
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

Εργασιακή επικοινωνία επαγγελματιών υγείας: οι επιπτώσεις
στην ικανοποίηση των εργαζομένων

Φουσταλιεράκη Δέσποινα

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»**

Εργασιακή επικοινωνία επαγγελματιών υγείας: οι επιπτώσεις
στην ικανοποίηση των εργαζομένων

Φουσταλιεράκη Δέσποινα, Α.Μ.: ΔΥ/1248

Επιβλέπων: Φαφαλιού Ειρήνη / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια / 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

Doctor and nurse inter-professional communication: the impact
on health care professional's satisfaction

Foustalieraki Despina

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

Ευχαριστίες

Πρώτα απ' όλα, θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέποντα, της διπλωματικής εργασίας μου, καθηγήτρια κα. Ειρήνη Φαφαλιού, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους και συναδέλφους μου, που εργάζονται στα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία στην περιφέρεια της Αττικής, όπου με την πολύτιμη βοήθειά τους κατάφερα να συλλέξω όσο το δυνατόν περισσότερα ερωτηματολόγια για την έρευνά μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου που με υπομονή και κουράγιο τους πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Εργασιακή επικοινωνία επαγγελματιών υγείας: οι επιπτώσεις στην ικανοποίηση των εργαζομένων

Σημαντικοί Όροι: αποτελεσματική εργασιακή επικοινωνία, πληροφόρηση, ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, ικανοποίηση εργαζομένων, συνεργασία

Περίληψη

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών σε οποιοδήποτε τομέα της οικονομίας αποτελεί κρίσιμη παράμετρο για την εύρυθμη λειτουργία μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Η εύρυθμη λειτουργία και αποτελεσματική επικοινωνία σε έναν οργανισμό αποτελούν σημαντικό στόχο και για την επιτυχή διοίκηση των μονάδων υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου και της επίδρασης της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα στην ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα αυτό.

Μεθοδολογία: Για την επίτευξη των στόχων μας, κατ' αρχήν γίνεται μία επισκόπηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και στη συνέχεια διενεργείται εμπειρική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίων. Η έρευνα πεδίου αποσκοπεί στην καταγραφή και συσχέτιση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα και αφορούν την εργασιακή επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας και τις επιπτώσεις στην ικανοποίησή τους.

Αποτελέσματα : Η τέχνη της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι μια δεξιότητα που μαθαίνεται με τα χρόνια και την αντιμετώπιση διάφορων καταστάσεων. Στο χώρο του νοσοκομείου απαιτείται συνεχής βελτίωση με την ανάπτυξη ικανοτήτων. Θα πρέπει να υπάρχει αρμονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Θα πρέπει να υπάρξει καλύτερη συνεργασία γιατρών και νοσηλευτών καθώς οι δεύτεροι δεν την θεωρούν τόσο καλή όσο οι πρώτοι. Θα πρέπει να υπάρχει καλή και άμεσα διαθέσιμη ενημέρωση σχετικά με τις πληροφορίες που χρειάζονται για τους ασθενείς, κάτι που έρευνά μας έδειξε ότι δεν ισχύει το ίδιο στους νοσηλευτές όπως ισχύει στους γιατρούς. Ένα ακόμα βασικό στοιχείο είναι η άμεση πρόσληψη επιπλέον προσωπικού καθώς οι νοσηλευτές αλλά κυρίως οι γιατροί δήλωσαν ότι υπάρχει πολύ μεγάλος φόρτος εργασίας αλλά και συναισθηματικός (επαγγελματική εξουθένωση) κάτι που στην

καθημερινή κλινική πράξη υπονομεύει σημαντικά την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεπάγεται φτωχή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και μείωση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης. Τέλος, ένα ακόμα βασικό πρόβλημα είναι η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και άλλοι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης. Ως συνέπεια, η επιτυχία στη διαπροσωπική και την οργανωτική επικοινωνία καθορίζουν, σε μεγάλο βαθμό, τη συνολική επιτυχία των υπηρεσιών υγείας.

Προτάσεις : Οι ελλείψεις σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, που είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας της χώρας μας σε συνδυασμό με το εργασιακό περιβάλλον υψηλών απαιτήσεων, καθιστούν αναγκαία τη βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Doctor and nurse inter-professional communication: the impact on health care professional's satisfaction

Keywords: effective working communication, information, medical and nursing staff, collaboration

Abstract

Effective communication among professionals in any sector of the economy is a critical parameter for the proper functioning of a business or an organization. Good functioning and effective communication within an organization can be one of the most important targets in order for health units to achieve successful management.

The aim of the present study is to investigate the role and impact of communication on health services, in particular the health care professional's satisfaction.

Methodology: To achieve our goals, at the beginning we have made an overview of the relevant Greek and international literature and afterwards an empirical research was conducted using questionnaires. The aim of this research is to identify and correlate data from the answers of the participants of this research concerning the communication among the health care professionals and the impact that this communication may have on their own satisfaction in a direct way and on their patients' satisfaction in an indirect way.

Results: Effective communication is a skill obtained over the years and through the treatment of various incidents in the hospital. Hospital services require continuous improvement through the development of communication skills of the personnel. There must also be smooth cooperation between health care professionals. According to the facts, there should be better cooperation between doctors and nurses since nurses do not consider it as a good one. Information in the patient's file should be thorough and available to the personnel, something that our research has shown that this does not apply to nurses as it applies to doctors. Another important element is the immediate recruitment of additional personnel, as nurses but mostly doctors have declared that there is very heavy workload, both physical and emotional (burnout), and as a consequence effective communication is undermined significantly in everyday clinical practice and results in both poor quality of health care services and reduced job satisfaction. Last but not least, there are other multiple problems such as the lack in supportive behavior and motivation both from colleagues and superiors, the existence of

conflicts among members of the treating team, the ambiguity of roles, the different levels in hierarchy, the lack in organizational and other administrative factors resulting in a reduced challenge of enduring possible extra working fatigue. As a result and to a large extent, success in inter-personal and organizational communication determines the overall success in how health services are being provided.

Suggestions: The shortage of human and material resources, which is an important feature of our country's health system, combined with the highly demanding working environment; make the need for improvement of relations and communication between the health care professionals even more mandatory.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Έπικοινωνία.....	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Έπικοινωνία	3
1.3 Σπουδαιότητα της επικοινωνίας.....	6
1.4 Ανακεφαλαίωση.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Έννοιες και Ορισμοί.....	9
2.1 Εισαγωγή	9
2.2 Οργανωσιακή ψυχολογία και συμπεριφορά	9
2.3 Ψυχολογία των ατομικών Διαφορών	11
2.4 Η θεωρία των χαρακτηριστικών (trait theory).....	12
2.4.1 Το μοντέλο των πέντε παραγόντων	13
2.5 Η έννοια της παρακίνησης και ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας.	15
2.6 Εργασιακές στάσεις θετικές και Αρνητικές Συμπεριφορές στην εργασία.	16
2.7 Η έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	17
2.8 Εργασιακό Άγχος.....	26
2.8.1 Τα αίτια δημιουργίας του εργασιακού άγχους.....	30
2.8.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τη θέση εργασίας και το οργανωσιακό κλίμα ως πηγές άγχους.....	30
2.8.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τον ρόλο του/ της εργαζομένου/ης ως πηγές άγχους	32
2.8.4 Παράγοντες που σχετίζονται με τις σχέσεις στην εργασία ως πηγές άγχους. ...	36
2.8.5 Συνέπειες και συμπτώματα του εργασιακού άγχους	37
2.9 Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)	39
2.9.1 Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	41
2.10 Ανασκόπηση μελετών.....	45
2.11 Ανακεφαλαίωση.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μεθοδολογία της έρευνας	53
3.1 Εισαγωγή	53
3.2 Ερευνητική μεθοδολογία	53
3.3 Σχεδιασμός και Κατάρτιση Ερωτηματολογίου.....	54
3.4 Δομή Ερωτηματολογίου	55
3.5 Ανακεφαλαίωση.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:Ανάλυση Δεδομένων-Αποτελέσματα	57
4.1 Εισαγωγή	57
4.2 Δημογραφικά στοιχεία- Προσωπικά στοιχεία	57
4.3 Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα- Απογοήτευση.....	59
4.4 Πληροφόρηση- Συνεργασία μεταξύ των τμημάτων.	66
4.6 Αιτίες που οφείλονται οι μεγαλύτερες ελλείψεις στην επικοινωνία.....	73
4.7 Ανακεφαλαίωση.....	78
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	79
Βιβλιογραφία	83

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 4.1:Προσωπικά στοιχεία.....	55
-------------------------------------	----

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 4.1: Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα.....	56
Διάγραμμα 4.2:Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία Γιατροί Δημοσίου.....	58
Διάγραμμα 4.3: Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία Γιατροί Ιδιωτικού.....	58
Διάγραμμα 4.4: Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία Νοσηλευτές Δημοσίου.....	59
Διάγραμμα 4.5: Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία Νοσηλευτές Ιδιωτικού.....	60
Διάγραμμα 4.6: Απογοήτευση- Επιβράβευση.....	61
Διάγραμμα 4.7: Απογοήτευση σύγκριση Άντρας- Γυναίκα	62
Διάγραμμα 4.8: Επιβράβευση σύγκριση Άντρας- Γυναίκα	62
Διάγραμμα 4.9: Συνεργασία.....	64
Διάγραμμα 4.10: Πληροφόρηση.....	64
Διάγραμμα 4.11: Γιατροί: Συνεργασία- Πληροφόρηση σε σχέση με την εμπειρία.....	66
Διάγραμμα 4.12: Νοσηλευτές: Συνεργασία- Πληροφόρηση σε σχέση με την εμπειρία.....	67
Διάγραμμα 4.13: Συνεργασία Γιατρών- Νοσηλευτών σε σχέση με τα τμήματα.....	69
Διάγραμμα 4.14: Φόρτος Εργασίας.....	70
Διάγραμμα 4.15: Πληρότητα.....	71
Διάγραμμα 4.16: Γιατροί: Σύγκριση φόρτου εργασίας σε σχέση με τα τμήματα.....	72

Διάγραμμα 4.17: Νοσηλευτές: Σύγκριση φόρτου εργασίας σε σχέση με τα τμήματα.....	73
Διάγραμμα 4.18: Γιατροί/ πτέρυγα στα Δημόσια Νοσοκομεία	74
Διάγραμμα 4.19: Νοσηλευτές/πτέρυγα στα Δημόσια Νοσοκομεία	74
Διάγραμμα 4.20: Γιατροί/ πτέρυγα στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία	74
Διάγραμμα 4.21: Νοσηλευτές / πτέρυγα στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Επικοινωνία

1.1 Εισαγωγή

Ως «επικοινωνία» θεωρείται μία αμφίδρομη διαδικασία, κατά την οποία διάφορες πληροφορίες ανταλλάσσονται και γίνονται κατανοητές από δύο ή περισσότερους ανθρώπους. Αποτελεί γέφυρα ανάμεσα στους στόχους, στα πρότυπα απόδοσης και στην επιτυχία των εργαζομένων. (Μπιτσώρη Ζωή, 2013)

Η φύση της επικοινωνίας είναι συνεχής, καθώς τα πάντα αποτελούν πιθανές πηγές πληροφορίας. Το είδος των πληροφοριών εξαρτώνται από τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του ατόμου την συγκεκριμένη χρονική στιγμή που μεταδίδεται η πληροφορία. Με τον τρόπο αυτό, κάθε φορά, αποδίδεται διαφορετικό νόημα και σκοπό σε κάθε επικοινωνιακή διαδικασία.

Ένας ακόμα ορισμός της επικοινωνίας μπορεί να θεωρηθεί η ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων, απόψεων και συναισθημάτων ανάμεσα σε πρόσωπα με τη χρήση του λόγου ή άλλων μέσων.

Για να είναι οι επικοινωνιακές σχέσεις αποτελεσματικές, προϋποθέτει την ανάπτυξη ικανοτήτων έτσι ώστε να εδραιωθεί η αποδοχή μεταξύ αυτών που επικοινωνούν, στην έκφραση των συναισθημάτων, στην εξοικείωση με την γλώσσα του σώματος και την ανταλλαγή των μηνυμάτων. Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών δεν εξασφαλίζει τη βελτίωση της μεταξύ τους σχέσης, ωστόσο αποτελεί βασικό στοιχείο για μία θετική προσέγγιση.

Η επικοινωνία σε οποιοδήποτε κλάδο είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την εύρυθμη λειτουργία μιας επιχείρησης. Η εύρυθμη λειτουργία και αποτελεσματική επικοινωνία σε έναν οργανισμό αποτελεί σημαντικό στόχο της διοίκησης και ιδιαίτερα στα επαγγέλματα υγείας. Είναι ένα θέμα που απασχολεί ιδιαίτερα τον κλάδο της υγείας.

Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχή διοίκηση των μονάδων υπηρεσιών υγείας. Είναι γνωστό ότι σε αυτούς τους χώρους επικρατούν προβλήματα στις σχέσεις του προσωπικού, με αποτέλεσμα την εκδήλωση συγκρούσεων ή αντιπαραθέσεων, οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν σε σύντομο χρονικό διάστημα είναι δυνατόν να αποσυντονίσουν ακόμα και την λειτουργία ολόκληρου του οργανισμού. Συνεπώς είναι πολύ σημαντικός παράγοντας ο ρόλος της αποτελεσματικής

επικοινωνίας για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών των ατόμων και των ομάδων για την επίτευξη των στόχων του.

Ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζεται θετικά από την αποτελεσματική επικοινωνία είναι η ανάλυση του κόστους, καθώς αυτό ελαχιστοποιείται. Η ανάλυση κόστους χρησιμοποιείται κυρίως για τον υπολογισμό του κόστους μίας ιατρικής παρέμβασης ή πράξης. Η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους απαντά στην ερώτηση ποια θεραπεία ή ιατρική παρέμβαση κοστίζει λιγότερο. Αποτελεί το εργαλείο σύγκρισης μεταξύ δύο ή περισσότερων ιατρικών πράξεων ή προγραμμάτων υγείας που παρέχουν ισοδύναμα υγειονομικά αποτελέσματα στο χρήστη και εκτιμά ποιο είναι αυτό με το χαμηλότερο κόστος. Το ζητούμενο κάθε φορά είναι να βρεθεί εκείνη η εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση μεταξύ άλλων κλινικά ισοδύναμων, που θα κοστίζει λιγότερο. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης ελαχιστοποίησης κόστους αποτιμώνται σε χρηματικές μονάδες που δαπανώνται για κάθε αποτέλεσμα.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία διερευνάται η εργασιακή επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας και οι επιπτώσεις στην ικανοποίηση των εργαζομένων.

Η διερεύνηση του θέματος έγινε σε Δημόσια και Ιδιωτικά νοσοκομεία που εδρεύουν στην Αττική. Η μέθοδος που υιοθετήθηκε για την έρευνα πεδίου είναι ερωτηματολόγια (περίπου 100) που αποτελούν συνδυασμό και προσαρμογή από ερωτηματολόγια προηγούμενων ερευνών. Λόγω του σύντομου χρόνου που διερευνήθηκε η παρούσα διπλωματική, εστιάστηκε κυρίως σε γιατρούς και νοσηλευτές του χειρουργικού και το παθολογικού τομέα

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται μια εισαγωγή του τι περιγράφεται και αναλύεται στην παρούσα εργασία. Παρουσιάζεται και αναλύεται η έννοια της επικοινωνίας καθώς και η σπουδαιότητά της στους χώρους εργασίας και ιδιαίτερα στα επαγγέλματα υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται εκτενώς οι ορισμοί ψυχολογία των ατομικών διαφορών, η θεωρία των χαρακτηριστικών, οργανωσιακή κουλτούρα και εργασιακό άγχος. Αναφέρονται οι εργασιακές στάσεις και οι θετικές και αρνητικές συμπεριφορές. Επίσης, περιγράφεται ο συσχετισμός των παραπάνω εννοιών και πως αυτές επηρεάζουν την συμπεριφορά και την επικοινωνία. Τέλος, αναφέρονται προηγούμενες σχετικές έρευνες καθώς και τα ευρήματα σχετικών εκθέσεων.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας και γίνεται περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου και των μεθόδων που ακολουθηθήκαν για την επεξεργασία του, τη διανομή του ερωτηματολογίου και τα χαρακτηριστικά του υπό διερεύνηση ερωτηματολογίου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται και αναλύονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εν λόγω έρευνα με διαγράμματα και στατιστικές αναλύσεις.

Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα κύρια συμπεράσματα που διεξήχθησαν και οι προτάσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στο συγκεκριμένο ζήτημα.

1.2 Επικοινωνία

Η επικοινωνία αποτελεί μια αντανάκλαση του τι γνωρίζουν οι συμμετέχοντες, πως σκέφτονται και αισθάνονται, τι ικανότητες διαθέτουν ή με μια λέξη, μια αντανάκλαση του ποιοι πραγματικά είναι. Μια ιδανική επικοινωνία περιλαμβάνει την εδραίωση και τη διατήρηση εμπιστοσύνης, την ικανότητα ενεργητικής ακρόασης, τη διαχείριση χρόνου, τη διαμόρφωση και τη διατύπωση ξεκάθαρων ιδεών.

Σύμφωνα με την Ζωή Μπιτσώρη (2013), η επικοινωνία προϋποθέτει έναν πομπό, ένα δέκτη και την μετάδοση/ανταλλαγή μηνυμάτων μέσω ενός καναλιού επικοινωνίας. Δύο διαφορετικοί άνθρωποι σπάνια βλέπουν το ίδιο πράγμα σε ένα μήνυμα, αφού έχουν διαφορετικές αντιληπτικές δυνατότητες. Για να υπάρξει επικοινωνία, ο αποστολέας πρέπει να γνωρίζει τι είναι ικανός ο παραλήπτης, ο πραγματικός δέκτης του μηνύματος να δει και να ακούσει. Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας «μετράται» με τον βαθμό στον οποίο το μήνυμα που έχει κατά νου ο πομπός φθάνει «ανέγγιχτο» στο δέκτη. Τα εμπόδια για μια αποτελεσματική επικοινωνία σχετιζόμενα με τον πομπό, είναι η λανθασμένη ανάλυση του ακροατηρίου, η έλλειψη σαφήνειας λανθασμένη επιλογή του μέσου επικοινωνίας, ο τρόπος επικοινωνίας, ο τρόπος παρουσίασης, η αδυναμία δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στα άτομα που επικοινωνούν, η λάθος ερμηνεία και η μη-χρησιμοποίηση της αναπληροφόρησης (όταν δεν υπάρχει αξιοποίηση ή κατανόηση των σημάτων ανταπόκρισης» που στέλνει ο δέκτης). (Montan PJ. & Charnow, 2002; Μπιτσώρη Ζωή, 2013, σ. 67)

Τα εμπόδια στην αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας σχετιζόμενα με το δέκτη είναι τα βασικά συμπεράσματα, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το θέμα, η αρνητική αντίληψη για το πομπό, ο δέκτης να «ακούει αυτά που θέλει να ακούσει» χωρίς να φιλτράρει το μήνυμα και οι ψυχολογικές, νοητικές και συναισθηματικές μεροληψίες. Ο δέκτης του μηνύματος θα πρέπει να ακούει προσεκτικά τον πομπό, κατανοώντας την θέση και τα συναισθήματα του χωρίς από να σημαίνει ότι κατ' ανάγκη αποδέχεται και το μήνυμα που εκπέμπει. (Swansburg R, 1999; Μπιτσώρη Ζωή, 2013, p. 67)

Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχή διοίκηση των μονάδων υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί γέφυρα ανάμεσα στους στόχους στα πρότυπα απόδοσης, και την ικανοποίηση των εργαζομένων.

Η νοσηλευτική και η Ιατρική είναι άρρηκτα συνυφασμένες με την νοσοκομειακή περίθαλψη. Η καλύτερευση των ασθενών εξαρτάται από τις δεξιότητες των γιατρών στη διάγνωση και στη θεραπεία αλλά και στην διαρκή παρατήρηση των νοσοκόμων και των ικανοτήτων τους έτσι ώστε να μεταφέρουν σωστές πληροφορίες.

Η σχέση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών στα νοσοκομεία δεν ήταν ποτέ συμμετρική. Τα δύο επαγγέλματα κοιτάζανε την συνεργασία τους από διαφορετικές οπτικές γωνίες σε σχέση με την φροντίδα του ασθενούς, από διαφορετικά επίπεδα σε σχέση με την ιεραρχία και από διαφορετικές πλευρές λόγω του χάσματος των δύο φύλων. Η συνεργασία γιατρού- νοσηλευτή υπήρξε πάντα κοινωνιολογικά ελκυστική λόγω της φύσης του επαγγέλματος, της δύναμης και των φύλων. Από την αρχή της μελέτης που γινόταν στα διάφορα επαγγέλματα, υπήρξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα επαγγέλματα υγείας και ιδιαίτερα την σχέση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών. Το θέμα έχει αναλυθεί εκτενώς από διάφορους κοινωνιολόγους. Οι κοινωνιολόγοι έχουν παράσχει σημαντικές συνεισφορές στην κατανόηση της δυναμικής των επαγγελμάτων του νοσοκομείου, αλλά αυτή η γνώση έχει παραμείνει θεωρητική και ακαδημαϊκή. Κατά την τελευταία δεκαετία, ωστόσο, μια πιο πρακτική σκοπιά συνεργασίας στο νοσοκομείο έχει εφαρμοστεί. Αυτές οι μελέτες επικεντρώνονται στη δια-επαγγελματική συνεργασία ως προϋπόθεση για την αποτελεσματική φροντίδα υγείας που σχετίζεται με το τελικό αποτέλεσμα των ασθενών. (UnniI Krogstad & Dag Hofoss & Per, 2004, σσ. 491-497)

Η τέχνη της επικοινωνίας είναι απαραίτητη σε κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα και επαφή. Ειδικά στη κλινική ιατρική, η ικανότητα για επικοινωνία δεν βοηθάει μόνο στις δημόσιες σχέσεις, αλλά και στην ίδια την ουσία της. Δηλαδή στη λήψη ενός καλού ιστορικού από τον ασθενή, στην παροχή επεξηγήσεων, οδηγιών και συμβουλών προς τον ασθενή και στην ψυχολογική στήριξή τους κατά την πορεία της νόσου. (Παπαγιάννης Δρ Αντώνιος, 2010, σ. 44)

Σύμφωνα με τον Δρ. Αντώνιο Παπαγιάννη, ως επικοινωνία μπορεί επίσης να οριστεί η ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων, απόψεων και συναισθημάτων ανάμεσα σε πρόσωπα, με χρήση του λόγου ή άλλων μέσων. Αναφέρει επίσης ότι η επικοινωνία με τον άρρωστο είναι ένα επιμέρους τμήμα της «μακρής τέχνης» της Ιπποκρατικής Ιατρικής. Δεν βασίζεται τόσο στην έμφυτη ικανότητα, όπου διαφέρει από άνθρωπο σε

άνθρωπο, όσο στην απαραίτητη εκπαίδευση και την εμπειρία που αποκτά κανείς κατά την άσκησή της. (Παπαγιάννης Δρ Αντώνιος, 2010, σσ. 44,49)

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας. Αυτοί μπορούν να θεωρηθούν η πολυπλοκότητα και η πληθώρα των μηνυμάτων, ενώ από την πλευρά του δέκτη μπορεί να θεωρηθεί αντίστοιχα η έλλειψη προσοχής, η βιαστική αξιολόγηση και η έλλειψη κοινού λεξιλογίου. Όσο πιο εξειδικευμένη μπορεί να είναι η νοσηλευτική εργασία, τόσο πιο περίπλοκη γίνεται και η επικοινωνία. Για παράδειγμα στα μεγάλα νοσοκομεία όπου οι νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με ιατρούς πολλών ειδικοτήτων, με ειδικευόμενους, με φαρμακοποιούς κ.α., η επανάληψη της ίδιας πληροφορίας αποτελεί συχνό φαινόμενο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η επικοινωνία αυτή μπορεί να γίνει είτε προφορικά είτε μέσω τηλεφώνου, σημειώσεων και φύλλων νοσηλείας.

Πολλά προβλήματα δημιουργούν οι ασαφείς και πολύπλοκες οδηγίες των ιατρών, οι ταυτόχρονες εντολές από διαφορετικούς ιατρούς καθώς και η κόπωση που οδηγεί σε έλλειψη προσοχής και κατ' επέκταση στην ανομοιογενή αντίληψη της έννοιας του επείγοντος. (Grover SM., 2005, pp. 53(4): 177-82; Μπιτσώρη Ζωή, 2013, p. 68; Keatinge D & Bellchambers H & Bujack E & Cholowski K & Conway J & Neal P., 2002, pp. 8(1):16-22)

Εμπόδια στην επικοινωνία θεωρούνται, ακόμη και ο έντονος τόνος της φωνής, η «σφιγμένη» γλώσσα του σώματος, η βίαιη συμπεριφορά καθώς και οι συναισθηματικές εκρήξεις. Η ποιότητα των πληροφοριών που ανταλλάσσονται μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών εξαρτάται από τις προηγούμενες επαφές του νοσηλευτή με τον ιατρό. Αν ο νοσηλευτής φοβάται και έχει κακές προηγούμενες εμπειρίες, είναι πιθανό να μην δώσει αρκετές πληροφορίες. (Iacono M., 2003, pp. 8(1):42-6) (Arford PH., 2005, pp. 23(2):72-7,55)

Ένας άλλος παράγοντας που υπονομεύει την αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι δύο ξεχωριστές επαγγελματικές κουλτούρες ιατρών-νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές, περνώντας περισσότερο χρόνο με τον ασθενή, επικεντρώνονται περισσότερο στην φροντίδα του και όχι στη θεραπεία του. Επίσης, ενδιαφέρονται περισσότερο για τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ιατρούς, αντίθετα οι ιατροί ενδιαφέρονται για την λήψη δομημένων πληροφοριών από τους νοσηλευτές. Άλλα εξίσου σημαντικά εμπόδια θεωρούνται η απουσία ή η λανθασμένη τήρηση αρχείου, επίσης η απουσία σεβασμού του χρόνου των συνεργατών καθώς και η απασχόληση τους κατά την ώρα

διαλείμματος. (Frederich ME & Strong R & Gunten CF., 2002, pp. 5(1):155-8; Μπιτσώρη Ζωή, 2013, p. 68)

1.3 Σπουδαιότητα της επικοινωνίας

Η φροντίδα υψηλής ποιότητας των ασθενών εξασφαλίζεται με την καλή επικοινωνία. Οι ιατροί έχουν στενή συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό και η συνεργασία μεταξύ των δυο επαγγελματιών υγείας είναι αρκετά δύσκολη, κυρίως στη διαχείριση των αποφάσεων. Η έλλειψη υπομονής, από πλευράς ιατρών, η άρνηση να απαντήσουν σε ερωτήσεις ή στις επαναλαμβανόμενες κλήσεις των νοσηλευτών, η αρνητική κριτική, τα φυλετικά ή τα εθνικά σχόλια είναι συμπεριφορές που δηλώνουν έλλειψη σεβασμού απέναντι στους νοσηλευτές, προκαλώντας με αυτό τον τρόπο πίεση και σύγκρουση στον εργασιακό χώρο. (Kelly, 2006, σσ. 25(1):22-8)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Casanova και συν., για μια επιτυχή επικοινωνία, ο επαγγελματικός σεβασμός είναι απαραίτητος. Οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών προκύπτει από τον διαφορετικό τρόπο εργασίας, καθώς οι νοσηλευτές εστιάζουν στην ομαδική εργασία ενώ οι ιατροί αποδίδουν στον εαυτό τους κυρίαρχο ρόλο στην παροχή φροντίδας. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργείται ένα αρνητικό κλίμα το οποίο εύκολα πυροδοτεί αρνητικές συμπεριφορές, επηρεάζοντας έτσι την επικοινωνία. (Casanova J & Day K & Dorpat D & Hendricks B & Theis L & Wiesman S., 2007, σσ. 37(2):68-70)

Οι Schmidt και Svarstad, υποστήριξαν ότι, η αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο των νοσοκομείων, μέσω της ομαδικής συνεργασίας, βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και κατά συνέπεια συμβάλλει στη μείωση των δαπανών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους. (Schmidt IK & Svarstad BL., 2002, σσ. 54(12):1767-77.)

Σύμφωνα με τους Vazirani και συν., η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και νοσηλευτή επηρεάζεται αρνητικά με τον κυριαρχικό τρόπο συμπεριφοράς του πρώτου. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στη διαφορετική φιλοσοφία εργασίας, στην ευθύνη και στην εκπαίδευση. Οι περισσότεροι ιατροί ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την κατάσταση του ασθενούς. Επίσης, σύμφωνα με τους Reader & Flin και συν., η αποτελεσματική επικοινωνία μέσα στο χώρο του νοσοκομείου και ιδιαίτερα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι αυτή που διασφαλίζει την αποτελεσματική συνεργασία και κατ' επέκταση την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του ασθενούς. (Vazirani S & Hays RD & Shapiro MF & Cowan M., 2005, σσ. 14(1):71-7) (Reader

TW & Flin R & Mearns K & Cuthbertson BH., 2007, σσ. 98(3):347-52.; Vazirani S & Hays RD & Shapiro MF & Cowan M., 2005, σσ. 14(1):71-7)

Η Μπιτσώρη αναφέρει ότι το σύστημα υγείας απαιτεί από τους νοσηλευτές να επικοινωνούν επιτυχώς και να είναι αποτελεσματικοί τόσο στην παροχή φροντίδας συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης όσο και στις σχέσεις με τους ιατρούς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης των Puntillo και συν., οι ιατροί ήταν περισσότερο αισιόδοξοι στην ενημέρωση των ασθενών και λιγότερο σαφείς, ακριβείς και ρεαλιστές στην πρόγνωση της νόσου. Χρησιμοποιούσαν συνεχώς ιατρική ορολογία, απομακρύνονταν νωρίς από τον ασθενή και απέφευγαν την οικογένεια, με αποτέλεσμα να υπάρχει κακή επικοινωνία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών-ασθενών. Παράλληλα, επέτρεπαν στους νοσηλευτές να διευκρινίζουν τις λεπτομέρειες, συχνά όμως αγνοούσαν τις απόψεις τους. Σήμερα, η επικοινωνία των ιατρών με τους νοσηλευτές παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας όπου ο σύγχρονος νοσηλευτής συντονίζει τις δραστηριότητες όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και τους ενημερώνει επαρκώς. (Puntillo KA & Mc Adam JL., 2006, σσ. 34(11 Suppl):S332-40.; Van den Brink-Muinen A., 2002, σσ. 48(3):199-200; Karima AEL & Wafaa F., 2011, σσ. 8 (2) :140-146; Tjia J & Mazor MK & Field T & Meterko V & Spenard A & Gurwitz HJ., 2009, σσ. 5(3):145-152; Μπιτσώρη Ζωή, 2013, σ. 69)

1.4 Ανακεφαλαίωση

Έχοντας αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο των νοσοκομείων, με την ομαδική συνεργασία, βελτιώνονται τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών και κατ' επέκταση αυτό συμβάλλει στη μείωση των δαπανών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους. Συμπερασματικά, απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή διαχείριση των ασθενών αποτελεί η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Για την καλύτερη κατανόηση της επικοινωνίας και πώς αυτή διαφοροποιείτε, παρακάτω θα αναφέρουμε και θα αναλύσουμε την οργανωσιακή ψυχολογία και συμπεριφορά και πώς φαίνονται στο χώρο εργασίας. Θα αναφέρουμε το μοντέλο των πέντε παραγόντων και τη σημασία του καθώς και την οργανωσιακή κουλτούρα στο χώρο της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Έννοιες και Ορισμοί

2.1 Εισαγωγή

Στο προηγούμενο κεφάλαιο έγινε μια σύντομη ανασκόπηση του τι αφορά η συγκεκριμένη εργασία καθώς και μια αναφορά του τι θα αναλυθεί σε κάθε κεφάλαιο της εργασίας. Αναφέρθηκαν και αναλύθηκαν διάφοροι ορισμοί που έχουν δοθεί για την επικοινωνία. Με την ανάλυση των ορισμών επιχειρήθηκε να διευκρινιστεί η σημασία της επικοινωνίας ιδιαίτερα στα επαγγέλματα υγείας και πως μπορεί αυτή να επηρεαστεί και να επηρεάσει. Στις ενότητες που ακολουθούν γίνεται μια εκτενής ανάλυση των ορισμών της οργανωσιακής ψυχολογίας και συμπεριφοράς και πως αυτές λειτουργούν γενικότερα στο χώρο εργασίας αλλά και στις υπηρεσίες υγείας. Αναφέρονται και αναλύονται η θεωρία των χαρακτηριστικών, η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας και το εργασιακό άγχος για την καλύτερη κατανόηση της επικοινωνίας και πώς αυτή επηρεάζεται από αυτούς τους παράγοντες.

2.2 Οργανωσιακή ψυχολογία και συμπεριφορά

Η οργανωσιακή ψυχολογία αποτελεί έναν από τους εφαρμοσμένους κλάδους της ψυχολογίας με ανάπτυξη με μεγάλες προοπτικές, ιδιαίτερα στη Δυτική Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Η Βακόλα και Νικολάου ορίζουν την ψυχολογία ως την επιστήμη της μελέτης των πνευματικών διαδικασιών και της συμπεριφοράς, η οποία ερευνά τον τρόπο που λειτουργούν οι διαδικασίες αυτές καθώς και την ανθρώπινη συμπεριφορά, με την χρήση επιστημονικών μεθόδων. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σ. 22)

Η οργανωσιακή συμπεριφορά από την άλλη, αποτελεί ένα συγγενές επιστημονικό πεδίο με την Οργανωσιακή Ψυχολογία, αποτελώντας ουσιαστικά κλάδο της διοικητικής επιστήμης (management). Σύμφωνα με τον Gordon (2002), η οργανωσιακή συμπεριφορά μελετάει τις συμπεριφορές και τις στάσεις των ανθρώπων στους οργανισμούς ενώ οι Robbins και Judge (2007) την ορίζουν ως το επιστημονικό πεδίο που μελετάει την επίδραση των ατόμων, των ομάδων και της οργανωσιακής απόδοσης. Η οργανωσιακή Ψυχολογία επίσης μελετάει την συμπεριφορά και τις στάσεις των ανθρώπων στον χώρο εργασία τους, δίνοντας έμφαση στην επίδρασή τους στην απόδοση του οργανισμού, αναμενόμενο καθώς αποτελεί κλάδο της διοικητικής

επιστήμης (management). (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 22-23), (Gordon JR., 2002), (Robbins S & Judge T., 2007)

Στην Ελλάδα ο κλάδος της Οργανωσιακής Ψυχολογίας αναπτύχθηκε αρχικά στα τμήματα Ψυχολογίας, ενώ η οργανωσιακή Συμπεριφορά σε τμήματα Διοίκησης Επιχειρήσεων, κάτι που είναι αρκετά συνηθισμένο και στο εξωτερικό. Παρόλα αυτά η εξέλιξή του σε πανεπιστημιακό επίπεδο δεν ήταν η αναμενόμενη. Πιο ειδικά στα τμήματα Ψυχολογίας σε κάποια μόνο τμήματα υπάρχει μικρός αριθμός διδασκόντων, ενώ σε κάποια άλλα οι απόφοιτοι ψυχολογίας μπορεί να μην έρθουν καθόλου σε επαφή και γνωριμία με το αντικείμενο λόγω της έλλειψης ειδικών διδασκόντων και σχετικών μαθημάτων. Η εικόνα φαίνεται να είναι καλύτερη στα πανεπιστημιακά τμήματα οργάνωσης και διοίκησης. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σ. 30)

Τα τελευταία χρόνια έχει κάνει έντονα την εμφάνισή της, στο χώρο της Διοίκησης Επιχειρήσεων, μια προσπάθεια για τη διάδοση και πρακτική εφαρμογή μεταξύ διοικητικών στελεχών, των περισσότερο και καλύτερα τεκμηριωμένων επιστημονικών προσεγγίσεων της Διοικητικής Επιστήμης,. Η κίνηση αυτή ονομάζεται Evidence Based Management- EBM, και έχει τις καταβολές της στην ιατρική επιστήμη. Σύμφωνα με το EMB, οι τεκμηριωμένες επιστημονικές πρακτικές της διοικητικής επιστήμης πρέπει να «μεταφέρει» στους οργανισμούς, κάτι που, παρόλο που ακούγεται εύκολο, είναι αρκετά δύσκολο.

