και δάσκαλοι/μέντορες.

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν, επίσης, ότι είναι άδικο να εργάζονται νοσηλευτές σε αλλότρια καθήκοντα και ότι η τυχόν εξίσωση βοηθών νοσηλευτών με τους νοσηλευτές θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τις εργασιακές τους σχέσεις. Επιπλέον, οι σχέσεις συνεργασίας με τους συναδέλφους τους είναι ουδέτερες, ενώ χειρότερες είναι οι σχέσεις τους με συναδέλφους διαφορετικών νοσηλευτικών τμημάτων και με το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου.

Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη υποστήριξαν πως έχουν τον πλήρη έλεγχο ως προς την εκτέλεση των καθηκόντων τους, δεν έχουν δυνατότητες εξέλιξης, ενώ είναι μικρή η ανάληψη πρωτοβουλιών όσον αφορά το επάγγελμά τους, η ενεργός συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, καθώς και η ικανοποίηση των προσωπικών τους φιλοδοξιών.

Οι ερωτηθέντες δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι με τις αμοιβές τους και το σύστημα αξιολόγησης, ενώ πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν ίσες ευκαιρίες εξέλιξης για όλους τους νοσηλευτές και ότι η αξιολόγηση περιορίζει την εργασιακή τους αποτελεσματικότητα. Όλοι ανέφεραν ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και οι περισσότεροι θεωρούν ότι δεν έχει γίνει σωστή κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο. Θα προτιμούσαν ένα περισσότερο ευέλικτο ωράριο εργασίας και δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι με το πρόγραμμα εργασίας τους.

Αναφορικά με την εκπαίδευση στο νοσοκομείο, οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι σπάνια υπάρχει εκπαίδευση νοσηλευτών σε καινούργια πράγματα που αφορούν τον τομέα τους και γενικά δεν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα εκπαίδευσης του νοσοκομείου. Ακόμη και η παρεχόμενη εκπαίδευση, προσφέρει ελάχιστα έως καθόλου στην ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων. Τα νέα εργασιακά μέτρα λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν δημιουργήσει ένα περιβάλλον ανασφάλειας στους νοσηλευτές και εξαιτίας αυτών υπολειτουργούν, δηλαδή αποδίδουν πολύ λιγότερο από αυτό που θα μπορούσαν.

Τόσο η σωματική όσο και ψυχολογική ευεξία των νοσηλευτών φαίνεται να επηρεάζει την ασφάλειά τους στην εργασία. Μελέτες παρουσιάζουν διάφορους παράγοντες που αφορούν τις συνθήκες εργασίας και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, όπως αισθήματα απουσίας ελέγχου, δυσκολίες στη συνεργασία και στις σχέσεις με τον προϊστάμενο νοσηλευτή δημιουργώντας περισσότερο άγχος από τους παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα των ασθενών (Biering, 2000, Sveinsdottir et al., 2003, Begat et al., 2005). Σύμφωνα με τον Biering (2000) περισσότερο από το ήμισυ των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ήταν συναισθηματικά εξαντλημένοι. Η στελέχωση φαίνεται να είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης για τη συναισθηματική εξάντληση (Gunnarsdottir, 2005), με το λιγότερο προσωπικό να φέρνει μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση.

Στη μελέτη του Biering (2000), η μεγάλη πλειοψηφία (78,5%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έλαβε στήριξη από άλλους νοσηλευτές και περισσότεροι από τους μισούς από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έλαβαν στήριξη από τους προϊσταμένους τους. Επίσης, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που εργάζονται σε ανεπαρκείς εργασιακούς χώρους τυγχάνουν περισσότερης υποστήριξης από το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τους εργασιακούς χώρους που δεν είχαν έλλειψη προσωπικού. Ο Gunnarsdottir (2005) επισημαίνει τη σημασία της καλής συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών για την καλύτερη έκβαση των ασθενών και τη συνεργασία και εμπιστοσύνη στις εργασιακές σχέσεις, καθώς και τη συντονισμένη φροντίδα για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Στην παρούσα μελέτη, οι περισσότεροι νοσηλευτές ανέφεραν ότι δεν υπάρχει υποστήριξη από τους άλλους νοσηλευτές, γεγονός που προκαλεί δυσαρέσκεια. Η διαφορά αυτή πιθανό να οφείλεται στη μεγάλη έλλειψη προσωπικού, μιας και σε πολλές περιπτώσεις σε κάθε τμήμα μπορεί να εργάζεται ένας νοσηλευτής μόνο ανά βάρδια καθιστώντας αδύνατη την υποστήριξη σε συνάδελφό του, κάτι το οποίο συμβαίνει κατά κόρον στα νοσοκομεία άλλων χωρών όπου η στελέχωση είναι καλύτερη από αυτής της Ελλάδας.

Η σημασία των καλών και υποστηρικτικών σχέσεων και της συνεργασίας με τους ιατρούς και ο αμοιβαίος σεβασμός και εμπιστοσύνη μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών έχει αναφερθεί ως σημαντικό στοιχείο για την εργασιακή ασφάλεια των νοσηλευτών. Παρόλα αυτά,

όμως, δε βιώνουν όλοι οι νοσηλευτές θετικές σχέσεις με τους συναδέλφους τους (Page, 2004). Ο Gunnarsdottir (2005) δείχνει την ύπαρξη καλών σχέσεων συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. Μόνο το 7,4% των συμμετεχόντων εξέφρασε κάποια δυσαρέσκεια, ενώ κανείς νοσηλευτής δε ανέφερε ότι ήταν πολύ δυσαρεστημένος. Αυτό είναι σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όπου οι νοσηλευτές είναι δυσαρεστημένοι με τους ιατρούς. Η κύρια διαφορά, μεταξύ της παρούσας μελέτης και της αναφερόμενης είναι ότι οι νοσηλευτές στην Ελλάδα δεν έχουν καθηκοντολόγιο και το επάγγελμά τους θεωρείται πολύ υποτιμημένο, εν αντιθέσει με τη μελέτη του Gunnarsdottir που διεξήχθη στις ΗΠΑ, όπου η προσφορά του νοσηλευτή έχει αναγνωρισθεί.