Η επιτυχημένη εφαρμογή του EBM απαιτεί την αποτελεσματική «μεταφορά» της επιστημονικής γνώσης στον χώρο των οργανισμών και των επιχειρήσεων. Επιδιώκει συνεπώς το «γεφύρωμα» του χάσματος μεταξύ έρευνας και πρακτικής, το λεγόμενο research-practice gap. Αυτό επιτυγχάνεται με τα διοικητικά στελέχη να αντλούν πληροφορίες για τις αποφάσεις τους από τις περισσότερες τεκμηριωμένες επιστημονικές προσεγγίσεις (the best available scientific evidence). Τα διοικητικά στελέχη πρέπει να συνηθίσουν, σύμφωνα με το EBM, να αναρωτιούνται: «υπάρχουν τεκμήρια και αποδείξεις για αυτό που ισχυρίζεσαι;». Δυστυχώς η διοικητική επιστήμη έχει πληγεί από διαδεδομένες και καλο-διαφημισμένες, αλλά μη επιστημονικά τεκμηριωμένες «επιστημονικές» απόψεις. Όπως ο γιατρός που πρόκειται να μας χειρουργήσει θέλουμε και πρέπει να στηρίζεται στις πιο πρόσφατα τεκμηριωμένες επιστημονικές προσεγγίσεις, έτσι θα πρέπει να γίνεται και στην άσκηση της Διοίκησης στους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 31-32)

2.3 Ψυχολογία των ατομικών Διαφορών

Καθημερινά στη ζωή μας και ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας μας ερχόμαστε σε επαφή και αξιολογούμε τους ανθρώπους γύρω μας. Αξιολογούμε την συμπεριφορά, την προσωπικότητα και τις ικανότητές τους. Ακούμε αυτά που λένε και προσέχουμε αυτά που κάνουν παρακολουθώντας τις κινήσεις τους στο χώρο. Χρησιμοποιώντας αυτή την πληροφορία κάνουμε λίγες ή περισσότερες υποκειμενικές αξιολογήσεις και τους «χαρακτηρίζουμε». Οι μεταξύ τους διαφορές αναφέρονται όχι μόνο στους τομείς της συμπεριφοράς, ικανοτήτων, προσωπικότητας, αλλά και σε όλο το εύρος της βιοσωματικής, γνωστικής και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου. Οι παραλλαγές που παρατηρούνται μεταξύ των ατόμων του ίδιου είδους αποκαλούνται ατομικές διαφορές. Η μελέτη της φύσης, του είδους και της έκτασης και των διαφορών αυτών, καθώς και των παραγόντων που τις προκαλεί αποτελεί αντικείμενο της Ψυχολογίας των Ατομικών Διαφορών.

Η ψυχολογία των ατομικών διαφορών είναι στενά συνδεδεμένη με την ανάπτυξη του επιστημονικού κλάδου της ψυχομετρίας. Πρόκειται για τον κλάδο της ψυχολογίας, στον οποίο το γνωστικό αντικείμενο είναι η μέτρηση και η αξιολόγηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών και ατομικών διαφορών των ανθρώπων. Για παράδειγμα, των ικανοτήτων και της προσωπικότητας των ενδιαφερόντων. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 35-37)

Η κοινωνιο-γνωστική προσέγγιση στην ψυχολογία δίνει έμφαση στη “δύναμη” του ατόμου να επηρεάσει και “αλλάξει” την εξέλιξή του. Σύμφωνα με την Βακόλα και Νικολάου, έννοιες όπως η αυτεπάρκεια (self- efficacy) και η έδρα ελέγχου (locus of control) κάνουν την εμφάνισή τους προκειμένου να τονίσουν ότι ο άνθρωπος δεν είναι έρμαιο των ορμών και ενστίκτων του. Αντίθετα, οι υποστηρικτικές της κοινωνιο-γνωστικής προσέγγισης τονίζουν ιδιαίτερα το γεγονός ότι ο ανθρώπινος νους επεξεργάζεται τις πληροφορίες που λαμβάνει από το περιβάλλον του και στη συνέχεια, προσδιορίζει τις κινήσεις του και τις αποφάσεις του. Ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα που προέκυψε σαν συνέπεια της κοινωνιο-γνωστικής προσέγγισης ήταν η εξέταση της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του (person-situation interaction ή person-situation controversy). Ερευνητές όπως οι Mischel και Shoda, τόνισαν ιδιαίτερα το γεγονός ότι η συμπεριφορά ενός ανθρώπου επηρεάζεται περισσότερο από το περιβάλλον μέσα στο οποίο καλείται να λειτουργήσει, παρά από τα σταθερά ατομικά χαρακτηριστικά του, όπως υποστηρίζουν οι ερευνητές της θεωρίας των

χαρακτηριστικών (trait theory). (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 60-61) (Mischel W & Shoda Y., 1995, σσ. 246-268)

2.4 Η θεωρία των χαρακτηριστικών (trait theory).

Η θεωρία των χαρακτηριστικών αποτελεί τη πιο σημαντική από τις διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις στη μελέτη της προσωπικότητας στον χώρο της οργανωσιακής ψυχολογίας και συμπεριφοράς. Έχει τις περισσότερες πρακτικές εφαρμογές στην οργανωσιακή ψυχολογία/συμπεριφορά και διοίκηση ανθρώπινων πόρων. Η θεωρία των χαρακτηριστικών στηρίζεται κατά πολύ στους χαρακτηρισμούς και περιγραφές που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι στην καθημερινή τους επικοινωνία. Στη προσπάθειά μας να περιγράψουμε ο ένας τον άλλον δεν χρησιμοποιούμε εκφράσεις, όπως το ασυνείδητο, το εγώ και το υπερεγώ, αλλά επιθετικούς προσδιορισμούς όπως ήσυχος, ήρεμος, αγχώδης, εξωστρεφής, επιθετικός κτλ.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είχαν οριστεί, από έναν από τους σημαντικότερους ερευνητές του χώρου ως “τα σχετικά σταθερά περιγραφικά χαρακτηριστικά ενός ανθρώπου, τα οποία προδιαθέτουν τα άτομα να φέρονται με μια σχετικά παρόμοια συμπεριφορά μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων”. Συνεπώς, σύμφωνα με τον Eysenck, τα χαρακτηριστικά «κατευθύνουν» τους ανθρώπους όταν αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις, να φέρονται με παρόμοιο τρόπο. Παρομοίως, ο Pervin (1993) όρισε τα χαρακτηριστικά ως τη γενική προδιάθεση του ατόμου να συμπεριφέρεται με έναν συγκεκριμένο τρόπο και υποστήριξε ότι τα χαρακτηριστικά είναι τα βασικά δομικά υλικά της ανθρώπινης προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά αυτά, σύμφωνα με τη θεωρία των χαρακτηριστικών, αξιολογούνται σε μια συνεχή κλίμακα, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι όλοι οι άνθρωποι κατέχουν αυτά τα χαρακτηριστικά άλλοι σε μικρότερο και άλλοι σε μεγαλύτερο βαθμό. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 60-61) (Eysenck HJ., 1995, pp. 40-58) (Pervin L., 1993)

Σύμφωνα με τους John Angleitner & Ostendorf, η θεωρία των χαρακτηριστικών προέκυψε αρχικά μέσω της “λεξιλογικής υπόθεσης”, σύμφωνα με την οποία τα περισσότερα βασικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας εμφανίζονται στη φυσική γλώσσα με την μορφή επιθέτων. Ερευνητές, ήδη από την δεκαετία του 1940, όπως ο Allport, επιχείρησαν να κατηγοριοποιήσουν τα χιλιάδες επίθετα που χρησιμοποιούν καθημερινά οι άνθρωποι περιγράφοντας τον εαυτό τους ή έναν άλλο άνθρωπο. Στη συνέχεια ο Cattell μείωσε τα 4.500 χαρακτηριστικά που αρχικά είχαν βρει ο Allport και οι συνεργάτες του καταλήγοντας σε δεκάξι παράγοντες. Κατόπιν, ο Βρετανός

ερευνητής Hans Eysenck παρουσίασε το δικό του μοντέλο της προσωπικότητας περιορίζοντας αυτό τον αριθμό των χαρακτηριστικών σε τρία, ενώ τέλος η πιο πρόσφατη και περισσότερο διαδεδομένη και έγκυρη θεωρία του μοντέλου των πέντε παραγόντων αναφέρεται σε πέντε βασικές διαστάσεις. Η μέθοδος της μείωσης και περιορισμού των χαρακτηριστικών αυτών σε ένα μικρότερο αριθμό πραγματοποιείται μέσω μιας στατιστικής διαδικασίας, που ονομάζεται παραγοντική ανάλυση (factor analysis). Η ανάλυση αυτή ουσιαστικά ομαδοποιεί τα εννοιολογικούς παρόμοια χαρακτηριστικά. Για τον λόγο αυτό, πολύ συχνά στην βιβλιογραφία αναφέρεται εναλλακτικά και ως θεωρία των χαρακτηριστικών των παραγόντων (trait-factor analytic theory). (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 61-62) (John O & Angleitner A & Ostendorf F., 1988, pp. 171-203)

2.4.1 Το μοντέλο των πέντε παραγόντων

Τα τελευταία χρόνια έχει κάνει έντονα την εμφάνισή του στην έρευνα και πρακτική της οργανωσιακής ψυχολογίας/συμπεριφοράς και διοίκησης ανθρωπίνων πόρων το μοντέλο της προσωπικότητας, των πέντε παραγόντων (Five-Factor Model of Personality ή Big- Five) «αναβιώνοντας» ουσιαστικά τον ρόλο και την σημασία της προσωπικότητας, ειδικά στο χώρο εργασίας. Οι υποστηρικτές του μοντέλου Costa & McCrae, (1992) και McCrae & Costa (1987), ισχυρίζονται ότι η προσωπικότητα αποτελείται από πέντε βασικούς και ανεξάρτητους παράγοντες, οι οποίοι παρουσιάζονται παρακάτω. Αναφέρονται επίσης και πως χαρακτηρίζεται ένα άτομο σύμφωνα με τα αποτελέσματα που βγάζει δίνοντας σχετικά τεστ.

Εξωστρέφεια (Extroversion). Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην “ποσότητα” των κοινωνικών σχέσεων που θέλει να έχει ένας άνθρωπος, και περιλαμβάνει χαρακτηριστικά, όπως η εγκαρδιότητα η κοινωνικότητα, τα θετικά συναισθήματα και η δραστηριότητα του ατόμου. Όσοι φέρουν υψηλό σκορ σε αυτό το παράγοντα πιθανότατα είναι άτομα εξωστρεφή και τους αρέσει να βρίσκονται με ανθρώπους γύρω τους και να βλέπουν τη ζωή με αισιοδοξία. Είναι άτομα δραστήρια, «ανήσυχα» πνεύματα, με ενθουσιασμό υψηλή αυτοπεποίθηση και όρεξη να ανακαλύπτουν και να γνωρίζουν καινούργια πράγματα. Αντίθετα, άνθρωποι με χαμηλά επίπεδα εξωστρέφειας συχνά προτιμούν να μείνουν μόνοι τους, αποφεύγοντας τις πολλές και μεγάλες παρέες.

Νευρωτισμός (Neuroticism). Με τον παράγοντα αυτό αξιολογούνται χαρακτηριστικά όπως ανασφάλεια, οι φοβίες, το άγχος, η θλίψη κι η απαισιοδοξία. Όσοι άνθρωποι έχουν υψηλή βαθμολογία, διακατέχονται από ένα διαρκές άγχος. Συχνά

βιώνουν έντονες φοβίες και νιώθουν αρκετά ανασφαλή. Είναι άτομα ευαίσθητα και συναισθηματικά, χάνουν εύκολα την ψυχραιμία τους λόγω της τάσης τους να βιώνουν έντονα τα συναισθήματά τους. Ο αντίθετος πόλος του νευρωτισμού είναι η συναισθηματική σταθερότητα (emotional stability), και περιγράφει ανθρώπους οι οποίοι αισθάνονται ασφαλείς και σίγουροι για τον εαυτό τους, ελέγχοντας αποτελεσματικά το άγχος τους και χωρίς να βιώνουν έντονα ή και ακραία συναισθήματα.

Δεκτικότητα στην εμπειρία (Openness to Experience). Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει τη δημιουργικότητα και τη φαντασία του ατόμου, την επιθυμία του να γνωρίζει νέους τόπους και νέες εμπειρίες, καθώς και το ενδιαφέρον του για την τέχνη. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία είναι άτομα δεκτικά σε καινούργιες εμπειρίες και προκλήσεις. Έχουν πολλά ενδιαφέροντα και αναζητούν διαρκώς νέες δραστηριότητες που θα εμπλουτίσουν τον αισθηματικό και τον πνευματικό τους κόσμο. Χαρακτηρίζονται από μια ανεξαρτησία στον τρόπο σκέψης τους, βαριούνται τη μονοτονία και τη σταθερότητα, είναι ονειροπόλοι και συχνά χρησιμοποιούν τη φαντασία τους για να ξεφεύγουν από την καθημερινότητα. Αντίθετα οι άνθρωποι με χαμηλά επίπεδα δεκτικότητας στην εμπειρία χαρακτηρίζονται συνήθως ως συντηρητικοί και παραδοσιακοί, παίρνοντας πολύ δύσκολα ρίσκο ή ριψοκίνδυνες αποφάσεις, υιοθετώντας συχνά το ρητό: “έτσι τα βρήκαμε, έτσι θα τα αφήσουμε”

Προσήγεια (Agreeableness). Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην «ποιότητα» των κοινωνικών σχέσεων που θέλει να έχει ένας άνθρωπος και αξιολογεί ο ενδιαφέρον του ατόμου για τους συνανθρώπους του και την ευαισθητοποίησή του στο ανθρώπινο πόνο. Τα άτομα που έχουν υψηλή βαθμολογία σε αυτόν τον παράγοντα χαρακτηρίζονται από μετριοφροσύνη, υποχωρητικότητα και μεγάλη θέληση για συνεργασία με τους γύρω τους. Εμπιστεύονται εύκολα τους άλλους και αποφεύγουν τις συγκρούσεις, ενώ όταν έχουν διαφορές με άλλους προσπαθούν να βρουν μια συμβατική λύση. Δεν τους αρέσει να μιλούν πολύ για τον εαυτό τους, καθώς πιστεύουν ότι οι ίδιες τους οι πράξεις είναι αυτές που αναδεικνύουν την προσωπικότητά τους. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλά επίπεδα προσήγειας ενδιαφέρονται κυρίως για τον εαυτό τους, είναι ανταγωνιστικοί, φιλόδοξοι και διεκδικητικοί.

Ευσυνειδησία ή Συνέπεια (Conscientiousness). Με τον παράγοντα αυτό αξιολογείται η συνέπεια, η ευσυνειδησία, η υπευθυνότητα και η καλή οργάνωση του ατόμου. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία χαρακτηρίζονται από υψηλό αυτοέλεγχο και τάξη στη ζωή τους. Επιθυμούν τα πράγματα να γίνονται βάση

προγραμματισμού, έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και συνήθως θέτουν υψηλούς στόχους τους οποίους προσπαθούν να επιτύχουν με συστηματική εργασία. Είναι άτομα με υψηλές φιλοδοξίες για την ζωή τους, για τις οποίες εργάζονται σκληρά και ευσυνειδήτητα για να τις πραγματοποιήσουν, τους διακρίνει η σοβαρότητα κατά την λήψη των αποφάσεων, ενώ οι άλλοι άνθρωποι τους εμπιστεύονται, γιατί είναι άνθρωποι αξιόπιστοι και τηρούν τις δεσμεύσεις τους. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλή ευσυνειδησία συχνά δεν είναι συνεπείς στις υποχρεώσεις και στις δεσμεύσεις τους, είναι μάλλον ανοργάνωτοι, με χαμηλές φιλοδοξίες και χαμηλή εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 64-72) (McCrae R & Costa P., 1987, σσ. 52, 81-90) (Costa P & McCrae R., 1992, σσ. 13, 653-665)

2.5 Η έννοια της παρακίνησης και ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας.

Ένα πολύ συχνό ερώτημα στην οργανωσιακή συμπεριφορά είναι πώς παρακινούνται οι εργαζόμενοι. Σύμφωνα με την Βακόλα και Νικολάου κάποιες από τις πιο κρίσιμες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων, όπως η δέσμευση και η αφοσίωση στην επιχείρηση ή η ικανοποίηση από την εργασία προσδιορίζονται από την παρακίνηση. Η παρακίνηση διαφέρει ανάμεσα σε διαφορετικά άτομα όπως για παράδειγμα, κάποιοι εργαζόμενοι παρακινούνται από το σταθερό ωράριο, κάποιοι άλλοι από τις δυνατότητες εξέλιξης ή ανάπτυξης παρόλο που ο μισθός είναι χαμηλός, αλλά διαφέρει και στο ίδιο άτομο. Η ηλικία, για παράδειγμα, διαφοροποιεί τις ανάγκες μας και συνεπώς και τους τρόπους που ικανοποιούνται αυτές οι ανάγκες. Πολύ συχνά συναντάμε νέους που μόλις αποφοιτούν και διαθέτουν μικρή εργασιακή εμπειρία, επιδιώκουν όμως να απασχοληθούν σε εταιρείες με πολύ καλή φήμη στο χώρο, ακόμα και αν γνωρίζουν ότι οι αποδοχές τους θα είναι χαμηλές. Με αυτό τον τρόπο θέλουν να αποδείξουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν. Επίσης, το να εργαστεί κανείς σε μια εταιρεία με πολύ καλή φήμη του «εξασφαλίζει» μια πολύ καλή μετακίνηση στην εξέλιξη της καριέρας του. Συναντώντας τα ίδια άτομα μετά από οχτώ ή δέκα χρόνια, σίγουρα θα παρακινούνται από διαφορετικά πράγματα, όπως υψηλός μισθός, πρόσθετες παροχές κ.ά. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, pp. 64-72)

Ένα άλλο παράδειγμα για να αντιληφθεί κανείς την πολυπλοκότητα της έννοιας της παρακίνησης, αρκεί να αναφερθεί ότι ένα άτομο μπορεί να έχει πρόβλημα να συγκεντρωθεί σε ένα πανεπιστημιακό σύγγραμμα που χρειάζεται να μελετήσει για να δώσει εξετάσεις, αλλά μπορεί να διαβάσει ένα ολόκληρο μυθιστόρημα μέσα σε ένα 24ωρο.

Σύμφωνα με τον Robbins & Judge ορίζεται η παρακίνηση ως “τη διαδικασία που εξηγεί την ένταση, την κατεύθυνση και την επιμονή της προσπάθειας ενός ατόμου προς ένα συγκεκριμένο στόχο”. Η ένταση της προσπάθειας είναι συνήθως το πιο κατανοητό μέρος της παρακίνησης, αφού σχετίζεται με το πόσο σκληρά ένα άτομο προσπαθεί. Η προσπάθεια που εναρμονίζεται με τους στόχους της επιχείρησης είναι και η επιθυμητή, το πόσο μπορεί ένα άτομο να διατηρεί αυτή την προσπάθεια συνδέεται με την επιμονή στην προσπάθεια. Βέβαια, ακόμα και αν προσπαθεί πολύ σκληρά, αυτό δεν σημαίνει ότι θα έρθουν και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, αφού η προσπάθεια θα πρέπει να είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Οι παρακινημένοι εργαζόμενοι συχνά καταβάλλουν προσπάθεια για τόσο διάστημα όσο χρειάζεται για να πετύχουν τον στόχο που έχουν θέσει. (Robbins SP & Judge T., 2007)

Η Βακόλα και Νικολάου επίσης, αναφέρουν ότι η παρακίνηση θεωρείται ταυτόσημη των εννοιών «θέληση», «επιθυμία», «κίνητρο», αφού η επιχείρηση δεν μπορεί να αναγκάσει τον εργαζόμενο να φτάσει στη μέγιστη δυνατή απόδοση, εφόσον ο ίδιος/α δεν το επιθυμεί. Κατά συνέπεια, η επιχείρηση θα πρέπει να διαμορφώσει έτσι τις εργασιακές συνθήκες ώστε ο εργαζόμενος και να επιθυμεί και να μπορεί να αποδώσει. Είναι λοιπόν αναπόφευκτη για την οργανωσιακή ψυχολογία και συμπεριφορά η ανάλυση τόσο της έννοιας των κινήτρων και της παρακίνησης όσο και των θεωριών που τα προσδιορίζουν.. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 125-126; Robbins SP & Judge T., 2007; Gordon JR., 2002)

2.6 Εργασιακές στάσεις θετικές και Αρνητικές Συμπεριφορές στην εργασία.

Οι στάσεις όπως τονίζουν οι Ajzen και Fishbein (2000) είναι καθοριστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς, γιατί συνδέονται με την αντίληψη, τη προσωπικότητα και τα κίνητρα των ανθρώπων. Οι στάσεις αποτελούνται από συνθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές διαστάσεις. Όπως αναφέρουν οι Krech, Crutchfield και Ballachey (1962), το γνωστικό στοιχείο είναι η πληροφόρηση που ένα άτομο διαθέτει σχετικά με το αντικείμενο της στάσης. Λέγοντας πληροφόρηση εννοούμε περιγραφικά στοιχεία, όπως είναι γεγονότα, εικόνες και άλλη συγκεκριμένη γνώση. Το συναισθηματικό στοιχείο είναι τα συναισθήματα και τα αισθήματα του ατόμου απέναντι στο αντικείμενο της στάσης. Συνδέει την εκτίμηση και το συναίσθημα και εκφράζεται συχνά ως προτίμηση ή αποστροφή για το αντικείμενο της στάσης. Για παράδειγμα, η στάση ενός ατόμου στο να δουλεύει υπερωρίες αποτελείται από γνωστικές πληροφορίες, όπως μπορεί να είναι η γνώση ότι θα πάρει αύξηση και η γνώση ότι η εργασία που έχει

αναλάβει εις πέρας είναι σημαντική και χρειάζεται να ολοκληρωθεί. Οι πληροφορίες αυτές είναι συνδυσασμένες με συναισθηματικά χαρακτηριστικά, όπως είναι επιθυμία για περισσότερα χρήματα ή η αποστροφή του αισθήματος της εξάντλησης. Το είδος των πληροφοριών που έχει κάποιο άτομο στη διάθεση του και κατά το πώς νιώθει για αυτές επηρεάζει και τη συμπεριφορική διάσταση της στάσης που συνδέεται με τις προθέσεις του ατόμου να εμπλακεί στη μια ή την άλλη συμπεριφορά. (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 165-166) (Ajzen I & Fishbein M., 2000, σσ. 11(1), 1-33) (Fishbein M & Ajzen I., 1975) (Krech D & Crutchfield RS & Ballachey EL., 1962)

Ένας ακόμα ορισμός που αναφέρει ο Cherrington (1994), υποστηρίζει ότι μια στάση είναι ένα «υποθετικό σκεύασμα, δεν είναι κάτι πραγματικό ή κάτι που μπορείς να δεις, να γευτείς ή να αγγίξεις. Συνεπώς, είναι κάτι που υπάρχει μόνο σαν βάση ορισμού ή συμπερασμάτων από τα πράγματα που οι άνθρωποι λένε ή κάνουν. (Cherrington DJ., 1944)

Οι περισσότερες από τις στάσεις μας δεν έχουν άμεση επίδραση στη συμπεριφορά μας. Έχουμε ένα τεράστιο αριθμό στάσεων προς διάφορα αντικείμενα ή ζητήματα και μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτές τις στάσεις μεταφράζονται κάποια στιγμή σε συμπεριφορά. (Bagozzi RP., 1992, σσ. 55(2), 178-204)

Οι προθέσεις από την άλλη, μπορούν να θεωρηθούν μια μεσολαβητική διαδικασία ανάμεσα στις στάσεις και τη συμπεριφορά. Είναι ο βαθμός στον οποίο πραγματικά αναμένεται να εκπληρωθεί μια στάση. Οι προθέσεις μπορούν να θεωρηθούν παρόμοιες με τους στόχους, αλλά είναι περισσότερες από τους στόχους. Σύμφωνα με τους Tubbs & Ekeberg (1991) μια πρόθεση ορίζεται ως μια γνωστική αναπαράσταση του αντικειμένου (ή του στόχου) που προσπαθείς να επιτύχεις και του σχεδίου δράσης που σκοπεύεις να χρησιμοποιήσεις για να επιτύχεις τον αντικειμενικό σκοπό. Οι προθέσεις μπορούν να εκτείνονται κατά μήκος μιας συνεχούς αφαιρετικής σειράς. Μπορούν να είναι πολύ συγκεκριμένες, όπως η πραγματοποίηση κλήσης σε έναν πελάτη ή να παρθεί η πίεση αίματος ενός ασθενή ή μπορούν επίσης να είναι πολύ γενικές, όπως η αύξηση των πωλήσεων ή η παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. (Tubbs ME & Ekeberg SE., 1991, σσ. 16(1), 180-199)

2.7 Η έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Προσπαθώντας να ορίσουμε την οργανωσιακή κουλτούρα διαπιστώσαμε ότι έχει ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που είναι η αδυναμία προσδιορισμού ενός κοινού ορισμού καθώς και η αδυναμία ανάλυσης της. Πολλοί είναι οι ορισμοί που αναδεικνύουν τους

σύγχρονους εννοιολογικούς σχηματισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας και παρά το γεγονός ότι η έννοιά της έχει αποκτήσει κεντρική θέση στη μελέτη των οργανωσιακών φαινομένων, οι ερευνητές δεν έχουν καταλήξει σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της έννοιας αφού προέρχονται από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους και ως εκ τούτου παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις στο τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται η έννοια της κουλτούρας κάθε φορά. (Γούλα Ασπασία, 2014, σσ. 25-31)

Ο συνδυασμός οργανωτικής ψυχολογίας, της κοινωνικής ψυχολογίας και της κοινωνικής ανθρωπολογίας δημιουργούν ένα θεωρητικό πλαίσιο της οργανωσιακής κουλτούρας. Η ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας, ως αντικείμενο μελέτης μπορεί να θεωρηθεί ως το προϊόν της επεξεργασίας των ανθρωπίνων σχέσεων καθώς και των κοινωνικών προσεγγίσεων των συστημάτων το οποίο, με τη σειρά του αναπτύχθηκε σε επιστημονικές τεχνικές του μάνατζμεντ. (Scott K et al., 2003, pp. 38(3):923-945; Γούλα Ασπασία, 2014, pp. 25-31)

Σύμφωνα με την Γούλα Ασπασία, ο όρος κουλτούρα έχει τη ρίζα της από το λατινικό ρήμα *Colere*, που σημαίνει «καλλιεργώ» και αναφερόταν αρχικά στην καλλιέργεια του εδάφους. Είναι ένα γλωσσικό δάνειο που προέκυψε ως αντιστοίχιση του γερμανικού *Kultur* και ορίζει την καλλιέργεια του πνεύματος, την παιδεία αλλά και το σύνολο της πνευματικής παράδοσης και δημιουργίας ενός κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με το λεξικό της Νεοελληνικής (2007), ο όρος κουλτούρα αναφέρεται στη «πνευματική και ψυχική καλλιέργεια, ως αποτέλεσμα μακράς διαδικασίας μάθησης και εκπαίδευσης ή ως σύνολο γνώσεων, τεχνικών εξελίξεων, παραδόσεων, εθίμων, μορφών συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν ή συγκροτούν ένα δεδομένο κοινωνικό σύνολο». Από την άλλη η κουλτούρα θεωρείτο από τη γερμανική επιστήμη ως τη νίκη του ανθρώπου επί του ίδιου του εαυτού του. (Γούλα Ασπασία, 2014, σ. 26; Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής, 2007)

Ορισμένοι μελετητές στον ακαδημαϊκό χώρο θεωρούν ότι κουλτούρα είναι ειδικές και μετρήσιμες μεταβλητές χαρακτηριστικά ή διαδικασίες, ενώ άλλοι την βλέπουν σαν μια παγκόσμια πρόκληση σύλληψης της κουλτούρας ως μια εγγενής ιδιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος που διαμορφώνεται κάθε φορά που οι άνθρωποι έχουν συνενωθεί σε μια κοινή επιχείρηση μια τρίτη προσέγγιση διαγράφει την οργανωσιακή κουλτούρα ως μια ανθρωπολογική αλληγορία ή ένα παράδειγμα για την ανάλυση των οργανώσεων ως μικρο-κοινωνίες (Scott K et al., 2003)

Οι κοινωνιολόγοι χρησιμοποιούν συχνά την έννοια τη κουλτούρας για την κατανόηση και ανάλυση της κοινωνικής ζωής, αφού στην κοινωνιολογία σημαίνει το

συνολικό τρόπο ζωής μιας κοινωνικής ομάδας. Η κουλτούρα είναι έννοια αλληλένδετη με την έννοια της κοινωνικής ομάδας, γι' αυτό δεν υπάρχει κοινωνία ή κοινωνική ομάδα χωρίς κουλτούρα ή αντίστροφα κουλτούρα που να μην εκφράζεται από μια κοινωνική ομάδα ή κοινωνία. Το περιβάλλον που δημιουργεί ο άνθρωπος όταν συναναστρέφεται με άλλα άτομα ονομάζεται πολιτιστικό περιβάλλον και καλλιεργείται μόνο εκεί που υπάρχουν άνθρωποι και ζωή, δηλαδή ομαδική ζωή. (Κουλουγιώτης Ν., 1995, σσ. 80,82,83)

Η κουλτούρα χαρακτηρίζεται και ως «πολιτικό μάρφωμα». Ο όρος αυτός αναφέρεται σε ένα τρόπο σκέψης, αίσθησης και δράσης όπως αυτός εκφράζεται στις συγκεκριμένες κοινωνικές σχέσεις και πράξεις. Το πολιτιστικό μάρφωμα υποδιαιρείται σε θεσμούς, σε ειδικούς τύπους συμπεριφοράς της κοινωνικής πράξης. (Αγγραφιώτης Δ., 2003, σ. 94)

Με την άνω σκέψη φαίνεται να συμφωνεί και η Hatch M.(1997), η οποία υποστηρίζει ότι η ίδια η κοινωνία διαμορφώνει τον τρόπο σκέψης και δράσης των ανθρώπων μέσα από θεσμούς της οικογένειας της εκπαίδευσης και της θρησκείας. Ο Hofstede πιστεύει ότι ο άνθρωπος δρα, κατά τη διάρκεια της ζωής του μέσα από μοντέλα σκέψεων, στάσεων συμπεριφορών και αισθημάτων που έχουν επηρεαστεί από την οικογένεια, το έθνος, την εκκλησία, το εκπαιδευτικό του σύστημα ή άλλους θεσμούς. Όταν επομένως εισχωρεί σε έναν οργανισμό μεταφέρει μέσα του όλα τα προαναφερόμενα στοιχεία και τη δική του προσωπική κουλτούρα. (Hatch M., 1997, p. 202; Helfrich C et al., 2007, pp. 1-16)

Καθένας από εμάς έχει μια μοναδική προσωπικότητα – γνωρίσματα και χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ενεργούμε και αλληλεπιδρούμε με τους άλλους. Όταν περιγράφουμε κάποιον ως ζεστό, ανοιχτό, χαλαρό, ντροπαλό ή επιθετικό, περιγράφουμε φυσιογνωμικά γνωρίσματα. Ένα οργανισμός έχει, επίσης, προσωπικότητα, την οποία ονομάζουμε κουλτούρα. (Γούλα Ασπασία, 2014, pp. 25-31)

Γενικότερα μπορούμε να θεωρήσουμε την Οργανωσιακή κουλτούρα (organizational culture) τις κοινές αξίες και αρχές, παραδόσεις, τον τρόπο εκτέλεσης των εργασιών που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ενεργούν τα μέλη ενός οργανισμού. Στους περισσότερους οργανισμούς, οι κοινές αξίες και πρακτικές εξελίσσονται με τον χρόνο και καθορίζουν, σε μεγάλο βαθμό, τον τρόπο με τον οποίο εργαζόμαστε εδώ. Στον ορισμό της κουλτούρας μπορούμε να δούμε ότι υποδηλώνονται τρία πράγματα. Πρώτον, η κουλτούρα συνιστά αντίληψη. Δεν είναι κάτι που μπορούμε να αγγίξουμε ή να δούμε με τις αισθήσεις μας, αλλά οι εργαζόμενοι την αντιλαμβάνονται κατ' επέκταση και σε

συνάρτηση με τα βιώματά τους στο πλαίσιο του οργανισμού. Δεύτερον, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι περιγραφική. Αντιλαμβάνεσαι τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη την αντιλαμβάνονται και όχι το αν τους αρέσει. Τέλος, παρότι τα επιμέρους άτομα ενδεχομένως προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο ή εργάζονται σε διαφορετικές οργανωσιακές βαθμίδες, συνήθως περιγράφουν την κουλτούρα του οργανισμού με παρεμφερείς όρους. Αυτή είναι η πτυχή της αμοιβαιότητας της κουλτούρας. (Stephen P Robbins & David A Decenzo & Mary Coulter., σσ. 288-290)

Σύμφωνα με έρευνες αποδεικνύεται ότι υπάρχουν επτά παράμετροι που περιγράφουν την κουλτούρα κάθε οργανισμού. Αυτοί είναι:

- ✓ Προσοχή στη λεπτομέρεια. Μετριέται ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι πρέπει να επιδεικνύουν ακρίβεια, αναλυτική στάση και προσοχή στη λεπτομέρεια.
- ✓ Προσανατολισμός στα αποτελέσματα. Είναι ο βαθμός στον οποίο οι μάνατζερ εστιάζουν στα αποτελέσματα ή στην έκβαση αντί για τον τρόπο επίτευξης αυτών.
- ✓ Ανθρωποκεντρικός προσανατολισμός. Είναι ο βαθμός με τον οποίο οι αποφάσεις στην διοίκηση λαμβάνουν υπόψη τους τις επιδράσεις στους ανθρώπους του οργανισμού.
- ✓ Προσανατολισμός στην ομάδα. Με τον βαθμό αυτό υπολογίζεται η εργασία που οργανώνεται με άξονα τις ομάδες αντί μεμονωμένων προσώπων.
- ✓ Επιθετικότητα. Είναι ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι εκδηλώνουν επιθετικότητα και ανταγωνιστικότητα αντί για συνεργασία.
- ✓ Σταθερότητα. Με αυτό τον βαθμό μετράμε τις οργανωσιακές αποφάσεις και ενέργειες που δίνουν έμφαση στη διατήρηση της καθεστηκυίας τάξης
- ✓ Καινοτομία και ανάληψη ρίσκου. Είναι ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να επιδεικνύουν καινοτομία και να αναλαμβάνουν ρίσκο.

Οι κλίμακες αυτών των παραμέτρων κυμαίνονται από ασθενείς έως έντονες, με αποτέλεσμα να μην είναι πολύ αντιπροσωπευτικές της κουλτούρας (ασθενείς) ή να είναι εξαιρετικά αντιπροσωπευτικές (έντονες). Με την περιγραφή κάποιου οργανισμού βάσει αυτών των επτά παραμέτρων μπορούμε να προσφέρουμε μια πολυσύνθετη εικόνα στην κουλτούρα του. Πολλοί είναι οι οργανισμοί που μια πολιτισμική παράμετρος συχνά φέρει μεγαλύτερο βάρος από τις άλλες και ουσιαστικά διαμορφώνει την φυσιογνωμία του οργανισμού και τον τρόπο εργασίας των μελών του. (Stephen P Robbins & David A Decenzo & Mary Coulter., σσ. 288-290)

Ένας ακόμα χαρακτηρισμός που δίνεται από τον E. Taylor, χαρακτηρίζει την κουλτούρα ως «μια ολότητα που περικλείει τη γνώση, τις πεποιθήσεις, την τέχνη την

ηθική, το δίκαιο, τα έθιμα και όλες τις άλλες ικανότητες κι αντιθέσεις που αποκτά ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας» (Κόντης Θ., 1994, σ. 189)

Αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα, η Smircich (1983) στο βιβλίο του Bourin M., θεωρεί την κουλτούρα ως την οργανωσιακή μεταβλητή που παρέχει κατανόηση του οργανισμού. Η κουλτούρα, ως οργανωσιακή μεταβλητή, μπορεί να θεωρηθεί είτε ως μια ανεξάρτητη μεταβλητή η οποία μπορεί να εξηγήσει ομοιότητες ή διαφορές στη συμπεριφορά των διοικήσεων σε διαφορετικές χώρες, είτε ως μια εσωτερική εξαρτημένη μεταβλητή που προσδιορίζει το αποτέλεσμα των οργανωσιακών δραστηριοτήτων και διαδικασιών. Εάν και οι οργανισμοί λειτουργούν σε ένα ευρύ πολιτισμικό περιεχόμενο εντούτοις, αναπτύσσουν τις δικές τους κοινωνικές-πολιτισμικές διαστάσεις τις οποίες μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού. (Bourin, 1986, pp. 203-224)

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του όρου οργανωσιακή κουλτούρα που αντικατοπτρίζεται στα μέλη μια κοινωνικής ομάδας, είναι η έννοια των «κοινών νοηματοδοτήσεων μια κοινωνικής ή οργανωσιακής πραγματικότητας». Οι κοινές νοηματοδοτήσεις μπορούν να αφορούν αξίες, τυπικούς ή άτυπους κανόνες και επιθυμητή συμπεριφορά. Στόχος του οργανισμού πρέπει να είναι ο προσδιορισμός μια συλλογικής ταυτότητας στα μέλη του. (Παπανής Ε., 2007)

Το παραπάνω χαρακτηριστικό γνώρισμα βρίσκει σύμφωνους αρκετούς μελετητές της οργανωσιακής κουλτούρας. Σύμφωνα με τους Cooke & Rousseau, η κουλτούρα ορίζεται ως ένα σύνολο κοινών γνώσεων σε μέλη μιας κοινωνικής ομάδας που είναι επίκτητο μέσω της κοινωνικής μάθησης και της κοινωνικής διαδικασίας αυτών των μελών. (Cooke R.A. & Rousseau, Sep. 1988, pp. 245-273)

Ο Pettigrew συμπληρώνει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί ένα σύστημα κοινών, συλλογικών αντιλήψεων που μια δεδομένη ομάδα σε ένα δεδομένο χρόνο το έχει αποδεχτεί και καθιστά σαφές σε κάθε άτομο της ομάδας τη θέση του μέσα σε αυτή. (Pettigrew A., 1979, pp. 570-581)

Η κουλτούρα θεωρείται ως επίκτητη έννοια, τονίζεται από τον Μπουραντά Δ. Οι διάφορες όψεις της είναι αλληλοεξαρτώμενες, δηλαδή μια επίδραση σε μια πλευρά της κουλτούρας επηρεάζει και τις άλλες. Είναι όμως και κοινή δηλαδή την ασπάζονται όλα τα μέλη μιας ομάδας και καθορίζονται με αυτό τον τρόπο και τα όρια της ομάδας αυτής. (Μπουραντάς Δ., 2002, σσ. 541-572)

Σύμφωνα με τον Denison η οργανωσιακή κουλτούρα αφορά τις κοινές αντιλήψεις που μοιράζονται όλοι οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού. Αναπτύσσονται και γίνονται

γνωστές μέσω μιας διαδικασίας κοινωνικοποίησης στην οποία το άτομο μαθαίνει να αναγνωρίζει, τις αξίες, τις ικανότητες και τις αναμενόμενες συμπεριφορές ώστε να αποτελέσει μέρος του οργανισμού. (Denison D., 1996, pp. 1-36)

Κατά συνέπεια ο οργανισμός αποτελεί οργανισμό μάθησης μέσα από τον οποίο τα μέλη του προσπαθούν να αναγνωρίζουν η θέση τους μέσα σε αυτόν καθώς και τον αναμενόμενο τρόπο συμπεριφοράς. Αυτές οι διανοητικές συλλήψεις δημιουργούν ένα δίκτυο νοημάτων που οι εργαζόμενοι μοιράζονται μεταξύ τους. (Argyris C. & Schon, 1978)

Εν συνεχεία μπορούμε να προσθέσουμε ότι η κουλτούρα προσδιορίζει έντονα τις αποφάσεις και τις συμπεριφορές των ατόμων και των ομάδων. Καθορίζει τις σωστές ή λάθος πρακτικές οργάνωσης, τις προτεραιότητες, τον τρόπο επίλυσης θεμάτων σχετικά με τους πελάτες, ανταγωνιστές, τα προϊόντα, την ποιότητα, τις ανθρώπινες σχέσεις ή και τον τρόπο επικράτησης στην αγορά. (Μπουραντάς Δ., 2006 (15-10-06))

Οι Scott et al, αναφέρουν ότι όπως το «κίνημα των ανθρωπίνων σχέσεων», η οργανωσιακή κουλτούρα δίνει έμφαση στην κοινωνική δυναμική πλευρά των οργανισμών σε αντίθεση με το μηχανιστικό περιεχόμενο ου επιστημονικού μανάτζμεντ. (Scott T., 2003, p. 5)

Οι Tichy N. και οι Deal & Kennedy (1982) αναφέρουν ότι η κουλτούρα αποτελεί την κοινωνική σύνδεση που ενώνει και διατηρεί τους οργανισμούς. Τα μέλη του οργανισμού νιώθουν ως μέλη μιας κοινωνικής ομάδας μέσω των κοινωνικών αξιών, κοινών τελετουργικών, κοινών συμβόλων και κοινής εξειδικευμένης γλώσσας. Συνεπώς η κουλτούρα αποτελεί σημαντικό στοιχείο σύνδεσης των εργαζομένων δίδοντας τους ταυτόχρονα μια αίσθηση ταυτότητας. (Tichy N., 1982, σσ. 59-80; Deal T.E. & Kennedy, 1982)

Ο Cameron K., συμπληρώνει ότι η κουλτούρα είναι μια κοινωνικά κατασκευασμένη ιδιότητα των οργανώσεων που χρησιμεύει ως σύνδεση «κοινωνικής κόλλας» των μελών της οργάνωσης. Αντίθετα, ο Seel πιστεύει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το αποτέλεσμα των συνεχών διαπραγματεύσεων σχετικά με τις αξίες, τα πιστεύω και τους κανόνες μεταξύ των μελών του οργανισμού και του περιβάλλοντός τους. (Cameron K., 2004, σ. 5) (Seel R., 2000, σσ. 2-9)

Σύμφωνα με τους Ouchi & Wilkins, η κουλτούρα χαρακτηρίζεται ως η φιλοσοφία που καθοδηγεί μια οργάνωση προς την πολιτική της απέναντι στους εργαζομένους ή τους πελάτες της. (Ouchi W. & Wilkins, 1985, σσ. 457-483)

Ο Handy ορίζει την οργανωσιακή κουλτούρα ως: τους διαφορετικούς τρόπους που οι άνθρωποι ενεργούν. (Handy C., 1995, σσ. 14-16)

Οι Mannion R., et al, προσδιορίζουν την κουλτούρα ως μια ιδιότητα που όλοι στον οργανισμό δημιουργούν και εκφράζουν. (Mannion R., 2007, σ. 23)

Ο Λειβαδάς Λ., θεωρεί ότι η κουλτούρα είναι η βάση πάνω στην οποία οικοδομείται ο τρόπος δράσης της επιχείρησης. (Λειβαδάς Λ., 2003, σ. 79)

Ο Kotter μέσα στο βιβλίο της Γούλας Ασπασίας αναφέρει δύο διαστάσεις στον όρο οργανωσιακή κουλτούρα. Η πρώτη διάσταση ορίζει στους κανόνες συμπεριφοράς που διδάσκονται και επιβάλλονται στα μέλη, ανταμείβοντας εκείνους που τους εφαρμόζουν και τιμωρώντας τους στην αντίθετη περίπτωση. Η δεύτερη διάσταση είναι οι κοινές αξίες που μοιράζονται τα περισσότερα μέλη μια ομάδας, αξίες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά της ομάδας. (Γούλα Ασπασία, 2014, σ. 29)

Ο Ζαβλανός Μ., σημειώνει ότι οι κανόνες συμπεριφοράς καθοδηγούν τις δραστηριότητες των μελών του οργανισμού, και επηρεάζουν τις αποφάσεις στρατηγικής σημασίας καθώς και τον καθορισμό των στόχων. (Ζαβλανός Μ., 2002, σ. 398)

Οι κανόνες συμπεριφοράς καθοδηγούν τις δραστηριότητες των μελών του οργανισμού, επηρεάζουν τις αποφάσεις στρατηγικής σημασίας ακόμα και τον καθορισμό των στόχων σύμφωνα με τον Χυτήρη. (Χυτήρης Λ., 2001, σ. 88)

Οι Τζωρτζάκης Κ. & Τζωρτζάκης Α. υποστηρίζουν ότι οι κοινές αξίες, οι κανόνες συμπεριφοράς, οι πεποιθήσεις, η φιλοσοφία, τα έθιμα προσδίδουν μια διακριτή οργανωσιακή κουλτούρα σε κάθε οργανισμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η κουλτούρα κάθε οργανισμού να είναι μοναδική και να εξαρτάται από τις συνθήκες δημιουργίας της και την ιστορία της. (Τζωρτζάκης Κ.& Τζωρτζάκη, 2007, σ. 183; Bounds G et al., 1994, σ. 88)

Ένα πλήθος συγγραφέων υπογραμμίζει τη δύναμη των οργανωσιακών συμβόλων, μύθων, ιστοριών και τελετών στην ανάπτυξη και διατήρηση της οργανωσιακής κουλτούρας. Ορίζει ένα ευρύ φάσμα των κοινωνικών φαινομένων, συμπεριλαμβανομένης της ένδυσης της γλώσσας ενός οργανισμού, της συμπεριφοράς, της πεποίθησης, τις αξίες, τις παραδοχές, τα σύμβολα, το είδος εξουσίας, τους μύθους, τις τελετές και λειτουργίες, καθώς και τον τρόπο αξιολόγησης και ανταμοιβής των εργαζομένων. (Scott K et al., 2003, σσ. 923-945) (Χυτήρης Λ., 2001, σ. 89)

Πολλές αναφορές για την οργανωσιακή κουλτούρα συναντάμε επίσης στην διεθνή βιβλιογραφία, με βασικούς παράγοντες του οργανισμού, οι οποίοι επηρεάζουν ή

επηρεάζονται από αυτήν. Τέτοιοι παράγοντες είναι η πίστη των εργαζομένων στον οργανισμό, η κινητοποίηση τους προς την επίτευξη των στόχων τους, το ομαδικό πνεύμα, η επικοινωνία, η συνεργασία ή η δεκτικότητα στην αλλαγή. (Van Muijen J et al., 1999, pp. 551-568)

Οι συγγραφείς Van den Beng P., & Wilderom C., μελετώντας την βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα, υπογραμμίζουν και αναφέρουν μια άλλη διάσταση και πιστεύουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι οι κοινές προσδοκίες που έχουν οι εργαζόμενοι στις οργανωσιακές πρακτικές που εφαρμόζουν οι οργανισμοί. Η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να θεωρηθεί επίσης ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις κοινές πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις, και τις προσδοκίες των ατόμων στις οργανώσεις. Η κουλτούρα μπορεί να έχει μια δραματική επίδραση στην προσπάθεια του να αλλάζουν συγκεκριμένες διαδικασίες, λόγω της φύσης και της υπονοούμενης κατανόησης για τους οργανωτικούς κανόνες και πιστεύω. (Van den Beng P. & Wilderom, 2004, σσ. 570-582)

Σύμφωνα με τον Johns G., η οργανωσιακή κουλτούρα θεωρείται ως ένα σύνολο από κοινές αξίες και κανόνες που ελέγχουν τις δράσεις και αντιδράσεις των μελών του οργανισμού μεταξύ τους, με τους προμηθευτές, τους πελάτες και άλλους ανθρώπους έξω από τον οργανισμό. Η οργανωσιακή κουλτούρα διαμορφώνεται από τους ανθρώπους του οργανισμού, από την ηθική του οργανισμού, από την πολιτική ανταμοιβών που εφαρμόζεται στα μέλη και από το είδος της δομής που εφαρμόζεται στον οργανισμό. Όπως η οργανωσιακή δομή, με τον ίδιο τρόπο και η οργανωσιακή κουλτούρα διαμορφώνει και ελέγχει τη συμπεριφορά μέσα στον οργανισμό. Ο τρόπος αντίδρασης των μελών ενός οργανισμού επηρεάζει τον τρόπο αντίδρασης σε μια κατάσταση. Αναπτύσσεται κατά την αλληλεπίδραση των χαρακτηριστικών των μελών του οργανισμού, την οργανωσιακή ηθική, την πολιτική ανταμοιβής και την οργανωσιακή δομή. (Jones, 2010, σσ. 30, 225)

Ο Schein υπογραμμίζει ότι η κουλτούρα είναι ένα δυναμικό φαινόμενο που μας περιβάλλει. Δημιουργήθηκε από τις δράσεις μας με άλλους και διαμορφώθηκε από την συμπεριφορά του ηγέτη. Συνεχίζει λέγοντας ότι είναι ένα σύνολο δομών, κανόνων, συνηθειών που κατευθύνει και διαμορφώνει τη συμπεριφορά μας. (Schein E., 2004, σ. 1)

Ο Kostova το 1999 στο βιβλίο των Van den Beng & Wilderom, ορίζει την οργανωσιακή κουλτούρα «στους συγκεκριμένους τρόπους διαχείρισης των οργανωτικών λειτουργιών που έχουν αναπτυχθεί με τον πέρασμα των χρόνων σε έναν

οργανισμό. Οι τρόποι αυτοί αντικατοπτρίζουν τις κοινές γνώσεις και ικανότητες του οργανισμού. Δείχνει «γιατί τα πράγματα έχουν γίνει με κάποιους τρόπους και όχι με κάποιους άλλους». (Van den Beng P. & Wilderom, 2004, σσ. 570-582)

Σε αντίθεση με τον Schein που αναφέρει ότι η κουλτούρα είναι ο μηχανισμός του κοινωνικού ελέγχου και μπορεί να είναι η βάση χειραγώγησης των μελών του οργανισμού στο τρόπο αντίδρασης, σκέψης και αίσθησης. Αυτή την άποψη βρίσκει σύμφωνη και την Ogbor, η οποία παρουσιάζει τη κουλτούρα ως ηγεμονική διαιώνιση, ένα μηχανισμό νομιμοποίησης, που επιβάλλεται στα μέλη από την ανώτατη διοίκηση μέσα από κανόνες συμπεριφοράς, πεποιθήσεις και στάσεις, τα οποία, τα δέχονται τα μέλη του οργανισμού ως αυτονόητα. Συνεπώς η κουλτούρα είναι μια κοινωνικά κατασκευασμένη πραγματικότητα που αυτοαναπαράγεται. (Schein E., 2004, σ. 19; Ogbor J., 2001, σσ. 590-608)

Οι παραπάνω αναφορές-θέσεις σκιαγραφούν μια από τις βασικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει κάθε κουλτούρα, να συμβιβάσει τους αποκλίνοντες συχνά στόχους και τις δράσεις των μελών του οργανισμού. Η έμφαση σχετικά με το ρόλο των κοινών βασικών παραδοχών που επηρεάζουν τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά δείχνει ότι η οργανωτική κουλτούρα χαρακτηρίζεται ως κάτι πολύ περισσότερο από «τον τρόπο που γίνονται τα πράγματα εδώ γύρω». Η προσπάθεια κατανόησης γιατί τα πράγματα έχουν γίνει με κάποιο τρόπο, σύμφωνα με τους συγγραφείς, χρειάζεται μια βαθύτερη ανάλυση και κατανόηση της οργανωσιακής κουλτούρας. Χρειάζεται η αντίληψη της συμπεριφοράς σε συνειδητό και ασυνείδητο επίπεδο. (Γούλα Ασπασία, 2014, σσ. 25-31)

Οι Boan & Funderbur αναφέρουν ότι στο περιβάλλον των συστημάτων υγείας η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με διάφορα στοιχεία που συμβάλλουν στη ποιότητα όπως ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα και η ασφάλεια του ασθενή. (Boan D. & Funderbur, 2003, σσ. 1-17)

Το περιεχόμενο της οργανωσιακής κουλτούρας έχει επίσης συνδεθεί με την ικανοποίηση τόσο των αναγκών των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας για περισσότερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, όσο και για την ικανοποίηση των υλικών και κοινωνικών αγαθών των μελών των οργανισμών. (Scott T., 2003, σ. 1)

Έρευνες σχετικές με την οργανωσιακή κουλτούρα και τις διαστάσεις που επηρεάζει στις μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης απέδειξαν ότι η κουλτούρα επηρεάζει:

1. Την οικονομική αποδοτικότητα μέσω των αξιών και συμπεριφορών των μελών σχετικά με τον τρόπο και η διαδικασία παραγωγής και κοστολόγησης.

2. Την ισότητα μέσω των ηθικών κανόνων συμπεριφοράς προς τους ασθενείς.
3. Του οικονομικούς και κοινωνικούς στόχους που πρεσβεύει ο οργανισμός.
4. Τη συνεργασία και τη σχέση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών του οργανισμού καθώς και τη φήμη του νοσοκομείου. (Mannion R. & Davies, 2005, σ. 13; Γούλα Ασπασία, 2014, σσ. 61-62)

Η Γούλα Ασπασία αναφέρει ότι στη μεταρρύθμιση του συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, η διοίκηση της οργανωσιακή κουλτούρας εξετάστηκε ως απαραίτητο συστατικό. Εθνικά Επιστημονικά Συμβούλια όπως The Commition for Health Improvement, the Modernization Agency και The National Patient Agency επένδυσαν σε προγράμματα οργανωσιακής αλλαγής της κουλτούρας του υγειονομικού τομέα ως μέρος της βελτίωσης της λειτουργίας των νοσοκομείων. (Γούλα Ασπασία, 2014, σσ. 61-62; Mannion R., 2007)

Στην Ιρλανδία και στις ΗΠΑ ο Badham J. θεωρεί ότι η διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας αποτέλεσε το κλειδί στη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία. Στις χώρες αυτές υποστηρίζεται ότι για την επιτυχημένη και διατηρήσιμη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας απαιτούνται σημαντικές αλλαγές στη κλινική κουλτούρα (clinical culture) και στην ενδυνάμωση όλων των μελών του προσωπικού. (Badham J., 2006, σσ. 22-29)

Εν κατακλείδι, ανεξάρτητα από τον ιδιαίτερο χαρακτήρα ενός οργανισμού όπως αυτός της παροχής υπηρεσιών υγείας, στο σημερινό οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον, οι οργανισμοί πρέπει να αναπτύξουν μια οργανωσιακή κουλτούρα που να συνάδει με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, τη φύση του οργανισμού, τις στρατηγικές και τους στόχους τους. Οι αντικατάσταση των παραδοσιακών μηχανισμών ελέγχου και μεθόδων διοίκησης από τη «διοίκηση μέσω κουλτούρας» αποτελεί πλέον μια αναγκαιότητα που δημιουργείται από τις νέες προκλήσεις. Σημαντικό όμως είναι η δημιουργία μια κοινής κουλτούρας σε όλα τα μέλη του οργανισμού. (Μπουραντάς Δ., 2002, σ. 469)

2.8 Εργασιακό Άγχος

Τα επαγγέλματα υγείας θεωρούνται από τα επαγγέλματα με τη μεγαλύτερη ευπάθεια στην επαγγελματική εξουθένωση. Το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση συστηματικά οδηγούν σε πτώση της απόδοσης των εργαζομένων, μείωση της ικανοποίησης από την εργασία τους και αυξημένες απουσίες για λόγους ασθένειας. Η επικοινωνία μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα, που θα καθορίσει αν η

ιατρική πράξη θα αυξήσει την αίσθηση προσωπικής επίτευξης ή το εργασιακό στρες. Όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εκπαιδευμένοι στις δεξιότητες επικοινωνίας, αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στην οριοθέτηση και το διαχωρισμό της επαγγελματικής από την προσωπική τους ζωή, έχοντας την τάση να μεταφέρουν τα προβλήματα από τη μια πλευρά στην άλλη.

Το επαγγελματικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο περνά ένα μεγάλο μέρος της ζωής του, αποτελεί ένα χώρο στον οποίο το εργασιακό στρες και η ψυχολογική πίεση αποτελούν στοιχεία της σύγχρονης επαγγελματικής καθημερινότητας. Ο φόρτος εργασίας, οι συνεχείς αλλαγές και οι αυξανόμενες απαιτήσεις τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική ζωή είναι κάποιοι από τους βασικούς παράγοντες που δημιουργούν καταστάσεις πίεσης για τους εργαζομένους. Όταν η πίεση αυτή υπερβαίνει την δυνατότητα του ατόμου να την αντιμετωπίσει τότε το άτομο αισθάνεται άγχος. Η λέξη άγχος ή στρες προέρχεται από την λατινική λέξη *stringere*, που σημαίνει «τεντώνω». Εργασιακό άγχος είναι η αντίδραση που έχουν πολλοί άνθρωποι όταν υφίστανται πιέσεις στο χώρο εργασίας τους. (Arnold J & Silvester J & Cooper C & Robertson I., 2005)

Οι εργαζόμενοι μη έχοντας αρκετά συχνά τα κατάλληλα εφόδια, τόσο σε επίπεδο γνώσεων (κατάρτισης και εξειδίκευσης), όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, έρχονται αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες. Αναγκαστικά πρέπει να τις ξεπεράσουν, προκειμένου να επιβιώσουν και να παραμείνουν στην επαγγελματική τους θέση, υποστηρίζοντας έτσι τον αντίστοιχο επαγγελματικό τους ρόλο. Με λίγα λόγια το στρες πηγάζει από τη σχέση και την αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος. Κάθε άνθρωπος μπορεί να βιώσει το στρες ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, μόρφωσης ή κοινωνικής τάξης, γιατί αποτελεί την απάντησή του σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, καθώς το στρες σχετίζεται με στρεσογόνους παράγοντες που συναντώνται στην καθημερινότητα. Πάρα ταύτα, πιστεύεται ότι υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση έναντι του στρες, για το λόγο αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο. (Κοϊνης Αριστοτέλης & Σαρίδη Μαρία., 2014, σσ. 301-303)

Το άγχος αναφέρεται στην αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κανείς, δηλαδή στον τρόπο αντίληψης και ερμηνείας τους, βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών, δηλαδή δεν μπορεί να τα ερμηνεύσει. Η έννοια της κατάστασης του άγχους «αναφέρεται στις τρέχουσες αλλαγές που προκαλούν οι στρεσογόνες συνθήκες τόσο στην ψυχολογική λειτουργία των

ρυθμιστικών μηχανισμών όσο και στη συμπεριφορά του ατόμου». Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Jones H. το εργασιακό στρες είναι μια κατάσταση κατά την οποία δεν υπάρχει ή το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν υπάρχει ισορροπία, ανάμεσα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος ή του ατόμου και στις δυνατότητες του ατόμου αυτού. Το άγχος δεν θεωρείται ασθένεια, αλλά μια κατάσταση, η οποία μπορεί να μετατραπεί σε ασθένεια με σοβαρότατες σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες όταν είναι παρατεταμένο και υπερβολικό. (Jones H., 1999; Κοΐνης Αριστοτέλης & Σαρίδη Μαρία., 2014, σσ. 301-303) (Cooper CL., 1984, σσ. 23(4), 395-407)

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ψυχολογική πίεση και το άγχος μπορούν να θεωρηθούν και ως θετικά, καθώς όταν υπάρχουν σε τέτοιο βαθμό, μπορούν να κινητοποιούν το άτομο να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Το άγχος μπορεί να έχει θετική αξία όταν το άτομο το χρησιμοποιεί για να αυξήσει την αποδοτικότητά του, για να βρίσκεται σε εγρήγορση και να καταφέρει να φτάσει στο μέγιστο των δυνατοτήτων του. Για παράδειγμα, μια αθλήτρια μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιεί το άγχος που νιώθει πριν από τον αγώνα για να αποδώσει όσο το δυνατόν καλύτερα. Από την φύση τους μερικά επαγγέλματα προκαλούν περισσότερο άγχος από άλλα. Αντιθέτως η συνεχής έκθεση του ατόμου στο άγχος, μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητά του στην εργασία και να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του και στην οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Παρ' όλα αυτά, οι εκδηλώσεις στρες στον εργασιακό χώρο, δεν μπορούν να χαρακτηριστούν όλες ως εργασιακό στρες, διότι αυτό μπορεί να προέρχεται από διάφορους και διαφορετικούς παράγοντες. (Cooper C L., 1983, σσ. 4(4), 325)

Όμως, τι είναι ακριβώς αυτό που προκαλεί περισσότερο άγχος σε ένα επάγγελμα σε σχέση με ένα άλλο; Σύμφωνα με τους Greenberg και Baron (2008) οι θέσεις εργασίας, που οι κάτοχοί τους αναμένεται να βιώσουν μεγαλύτερο άγχος, συνήθως χαρακτηρίζονται από ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

1. Αυξημένη λήψη/ ευθύνη αποφάσεων
2. Απασχόληση σε βαρετές και μονότονες εργασίες
3. Επαναλαμβανόμενη ανταλλαγή πληροφοριών με άλλους
4. Απασχόληση σε δυσάρεστο, από την άποψη συνθηκών, εργασιακό περιβάλλον
5. Εργασία σε μη οργανωμένο περιβάλλον

Τα επαγγέλματα υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), κατατάσσονται στα έξι πρώτα πιο στρεσογόνα. Οι WHOQOL, ως υγεία δεν θεωρούν ότι είναι μόνο η απουσία της αρρώστιας ή της αδυναμίας αλλά η θετική κατάσταση

μιας πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Έτσι θεωρείται υγιές εργασιακό περιβάλλον το περιβάλλον στο οποίο δεν υπάρχει απλά και μόνο η απουσία επιβλαβών συνθηκών, αλλά η προώθηση άφθονων υγιών συνθηκών. Δεν παρουσιάζουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας τον ίδιο βαθμό στρες και δεν αναπτύσσουν το ίδιο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης. Από μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές και οι ιατροί που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ταξινομούν την αντιμετώπιση του θανάτου ως σημαντικότερη πηγή στρες από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικές ή χειρουργικές κλινικές. Εκείνοι με την σειρά τους ταξινομούν ως σημαντικότερες πηγές στρες το αυξημένο φόρτο εργασίας και την ελλιπή στελέχωση. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν, ότι οι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε χειρουργεία θεωρούν τις συναισθηματικές πτυχές ως λιγότερο σημαντικές από ότι οι νοσηλευτές ογκολογικών και αιματολογικών τμημάτων. (THE WHOQOL GROUP: The World Health Organization Quality of Life Assessment., 1995, pp. 41(10):1403-1409; Κοΐνης Αριστοτέλης & Σαρίδη Μαρία., 2014, pp. 301-303; Foxall M & Zimmerman L & Standley R & Bene C., 1990, pp. (15):577-584; Tyler PA & Ellison RN., 1994, pp. (19):469-476)

Μελέτες στον ελλαδικό χώρο έδειξαν ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης ψυχικής διαταραχής είναι αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος για παράδειγμα, η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, επαφή με ασθενείς σε τελικό στάδιο κ.α. Επίσης, παράγοντες που σχετίζονται με την ελληνική πραγματικότητα όπως περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.ά. Μελέτες αντίστοιχα από το διεθνή χώρο και εκθέσεις διεθνών επιστημονικών φορέων τονίζουν την αναγκαιότητα βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών των επαγγελματιών υγείας και δίνουν έμφαση στο δύσκολο, στρεσογόνο και ιδιαίτερα επικίνδυνο περιβάλλον εργασίας. Επίσης, φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στην απόφαση των επαγγελματιών υγείας να μείνουν ή να φύγουν από το επάγγελμα. Γενικά οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση άγχους και στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους, με συνέπεια να οδηγούνται στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής, γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στα εν λόγω άτομα. (Κοΐνης Αριστοτέλης & Σαρίδη Μαρία., 2014, pp. 301-303)

2.8.1 Τα αίτια δημιουργίας του εργασιακού άγχους

Λόγω της πολυπλοκότητας του φαινομένου του άγχους η αναφορά στις πηγές του άγχους δεν μπορεί να είναι απόλυτη και κατηγορηματική και δεν πρέπει να αγνοείτε η προσωπική αντίληψη του κάθε ατόμου, σχετικά με ποιους παράγοντες θεωρεί ως στρεσογόνους και ποιους όχι.

Τα αίτια χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη αναφέρεται σε περιβαλλοντικά αίτια, όπως είναι η οικονομική αβεβαιότητα, η πολιτική αστάθεια, η τρομοκρατία, εγκληματικότητα κλπ. Η δεύτερη αναφέρεται σε οργανωσιακούς παράγοντες, όπως οι απαιτήσεις της εργασίας, η υπερφόρτωση εργασίας κλπ. Και η τρίτη κατηγορία αναφέρεται σε παράγοντες που σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου, όπως η έδρα ελέγχου, αυτοεκτίμηση κλπ.

2.8.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τη θέση εργασίας και το οργανωσιακό κλίμα ως πηγές άγχους.

Εργασιακές συνθήκες. Η αποδοτικότητα στην εργασία μας, την σωματική και ψυχική μας υγεία μπορούν και επηρεάζονται από τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος όπως, ο θόρυβος, ο φωτισμός, ο αέρας . (Robbins S & Judge T., 2007) Σύμφωνα με τους Hay & Oken κάθε επάγγελμα χαρακτηρίζεται από δικές του ιδιαίτερες συνθήκες, που μπορεί να αποτελούν πιθανές πηγές άγχους. Για παράδειγμα, ο φωτισμός του νοσοκομείου που είναι πολύ έντονος και μονότονος βρέθηκε να επηρεάζει τα επίπεδα άγχους των νοσοκόμων για μεγάλο χρονικό διάστημα (Hay D & Oken D., 1972, pp. 34(2), 109). Μία ακόμα έρευνα έδειξε ότι η αύξηση θορύβου σε γραφεία που βρίσκονται σε ανοιχτό χώρο (open space) επηρεάζει την αποδοτικότητα των εργαζομένων και τα επίπεδα άγχους τους (Evans GW & Johnson D., 2000, pp. 85(5),779-783).

Οι βάρδιες. Ένας πολύ συχνός παράγοντας άγχους αποτελούν οι βάρδιες για τους εργαζομένους που είναι αναγκασμένοι να ακολουθούν αυτό τον ρυθμό εργασίας. Σε σχετική έρευνα έχει αποδειχτεί ότι οι βάρδιες επηρεάζουν το μεταβολισμό, τις συνήθειες του ύπνου, την παρακίνηση των εργαζομένων, την αποδοτικότητα, καθώς και την οικογενειακή και κοινωνική ζωή. Έχει αναφερθεί ότι οι νυχτερινές βάρδιες των νοσοκόμων μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη εξουθένωση, αίσθηση αποπροσωποποίησης και μείωση ενέργειας σε σύγκριση με τις πρωινές βάρδιες. Επίσης οι Fido και Ghali (2008) διαπίστωσαν ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων σε μια οκτάωρη αλλά κυλιόμενη και εναλλασσόμενη βάρδια ανέφερε περισσότερα

προβλήματα υγείας και ύπνου, καθώς και αυξανόμενο ρίσκο για ατυχήματα και λάθη σε σύγκριση με συναδέλφους τους που ακολουθούσαν ένα σταθερό ημερήσιο πρόγραμμα. (Robbins SP & Judge T., 2007; Demir A & Ulusoy M & Ulusoy M., 2003, pp. 40(8),807-827)

Ο φόρτος και το ωράριο εργασίας. Ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την υγεία και αποδοτικότητα των περισσότερων εργαζομένων είναι οι πολλές ώρες εργασίας φαίνεται ότι επηρεάζουν αρνητικά την υγεία (Fukuoka Y & Dracup K & Sivarajan Froelicher E & Ohno M & Hirayama H & Shiina H & Kobayashi., 2005, σσ. 100(1), 29-35) (Lamberg L., 2004, σσ. 292(1), 25-26) (Robbins S & Judge T., 2007) (Schaufeli WB & Taris TW & Van Rhenen W., 2008, σσ. 57(2), 173-203).

Σύμφωνα με τους Robbins & Judge (2007), έχει αποδειχτεί ότι η εργασία που ξεπερνά τις 40 ώρες εβδομαδιαίως είναι αντιπαραγωγική και προκαλεί προβλήματα υγείας. Εκτός από τις ώρες εργασίας σημαντικό ρόλο παίζει και η υπερφόρτωση ή η υποφόρτωση. Με την έννοια υπερφόρτωση εννοούμε ότι ένας εργαζόμενος έχει πάρα πολλά που πρέπει να κάνει ή /και αυτά που πρέπει να κάνει έχουν αυξημένο φόρτο δυσκολίας, ενώ και με τον όρο υποφόρτωση αναφερόμαστε στις πολλές ώρες εργασίας που έχει τα αποτελέσματα που περιγράφηκαν παραπάνω. (Robbins S & Judge T., 2007)

Επίσης, παράγοντες, όπως η εισαγωγή νέων τεχνολογιών, αυξάνουν την πιθανότητα της υπερφόρτωσης και συνεισφέρουν στην αύξηση του άγχους (Chase B & Karwowski W & Benedict M E & Quesada PM & Irwin-Chase HM., 2003, σσ. 9(1), 5-15). Ένα ακόμα χαρακτηριστικό της υπερφόρτωσης είναι ότι μπορεί να οδηγήσει σε άγχος όταν συνδέεται με επαναλαμβανόμενες και μονότονες εργασίες (Sutherland VJ & Cooper CL., 1996, σσ. 12(1), 27-34)

Οι Robbins & Judge αναφέρουν επίσης ως παράδειγμα τις ειδικές ομάδες εργαζομένων, όπως οι εργαζόμενοι σε πυρηνικά εργοστάσια περνούν κάποιο διάστημα όπου έχουν πολύ λίγα να κάνουν, ενώ υπάρχει πάντα η πιθανότητα να κληθούν ξαφνικά να αντιμετωπίσουν μια κρίση. (Robbins S & Judge T., 2007) Η υποφόρτωση αποτελεί επίσης γενεσιουργό παράγοντα άγχους σε περίοδο οικονομικής δυσχέρειας, γιατί μπορεί να υποδηλώνει ότι η θέση εργασίας είναι «περιττή», με αρνητικές συνέπειες για τον κάτοχό της (ανεργία).

Ρίσκο και κίνδυνος στην εργασία. Μια εργασία που περιλαμβάνει ρίσκο και κινδύνους μπορεί να συνδεθεί με αυξημένα επίπεδα άγχους. Οι Young & Cooper αναφέρουν ότι οι ειδικές ομάδες εργαζομένων, όπως οι πυροσβέστες, τα μέλη σωστικών συνεργειών, οι οδηγοί ασθενοφόρων κτλ. υποφέρουν από τα αποτελέσματα

κινδύνου στην εργασία τους με αντίκτυπο στην ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής (Young KM & Cooper CL., 1995, σσ. 10(3), 29). Αντίθετα εργαζόμενοι που συχνά αντιμετωπίζουν ρίσκο και κίνδυνο, όπως οι αστυνομικοί, οι εργάτες σε ορυχεία, οι πυροσβέστες και οι στρατιωτικοί, μπορεί να έχουν χαμηλά επίπεδα άγχους καθώς έχουν εκπαιδευτεί για να αντιμετωπίζουν τέτοιες καταστάσεις.

Με τον όρο οργανωσιακό κλίμα αναφέρουμε το πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον τρόπο που λειτουργεί ο οργανισμός τους, ενώ η οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται σε αξίες, νόρμες, τα οποία μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού και επηρεάζουν τη συμπεριφορά τόσο των ατόμων όσο και των ομάδων. Και η οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα μπορούν να αποτελούν πηγές έντονου άγχους για τα μέλη του οργανισμού. Για παράδειγμα, όταν ένας εργαζόμενος βρίσκει πολύ δύσκολο να αποδώσει σε καθήκοντα λόγω του ότι οι αξίες του οργανισμού και του εργαζομένου δεν ταιριάζουν, με αποτέλεσμα να διαφωνεί πλήρως ή, επίσης, εάν το μέλος του οργανισμού πιστεύει ότι ο τρόπος που λειτουργεί ο οργανισμός είναι άδικος ή απρόβλεπτος, μπορεί να αποκτήσει αυξανόμενο εργασιακό άγχος. Ένα ακόμα παράδειγμα είναι η περιορισμένη επικοινωνία με τη διοίκηση ή και μεταξύ των εργαζομένων ή η έλλειψη ενδυνάμωσης των εργαζομένων μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα οργανωσιακού άγχους. (Arnold J & Silvester J & Cooper C & Robertson I., 2005)

2.8.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τον ρόλο του/ της εργαζομένου/ης ως πηγές άγχους.