Στις μελέτες που διεξήχθησαν από τους Gunnarsdottir (2005) και Biering (2000), η συμπεριφορά της Διοίκησης σε επίπεδο μονάδας χαρακτηρίστηκε γενικά ως υποστηρικτική, αλλά η περιορισμένη υποστήριξη από τους μάνατζερ νοσηλευτές θεωρήθηκε ως ένα χάσμα μεταξύ των ανώτερων διοικητικών στελεχών και του προσωπικού. Ένας λόγος για την απώλεια της εμπιστοσύνης εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύεται ότι είναι η αλλαγή των ρόλων των στελεχών νοσηλευτών που επηρεάζει τις σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτές οι αλλαγές οδηγούν σε λιγότερη επικοινωνία και αυξημένη απόσταση μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και τους Διευθυντές νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές πρέπει να εμπιστευτούν κάποιον που καταλαβαίνει την πρακτική τους και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (Page, 2004). Σύμφωνα με τους Biering (2000) και Gunnarsdottir (2005) οι νοσηλευτές είναι πιο δυσαρεστημένοι όταν οι προϊστάμενοι νοσηλευτές δε διαβουλεύονται με το προσωπικό σχετικά με τα καθημερινά προβλήματα και τις διαδικασίες. Οι νοσηλευτές θέλουν και χρειάζονται να έχουν μια ενεργητική φωνή στις αποφάσεις που επηρεάζουν την πρακτική και το περιβάλλον τους (Rogers, 2005). Η αμοιβαία εμπιστοσύνη είναι ένα κρίσιμο στοιχείο κάθε διαδικασίας αλλαγής. Η κατανομή των αντιλήψεων και των συναισθημάτων και η μεγαλύτερη συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων ενισχύει την εμπιστοσύνη στα νοσοκομεία. Η εμπιστοσύνη πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο και συνεκτικό μέρος της κουλτούρας του Οργανισμού, προκειμένου οι νοσηλευτές να νιώθουν ότι εργάζονται σε ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον (Laschinger et al., 2000).

Οι παρεμβάσεις των μάνατζερ νοσηλευτών που ενισχύουν τις απόψεις ενδυνάμωσης των εργαζομένων μπορεί να αυξήσουν την ικανότητα των νοσηλευτών να ανταποκριθούν πιο αποτελεσματικά στα σημερινά δύσκολα περιβάλλοντα εργασίας της υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, για την κάλυψη των οργανωτικών στόχων για την παροχή υψηλότερης ποιότητας εργασιακού περιβάλλοντος σε όλους τους νοσηλευτές, είναι ζωτικής σημασίας για τους μάνατζερ νοσηλευτές να διασφαλίσουν ότι οι ενδυναμωμένες συνθήκες εργασίας είναι σε θέση να προάγουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους (Laschinger, 2008).

Η παροχή στους νοσηλευτές επιπλέον εκπαιδευτικών και επαγγελματικών ευκαιριών μπορεί να οδηγήσει σε υγιέστερο περιβάλλον εργασίας (Golubic et al., 2009). Στην παρούσα

μελέτη, οι νοσηλευτές είναι δυσαρεστημένοι από τις ευκαιρίες που τους προσφέρονται για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και γενικά θεωρούν ότι η εκπαίδευση που γίνεται στο νοσοκομείο δεν καλύπτει τις ανάγκες τους, γεγονός το οποίο συμβάλλει στη δημιουργία ενός μη υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος, το οποίο με τη σειρά του καθιστά τις εργασιακές σχέσεις των νοσηλευτών μη υγιείς.

Η επικοινωνία είναι πολύ σημαντική, τόσο για τη συνέχιση της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς, όσο και για τη διασφάλιση ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας. Η σημασία της επικοινωνίας στους νοσηλευτές έγκειται στο γεγονός ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας διδάσκονται ως βασικό μάθημα στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών. Άλλωστε πολλές μελέτες έχουν δείξει μια σχέση μεταξύ της πτωχής νοσηλευτή με νοσηλευτή επικοινωνίας και της πτωχή έκβασης των ασθενών ή/και της δυσαρέσκειας των νοσηλευτών από το εργασιακό τους περιβάλλον (Cvetic, 2011, Sutcliffe et al., 2011).

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με την επικοινωνία ή τις αλληλεπιδράσεις με τους ιατρούς για διάφορους λόγους συμπεριλαμβανομένων της λεκτικής βίας, της έλλειψης σεβασμού ή της έλλειψης ομαδικής εργασίας (Manijlovich & DeCicco, 2007), γεγονός το οποίο επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα μελέτη, αφού οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι δυσαρεστημένοι από τις σχέσεις τους με τους ιατρούς. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει μια σχέση μεταξύ της έλλειψης αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών και στον αρνητικό αντίκτυπο στην έκβαση των ασθενών, καθώς και στη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών από την εργασία τους (Manijlovich & DeCicco, 2007, Manojlovich et al., 2009).

Οι Fontaine και Gerardi (2005) δήλωσαν «Όταν οι ηγέτες δεν αγκαλιάζουν πλήρως την έννοια του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος, δε ζουν αυθεντικά και δεν παροτρύνουν τους άλλους να κάνουν ενέργειες για αυτούς, τότε δεν υπάρχει βάση για αλλαγή» (σελ. 36). Αυθεντική ηγεσία είναι όταν ο ηγέτης «περπατά τη συζήτηση», παρέχει την ηγεσία που χρειάζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό και πιστεύει και συμβάλλει στην προώθηση ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας (Cummings et al., 2009, Shirey, 2009, Kramer et al., 2007). Οι Cummings et al., (2009) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη σχέση μεταξύ των διαφόρων στυλ ηγεσίας και των αποτελεσμάτων τους στους νοσηλευτές και στο

περιβάλλον εργασίας τους. Τα στυλ ηγεσίας που εστίαζαν στη συνεργασία και στην επικοινωνία είχαν θετική συσχέτιση με το υγιές περιβάλλον εργασίας, την παραμονή των νοσηλευτών στη θέση εργασίας τους και στην αποστολή του Οργανισμού (Cummings et al, 2009). Οι Avolio et al. (2009) περιέγραψαν την αυθεντική ηγεσία και την αποτελεσματική ηγεσία που απαιτείται για την προώθηση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. Τα ευρήματα δείχνουν ότι στις μονάδες όπου οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ισχυρή νοσηλευτική ηγεσία, υπάρχει υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και μικρότερη πρόθεση να αποχωρήσουν από το νοσοκομείο το επόμενο έτος. Οι Kramer και Schmalenberg (2004) βρήκαν ότι το υποστηρικτικό νοσηλευτικό μάνατζμεντ επηρεάζει την παραγωγικότητα των νοσηλευτών, τη διατήρηση και την ικανοποίηση από την εργασία. Η έρευνά τους βρήκε εννέα συμπεριφορές των διευθυντών νοσηλευτών που χαρακτηρίζουν την υποστηρικτική ηγεσία. Αυτές οι συμπεριφορές είναι προσιτές και ασφαλείς, να φροντίζουν, να περπατούν τη συζήτηση, να παρακινούν την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης, να δίνουν πραγματική ανατροφοδότηση, να παρέχουν επαρκή και κατάλληλη στελέχωση, να προάγουν τη συνοχή και την ομαδική εργασία της ομάδας, να επιλύουν τις συγκρούσεις εποικοδομητικά και να είναι κάποιος που τους προσέχει (Kramer et al., 2007).

Οι Erenstein και MacCafferty (2007) σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέφεραν ότι οι ηγέτες νοσηλευτές συνεργάζονται με το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να δημιουργήσουν ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον που περιλαμβάνει την εμπιστοσύνη, τη στήριξη, την επικοινωνία και τη συνεργασία. Ο ρόλος των ηγετών νοσηλευτών είναι κρίσιμης σημασίας για τη μοντελοποίηση της επικοινωνίας, τη συνεργασία και την ηγεσία. Η ισχυρή ηγεσία είναι σημαντική για τη δημιουργία ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος όπου το προσωπικό αισθάνεται ότι υποστηρίζεται (Stichler, 2009). Ένα μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας και το συμμετοχικό μάνατζμεντ είναι σημαντικό στην επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική και στη δημιουργία και διατήρηση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος (Shirey, 2009, Stichler, 2009, Kramer et al., 2010).

Πολυάριθμες μελέτες υποστηρίζουν το γεγονός ότι οι νοσηλευτές προσδιορίζουν πως η επικοινωνία, η συνεργασία και η ηγεσία είναι βασικοί τομείς που πρέπει να υπάρχουν σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον (Kramer & Schmalenberg, 2007, McGillis Hall et al., 2008, Schmalenberg et al., 2008). Οι Baernholt και Mark (2009) διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους

σχετίζεται τόσο με τα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής μονάδας όσο και με το περιβάλλον εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη, οι νοσηλευτές έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους και δεν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Είναι σχετικά ικανοποιημένοι από τον άμεσα προϊστάμενό τους γιατί τους φέρεται με σεβασμό και προσπαθεί να ικανοποιεί τις επιθυμίες τους στο μηνιαίο πρόγραμμα. Όσον αφορά τις εργασιακές σχέσεις, είναι ουδέτερες με τους συναδέλφους τους και χειρότερες με τους συναδέλφους διαφορετικών νοσηλευτικών τμημάτων και με το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου.

Επίσης, οι νοσηλευτές δεν έχουν δυνατότητες εξέλιξης, ενώ έχουν μικρή ανάληψη πρωτοβουλιών, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και ικανοποίηση των προσωπικών τους φιλοδοξιών. Είναι δυσαρεστημένοι από τις αμοιβές τους και το σύστημα αξιολόγησης, ενώ πιστεύουν ότι δεν υπάρχει αξιοκρατία και ίσες ευκαιρίες εξέλιξης.

Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η έλλειψη προσωπικού και προτείνουν ότι πρέπει να γίνει ανακατανομή σε όλο το νοσοκομείο. Με τη σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που υπάρχει στα νοσοκομεία της Ελλάδας, οι ηγέτες νοσηλευτές πρέπει να είναι δημιουργικοί και να κάνουν ότι μπορούν για να βελτιώσουν το εργασιακό περιβάλλον.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Γαλάνης, Π. (2013). Εφαρμογές της στατιστικής στα ερευνητικά άρθρα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30, 491-498.

Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., Τσαλογλίδου, Α., Καυκιά, Θ., και Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2009). Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8, 222-239.

Καπέλα, Μ., Μινέτου, Ε., και Ζυγά, Σ. (2002). Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών από την εργασία τους. *Νοσηλευτική*, 2, 191-196.

Κοτρώτσιου, Ε., Θεοδοσοπούλου, Ε., Κουρουκλίδου, Ι., Καραγιάννη, Π., Ματσούκα, Α., και Κατσούλας, Θ. (1998). Το επαγγελματικό προφίλ του σύγχρονου Έλληνα νοσηλευτή. Πρακτικά 25^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ηράκλειο Κρήτης, 45-50.

Ξενόγλωσση

Aiken, L. and Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49, 146-153.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. and Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.

Aiken, L., Buchan, J., Ball, J. and Rafferty, A. (2008). Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3330-3337.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E., and Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *JONA*, 38, 223-229.

Aiken, L., Havens, L., and Sloane, D. (2000) Original research: The Magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing*, 100, 26-36.

Alspach, G. (2009). Craft your own healthy work environment: Got your BFF? *Critical Care Nurse*, 29, 12-21.