Ο ρόλος που έχει ένας εργαζόμενος στον οργανισμό και οι προσδοκίες που έχει η διοίκηση ενός οργανισμού πρέπει να είναι καλά ορισμένες και οριοθετημένες. Σε αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται συνθήκες που προκαλούν μεγάλο άγχος στον εργαζόμενο. Τρεις είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν και που θα τους δούμε αναλυτικά παρακάτω: Η ασάφεια του ρόλου, η σύγκρουση του ρόλου και η υπευθυνότητα του ρόλου. (Greenberg J & Baron R., 2008)

Η ασάφεια του ρόλου μπορεί να προέρχεται από μια σειρά γεγονότων, όπως είναι το να αρχίσει κάποιος μια καινούργια εργασία, να υπάρχουν αλλαγές στη δομή του οργανισμού ή στις ανώτερες διοικητικές θέσεις του, να δεχθεί για πρώτη φορά θέση με διοικητική ευθύνη κλπ. Μπορεί να προκύπτει από το ίδιο το άτομο, όταν δεν έχει μια σαφή εικόνα για τους στόχους της εργασίας του/ης, τις προσδοκίες του οργανισμού, καθώς και τα όρια και την ευθύνη που πηγάζουν από τον ρόλο του/ης. Η ασάφεια

ρόλου συχνά σχετίζεται με καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη υποκίνηση και μεγαλύτερη πρόθεση για παραίτηση από την εργασία (Coverman S., 1989, σσ. 67(4), 965-982)

Σύμφωνα με τους Schwab & Iwanicki, η σύγκρουση ρόλου εμφανίζεται όταν το άτομο υποχρεώνεται να κάνει πράγματα που θεωρεί ότι δεν είναι μέρος του ρόλου του/ης ή ότι πρέπει να κάνει πράγματα για τα οποία δεν συμφωνεί απολύτως ή γίνεται κάθε φορά αποδέκτης διαφορετικών και συχνά αντίθετων μεταξύ των εντολών. Αυτή η σύγκρουση οδηγεί σε μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και υψηλότερα επίπεδα άγχους. Τόσο η ασάφεια όσο και η σύγκρουση ρόλου σχετίζονται θετικά τόσο με το άγχος όσο και με την επαγγελματική εξουθένωση, εύρημα που επιβεβαιώνεται σε διάφορες εργασιακές ομάδες, όπως είναι οι δάσκαλοι, τα μεσαία στελέχη επιχειρήσεων, οι λογιστές, οι επαγγελματίες υγείας (Schwab RL& Iwanicki EF., 1982, σσ. 18(1), 60)

Από έρευνες έχει βρεθεί ότι η ευθύνη που πηγάζει από τον ρόλο, είναι ένας άλλος παράγοντας που δημιουργεί άγχος. Μέσα σε έναν οργανισμό, υπάρχουν δύο τύποι ευθυνών: η ευθύνη για τους ανθρώπους και η ευθύνη για τα πράγματα, όπως οι μισθοί, ο εξοπλισμός και τα κτίρια. Η ευθύνη για τους ανθρώπους επιφέρει μεγαλύτερο άγχος σε σύγκριση με την υπευθυνότητα για πράγματα, και οδηγεί περισσότερο σε άγχος και καρδιακά προβλήματα. (Cooper C L., 1983, σσ. 4(4), 325)

Υπάρχουν άτομα που έχουν μεγαλύτερη τάση στο να βιώνουν το άγχος σε σύγκριση με άλλα άτομα. Σύμφωνα με τον Arnold, et al., η προσωπικότητα φαίνεται να επιδρά αρκετά στο πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τους παράγοντες που δημιουργούν το άγχος, καθώς και τον τρόπο που το αντιμετωπίζουν (Arnold J & Silvester J & Cooper C & Robertson I., 2005)

Οι ερευνητές έχουν επενδύσει πολύ στο να ανακαλύψουν ποια στοιχεία της προσωπικότητας ευθύνονται για το άγχος, και ακολούθως παρουσιάζονται οι σημαντικότερες διαστάσεις της προσωπικότητας που έχουν εξεταστεί σε σχέση με το εργασιακό άγχος.

Τύπος προσωπικότητας Α και Β. Οι Friedman και Rosenman (1971) σε μια προσπάθεια να μελετήσουν εάν οι ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων έχουν κάποια κοινά σημεία της προσωπικότητάς τους που τους χαρακτηρίζουν, κατέληξαν ότι εκτός από κάποιους παράγοντες, όπως η κληρονομικότητα, η ηλικία και η αρτηριακή πίεση, ένας τύπος προσωπικότητας φαίνεται να εξηγεί αυτά τα επεισόδια. Ονόμασαν αυτό τον τύπο προσωπικότητας τύπο Α και τον περιέγραψαν με τα εξής χαρακτηριστικά: είναι άτομα αεικίνητα, βιάζονται να τελειώσουν ότι αρχίζουν σε μικρό

χρονικό διάστημα, μιλούν με ένταση, διακόπτουν συχνά τον συνομιλητή τους, ασχολούνται με δύο ή περισσότερα πράγματα ταυτόχρονα, είναι ανυπόμονα, είναι ανταγωνιστικά, είναι ακριβή στα ραντεβού τους, σιχαίνονται να περιμένουν, δεν αναθέτουν εύκολα αρμοδιότητες στους άλλους κλπ. Αντίθετα ο τύπος Β σύμφωνα με τους Huczynski A & Buchanan, δε νιώθει να κυνηγιέται από τον χρόνο, έχει την τάση να απολαμβάνει περισσότερο τη ζωή, δε βιάζεται, δεν αισθάνεται πίεση από τον χρόνο, δεν εκνευρίζεται εύκολα, εργάζεται με σταθερό ρυθμό κλπ.. Ο τύπος προσωπικότητας Α έχει γενικά υποστηριχθεί ότι σχετίζεται με το άγχος, παρόλα αυτά υπάρχουν αρκετοί ερευνητές που υποστηρίζουν ότι πίσω από την προσωπικότητα Α υπάρχει ένας ενδογενής νευρωτισμός. Άρα μπορεί να πρόκειται για την νευρωτική προσωπικότητα και όχι για μια διαφορετική διάσταση προσωπικότητας. (Friedman M & Rosenman RH., 1971, σσ. 3(6), 300) (Κάντας Α., 1993) (Huczynski A & Buchanan DA.)

Έδρα ελέγχου. Με την έννοια έδρα ελέγχου εννοούμε τον βαθμό στον οποίο κάποιος πιστεύει πως ελέγχει την ίδια του/ης μοίρα (Judge T & Bono J., 2001, σσ. 86(1),80-92) Η εσωτερική έδρα ελέγχου σχετίζεται με το πιστεύω ότι το ίδιο το άτομο έχει τον έλεγχο για αυτό που συμβαίνει, ενώ η εξωτερική έδρα ελέγχου αναφέρεται στο πιστεύω ότι ό,τι του συμβαίνει ελέγχεται από εξωτερικές δυνάμεις, όπως την τύχη, τη μοίρα ή το θεό. Για παράδειγμα, υπάρχουν μαθητές που συνδέουν την επιτυχία με την αποτυχία στις εξετάσεις με την ατομική τους προσπάθεια, ενώ κάποιοι άλλοι σχετίζουν την επιτυχία ή την αποτυχία τους στις εξετάσεις με τα θέματα που έβαλε ο καθηγητής, με τον τρόπο που τα διόρθωνε ή με την εύνοια ή μη της τύχης κλπ. (Robbins S & Judge T., 2007)

Τα άτομα με εσωτερική έδρα ελέγχου, τείνουν να επιτυχαίνουν περισσότερα και να υποφέρουν λιγότερο από το άγχος καθώς αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους στα χέρια τους. Παρομοίως, όταν συμβαίνει κάτι που τους προκαλεί άγχος δεν θα μείνουν αδρανείς, αλλά αντίθετα θα αναλάβουν πρωτοβουλίες για να το αντιμετωπίσουν. Αντίθετα, τα άτομα με εξωτερική έδρα ελέγχου πιστεύουν ότι πιεστικές ή αγχογόνες καταστάσεις είναι πέρα των δυνατοτήτων τους και για το λόγο αυτό περιορίζονται στο να υποφέρουν τις συνέπειες τους, χωρίς να προσπαθήσουν ιδιαίτερα να τις αντιμετωπίσουν, λειτουργώντας με αυτό τον τρόπο περισσότερο μοιρολατρικά.

Κύρια αξιολόγηση. Η κύρια αυτό-αξιολόγηση (core self-evaluation), σύμφωνα με τον Judge, είναι ένα γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που περιλαμβάνει την

αυτοεκτίμηση, την έδρα ελέγχου, την αυτεπάρκεια και την υψηλή συναισθηματική σταθερότητα. (Judge T & Bono J., 2001)

Αν και η έννοια αυτή έχει αναπτυχθεί τα τελευταία δέκα χρόνια, φαίνεται να υποστηρίζεται από ερευνητικά ευρήματα που επιβεβαιώνουν ότι η κύρια αυτό-αξιολόγηση προβλέπει εργασιακά αποτελέσματα καλύτερα από τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά από τα οποία αποτελείται. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα κύριας αυτό-αξιολόγησης αποδίδουν καλύτερα στην εργασία τους, είναι πιο επιτυχημένα στη σταδιοδρομία τους, είναι πιο ικανοποιημένα από τη ζωή τους, αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και μπορούν να εκμεταλλευτούν καλύτερα τα προτερήματά τους και τις ευκαιρίες που τους δίνονται (Judge T., 2009, σσ. 18(1), 58-62).

Άλλα ερευνητικά αποτελέσματα επίσης επιβεβαιώνουν ότι οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλά επίπεδα κύριας αυτό-αξιολόγησης μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση καθώς και τις συνέπειες τους (Harris, Harvey, & Kacmar, 2009; Yagil, Luria, & Gal, 2008).

Ανθεκτικότητα. Η ανθεκτικότητα φαίνεται να είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που ξεχωρίζει τους ανθρώπους οι οποίοι μπορούν να αντισταθούν και να αντιμετωπίσουν το άγχος (Kobasa, 1987), αντέχοντας υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με άλλους ανθρώπους. Η ανθεκτικότητα στηρίζεται σε τρία χαρακτηριστικά που είναι: η δέσμευση τόσο στην εργασία όσο και σε άλλες δραστηριότητες, ο έλεγχος, η πεποίθηση δηλαδή ότι τα γεγονότα που μας δυσκολεύουν, όπως μια αλλαγή στο εργασιακό μας χώρο, είναι ευκαιρίες για ανάπτυξη και όχι απειλές της ασφάλειάς μας (Kobasa, 1987). Οι εργαζόμενοι που σκοράρουν υψηλά στην ανθεκτικότητα, προτιμούν να δίνουν λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και δεν προσπαθούν να τα αποφεύγουν (Baumgartne, 2002). Επίσης, αυτοί οι εργαζόμενοι αναφέρουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση, βιώνουν υψηλότερη ποιότητα ζωής, αναφέρουν λιγότερες σωματικές ενοχλήσεις και λιγότερο άγχος και κατάθλιψη (Klag & Brdley, 2004; Manning, Willims, & Wolfe, 1988).

Αισιοδοξία/Απαισιοδοξία. Τα άτομα που έχουν υψηλό βαθμό στην αισιοδοξία αντιμετωπίζουν την ζωή με θετικό τρόπο, περιμένουν να συμβεί το καλύτερο και ελπίζουν ότι όλα θα έχουν θετική έκβαση. Τα άτομα αυτά τείνουν να χειρίζονται το άγχος πιο αποτελεσματικά. Είναι πιο ικανά να βλέπουν τα θετικά χαρακτηριστικά της όποιας κατάστασης και να αναγνωρίζουν ότι μια κατάσταση μπορεί να βελτιωθεί. Σε αντίθεση, τα άτομα που σκοράρουν υψηλά στην απαισιοδοξία τείνουν να υιοθετούν πολύ διαφορετικές στρατηγικές όταν βρίσκονται υπό πίεση και άγχος. Αυτό σημαίνει

ότι τείνουν να τα παρατούν πιο εύκολα ή να αρνούνται ότι συνέβη ένα γεγονός που τους δημιουργεί άγχος. Επίσης, τα άτομα αυτά τείνουν να αναφέρουν συχνότερα σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους ή στομαχικές ενοχλήσεις σε περιόδους πίεσης. (Scheier MF & Weintraub JK & Carver S., 1986, σσ. 51(6), 1257) (Furnam A., 2005)

2.8.4 Παράγοντες που σχετίζονται με τις σχέσεις στην εργασία ως πηγές άγχους.

Οι σχέσεις στο χώρο εργασίας τόσο με τους προϊσταμένους όσο και με τους συναδέλφους ή τους υφισταμένους μπορεί να αποτελέσουν πηγή άγχους και πίεσης. Αυτό σύμφωνα με τον Κάντα (1993) συμβαίνει όταν οι σχέσεις αυτές δεν είναι καλές, χαρακτηρίζονται δηλαδή από χαμηλό βαθμό εμπιστοσύνης και στήριξης. (Κάντας Α., 1993)

Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης σε συναδέλφους συνδέεται με υψηλή ασάφεια ρόλου, κακής ποιότητα επικοινωνία, ψυχολογική ένταση και χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση. (Cooper CL & Cartwright S., 1994, σσ. 47(4) 455-471). Παρακάτω ακολουθεί περιγραφή αυτών των κατηγοριών αυτών των σχέσεων.

Οι σχέσεις με τους προϊστάμενους. Οι διαρκείς πιέσεις για αποτελέσματα μπορεί να οδηγήσουν τα διοικητικά στελέχη στο να συμπεριφέρονται με δυσάρεστο ή αναποτελεσματικό τρόπο στους υφισταμένους τους, με αποτέλεσμα η σχέση αυτή να δημιουργεί συγκρούσεις τριβές και κατά συνέπεια άγχος (Sosik JJ & Godshalk VM., 2000, σσ. 21(4), 365).

Όταν σχέση μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων είναι καλής ποιότητας, δηλαδή οι προϊστάμενοι λειτουργούν ως μέντορες και παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση, τότε αυτό οδηγεί στη μείωση της συναισθηματικής εξουθένωσης και του στρες. (Nelson D & Basu R & Purdie R., 1998, σσ. 5(2) 103-112) (Thomas CH & Lanku M J., 2009, σσ. 48(3), 417-432)

Το στυλ ηγεσίας αναδεικνύεται σε σημαντικό παράγοντα προσδιορίζοντας ότι όταν ο/η προϊστάμενος/η ηγείται μέσω του παραδείγματός του/της, ξεκαθαρίζει τον στόχο και την αποστολή της ομάδας και λειτουργεί υποστηρικτικά προς τους συνεργάτες του, οι υφιστάμενοι βιώνουν λιγότερο εργασιακό άγχος και σκοράρουν υψηλότερα στην εργασιακή ικανοποίηση. (Baruch-Feldman C & Brondolo E & Ben-Dayan D & Schwartz J., 2002, σσ. 7(1), 84-93)

Οι σχέσεις με τους υφιστάμενους και τους συναδέλφους. Το να έχεις ένα υποστηρικτικό δίκτυο ανθρώπων στην εργασία συμβάλλει στο να αντιμετωπίζει κανείς δύσκολες καταστάσεις με λιγότερο άγχος και ένταση (Furnam A., 2005)

Το άγχος που συνδέεται με τις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων μπορεί να προκύψει από ανταγωνισμούς και προσωπικές συγκρούσεις ή από αναποτελεσματικότητα της διοίκησης, όπως επικάλυψη αρμοδιοτήτων αδικίες, εύνοιες κλπ. Το άγχος που συνδέεται με τις σχέσεις μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων προκύπτει κυρίως από το ότι /η μάνατζερ χρειάζεται να μάθει να διοικεί με την συμμετοχή των υφισταμένων του/της και με την έλλειψη διάθεσης συνεργασίας που μπορεί να εμφανίζουν οι υφιστάμενοι. Η υποστήριξη από τους συναδέλφους και υφιστάμενους βοηθά πολύ στην καλή εργασιακή ζωή και μειώνει τα άγχος. Αυτό το δίκτυο συνεργασίας μπορεί να προσφέρει συναισθηματική ή οικονομική στήριξη, καθώς επίσης να μοιραστεί γνώσεις ή πληροφορίες ή τρόπους αντιμετώπισης καταστάσεων που προκαλούν πολύ άγχος (Furnam A., 2005)

Οι προοπτικές καριέρας ως πηγή άγχους. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας ο οποίος είναι ιδιαίτερα σημαντικός σήμερα είναι η επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων. Οι Cooper et al. (1988) εδώ περιλαμβάνουν τις έννοιες της εργασιακής ανασφάλειας, την ανάπτυξη/εξέλιξη σταδιοδρομίας του εργαζομένου και της μετάβασης στη συνταξιοδότηση. (Cooper CL & Cooper RD & Eaker LH., 1988)

2.8.5 Συνέπειες και συμπτώματα του εργασιακού άγχους

Ο κεντρικός φορέας στην Αγγλία που χειρίζεται θέματα υγείας, άγχος και ασφάλειας στην εργασία, σε μια σχετικά πρόσφατη έκθεσή του αναφέρει ότι το 2007-08, 442.000 εργαζόμενοι στη Μεγάλη Βρετανία βίωσαν άγχος στην εργασία τους σε σημείο τέτοιο που ένιωθαν άρρωστοι, ότι 13.5 εκατομμύρια εργάσιμες μέρες έχουν χαθεί εξαιτίας του εργασιακού άγχος και ότι αυτό κόστισε στους εργοδότες πάνω από 381 εκατομμύρια λίρες. (Griffin MA & Clarke S., 2011, σσ. 359-397) (MacKay CJ & Cousins R & Kelly RJ & Lee S & McGaig R., 2004, σσ. 18(2), 91-112) (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σ. 199)

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση το άγχος είναι η δεύτερη πιο συχνά αναφερόμενη αιτία που συνδέεται με προβλήματα υγείας στο εργασιακό χώρο. Το άγχος έχει αρνητικές επιπτώσεις σε 22% των εργαζομένων στην Ευρώπη των 27, και το νούμερο αυτό έχει μεγάλη πιθανότητα να αυξηθεί περισσότερο στο μέλλον. Στο σημείο

αυτό θα αναλύσουμε τις συνέπειες του άγχους τόσο για το ίδιο ο άτομο όσο και για τους οργανισμούς.

Το στρες κοστίζει τόσο στα άτομα όσο και στους οργανισμούς όπου εργάζονται. Όταν σε ένα άτομο τα επίπεδα άγχους αυξάνονται, αυτό ευνοεί την ανάπτυξη ψυχοσωματικών διαταραχών όπως αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως επιθετικότητα, κατάθλιψη, μόνιμη κούραση, απάθεια, διαταραχές ύπνου κλπ. Η αύξηση αυτή συνδέεται επίσης με αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ και καπνίσματος, καθώς και με διάφορες σωματικές δυσλειτουργίες, όπως υψηλή πίεση, εφίδρωση, στομαχικές και καρδιακές ενοχλήσεις κλπ. (Brady K T & Sonne SC., 1999, σ. 23(4)) (Cooper CL & Cartwright S., 1994, σσ. 47(4) 455-471) (Κοΐνης Αριστοτέλης & Σαρίδη Μαρία., 2014, σσ. 304-305)

Το εργασιακό άγχος συνδέεται με την έλλειψη κινήτρων, τη μείωση της εργασιακής απόδοσης, τα ατυχήματα, τη μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία την αναποτελεσματική επικοινωνία, τις συγκρούσεις και την αρνητική στάση προς τις αλλαγές στο εργασιακό χώρο κλπ. Για παράδειγμα, μια μελέτη σε δείγμα νοσοκόμων έδειξε ότι όσο αυξανόταν το στρες στην εργασία τόσο λιγότερο οι νοσοκόμοι/ες γινόταν ανεκτικοί, ζεστοί, ευαίσθητοι προς τις ανάγκες των ασθενών τους και τόσο περισσότερο έχαναν την συγκέντρωσή, την επιμονή και την προσαρμοστικότητα τους. Ο Cherniss (1980) επιβεβαίωσε ότι όταν το άγχος στην εργασία είναι μόνιμο, μειώνεται η υποκίνηση και η θετική εικόνα που μπορεί α έχει κάποιος για την εργασία του. (Vacola M & Nikolaou I., 2005, σσ. 27(2), 160-174; Brady K T & Sonne SC., 1999, σ. 23(4); Motowidlo SJ & Packard JS & Manning MR., 1986, σσ. 71(4), 618-629)

Τα συμπτώματα άγχους σύμφωνα με τον Arnold (2005) χωρίζονται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφοράς Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται με πολλούς τρόπους όπως π.χ. με αλλαγές στο μεταβολισμό, στον καρδιακό ρυθμό, την αναπνοή, την αρτηριακή πίεση ή/και με αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως είναι η εμφάνιση έντασης, βιασύνης, ανίας ή λύπης ή/και με αλλαγές στην παραγωγικότητα, στις συνθήκες ύπνου ή διατροφής.

Οι συνέπειες του εργασιακού στρες σύμφωνα με τους Κοΐνη και Σαρίδη το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

A. Υποκειμενικές εμπειρίες που περιλαμβάνουν άγχος, κατάθλιψη, διαρκή ανησυχία και παράδοξη συναισθηματική απόσπαση. Το άτομο μπορεί να έχει επίγνωση ή να τις αρνείται, ενώ συχνά επισημαίνονται από τους ανθρώπους που τους συναναστρέφονται.

B. Σωματικές συνέπειες που περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των ψυχοσωματικών διαταραχών, από τις σχετικά συνηθισμένες, όπως οι βραχείας διάρκειας ημικρανίες ή τα δερματικά εξανθήματα, έως της ενδιάμεσης σοβαρότητας και ενόχλησης όπως είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, οι πόνοι στη πλάτη και οι ακόμη πιο απειλητικές για τη ζωή, καρδιαγγειακές παθήσεις και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

C. Αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς, που κυμαίνονται από μέτρια ευερεθιστότητα μέχρι την εγκατάσταση εξαρτητικών συμπεριφορών όπως αλκοολισμός και κάπνισμα ή άλλων αναπόφευκτων συμπεριφορών, όπως η ανάγκη για συχνές αλλαγές εργασιακού πλαισίου ή απροθυμία για ανάληψη περαιτέρω καθηκόντων ή τεταμένες σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους.

Το υψηλό στρες στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, στο πεδίο της ψυχικής υγείας, μπορεί να οδηγήσει σε σταδιακή απώλεια της ικανότητας εμπάθειας (empathy) των ασθενών. Οι συνέπειες του στρες των υπηρεσιών υγείας εντοπίζονται στο ότι η δομή του εργασιακού χώρου στην Ελλάδα δεν επιτρέπει αυτού του τύπου αντιδράσεις «υγείας» ή «αδυναμίας», με αποτέλεσμα τα άτομα που επηρεάζονται από το πρόβλημα να μην παραιτούνται από την εργασία, αλλά να παραμένουν στην εργασία και να εκδηλώνουν συμπτωματολογία άγχους, επαγγελματική εξουθένωση και καταθλιπτικά συμπτώματα, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλες χώρες, όπου το πρόβλημα εκδηλώνεται με εναλλαγή προσωπικού, ιδιαίτερα των νεότερων στελεχών. Η σωματική και ψυχική ευεξία επηρεάζεται από το στρες στον χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας, μειώνοντας την απόδοση και κατ' επέκταση επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. (Κοΐνης Αριστοτέλης & Σαρίδη Μαρία., 2014, σσ. 305-306)

2.9 Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)

Η επαγγελματική εξουθένωση ή αλλιώς το σύνδρομο burnout σύμφωνα με τον Maslach, (1982) αποτελείται από τις διαστάσεις της συναισθηματικής κούρασης, της αποπροσωποποίησης και της αίσθησης της μειωμένης προσωπικής επίτευξης. Το 1974 ήταν η πρώτη φορά που χρησιμοποιήθηκε ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που χρειάζονται φροντίδα (Freudenberger HJ., 1974, σσ. 30(1), 159-165; Maslach C., 1982).

Τα άτομα που υποφέρουν από συναισθηματική κούραση (emotional exhaustion) και αισθάνονται ότι δεν είναι πλέον σε θέση να δώσουν τον εαυτό τους σε ψυχολογικό επίπεδο. Η συναισθηματική κούραση σημαίνει ότι τα άτομα αισθάνονται ότι δεν μπορούν πλέον να δώσουν τίποτα από τον εαυτό τους στους άλλους. Για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας, που υποφέρουν από συναισθηματική κούραση αρχίζουν και κρατούν αποστάσεις συναισθηματικά, και σιγά σιγά ξεκόβουν ψυχολογικά, μετατρέποντας έτσι τους εαυτό τους σε γραφειοκράτες που απλώς διεκπεραιώνουν μια ακόμα υπόθεση. Η δεύτερη διάσταση της εξουθένωσης, είναι αυτή της αποπροσωποποίησης (depersonalization), έχει να κάνει με την δημιουργία αρνητικών κινικών στάσεων απέναντι στους αποδέκτες της υπηρεσίας. Για παράδειγμα, αυτή η διάσταση μπορεί να οδηγήσει τον γιατρό να πιστεύει ότι ο ασθενής που υποφέρει το αξίζει. (Cooper C L., 1983, σσ. 4(4), 325; Maslach C., 1982). Η τρίτη διάσταση αναφέρεται στην μειωμένη προσωπική επίτευξη (reduced personal accomplishment), σύμφωνα με αυτή έχουμε τη τάση να αξιολογούμε τον εαυτό μας αρνητικά. Οι εργαζόμενοι που υποφέρουν από την μειωμένη προσωπική επίτευξη είναι δυσαρεστημένοι τόσο με τον εαυτό τους όσο και με τα αποτελέσματα της εργασίας τους. (Maslach C & Jackson SE., 1981, σσ. 99-113) (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 198-214).

Σύμφωνα με την Βακόλα και Νικολάου, το πιο πρόσφατο ερευνητικό μοντέλο μελέτης της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επιτευχθεί από τους Demerouti, Bakker, Nachreiner και Schaufeli (2001). Το μοντέλο ονομάζεται μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων-πόρων (Job-Demands Job-Resources Model) και υποστηρίζει ότι οι συνθήκες εργασίας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τις εργασιακές απαιτήσεις (Job Demands) και τους εργασιακούς πόρους (Job resources), οι οποίες σχετίζονται με συγκεκριμένα αποτελέσματα. Στις εργασιακές απαιτήσεις περιλαμβάνονται ο φόρτος εργασίας, η πίεση του χρόνου, οι βάρδιες καθώς και το άσχημο εργασιακό περιβάλλον κλπ., η ύπαρξη των οποίων σε υψηλά επίπεδα οδηγεί συνήθως σε εξουθένωση. Αντίστοιχα, στους εργασιακούς πόρους αναφέρονται η ανατροφοδότηση, οι αμοιβές, η συμμετοχή, η εργασιακή ασφάλεια κλπ., η ύπαρξη των οποίων σε υψηλά επίπεδα οδηγεί σε θετικές εργασιακές συμπεριφορές, όπως οργανωσιακή δέσμευση. Οι εργασιακές απαιτήσεις λοιπόν σχετίζονται με την συναισθηματική κούραση, ενώ η έλλειψη εργασιακών πόρων συσχετίζονται με την «ψυχική απομάκρυνση» (disengagement). (Demerouti E & Bakker AB & Nachreiner F & Schaufeli WB., 2001, σσ. 86(3), 499-512)

Η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει αρνητικά την παρακίνηση και την αποδοτικότητα του ατόμου και μπορεί να οδηγήσει σε συχνές και αδικαιολόγητες απουσίες, καθώς και σε παραίτηση από την εργασία. (Martinussen M & Richardsen AM & Burke RJ., 2007, σσ. 35(3), 239-249) (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 198-214)

2.9.1 Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα χαρακτηριστικά της κατάστασης που ένα άτομο βιώνει, καθώς και με προσωπικά χαρακτηριστικά, σχετίζονται κατά βάση με τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, η υποστήριξη από τους συνεργάτες ή την ηγεσία του οργανισμού αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει την ύπαρξη ή μη επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τον Hock (1988) η έλλειψη επαγγελματικής ή προσωπικής ενίσχυσης αποτελεί πηγή επαγγελματικής εξουθένωσης για τους δασκάλους. Επίσης, η φύση της εργασίας μπορεί να αποτελεί πηγή επαγγελματικής εξουθένωσης. Για παράδειγμα, οι γιατροί που έρχονται συχνά σε επαφή με περιστατικά ασθενών, όπου δεν μπορούν να ανατρέψουν την κατάστασή τους, επιβαρύνονται ψυχολογικά και αυτό μπορεί να αποτελέσει την αρχή της συναισθηματικής εξουθένωσης. Ένα άλλο παράδειγμα είναι η μικρή διάρκεια, πάντα εστιασμένη σε ένα πρόβλημα, σχέση που αναπτύσσουν οι γιατροί με τους ασθενείς τους, όπου μπορεί να αποτελέσει πηγή επαγγελματικής εξουθένωσης. (Cherniss C., 1980)

Η υπερφόρτωση από την άλλη πλευρά, που σημαίνει πολλά πράγματα την ίδια χρονική στιγμή ή πολλές ώρες δύσκολης εργασίας, μπορεί να οδηγήσει ένα εργαζόμενο στο να αισθάνεται ότι ψυχολογικά δεν μπορεί να προσφέρει άλλο. Σημαντική πηγή επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η σύγκρουση ρόλων ή η ασάφεια ρόλων. Συνεχίζοντας το παράδειγμα με τους επαγγελματίες της υγείας, είναι φανερό ότι ο ασθενής μπορεί να επιθυμεί κάτι, όπως η ευθανασία, ή το νοσοκομείο να επιβάλλει κανόνες, όπως η γρήγορη και απρόσωπη εξυπηρέτηση, που να είναι αντίθετοι με τις αξίες ή τις πρακτικές ενός γιατρού. (Pines AM & Aronson E & Kafry D., 1980) (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σσ. 198-214)

Για την τάση του ατόμου προς την επαγγελματική εξουθένωση, εκτός από τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση, ευθύνονται επίσης και προάγοντες προσωπικότητας ή προσωπικά χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα, η Maslach (1982) αναφέρει ότι δεν έχουν επιβεβαιωθεί διαφορές με βάση το φύλο ως προς την επαγγελματική εξουθένωση. Παρόλα αυτά οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά

συναισθηματικής κούρασης αντίθετα με τους άνδρες που έχουν στην αποπροσωποποίηση. Αυτή η διαφοροποίηση ίσως να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες αναμένεται να είναι πιο κοινωνικές πιο ευαίσθητες και να νοιάζονται περισσότερο για τα συναισθήματα των άλλων. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμπλακούν συναισθηματικά με τους γύρω τους, άρα έχουν μεγαλύτερο ρίσκο για συναισθηματική κούραση. Από την άλλη μεριά, οι άνδρες αναμένεται να είναι πιο σκληροί, με αποτέλεσμα η τάση προς την δημιουργία αρνητικών και κυνικών στάσεων, δηλαδή η τάση για αποπροσωποποίηση να είναι μεγαλύτερη. (Maslach C., 1982) (Maslach C & Jackson SE., 1981, σσ. 99-113)

Επιπλέον, η έρευνα δείχνει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως είναι η έδρα ελέγχου, η αυτοεκτίμηση και η εξουθένωση (Schmitz, Neumann, & Oppermann, 2000). Οι εργαζόμενοι που έχουν λιγότερο την τάση να αναπτύξουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο της κατάστασης στα χέρια τους και πως διαθέτουν όλες τις ικανότητες για να ανταπεξέλθουν σε δύσκολες συνθήκες. (Brouwers A & Tomic W., 1999, σσ. 14,7-26) (Schmitz N & Neumann W & Oppermann R., 2000, σσ. 37(2),95)

Επίσης τα άτομα που υποφέρουν περισσότερο από αυτό τον σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι νεότεροι εργαζόμενοι σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους καθώς υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φαίνεται να είναι πιο σταθεροί και ώριμοι και μαθαίνουν από την εμπειρία. Η Maslach σχολιάζει ότι η σημαντική χρονική περίοδος για έναν νέο επαγγελματία είναι ο πρώτος με τον πέμπτο χρόνο της σταδιοδρομίας του εάν έχουν δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουν συνθήκες επαγγελματικής εξουθένωσης και δεν καταφέρουν στα πρώτα αυτά χρόνια, αυτό σημαίνει ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να εγκαταλείψουν τον οργανισμό ή να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση μένοντας. Οι επαγγελματίες που υποφέρουν λιγότερο από την επαγγελματική εξουθένωση είναι αυτοί με καλής ποιότητας προσωπικές σχέσεις όπως σύζυγοι, σύντροφοι, φίλοι κλπ. Αυτό σημαίνει ότι όταν ένας εργαζόμενος/η αντλεί συναισθήματα από το περιβάλλον του, διαθέτει ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον, στηρίζει και μοιράζεται τις προσδοκίες και τους προβληματισμούς του, τότε μπορεί να έχει μικρότερη τάση για όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Maslach C., 1982) (Schmitz N & Neumann W & Oppermann R., 2000, σσ. 37(2),95) (Vakola M., 1996) (Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου, 2012, σ. 214)

Κατά καιρούς έχουν γίνει διάφορες μελέτες για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας καθώς αποτελεί τα τελευταία χρόνια ένα σημαντικό εργαλείο, που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας αλλά και των νοσηλευτικών μονάδων και συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στο σχεδιασμό των αλλαγών με στόχο την αύξηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. πολλές αναφορές υπάρχουν για το εργασιακό stress και την ικανοποίηση των εργαζομένων στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. (Ford RC & Bach SA & Fottler MD., 1997, pp. 22:74-89; Wensing M & Elwyn G., 2003, pp. 326:977-879)

Πρόσφατες εργασίες, που αφορούν σε ειδικευμένους ιατρούς, δείχνουν ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (22–46%) αυτών που απάντησαν τα σχετικά ερωτηματολόγια παρουσιάζουν κλινικώς σημαντικά επίπεδα ψυχιατρικής νοσηρότητας. Στον ελληνικό χώρο, έρευνες των τελευταίων ετών στους επαγγελματίες υγείας έχουν καταδείξει υψηλά ποσοστά εμφάνισης έντασης, άγχους, κατάθλιψης και έλλειψης εργασιακής ικανοποίησης. (Caplan PR., 1994, pp. 309:1261-1263; Ramirez Aj & Graham J & Richards MA & Cull A & Gregory WM., 1996, pp. 347:724-728; Blenkin H & Deary IJ & Wood RA & Zeally HE & Agius RM., 1995, p. 310:534; Kapur N & Borrill C & Stride C., 1999, pp. 317:511-512)

Σε σχετική έρευνα των Γεωργίου και συν συμμετείχαν 200 εργαζόμενοι ενός ογκολογικού νοσοκομείου των Αθηνών (115 διοικητικοί υπάλληλοι και 85 ιατροί). Στόχος ήταν (α) να καταγραφούν τα γενικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, ο βαθμός ικανοποίησης από την επαγγελματική δραστηριότητα και τη συνεργασία, η ύπαρξη άγχους και πίεσης από την άσκηση της εργασίας, η γνώμη τους για τη συμπεριφορά και τη συνεργασία του ασθενούς, (β) να επισημανθούν οι παράγοντες που προκαλούν την αίσθηση της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας και (γ) να παρουσιαστούν οι αλλαγές που κατά τη γνώμη των εργαζομένων κρίνονται απαραίτητες για τη βελτίωση της κατάστασης στο νοσοκομείο. (Γεωργίου Β & Μπαμπάτσικου Φ & Κτενάς Ε & Γεωργίου Γ & Καλλίνικος Γ., 1998)

Οι μισοί από τους συμμετέχοντες στη μελέτη δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Η αναφερόμενη ικανοποίηση προερχόταν από το αντικείμενο της εργασίας τους, ενώ η δυσαρέσκεια από μη ικανοποιητικές αποδοχές ή μη αναγνώριση της δουλειάς τους. Οι περισσότεροι (62%) δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων, ενώ υψηλά επίπεδα άγχους και πίεσης ανέφερε το 48% των εργαζομένων. Στις αλλαγές που πρότειναν για τη βελτίωση της κατάστασης στο νοσοκομείο, ως δεύτερη προτίμηση (μετά την ανάγκη αλλαγής στον

τρόπο διοίκησης) ανέφεραν την ανάγκη για εκπαίδευση και εξειδίκευση του προσωπικού. Επίσης, τα δύο τρίτα θεωρούσε τους ασθενείς συνεργάσιμους και ευγενικούς. (Γεωργίου Β & Μπαμπάτσικου Φ & Κτενάς Ε & Γεωργίου Γ & Καλλίνικος Γ., 1998, pp. 60:60-94)

Σε άλλη παρόμοια μελέτη, που διενεργήθηκε από τους Λάσκαρη και συν σε παιδιατρικό νοσοκομείο των Αθηνών, αναφέρθηκαν χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και υψηλά επίπεδα έντασης, άγχους και κατάθλιψης από τους συμμετέχοντες παιδίατρος. (Λάσκαρη Χ & Κοτσώνης Κ & Βελένζας Π & Λιακοπούλου Μ & Τσίτουρα Σ., 2000, pp. 63:225-230) Οι συγγραφείς συνέκριναν τρεις ομάδες επαγγελματιών υγείας –96 νοσοκομειακούς παιδίατρος ενός μεγάλου παιδιατρικού νοσοκομείου, 111 διοικητικούς υπαλλήλους του ίδιου νοσοκομείου και 90 ιδιώτες παιδίατρος (στην περιοχή της πρωτεύουσας)– όσον αφορά στα ποσοστά της έντασης, του άγχους, της κατάθλιψης και της εργασιακής ικανοποίησης. Το κύριο και ίσως πιο ανησυχητικό εύρημα αυτής της μελέτης ήταν ότι οι μισοί σχεδόν νοσοκομειακοί παιδίατροι (47%), αλλά και αξιόλογο ποσοστό από τους διοικητικούς υπαλλήλους (41%), έδωσαν θετική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ, General Health Questionnaire), όταν τα αντίστοιχα ποσοστά σε μελέτες γενικού πληθυσμού κυμαίνονται περί το 26–28%. (Caplan PR., 1994, pp. 309:1261-1263) Το GHQ αποτελεί ένα ευρέως αποδεκτό ερωτηματολόγιο, που ανιχνεύει ελάσσονες ψυχιατρικές διαταραχές. (Goldberg D & Williams P., 1988) Το μικρό ποσοστό εργασιακής ικανοποίησης στους νοσοκομειακούς παιδίατρος στη μελέτη των Λάσκαρη και συν έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της μελέτης των Γεωργίου και συν (οι μισοί ερωτηθέντες δήλωσαν ικανοποιημένοι), αλλά και με τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης γιατρών που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι περισσότεροι δήλωσαν ικανοποιημένοι και το 30,4% εξαιρετικά ικανοποιημένοι από την εργασία τους. (Λάσκαρη Χ & Κοτσώνης Κ & Βελένζας Π & Λιακοπούλου Μ & Τσίτουρα Σ., 2000, σσ. 63:225-230)

Στην ίδια μελέτη των Coomber et al, όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο GHQ, ο ένας στους τρεις γιατρούς (29%) έδειξε στοιχεία ψυχιατρικής νοσηρότητας, ενώ μερικοί (12%) παρουσίασαν σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης και 3% είχαν σκέψεις αυτοκτονίας. (Coomber S & Todd C & Park G & Baxter P & Firth- Cozens J & Shore S., 2002, pp. 89:873-881)

Λόγω της μακροπρόθεσμα δυσμενούς επίδρασης του επαγγελματικού stress στη σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, τόσο στις ΗΠΑ όσο

και σε αρκετές χώρες της Ευρώπης έχουν αναπτυχθεί αρκετές τεχνικές για την αντιμετώπισή του, όπως τεχνικές διαχείρισης του χρόνου, εργασία σε ομάδες, τεχνικές χαλάρωσης-αποφόρτισης, τεχνικές επικοινωνίας και συμβουλευτική.