American Association of Colleges of Nursing. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. *Journal of Professional Nursing*, 18, 295-304.

American Association of Colleges of Nursing. (2005). AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *American Journal of Critical Care*, 14, 187-197.

American Hospital Association. (2002). *In our hands: How hospital leaders can build a thriving workforce*. Chicago: AHA.

Arcangelo, V., Fitzgerald, M., Carroll, D. and David, J. (1996). Collaborative care between nurse practitioners and physicians. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 23, 103-113.

Avolio, B., Walumbwa, F. and Weber, T. (2009). Leadership: Current theories, research, and future direction. *Annals of Rev Psychology*, 60, 421- 449.

Baernholdt, M. and Mark, B. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management*, 17, 994-1001.

Baggs, J., Ryan, S., Phelps, C., Richeson, J. and Johnson, J. (1992). The association between interdisciplinary collaboration patient outcomes in medical intensive care. *Heart and Lung*, 21, 18-24.

Baggs, J., Schmitt, M, Mushlin, A., Mitchell, P., Eldredge, D. Oakes, D., and Hutson, A. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27, 1991-1998. Barnsteiner, 2001

Barron McBride, A. (2005). Actually achieving our preferred future. *Reflections on Nursing Leadership*, Fourth Quarter, 22-28.

Bass, B. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 8, 19-31.

Begat, I., Ellefsen, B., and Severinsson, E. (2005) Nurses' satisfaction with their work environment and the outcome of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well being - a Norwegian study, *Journal of Nursing Management*, 13, 221-230.

Biering, P. (2000) *Konnun á vinnualagi og starfsmcegju hjitkrunarfrcedinga* [A study of workload and job satisfaction among Icelandic nurses], Reykjavik, Felag islenskra hjukrunarfrsdinga [The Icelandic Nurses' Association].

Blegen, M., Goode, C., Spetz, J., Vaughn, T., and Park, S. (2011). Nurse staffing effects on patient outcomes: Safety-net and Non-safety-net hospitals. *Medical Care*, 49, 406-414.

Boeck, C. (2005). Bulletin board: Creating a healthful practice/work environment. *Dermatology Nursing*, 17, 177.

Boyle, K. (2007). Nurse-Physician Collaborative Communication and Safety Climate. PhD Dissertation, University of Colorado Health Sciences Center, United States – Colorado. Ανάκτηση την 5 Μαΐου 2016, από Dissertations and Theses: Full text. (Publication No. ATT 3264530).

Brady-Schwartz, D. (2005). Further evidence on the Magnet Recognition Program: Implications for nursing leaders. *JONA*, 35, 397-403.

Buerhaus, P. and Needleman, J. (2000). Policy on implications of research on nurse staffing and quality of patient care. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 1, 5-15.

Buerhaus, P., Auerbach, D., and Staiger, D. (2009). The recent surge in nurse employment: Causes and implications. *Health Affairs*, 28, w657-w668.

Buerhaus, P., Donelan, K., DesRoches, C., and Hess, R. (2009). Still making progress to improve the hospital workplace environment? Results from the 2008 national survey of registered nurses. *Nursing Economics*, 27, 289-301.

Buerhaus, P., Donelan, K., Ulrich, B., Norman, L., and Dittus, R. (2005). Hospital RN's and CNO's perceptions of the impact of the nursing shortage on the quality of care. *Nursing Economics*, 23, 214-221.

Chassin, M. and Becher, E. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 136, 826-833.

- Christmas, K. (2008). How work environment impacts retention. *Nursing Economics*, 26, 316-318.
- Cimiotti, J., Quinlan, P., Larson, E., Pastor, D., Lin, S., and Stone, P. (2005). The Magnet process and the perceived work environment for nurses. *Nursing Research*, 54, 384-390.
- Cohen, J., Stuenkel, D., and Quyen, N. (2009). Providing a healthy work environment for nurses: The influence on retention. *Journal of Nursing Care Quarterly*, 24, 308-315.
- Colluccio, M., and McGuire, P. (1983). Collaborative practice: Becoming a reality through primary nursing. *Nursing Administration Quarterly*, 7, 59-63.
- Cummings, G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C., Lo, E., Muise, M., and Stafford, E. (2009). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 363-385.
- Cvetic, E. (2011). Communication in the perioperative setting. *AORN*, 94, 261-270.
- Despins, L. (2009). Patient safety and collaboration of the Intensive Care Unit team. *Critical Care Nurse*, 29, 85-91.
- Disch, J. (2002). Creating healthy work environments. *Creative Nurse*, 8, 3-4.
- Disch, J.B. (2001). Medical directors as partners in creating healthy work environments. *AACN Clinical Issues*, 12, 366-377.
- Donabedian, A. (1972). *Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Regents of Michigan.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Vol. 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, New York: Oxford University Press.
- Erenstein, C. and McCaffrey, R. (2007). How healthcare work environments influence nurse retention. *Holistic nursing practice*, 21, 303-307.
- Erickson, J., Hamilton, G., Jones, D. and Ditomassi, M. (2003). The value of collaborative governance/staff empowerment. *JONA*, 33, 96-104.

- Evans, S. and Carlson, R. (1992). Nurse-physician collaboration: Solving the nursing shortage crisis. *American Journal of Critical Care*, 1, 25-32.
- Flynn, L., Liange, Y., Dickson, G., and Aiken, L. (2010). Effects of nursing practice environments of quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatric Society*, 58, 2401-2406.
- Foley, B., Kee, C., Minick, P., Harvey, S. and Jennings, B. (2002). Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *JONA*, 32, 273-281.
- Fontaine, D. and Gerardi, D. (2005). Healthier hospitals. *Nursing Management*, 36, 34-44.
- Friese, C. (2005) Nurse practice environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 32, 765-772.
- Friese, C., Lake, E., Aiken, L., Silber, J. and Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research*, 43, 1145-1159.
- Gardner, J., Thomas-Hawkins, C., Fogg, L. and Latham, C. (2007). The relationships between nurses' perceptions of the Hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrology Nursing Journal*, 34, 271-281.
- Glickman, S., Baggett, K., Krubert, C., Peterson, E., and Schulman, K. (2007). Promoting quality: the healthcare organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Healthcare*, 19, 341-348.
- Golubic R., et al. (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2056-2066.
- Greenfield, L. (1999). Doctors and nurses: A troubled partnership. *Annals of Surgery* , 230, 279-288.
- Gunnarsdottir, S. (2005) *Quality of working life and quality of care in Icelandic hospital nursing*, PhD thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

Gunnarsdottir, S., Clarke, S., Rafferty, A. and Nutbeam, D. (2007) Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 1-8.

Hall, D. S. (2007). The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nursing Administration Quarterly*, 31, 68-80.

Hart, S. (2006). Generational diversity: Impact of recruitment and retention of registered nurses. *JONA*, 36, 10-12.

Heath, J., Johanson, W. and Blake, N. (2004) Healthy Work Environments: A validation of the literature. *JONA*, 34, 524 – 530.

Huntington, A., Gilmour, J., Tuckett, A., Neville, S., Wilson, D., and Turner, C. (2011). Is anybody listening? A qualitative study of nurses' reflections on practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1413-1422.

Institute of Medicine (IOM). (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.

IOM. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.

IOM. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington DC: National Academies Press.

IOM. (2006). *Preventing Medication Errors*. Washington, DC: National Academy Press.

IOM. (2010). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: National Academy Press.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2002). *Healthcare at a crossroads: Strategies for addressing the evolving nursing crisis*. Oakbrook Terrace, Ill.: Joint Commission Resources.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2007). *Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2007*. Oakbrook Terrace, Ill.: Joint Commission Resources.

Joint Commission Public Policy Initiative. (2001). Health care at the crossroads: Strategies for addressing the evolving nursing crisis. *Joint Commission Journal on quality and safety*, 29, 41-50.

Kimball, B. and O'Neill, E. (2002). Health care's human crisis: The American nursing shortage. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.

Kinnaman, M.L. and Bleich, M.R. (2004). Collaboration: Aligning resources to create and sustain partnerships. *Journal of Professional Nursing*, 20, 310-322.

Knaus, W., Draper, E., Wagner, D., and Zimmerman, J. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104, 410-418.

Krairiksh, M. and Anthony, M. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. *JONA*, 31, 16-23.

Kramer, M. and Schmalenberg, C. (2004). Essentials of a magnetic work environment part 3. *Nursing 2004*, 34, 44-47.

Kramer, M. and Schmalenberg, C. (2005) Best quality patient care: A historical perspective on Magnet hospitals. *Journal of Nursing Quarterly*, 29, 275-287.

Kramer, M. and Schmalenberg, C. (2005). Revising the essentials of magnetism tool: There is more to adequate staffing than numbers. *JONA*, 35, 188-198.

Kramer, M. and Schmalenberg, C. (2007). Types of intensive care units with the healthiest, most productive environments. *American Journal of Critical Care*, 16, 458-468.

Kramer, M. and Schmalenberg, C. (2008). Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28, 56-64.

Kramer, M., Maguire, P., and Brewer, B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, 19, 5-17.

Kramer, M., Maguire, P., Brewer, B., Chmielewski, L., Kishner, J., Krugman, M., Meeks-Sjostrom, D., and Waldo, M. (2007). Nurse manager support – What is it? Structures and practices that promote it. *Nursing Administration Quarterly*, 31, 325-340.

Kramer, M., Schmalenberg, C. and Maguire, P. (2010). Nine structures and leadership practices essentials for a magnetic (healthy) work environment. *Nursing Administration Quarterly*, 34, 4-17.

Ksouri, H., Balanant, P., Tadie, J., Heraud, G., Abboud, I., Lerolle, N., Novara, A., Fagon, J. and Faisy, C. (2010). Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. *American Journal of Critical Care*, 19, 135-145.

Kupperschmidt, B., Kientz, E., Ward, J., and Reinholz, B. (2010). A healthy work environment: It begins with you. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15, 1-11.

Lake, E. and Friese, C. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55, 1-9.

Laschinger, H.K. (2008). Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: Further testing the nursing worklife model. *Journal of Nursing Care Quality*, 23, 322.

Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J., and Casier, S. (2000) Organizational Trust and Empowerment in Restructured Healthcare Settings: Effects on Staff Nurse Commitment, *Journal of Nursing Administration*, 30, 413-425.

Leach, L.S. (2005). Nurse executive leadership and organizational commitment among nurses. *JONA*, 35, 228-237.

Leonard, M., Graham, S., and Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Healthcare*, 13 (Supplement), i85-i90.

Lowe, G. (2003). Correlates of employees' perceptions of a healthy work environment. *American Journal of Health Promotion*, 17, 390-399.

Ma, J.C., Lee, P. H., Yang, Y. C., and Chang, W. Y. (2009). Predicting factors related to nurses' intention to leave, job satisfaction, and perception of care in acute care hospitals. *Nursing Economics*, 27, 178-202.

MacKusick, C. I., and Minick, P. (2010). Why are nurses leaving? Findings from an initial qualitative study on nursing attrition. *Medsurg Nursing*, 19, 335-340.

Manojlovich, M. and DiCiccio, B. (2007). Healthy work environments, physician-nurse communication and patient outcomes. *Journal of Critical Care*, 16, 536-543.

Manojlovich, M. (2005). Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician, *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 367-373.

Manojlovich, M., Antonakos, C. and Ronis, D. (2009). Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 18, 21-30.

Mark, B., Harless, D., and Berman, W. (2007). Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. *Policy, Politics and Nursing*, 8, 83-92.

American Association of Colleges of Nursing. (2012). Nursing shortage. Διαθέσιμο από: <http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/nursing-shortage>

Mays, M.Z., Hrabes, D. P., and Stevens, C. J. (2010). Reliability and validity of an instrument assessing nurses' attitudes about healthy work environments in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 19, 18-26.