Σε πρόσφατη μελέτη διερευνήθηκε η ύπαρξη του φαινομένου του επαγγελματικού stress και εξετάστηκαν οι τρόποι διαχείρισης και αντιμετώπισής του σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής. Από τη μελέτη προέκυψε ότι αν και στο σύνολό τους τα εξεταζόμενα νοσοκομεία αναγνωρίζουν την ύπαρξη stress στο προσωπικό τους, λίγα είναι εκείνα που έχουν δραστηριοποιηθεί με διάφορους τρόπους προς την κατεύθυνση διαχείρισής του. Η μειωμένη αυτή ανταπόκριση οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη ειδικών τμημάτων στελεχωμένων με εξειδικευμένο προσωπικό, με γνώσεις και εμπειρία σε θέματα διαχείρισης του stress.

Οι κυριότεροι τρόποι διαχείρισης του επαγγελματικού stress στα νοσοκομεία που μελετήθηκαν ήταν οι ομάδες εργασίας, η διενέργεια εκπαιδευτικών σεμιναρίων με τη συμμετοχή διαφόρων φορέων και η πραγματοποίηση σχετικών ημερίδων. Γενικά, τα ογκολογικά νοσοκομεία και τα νοσοκομεία ειδικών νοσημάτων είχαν τις πιο οργανωμένες μορφές δράσεων για τη διαχείριση του stress. Φυσικά, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των ογκολογικών νοσοκομείων βιώνει πιο έντονα τα φαινόμενα του stress και της επαγγελματικής κόπωσης λόγω της ιδιαίτερης φύσης των περιστατικών, αλλά αναμφισβήτητα αυτά τα φαινόμενα είναι συνυφασμένα πλέον με το σύνολο των επαγγελματιών υγείας ανεξάρτητα από το είδος του νοσοκομείου. Η προθυμία συμμετοχής στα προγράμματα διαχείρισης του stress, στα νοσοκομεία όπου αυτά εφαρμόζονται, είναι μεγαλύτερη για το νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό και μικρότερη για το ιατρικό. Πάντως, τα αποτελέσματα αυτών των οργανωμένων παρεμβάσεων διαχείρισης του stress στους επαγγελματίες υγείας στα υπό εξέταση νοσοκομεία είναι ενθαρρυντικά, αφού λειτούργησαν θετικά προς την κατεύθυνση μείωσης τόσο του εργασιακού όσο και του προσωπικού stress. (Καδδά ΚΑ., 2005, pp. 16:23–26)

2.10 Ανασκόπηση μελετών

Οι κοινωνιολόγοι από την πλευρά τους έχουν παράσχει σημαντικές συνεισφορές στην κατανόηση της δυναμικής των επαγγελμάτων του νοσοκομείου, αλλά αυτή η γνώση έχει παραμείνει θεωρητική και ακαδημαϊκή. Την τελευταία δεκαετία, ωστόσο, μια πιο πρακτική σκοπιά της συνεργασίας στο νοσοκομείο έχει εφαρμοστεί. Οι μελέτες αυτές επικεντρώνονται στις διεπαγγελματικές συνεργασίες ως προϋπόθεση για την

αποτελεσματική φροντίδα της υγείας, σχετίζονται με τα αποτελέσματα των ασθενών, και το πιο σημαντικό είναι ότι έχουν δημοσιευτεί σε σχετικά άρθρα που διαβάζονται από τους επαγγελματίες της υγείας. Ένα παράδειγμα είναι το *British Medical Journal*, η οποία απευθύνεται στη συνεργασία γιατρού-νοσοκόμας, σε ένα ειδικό θέμα κοινό με το *Nursing Times* τον Απρίλιο του 2000. Το κύριο μήνυμα ήταν η ανάγκη στο να ξεκινήσει από το μηδέν αυτή η συνεργασία. Οι Zwarenstein και Bryant ρώτησαν «Τι είναι τόσο σημαντικό στη συνεργασία;» και απάντησαν «πραγματικά δεν γνωρίζουμε». (Zwarenstein M & Bryant W., 2000, p. 19) Ο Celia Davies πρότεινε ότι η συνεργασία δεν σημαίνει κατ'ανάγκη τη χρησιμοποίηση των πόρων από τους άλλους για την επίτευξη κοινών στόχων, μπορεί απλά να είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το γεγονός ότι οι άνθρωποι από διαφορετικά επαγγέλματα απασχολούνται από τον ίδιο οργανισμό. Αν ισχύει αυτό, η ίδια η έννοια της συνεργασίας μπορεί να υποκρύπτει αποκλίνουσες ερμηνείες. (Davies C., 1999, p. 95 (33): 3)

Μια μελέτη σε δύο νοσοκομεία της Ολλανδίας ανέφεραν διαφορές μεταξύ των εννοιών του ρόλου και των προσδοκιών των νοσοκόμων σε σχέση με τους γιατρούς. (Verschuren PJ & Masselink H., 1997, pp. 45: 1135–1138) Οι νοσηλευτές είχαν πιο κριτική στάση απέναντι γιατρούς από ό, τι το αντίστροφο, αλλά κανένας τους δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες του άλλου. Μια άλλη μελέτη, από τέσσερα νοσοκομεία στο Ηνωμένο Βασίλειο και δύο στην Αυστραλία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν κάπως διαφορετικές αντιλήψεις σε σχέση με την εργασία στο νοσοκομείο. Οι γιατροί θεωρούσαν την κλινική εργασία περισσότερο ως μια ατομικιστική επιχείρηση από ό, τι οι νοσηλευτές, οι οποίοι θεωρούσαν την κλινική εργασία περισσότερο ως μια συλλογική επιχείρηση. (Degeling P & Kennedy J & Hill M., 2001, pp. 14: 36–48)

Στη Νορβηγία, τρεις εμπειρικές μελέτες έχουν αναφέρει το παραπάνω θέμα. Το βασικό τους μήνυμα ήταν ότι οι διεπαγγελματικές συνεργασίες δεν αποτελούν ένα μεγάλο πρόβλημα στα Νορβηγικά νοσοκομεία, τουλάχιστον όχι από άνδρες γιατρούς. Ωστόσο, τα ευρήματα δείχνουν, τα ίδια αποτελέσματα όπως αυτά των Ολλανδικών Νοσοκομείων και των προαναφερθέντων ερευνών, ότι οι διαφορές στην επαγγελματική κουλτούρα μπορεί να επηρεάσει τις διεπαγγελματικές συνεργασίες. (Verschuren PJ & Masselink H., 1997, pp. 45: 1135–1138) (Degeling P & Kennedy J & Hill M., 2001, pp. 14: 36–48)

Μια εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1993 στους γιατρούς της Νορβηγίας έδειξε ότι οι νοσοκομειακοί γιατροί αναφέρουν ευνοϊκές εντυπώσεις σχετικά με τη συνεργασία γιατρού-νοσοκόμας (Hoftvedt BO & Falkum E & Akre V., 1998, pp. 118: 249–252). Λιγότερες δυσκολίες συνεργασίας αναφέρθηκαν από άνδρες γιατρούς, από γιατρούς πιο παλιούς και ψυχίατρους. Οι διαφορές ωστόσο δεν θεωρήθηκαν δραματικές και η γενική εντύπωση ήταν ότι υπήρχε φιλική συνύπαρξη. Με βάση την ίδια έρευνα των γιατρών στη Νορβηγία, οι Gjerberg και Kjolsrod ανέλυσαν ένα πιο ειδικό ζήτημα, του πώς γυναίκες γιατροί αντιμετωπίζουν τη συνεργασία γιατρού-νοσοκόμας. Βρήκαν ότι το 30% των γιατρών που ήταν γυναίκες, σε σύγκριση μόνο με το 2% των ανδρών συναδέλφων τους, ανέφεραν ότι είχαν λάβει λιγότερο βοήθεια από νοσηλευτές, σε σχέση με τους συναδέλφους τους του αντίθετου φύλου. (Gjerberg E & Kjolsrod L., 2001, pp. 52: 189–202)

Οι συγγραφείς συμπλήρωσαν την εικόνα με ποιοτικά δεδομένα της συνέντευξης: Μια γυναίκα ιατρικός ερευνητής, ετών 42, αναφέρει ότι «Δεν είναι ότι [οι νοσοκόμες] δεν έχουν το χρόνο για να σας βοηθήσουν. Θέλουν να σας πουν ότι δεν μπορείτε να έρχεστε εδώ και να φέρεστε σαν να είστε πιο σημαντική.» «Στην αρχή ενοχλήθηκα πολύ όταν οι νοσοκόμες άφηναν ότι έκαναν για μένα, όταν ένας άνδρας συνάδελφός ζητούσε τη βοήθειά τους. Τώρα έχω διαπιστώσει ότι είναι καλύτερο να μην τους ζητάω βοήθεια και να προσπαθώ να διαχειριστώ όσο το δυνατόν περισσότερο η ίδια, δηλαδή να γίνω ανεξάρτητη από τη βοήθεια των νοσηλευτών. Αλλά και αυτό προκαλούσε αντιδράσεις, καθώς τότε “ έμπαινα στα δικά τους χωράφια”, αναφέρει μια γυναίκα χειρουργός, ετών 40.

Ένα ενδιαφέρον εύρημα, αν και δεν εξετάζονται στην παρούσα μελέτη, ήταν ότι η συνεργασία, όπως εμφανίζεται από τους γιατρούς εκφράζεται ως βοήθεια.

Ο Skjorshammer συζήτησε για το πώς οι επαγγελματίες του νοσοκομείου διαχειρίζονται τις διεπαγγελματικές συγκρούσεις. Κύριο εύρημα του ήταν ότι οι γιατροί ανεχόντουσαν περισσότερο άγχος και διαφωνίες από μέλη άλλων επαγγελμάτων πριν θεωρήσουν τους εαυτούς τους ότι έρχονται σε σύγκρουση. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως επιδέξια αντιμετώπιση, αλλά αυτό μπορεί επίσης να υποδηλώνει την αναισθητη πλευρά του γιατρού σε έναν συνεργάτη. (Skjorshammer M., 2001, pp. 15: 7–18)

Οι περισσότερες εμπειρικές μελέτες του γιατρού-νοσοκόμας συνεργασία είναι είτε οι έρευνες του ενός επαγγέλματος μόνο ή μιας μικρής κλίμακας ποιοτικές μελέτες των οποίων τα πορίσματα μπορεί να είναι δύσκολο να γενικευτούν. Μια ακόμα μελέτη που αναφέρεται παρακάτω αναλύει τις εμπειρίες της διεπαγγελματικές συνεργασίας μεταξύ

ενός μεγάλου δείγματος γιατρών και νοσοκόμων που εργάζονται ταυτόχρονα στα ίδια ιατρικά και χειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων στη Νορβηγία.

Η μεγάλη πλειοψηφία και των νοσοκόμων (71%) και των γιατρών (79%) θεωρούσαν τη διεπαγγελματική συνεργασία καλή στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονταν. Οι γιατροί, ωστόσο, ήταν σημαντικά πιο ικανοποιημένοι. Επίσης, νοσηλευτές και γιατροί αξιολογήσανε ορισμένα θέματα συνεργασίας με διαφορετικό τρόπο. Οι γιατροί πολύ πιο συχνά από ότι οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι παινέθηκαν για την καλή δουλειά τους από άλλα μέλη του επαγγέλματος, υπήρχε καλή συνεργασία μεταξύ τμημάτων, καλή διεπαγγελματική συνεργασία, συχνά συζητούσαν την φροντίδα των ασθενών με άλλες ειδικότητες ιατρών, λαμβάνοντας σημαντικά υπόψη τις πληροφορίες που λάμβαναν από τους άλλους γιατρούς και ήταν πολύ ικανοποιημένοι με την αρμοδιότητα των γιατρών. Οι νοσηλευτές είχαν πιο θετικά αποτελέσματα από τους γιατρούς στη γενική ικανοποίηση της εργασίας και αυτό γιατί δεν έγιναν θύματα μη ρεαλιστικών προσδοκιών από τα μέλη της ίδιας της ομάδας τους ή άλλων ομάδων. Επαινέθηκαν για την καλή δουλειά τους από το ίδιο το επάγγελμά τους, βρίσκοντάς τους, σε σχέση με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες, καλά ενημερωμένους σχετικά με τους ασθενείς, αποδεχόμενοι τον ψυχικό φόρτο εργασίας, και όντας πολύ ικανοποιημένοι με την αρμοδιότητα τους.

Πρακτικά όλες οι προγνώσεις επηρέαζαν την ικανοποίηση των νοσοκόμων και των γιατρών με την αμοιβαία συνεργασία τους στην αναμενόμενη κατεύθυνση. Οι περισσότεροι από τους προγνωστικούς παράγοντες δεν επηρεάζουν την ικανοποίηση ενός ομίλου με διεπαγγελματικές συνεργασίες που είναι σημαντικά πιο έντονες από άλλες. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των σημαντικών προγνωστικών για την ικανοποίηση της συνεργασίας των γιατρών με τις νοσοκόμες δεν ήταν ίδιες και για τις δύο ομάδες. Η ικανοποίηση των νοσοκόμων επηρεάστηκε σημαντικά περισσότερο από αυτή των γιατρών από τη γενική ικανοποίησή τους για την εργασία τους, και πολύ λιγότερο από το γεγονός ότι και τα δύο επαγγέλματα είχαν τον ίδιο σκοπό για τους ασθενείς, βρίσκοντας την προϊσταμένη και μέλη άλλων επαγγελμάτων καλά εξοικειωμένους με τα προβλήματα των ασθενών και βλέποντας τις πληροφορίες από άλλα επαγγέλματα ως ζωτικής σημασίας για τη δουλειά τους.

Η συνεργασία προϋποθέτει συμφωνία σε μια κοινή αποστολή. Στο νοσοκομείο, το κοινό έργο της νοσηλευτικής και της ιατρικής είναι ο ασθενής. Οι νοσοκόμες και οι γιατροί μοιράζονται ένα ευρύ πεδίο γνώσεων, παρατηρήσεων και στόχων. Αλλά έχουν επίσης διαφορετικές απόψεις και διαφορετικές εργασίες που σχετίζονται με τον ασθενή

και η επαγγελματική τους κουλτούρα και υπερηφάνεια οφείλονται συχνά στην αντίληψη ή / και επισημοποίηση αρμοδιοτήτων ως μονοπώλια. Ως εκ τούτου, διεπαγγελματική συνεργασία λαμβάνει χώρα σε μια διασταύρωση των συμφερόντων και των προσδοκιών. Εμείς ερμηνεύουμε τα στοιχεία δείχνοντας τρεις πιθανές αναντιστοιχίες: των στόχων, των αρμοδιοτήτων και των εννοιών της συνεργασίας.

Οι νοσοκόμες και οι γιατροί ήταν εξίσου πιθανό να θεωρήσουν όλα τα επαγγέλματα ως εργασία για τον ίδιο σκοπό για τον ασθενή. Αλλά η ικανοποίηση του γιατρού με τις διεπαγγελματικές συνεργασίες εξαρτάται περισσότερο στο συναίσθημά τους ότι αυτό ήταν έτσι. Όταν υπάρχει αμφιβολία σχετικά με τους κοινούς στόχους της ικανοποίησης της συνεργασίας των γιατρών, τότε υποφέρουν σημαντικά περισσότερο από ότι οι νοσηλευτές. Η ικανοποίηση των νοσοκόμων με τις διεπαγγελματικές συνεργασίες είχε σημαντικά μικρότερη επιρροή μη βλέποντας ότι όλοι είχαν τον ίδιο στόχο. Στο παρασκήνιο το γεγονός ότι η νοσηλευτική έχει «απελευθερώσει τον εαυτό της» από το ιατρικό κομμάτι είναι αναμενόμενο.

Για να είναι μια ελκυστική επιχειρησιακή συνεργασία εταίρου πρέπει επίσης να διαθέτει τα επαγγελματικά προσόντα που θεωρούνται απαραίτητα για την επίτευξη του κοινού στόχου. Οι γιατροί θεωρήθηκαν εξαιρετικά πιο ικανοί μεταξύ νοσοκόμων και γιατρών, αλλά πολλοί γιατροί δεν ήταν σίγουροι για τις ικανότητες των νοσηλευτών. Ενώ οι εκτιμήσεις των γιατρών και νοσηλευτών για τις διεπαγγελματικές συνεργασίες δεν επηρεάζονται διαφορετικά από την γενική εντύπωση των αρμοδιοτήτων των γιατρών και των νοσηλευτών, βλέποντας άλλα επαγγέλματα και την προϊσταμένη του θάλαμο ενημερωμένη σχετικά με τους ασθενείς, προσωρινά στο θάλαμο ήταν σημαντικά μικρότερη για την ικανοποίηση των νοσηλευτών η διεπαγγελματική συνεργασία από ότι για τους γιατρούς. Τα δεδομένα μας δείχνουν ότι οι νοσηλευτές νιώθουν λιγότερο εξαρτημένοι από τους γιατρούς για το τι γνωρίζουν άλλοι επαγγελματίες υγείας για τους ασθενείς, και θεωρώντας άλλες ειδικότητες λιγότερο σημαντικές πηγές πληροφόρησης για σχετικές πληροφορίες.

Μεγαλύτερη ικανοποίηση με διεπαγγελματικές συνεργασίες αναφέρεται και από τους γιατρούς και τις νοσοκόμες, που πιστεύουν ότι η ενημέρωση από τα άλλα επαγγέλματα είναι ζωτικής σημασίας. Αλλά το αποτέλεσμα είναι σημαντικά ισχυρότερο μεταξύ των γιατρών. Αυτό μπορεί να αντανακλάτε από το απλό γεγονός ότι οι γιατροί είναι λιγότεροι σε αριθμό, και ως εκ τούτου πρέπει να βασίζονται περισσότερο στις παρατηρήσεις από άλλους, αν μη τι άλλο και στην επικεφαλής νοσοκόμα, η οποία μπορεί να είναι πιο σημαντική πηγή πληροφοριών και συνεργασίας για τους γιατρούς

από ότι οι νοσηλευτές. Αλλά μπορεί επίσης να ερμηνευθεί ως ένδειξη ότι οι νοσηλευτές έχουν δεξιότητες στην επικοινωνία με τους ασθενείς και στη συναισθηματική φροντίδα όπου θεωρείται ως βασική αρμοδιότητά τους. Το γεγονός ότι μόνο το ήμισυ περίπου των νοσηλευτών λένε ότι συζητούν υποθέσεις ασθενών με άλλες επαγγελματικές ομάδες κατά τη διάρκεια μιας κανονικής ημέρας στηρίζει την ερμηνεία ότι οι νοσηλευτές μπορούν να αποδίδουν λιγότερο βάρος για τον παραδοσιακό τους ρόλο ως παρατηρητές στη πρώτη γραμμή των γιατρών, στην ιατρική κατάσταση των ασθενών. Ένας τέτοιος αναπροσανατολισμός είναι πιθανό να επηρεάσει τις διεπαγγελματικές συνεργασίες αρνητικά, και στη χαμηλότερη βαθμολογία των γιατρών σχετικά με στις ικανότητες των νοσηλευτών και σχετικά με τις γνώσεις των ασθενών μπορεί να σημάνει ένα βαθμό της δυσαρέσκειας για την ποσότητα ή / και την ποιότητα των κλινικών ιατρικών πληροφοριών που παίρνουν από τις νοσοκόμες.

Τα ευρήματά μας ότι η παραδοσιακά κυρίαρχη ομάδα, οι γιατροί, είναι πιο ικανοποιημένοι με τη συνεργασία από ότι οι νοσοκόμες, μπορεί να υποστηρίξει τις υποψίες ότι η συνεργασία μπορεί να μοιάζει λιγότερο προβληματική για τον ελέγχοντα έταίρο και ότι η ίδια η έννοια της συνεργασίας δεν σημαίνει το ίδιο και στα δύο επαγγέλματα. Αυτό μπορεί να εξηγήσει το παράδοξο ότι οι γιατροί βαθμολόγησαν τις γνώσεις των νοσηλευτών για τους ασθενείς καθώς και οι νοσοκόμες βαθμολόγησαν χαμηλότερα την επάρκεια από ότι βαθμολόγησαν τους δικούς τους. Παρόλα αυτά εξακολουθούν να ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με τη διεπαγγελματική συνεργασία. Οι νοσηλευτές είναι πιο θετικοί σχετικά με τις αρμοδιότητες των γιατρών και τις γνώσεις σχετικά με τους ασθενείς, αναφέρθηκε σε μικρότερο βαθμό η ανάγκη να έχουν την γνωστοποίηση, και ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με τις διεπαγγελματικές συνεργασίες. Ερμηνεύσαμε τη θέση των νοσηλευτών ως ένα αυξανόμενο «αουτσάιντερ δυσαρέσκειας», που πρέπει να επιλυθούν μέσω αποστασιοποίησής τους από το έργο των ιατρών. Οι γιατροί επαγγελματικά και με αυτοπεποίθηση διατηρούν την παραδοσιακή εστίασή τους στη διάγνωση και την ιατρική θεραπεία, η οποία εξακολουθεί, σε βαθμό που να μπορεί να δεχθεί, να δεσπόζει την εργασία στο νοσοκομείο. Γι' αυτούς, η καλή συνεργασία σημαίνει ότι έχει θεραπευτικές αποφάσεις που υλοποιούνται αποτελεσματικά και ενημερώνονται για τις επιπτώσεις τους. Οι νοσηλευτές είναι στην επιχείρηση της μεταρρύθμισης των διεπαγγελματικών σχέσεων. Γι' αυτούς, η συνεργασία δεν σημαίνει μόνο η επικοινωνία για τις ιατρικές παρατηρήσεις ή τη χορήγηση φαρμάκων, αλλά και η εκτίμηση για την ανεξάρτητη συμβολή τους στη διαδικασία της επούλωσης, π.χ. με τη χαρτογράφηση και την

κατανόηση της πλήρη κατάστασης των ασθενών και το σύνολο των αναγκών τους και την κινητοποίηση της δύναμης του/της. Στους νοσηλευτές, η λέξη «συνεργασία» δεν αναφέρεται μόνο στις καταστάσεις εργασίας και στα καθήκοντα, είναι επίσης ένα ζήτημα της εκ νέου διαμόρφωσης των εργασιακών σχέσεων, γι' αυτό και η ικανοποίησή τους με τις διεπαγγελματικές συνεργασίες εξαρτάται πιο έντονα από ότι αυτή των γιατρών για τη γενική ικανοποίηση από την εργασία τους.

2.11 Ανακεφαλαίωση

Καθημερινά στη ζωή μας και ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας μας ερχόμαστε σε επαφή και αξιολογούμε τους ανθρώπους που συναναστρεφόμαστε και βρίσκονται γύρω μας. Αξιολογούμε το πώς φέρονται, την προσωπικότητα και τις ικανότητές τους. Πρέπει να ακούμε αυτά που λένε και να προσέχουμε αυτά που κάνουν παρακολουθώντας τις κινήσεις τους στο χώρο. Οι μεταξύ τους διαφορές αναφέρονται όχι μόνο στους τομείς της συμπεριφοράς, ικανοτήτων, προσωπικότητας, αλλά και σε όλο το εύρος της βιοσωματικής, γνωστικής και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου. Στα επαγγέλματα υγείας είναι ένας πολύς βασικός και καθοριστικός παράγοντας η επικοινωνία και η συμπεριφορά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας καθώς εξαρτάται η ζωή των ασθενών. Τις περισσότερες φορές είναι έντονη και δύσκολη καθώς υπάρχει μεγάλη πίεση, άγχος και εξουθένωση σωματική και ψυχολογική από την φύση του επαγγέλματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Εισαγωγή

Στα προηγούμενα κεφάλαια εξετάστηκε και αναλύθηκε ο όρος της επικοινωνίας και σπουδαιότητα αυτής ειδικά στο χώρο της υγείας. Έγινε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και διατυπώθηκαν όροι και έννοιες οι οποίες συνδέονται άμεσα και θεωρούνται απαραίτητες για την κατανόηση της έννοιας επικοινωνίας. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν οι μέθοδοι που ακολουθήθηκαν κατά την εκπόνηση της παρούσας έρευνας πεδίου.

Σκοπός της παρούσας εμπειρικής έρευνας, όπως έχει προαναφερθεί, είναι να εξεταστεί ποιες είναι οι επιπτώσεις στους εργαζόμενους από την εργασιακή επικοινωνία στα επαγγέλματα υγείας. Ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου.

3.2 Ερευνητική μεθοδολογία

Στατιστική ορίζεται η επιστήμη που ασχολείται με την συλλογή, οργάνωση, παρουσίαση και ανάλυση αριθμητικών στοιχείων ή χαρακτηριστικών με την βοήθεια επιστημονικών μεθόδων και τεχνικών. Η συστηματική μελέτη τους οδηγεί σε συμπεράσματα που είναι χρήσιμα στη διαδικασία λήψης ορθών αποφάσεων, πράγμα που εξασφαλίζει την επιτυχία.

Η στατιστική διακρίνεται σε Περιγραφική και Επαγωγική. Στην περιγραφική στατιστική, μετά την συλλογή των πληροφοριών, τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει η ανάλυση αυτών, αφορά αποκλειστικά και μόνο το δείγμα των δεδομένων αυτών. (Θαλασσινός ΛΙ & Χαρίσης ΧΦ., 1996)

Στην επαγωγική στατιστική επιτυγχάνεται η γενίκευση των αποτελεσμάτων που προέρχονται από ένα συγκεκριμένο δείγμα και αφορούν το θεωρητικό τρόπο συμπεριφοράς του πληθυσμού από τον οποίο προήλθε το δείγμα. (Αγιακλόγλου ΧΝ & Μπένος ΘΕ, 2007)

Η έρευνα αναφέρεται σε μια συστηματική προσπάθεια με σκοπό την ανακάλυψη, βελτίωση ή διαφοροποίηση της ανθρώπινης γνώσης για ένα φυσικό ή κοινωνικό φαινόμενο. Στηρίζεται στη συστηματική και μεθοδική εργασία, η οποία διέπεται από αυστηρή λογική με σκοπό τη διατύπωση ή την επίλυση του προβλήματος ή την

επαλήθευση της λύσης σε ένα πρόβλημα με την χρήση εμπειρικών μεθόδων. Σκοπός της έρευνας είναι η ερμηνεία δεδομένων για την διεξαγωγή συμπερασμάτων, που εξηγούν την αλληλεξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.

Οι τύποι των μεταβλητών είναι τρεις: α) οι διερευνητικές που επιχειρούν να διερευνήσουν τις πτυχές και τα χαρακτηριστικά του υπό εξέταση πληθυσμού, β) οι περιγραφικές, που ασχολούνται μόνο με την περιγραφή των χαρακτηριστικών αυτών και γ) οι αιτιολογικές έρευνες, οι οποίες έχουν σκοπό τη διασύνδεση των χαρακτηριστικών και κατ' επέκταση την ερμηνεία των φαινομένων που συνδέονται με αυτά. (Churchill GA & Brown TJ., 2004)

Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να οριστεί ως διερευνητική- περιγραφική καθώς έχει ως σκοπό της να περιγράψει αλλά και διερευνήσει την επικοινωνία στον χώρο των επαγγελματιών υγείας.

3.3 Σχεδιασμός και Κατάρτιση Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι απλό, κατανοητό και σύντομο. Χρησιμοποιήθηκαν κλειστού τύπου ερωτήσεις, οι οποίες είναι πιο σύντομο να απαντηθούν και οδηγούν σε ένα σύνολο συγκεκριμένων απαντήσεων η επεξεργασία των οποίων είναι ευκολότερη στη συνέχεια.

Από το καλοκαίρι του 2014 το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε γιατρούς και νοσηλευτές χειρουργικών και παθολογικών τμημάτων. Στην αρχή του ερωτηματολογίου αναφερόταν με λίγα λόγια η περιγραφή της έρευνας και ο σκοπός της και επεξηγείτο η διαδικασία συμπλήρωσης στους ερωτηθέντες.

Πριν την αποστολή του ερωτηματολογίου προσδιορίστηκε ο πληθυσμός της έρευνας. Ως στατιστικός πληθυσμός ορίζεται το σύνολο των στοιχείων που δυνητικά εξετάζουμε και παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα κοινό χαρακτηριστικό (Θαλασσινός ΛΙ & Χαρίσης ΧΦ., 1996)

Σκοπός ήταν η διανομή των ερωτηματολογίων σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία στην περιφέρεια της Αττικής. Λόγου του σύντομου χρονικού διαστήματος της διεξαγωγής της παρούσας εργασίας διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε τρία δημόσια και τρία ιδιωτικά νοσοκομεία. Διανεμήθηκαν στο σύνολο 120 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα 104 (45 από νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα και 59 από δημόσια νοσοκομεία).

3.4 Δομή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τα εξής 5 μέρη:

Προσωπικά στοιχεία. Αποτελείται από ένα σύνολο ερωτήσεων, στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει σε τυπικές ερωτήσεις όπως είναι το φύλο του, δηλαδή αν είναι άντρας ή γυναίκα. Αν είναι γιατρός ή νοσηλευτής χειρουργικού ή παθολογικού. Τι ηλικία έχει, την οικογενειακή του κατάσταση καθώς και πόσα χρόνια εμπειρίας έχει. Τυπικές μεν αλλά βασικές καθώς είναι αυτές που καθορίζουν τις αναλύσεις των αποτελεσμάτων που επέρχονται από τις επόμενες κατηγορίες ερωτήσεων.

Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα- Απογοήτευση. Το κομμάτι αυτό των ερωτήσεων θέλει να αποτυπώσει την ικανοποίηση που νιώθουν οι ερωτώμενοι στο χώρο εργασίας τους σε σχέση με την φύση της ίδιας της δουλειάς και σε σχέση με την αμοιβή τους. Κατά πόσο νιώθουν αβεβαιότητα ή όχι για το επάγγελμά τους λόγω της οικονομικής κρίσης που υπάρχει στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Και τέλος, κατά πόσο επικροτούνται-αναγνωρίζονται ή δέχονται κριτική από τους συναδέλφους τους πάνω στη δουλειά τους.

Πληροφόρηση- Συνεργασία μεταξύ των τμημάτων. Σε αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που στόχο έχουν να δείξουν κατά πόσο υπάρχει συνεργασία, πληροφόρηση και επικοινωνία μέσα στο χώρο των επαγγελματιών υγείας.

Αιτίες που οφείλονται οι μεγαλύτερες ελλείψεις στην επικοινωνία. Στο τελευταίο κομμάτι του ερωτηματολογίου, οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που σκοπό έχουν να δείξουν τον σωματικό και ψυχικό φόρτο εργασίας που νιώθουν και υπάρχει ανάλογα το επάγγελμά τους αν είναι δηλαδή γιατροί ή νοσηλευτές.

Αφού προσδιορίσαμε τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας, στο επόμενο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα ευρήματα της έρευνας αυτής.

3.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρθηκε και αναλύθηκε ο σκοπός της παρούσας εργασίας και ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας που ακολουθήθηκε. Δόθηκε ο τρόπος δομής του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε, πού και πόσα διανεμήθηκαν καθώς και πόσα επεστράφησαν για την ανάλυσή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ανάλυση Δεδομένων-Αποτελέσματα

4.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται και αναλύονται τα δεδομένα που προέκυψαν από την εν λόγω έρευνα. Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται κατά πόσο υπάρχει ενημέρωση και πληροφόρηση μεταξύ των διαφορετικών οργανωσιακών τμημάτων στα επαγγέλματα υγείας και κατ' επέκταση καλή και σωστή επικοινωνία. Πόσο σημαντικό ρόλο παίζει στην επικοινωνία η ικανοποίηση των εργαζομένων, γιατρών και νοσηλευτών. Τέλος, κατά πόσο επηρεάζει ο συναισθηματικός και ιδιαίτερα ο σωματικός φόρτος εργασίας.

4.2 Δημογραφικά στοιχεία- Προσωπικά στοιχεία

Όπως προαναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο από τα 120 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε ισάριθμους επαγγελματίες υγείας, απαντήθηκαν τα 104 (86,7%). Τα ερωτηματολόγια τα συμπλήρωσαν γιατροί και νοσηλευτές του Χειρουργικού και του Παθολογικού από Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία της Αττικής. Τα ποσοστά απαντήσεων εμφάνισαν μια μικρή διαφορά μεταξύ των τριών Νοσοκομείων του Ιδιωτικού και του Δημοσίου. Πιο συγκεκριμένα από Δημόσια Νοσοκομεία συμπληρώθηκαν 59 ερωτηματολόγια (98,3%) από τα οποία 26 από Γιατρούς (13,3%) και τα υπόλοιπα 33 από Νοσηλευτές (86,7%). Αντίστοιχα από τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία συλλέχτηκαν 45 ερωτηματολόγια (75%) από τα οποία τα 17 από Γιατρούς (43,3%) και 28 από Νοσηλευτές (56,7%).







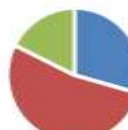





Τα περισσότερα ερωτηματολόγια που συλλέχτηκαν απαντήθηκαν από Γιατρούς και Νοσηλευτές των Χειρουργικών τμημάτων. Οι Γιατροί που απαντήσανε στα Δημόσια Νοσοκομεία και στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία ήταν σε πλειοψηφία Άντρες αντίθετα με τους Νοσηλευτές που η πλειοψηφία ήταν Γυναίκες.

Η πλειοψηφία των Γιατρών στα Δημόσια Νοσοκομεία ήταν σε ηλικία 30-40, Ανύπαντροι, χωρίς παιδιά και με επαγγελματική εμπειρία στο χώρο μεγαλύτερη των 6 χρόνων. Αντίθετα οι Γιατροί στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία, ενώ ήταν στην πλειοψηφία στην ίδια κλίμακα ηλικίας και στην ίδια κλίμακα επαγγελματικής εμπειρίας, ήταν οι περισσότεροι παντρεμένοι και είχαν από 1-2 παιδιά.

Οι Νοσηλευτές που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν στην πλειοψηφία Γυναίκες στα Δημόσια αλλά και στα ιδιωτικά Νοσοκομεία, με πάνω από 6 χρόνια εμπειρία στο χώρο. Στα Δημόσια Νοσοκομεία οι περισσότεροι νοσηλευτές ήταν ηλικίας από 30 μέχρι 40 ετών, έγγαμοι και έχοντας από 1 έως 2 παιδιά. Αντίθετα στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία η πλειοψηφία ήταν μέχρι 30 ετών, άγαμοι και χωρίς παιδιά.

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν από τα Δημόσια και τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία όσον αφορά το πρώτο μέρος των ερωτηματολογίων.

Πίνακας 4.1
Προσωπικά στοιχεία

	ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
	ΔΗΜΟΣΙΟ		ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
	ΓΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΓΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
Φύλο	A: 15 - Γ: 11	A: 6 - Γ: 27	A: 12 - Γ: 5	A: 1 - Γ: 27
Ειδικότητα	X: 18 - Π: 8	X: 23 - Π: 10	X: 10 - Π: 7	X: 15 - Π: 13
Ηλικία	 ■ 20-30 ■ 30-40 ■ 40 Κ ΑΝΩ	 ■ 20-30 ■ 30-40 ■ 40 Κ ΑΝΩ	 ■ 20-30 ■ 30-40 ■ 40 Κ ΑΝΩ	 ■ 20-30 ■ 30-40 ■ 40 Κ ΑΝΩ
Οικογενειακή κατάσταση	E: 11 - Α: 15	E: 29 - Α: 4	E: 15 - Α: 2	E: 11 - Α: 17
Παιδιά	 ■ 0 ■ 1-2 ■ >2	 ■ 0 ■ 1-2 ■ >2	 ■ 0 ■ 1-2 ■ >2	 ■ 0 ■ 1-2 ■ >2
Επαγγελματική Εμπειρία στο χώρο	 ■ 1-3 ■ 3-6 ■ >6	 ■ 1-3 ■ 3-6 ■ >6	 ■ 1-3 ■ 3-6 ■ >6	 ■ 1-3 ■ 3-6 ■ >6

Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

4.3 Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα- Απογοήτευση

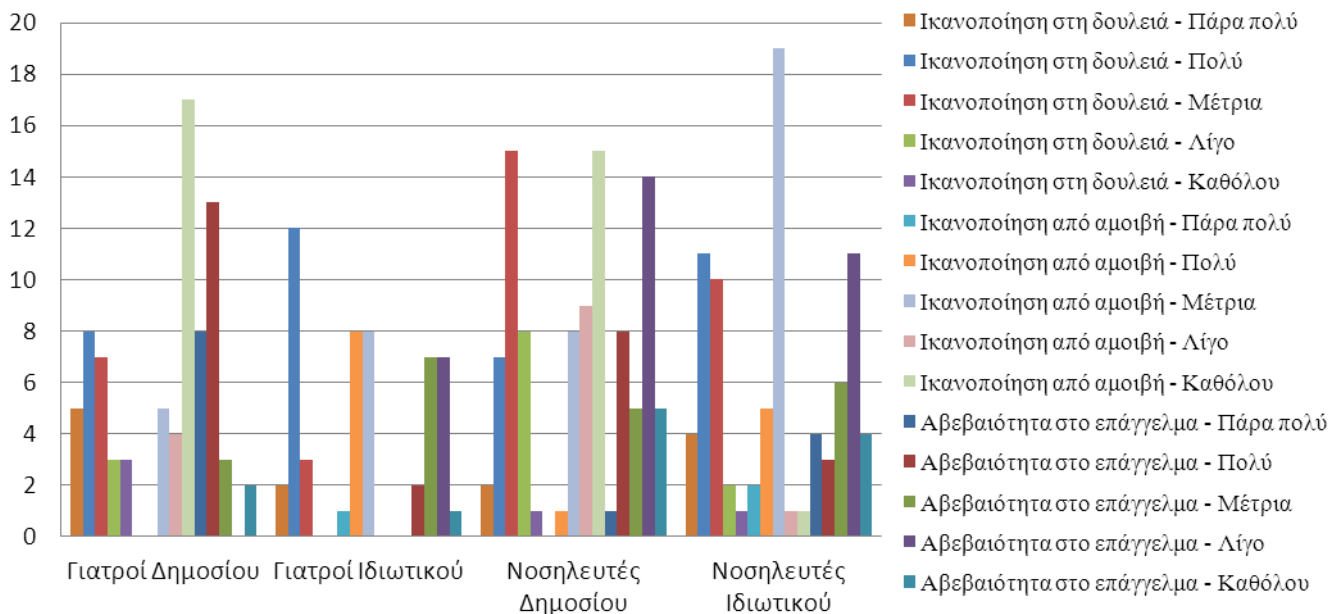
Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτυπώνονται ερωτήσεις που στόχο έχουν να αποτυπώσουν την ικανοποίηση που νιώθουν οι ερωτώμενοι σε σχέση με την εργασία τους και την αμοιβή τους. Κατά πόσο νιώθουν αβεβαιότητα για το επάγγελμά τους καθώς και κατά πόσο νιώθουν απογοήτευση από την κριτική που τους ασκείτε και κατά πόσο επιβραβεύονται από τους συναδέλφους τους.

Για την αξιολόγηση των παραπάνω χρησιμοποιήθηκαν στο σύνολο 7 ερωτήσεις. Οι ερωτηθέντες βαθμολογούσαν τις ερωτήσεις σχετικά με την Ικανοποίηση και την Αβεβαιότητα από Πάρα πολύ έως Καθόλου. Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας στα ανωτέρω ερωτήματα απεικονίζονται στο Διάγραμμα 4.1. Τις ερωτήσεις σχετικά με την απογοήτευση με Ναι ή Όχι και τέλος τις ερωτήσεις σχετικά με την Επιβράβευση από Πολύ Συχνά έως Καθόλου όπου οι σχετικές απαντήσεις απεικονίζονται στο Διάγραμμα 4.6.

Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.1

Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα



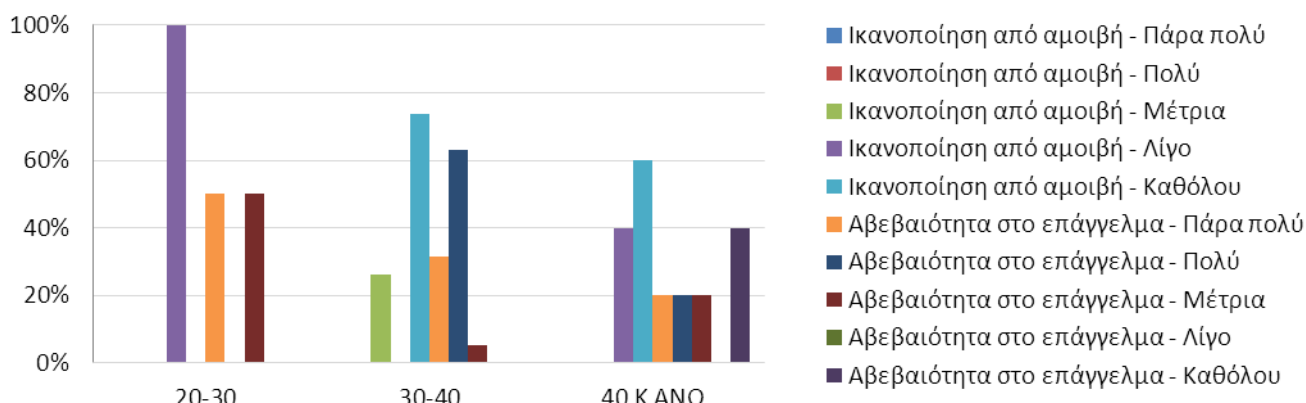
Στο Διάγραμμα 4.1 βλέπουμε ότι ξεχωρίζει το σύνολο των απαντήσεων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Αμοιβή. Πιο συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό έχουν οι απαντήσεις των νοσηλευτών των Ιδιωτικών Νοσοκομείων οι οποίοι έχουν απαντήσει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι με την αμοιβή που λαμβάνουν και στη συνέχεια είναι οι γιατροί των Δημοσίων Νοσοκομείων. Μεγάλα ποσοστά απαντήσεων έχουν λάβει και οι απαντήσεις των Νοσηλευτών των Δημοσίων Νοσοκομείων σχετικά με την Ικανοποίηση στην δουλειά που έχουν βαθμολογήσει οι περισσότεροι ως Μέτρια και την Ικανοποίηση από την αμοιβή που οι περισσότεροι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι. Αμέσως μετά πηγαίνουν οι απαντήσεις των νοσηλευτών του Δημοσίου, οι οποίοι νιώθουν «Λίγη» αβεβαιότητα σχετικά με το επάγγελμά τους σε αντίθεση με τους ιατρούς των Δημοσίων Νοσοκομείων που νιώθουν «Πολύ» αβεβαιότητα.

Πιο αναλυτικά, στην ερώτηση *«Πόσο ικανοποιημένοι νιώθετε με την δουλειά σας»* το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών των Δημοσίων Νοσοκομείων όπως και των Ιδιωτικών Νοσοκομείων απάντησαν ότι είναι Πολύ ικανοποιημένοι. Οι νοσηλευτές από την άλλη, απάντησαν στην πλειοψηφία τους Μέτρια ικανοποιημένοι στα Δημόσια Νοσοκομεία και Πολύ ικανοποιημένοι αυτοί των Ιδιωτικών Νοσοκομείων.

Στην ερώτηση *«Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την αμοιβή σας σε σχέση με το επίπεδο υπηρεσιών που παρέχετε;»* η πλειοψηφία των γιατρών των Δημοσίων Νοσοκομείων, όπως προαναφέραμε, δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι. Αντίθετα, οι περισσότεροι γιατροί των Ιδιωτικών Νοσοκομείων ανέφεραν ότι είναι Πολύ και Μέτρια ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους. Στην ίδια ερώτηση η νοσηλευτές των Ιδιωτικών Νοσοκομείων απάντησαν ότι είναι Μέτρια ικανοποιημένοι σε αντίθεση με τους νοσηλευτές των Δημοσίων νοσοκομείων που απάντησαν δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους.

Τέλος, στο ερώτημα *«Νιώθετε αβεβαιότητα για τα επάγγελμά σας»* το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων των νοσηλευτών των Δημοσίων και Ιδιωτικών νοσοκομείων ήταν νιώθουν Λίγη αβεβαιότητα. Αντίθετα οι γιατροί των Δημοσίων Νοσοκομείων δήλωσαν ότι νιώθουν Πολύ αβεβαιότητα ενώ οι πλειοψηφία των απαντήσεων στους γιατρούς των Ιδιωτικών Νοσοκομείων κυμαινόταν στο Μέτρια και Λίγο.

Στα παρακάτω διαγράμματα έγινε μια σύγκριση της Ικανοποίησης που ένιωθαν οι ερωτώμενοι με την αμοιβή τους και της αβεβαιότητας για το επάγγελμά τους σε σχέση με την ηλικία τους.

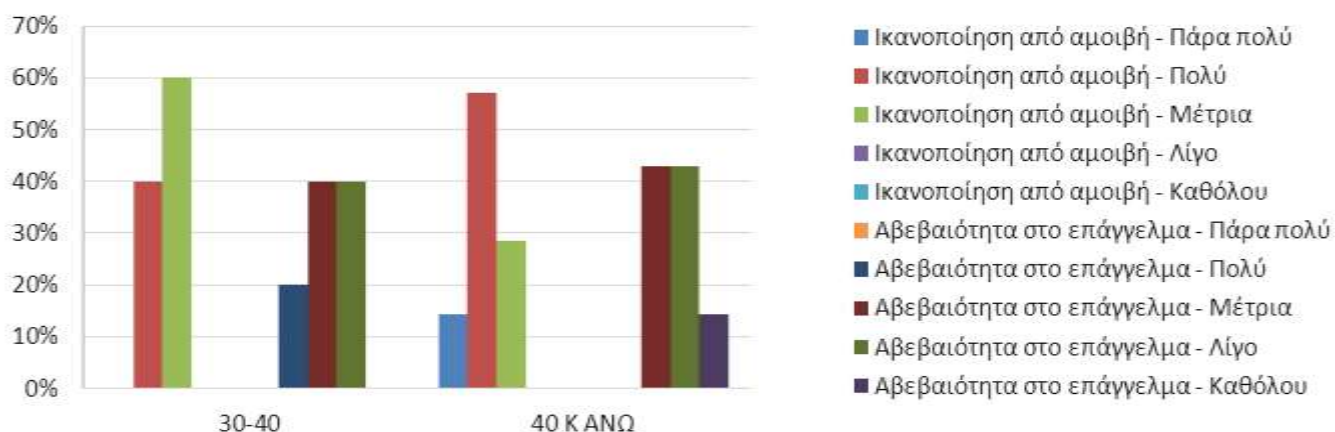


Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.2

Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία

Γιατροί Δημοσίου



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.3

Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία

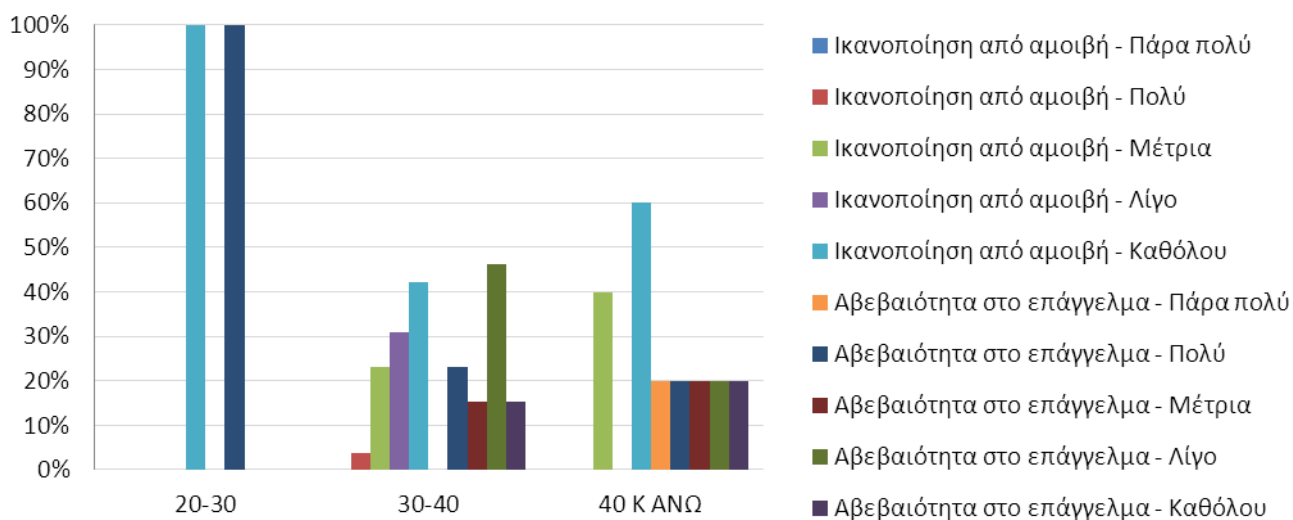
Γιατροί Ιδιωτικού

Στα Διαγράμματα 4.2 και 4.3 όπου συγκρίνονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους γιατρούς των Δημοσίων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων πάνω στην ικανοποίηση που έχουν με την αμοιβή τους και την αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία τους. Σύμφωνα με τα διαγράμματα βλέπουμε ότι στην πρώτη κλίμακα της ηλικίας 20-30 ετών, που είναι μόνο κάποιοι γιατροί των Δημοσίων Νοσοκομείων, έχουν απαντήσει ότι νιώθουν Λίγη ικανοποίηση σχετικά με την αμοιβή τους. Επίσης, συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων σε σχέση με τις απαντήσεις των άλλων ηλικιών στο θέμα της

ικανοποίησης. Στο θέμα της αβεβαιότητας οι γιατροί μεταξύ 20 με 30 ετών απαντάνε ότι νιώθουν Πολύ και Πάρα πολύ αβεβαιότητα σχετικά με το επάγγελμά τους.

Οι γιατροί των Δημοσίων νοσοκομείων που είναι από 30 έως 40 ετών δηλώνουν ότι δεν είναι Καθόλου ικανοποιημένοι από την αμοιβή που λαμβάνουν και οι γιατροί των Ιδιωτικών νοσοκομείων δηλώνουν αντίστοιχα ότι είναι Μέτρια ικανοποιημένοι. Όσον αφορά το θέμα της αβεβαιότητας, οι γιατροί των Δημοσίων νοσοκομείων δηλώνουν ότι νιώθουν Πολύ αβεβαιότητα σε αντίθεση με τους γιατρούς των Ιδιωτικών Νοσοκομείων που σε αυτή την κλίμακα ηλικίας δεν αντιμετωπίζουν την ίδια αβεβαιότητα.

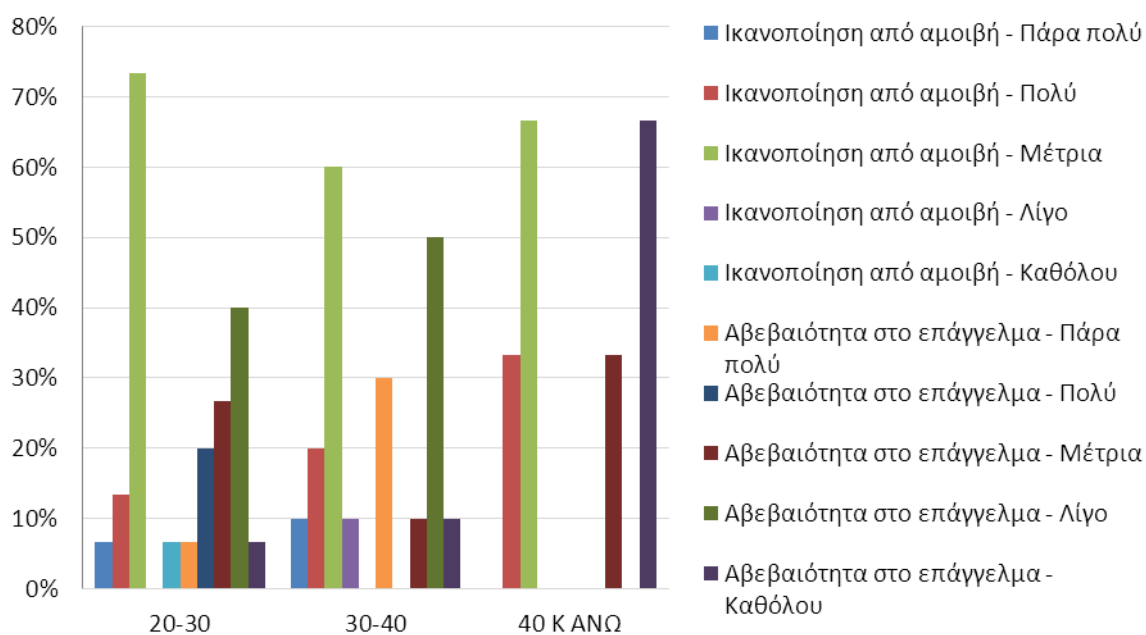
Τέλος, στην τελευταία κλίμακα της ηλικίας δηλαδή από 40 ετών και άνω, οι γιατροί των ιδιωτικών Νοσοκομείων νιώθουν κατά Πολύ ικανοποίηση όσον αφορά το θέμα του μισθού σχετικά με τους γιατρούς των Δημοσίων Νοσοκομείων που νιώθουν Λίγο ικανοποιημένοι. Καθόλου αβεβαιότητα ως προς τα επάγγελμά τους νιώθουν οι γιατροί των Δημοσίων Νοσοκομείων σε σχέση με τους γιατρούς των Ιδιωτικών νοσοκομείων όπου νιώθουν Λίγο και Μέτρια αβεβαιότητα



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.4

Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία Νοσηλευτές Δημοσίου



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

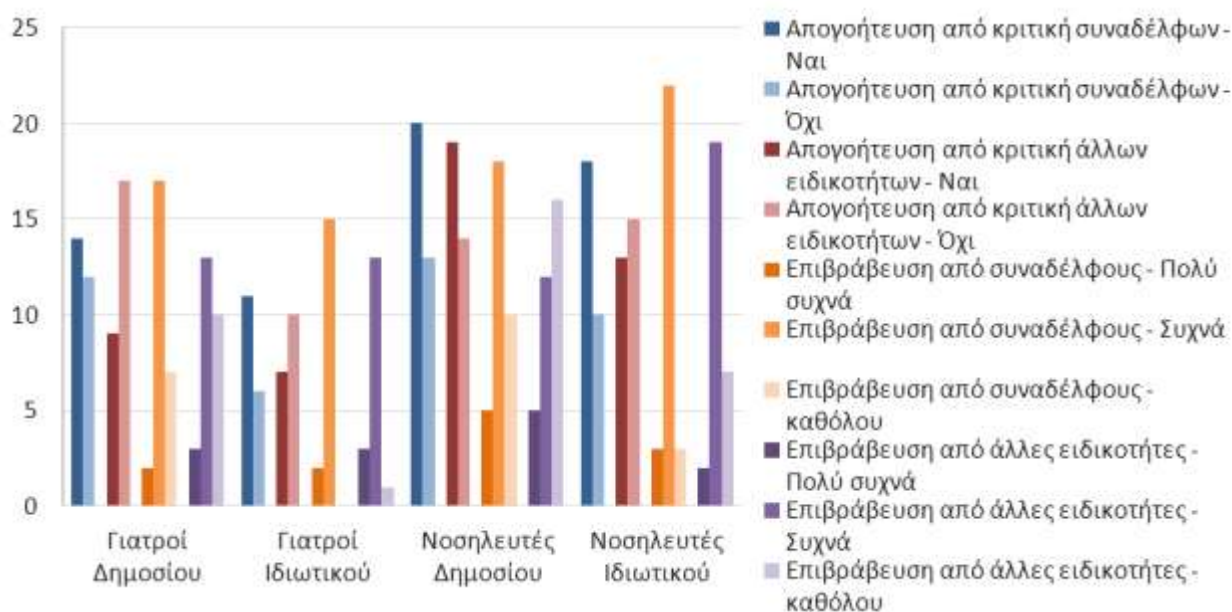
Διάγραμμα 4.5

Ικανοποίηση- Αβεβαιότητα σε σχέση με την ηλικία Νοσηλευτές Ιδιωτικού

Στα Διαγράμματα 4.4 και 4.5 αναφέρονται αντίστοιχα τα αποτελέσματα των νοσηλευτών. Όλοι οι νοσηλευτές των δημοσίων νοσοκομείων που βρίσκονται μεταξύ 20 και 30 ετών απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι με την αμοιβή τους και νιώθουν Πολύ αβεβαιότητα σχετικά με το επάγγελμά τους. Αντίθετα η πλειοψηφία των νοσηλευτών των Ιδιωτικών νοσοκομείων νιώθουν Μέτρια Ικανοποίηση σχετικά με την αμοιβή τους και το 40% ότι νιώθει Λίγη αβεβαιότητα σχετικά με το επάγγελμά τους.

Από 30 ετών μέχρι και 40 οι νοσηλευτές των Δημοσίων Νοσοκομείων απαντούν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την αμοιβή που λαμβάνουν σε σχέση με τους νοσηλευτές των Ιδιωτικών Νοσοκομείων που είναι Μέτρια ικανοποιημένοι. Όσον αφορά την αβεβαιότητα για το επάγγελμά τους και οι νοσηλευτές των Δημοσίων αλλά και των Ιδιωτικών νοσοκομείων νιώθουν Μικρή αβεβαιότητα.

Στην τελευταία κλίμακα άνω των 40 ετών, βλέπουμε να υπερισχύει η Μέτρια ικανοποίηση στη αμοιβή στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία αντί των Νοσηλευτών των Δημοσίων νοσοκομείων που θεωρούν Καθόλου ικανοποιητική την αμοιβή τους . Για την αβεβαιότητα οι νοσηλευτές στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία δεν νιώθουν καθόλου αβεβαιότητα σε σύγκριση με τους 5 νοσηλευτές των Δημοσίων Νοσοκομείων άνω των 40 που απάντησαν κάθε ένας και από μία διαφορετική απάντηση.



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

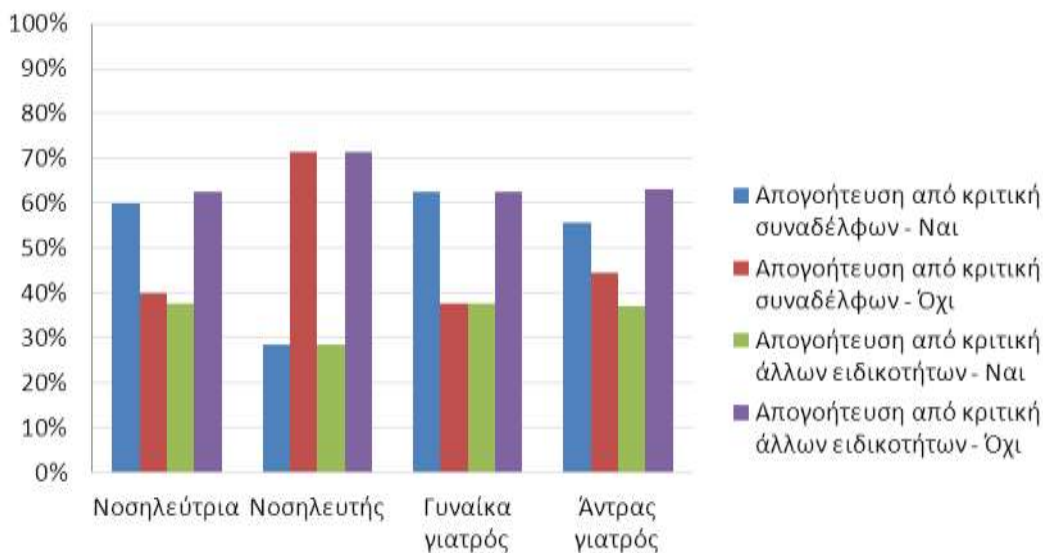
Διάγραμμα 4.6

Απογοήτευση- Επιβράβευση

Στο Διάγραμμα 4.6 βλέπουμε συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις που δώσανε οι ερωτώμενοι σχετικά με την απογοήτευση από την κριτική που λαμβάνουν από τους συναδέλφους τους και από άλλες ειδικότητες όπως και κατά πόσο λαμβάνουν επιβράβευση για την δουλειά τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων λαμβάνουν οι απαντήσεις των νοσηλευτών και των Δημοσίων Νοσοκομείων αλλά και των Ιδιωτικών στο θέμα της απογοήτευσης από κριτικές αλλά και σχετικά με την επιβράβευση.

Πιο αναλυτικά όλοι οι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι νιώθουν απογοήτευση και στα Ιδιωτικά αλλά και Δημόσια νοσοκομεία από την κριτική συναδέλφων τους. Οι γιατροί στην πλειοψηφία τους δήλωσαν ότι δεν νιώθουν απογοήτευση από τις κριτικές άλλων ειδικοτήτων. Αντίθετα ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών των Δημοσίων

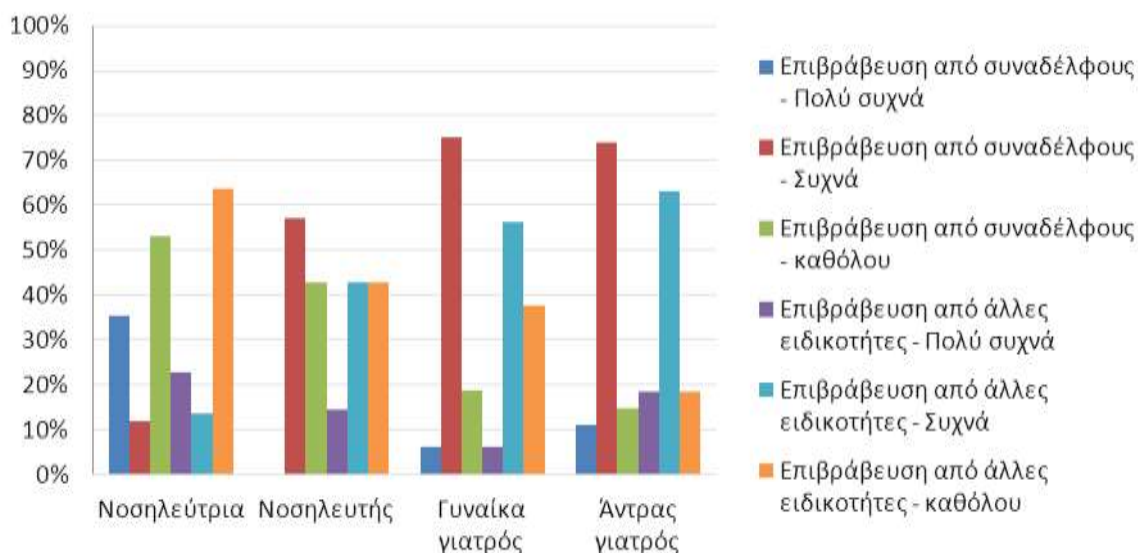
νοσοκομείων απάντησε ότι νιώθει μεγάλη απογοήτευση από την κριτική που λαμβάνει από άλλες ειδικότητες. Τέλος, στα ερωτήματα σχετικά με την επιβράβευση που λαμβάνουν από συναδέλφους ή από άλλες ειδικότητες, και οι γιατροί και οι νοσηλευτές των Δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων δήλωσαν ότι Συχνά λαμβάνουν επιβράβευση.



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.7

Απογοήτευση σύγκριση Άντρας- Γυναίκα



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.8

Επιβράβευση σύγκριση Άντρας- Γυναίκα

Στα παραπάνω διαγράμματα κάναμε μια σύγκριση της απογοήτευσης που νιώθουν οι ερωτώμενοι σε σχέση με το φύλο. Επίσης μια αντίστοιχη σύγκριση σχετικά με την επιβράβευση που λαμβάνουν.

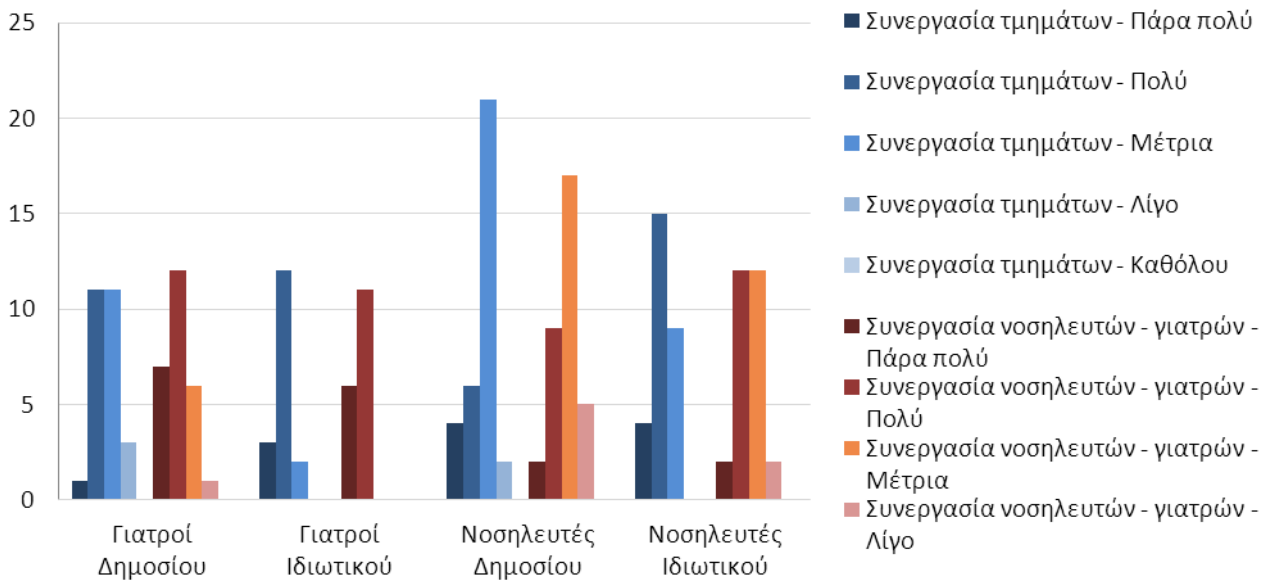
Όπως βλέπουμε στο Διάγραμμα 4.7, η πλειοψηφία στις γυναίκες νοσηλεύτριες απάντησε ότι νιώθει απογοήτευση από την κριτική που τους ασκούν οι συναδέλφοι τους σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές. Το ίδιο ισχύει και με τις γυναίκες γιατρούς σε σχέση με τους άντρες γιατρούς. Όσον αφορά την απογοήτευση που νιώθουν από την κριτική άλλων ειδικοτήτων, το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο φύλων και των δύο ειδικοτήτων δήλωσαν ότι δεν νιώθουν κάποια απογοήτευση.

Στο Διάγραμμα 4.8 βλέπουμε την σύγκριση άντρα γυναίκα σε σχέση με την επιβράβευση που λαμβάνουν από τους συναδέλφους τους και από άλλες ειδικότητες. Η διαφοροποίηση φαίνεται πολύ έντονα μεταξύ στις γυναίκες νοσηλεύτριες με τους άντρες νοσηλευτές όπου στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες δήλωσαν ότι δεν επιβραβεύονται καθόλου από τους συναδέλφους τους. Ενώ οι άντρες νοσηλευτές επιβραβεύονται αρκετά συχνά από τους συναδέλφους τους. Σχετικά με την επιβράβευση από άλλες ειδικότητες οι άντρες νοσηλευτές δήλωσαν ότι επιβραβεύονται Συχνά και Καθόλου σε αντίθεση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες που δήλωσαν σε μεγάλο ποσοστό δεν παίρνουν κάποια επιβράβευση από άλλες ειδικότητες. Στους γιατρούς πάλι, η πλειοψηφία των αντρών και των γυναικών αναφέρουν ότι συχνά επιβραβεύονται και από τους συναδέλφους τους αλλά και από άλλες ειδικότητες.

4.4 Πληροφόρηση- Συνεργασία μεταξύ των τμημάτων.

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου διατυπώθηκαν ερωτήσεις που σκοπό είχαν να αποτυπώσουν την γνώμη των γιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με την συνεργασία που υπάρχει μεταξύ των τμημάτων και μεταξύ τους. Αν θεωρούν ότι υπάρχει διαθεσιμότητα πληροφοριών σχετικά με τους ασθενείς όταν απαιτείται. Τέλος, πόσο συχνά υπάρχει διατμηματική ανταλλαγή πληροφοριών και κατά πόσο υπάρχει αναγκαιότητα για αυτό. Για την συλλογή των παραπάνω πληροφοριών δόθηκαν 6 ερωτήσεις από τις οποίες οι ερωτήσεις που αφορούσαν την συνεργασία είχαν κλίμακα απαντήσεων από Πάρα πολύ έως Καθόλου. Οι ερωτήσεις σχετικά με την διαθεσιμότητα των πληροφοριών είχαν κλίμακα απαντήσεων από Πολύ Συχνά έως Καθόλου και για τις ερωτήσεις σχετικά με την αναγκαιότητα μπορούσε ο ερωτώμενος να απαντήσει με ένα Ναι ή Όχι.

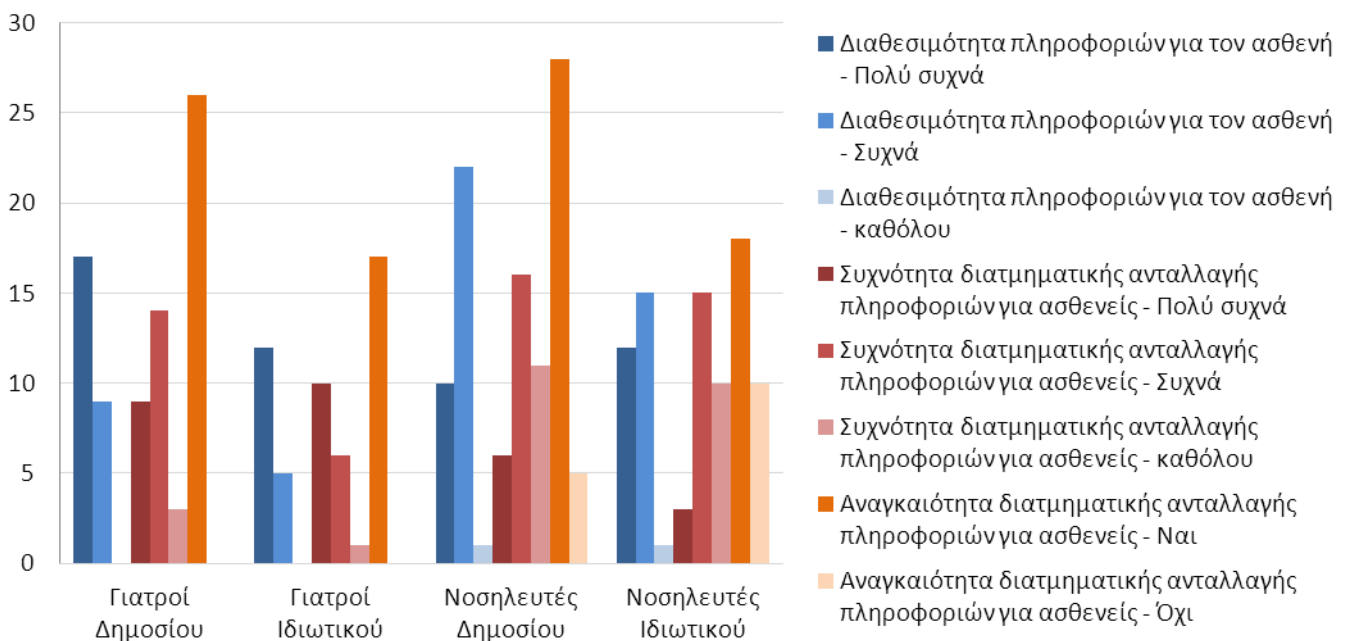
Στα παρακάτω διαγράμματα αποτυπώνονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα σχετικά με την συνεργασία των τμημάτων και τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών καθώς και τα αποτελέσματα σχετικά με τις πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς.



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.9

Συνεργασία



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.10

Πληροφόρηση

Στο Διάγραμμα 4.9 φαίνεται συγκεντρωτικά τι απάντησαν οι γιατροί και οι νοσηλευτές του χειρουργικού και του παθολογικού σχετικά με το αν θεωρούν ότι υπάρχει συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και μεταξύ τους.

Πιο αναλυτικά στην ερώτηση «Πόσο καλή είναι η συνεργασία των τμημάτων σε αυτό το νοσοκομείο» η πλειοψηφία των γιατρών των Δημοσίων Νοσοκομείων απάντησαν ότι θεωρούν ότι υπάρχει Πολύ καλή και Μέτρια συνεργασία αντίθετα με τους Νοσηλευτές των Δημοσίων Νοσοκομείων που θεωρούν στο μεγαλύτερο ποσοστό ότι υπάρχει Μέτρια Συνεργασία. Στα Ιδιωτικά νοσοκομεία και οι γιατροί και οι Νοσηλευτές στη πλειοψηφία τους δηλώνουν ότι υπάρχει Πολύ καλή συνεργασία μεταξύ των τμημάτων.

Στην ερώτηση «Πόσο καλή είναι η συνεργασία νοσηλευτών- γιατρών σε αυτή τη πτέρυγα» στα Δημόσια νοσοκομεία ενώ οι γιατροί θεωρούν ότι η συνεργασία είναι Πολύ καλή αντίθετα η πλειοψηφία των Νοσηλευτών δηλώνουν ότι την θεωρούν Μέτρια. Στα Ιδιωτικά νοσοκομεία οι γιατροί και εκεί θεωρούν την συνεργασία τους με τους νοσηλευτές Πολύ καλή και οι νοσηλευτές δηλώνουν με ισόποσο αριθμό απαντήσεων στην πλειοψηφία ότι θεωρούν την συνεργασία τους με τους γιατρούς Πολύ καλή και Μέτρια.

Στο Διάγραμμα 4.10 απεικονίζονται συγκεντρωτικά οι απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με την διαθεσιμότητα πληροφοριών για τους ασθενείς, τη συχνότητα διατμηματικής ανταλλαγής πληροφοριών για τους ασθενείς και κατά πόσο υπάρχει αναγκαιότητα της διατμηματικής ανταλλαγής πληροφοριών για τον ασθενή.

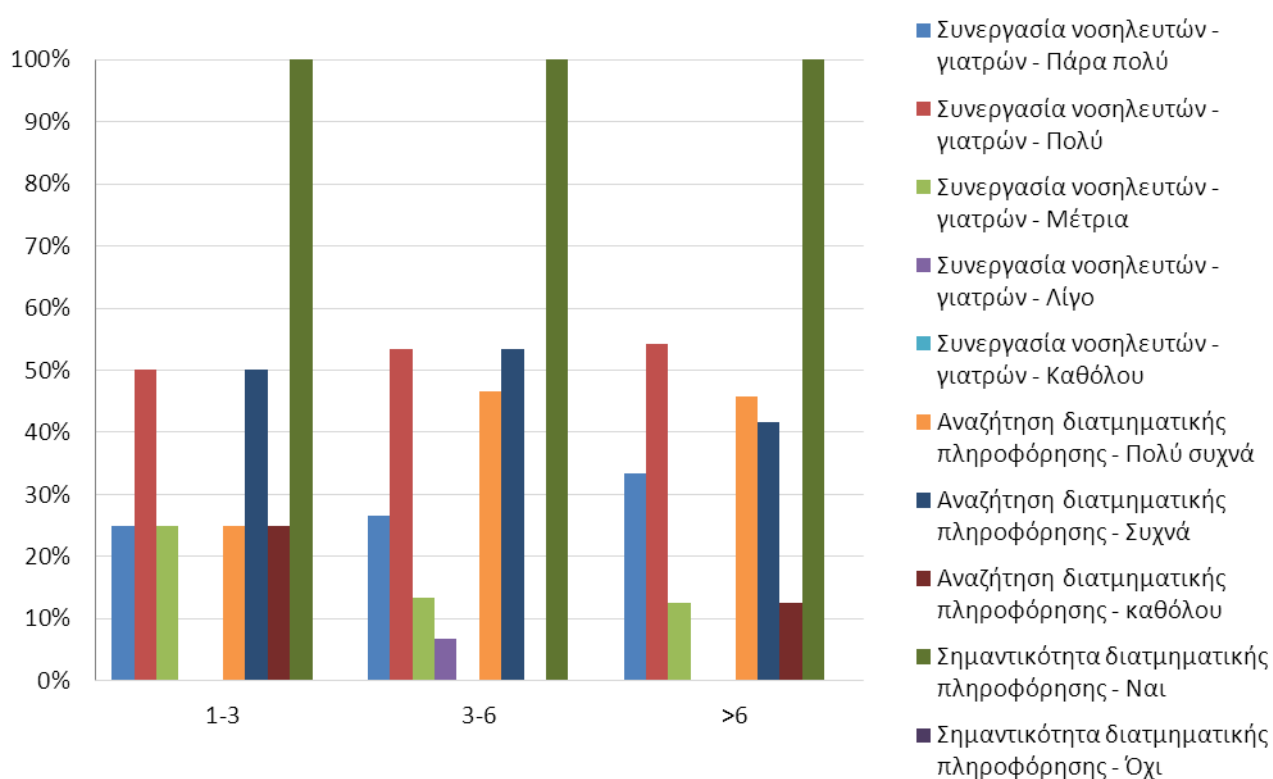
Στην ερώτηση «Πόσο συχνά είναι διαθέσιμες πληροφορίες για τον ασθενή όταν αυτές χρειάζονται» οι γιατροί στα Δημόσια Νοσοκομεία όπως και στα Ιδιωτικά αναφέρουν ότι η Διαθεσιμότητα είναι Πόλυ Συχνή όταν τις χρειάζονται οι νοσηλευτές πάλι και των δύο Νοσοκομείων αναφέρουν στην πλειοψηφία τους ότι είναι Συχνά διαθέσιμες αλλά όχι Πολύ συχνά όταν τις χρειάζονται.

Στο «Κατά πόσο συχνά συζητάτε πληροφορίες για περιπτώσεις ασθενών με άλλα τμήματα» οι γιατροί των Δημοσίων Νοσοκομείων αναφέρουν ότι συζητάνε αρκετά συχνά με άλλα τμήματα και οι γιατροί των Ιδιωτικών νοσοκομείων Πολύ συχνά. Οι νοσηλευτές και των Δημοσίων και των Ιδιωτικών νοσοκομείων απαντάνε σε μεγάλο ποσοστό τους ότι αρκετά Συχνά συζητούν πληροφορίες για περιπτώσεις ασθενών με άλλα τμήματα αλλά ένα μεγάλο ποσοστό αναφέρει ότι δεν συζητάει Καθόλου.

Όσον αφορά την ερώτηση «Θεωρείτε ότι οι πληροφορίες από τα άλλα τμήματα για τους ασθενείς είναι σημαντικές για την δουλειά σας;» συμφωνούν όλοι ότι υπάρχει

αναγκαιότητα στο να ανταλλάσσονται πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή με τα άλλα τμήματα. Θεωρούνται πολύ σημαντικές για την καλύτερη διεκπεραίωση της δουλειάς και του νοσηλευτή και του γιατρού.

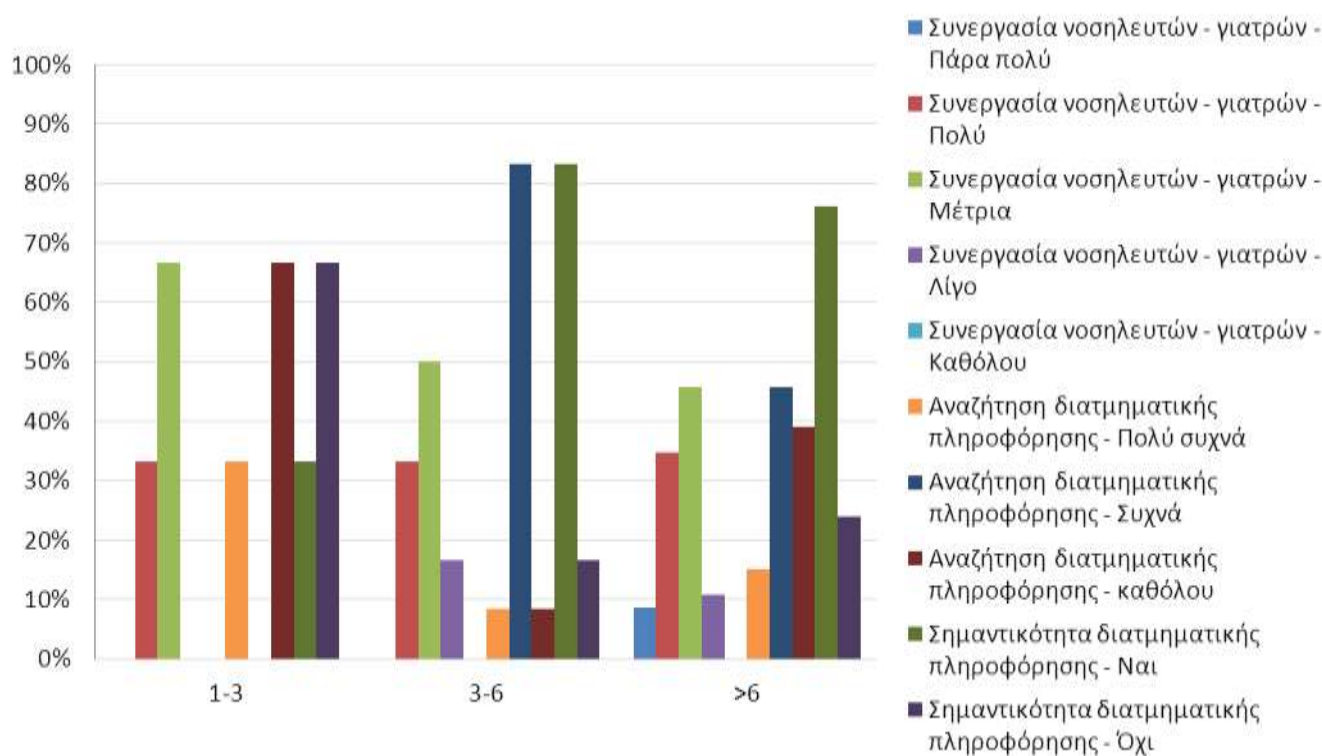
Συγκεντρώσαμε τις απαντήσεις που δόθηκαν για το αν θεωρούν οι ερωτώμενοι ότι υπάρχει συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, κατά πόσο υπάρχει αναζήτηση διατμηματικής πληροφόρησης και κατά πόσο τι θεωρούν σημαντική ή όχι. Στα παρακάτω Διαγράμματα 4.10 και 4.11 τις παραθέσαμε σε σχέση με τα χρόνια εμπειρίας στο χώρο και τα χωρίσαμε στις απαντήσεις των γιατρών και των νοσηλευτών.



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.11

Γιατροί: Συνεργασία- Πληροφόρηση σε σχέση με την εμπειρία



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.12

Νοσηλευτές: Συνεργασία- Πληροφόρηση σε σχέση με την εμπειρία

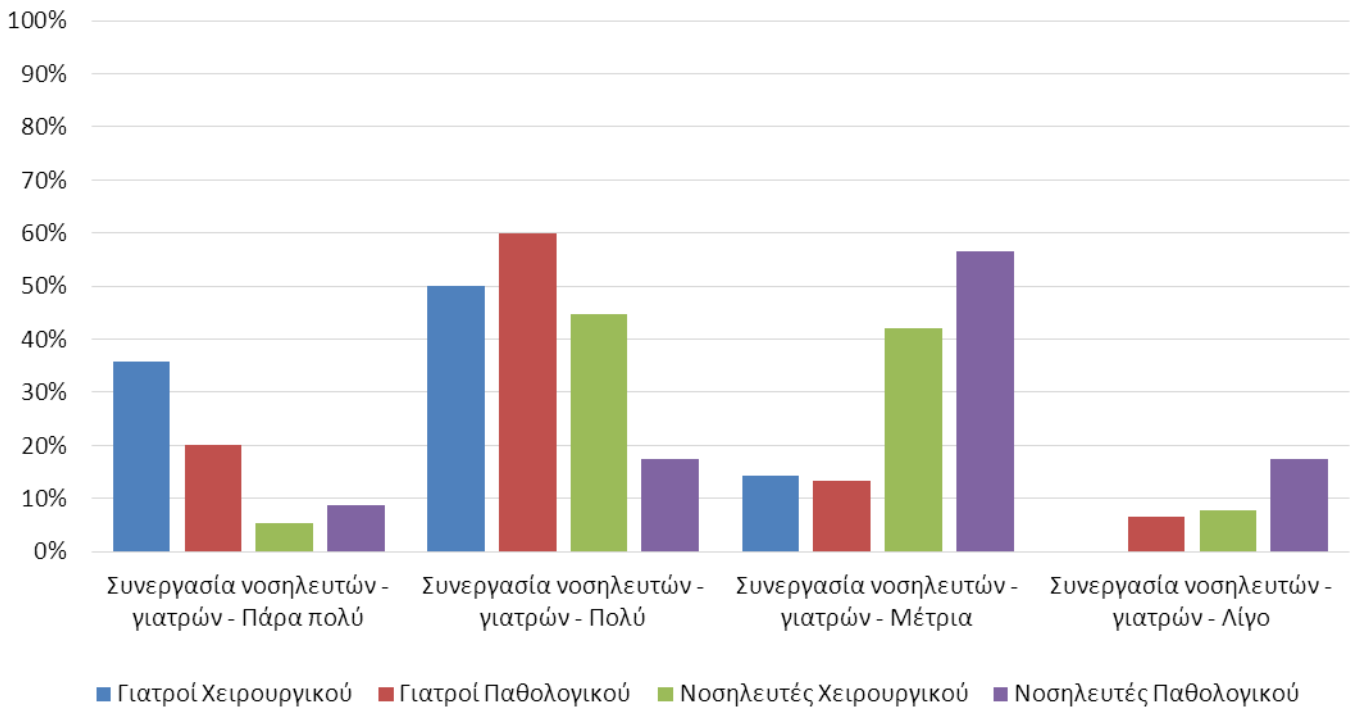
Στο Διάγραμμα 4.11 όπου συγκεντρώθηκαν οι απαντήσεις των γιατρών, αυτοί που έχουν εμπειρία από 1 έως 3 χρόνια στο ερώτημα σχετικά με την συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών απάντησαν ότι υπάρχει Πολύ. Το ίδιο απάντησαν και οι γιατροί που έχουν από 3 έως 6 χρόνια και από 6 και πάνω. Υπάρχει και ποσοστό γιατρών (25%) βέβαιοι που έχουν εμπειρία από 1 έως 3 χρόνια εμπειρία ότι η συνεργασία είναι Μέτρια. Στο ερώτημα σχετικά με την αναζήτηση της διατμηματικής πληροφόρησης το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων ανεξαρτήτως χρόνων εμπειρίας ήταν ότι όλοι οι γιατροί θεωρούν ότι υπάρχει Συχνά διατμηματική πληροφόρηση και είναι Πολύ σημαντική για την δουλειά τους. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό των γιατρών της τάξεως του 25% που έχουν εμπειρία από 1 έως 3 χρόνια στο χώρο, απάντησαν ότι θεωρούν ότι δεν υπάρχει διατμηματική πληροφόρηση μεταξύ των τμημάτων.

Η αντίστοιχη σύγκριση έγινε και στις απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές και απεικονίζονται στο Διάγραμμα 4.12. Στο ερώτημα κατά πόσο υπάρχει συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, οι νοσηλευτές απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό

τους ότι η συνεργασία είναι Μέτρια. Υπήρχαν και κάποια ποσοστά κυρίως στους γιατρούς όπου η εμπειρία τους στο χώρο είναι από 3 έως 6 χρόνια και από 6 και πάνω όπου θεωρούν ότι η συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών είναι Λίγο καλή. Σχετικά με το πόσο συχνά υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες για τους ασθενείς στα τμήματα βλέπουμε διαφοροποίηση ανάλογα με τα χρόνια εμπειρίας και διαφοροποίηση σχετικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους γιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που έχουν εμπειρία στο χώρο από 1 έως 3 χρόνια θεωρούν την συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και των γιατρών Πολύ καλή και Μέτρια, ενώ θεωρούν ότι δεν υπάρχει Καθόλου διατμηματική πληροφόρηση σχετικά με τον ασθενή και επίσης δεν την θεωρούν και σημαντική. Οι νοσηλευτές με 3 έως 6 χρόνια εμπειρία θεωρούν την συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών Πολύ καλή και Μέτρια αλλά υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό όπου την θεωρεί Λίγο Καλή. Στην πλειοψηφία τους θεωρούν ότι υπάρχει Συχνά αναζήτηση στη διατμηματική πληροφόρηση για τον ασθενή και την θεωρούν σημαντική για την δουλειά τους. Τέλος οι νοσηλευτές από 6 χρόνια και πάνω εμπειρία στο χώρο απάντησαν ότι η συνεργασία είναι Πολύ Καλή και Μέτρια στο μεγαλύτερο ποσοστό αλλά υπήρχαν και μικρά ποσοστά που απάντησαν ότι την θεωρούν Πολύ Καλή αλλά και Λίγο Καλή. Στο ερώτημα πόσο συχνή είναι η διατμηματική πληροφόρηση σχετικά με τον ασθενή θεωρούν στην πλειοψηφία ότι είναι Συχνή και Καθόλου Συχνή υπήρχε και ένα μικρό ποσοστό που απάντησε ότι είναι Πολύ συχνή. Όσον αφορά την σημαντικότητα της διατμηματικής πληροφόρησης το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι Ναι είναι σημαντική αλλά υπήρχε και ένα ποσοστό που θεωρεί ότι δεν είναι τόσο σημαντική.

Στο παρακάτω Διάγραμμα 4.13 έχουμε αποτυπώσει σε ποσοστά τις απαντήσεις σχετικά με το ερώτημα πόσο καλή είναι η συνεργασία γιατρών και νοσηλευτών σε σχέση με τα τμήματα (Χειρουργικό και Παθολογικό).

Με μια πρώτη ματιά βλέπουμε ότι υπάρχουν αρκετές διαφοροποιήσεις και στις απαντήσεις μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών των ίδιων τμημάτων αλλά και στις απαντήσεις που δίνουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές μεταξύ τους.



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.13

Συνεργασία Γιατρών- Νοσηλευτών σε σχέση με τα τμήματα

Πιο συγκεκριμένα βλέπουμε ότι στο τμήμα του Χειρουργικού οι γιατροί και οι νοσηλεύτες στην πλειοψηφία τους έχουν απαντήσει ότι η Συνεργασία είναι Πολύ Καλή αλλά το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων που έχουν δώσει οι γιατροί είναι Πολύ Καλή αντίθετα με τους νοσηλευτές που απάντησαν Μέτρια Καλή.

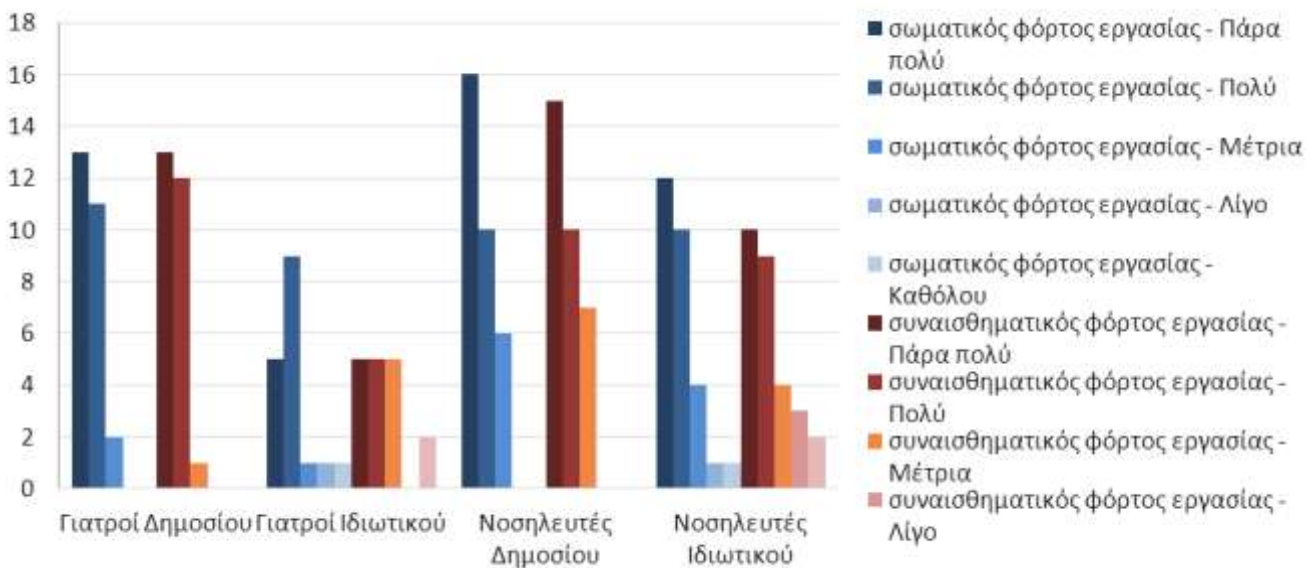
Στον Παθολογικό τμήμα η πλειοψηφία των γιατρών θεωρούν ότι η συνεργασία είναι Πολύ Καλή αντίθετα με τους νοσηλευτές που θεωρούν ότι είναι Μέτρια. Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων δόθηκε από τους γιατρούς ότι είναι Πάρα Πολύ Καλή ενώ από τους νοσηλευτές ότι είναι Πολύ καλή (17%) αλλά και Λίγο Καλή (17%)

Συγκεντρωτικά μπορούμε επίσης να δούμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά απαντήσεων που δόθηκαν από τους γιατρούς και των δύο τμημάτων ήταν Παρά Πολύ Καλή συνεργασία αλλά και Πολύ Καλή ενώ από τους νοσηλευτές Πολύ Καλή και Μέτρια Καλή.

4.6 Αιτίες που οφείλονται οι μεγαλύτερες ελλείψεις στην επικοινωνία.

Μέσα από τις 5 τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θέλαμε να αποτυπώσουμε την γνώμη των γιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με τον σωματικό και συναισθηματικό φόρτο εργασίας που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Πόσες εφημερίες ανά μήνα κάνουν και αν θεωρούν ότι υπάρχει αρκετή επάρκεια από νοσηλευτές και γιατρούς στην πτέρυγα που βρίσκονται. Η κλίμακα που δόθηκε για τις απαντήσεις των ερωτήσεων ήταν από Πάρα πολύ έως Καθόλου εκτός από την ερώτηση για τις εφημερίες/μήνα που έπρεπε να διαλέξουν μεταξύ 1-4, 5-7, >7.

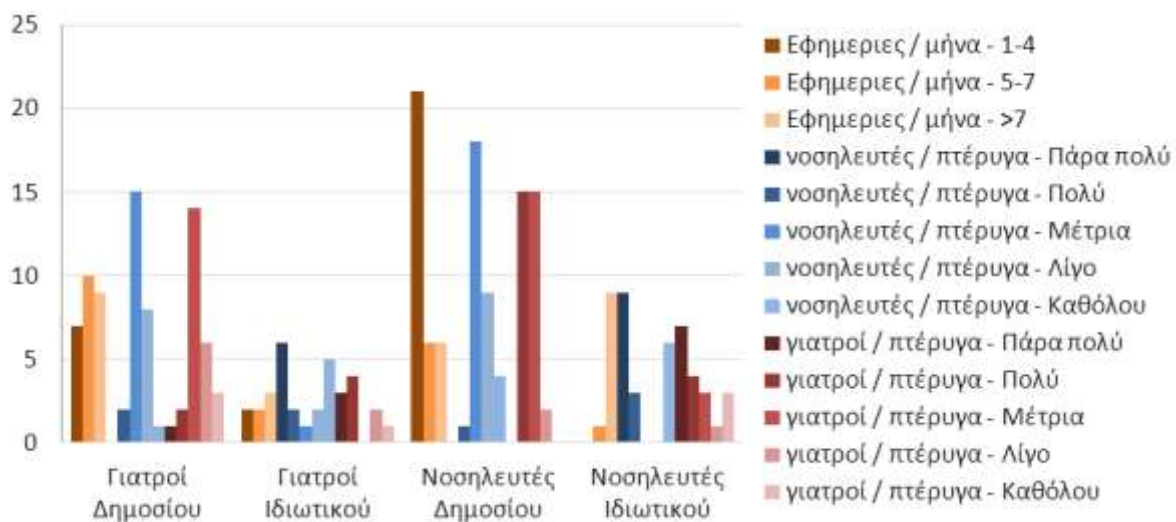
Στα παρακάτω 2 διαγράμματα βλέπουμε συγκεντρωτικά στο πρώτο τις απαντήσεις που δώσανε οι γιατροί και οι νοσηλευτές σχετικά με τον σωματικό και τον συναισθηματικό φόρτο εργασίας και στο δεύτερο τις απαντήσεις σχετικά με τις εφημερίες και την πληρότητα.



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.14

Φόρτος Εργασίας



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.15

Πληρότητα

Όπως βλέπουμε στο Διάγραμμα 4.14 στο ερώτημα σχετικά με τον σωματικό φόρτο εργασίας οι απαντήσεις των γιατρών και των νοσηλευτών στα Δημόσια νοσοκομεία υπερисχύουν κατά πολύ από τις απαντήσεις των γιατρών και των νοσηλευτών στα Ιδιωτικά νοσοκομεία. Το ίδιο ισχύει και στο θέμα του συναισθηματικού φόρτου εργασίας. Επίσης, παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές στα ιδιωτικά νοσοκομεία δηλώνουν Πάρα Πολύ σωματικό φόρτο εργασίας σε σύγκριση με τους γιατρούς που αναφέρουν βέβαια ότι έχουν και αυτοί πολύ σωματικό φόρτο εργασίας αλλά μάλλον όχι τόσο όσο οι νοσηλευτές κάτι που δεν ισχύει και στα Δημόσια νοσοκομεία.

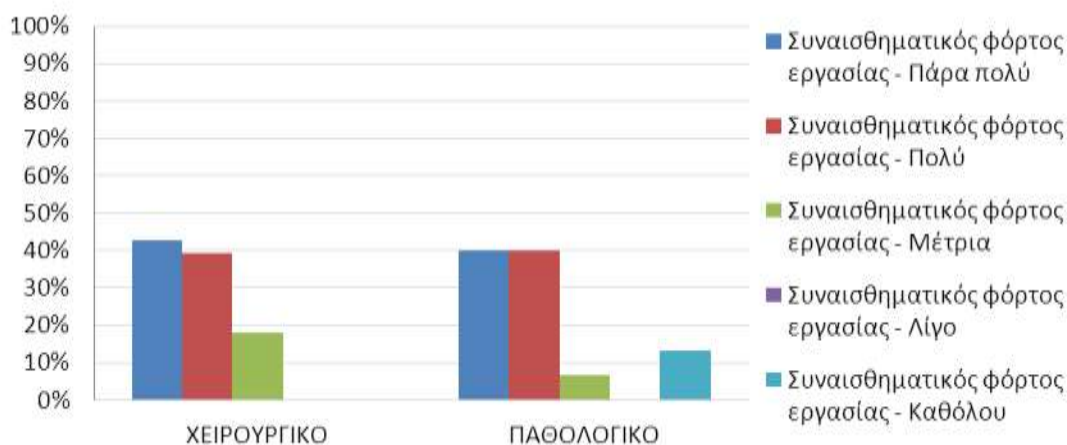
Στο Διάγραμμα 4.15 βλέπουμε ότι σχετικά με τις εφημερίες οι γιατροί στα Δημόσια νοσοκομεία στην πλειοψηφία τους κάνουν από 5 έως 7 εφημερίες ανά μήνα αντίθετα με τους γιατρούς στα Ιδιωτικά νοσοκομεία που δηλώνουν οι περισσότεροι ότι κάνουν πάνω από 7 εφημερίες. Όσον αφορά τους νοσηλευτές το μεγαλύτερο ποσοστό στα Δημόσια νοσοκομεία κάνουν από 1 έως 4 εφημερίες τον μήνα ενώ στα Ιδιωτικά νοσοκομεία αναφέρουν ότι κάνουν από 7 εφημερίες ανά μήνα.

Στο ερώτημα σχετικά με την πληρότητα των νοσηλευτών ανά πτέρυγα οι Γιατροί του Δημοσίου αναφέρουν στην πλειοψηφία τους ότι θεωρούν ότι υπάρχει Πολύ πληρότητα όπου συμφωνούν αντίστοιχα οι νοσηλευτές των Δημοσίων Νοσοκομείων. Αντίθετα με τα Ιδιωτικά νοσοκομεία όπου οι γιατροί θεωρούν ότι δεν υπάρχει καθόλου

πληρότητα στους νοσηλευτές ανά πτέρυγα όπου επίσης βρίσκει σύμφωνή την πλειοψηφία των νοσηλευτών.

Τέλος, στο ερώτημα για την πληρότητα των γιατρών ανά πτέρυγα όπου βρίσκει το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών των Δημοσίων Νοσοκομείων να δηλώνουν ότι υπάρχει Μέτρια πληρότητα όπου βρίσκει επίσης σύμφωνους τους Νοσηλευτές των Δημοσίων νοσοκομείων, οι οποίοι με ένα ισόποσο αριθμό απαντήσεων που θεωρούν ότι υπάρχει και Πολύ πληρότητα. Στα Ιδιωτικά νοσοκομεία οι γιατροί πιστεύουν ότι υπάρχει Πολύ πληρότητα και οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι υπάρχει Πάρα πολύ πληρότητα γιατρών ανά πτέρυγα.

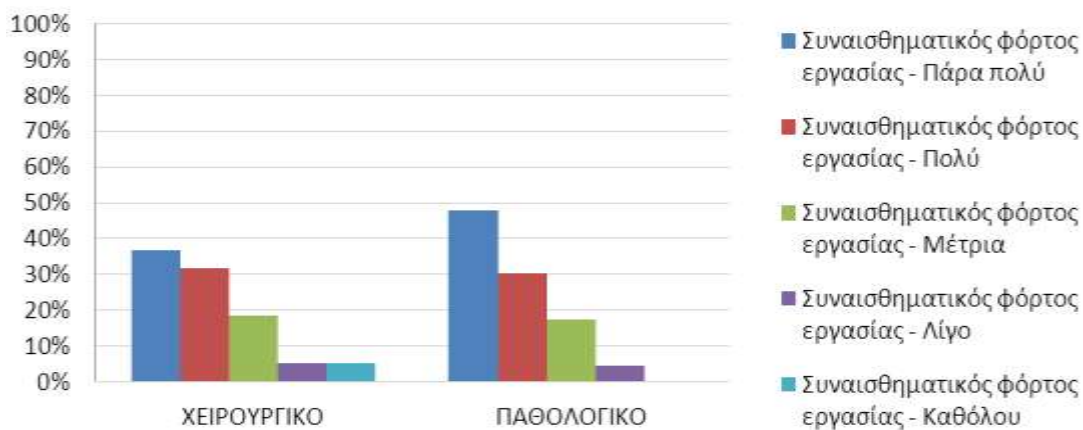
Στα παρακάτω Διαγράμματα 4.16 και 4.17 αποτυπώνονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στο ερώτημα πόσο είναι ο συναισθηματικός φόρτος εργασίας που νιώθουν σε σχέση με ποιο τμήμα (Χειρουργικό-Παθολογικό) είναι.



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.16

Γιατροί: Σύγκριση φόρτου εργασίας σε σχέση με τα τμήματα



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

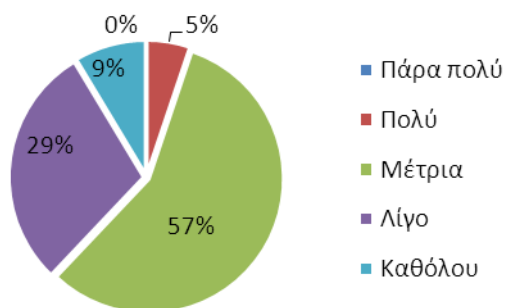
Διάγραμμα 4.17

Νοσηλευτές: Σύγκριση φόρτου εργασίας σε σχέση με τα τμήματα

Στο Διάγραμμα 4.16 που αποτυπώνονται οι απαντήσεις των γιατρών του Παθολογικού και του Χειρουργικού. Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι νιώθουν Πάρα Πολύ και Πολύ συναισθηματικό φόρτο εργασίας και στα δύο τμήματα. Η πλειοψηφία (43%) και στα δύο τμήματα δόθηκε από τους γιατρούς του Χειρουργικού που απάντησαν ότι νιώθουν Πάρα Πολύ συναισθηματικό φόρτο. Στο Παθολογικό υπήρχε και ένα ποσοστό της τάξεως του 13% που απάντησαν ότι δεν νιώθουν Καθόλου συναισθηματικό φόρτο.

Στο Διάγραμμα 4.17 όπου αποτυπώνονται οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Χειρουργικού και του Παθολογικού βλέπουμε και εδώ ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό απάντησαν και στα δύο τμήματα ότι νιώθουν Πάρα Πολύ και Πολύ συναισθηματικό φόρτο εργασίας. Η πλειοψηφία απαντήσεων δόθηκε από τους νοσηλευτές του Παθολογικού (48%) που απάντησαν ότι νιώθουν Πάρα Πολύ συναισθηματικό φόρτο. Υπήρχαν και απαντήσεις σε μικρό ποσοστό της τάξεως του 5% στους νοσηλευτές του χειρουργικού και 4% στους νοσηλευτές του Παθολογικού που απάντησαν ότι νιώθουν Λίγο συναισθηματικό φόρτο και ένα 5% στους νοσηλευτές του Παθολογικού απάντησαν ότι δεν νιώθουν Καθόλου συναισθηματικό φόρτο.

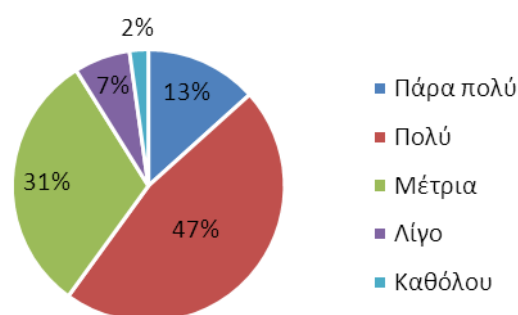
Σαν τελευταία σύγκριση παρουσιάστηκε το σύνολο των απαντήσεων των νοσηλευτών και των γιατρών σχετικά με το κατά πόσο θεωρούν ότι υπάρχει επάρκεια γιατρών και νοσηλευτών στην πτέρυγά τους.



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.18

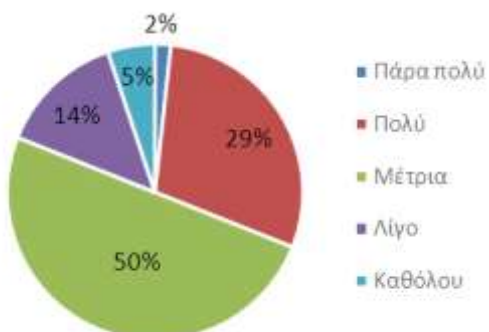
**Νοσηλευτές/ πτέρυγα στα Δημόσια
Νοσοκομεία**



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.19

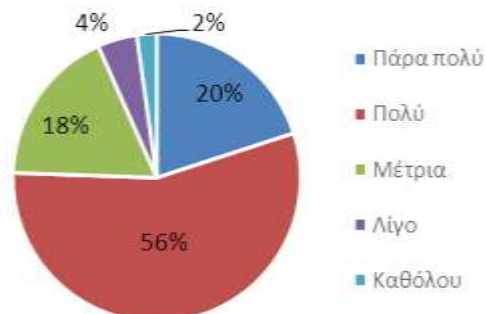
**Νοσηλευτές/ πτέρυγα στα Ιδιωτικά
Νοσοκομεία**



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.20

Γιατροί/ πτέρυγα στα Δημόσια Νοσοκομεία



Πηγή: Επεξεργασία ερωτηματολογίου έρευνας

Διάγραμμα 4.21

Γιατροί/ πτέρυγα στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Στο Διάγραμμα 4.18 παρατηρούμε τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές των Δημοσίων νοσοκομείων για το κατά πόσο θεωρούν ότι υπάρχει επάρκεια νοσηλευτών στην πτέρυγά τους. Αντίστοιχα στο Διάγραμμα 4.19 υπάρχουν οι απαντήσεις των γιατρών και των νοσηλευτών των Ιδιωτικών Νοσοκομείων.

Όπως βλέπουμε από τα διαγράμματα η επάρκεια των νοσηλευτών ανά πτέρυγα στο μεγαλύτερο ποσοστό (57%) στα Δημόσια νοσοκομεία θεωρείται Μέτρια σύμφωνα με την γνώμη των νοσηλευτών αλλά και των γιατρών αντίθετα με τα Ιδιωτικά νοσοκομεία που η πλειοψηφία (47%) θεωρεί ότι είναι Πολύ. Το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (29%) στα Δημόσια νοσοκομεία πιστεύουν ότι η επάρκεια είναι Λίγη πάλι σε αντίθεση με τα Ιδιωτικά που το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό (31%) πιστεύει ότι η επάρκεια είναι Μέτρια.

Παρόμοια σύγκριση έγινε και για την επάρκεια των γιατρών ανά πτέρυγα στα Δημόσια και στα Ιδιωτικά νοσοκομεία. Όπως εμφανίζονται τα αποτελέσματα στα Διαγράμματα 4.20 και 4.21 βλέπουμε ότι και η επάρκεια των γιατρών στο μεγαλύτερο ποσοστό της (50%) θεωρείται Μέτρια στα Δημόσια νοσοκομεία όπως και των νοσηλευτών αλλά το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων (29%) θεωρούν ότι η επάρκεια είναι Πολύ.

Στα Ιδιωτικά νοσοκομεία ο 56% των ερωτηθέντων απάντησε ότι η πληρότητα των γιατρών είναι Πολύ και το αμέσως επόμενο ποσοστό ερωτηθέντων (20%) δηλώνει ότι θεωρεί ότι η πληρότητα στους γιατρούς είναι Πάρα πολύ.

4.7 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αποτυπώθηκαν σε διαγράμματα τα αποτελέσματα των απαντήσεων που συλλέχτηκαν από τα ερωτηματολόγια έτσι ώστε να γίνει πιο εύκολη η σύγκριση και η ανάλυσή τους. Στην πλειοψηφία των ερωτήσεων οι απαντήσεις μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών δεν είχαν μεγάλες αποκλίσεις. Εκεί που συναντήσαμε διαφοροποίηση στις απαντήσεις μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών ήταν στα ερωτήματα σχετικά με την συνεργασία και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η τέχνη της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι μια δεξιότητα που μαθαίνεται με τα χρόνια και την αντιμετώπιση διάφορων καταστάσεων. Ανάμεσα στους αποστολείς και στους παραλήπτες των μηνυμάτων σε μια επικοινωνία υπάρχει ένα κενό που πρέπει να αναγνωριστεί, να γεφυρωθεί, όπως κενό στο υπόβαθρο, στην εμπειρία και στα κίνητρα. Η καλή επικοινωνία δεν επιτυγχάνεται μόνο με διοικητικές πολιτικές «ανοιχτής πόρτας», καλούς τρόπους ή αστεία αλλά απαιτείται και ακρόαση όσων πραγματικά λένε οι ομιλητές και τη σύλληψη μηνυμάτων που κρύβονται πίσω από τις εκφράσεις του προσώπου, τον τόνο τα φωνής και τις πράξεις.

Η αναποτελεσματική επικοινωνία και οι συγκρούσεις που επιφέρει, υπάρχουν σε όλους τους οργανισμούς. Μπορεί να οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά, αλλά μπορεί να απελευθερώσει την ενεργητικότητα και τη δημιουργικότητα του προσωπικού και μπορεί να αποτελεί κίνητρο για ομαδική συνεργασία. Το τελικό αποτέλεσμα καθορίζεται από τις ικανότητες του κάθε στελέχους και την εφαρμογή από τον Οργανισμό των κατάλληλων μεθόδων χειρισμού των κρίσεων.

Στο χώρο του νοσοκομείου απαιτείται συνεχής βελτίωση με την ανάπτυξη ικανοτήτων, την επεξεργασία προτάσεων εύκολα εφαρμόσιμων και την εφαρμογή μέτρων για την επίλυση των πραγματικών προβλημάτων και όχι μόνο των συμπτωμάτων. Θα πρέπει να υπάρχει αρμονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.

Ένα άλλο μέτρο είναι η διατύπωση σαφούς επικοινωνίας που ξεκινάει με τη διατύπωση μηνύματος που θα είναι περιεκτικό και ξεκάθαρο. Οι λέξεις που χρησιμοποιούνται να είναι κατανοητές, η επικοινωνία να μην είναι βιαστική και να παρέχεται ο κατάλληλος χρόνος ώστε το μήνυμα που στέλνει ο αποστολέας να ληφθεί σωστά από τον δέκτη. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της σωστής κατανόησης του μηνύματος από τον λήπτη. Ο τρόπος που ο αποστολέας ενός μηνύματος θα το μεταδώσει στον λήπτη, έχει καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματική επικοινωνία.

Από την έρευνα που κάναμε είδαμε ότι ενώ οι γιατροί πιστεύουν ότι η συνεργασία που έχουν με τους νοσηλευτές είναι αρκετά καλή έως πολύ καλή, οι νοσηλευτές από την άλλη θεωρούν την συνεργασία τους με τους γιατρούς μέτρια.

Ο γιατρός οφείλει να σέβεται τη διαφορετική άποψη των συναδέλφων του σε επιστημονικά θέματα και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να τους επικρίνει δημόσια, να υπαινίσσεται υπεροχή έναντι αυτών και να καταφεύγει σε αθέμιτο ανταγωνισμό. Οφείλει, ταυτόχρονα, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές, αναθέτοντάς τους τη φροντίδα του ασθενή και δίνοντάς τους όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Οι νοσηλευτές με την σειρά τους θα πρέπει να φροντίζουν το μήνυμα να είναι σύντομο, καλά οργανωμένο, βασισμένο σε γεγονότα και προσανατολισμένο σε δράση. Θα πρέπει να υπάρχει καλή και άμεσα διαθέσιμη ενημέρωση σχετικά με τις πληροφορίες που χρειάζονται για τους ασθενείς, κάτι που έρευνά μας έδειξε ότι δεν ισχύει το ίδιο στους νοσηλευτές όπως ισχύει στους γιατρούς.

Επίσης, η άμεση πρόσληψη επιπλέον προσωπικού, αποτελεί μεγάλη ανάγκη. Από την έρευνά μας βλέπουμε ότι υπάρχει αρκετή έλλειψη στο νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και σχετική έλλειψη στο ιατρικό προσωπικό. Ένα ακόμα βασικό στοιχείο για την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού είναι ότι οι νοσηλευτές αλλά κυρίως οι γιατροί δήλωσαν ότι υπάρχει πολύ μεγάλος φόρτος εργασίας αλλά και συναισθηματικός (επαγγελματική εξουθένωση) κάτι που στην καθημερινή κλινική πράξη υπονομεύει σημαντικά την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεπάγεται φτωχή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και μείωση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης.

Ένα ακόμα βασικό πρόβλημα είναι η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και άλλοι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης.

Αναλύοντας τα δεδομένα τις έρευνας και κάνοντας τις σχετικές συγκρίσεις είδαμε ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες απάντησαν ότι νιώθουν απογοήτευση από την κριτική που τους ασκούν οι συνάδελφοί τους σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές. Το ίδιο ισχύει και με τις γυναίκες γιατρούς σε σχέση με τους άντρες γιατρούς. Όσον αφορά την απογοήτευση που νιώθουν από την κριτική άλλων ειδικοτήτων, το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο φύλων και των δύο ειδικοτήτων δήλωσαν ότι δεν νιώθουν κάποια απογοήτευση. Όσον αφορά την επιβράβευση πολύ έντονα φάνηκε η διαφοροποίηση στις γυναίκες νοσηλεύτριες σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές όπου στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες δήλωσαν ότι δεν επιβραβεύονται καθόλου από τους συναδέλφους τους. Αντίθετα οι άντρες νοσηλευτές επιβραβεύονται αρκετά συχνά από τους συναδέλφους τους. Σχετικά με την επιβράβευση από άλλες ειδικότητες οι άντρες

νοσηλευτές δήλωσαν ότι επιβραβεύονται αρκετά συχνά σε αντίθεση με της γυναίκες νοσηλεύτριες που δήλωσαν σε μεγάλο ποσοστό δεν παίρνουν κάποια επιβράβευση από άλλες ειδικότητες. Στους γιατρούς πάλι, η πλειοψηφία των αντρών και των γυναικών αναφέρουν ότι συχνά επιβραβεύονται και από τους συναδέλφους τους αλλά και από άλλες ειδικότητες.

Για την εύρυθμη λειτουργία ενός νοσοκομείου, η διοίκηση μπορεί να ενισχύσει την αλληλοεπίδραση του προσωπικού, τη στενή λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών και των τμημάτων, την παροχή σωστών οδηγιών και τη βελτίωση της επικοινωνίας με την πραγματοποίηση τακτικών συσκέψεων τόσο μεταξύ των διευθυντών των τμημάτων και των υφισταμένων τους, όσο και μεταξύ της ανώτατης διοίκησης και των ηγετικών στελεχών.

Προτείνεται, επίσης η παρακολούθηση μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην επικοινωνία καθώς η τριετής εκπαίδευση δε βελτιώνει τις επικοινωνιακές ικανότητες Βέβαια βασική συνιστώσα της επιτυχούς επικοινωνίας είναι η ανατροφοδότηση.

Η ανάγκη για εκπαίδευση στην επικοινωνία έχει παγκόσμια αναγνώριση. Όλοι μπορούμε να μάθουμε να επικοινωνούμε καλύτερα στην εργασία μας. Τα αποτελέσματα θα είναι περισσότερη κατανόηση, μεγαλύτερη ωφέλεια των ασθενών και μεγαλύτερη προσωπική ικανοποίηση από την άσκηση της ιατρικής. Παράλληλα, με αυτό τον τρόπο βελτιώνεται η επικοινωνία μέσα στον Οργανισμό, μειώνεται η εχθρότητα των ιατρών προς την διοίκηση και αυξάνεται η ικανοποίηση από το λειτούργημά τους.

Επίσης, σημαντική θεωρείται και η εξασφάλιση αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, η οποία θεωρείται ως δυναμική εναλλασσόμενη σχέση αλληλεπίδρασης. Για παράδειγμα, από τη μια πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται να έχουν αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς για την εκτίμηση της κατάστασής τους, την ακρίβεια της διάγνωσης και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης ενώ από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς μέσω της καλής επικοινωνίας επιτυγχάνουν την κατανόηση των ιατρικών οδηγιών και την αποδοχή της κατάστασης της υγείας τους. Η αποτελεσματική επικοινωνία που εκτείνεται από τη λήψη ιστορικού έως την εφαρμογή κάθε ιατρικής/νοσηλευτικής πράξης συντελεί στη μείωση του άγχους των ασθενών και στην εξασφάλιση της συνεργασίας τους με αποτέλεσμα την επιτέλεση του κλινικού έργου με μεγαλύτερη ακρίβεια και την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας.

Η εφαρμογή των στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας σε κάθε επίπεδο οργάνωσης στα νοσοκομεία θα εξαρτηθεί από τα βασικά επαγγέλματα της Ιατρικής και Νοσηλευτικής να συνεργαστούν. Η κατανόηση της εννοιολογικής ασυμμετρίας είναι σημαντικό για τη διαχείριση της αλλαγής, καθώς και για τα ίδια τα επαγγέλματα, αν η ρητορική της συνεργασίας είναι να πάει πέρα από τις απλές λέξεις.

Βιβλιογραφία

Αγγλική

Anjzen I & Fishbein M. (2000). Attitudes and the Attitude-Behavior Relation. Στο R. a. Processes. European Review of Social Psychology,.

Arford PH. (2005). Nurse- Physician Communication: An Organizational Accountability. Nurs Econ.

Argyris C. & Schon, D. (1978). Organizational Learning: A theory of action perspective. Reading MA: Addison-Wesley.

Arnold J & Silvester J & Cooper C & Robertson I. (2005). Understanding human behavior in the workplace. *Financial Times/ Prentice Hall* .

Badham J., e. a. (2006). The Essence of Care in Clinical Governance. Στο *Clinical Governance: An International Journal Vol. 11, no. 1* (σσ. 22-29).

Bagozzi RP. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psychology Quarterly*.

Baruch-Feldman C & Brondolo E & Ben-Dayan D & Schwartz J. (2002). Sources of Social Support and Burnout, Job Satisfaction, and Productivity. *Journal of Occupational Health Psychology* , 7(1), 84-93.

Blenkin H & Deary IJ & Wood RA & Zeally HE & Agius RM. (1995). Stress in NHS consultants. *Br Med J*.

Boan D. & Funderbur, F. (2003). Health Quality Improvement and Organizational Culture, Insights, Delmarva Foundation. www.delmarvafoundation.org.

Bounds G et al. (1994). Beyond Total Quality Management Toward the Emerging Paradigm. Στο *McGraw-Hill International Editions* (σ. 88).

Bourn, M. M. (1986). Organizational Culture in Hospitals in the National health service. *Journal of Financial Accountability & Management Vol 2, No 3* , 203-224.

Brady K T & Sonne SC. (1999). The Role of Stress in Alcohol Use, Alcoholism Treatment, and Relapse. *Alcohol Research & Health* , σ. 23(4).

Brouwers A & Tomic W. (1999). Teacher burnout, perceived self-efficacy in classroom management, and student disruptive behaviour in secondary education. *Curriculum and Teaching* , σσ. 14,7-26.

Cameron K. (2004). A process for Changing Organizational Culture. Στο *The Handbook of Organizational Development* (σσ. 2, 11). M. Driver ed.

Caplan PR. (1994). Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *Br Med J*.

Casanova J & Day K & Dorpat D & Hendricks B & Theis L & Wiesman S. (2007). Nurse-physician work relations and role expectations. *Στο J. N. Adm.*.

Chase B & Karwowski W & Benedict M E & Quesada PM & Irwin-Chase HM. (2003). A study of computer-based task performance under thermal stress. *International Journal Of Occupational Safety and Ergonomics* , 9(1), 5-15.

Cherniss C. (1980). Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger.

Cherrington DJ. (1944). *Organizational Behavior: The management of individual and organizational performance*. London: Prentice Hall.

Churchill GA & Brown TJ. (2004). *Basic Marketing Research* . USA: South-western Ohio.

Cooke R.A. & Rousseau, D. (Sep. 1988). Behavioral Norms and Expectations: A Quantitative Approach To the Assessment of Organizational Culture, Group & Organization Mangement.

Coomber S & Todd C & Park G & Baxter P & Firth- Cozens J & Shore S. (2002). Stress in UK intensive care doctors . *BR J Anaesth*.

Cooper C L. (1983). Job Stress and Burnout: research theory, and intervention perspectives. *Journal of Occupational Behavior* , σσ. 4(4), 325.

Cooper CL & Cartwright S. (1994). Healthy Mind; Healthy Organization-A Proactive Approach to Occupational Stress. *Human Relations*.

Cooper CL & Cooper RD & Eaker LH. (1988). *Living with stress*. London: Penguin.

Cooper CL. (1984). Executive Stress: A Ten- Country Comparison. *Human Resource Management*.

Costa P & McCrae R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*.

Coverman S. (1989). Role overload, role conflict, and stress: Addressing consequences of multiple role demands. *Social Forces* , σσ. 67(4), 965-982.

Davies C. (1999). How well do doctors and nurses work together? [editorial]. *Nurs Times*.

Deal T.E. & Kennedy, A. (1982). *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*. Addison-Wesley, Reading, Mass.

Degeling P & Kennedy J & Hill M. (2001). Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management—the central challenge. *Health Serv Manage Res.*

Demerouti E & Bakker AB & Nachreiner F & Schaufeli WB. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of applied Psychology* , 86(3), 499-512.

Demir A & Ulusoy M & Ulusoy M. (2003). Investigation of Factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies* , 40(8),807-827.

Denison D. (1996). What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *Academy on Management Review.*

Evans GW & Johnson D. (2000). Stress and Open-office Noise. *Journal of Applied Psychology* , 85(5),779-783.

Eysenck HJ. (1995). Trait theories of personality. Στο S. H. Colman, *Individual differences and personality* (σσ. 40-58). London: Longman.

Fishbein M & Ajzen I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reding, MA: Addison-Wesley.

Ford RC & Bach SA & Fottler MD. (1997). Methods of measuring patients' satisfaction in health organization. *Health Care Manag Rev.*

Foxall M & Zimmerman L & Standley R & Bene C. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical- surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing* , (15):577-584.

Frederich ME & Strong R & Gunten CF. (2002). Nurses and Phsician: Can nurses refuse to carry out doctor's orders. Στο J. P. Med..

Freudenberger HJ. (1974). Staff Burnout. *Journal of social issues* , 30(1), 159-165.

Friedman M & Rosenman RH. (1971). Type A Behavior Pattern: its association with coronary heart disease. *Annals of clinical research* , σσ. 3(6), 300.

Fukuoka Y & Dracup K & Sivarajan Froelicher E & Ohno M & Hirayama H & Shiina H & Kobayashi. (2005). Do Japanese workers who experience an acute myocardial infarction believe their prolonged working hours are a cause? *Interanional Journal of Crdiology* , σσ. 100(1, 29-35.

Furnam A. (2005). *The psychology of behaviour at work (2nd ed.)*. East Sussex: Taylor anf Francie Group.

Gjerberg E & Kjolsrod L. (2001). The doctor–nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Soc Sci Med*.

Goldberg D & Williams P. (1988). A user's guide to the general health questionnaire. 1st ed. Windsor, NFER-Nelson Publ.

Gordon JR. (2002). Organization behavior: A diagnostic approach. Στο J. Gordon. Prentice Hall:Upper Saddle River, NJ.

Greenberg J & Baron R. (2008). *Organizational Behaviour*. NewJersey: Prentice Hall.

Griffin MA & Clarke S. (2011). Stress and well-being at work. Στο *InS.Zedeck(Ed.), AP Handook of Industrial and Organizational Psychology (Vol.3)* (σσ. 359-397). Washington: American Psychological Assn.

Grover SM. (2005). Shping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work. AAOHN J.

Handy C. (1995). Gods of Mangement: The changing work of Organizations. NY: Oxford University Press.

Hatch M. (1997). Organization Theory: Modern, Symbolic and Post Modern Perspectives. UK: Oxford Univarsity Press.

Hay D & Oken D. (1972). The psychological stress of intensive care unit nursing. Στο *Psychosomatic Medicine* (σσ. 34(2), 109).

Helfrich C et al. (2007). Assessing on Organizaional Culture Instrument based on the Compenting Values Framework: Exploratory and Confirmatory Fctory Analyses, *Impliment Sciences*, Vol 2., No 13.

Hoftvedt BO & Falkum E & Akre V. (1998). Perception among Norwegian hospital physicians of physician–nurse cooperation. *Tidsskr Nor Laegeforen*.

Huczynski A & Buchanan DA. *Organizational Behaviour: An Intoductory Text*. Prentice- Hall.

Iacono M. (2003). Conflict, communication, and collaboration: Improving Interactions between nurses and physicians. Στο *J. P. Nurs.*.

John O & Angleitner A & Ostendorf F. (1988). The lexical approach to personality: a historical review of trait taxonomic research. *European Journal of Personality*, 2 , 171-203.

Jones H. (1999). *Overload and Stress*. Firsy Edition. Ahens: Thyme.

Jones, G. (2010). *Organizational theory, design, and change*, 6 edition Pearson.

Judge T & Bono J. (2001). Relationship of core self- evaluations traits-self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotionl stability- with job satisfaction anjob performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology* , 86(1),80-92.

Judge T. (2009). Core Self- Evaluations and Work Success. Στο *Current Directions in Psychological Science* (σσ. 18(1), 58-62).

Judge, T. &. (2001). Arose by any other name: Are self-esteem, generalized self-efficacy, neuroticism, and locus of control indicators of a common construct? Στο R. Hogan(ed.), *Personality psychology in the workplace* (σσ. 93-118). Washington, DC: American Psychological Association.

Kapur N & Borrill C & Stride C. (1999). Psychological morbidity and job satisfaction in hospital consultants and junior doctors: a multicenter cross-sectional survey. *Br Med J*.

Karima AEL & Wafaa F. (2011). Nurse – physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal* , 8 (2) :140-146.

Keatinge D & Bellchambers H & Bujack E & Cholowski K & Conway J & Neal P. (2002). Communication: Principal barrier to nurse- consumer partneships. *Intern J Nurs Pract.*

Kelly, J. (2006). An overview of conflict. Στο *D. C. Nurs.*.

Krech D & Crutchfield RS & Ballachey EL. (1962). *Individual in Society: A textbook of Social Psychology*. Lndon: McGraw-Hill.

Lamberg L. (2004). Impact of Long Working Hours Explored. *JAMA: Journal of the American Medical Associatio* , 292(1), 25-26.

MacKay CJ & Cousins R & Kelly RJ & Lee S & McGaig R. (2004). Management standards and work-related stress in the UK: Policy background and science. Στο *Wok & Stress* (σσ. 18(2), 91-112).

Mannion R. & Davies, H. &. (2005). *Cultures for Performance in Health Care*. Open Univarsity Press: McGraw-Hill Education.

Mannion R., e. a. (2007). *Cultures for performance in health care: evidence n the relationships between organizational culture and performance in the NHS*. The University of York.

Martinussen M & Richardsen AM & Burke RJ. (2007). Job demands, job resources,and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice* , 35(3), 239-249.

Maslach C & Jackson SE. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* , 99-113.

Maslach C. (1982). *Burnout, the Cost of Caring : The Cost of Caring*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice hall.

McCrae R & Costa P. (1987). Validation of the five-factor model of persality across instruments and abservers. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Mischel W & Shoda Y. (1995). A cognitive social Lerning recoceptualization of personality. *Psychological Review*.

Montan PJ. & Charnow, B. (2002). Μάνατζμεντ. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Motowidlo SJ & Packard JS & Manning MR. (1986). Occupational stress: its causes and consequences for jobs performance. *Journal of Applied Psychology* , 71(4), 618-629.

Nelson D & Basu R & Purdie R. (1998). An examinatiion of exchange quality and work stressors in leader- follower dyads. *international Journal of Stress Management* , 5(2) 103-112.

Ogbor J. (2001). Critical Theory and the Hegemony of Corporate Culture. *Journal of Organizational Change Management* 16,6.

Ouchi W. & Wilkins, A. (1985). Organizational culture, *Annual Reviews Sociology*.

Pervin L. (1993). *Personlity theory and research* (6th ed.). New York: Wiley.

Pettigrew A. (1979). *On studying organizational culture*. *Administration Science*, Vol. 24.

Pines AM & Aronson E & Kafry D. (1980). *Burnout: From tedium to personal growth*. *Free Press New York* .

Puntillo KA & Mc Adam JL. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit:Challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*.

Ramirez Aj & Graham J & Richards MA & Cull A & Gregory WM. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*.

Reader TW & Flin R & Mearns K & Cuthbertson BH. (2007). Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anesthesia* , 98(3):347-52.

Robbins S & Judge T. (2007). *Organizational behavior(12th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Robbins SP & Judge T. (2007). *Organization behaviour*. Prentice Hall Englewood Cliffs, NJ.

Schaufeli WB & Taris TW & Van Rhenen W. (2008). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Wellbeing? Στο *Applied Psychology: An International Review* (σσ. 57(2), 173-203).

Scheier MF & Weintraub JK & Carver S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257.

Schein E. (2004). *Organizational Culture and Leadership*.

Schmidt IK & Svarstad BL. (2002). Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. Στο *S. S. Med.*

Schmitz N & Neumann W & Oppermann R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2), 95.

Schwab RL & Iwanicki EF. (1982). Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burnout. *Educational Administration Quarterly*, σσ. 18(1), 60.

Scott K et al. (2003). The Quantitative Measurement of Organizational Culture Care: A review of the available instruments. Στο *Health Services Research* (σσ. 38(3):923-945).

Scott T., et al. (2003). Healthcare Performance and Organizational Culture. *Radcliffe Medical Press*, 1, 3, 7, 14, 21, 19, 16.

Seel R. (2000). New insights on organizational change. Στο *Organization and People* (σσ. 7:2-9).

Skjorshammer M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J Interprof Care*.

Sosik JJ & Godshalk VM. (2000). Leadership styles, mentoring functions received and job-related stress: A conceptual model and. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 365.

Stephen P Robbins & David A Decenzo & Mary Coulter. *Διοίκηση Επιχειρήσεων Αρχές και Εφαρμογές*. Αθήνα: Κριτική.

Sutherland VJ & Cooper CL. (1996). Stress in the offshore oil and gas exploration and production industries: An organizational approach to stress control. Στο *Stress Medicine* (σσ. 12(1), 27-34).

Swansburg R, S. R. (1999). *Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία*. Επιστημονική επιμέλεια Ελάνη Αποστολοπούλου. Αθήνα: Λαγός.

THE WHOQOL GROUP: The World Health Organization Quality of Life Assessment. (1995). *Position paper from the Health Organization*. Social Science and Medicine.

Thomas CH & Lanku M J. (2009). Preventing burnout: the effects of LMX and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management*.

Tichy N. (1982). *Managing Change Strategically: The technical, political and cultural keys*. *Organizational Dynamics*, Autumn.

Tjia J & Mazor MK & Field T & Meterko V & Spenard A & Gurwitz HJ. (2009). Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety.

Tubbs ME & Ekeberg SE. (1991). The role of intentions in work motivation: Implications for goal-setting theory and research. *The Academy of Management Review*.

Tyler PA & Ellison RN. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing* , (19):469-476.

Unni Krogstad & Dag Hofoss & Per, H. (2004, 8 13). *Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals*. Ανάκτηση 09 26, 2015, από *International Journal for Quality in Health Care*: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/16/6/491.full.pdf>

Vacola M & Nikolaou I. (2005). Attitudes towards organizational change. Employee relations.

Vakola M. (1996). Burnout, coping strategies and commitment among Greek Doctors. Στο *Unpublished MSc Dissertation, University of Manchester (UMIST)*. Manchester.

Van den Beng P. & Wilderom, C. (2004). Defining, Measuring, and Comparing Organizational Cultures. *An International Review*, Vol. 53, No.4.

Van den Brink-Muinen A. (2002). The role of gender in healthcare communication. *Patient Educ Couns*.

Van Muijen J et al. (1999). Organizational Culture: The Focus Questionnaire. *European Journal of Work and Organizational Psychology*.

Vazirani S & Hays RD & Shapiro MF & Cowan M. (2005). 'Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses' Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *Am J Crit Care*.

Verschuren PJ & Masselink H. (1997). Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. *Soc Sci Med*.

Wensing M & Elwyn G. (2003). Improving the quality of health care. Methods for incorporating patients' views in health care. *Br Med J*.

Young KM & Cooper CL. (1995). Occupational stress in the ambulance service: a diagnostic study. *Journal of Managerial Psychology*, 10(3), 29.

Zwarenstein M & Bryant W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database Syst Rev*.

Ελληνική

Αγιακλόγλου ΧΝ & Μπένος ΘΕ. (2007). Εισαγωγή στην Εικονομετρική Ανάλυση, Τόμος Α, Β Έκδοση. Αθήνα: Μπένου.

Αγγραφιώτης Δ. (2003). *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία*. Τυπωθήτω.

Γεωργίου Β & Μπαμπάτσικου Φ & Κτενάς Ε & Γεωργίου Γ & Καλλίνικος Γ. (1998). Χαρακτηριστικά επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων νοσοκομείου "Άγιος Σάββας". Επιθεώρηση Υγείας.

Γούλα Ασπασία. (2014). Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.

Ζαβλανός Μ. (2002). Οργανωτική συμπεριφορά. Σταμούλης.

Θαλασσινός ΛΙ & Χαρίσης ΧΦ. (1996). Επιχειρησιακή Στατιστική. Αθήνα: Σταμούλη.

Καδδά ΚΑ. (2005). Τρόποι διαχείρισης του στρες των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας.

Κάντας Α. (1993). *Οργανωτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κοΐνης Αριστοτέλης & Σαρίδη Μαρία. (2014). *Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας*. Ανάκτηση 09 26, 2015 ,από <http://www.vima-asklipiou.gr>: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2014/VOLUME%2004_14/VA_REV_1_13_04_14.pdf

Κόντης Θ. (1994). Διοικητική Ψυχολογία, Η ψυχολογία των ανθρώπινων και εργασιακών σχέσεων. Σύγχρονη Εποχή.

Κουλουγιώτης Ν. (1995). *Κοινωνιολογία*. Σύγχρονη εκδοτική.

Λάσκαρη Χ & Κοτσώνης Κ & Βελένζας Π & Λιακοπούλου Μ & Τσίτουρα Σ. (2000). Άγχος, ένταση, κατάθλιψη και εργασιακή ικανοποίηση εργαζομένων στον χώρο των υπηρεσιών υγείας. Παιδιατρική.

Λειβαδάς Λ. (2003). Συμμετοχικό management. Ελληνικά Γράμματα.

(2007). Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ίδρυμα Μ. Τριανταφυλλίδη.

Μαρία Βακόλα & Ιωάννης Νικολάου. (2012). *Οργανωσιακή ψυχολογία & συμπεριφορά*. Rosili.

Μπιτσώρη Ζωή. (2013). *Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Ανάκτηση 09 26, 2015, από www.spjn.gr: http://www.spnj.gr/articlefiles/volume2_issue2/222.pdf

Μπουραντάς Δ. (2006 (15-10-06)). Εταιρική κουλτούρα: το παράδειγμα της Toyota. *Καθημερινή*.

Μπουραντάς Δ. (2002). *Μανατζμεντ*. Μπένου.

Παπαγιάννης Δρ Αντώνιος. (2010). *Μιλώντας με τον άρρωστο: βασικές αρχές της κλινικής επικοινωνίας και αναγγελία της δυσάρεστης είδησης*. Ανάκτηση 09 26, 2015, από www.google.gr: <http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0>

Παπανής Ε. (2007). *Επιχειρησιακή Κουλτούρα, Ελληνική και Έρευνα*. Αθήνα: www.eapanis.blogspot.com.

Τζωρτζάκης Κ. & Τζωρτζάκη, Α. (2007). Οργάνωση και Διοίκηση, Το μανατζμεντ της νέα εποχής. Rosili.

Χυτήρης Λ. (2001). Οργανωσιακή συμπεριφορά. Interbooks.

Ερωτηματολόγιο Γιατρών

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας, έχει συνταχθεί στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα "Εργασιακή επικοινωνία επαγγελματιών υγείας" του μεταπτυχιακού "Διοίκηση της Υγείας" του Πανεπιστημίου Πειραιώς και σκοπό έχει να ερευνήσει πώς επηρεάζει η εργασιακή επικοινωνία την ικανοποίηση των εργαζομένων. Η έρευνα είναι ανώνυμη.

Φύλο

- Άντρας
- Γυναίκα

Ειδικότητα

- Γιατρός Χειρουργικού
- Γιατρός Παθολογικού

Ηλικία

- 20-30
- 30-40
- 40 και άνω

Οικογενειακή Κατάσταση

- Έγγαμος
- Άγαμος

Παιδιά

- Καθόλου
- 1-2
- 2 και άνω

Επαγγελματική εμπειρία στο χώρο

- 1-3
- 3-6
- 6 και άνω

Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την δουλειά σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την αμοιβή σας σε σχέση με το επίπεδο υπηρεσιών που παρέχετε;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Νιώθετε αβεβαιότητα για το επάγγελμά σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Έχετε αισθανθεί απογοητευμένος/η από κριτική από τους συναδέλφους σας;

- Ναι
- Όχι

Έχετε αισθανθεί απογοητευμένος/η από κριτική από τους/τις νοσοκόμους/ες;

- Ναι
- Όχι

Πόσο συχνά συνάδελφοί σας από την ειδικότητά σας επικροτούν;

- Πολύ Συχνά
- Συχνά
- Καθόλου

Πόσο συχνά συνάδελφοί σας από άλλη ειδικότητα σας επικροτούν;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Καθόλου

Πόσο καλή είναι η συνεργασία των τμημάτων σε αυτό το νοσοκομείο?

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πόσο καλή είναι η συνεργασία νοσοκόμων- γιατρών σε αυτή τη πτέρυγα;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πόσο συχνά είναι διαθέσιμες πληροφορίες για τον ασθενή όταν αυτές χρειάζονται;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Καθόλου

Πόσο καλά θεωρείτε ότι είναι ενημερωμένες οι γιατροί σε αυτή τη πτέρυγα για το τι χρειάζονται οι ασθενείς σε αυτή την πτέρυγα;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Συζητάτε συχνά πληροφορίες για περιπτώσεις ασθενών με άλλα τμήματα;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Καθόλου

Θεωρείτε ότι οι πληροφορίες από τα άλλα τμήματα για τους ασθενείς είναι σημαντικές για την δουλειά σας;

- Ναι
- Όχι

Πόσες εφημερίες κάνετε μέσα στο μήνα

- 1-4
- 5-7
- 7 και άνω

Σωματικός φόρτος εργασίας μέσα στην ημέρα

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Συναισθηματικός φόρτος εργασίας μέσα στην ημέρα

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πληρότητα νοσηλευτών στην πτέρυγα αυτή.

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πληρότητα γιατρών στην πτέρυγα αυτή.

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτών

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας, έχει συνταχθεί στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα "Εργασιακή επικοινωνία επαγγελματιών υγείας" του μεταπτυχιακού "Διοίκηση της Υγείας" του Πανεπιστημίου Πειραιώς και σκοπό έχει να ερευνήσει πώς επηρεάζει η εργασιακή επικοινωνία την ικανοποίηση των εργαζομένων. Η έρευνα είναι ανώνυμη.

Φύλο

- Άντρας
- Γυναίκα

Ειδικότητα

- Νοσηλεύτης/τρια Χειρουργικού
- Νοσηλεύτης/τρια Παθολογικού

Ηλικία

- 20-30
- 30-40
- 40 και άνω

Οικογενειακή Κατάσταση

- Έγγαμος
- Άγαμος

Παιδιά

- Καθόλου
- 1-2
- 2 και άνω

Επαγγελματική εμπειρία στο χώρο

- 1-3
- 3-6
- 6 και άνω

Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την δουλειά σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την αμοιβή σας σε σχέση με το επίπεδο υπηρεσιών που παρέχετε;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Νιώθετε αβεβαιότητα για το επάγγελμά σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Έχετε αισθανθεί απογοητευμένος/η από κριτική από τους συναδέλφους σας;

- Ναι
- Όχι

Έχετε αισθανθεί απογοητευμένος/η από κριτική από τους γιατρούς;

- Ναι
- Όχι

Πόσο συχνά συνάδελφοί σας από την ειδικότητά σας σας επικροτούν;

- Πολύ Συχνά
- Συχνά
- Καθόλου

Πόσο συχνά συνάδελφοί σας από άλλη ειδικότητα σας επικροτούν;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Καθόλου

Πόσο καλή είναι η συνεργασία των τμημάτων σε αυτό το νοσοκομείο?

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πόσο καλή είναι η συνεργασία νοσοκόμων- γιατρών σε αυτή τη πτέρυγα;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πόσο συχνά είναι διαθέσιμες πληροφορίες για τον ασθενή όταν αυτές χρειάζονται;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Καθόλου

Πόσο καλά θεωρείτε ότι είναι ενημερωμένες οι προϊσταμένες νοσηλεύτριες σε αυτή τη πτέρυγα για το τι χρειάζονται οι ασθενείς σε αυτή την πτέρυγα;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Συζητάτε συχνά πληροφορίες για περιπτώσεις ασθενών με άλλα τμήματα;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Καθόλου

Θεωρείτε ότι οι πληροφορίες από τα άλλα τμήματα για τους ασθενείς είναι σημαντικές για την δουλειά σας;

- Ναι
- Όχι

Πόσες εφημερίες κάνετε μέσα στο μήνα

- 1-4
- 5-7
- 7 και άνω

Σωματικός φόρτος εργασίας μέσα στην ημέρα

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Συναισθηματικός φόρτος εργασίας μέσα στην ημέρα

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πληρότητα νοσηλευτών στην πτέρυγα αυτή.

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πληρότητα γιατρών στην πτέρυγα αυτή.

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Τέλος φόρμας