McCauley, K. and Irwin, R. (2006). Changing the work environment in ICUs to achieve patient focused care. *CHEST*, 130, 1571-1578.

McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J. and Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: difference between units in the same hospital. *International Journal of Healthcare Quality Assurance Inc Leadership in Health Services*, 17, 313-322.

McGillis Hall, L., Doran, D., and Pink, L. (2008). Outcomes of interventions to improve nursing work environments. *JONA*, 38, 40-46.

McGillis Hall, L., ed. (2005). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Jones and Bartlett. Sudbery, MA.

McNeese-Smith, D. (1997). The influence of manager behavior on nurses' job satisfaction, productivity and commitment. *JONA*, 27, 47-55.

Mee, C. L., and Robinson, E. (2003). What's different about this nursing shortage? *Nursing*, 33, 51-55.

- Miracle, V. (2008). A healthy work environment. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 27, 42-43.
- Mitchell, P., and Shortell, S. (1997). Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. *Medical Care*, 35, NS19-NS32.
- Mitchell, P., Ferketich, S., and Jennings, B. (1998). Quality health outcomes model. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 43-46.
- Montgomery, V. (2007). Effect of fatigue, workload, and environment on patient safety in the pediatric intensive care unit. *Ped Crit Care Med*, 8 Supplement, S11-S16.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., and Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., Spence, H., Laschinger, N., and Stone, P. (2006). The impact of nurse turnover on patient, nurse, and systems outcomes: A pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 7, 169-179.
- Oberle, K. and Hughes, D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 707-715.
- Page, A. (editor) (2004) *Keeping Patients Safe. Transforming the Work Environment of Nurses*, Washington, DC, The National Academies Press.
- Pappas, N.A., Alamanos, Y., and Dimoliatis, I.D. (2008). Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. *BMC Nursing*, 4, 8.
- Paris, L.G., and Terhaar, M. (2010). Using Maslow's pyramid and the national database of nursing quality indicators to attain a healthier work environment. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16.
- Pearson, A., O'Brien Pallas, L., Thomson, D., Doucette, E., Tucker, D., Wienchula, R., Long, L., Porritt, K., and Jordan, Z. (2006). A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. *International Journal of Evidence Based Health*, 4, 118-159.

- Pronovost, P., Thompson, D., Holzmueller, C., Lubomski, L., Dorman, T., Dickman, F., Fahey, M., Steinwachs, D., Engineer, L., Sexton, B., Wu, A., and Morlock, L. (2006). Toward learning from patient safety reporting systems. *Journal of Critical Care*, 21, 305-315.
- Rathert, C. and May, D. (2007). Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *Health Care Management Review*, 32, 2-11.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.
- Ritter, D. (2010). The relationship between healthy work environments and retention of nurses in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, 19, 27-32.
- Rogers, L.G. (2005) Why Trust Matters. The Nurse Manager-Staff Nurse Relationship, *JONA*, 35, 421-423.
- Rosenstein, A., and O'Daniel, M. (2005). Disruptive behaviors and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing*, 105, 54-64.
- Roussel, L. (2009). *Management and leadership for nurse administrators. (5th Edition)*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Schmalenberg, C. and Kramer, M. (2007). Types of intensive care units with the healthiest, most productive work environments. *American Journal of Critical Care*, 16, 458-468.
- Schmalenberg, C. and Kramer, M. (2008). Clinical units with the healthiest work environments. *Critical Care Nurse*, 28, 65-77.
- Schmalenberg, C. and Kramer, M. (2008). Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research*, 57, 2-13.
- Schmalenberg, C., Kramer, M., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L., Cox, K., Kishner, J., Krugman, M., Meeks-Sjostrom, D. and Waldo, M. (2008). Clinically competent peers and support for education: Structures and practices that work. *Critical Care Nurse*, 28, 54-65.

Schmalenberg, C., Kramer, M., King, C., Krugman, M., Lund, C., Poduska, D., and Rapp, D. (2005). Excellence through evidence: Securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, Part 1. *JONA*, 35, 450-458.

Schmalenberg, C., Kramer, M., King, C., Krugman, M., Lund, C., Poduska, D., and Rapp, D. (2005). Excellence through evidence: Securing collegial/collaborative Nurse-Physician relationships, Part 2. *JONA*, 35, 507-514.

Schmitt, M. (2001). Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from U.S. healthcare research. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 47-66.

Scott, L., Rodgers, A., Hwang, W., and Zhang, Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *American Journal of Critical Care*, 15, 30-37.

Sengin, K. (2003). AONE leadership perspectives: Work related attributes of RN job satisfaction in acute care hospitals. *JONA*, 33, 317-320.

Sharp, T. P. (2008). Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 374-378.

Shirey, M. and Fisher, M. (2008). Leadership agenda for change: Toward healthy work environments in acute and critical care. *Critical Care Nurse*, 28, 66-78.

Shirey, M. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal of Critical Care*, 15, 256-268.

Shirey, M. (2009). Authentic leadership, organizational culture, and healthy work environments. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32, 189-198.

Shortel, S., Zimmerman, J., Rousseau, D., Gillies, R., Wagner, D., Draper, E., Knaus, W. and Duffy, J. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference? *Medical Care*, 32, 508-525.

Stichler, J. (2009). Healthy, healthful and healing environments: A nursing imperative. *Critical Care Nurse Quarterly*, 32, 176-188.

- Stone, P., Mooney-Kane, C., Larson, E., Pastor, D., Zwanziger, J. and Dick, A. (2007). Nurse working conditions, organizational climate and intent to leave in ICUs: An instrumental variable approach. *Health Services Research*, 42, 1085-1104.
- Stuenkel, D., Nyugen, S., and Cohen, J. (2007). Nurses' perception of their work environment. *Journal of Nursing Quality Care*, 22, 337-342.
- Sutcliffe, K., Lewton, E. and Rosenthal, M. (2004). Communication failures: An insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine*, 79, 186-194.
- Sveinsdottir, H., Gunnarsdottir, H.K., and Fribriksdottir, H. (2003) *Konnun á heilsufari, lidan og vinnuumhverfi hjukrunarfræðinga* [A study of nurses' physical health, well-being and work environment], Reykjavik, Rannsóknarstofnun i hjukrunarfræði, Háskola Íslands [The Institute of Nursing Research, University of Iceland].
- Thomas, E., Sexton, J, and Helmreich, R. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine*, 31, 956-959.
- Tomey, A. (2009). Nursing leadership and management effects work environments. *Journal of Nursing Management*, 17, 15-25.
- Tountas, Y., Demakakos, P.T., Yfantopoulos, Y., Aga, J., Houliara, L., and Pavi, E. (2003). The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. *Health Qual Life Outcomes*, 1, 61.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., and Souliotis, K. (2005). The unexpected growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74, 167-180.
- Ulrich, B., Buerhaus, P., Donelan, K., Norman, L., and Dittus, R. (2007). Magnet status and Registered Nurse views of the work environment and nursing as a career. *JONA*, 37, 212-220.
- Ulrich, B., Lavandero, R., Hart, K., Woods, D., Leggett, J., Friedman, D., D'Aurizio, P., and Edwards, S. (2009) Critical care nurses' work environments 2008: A Follow-up report. *Critical Care Nurse*, 29, 93-102.
- VanOyen Force, M. (2005). The Relationship between Effective Nurse Managers and Nursing Retention. *JONA* , 35, 336-341.

Wolf, G. (2006). A road map for creating a magnet work environment. *JONA*, 36, 458-462.

Zangaro, G. and Soeken, K. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing and Health*, 30, 445-458.

Zhan, C. and Miller, M. (2003). Excess length of stay, charges and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA*, 290, 1868-1874.

Zimmerman, J., Shortell, S., Rousseau, D., Duffy, J., Gillies, R., Knaus, W., Devers, K., Wagner, D, and Draper, E. (1993). Improving intensive care: observations based on organizational case studies in nine intensive care units: a prospective, multisite study. *Critical Care Medicine*, 21, 1443-1451.

Διαδικτυακές Πηγές

American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2009b). AACN healthy work environment assessment. Διαθέσιμο από: <http://www.hweteamtool.org/main/abouthwe>

American Nurses Association. (2010). Online poll indicates that staffing problems driving nurses from positions. Πρόσβαση την 5 Μαΐου 2016. Ανάκτηση από: <http://www.safestaffingsaveslives.org/WhatisANAdoing/April-2010-Results.aspx>.

Health Resources and Service Administration (HRSA). (2010). The registered nurse population: Findings from the 2008 national sample survey of registered nurses. Διαθέσιμο από: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurveys/rnsurveyfinal.php>

Healthcare.gov. (2012). What's changing and when. Διαθέσιμο από: <http://www.healthcare.gov/law/timeline/index.html>

Maxfield, D., Grenny, J., McMillan, R., Patterson, K., and Switzler, A. (2005). *Silence Kills: The Seven Crucial Conversations for Healthcare*. Provo, UT: VitalSmarts. Διαθέσιμο σε: <http://silenttreatmentstudy.com>. Ανάκτηση την 6 Μαΐου 2016.

Robert Wood Johnson Foundation (2005). America's nursing shortage. Διαθέσιμο από http://www.rwjf.org/files/newsroom/interactives/nursing/nursing_shortages.html

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρών ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για την κατάθεση διπλωματικής μεταπτυχιακής διατριβής στο τμήμα " Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας " στο τμήμα οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου του Πειραιά με τίτλο " ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ "

Ευχαριστώ θερμά για τη συμμετοχή σας.

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

1.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΑΕΙ ΤΕΙ ΔΕΥΤ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΥΠ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1.3 ΛΟΙΠΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

ΗΡΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ E-LEARNING

1.4 ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠ ΕΣΙΑΣ

<10 έτη >10 έτη > 20έτη

1.5 ΤΟ ΤΜΗΝΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΕΙΝΑΙ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΝΟΙΧΤΟ

1.6 Η ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ <25 25-35 35-50 >50

1.7 ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΑΜΟΣ

1.8 ΜΕ ΤΕΚΝΟ/ΤΕΚΝΑ ΧΩΡΙΣ ΤΕΚΝΑ

1.9 ΕΙΣΤΕ ΜΟΝΙΜΟΣ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΟΡ. ΧΡΟΝΟΥ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΟΡΙΣΜ.
ΧΡΟΝΟΥ ΜΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΣΠΑ

2.ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

2.1 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΕΣΑΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

2.2 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΑΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

3.ΦΗΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ Ή ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

3.1 ΕΙΜΑΙ ΠΕΡΗΦΑΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΗΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

3.2 ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ Η ΑΠΟΨΗ ΤΡΙΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΦΗΜΗ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟ

4.1 ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟ ΜΟΥ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.2 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΤΑΙ ΑΝ ΝΟΙΩΘΩ ΚΑΛΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΥ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.3 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ ΔΕΙΧΝΕΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΜΟΥ ΘΕΜΑΤΑ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.4 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ, ΜΟΥ ΦΕΡΕΤΑΙ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.4 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ ΣΕΒΕΤΑΙ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΙ ΟΤΑΝ ΜΠΟΡΕΙ ΤΙΣ ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΜΟΥ ΣΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.5 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ ΜΕ ΕΠΙΚΡΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΑ ΛΑΘΗ ΜΟΥ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.6 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ ΚΡΑΤΑΕΙ ΙΣΟΡΡΟΠΙΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.7 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙ ΞΕΚΑΘΑΡΑ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.8 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ ΘΕΤΕΙ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΙΒΡΑΒΕΥΕΙ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.9 Ο ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΑΝΩΤΕΡΟ ΤΟΥ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

4.10 ΛΑΜΒΑΝΩ ΕΓΚΥΡΟ ΚΑΙ ΕΠΟΙΚΟΔΟΜΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟ ΜΟΥ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΟΣΗ ΜΟΥ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

5. ΠΡΟΦΙΛ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΥ

[ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ ΤΟΝ ΑΜΕΣΑ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟ ΣΑΣ]

5.1 ΑΥΤΣΗΡΟΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

ΠΙΕΣΤΙΚΟΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΟΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

5.2 ΔΙΑΛΛΑΚΤΙΚΟΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

ΕΥΓΕΝΙΚΟΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

5.3 ΔΙΚΑΙΟΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

ΔΑΣΚΑΛΟΣ /ΜΕΝΤΟΡΑΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

6. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ

[ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ Ή ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ]

6.1 ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΟΥ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

6.2 ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΝΟΣ/ΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

6.3 ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

6.4 ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ [ΑΠΟΘΗΚΗ,ΚΟΥΖΙΝΑ ,ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ,ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ]

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

6.5 ΕΧΩ ΑΝΑΠΤΥΞΕΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

6.6 ΜΕΝΩ ΠΙΣΤΟΣ ΣΤΟ ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΟΡΙΖΕΙ Ο ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΟΥ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

6.7 ΘΕΩΡΩ ΑΔΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΟΓΟ ΤΟΥΣ ΕΚΑΤΟΝΤΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΕΞΑΣΚΟΥΝ ΑΥΤΟ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΤΟΥΣ ΠΡΟΟΡΙΖΕ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΗ ΠΟΥ ΣΠΟΥΔΑΣΑΝ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

6.8 Ο ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΔΕ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΔΙΚΑΙΩΣΕ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΤΩΝ ΔΕ ΙΣΟΤΙΜΟ ΤΩΝ ΤΕ ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ. ΑΝ ΓΙΝΕΙ ΤΟ ΙΔΙΟ ΣΤΗ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΑ ΕΠΗΡΡΕΑΣΕΙ ΤΙΣ ΕΡΓΑΣΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΑΣ;

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

7. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

[ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ Ή ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ]

7.1 ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΑΝΑΛΗΨΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΩΝ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΥ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

7.2 ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΝΕΡΓΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΜΟΥ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

7.3 ΕΧΩ ΤΟΝ ΠΛΗΡΗ ΕΛΕΓΧΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΜΟΥ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

7.4 ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΜΟΥ ΦΙΛΟΔΟΞΙΕΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

7.5 ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΙΜΕΙΟ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

8. ΑΜΟΙΒΕΣ

[ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ Ή ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ]

8.1 ΕΙΜΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

8.2 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΔΙΕΞΑΓΕΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΣΩΣΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

8.3 ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΙΣΕΣ ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

8.4 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΜΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΑΓΧΟΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

8.5 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΜΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

8.6 Η ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΕ ΠΡΟΣ ΟΦΕΛΟΣ ΤΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΠΕ ΟΠΩΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΕΙ ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΤΩΝ ΔΕ,ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΚΡΙΝΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΕΑ;

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

8.7 ΜΕ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ Ν.4250/2014,4281/2014 ΤΟ ΠΟΛΥΠΑΘΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΘΑ ΥΠΟΣΤΕΙ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΣΕ ΒΑΘΜΟΥΣ.ΤΟ 15% ΘΑ ΚΡΙΘΟΥΝ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ.ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΚΡΙΝΕΤΕ ΑΔΙΚΗ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΥΤΗ;

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

9.ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΧΩΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

[ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ Ή ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ]

9.1 ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ [ΧΩΡΟΣ, ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ,ΦΩΤΙΣΜΟΣ,ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ]

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

9.2 ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΣΩΣΤΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

9.3 ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΛΕΙΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

10. ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

10.1 ΕΙΜΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΥ [ΒΑΡΔΙΕΣ ,ΑΡΓΙΕΣ]

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

10.2 ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΥΕΛΙΞΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΥ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

10.3 ΚΑΝΕΤΕ ΥΠΕΩΡΙΕΣ ΛΟΓΩ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ ΔΙΑΦΩΝΩ ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ ΣΥΜΦΩΝΩ

10.4 ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ

ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΣΧΕΔΟΝ

11. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

11.1 ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΚΑΙΝΟΥΡΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΣΑΣ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

11.2 ΕΙΜΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

11.3 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΟΥ ΜΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ , ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΙ ΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΜΟΥ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

11.4 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΟΥ ΜΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΓΙΑ ΑΝΕΛΙΞΗ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

11.5 ΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ, ΣΥΝΕΔΡΙΑ, ΗΜΕΡΙΔΕΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

12. ΑΣΦΑΛΕΙΑ

12.1 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΔΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

12.2 ΕΠΡΡΕΑΣΕ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΑΣ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

12.3 ΚΑΝΕΤΕ ΚΑΙ ΑΛΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΟΓΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΤΕΝΟΤΗΤΑΣ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

12.4 ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΝΑ ΑΔΙΑΦΟΡΕΙΤΕ ΕΝ ΩΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ [ΕΣΚΕΜΕΝΑ] ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΧΑΜΗΛΩΝ ΑΠΟΛΑΒΩΝ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ

13. ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΜΟΣ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

13.1 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΙΣ ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ ΣΑΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

13.2 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

13.3 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΑΡΑΤΑΞΗ ΠΟΥ ΨΗΦΙΖΕΤΕ ΣΤΙΣ ΕΚΛΟΓΕΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΑΣ ΠΑΡΑΤΑΞΗ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

13.4 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΧΡΗΣΙΜΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ Η ΕΝΕ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

13.5 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΔΕ ΠΟΥ ΙΔΡΥΘΗΚΕ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΤΩΝ ΔΕ ΣΕ ΙΣΟΤΙΜΟ ΤΩΝ ΤΕ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ

13.6 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΔΙΚΑΙΗ ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟ /ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΙΚΡΟ ΟΥΤΕ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΓΑΛΟ