



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση ικανοποίησης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μετά την εφαρμογή του νόμου 4052/12: Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η) και του Βενιζελείου-Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Ζιάκκα Χριστίνα

Επιβλέπων Καθηγητής
Γεώργιος Φραγκιαδάκης

Μάιος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Διερεύνηση ικανοποίησης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μετά την εφαρμογή του νόμου 4052/12: Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η) και του Βενιζελείου-Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Χριστίνα Ζιάκκα

Επιβλέπων Καθηγητής
Γεώργιος Φραγκιαδάκης

Μάιος, 2015

Αφιερωμένο

Στον σύζυγό μου Γιώργο,

τα παιδιά μου Κέλλυ και Αντώνη

Η Υγεία δεν είναι το παν, αλλά χωρίς την υγεία τα πάντα είναι ένα τίποτα

Arthur Schopenhauer

Ευχαριστίες

Η διεξαγωγή και η περαίωση της διατριβής μου, αποτέλεσε μια δύσκολη και εποικοδομητική εμπειρία.

Φτάνοντας στο τέλος της συγγραφής της, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που στάθηκαν δίπλα μου στην ολοκλήρωση της φοιτητικής μου πορείας.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Μιχάλη Τάλια, λέκτορα του Ανοικτού Πανεπιστημίου και τον επιβλεπων καθηγητή μου κύριο Φραγκιαδάκη Γεώργιο Ph.D., Διδάσκων καθηγητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, για την εμπιστοσύνη που μου δείξανε στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας και για όλες τις υποδείξεις και συμβουλές τους καθόλη την διάρκεια της συγγραφής. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στον κύριο Αλεγκάκη Αθανάσιο Φυσικό, Ph.D. Επιστήμων Υγείας, για την πολύτιμη βοήθειά του στην στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Ευχαριστίες σε όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τις πολύτιμες γνώσεις που αποκόμισα κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

Επίσης, να ευχαριστήσω τις Διοικήσεις του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η) και του Βενιζελείου-Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, καθώς και όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στην οικογένειά μου, στους γονείς μου και στις αδερφές μου και ιδιαίτερα στον σύζυγό μου Γιώργο και τα παιδιά μου Κέλλυ και Αντώνη, για τις παραινέσεις και την ανοχή που έδειξαν σε όλο το διάστημα της απουσίας μου από κοντά τους.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	5
Ευρετήριο πινάκων και γραφημάτων.....	8
Περίληψη.....	10
Abstract.....	13
Συνοτομογραφίες.....	16
Κεφάλαιο Πρώτο.....	17
1.1. Το καθεστώς στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) πριν το νόμο 4052/2012.....	17
1.2. Συγχωνεύσεις μονάδων υγείας.....	18
1.3. Κυβερνητικοί στόχοι των συγχωνεύσεων.....	19
1.4. Οι συγχωνεύσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Η περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας.....	20
1.5. Μελέτες Ικανοποίησης.....	21
1.5.1 Ορισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	22
1.5.2 Ιστορική αναδρομή.....	23
1.5.3. Μοντέλα και θεωρητικό υπόβαθρο ερμηνείας της επαγγελματική ικανοποίησης...24	
1.5.4. Επαγγελματική ικανοποίηση, αποδοτικότητα ανθρώπινου δυναμικού και ποιότητα υπηρεσιών.....	25
1.5.5. Η ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	26
1.5.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση.....	28
1.6. Εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης προσωπικού.....	30
1.6.1. Περιγραφή των κυριότερων χρησιμοποιούμενων ερωτηματολογίων.....	30
1.6.2. Το ερωτηματολόγιο JSS.....	32
Κεφάλαιο 2.34	
2.1. Βιβλιογραφική αναζήτηση για το ζήτημα των συγχωνεύσεων.....	34
2.1.1. Η Διεθνής εμπειρία: οφέλη και περιορισμοί από την εφαρμογή των συγχωνεύσεων..34	
2.1.2. Συγχωνεύσεις στην Ελλάδα και ο νόμος 4052/12.....	36

Συμπεράσματα γενικού μέρους.....	38
Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία.....	39
3.1. Εισαγωγή.....	39
3.2. Σκοπός και στόχοι της μελέτης.....	39
3.3. Πληθυσμός και δείγμα μελέτης.....	40
3.3.1. Επιλογή κλινικών.....	40
3.3.2. Δείγμα μελέτης.....	40
3.4. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης.....	40
3.4.1. Κριτήρια επιλογής ερωτηματολογίου ικανοποίησης.....	40
3.3.2. Χαρακτηριστικά ερωτηματολογίου ικανοποίησης.....	41
3.4. Συλλογή δεδομένων έρευνας.....	42
3.4.1. Άδειες χρήσεις και συναινέσεις.....	42
3.5. Περιγραφή στατιστικών μεθόδων.....	42
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα.....	44
4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	44
4.2. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων ικανοποίησης (γενικά αποτελέσματα).....	47
4.3. Διαφορές στην συνολική ικανοποίηση σε σχέση με δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες.....	49
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	55
5.1. Περιορισμοί-Πλεονεκτήματα-Μελλοντική Έρευνα.....	58
5.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
Βιβλιογραφία.....	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι Ερωτηματολόγιο Πτυχιακής Εργασίας.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Περιγραφικά στατιστικά των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου JSS.....	72

Ευρετήριο πινάκων και γραφημάτων

Πίνακας 1	41
Συνοπτική περιγραφή ερωτηματολογίου JSS (Job Satisfaction Survey) και η αντιστοίχιση ερωτήσεων με υποκλίμακες.....	41
Γράφημα 1	44
Κατανομή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ανά κλινική και νοσοκομείο.....	44
Πίνακας 2	45
Χαρακτηριστικά τους ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα (διακριτές μεταβλητές).....	45
Πίνακας 3	46
Χαρακτηριστικά τους ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα (συνεχείς μεταβλητές).....	46
Γράφημα 2	48
Μέση βαθμολόγηση (score) των υποκλιμάκων ικανοποίησης JSS στις συγχωνευμένες και μη συγχωνευμένες κλινικές.....	48
Πίνακας 4	48
Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της μετρούμενης ικανοποίησης ανά συγχωνευμένη ή μη κλινική.....	48
Πίνακας 5	49
Σύγκριση των επιμέρους βαθμολογιών (σκορ) υποκλιμάκων ανά δημογραφικό και επαγγελματικό παράγοντα (υποκλίμακες μισθός, προαγωγή και επίβλεψη).....	49
Πίνακας 6	50
Σύγκριση των επιμέρους βαθμολογιών (σκορ) υποκλιμάκων ανά δημογραφικό και επαγγελματικό παράγοντα (υποκλίμακες μισθός, προαγωγή και επίβλεψη).....	50
Πίνακας 7	52
Σύγκριση των επιμέρους βαθμολογιών (σκορ) υποκλιμάκων ανά δημογραφικό και επαγγελματικό παράγοντα (υποκλίμακες συνεργάτες, φύση της εργασίας, και επικοινωνία).....	52
Πίνακας 8	53

Συνολική ικανοποίηση ανά δημογραφικό και επαγγελματικό παράγοντα.....	53
Γράφημα 3	54
Αυτοαναφερόμενη σύγκριση κατάστασης σε εργαζόμενους συγχωνευμένων κλινικών πριν και μετά τη συγχώνευση.....	54

Περίληψη

Υπόβαθρο. Η αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και ο εξορθολογισμός της κατανομής των υπηρεσιών υγείας, είναι ο βασικός στόχος των συγχωνεύσεων υγειονομικών μονάδων στην Ελλάδα. Η ιστορία των συγχωνεύσεων ξεκινά από τη Μ. Βρετανία τη δεκαετία του 1990 και επεκτείνεται συνεχώς στην Ευρώπη. Η αποτελεσματικότητα των συγχωνεύσεων είναι ένα μεγάλο κομμάτι συζήτησης μιας και υπάρχουν αρκετές αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με την αποδοτικότητα τους. Στην Ελλάδα, με την ψήφιση του Ν. 4052/2012 έστω και καθυστερημένα, έγινε αλλαγή στη δομή του συστήματος υγείας που ισχύει σήμερα, με στοιχεία την ενιαία διοίκηση, τον προγραμματισμό, το πρόγραμμα προμηθειών και τεχνικές και ενοποιημένες πληροφοριακές υπηρεσίες για το σύνολο των υγειονομικών μονάδων της χώρας. Πέρα όμως από τους οικονομικούς δείκτες υπάρχει ένα τεράστιο ενδιαφέρον κατά πόσο οι συγχωνεύσεις επιδρούν και σε άλλες διαστάσεις του ιατρονοσηλευτικού έργου αλλά και της παρεχόμενης φροντίδας.

Σκοπός. Ο σκοπός της μελέτης είναι να μετρηθεί κατά πόσο η συγχώνευση των νοσοκομειακών τμημάτων στην Ελλάδα έχει επηρεάσει την ικανοποίηση στην εργασία του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού. Επιμέρους. Για να επιτευχθεί το παραπάνω, μετρήθηκε η μεταβολή της ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε συγχωνευμένες και μη συγχωνευμένες κλινικές, δύο νοσοκομείων του νομού Ηρακλείου. Επίσης ελέγχθηκαν δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ικανοποίηση.

Μέθοδοι. Τα νοσοκομεία Βενιζέλειο-Πανάνειο (συγχωνευμένο) και Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (μη συγχωνευμένο) είναι τα δύο δημόσια νοσοκομεία του Ηρακλείου που επιλέχθηκαν για την μελέτη. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών της Ορθοπαιδικής, Παιδιατρικής και Χειρουργικής επιλέχθηκαν για τη μελέτη. Το σύνολο του προσωπικού είναι 161 άτομα και οι συμμετέχοντες ήταν 101 ποσοστό συμμετοχής (62,7%). Η εκτίμηση της ικανοποίησης έγινε με την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου JSS (Job Satisfaction Survey) που κατασκευάστηκαν από τον P Spector και δημοσιεύθηκε το 1997. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο με 36 ερωτήσεις με εννέα (9) υποκλίμακες ικανοποίησης που αφορούν θέματα όπως: “αμοιβές”, “προαγωγή”, “επίβλεψη”, “προνόμια-κίνητρα”, “ανταμοιβές”, “συνθήκες εργασίας”, “συνεργασία”, “φύση της εργασίας και “επικοινωνία”. Επιπλέον με το ερωτηματολόγιο συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούν βασικά δημογραφικά, επαγγελματικά και οικονομικά στοιχεία. Μετά την χορήγηση αδειών από τα αρμόδια συμβούλια και επιτροπές, τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους ενδιαφερόμενους προς συμπλήρωση. Η στατιστική ανάλυση

περιέχει βασικές στατιστικές μεθόδους όπως έλεγχο t-ανεξαρτήτων δειγμάτων, ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (one-way ANOVA), έλεγχο συσχέτισης χ^2 (Pearson's χ^2 test).

Η καταχώριση των δεδομένων έγινε σε τροποποιημένο λογιστικό φύλο EXCEL 2007 για Windows.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS 20.0.

Αποτελέσματα. Στο εξεταζόμενο δείγμα δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0.05$) μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) και επαγγελματο-οικονομικών χαρακτηριστικών (επάγγελμα, κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, μισθολογικής κλίμακας, ετών προϋπηρεσίας στην κλινική και στο νοσοκομείο) ανάμεσα στις συγχωνευμένων και μη συγχωνευμένες κλινικές. Η γενική εικόνα που προέκυψε από τη συνολική βαθμολογία (σκορ) κατά JSS δείχνει ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της συνολικής ικανοποίησης ανάμεσα στα δύο νοσοκομεία ($t=0,113$, $df=99$, $p=0,910$). Παρόμοια αποτελέσματα μη σημαντικής διαφοράς ($p>0.05$) προέκυψαν και για τις υποκλίμακες ικανοποίησης. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης παρουσιάζονται στις “αμοιβές” ($6,7 \pm 2,5$), τα “προνόμια” ($9,4 \pm 3,3$) τις “συνθήκες εργασίας” ($10,0 \pm 2,9$) και “προαγωγή” ($10,1 \pm 3,0$) και η υψηλότερη για την “επίβλεψη” ($18,6 \pm 3,7$) για το νοσοκομείο Βενιζέλειο. Αντίστοιχες χαμηλές τιμές για το ΠαΓΝΗ παρουσίασαν οι “αμοιβές” ($6,7 \pm 3,0$), η “προαγωγή” ($9,2 \pm 3,5$), τα “προνόμια” ($9,4 \pm 3,5$), οι “συνθήκες εργασίας” ($9,4 \pm 3,4$) ενώ η υψηλότερη παρουσιάστηκε στην “επίβλεψη” ($18,0 \pm 4,4$).

Σε ότι αφορά την επίδραση των δημογραφικών και επαγγελματικών παραγόντων επιμέρους διαφορές παρουσιάστηκαν με τους άνδρες να δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι $11,0 \pm 3,9$, στην υποκλίμακα “προαγωγή”, σε σχέση με τις γυναίκες $8,9 \pm 2,8$ ($t=3,02$, $df=99$, $p=0.003$). Αντίστροφη στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει ($t=-2,85$, $df=99$, $p=0.005$) στην ικανοποίηση της υποκλίμακας “επίβλεψη” για τις γυναίκες ($19,0 \pm 3,8$) σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους ($16,5 \pm 4,4$). Οι νοσηλευτές δείχνουν να έχουν στατιστικά υψηλότερη ικανοποίηση στις υποκλίμακες «μισθός» ($7,4 \pm 3,4$) και «επίβλεψη» ($19,2 \pm 3,8$) σε σχέση με τους ιατρούς («μισθός» $5,9 \pm 1,7$ και «επίβλεψη» $17,1 \pm 4,3$). Οι συνθήκες εργασίας δείχνουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=3,10$, $df=99$, $p=0.003$) με τους νοσηλευτές να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης αντί των ιατρών. Τέλος η υποκλίμακα «επικοινωνία» σε σχέση με την προϋπηρεσία στο νοσοκομείο ($F=3,06$, $df=3,97$, $p=0,032$) παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά, χωρίς ωστόσο να υπάρχει μια σαφής γραμμική τάση (αύξηση/μείωση ανάλογη με το χρόνο προϋπηρεσίας).

Σε ότι αφορά το προσωπικό που άνηκε στην κλινική κατά την διάρκεια της συγχώνευσης και βρίσκεται και τώρα στην ίδια κλινική (52 άτομα) αυτοανάφερθηκαν ποσοστά 73,1%, 48,1% και

38,5% επιδείνωσης της κατάστασης στις παραμέτρους «αμοιβές», «προνόμια» και «οργανωτική δομή εργασίας» αντίστοιχα.

Συμπεράσματα. Από τα αποτελέσματα της μελέτης και με βάση τα συμπεράσματα της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας από αντίστοιχες μελέτες προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα. Ως συμπέρασμα μπορεί να θεωρηθεί ότι η ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (συνολική και των επιμέρους υποκλιμάκων) είναι εξαιρετικά χαμηλή. Επίσης δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση ανάμεσα σε συγχωνευμένες και μη συγχωνευμένες κλινικές. Η χαμηλότερη τιμή ικανοποίησης στην υποκλίμακα μισθός μπορεί να επηρεάζεται όχι τόσο από την εφαρμογή του Νόμου 4052/2012 αλλά από παράλληλες μισθοδοτικές παρεμβάσεις που έγιναν στα πλαίσια της γενικότερης δημοσιονομικής προσαρμογής. Οι «δομικές» παράμετροι της ικανοποίησης όπως «προνόμια», «προαγωγή», «συνθήκες εργασίας» και ανταμοιβές παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές ικανοποίησης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κάτι που μπορεί να οφείλεται στην ασύνδετη σχέση μεταξύ εργασίας και απόδοσης. Η ικανοποίηση βελτιώνεται σε παραμέτρους που αφορούν «προσωπικές» παραμέτρους όπως «επίβλεψη», «συνεργάτες» και «φύση της εργασίας» κάτι έχει τονισθεί και σε άλλες μελέτες που έχουν γίνει στον ελληνικό υγειονομικό χώρο.

Σε ότι αφορά την επίδραση των δημογραφικών παραμέτρων το φύλο δείχνει να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες «προαγωγή» και «επίβλεψη», χωρίς ωστόσο να μπορεί να δοθεί μια επαρκής εξήγηση από τη βιβλιογραφία. Η ηλικία, και οι προϋπηρεσία στο νοσοκομείο και στην κλινική δεν δείχνουν να επηρεάζουν την ικανοποίηση, εκτός από την επικοινωνία, κάτι που μπορεί να θεωρηθεί ότι έρχεται σε αντίθεση με την γενική εικόνα ότι η ικανοποίηση μειώνεται ανάλογα με τα χρόνια εργασίας. Οι νοσηλευτές δείχνουν υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ιατρούς στις υποκλίμακες «μισθός», «επίβλεψη» και «συνθήκες εργασίας» κάτι που μπορεί να σχετίζεται με την μείωση της ικανοποίησης του ιατρικού προσωπικού και όχι της βελτίωσης του νοσηλευτικού. Η επίδραση των μισθολογικών κλιμάκων δεν είναι γραμμική για την υποκλίμακα «προαγωγή»

Κλείνοντας ως συμπέρασμα η παρούσα διατριβή μπορεί να θεωρηθεί ως μια πρώτη ανάλυση της επίδρασης των ριζικών αλλαγών στο υγειονομικό σύστημα και θα ήταν θεμιτό να συνεχισθεί με μελλοντικές έρευνες.

Abstract

Background. The goal of merging medical units in Greece is the efficient and effective function of hospitals, the upgrade of the offered service quality and the rationalization of the distribution of health services. The history of medical units merging was started in Great Britain in the decade of 90's and is constantly expanding in Europe. There is an extensive conversation as a number of conflicting opinions on the effectiveness of the medical units merging. In Greece, there was a delayed response, but after the law passage of 4052/2012 there was a change in the structure of the health system, with main characteristics the unified management, planning, procurement policy and the integrated information services for all health units in the country. Apart from the economic indicators, there is a huge interest in what way the mergers affect other dimensions of medical and nursing work and of health care.

Purpose. The purpose of the study is to measure whether the merging of hospital departments in Greece has affect the job satisfaction of medical and nursing staff. In order to achieve the above mentioned, the study measures the change in satisfaction of health professionals on merged and non-merged clinics, from two hospitals of Heraklion. Demographic and occupational factors that may affect satisfaction were also examined.

Methods. Two hospitals Venizelio-Panania (merged) and the Regional General Hospital of Heraklion (non-merged) were the two public hospitals of Heraklion which chosen for the study. Health professionals from the Orthopedics, Paediatrics and Surgery clinics were selected for the study. The total number of medical and nursing staff was 161 people and the participants were 101, a participation response of 62.7%. The estimation of satisfaction was measured with the Greek version of the questionnaire JSS (Job Satisfaction Survey), a questionnaire constructed by the P Spector and published in 1997. It is a questionnaire with 36 questions with nine (9) subscales of satisfaction on topics such as: "salary", "promotion", "supervision", "benefits-incentives", "rewards", "working conditions", "cooperation", "nature of work" and "communication". Furthermore, the questionnaire was used for collection of information on basic demographic, business and financial parameters. After authorization by the relevant councils and committees, questionnaires were given to stakeholders for completion. The statistical analysis contains basic statistical methods such as t-independent control samples, analysis of variance (one-way ANOVA), association tests χ^2 (Pearson's χ^2 test). The recording of data was performed in a modified spreadsheet EXCEL 2007 for Windows. The statistical analysis was performed using the package IBM SPSS 20.0.

Results. The studied sample did not show any statistically significant differences ($p > 0.05$) between the demographic characteristics (gender, age, marital status) and professional-economic characteristics (occupation, Master's degree, salary scale, and years of service in the clinic and in the hospital) between the merged and non-merged clinics. The general picture, that resulted from the total JSS score showed no statistically significant difference in mean overall satisfaction among two hospitals ($t = 0,113$, $df = 99$, $p = 0,910$). Similar results were resulted showing non-significant difference ($p > 0.05$) on the subscales satisfaction. The lowest satisfaction scores are presented in “salary” ($6,7 \pm 2,5$), “privileges” ($9,4 \pm 3,3$) “working conditions” ($10,0 \pm 2,9$) and “promotion” ($10,1 \pm 3,0$) and the higher score was for “supervision” ($18,6 \pm 3,7$) for the hospital Venizelio. Similar low JSS scores were recorded for PaGNI in “salary” ($6,7 \pm 3,0$), “promotion” ($9,2 \pm 3,5$), “privileges” ($9,4 \pm 3,5$), “working conditions” ($9,4 \pm 3,4$) while the highest occurred in “supervision” ($18,0 \pm 4,4$). Regarding the influence of demographic and professional individual differences, men self-reported greater satisfaction $11,0 \pm 3,9$, in the subscale “promotion”, compared to women $8,9 \pm 2,8$ ($t = 3,02$, $df = 99$, $p = 0.003$). Reverse significant difference exists ($t = -2,85$, $df = 99$, $p = 0.005$) in satisfaction of subscale “supervision” for women ($19,0 \pm 3,8$) compared to males colleagues ($16,5 \pm 4,4$). Nurses appear to have statistically higher satisfaction in subscales “salary” ($7,4 \pm 3,4$) and “supervision” ($19,2 \pm 3,8$) relative to doctors (salary $5,9 \pm 1,7$ and supervision $17,1 \pm 4,3$). “Working conditions” show a statistically significant difference ($t = 3,10$, $df = 99$, $p = 0.003$) between the nurses have greater satisfaction scores than doctors. Finally subscale "contact" in working years in the hospital ($F = 3,06$, $df = 3,97$, $p = 0,032$) shows a statistically significant difference, but without a clear linear trend (increase/decrease in proportion to the length of service).

Regarding personnel worked in the clinic during the merging and they are still working in the same clinic (52 people) reported percentages 73.1%, 48.1% and 38.5% deterioration of the parameters "salary" "privileges" and "organizational work structure" respectively.

Conclusions. From the study results and articles based from of the Greek and international bibliography of relevant studies useful conclusions emerged. As a conclusion it can be considered that the satisfaction of health professionals (total and individual subscales) is extremely low. Also, no significant differences were observed in satisfaction between merged and non-merged clinics. The lowest satisfaction score in subscale “salary” can not be considered that affected by the implementation of Law 4052/2012, but affected from parallel reductions made as part of broader fiscal consolidation. The "structural" aspects of satisfaction as "privileges", "promotion", "working conditions" and rewards have the lowest satisfaction rates at health professionals which can be due to the disconnected relationship between work and performance. The total Satisfaction score is

improved for parameters relating to "personal" parameters such as "supervision", "collaborators" and "nature of work" something has recorded in other studies carried out in the Greek healthcare facility.

About the influence of demographic parameters, sex seems to affect significantly the subscales "promotion" and "supervision", but a sufficient explanation can not be given from the literature. Age, and work experience in hospital and clinic seem to not affect the satisfaction, besides "communicating", which may be considered inconsistent with the general picture that satisfaction is reduced by years of work. The nurses show a higher satisfaction compared with doctors in the subscales "salary", "supervision" and "working conditions" which may be associated with decreasing satisfaction of medical personnel and not the improvement of nursing. The relation of wage scales was not proportional with the subscale "promotion".

In conclusion this thesis can be seen as a first analysis of the impact of the radical changes in hospital personnel and would be legitimate to continue with future investigations.

Συντομογραφίες

ΑΕΠ:	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Βενιζέλειο:	Βενιζέλειο Πανάνειο Νοσοκομείο
ΠαΓΝΗ:	Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΕΣΔΥ:	Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης
ΕΟΠΠΥ:	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΟΟΣΑ:	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕΔΥ:	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
JSS:	Job Satisfaction Survey
WHO:	World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

Κεφάλαιο Πρώτο

1.1. Το καθεστώς στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) πριν το νόμο 4052/2012

Μια σειρά νόμων και νομοθετικών παρεμβάσεων για τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, από τον ιδρυτικό νόμο (Ν 1397/1983) και τους συνακόλουθους Ν. 1579/1985 και Ν. 2071/1992 που επιχείρησαν να βελτιώσουν και να ρυθμίσουν επιμέρους αλλά σημαντικά λειτουργικά ζητήματα των υπηρεσιών υγείας (νομική μορφή, υπαγωγή φορέων σε ευρύτερα διοικητικά σχήματα κ.α.), διαμόρφωσαν εν πολλοίς τον υγειονομικό χάρτη στην Ελλάδα, τουλάχιστον μέχρι την έναρξη της οικονομικής κρίσης του 2010.

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και συνεπώς οι δαπάνες υγείας ανήλθαν το 2009 έως το 12% του ΑΕΠ ενώ τα τελευταία χρόνια (2009-2012) μειώνεται με ρυθμό 10% ανά έτος. Το 2014 οι δαπάνες υγείας φτάνουν το 9,2% του ΑΕΠ. (ΟΟΣΑ, 2014). Παρόλο που η αυξητική τάση είναι διεθνής, στην Ελλάδα μπορεί να αποδοθεί κυρίως στην αναποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος, στην αποτυχία ελέγχου των δαπανών στο χώρο της υγείας που συνεπάγονται σπατάλες και κακοδιαχείριση. Αν και η πρόβλεψη ήδη από το 2012 (Health at a Glance, Europe 2012) περιλάμβανε για την επόμενη δεκαετία, το ελληνικό σύστημα υγείας ως το δεύτερο πιο αναποτελεσματικό μετά από αυτό της Ιρλανδίας, εντούτοις ανέφερε ότι θα μπορούσε να αναπτυχθεί περαιτέρω αποκλειστικά και μόνο με την περιστολή της υπάρχουσας σπατάλης και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας χωρίς να διατεθούν επιπλέον πόροι.

Η υπογραφή του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής το 2010, έθεσε μεταξύ άλλων την εξοικονόμηση πόρων από τον τομέα της υγείας ανάμεσα στους πρωταρχικούς στόχους για την επιχειρούμενη δημοσιονομική προσαρμογή. Για να επιτευχθούν οι στόχοι του 6% του ΑΕΠ ως δαπάνες υγείας και 1% φαρμακευτική δαπάνη (για το 2012), οι ελληνικές αρχές επιχείρησαν πλήθος παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των υποχρεώσεων έναντι των ευρωπαϊών εταίρων για περικοπή δαπανών και συγχώνευση ή κατάργηση φορέων του δημοσίου που δεν είναι παραγωγικοί.

Σε αυτό το πλαίσιο, από το 2010, έχουν ψηφιστεί νόμοι με σκοπό την εφαρμογή των μνημονιακών δεσμεύσεων, με κορυφαίο τον Ν. 3918/2011 ο οποίος εισήγαγε σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, όπως η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, στις προμήθειες των νοσοκομείων και τη σύσταση του τότε ΕΟΠΥΥ (σήμερα ΠΕΔΥ).

Ο ίδιος νόμος έθεσε και τις βάσεις για τη λειτουργική αναδιάταξη των νοσοκομειακών και άλλων οργανισμών υγειονομικής φροντίδας, με απώτερο σκοπό τη συγχώνευση, τη συνδιοίκηση και την ενοποίηση μονάδων με ομοειδείς δραστηριότητες σε υποστηρικτικές υπηρεσίες. Άνοιξε επίσης και ο δρόμος για τη σύνδεση δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών για την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και για την κινητικότητα προσωπικού μεταξύ υγειονομικών περιφερειών (Φραγκιαδάκης 2012).

Η αλλαγή στη δομή του συστήματος υγείας που ισχύει σήμερα, ολοκληρώθηκε τελικά με την ψήφιση του Ν. 4052/2012, προβλέποντας ενιαία διοίκηση, προγραμματισμό, πρόγραμμα προμηθειών, τεχνικές και ενοποιημένες πληροφοριακές υπηρεσίες για το σύνολο των υγειονομικών μονάδων της χώρας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αποτίμηση της ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η εκτίμηση της επίδρασης των συγχωνεύσεων μετά την εφαρμογή του νόμου 4052/2012.

1.2. Συγχωνεύσεις μονάδων υγείας

Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων εφαρμόζονται στην Ευρώπη στο πλαίσιο της συνολικής αναμόρφωσης των υπηρεσιών υγείας. Δεν αποτελούν συνεπώς μια μεμονωμένη και αποσπασματική στόχευση αλλά ένα από τα μέσα που συνδυαζόμενο και με άλλες παρεμβάσεις στον υγειονομικό τομέα -δημόσιο ή ιδιωτικό- μέσω κεντρικά συντονιζόμενης πολιτικής αποσκοπεί σε ευρείες βελτιώσεις στο σύνολό του.

Στόχος είναι η αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και ο εξορθολογισμός της κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Τα κίνητρα για τις ενοποιήσεις κλινικών των νοσοκομείων ή ολόκληρων νοσοκομειακών μονάδων είναι η μείωση του κόστους, η επίτευξη οικονομιών κλίμακας και η αύξηση της παραγωγικότητας.

Η ιστορία των συγχωνεύσεων νοσοκομείων αρχίζει από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 και συνεχίζεται σήμερα σε χώρες της ευρωπαϊκής ηπείρου (Βρετανία, Σκανδιναβικές χώρες, Γαλλία, Ολλανδία, Ρουμανία). Παρά την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους, οι συγχωνεύσεις αποτελούν αντικείμενο δημόσιου διαλόγου και εφαρμόζονται ανά διαστήματα στο πλαίσιο μιας συνολικής αναμόρφωσης του συστήματος υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει

ότι εφαρμόζονται με σκοπό τη μείωση των δαπανών, τη βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

1.3. Κυβερνητικοί στόχοι των συγχωνεύσεων.

Σύμφωνα με την ορολογία των οικονομικών, συγχώνευση είναι η εκούσια συνένωση δύο ή περισσότερων επιχειρήσεων, ενώ διαχωρίζεται σαφώς από την εξαγορά (Palepu et al, 2007). Στον κλάδο της υγείας, εν προκειμένω, η ενοποίηση νοσοκομείων έχει τη μορφή της οριζόντιας συγχώνευσης, δεδομένου ότι οι μονάδες υγείας παράγουν το ίδιο προϊόν και ανήκουν στον ίδιο παραγωγικό τομέα (π.χ. συγχώνευση κέντρων υγείας ή γενικών νοσοκομείων) (Shield, 2002). Τα κίνητρα για τις συγχωνεύσεις-ενοποιήσεις νοσοκομείων ή τμημάτων τους πηγάζουν από την ανάγκη μείωσης του κόστους, επιτυγχάνοντας οικονομίες κλίμακας, οικονομίες σκοπού και ενισχυμένη παραγωγικότητα (Kristensen et al, 2010).

Επίσης, μέσω της ενοποίησης μειώνεται η πολλαπλή εφαρμογή των ίδιων διαδικασιών (duplication of functions) και βελτιώνεται η ποιότητα καθώς αυξάνεται ο όγκος των δραστηριοτήτων (Kjekshus και Hagen, 2007). Ωστόσο, η έκβαση των συγχωνεύσεων φαίνεται ότι δεν είναι πάντοτε η αναμενόμενη και αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη μελέτης ή πρόβλεψης όλων των παραγόντων που συμμετέχουν στη συνένωση δύο ή περισσότερων οργανισμών. (άρθρο Α2).

Η συζήτηση για τη συγχώνευση των νοσοκομείων έχει ενταχθεί σε ένα ευρύτερο πλαίσιο προβληματισμού αναδιοργάνωσης της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς μέσω των συστημάτων υγείας σε πολλές χώρες. Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτές τις προσπάθειες σχετίζονται τις πιέσεις που δέχεται το νοσοκομείο με την κλασική του μορφή εξαιτίας (Edwards et al, 2004) των εξελίξεων στην κλινική πρακτική και τη βιοϊατρική τεχνολογία, στην αλλαγή του νοσολογικού προτύπου και τη δημογραφική γήρανση, αλλά και την έκφραση των προτιμήσεων των καταναλωτών. Οι πιέσεις αυτές προκαλούν οργανωτικές και λειτουργικές εντάσεις και ωθούν σε διαρθρωτικές αλλαγές, οι οποίες διευκολύνουν την επίτευξη οικονομικών στόχων δια του ελέγχου του κόστους και της βελτίωσης της αποδοτικότητας.

Οι συγχωνεύσεις λοιπόν, περιλαμβάνονται μεταξύ των κύριων διαρθρωτικών αλλαγών οι οποίες επιχειρούνται διεθνώς και στη χώρα μας, συνοπτικά αποσκοπούν:

- στη συγκράτηση της δαπάνης και τη μείωση του κόστους παραγωγής και ως εκ τούτου στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της κατανομής των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

- στη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των χρηστών.
- στην επίτευξη οικονομιών κλίμακας και φάσματος, ώστε να αρθούν τα φαινόμενα αντιοικονομιών και φθινουσών αποδόσεων.

1.4. Οι συγχωνεύσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Η περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας

Οι μελέτες οι οποίες αποτιμούν τα οφέλη συγκρίνοντας την οικονομική αποδοτικότητα πριν και μετά από τη συγχώνευση για την Ευρώπη δεν είναι πολλές αριθμητικά. Ιδιαίτερη έμφαση στις ενοποιήσεις υγειονομικών οργανισμών και νοσοκομείων έχει δοθεί στη Βρετανία, καθώς η εξοικονόμηση πόρων και η βελτίωση της ποιότητας αποτελούσαν ανέκαθεν προτεραιότητες για το βρετανικό NHS.

Στη Μ. Βρετανία έλαβαν χώρα 99 συγχωνεύσεις νοσοκομείων (trusts) από το 1997, 14 από τις οποίες πραγματοποιήθηκαν στο Λονδίνο. Ανάμεσα στις οριζόντιες συγχωνεύσεις που υλοποιήθηκαν περιλαμβάνονταν μονάδες οξείας νοσηλείας, μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μελέτη των Fulop et al (2002) εκτίμησε τα αποτελέσματα της κατάργησης, το 1998 και 1999, 25 μονάδων και τη δημιουργία 11 νέων συγχωνευμένων για δύο έτη μετά από την ενοποίηση.

Η μελέτη ανέφερε καθυστέρηση τουλάχιστον 18 μηνών, καθώς παρουσιάστηκαν προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών των νέων συγχωνευμένων νοσοκομείων, εξ αιτίας του νέου καθεστώτος διοίκησης. Ο σχεδιασμός που πραγματοποιήθηκε είχε υποεκτιμήσει το χρονοδιάγραμμα και την προσπάθεια που απαιτείται για τις συγχωνεύσεις. Μετά από τις συγχωνεύσεις, το προσωπικό θεώρησε ότι η διοίκηση ήταν «απόμακροι» και τους αγνοούσαν, ενώ οι managers αισθάνονταν αποκομμένοι από τις υπηρεσίες τις οποίες διαχειρίζονταν. Αυξήθηκε ο χρόνος πρόσβασης στα συγχωνευμένα νοσοκομεία, καθώς κάλυπταν πλέον εκτενέστερες περιοχές γεωγραφικά. Το νέο καθεστώς διοίκησης προκάλεσε εντάσεις στο προσωπικό και στις τάσεις διαχωρισμού του, ανάλογα με τον οργανισμό στον οποίο εργάζονταν πριν από την ενοποίηση.

Στα θετικά του σχεδίου συγχώνευσης, προσμετρήθηκε η αποδοτική διαχείριση των μικρότερων υπηρεσιών λόγω του αυξημένου αριθμού κλινικών ιατρών. Παρουσιάστηκαν βελτιωμένα συστήματα διοίκησης, κλινικής αξιολόγησης και ελέγχου. Η δημιουργία μεγαλύτερων οργανισμών μεγέθυνε τη «δεξαμενή» των επαγγελματιών υγείας, παρείχε αμέσως μεγαλύτερες ευκαιρίες εκπαίδευσης και ανέλιξης του προσωπικού, ενώ ενίσχυσε τα επαγγελματικά δίκτυα. Οι

υπεύθυνοι διοίκησης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αποκόμισαν την εντύπωση ότι οι τοπικές κοινωνίες ενίσχυσαν τις τοπικές μονάδες υγείας, καθώς αυτές «μεγάλωναν». Η εξοικονόμηση από τη μείωση του κόστους διαχείρισης ανήλθε στα £ 178.700 (χιλιάδες) τον πρώτο χρόνο και στα £ 346.800 (χιλιάδες) το δεύτερο χρόνο, μετά από τη συγχώνευση. Παρ' όλα αυτά, δεν ανταποκρίθηκε στον εκτιμώμενο στόχο των £ 500.000 (χιλιάδες) εξοικονόμησης για κάθε έτος (Τσαβαλιάς και συν, 2013).

1.5. Μελέτες Ικανοποίησης

Η γνώση της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο χώρο της εργασίας, καθώς και των κινήτρων ή αντικινήτρων που τη διαμορφώνουν και τη μεταβάλλουν, είναι καθοριστική για την επίτευξη των στόχων κάθε οργανισμού. Κατ' επέκταση, και η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων πρέπει να αποτελεί ένα από τα πλέον ουσιώδη θέματα, καθώς συνδέεται με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού, πολύ περισσότερο μάλιστα όταν ο οργανισμός αυτός απευθύνεται στον άνθρωπο και τις ανάγκες υγείας του και πρέπει το μοντέλο διοίκησης και οι συνθήκες εργασίας να συνεισφέρουν παράλληλα και στην επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων. Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία αντιπροσωπεύει μια ολική στάση του ατόμου και τα συναισθήματά του για συγκεκριμένες πτυχές του επαγγέλματός του (Kohler, 1988)

Η σύγχρονη κοινωνία αποδίδει μεγάλη σημασία στις συνθήκες εργασίας και στην ικανοποίηση που αντλεί ο εργαζόμενος από αυτή. Αναφέρεται χαρακτηριστικά η ύπαρξη του «Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας», του οποίου οι έρευνες διεξάγονται ανά πενταετία και παρέχουν μια εικόνα της ποιότητας και των συνθηκών εργασίας, αλλά και της εργασιακής ικανοποίησης από το 1991-'92 και μετά. (<http://www.eurofound.europa.eu/about/index.htm>)

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί μια παράμετρο με μεγάλο ενδιαφέρον τόσο για επιχειρήσεις και οργανισμούς, όσο και για τα σύγχρονα συστήματα υγείας.

Η ικανοποίηση των εργαζομένων στο χώρο της εργασίας τους είναι ένα αντικείμενο που έχει μελετηθεί αρκετά εκτενώς και από διάφορες επιστήμες, όπως αυτή της Ψυχολογίας, των Ανθρώπινων Πόρων, της Διοίκησης, της Κοινωνιολογίας, της Νοσηλευτικής, καθώς και των Οικονομικών (Zeytinoglu et al, 2007). Ωστόσο δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός του όρου, ούτε ομοφωνία στη μεθοδολογία για τη μέτρηση και εκτίμησή της. (Pietersen, 2005).

1.5.1 Ορισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης

Σύμφωνα με τους Cranny et al (1992) η εργασιακή ικανοποίηση είναι *άθροισμα συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει το άτομο για την εργασία του ή η συναισθηματική διάσταση των στάσεών του, η οποία απορρέει από τη σύγκριση ανάμεσα στα οφέλη και στις επιθυμίες*. Ο ορισμός αυτός είναι παραπλήσιος με εκείνον του Locke το 1969, ότι δηλαδή η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση, στην οποία περιπίπτει το άτομο όταν, έχοντας αποτιμήσει το έργο που προσφέρει στην εργασία του, βρίσκει τις συνθήκες σύμφωνες προς τα αξιακά του πρότυπα (Παπάνης, 2007)

Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό του Locke,¹ είναι <<η θετική συναισθηματική απόκριση προς συγκεκριμένο έργο, που πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό εκπληρώνει τις εργασιακές αξίες του ατόμου>>. Αποτελεί ένα από τα περισσότερο μελετημένα θέματα στην οργανωτική/βιομηχανική ψυχολογία, κυρίως λόγω της άμεσης σχέσης της τόσο με την ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων για *υψηλή αποδοτικότητα σε συνδυασμό με σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό*.²

Ο ορισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης ποικίλλει τόσο από άτομο σε άτομο αλλά και μεταβάλλεται διαχρονικά (Ma et al., 2003). Η ικανοποίηση από την εργασία, κατά μια νεώτερη θεώρηση που κινείται περισσότερο στο «συμπεριφορικό» παρά στο «συναισθηματικό» πεδίο είναι η στάση που οι άνθρωποι έχουν για τις θέσεις εργασίας τους και τους οργανισμούς όπου ασκούν το επάγγελμά τους. Σύμφωνα με τον Spector (1997) ως εργασιακή ικανοποίηση ορίζεται «ο βαθμός στον οποίο αρέσει ή όχι στα άτομα η θέση εργασίας τους». Η ικανοποίηση των εργαζομένων πηγάζει από τις αντιλήψεις του ατόμου ότι «η εργασία του πληροί ή επιτρέπει την ικανοποίηση των σημαντικών αξιών της θέσης απασχόλησης». Θεώρησε δηλαδή την εργασιακή ικανοποίηση ως την αξιολόγηση που κάνει ο εργαζόμενος για τις διάφορες διαστάσεις της εργασίας του και για το περιβάλλον της δουλειάς του. Οι Smith et al. (1975) όρισαν την εργασιακή ικανοποίηση ως τα συναισθήματα που ένας εργαζόμενος έχει για τη δουλειά του γενικότερα. (άρθρο 10)

Σε θεωρητικό επίπεδο, έχει συνδεθεί με τα κίνητρα, τις αξίες και τις στάσεις των εργαζομένων (Κάντας, 2008) ενώ έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται εξ ίσου από παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και το περιβάλλον της, καθώς και με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (Duffy και Richard, 2006). Ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση των δύο εν λόγω κατηγοριών μεταβλητών καθορίζουν σημαντικά τη διαμόρφωσή της. Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί όμως και με άλλες επί μέρους μεταβλητές, όπως είναι η ψυχολογική και

η σωματική ευημερία/ σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Poghosyan 2008, Reader et al 2008) η κινητικότητα στο χώρο εργασίας και η τάση για αποχώρηση (Carsten και Spector 1987, Robbins 2001) οι απουσίες (Κάντας 2008, Robbins 2001, De Jonge et al. 2001) η απόδοση και η παραγωγικότητα (Judge et al, 2001) η ικανοποίηση των πελατών (Fosam 1998) οι σχέσεις με την οικογένεια (Bedeian et al 1998, Rice et al 1992) ο ρόλος του εργαζομένου ως γονέα (Stewart και Barling, 1996) και η ικανοποίηση από τη ζωή. (αρθρο 5)

1.5.2 Ιστορική αναδρομή

Αναφέρθηκε στα προηγούμενα ότι ο ορισμός και η περιγραφή του όρου της εργασιακής-επαγγελματικής ικανοποίησης διαφέρει από άτομο σε άτομο και από διαφορετικό χρόνο σε άλλο ακόμα και όταν αφορά στο ίδιο πρόσωπο. Επιπλέον οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις υπό ποικίλα επιστημονικά πρίσματα και κυρίως η εξέλιξη τους στο πέρασμα των χρόνων μπορούν να προσφέρουν μια καλύτερη κατανόηση αλλά και σύνθεση των κοινών σημείων των διάφορων ορισμών.

Μια πρώτη αναφορά στον όρο έγινε το 1911, όταν ο Frederick Winslow Taylor, ο οποίος μάλιστα θεωρείται και ο «πατέρας της επιστημονικής διοίκησης», ασχολήθηκε με την ικανοποίηση του εργατικού δυναμικού και την παραγωγικότητα, καθώς και την μεταβολή στην αποδοτικότητα κάθε εργαζομένου όταν αυξάνεται η μισθολογική αποζημίωση του. (Pelechas and Antoniadis, 2013).

Στη συνέχεια η έννοια αποτέλεσε ουσιαστικά εξέλιξη και αποτέλεσμα των θεωριών οργανωσιακής συμπεριφοράς για τις οποίες σημείο καμπής θεωρούνται οι κλασσικές πλέον μελέτες του Hawthorne στη δεκαετία του 1920. Ακολούθησε ένα πλήθος θεωριών που προσπάθησαν να ερμηνεύσουν και να συσχετίσουν την ικανοποίηση με συγκεκριμένες αντιλήψεις και στάσεις των εργαζομένων αλλά και με τις συνθήκες εργασίας. Για παράδειγμα ο Buss (1988), την προσέγγισε ως μια συναισθηματική *αντίδραση-αντίληψη* του εργαζομένου για το κατά πόσον η εργασία του επιτρέπει την ικανοποίηση των προσωπικών τους σημαντικών *αξιών και αναγκών*. Σε αυτό το πλαίσιο σύμφωνα με τον Siegel και Lane (1982), εμπλέκονται και οι θεωρίες υποκίνησης όπως η θεωρία της ισότητας (equity theory), η πυραμίδα της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow και η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν σε σημαντικό βαθμό για την κατανόηση της ικανοποίησης από την εργασία.

Ειδικότερα η θεωρία του Herzberg είναι εξαιρετικά σημαντική καθώς μπόρεσε αρχικά να διακρίνει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην υποκίνηση σε εσωτερικούς-intrinsic motivators, που πηγάζουν από τον ίδιο τον εργαζόμενο, και σε εξωτερικούς παράγοντες- extrinsic motivators.

Με τον τρόπο αυτό ξεκίνησαν να κατηγοριοποιούνται και να μελετώνται χωριστά παράγοντες από τις δύο αυτές ομάδες για τις συσχετίσεις με το αίσθημα της ικανοποίησης αλλά και των επιδράσεων που έχει η έλλειψη κάποιων από αυτούς στη *μη ικανοποίηση* (dissatisfaction) (Buitendach & De Witte, 2005; Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959; Lu, 1999). Στη συνέχεια ο Locke το 1976 κατηγοριοποίησε και μελέτησε ορισμένες κοινές παραμέτρους της ικανοποίησης και συγκεκριμένα: εργασία, οικονομικές ανταμοιβές, προαγωγές και εξέλιξη, αναγνώριση, παροχές, εργασιακές συνθήκες, καθοδήγηση και ηγεσία, συνεργάτες, εταιρεία και διοίκηση, ενώ στη συνέχεια μέσω εκτεταμένης έρευνας καταδείχτηκε ότι μπορούν να διακριθούν με βάση τη θεωρία του Herzberg σε δύο κατηγορίες (Spector, 1997; Hirschfeld, 2000): στους παράγοντες εσωτερικής ικανοποίησης (Intrinsic) που περιλαμβάνονται τα καθήκοντα και το περιεχόμενο της εργασίας όπως ποικιλία, αυτονομία, αξιοποίηση προσόντων των εργαζομένων, αυτοπραγμάτωση και ατομική ανάπτυξη, και στους παράγοντες της εξωτερικής υποκίνησης (extrinsic motivation) όπου αναφερόμαστε για παράδειγμα στην οικονομική ανταμοιβή, στους συνεργάτες και τις συνθήκες εργασίας. (Buitendach & De Witte, 2005). (άρθρο 8)

Ο Herzberg το 1959 κατέληξε σε άλλη μια σημαντική διάκριση μεταξύ των παραγόντων ικανοποίησης και μη-ικανοποίησης. Εφόσον παράγοντες όπως οι συνθήκες εργασίας και οι προϊστάμενοι είναι καλοί, γίνονται αντιληπτοί ως παράγοντες ικανοποίησης και αντιστρόφως και αναφέρονται διεθνώς ως «*παράγοντες υγιεινής*» αποτελούν δηλαδή βασικό συστατικό-προϋπόθεση για μια βασική «*γραμμή*» ικανοποίησης. Ωστόσο είναι σημαντικό ότι δεν αποτελούν ταυτόχρονα και «*παράγοντες υποκίνησης*». Στην τελευταία κατηγορία περιλαμβάνονται στοιχεία του εργασιακού περιβάλλοντος όπως οι ευκαιρίες επαγγελματικής προόδου και προαγωγής, αυξημένες ευθύνες, ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και ενδιαφέρουσα εργασία (Pietersen 2005).

1.5.3. Μοντέλα και θεωρητικό υπόβαθρο ερμηνείας της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η προσπάθεια για την κατανόηση και την ερμηνεία της επαγγελματικής ικανοποίησης συνεχίστηκε με την ανάπτυξη διαφορετικών μοντέλων. Ο Lawler (1973) διαμόρφωσε για παράδειγμα το μοντέλο της υποκινητικής διαδικασίας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι με μια συγκεκριμένη διάσταση της εργασίας τους εφόσον η ανταμοιβή που λαμβάνουν για την πραγματοποίηση αυτής της δραστηριότητας είναι τουλάχιστον ίση με αυτή που οι ίδιοι πιστεύουν ότι αξίζουν να λάβουν. Ο Locke το 1969 επιχείρησε να ερμηνεύσει την ικανοποίηση από την εργασία μορφοποιώντας ένα μοντέλο στη βάση των αναγκών του ατόμου. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση ή μη από τις διάφορες παραμέτρους της εργασίας εξαρτάται από τη θετική ή αρνητική διαφορά μεταξύ των αναγκών/επιθυμιών του ατόμου και των αποτελεσμάτων/ανταμοιβών καθώς και από τη βαρύτητα που αποδίδεται στη συγκεκριμένη

παράμετρο με βάσει το αξιακό σύστημα του εργαζόμενου. Ως συνολική ικανοποίηση αναφέρει το άθροισμα κάθε εργασιακής παραμέτρου αφού προηγουμένως έχει πολλαπλασιαστεί με ένα συντελεστή βαρύτητας.

Η στροφή που έχει πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια από επιστήμονες όπως οι επιστήμονες διοίκησης και οι ψυχολόγοι εργασίας, έχει οδηγήσει στην τάση να ορίζεται η ικανοποίηση ως μια συμπεριφορά στο χώρο της εργασίας που συνδέεται με άλλες διαστάσεις συμπεριφοράς: το σύστημα ηθικών αξιών του εργαζομένου, τις ευκαιρίες ανάμειξης του στις διαδικασίες και τη δέσμευση προς τη διοίκηση του οργανισμού. Για παράδειγμα ο Spector (1997), όρισε την ικανοποίηση από την εργασία ως μια «*συμπεριφορική μεταβλητή*» η οποία μετρά το πώς νιώθει ένα άτομο για την εργασία του γενικώς καθώς επίσης και για κάθε μια διάσταση της χωριστά.

Στους ορισμούς που υιοθέτησαν οι Lofquist και Davies (1996), καθώς και ο Price (2001) την περιέγραψαν ως ένα συναισθηματικό συστατικό της συμπεριφοράς. Όρισαν δηλαδή την ικανοποίηση ως μια *συναισθηματική τοποθέτηση* που έχει ένας εργαζόμενος προς την εργασία του, ενώ οι Siegel and Lane (1982) αναφέρουν ότι η ικανοποίηση εμφανίζεται όταν ένας εργαζόμενος κάνοντας την *υποκειμενική αξιολόγηση* της εργασίας του, έχει μια θετική ή ευχάριστη συναισθηματική ανταπόκριση. Συναισθηματική είναι και η προσέγγιση του Landy (1978) η οποία δίνει έμφαση στην ικανοποίηση ως διάσταση συναισθηματικής ισορροπίας και περιγράφει την ικανοποίηση και τη μη-ικανοποίηση ως *συναισθηματικές καταστάσεις*. Συνεπώς από τα παραπάνω μπορεί να ειπωθεί ότι η ικανοποίηση συνδέεται με θετικά συναισθήματα των ατόμων ενώ η μη ικανοποίηση υποδεικνύει αρνητικά συναισθήματα των ατόμων για την εργασία τους ή μέρος αυτής. (Hirschfeld, 2000; Spector, 1997). (αρθρο 8)

1.5.4. Επαγγελματική ικανοποίηση, αποδοτικότητα ανθρώπινου δυναμικού και ποιότητα υπηρεσιών

Η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων αποτελεί ένα από τα πλέον ουσιώδη θέματα, καθώς συνδέεται τόσο με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών αλλά και την αποτελεσματικότητα του εκάστοτε φορέα (Pozoukidou et al 2007). Αποτελεί ένα από τα περισσότερο μελετημένα θέματα στην οργανωτική/βιομηχανική ψυχολογία, κυρίως λόγω της άμεσης σχέσης της τόσο με την ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων για υψηλή αποδοτικότητα σε συνδυασμό με σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό (Καντας 2008) (αρθρο 5)

Η σημασία της ικανοποίησης από την εργασία έχει αναπτυχθεί σε μια σειρά μελετών σε διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας (Parkes, 2003; Steinhardt *et al.*, 2003). Σε αυτές τις μελέτες η ικανοποίηση από την εργασία υποδεικνύεται ως άμεσος καθοριστικός παράγοντας στην ποιότητα του παραγόμενου προϊόντος ή της παρεχόμενης υπηρεσίας (Shikdar & Das, 2003). (αρθρο 10) Οι όροι «εργασιακή ικανοποίηση» και «παρακίνηση» χρησιμοποιούνται συχνά εναλλάξ, ωστόσο, υπάρχει μια διαχωριστική γραμμή. Επαγγελματική ικανοποίηση είναι η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου για την κατάστασή του στη δουλειά, ενώ τα κίνητρα δίνουν ώθηση ώστε να συνεχίσει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Η ανάγκη για κίνητρα πηγάζει από την ανάγκη για επιβίωση και οι εργαζόμενοι που παρακινούνται βοηθούν τους οργανισμούς να επιβιώσουν (Smith, 1994).

Από πλευράς οργάνωσης, η υψηλή ικανοποίηση συνδέεται με χαμηλούς δείκτες απουσιών από την εργασία (Balzer *et al* 1997), και κινητικότητα των εργαζομένων (Kahn 1973), με μείωση της μη κανονικής προσέλευσης στην εργασία και της συχνότητας των ατυχημάτων (Luthans 1995), ενώ θεωρείται αιτία ορισμένων θετικών συμπεριφορών, όπως της συνεργασίας και της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με το ενδιαφέρον των εργαζομένων για την εταιρεία και με ισχυρή δέσμευση και ταύτιση με τους στόχους της, ενώ σχετίζεται αρνητικά με τη συμμετοχή στις συνδικαλιστικές οργανώσεις και θετικά με την απόδοση (Kreinter και Kinicki 1995) (αρθρο4)

1.5.5. Η ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Η σημαντικότητα της επαγγελματικής ικανοποίησης δεν περιορίζεται σε ατομικό επίπεδο, αλλά υπάρχει ισχυρή σύνδεση σε επίπεδο οργανισμού, φορέα, ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και αποδοτικότητας πόρων. Ειδικότερα στο χώρο της υγείας, ο οποίος είναι ένας ιδιαίτερα ευαίσθητος χώρος, αφού ασχολείται με το ύψιστο αγαθό για τον άνθρωπο, την υγεία, η ικανοποίηση του προσωπικού θα έπρεπε να βρίσκεται σε πρώτο πλάνο, όχι μόνο από μισθολογική άποψη αλλά κυρίως από θέμα οργάνωσης και στελέχωσης για την καλύτερη και πλέον απρόσκοπτη λειτουργία των νοσοκομείων. Παρά την τεχνολογική πρόοδο, τις οικονομικές και διοικητικές εξελίξεις, ο ανθρώπινος παράγοντας διαδραματίζει σημαντικότατο ρόλο στη διανομή των υπηρεσιών στα ιδρύματα υγείας.

Η ευημερία του υγειονομικού προσωπικού δεν εξασφαλίζει μόνο καλύτερη και αποδοτικότερη διάθεση των πόρων, καθώς και εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Εξασφαλίζει και καλύτερες, περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες στον ασθενή, που τόσο έχει ανάγκη σε αυτή τη δύσκολη συγκυρία της ζωής του (Aiken *et al* 1994). Ειδικά στα επαγγέλματα υγείας, η εργασιακή ικανοποίηση έχει συσχετιστεί τόσο με τις αποχωρήσεις νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και αποτελεί ζήτημα εντατικής έρευνας τα τελευταία χρόνια

σε ολόκληρο τον κόσμο (Sibbald et al 2003, Zangaro και Soeken 2007, Grissom 2009). Σήμερα έχει γίνει ευρέως αποδεκτό και κατανοητό ότι η καταγραφή και παρακολούθηση της επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού είναι ζωτικής σημασίας (Dolan 2003, Pietersen 2005). Ποιοι είναι οι λόγοι όμως που την καθιστούν τόσο *επιτακτική ανάγκη*?

Ερευνητικές εργασίες έχουν καταδείξει από πολύ νωρίς ότι η ικανοποίηση γενικά (Greengard, 1983), και ειδικότερα των επαγγελματιών νοσηλευτών (Gunner και Vaughn, 2003), μειώνεται προοδευτικά παγκοσμίως. Επίσης παγκοσμίως αυξάνουν οι ελλείψεις εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού πχ εντατικών μονάδων νοσηλείας (Moyle, et al, 2003). Οι λόγοι για τη μείωση αυτή σχετίζονται με ποικίλους εργασιακούς παράγοντες (Miracle & Miracle, 2004) όπως χαμηλές αμοιβές, προβληματικές σχέσεις με απαιτητικούς ασθενείς, έλλειψη αναγνώρισης και εκτίμησης από το ιατρικό προσωπικό, εργασιακός φόρτος και πίεση κατά την άσκηση των καθηκόντων καθώς και έλλειψη ευκαιριών για επαγγελματική εξέλιξη (Dolan, 2003; Smetherham, 2003; Venter, 2003). Η μετανάστευση για αναζήτηση καλύτερου επαγγελματικού περιβάλλοντος επίσης έχει βρεθεί να αποτελεί λόγο για μείωση νοσηλευτικού προσωπικού στη Νότιο Αφρική (Venter, 2003) φαινόμενο που πιθανόν λόγω της οικονομικής κρίσης να συμβαίνει σήμερα και στην Ελλάδα στον αντίστοιχο υγειονομικό τομέα.

Κυρίως όμως αν πρέπει να επιλέξουμε τη σημαντικότερη σχέση, αυτή αφορά στον αντίκτυπο που έχει η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών (Cavanagh, 1992). Νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλό βαθμό ικανοποίησης ίσως αντιμετωπίσει δυσκολίες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας, καθώς επίσης τείνει να αποφεύγει την ανάληψη ευθυνών, παρουσιάζοντας υψηλότερο βαθμό απουσιασμού από την εργασία και μεγαλύτερα διαλείμματα κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας (Fako, 2000)

Η ιδιομορφία του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας όπως αυτή αποτυπώνεται και μέσω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της ικανοποίησης επισημαίνει και μια ακόμη διάσταση: η έλλειψη κατάλληλων πολιτικών για τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού έχει ήδη προκαλέσει ανισοροπίες οι οποίες απειλούν την ικανότητα των συστημάτων υγείας να ανταποκριθούν στην αποστολή τους (Dussault και Dubois 2003). Γίνεται αντιληπτό ότι τα συγκεκριμένα αυτά χαρακτηριστικά δεν μπορούν να αγνοούνται αλλά αντίθετα να αξιολογούνται με σκοπό την υιοθέτηση κατάλληλων πολιτικών που θα υποκινήσουν τους εργαζομένους για να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της εποχής στον τομέα της υγείας (Ratanawongsa et al 2006). Η ανάγκη για υποκίνηση γίνεται επιτακτικότερη λόγω α) της φύσης της οικονομικής σχέσης μεταξύ των χρηστών και των παρόχων των υπηρεσιών υγείας και β) της ανομοιογένειας του εργατικού δυναμικού του τομέα που πρέπει να διοικηθεί (Goldsmith 2005).

1.5.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση

Οι περισσότερες θεωρήσεις της εργασιακής ικανοποίησης συγκλίνουν όπως προαναφέρθηκε στην οπτική της συναισθηματικής κατάστασης, αντίδρασης ή στάσης έναντι χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος η οποία όμως διαμορφώνεται και από παράγοντες σχετιζόμενους με την προσωπικότητα του εργαζομένου. Στο πλαίσιο αυτό οι μελετητές κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες που συσχετίζονται με την ικανοποίηση σε *εξωγενείς* και *ενδογενείς* αναφορικά με το εργασιακό περιβάλλον και παράγοντες της προσωπικότητας που σχετίζονται με το άτομο.

Αν και ο Spector αναφέρει στην εργασία του ότι η ικανοποίηση είναι απλά το πώς νιώθουν οι άνθρωποι για την εργασία τους και τις διάφορες παραμέτρους/χαρακτηριστικά της ωστόσο δεν αρκείται σε αυτό το συμπέρασμα (Spector 1997). Η συμβολή του είναι σημαντική καθώς μετακίνησε το κέντρο βάρους από τη συναισθηματική προσέγγιση στην προσέγγιση των στάσεων έναντι της εργασίας και οδήγησε στην διαμόρφωση του μεθοδολογικού εργαλείου που θα περιγραφεί παρακάτω.

Στις ερευνητικές εργασίες η ικανοποίηση μελετάται είτε ως ένα καθολικό συναίσθημα απέναντι στην εργασία ή ως ένας σχηματισμός στάσεων για κάθε μια από τις παραμέτρους της εργασιακής ρουτίνας. Στην πρώτη περίπτωση μελετάται σε σχέση με άλλες μεταβλητές ενδιαφέροντος, ενώ η δεύτερη περίπτωση είναι αυτή που βοηθάει να ανακαλύψουμε τις στάσεις που διαμορφώνει ο εργαζόμενος και ποια τμήματα της εργασίας προκαλούν ικανοποίηση ή μη-ικανοποίηση. Η ανάλυση της δομής των διαστάσεων της εργασίας έχει αποτελέσει διαχρονικά αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης.

Στόχος των περισσότερων μελετών ήταν μέσω της στατιστικής ανάλυσης να ομαδοποιηθούν ομοειδής διαστάσεις της εργασίας και κατέληξαν σε διάφορες δομές περιλαμβάνοντας 4 κύριες διαστάσεις:

- τις ανταμοιβές,
- τους ανθρώπους στο χώρο της εργασίας,
- τη φύση και τα χαρακτηριστικά της εργασίας και
- το οργανωτικό πλαίσιο (Κατσάμπα 2012).

Αναφέρθηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση έχει αναγνωριστεί ως μια πολύπλοκη και πολυπαραγοντική έννοια που περιλαμβάνει τα συναισθήματα των εργαζομένων σχετικά με το σύνολο των εγγενών και εξωγενών χαρακτηριστικών της (Spector, 1997; Mache et al., 2009). Τα εγγενή προέρχονται από εσωτερικές ανταμοιβές όπως η ίδια η εργασία και οι ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση και τα εξωγενή από εξωτερικές ανταμοιβές όπως οι

οικονομικές απολαβές, η πολιτική της εταιρείας και η υποστήριξη, οι συναδέλφοι, το αίσθημα ασφάλειας και οι ευκαιρίες για προαγωγή (Misener et al., 1996).

Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση σε οργανισμούς υγειονομικής φροντίδας εκτός από τις σχέσεις γιατρών-νοσηλευτών είναι το εργασιακό άγχος με αρνητική συσχέτιση και η αυτονομία του ρόλου με θετική συσχέτιση (Zangaro & Soeken, 2007). Η επαναλαμβανόμενη εργασία και η μονοτονία του ρόλου μειώνουν την ικανοποίηση από την εργασία, ενώ η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η ενημέρωση και η φιλική σχέση με τους συναδέλφους επιδρούν θετικά στην επαγγελματική ικανοποίηση. Θετικά επιδρούν η αίσθηση της δικαιοσύνης στις οικονομικές απολαβές μαζί με την ευκαιρία ανέλιξης και προαγωγής σύμφωνα με τους Price & Mueller (1981) *οι οποίοι κατέδειξαν και τη θετική σχέση της ικανοποίησης με την διάθεση παραμονής στην ίδια εργασία*. Στη μελέτη της McNeese-Smith (1999) οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων αφορούν την φροντίδα του ασθενούς, το εργασιακό περιβάλλον (γενικά), ο ισορροπημένος φόρτος εργασίας, οι σχέσεις με τους συναδέλφους, οι μισθοί και οι παροχές (οικονομικές), το πολιτιστικό υπόβαθρο των συναδέλφων και η φάση της σταδιοδρομίας τους (Κρεμετή 2010).

Η εργασιακή ικανοποίηση έχει συνδεθεί όμως και με άλλες επί μέρους μεταβλητές, όπως είναι η κινητικότητα στο χώρο εργασίας και η τάση για αποχώρηση (Carsten και Spector 1987, Robbins 2001), η ψυχολογική και η σωματική ευεξία του εργαζομένου και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out syndrome) (Poghosyan 2008, Reader et al 2008), οι συχνές απουσίες από την εργασία (Robbins 2001, De Jonge et al 1999), η αποδοτικότητα του εργαζομένου και η παραγωγικότητα (Judge et al 2001), η ικανοποίηση των πελατών του οργανισμού ή της επιχείρησης (Fosam 1998), οι σχέσεις με την οικογένεια και τους ρόλους εντός αυτής, για παράδειγμα ο ρόλος του εργαζομένου ως γονέα (Bedeian et al 1998, Rice et al 1992, Stewart και Barling 1996) και η αίσθηση της ικανοποίησης από τη ζωή (Judge και Watana 1993, Makris et al 2011)

Οι Mosadeghrad et al., (2008) κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση σε ατομικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οργανωσιακούς και περιβαλλοντικούς. Οι ατομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την προσωπικότητα, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη διάρκεια της επαγγελματικής εμπειρίας, την ατομική ευφυΐα και τις ατομικές δεξιότητες. Στους κοινωνικούς παράγοντες ανήκουν οι σχέσεις με τους συναδέλφους, τις ομάδες εργασίας και δύναμης μέσα στον επαγγελματικό χώρο, οι κανονισμοί και ευκαιρίες αλληλεπίδρασης. Οι πολιτιστικοί παράγοντες αφορούν στις στάσεις, τις πεποιθήσεις και το αξιακό σύστημα του ατόμου. Οι οργανωσιακοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις συνθήκες εργασίας, την οργανωτική δομή του οργανισμού, τις πολιτικές, τις διαδικασίες αλλά και την

εποπτεία (supervision) καθώς και το στυλ της ηγεσίας (leadership) με τα συστήματα διοίκησης. Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες αναφέρονται οι εκτός οργανισμού εξωτερικές επιρροές όπως οι οικονομικές, πολιτικές και κυβερνητικές. (Κρεμετή 2010).

1.6. Εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης προσωπικού

1.6.1. Περιγραφή των κυριότερων χρησιμοποιούμενων ερωτηματολογίων

Η εργασιακή ικανοποίηση μετριέται είτε μέσω ερωτηματολογίων ή με δομημένες συνεντεύξεις. Παρά τα πλεονεκτήματα των συνεντεύξεων όπως η αναλυτικότερη και πληρέστερη πληροφορία σε σχέση με τα ερωτηματολόγια τα μειονεκτήματα της μεθόδου όπως το αυξημένο κόστος και ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση της έρευνας την καθιστούν λιγότερο χρησιμοποιούμενη. Η συνηθέστερη χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι μέσω ερωτηματολογίων καθώς τα δεδομένα είναι ευκολότερο να συλλεχθούν αλλά και να επεξεργαστούν, σε συντομότερο χρονικό διάστημα και μπορεί να προσεγγιστεί μεγαλύτερος αριθμός ατόμων ως δείγμα.

Τα μεθοδολογικά εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα εμφανίζουν πολλά πλεονεκτήματα κατά την εφαρμογή και χρήση τους, κυρίως γιατί έχει ελεγχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα τους, όπως επίσης γιατί καλύπτουν τις βασικές διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης όπως περιγράφηκαν στις προηγούμενες παραγράφους. Μειονέκτημα ωστόσο μπορεί να θεωρηθεί η εφαρμογή ενός εργαλείου « για κάθε χρήση» καθώς υπάρχει η πιθανότητα αποτυχίας να εντοπίσει παραμέτρους της ικανοποίησης που αφορούν μόνο τον συγκεκριμένο οργανισμό μέσα στον οποίο γίνεται η μέτρηση. (spector 1997) (αρθρο 13).

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες κλίμακες μέτρησης ικανοποίησης είναι οι παρακάτω:

1. **Job Satisfaction Measure (JSM)**. Αποτελεί την πρώτη συστηματική προσπάθεια δημιουργίας κλίμακας μέτρησης ικανοποίησης. Έγινε από τον Hoprock το 1935 για να καταγράψει τη συνολική ικανοποίηση. Περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις με ισοδυναμία στην αξιολόγηση των απαντήσεων οι οποίες καταγράφονται σε επταβάθμια κλίμακα, των οποίων το άθροισμα δίνει τη συνολική ικανοποίηση. Παρόλο που είναι παλιά εμφανίζει αυξημένη αξιοπιστία στις μετρήσεις ακόμα και σε σχέση με μεταγενέστερα επιβεβαιωμένα εργαλεία. (Mc Nichols et al, 1978) αρθρο 13
2. **Job Satisfaction Index (JSI)**. Οι Brayfield και Roth το 1951 διαμόρφωσαν κλίμακα με 18 στοιχεία η οποία περιλαμβάνει όλες τις διαστάσεις της εργασίας και οι απαντήσεις καταγράφονται σε πενταβάθμια κλίμακα με 1 «Συμφωνώ» και 5 «Απολύτως διαφωνώ».

3. **The Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)**. Αποτελεί δοκιμασμένη και αξιόπιστη κλίμακα, διαθέσιμη σε 2 εκδόσεις, την πλήρη με 100 στοιχεία ομαδοποιημένα σε 5 ενότητες των 20 και την σύντομη με 20 στοιχεία. Αναπτύχθηκε από ομάδα ερευνητών το 1967 και εξακολουθεί να είναι αρκετά δημοφιλής. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε πενταβάθμια κλίμακα «πολύ ικανοποιημένος» έως «πολύ δυσαρεστημένος» και στα πλεονεκτήματα της περιλαμβάνεται η προσέγγιση ενός στοιχείου της ικανοποίησης από διαφορετικές οπτικές γωνίες (συναισθηματική αλλά και τεχνική κτλ)
4. **The Job Descriptive Index (JDI)**. Οι Smith Kendall και Hulin το 1969 ανέπτυξαν την κλίμακα αυτή, που είναι η δημοφιλέστερη μεταξύ των ερευνητών της οργανωσιακής συμπεριφοράς. Προσεγγίζει 5 διαστάσεις της ικανοποίησης συγκεκριμένα: φύση εργασίας, αμοιβές, προαγωγές, επίβλεψη και συναδέλφους. Απαντάται με ναι/όχι/δεν είμαι σίγουρος και οι δηλώσεις που περιλαμβάνονται είναι τόσο θετικές όσο και αρνητικές (δηλαδή ικανοποίησης ή μη-ικανοποίησης)
5. **The Job Diagnostic Survey (JDS)** των Hackman και Oldman του 1975 σχεδιάστηκε ως μια γενικότερη κλίμακα μέτρησης της επίδρασης των χαρακτηριστικών της εργασίας στα άτομα και κάποια από τα στοιχεία μετρούν την ικανοποίηση από την εργασία. Μία υποκλίμακα μετρά τη συνολική ικανοποίηση ενώ επιπλέον ειδικότερες κλίμακες καταγράφουν την επίδραση που έχουν στη συνολική ικανοποίηση τα επιμέρους χαρακτηριστικά. Εφαρμόζεται επτάβαθμη κλίμακα, διακριτή για το σύνολο του εργαλείου και για το μέρος της ικανοποίησης. (Cook et al 1981).
6. **The Job in General Scale (JGS)** η οποία επικεντρώνεται στη μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης καθώς οι συντάκτες της δεν αποδέχονται την ύπαρξη επιμέρους συστατικών το άθροισμα των οποίων δίνουν την τελική εκτίμηση. Συντάχθηκε από τους Ironson et al 1989, αποτελείται από 18 στοιχεία και οι απαντήσεις είναι τριπλής επιλογής (spector 1997)
7. **The Job Satisfaction Survey (JSS)** που περιγράφεται στη συνέχεια αναλυτικότερα.

Πλήθος άλλων εργαλείων έχουν χρησιμοποιηθεί σε μικρότερο βαθμό και τα οποία αναλυτικά περιγράφονται στην εργασία των Cook et al (1981) οι οποίοι διενήργησαν ανασκόπηση μελετών εργασιακής συμπεριφοράς. Επίσης οι Castillo και Cano (2004) αναφέρουν σε μελέτη τους ότι μέχρι το 1994 πάνω από 12.400 επιστημονικά άρθρα πραγματεύτηκαν το ζήτημα της εργασιακής ικανοποίησης χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια από αυτά που περιγράφηκαν με λεπτομέρεια παραπάνω. (αρθρο 13 όλα)

1.6.2. Το ερωτηματολόγιο JSS

Στην ενότητα που προηγήθηκε παρουσιάστηκαν τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης και την εξελικτική τους πορεία διαχρονικά. Κάθε συμπλήρωση τους με νέες διαστάσεις καθώς οι αναγκαίες προσαρμογές για τη μέτρηση εντός οργανισμών με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά οδήγησε σε νέα εργαλεία οι συντάκτες των οποίων τα χρησιμοποίησαν αρχικά για εξειδικευμένα εργασιακά περιβάλλοντα.

Ο Spector, 1985 ανέπτυξε το συγκεκριμένο εργαλείο ειδικά για δημόσιους και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες με την εμπλοκή ανθρώπινου δυναμικού. Η προσέγγιση του είναι βασισμένη όχι στην συναισθηματική αλλά στην αξιολογική προσέγγιση της ικανοποίησης και με αυτή διαμορφώθηκε και το σύνολο του ερωτηματολογίου. Ανάμεσα στους κύριους λόγους που οδήγησαν την σύνταξή του περιγράφονται η αδυναμία προϋπαρχόντων εργαλείων να εφαρμοστούν ειδικά σε οργανισμούς εντάσεως εργασίας και οι σημαντικές ελλείψεις που παρουσίασαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας του, η μη συμπερίληψη όλων των παραμέτρων που ήθελε να ερευνήσει, η αλληλοεπικάλυψη και η μη διακριτή εννοιολογική ενότητα μεταξύ των υποκλιμάκων των παλαιότερων ερωτηματολογίων αλλά και η μεγάλη έκταση όσων θεωρούσε ο ίδιος μέχρι εκείνη τη στιγμή αξιόπιστα, αποφασίζοντας το νέο ερωτηματολόγιο να μην ξεπερνά τις 40 δηλώσεις.

Στο πλαίσιο αυτό το «The Job Satisfaction Survey (JSS)» αναπτύχθηκε από τον Spector το 1985 και μετρά εννέα διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης καθώς και τη συνολική ικανοποίηση. Σε κάθε διάσταση περιλαμβάνονται 4 στοιχεία δηλαδή συνολικά 36 και οι απαντήσεις καταγράφονται σε εξαβάθμια κλίμακα από «συμφωνώ πάρα πολύ» έως «διαφωνώ πάρα πολύ».

Οι εννέα διαστάσεις που όρισε ο Spector είναι: οι αμοιβές, οι ευκαιρίες προαγωγής, οι άμεση επίβλεψη (supervision), οι πρόσθετες παροχές, οι πιθανές ανταμοιβές χρηματικές και μη, οι λειτουργικές συνθήκες εργασίας, οι συνάδελφοι, η φύση της εργασίας και οι συνθήκες επικοινωνίας. Η διάρθρωση των δηλώσεων –αλλά και του συνολικού ερωτηματολογίου- παρουσιάζεται αναλυτικά στο παράρτημα I της παρούσης, με τη μορφή του μεταφρασμένου στα ελληνικά ερωτηματολογίου του Spector όπως δημοσιεύτηκε το 1985.

Το ερωτηματολόγιο JSS περιλαμβάνεται στα 7 ψυχομετρικά εργαλεία που πληρούν τα ποιοτικά κριτήρια για αξιοπιστία και εγκυρότητα σύμφωνα με την ανάλυση των van Saane *et al.* (2003). Στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Κρεμετή

2010), με την προσθήκη στο τελικώς χρησιμοποιούμενο μεθοδολογικό εργαλείο 10 ερωτήσεων που σχετίζονται με τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (φύλο, ηλικιακή κατηγορία, κλίμακα μισθού, ειδίκευση, διάρκεια υπηρεσίας στο νοσοκομείο, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση). Όπως αναφέρεται από τη μελετήτρια, προέλεγχος του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τον Γεροβασιλείου (2009) κατά την έρευνα ικανοποίησης των εργαζομένων του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, και μέσα στα πλαίσια πολιτισμικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου (cross-cultural adaptation) (Κρεμετή 2010). Πιο πρόσφατα, το ερωτηματολόγιο JSS χρησιμοποιήθηκε και στη συγκριτική αποτίμηση της ικανοποίησης προσωπικού μεταξύ δυο νοσοκομείων στην Ελλάδα (Πελεχάς και Αντωνιάδης 2013).

Κεφάλαιο 2.

2.1. Βιβλιογραφική αναζήτηση για το ζήτημα των συγχωνεύσεων

2.1.1. Η Διεθνής εμπειρία: οφέλη και περιορισμοί από την εφαρμογή των συγχωνεύσεων

Όπως προαναφέρθηκε, οι συγχωνεύσεις εντάσσονται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο εξορθολογισμού της παροχής υγειονομικής φροντίδας και εφαρμόζονται παράλληλα με παρεμβάσεις και σε άλλα επίπεδα, διοικητικά (διοίκηση, συστήματα προμηθειών, συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα κτλ). Η διεθνής εμπειρία έχει καταγράψει τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα από τη διαδικασία, τα οποία μπορεί να εμφανίζονται σε διαφορετικά χρονικά στάδια εντός του ίδιου συστήματος και επηρεάζονται από την προϋπάρχουσα δομή αλλά και την συνολική πολιτική πραγματικότητα. Παρουσιάζονται στη συνέχεια ορισμένα ενδεικτικά ευρήματα από μελέτες κυρίως στον ευρωπαϊκό χώρο όπως έχουν αποδελτιωθεί σε μελέτες της ΕΣΔΥ για την αναμόρφωση του Υγειονομικού Χάρτη καθώς και του καθηγητή κ. Λιαρόπουλου επικεφαλής της ομάδας εργασίας που διαμόρφωσε την πρόταση του 2011 για τις συγχωνεύσεις μεταξύ άλλων των νοσοκομείων στην Ελλάδα. (Τσαβαλιάς και συν, 2012).

Στη μελέτη των Roos και Shapiro (1995) αναφέρεται ότι η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας όσο και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαιτίας της μείωσης των κλινών δεν μεταβάλλονται μετά από διαρθρωτικές αλλαγές που καταλήγουν σε συγχωνεύσεις. Επίσης, το ποσοστό των επανεισαγωγών και των επισκέψεων στους ιατρούς παραμένουν σταθερά. Τέλος, αμετάβλητο παρέμεινε και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αναφοράς της συγκεκριμένης περιοχής.

Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου του York (1996), η συγκέντρωση των υπηρεσιών επηρεάζει αρνητικά την πρόσβαση των ασθενών σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει απειλή για την ανθρώπινη ζωή, όπως για εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και πρωτοβάθμια φροντίδα, ενώ δεν καταγράφεται καμία επίδραση στις περιπτώσεις αντικαρκινικής θεραπείας για παράδειγμα. Σε μελέτη δημοσιευμένη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα καταγράφονται στις περιπτώσεις όπου μικρές νοσοκομειακές μονάδες, ειδικά σε αγροτικές περιοχές, καταργούνται και μετατρέπονται σε μεγάλα κέντρα υγείας ικανά να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού και να διαχειριστούν το μικρό κίνδυνο. Τα αποτελέσματα πολλαπλασιάζονται όταν η διασύνδεση αυτών των μονάδων με δομές υψηλότερης βαθμίδας είναι στενή και άμεση.

Το θέμα του μεγέθους νοσοκομειακών μονάδων και η επίτευξη οικονομιών κλίμακας, δηλαδή η επίτευξη μικρότερου κόστους ανά λειτουργία όσο αυξάνει το μέγεθος του οργανισμού έχει απασχολήσει επίσης τους ερευνητές. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών έχει επικρατήσει ως ένας δείκτης της αποδοτικής λειτουργίας του νοσοκομείου και η εύρεση του ιδανικού μεγέθους του νοσοκομείου αποτελεί ζητούμενο των μελετών διαχρονικά. Σύμφωνα με μελέτη του Πανεπιστημίου του York (1996) η εμφάνιση των οικονομιών κλίμακας είναι συνήθης στην περίπτωση των νοσοκομείων 100–200 κλινών, ενώ τα νοσοκομεία με περισσότερες κλίνες (300-600 κλίνες) παρουσιάζουν αντιοικονομίες κλίμακας. Επίσης, σύμφωνα με τους Kristensen et al (2008) το ιδανικό μέγεθος ενός νοσοκομείου στη Δανία κυμαίνεται μεταξύ 204,9 έως 275,2 κλινών. Σε άλλες σκανδιναβικές χώρες π.χ. στη Νορβηγία, οι περισσότερες συγχωνεύσεις δεν είχαν σημαντικές επιδράσεις στην τεχνική αποδοτικότητα και το κόστος με εξαίρεση τις περιπτώσεις συγχώνευσης πολλών μικρών νοσοκομείων στο βαθμό κατά τον οποίο οι διοικητικές υπηρεσίες και τα επείγοντα οργανώνονται σε κεντρικό επίπεδο (Kittelsen και Magnussen 2002).

Διαφαίνεται λοιπόν ότι οι εξοικονόμηση πόρων δεν προκύπτει απαραίτητα με τη συγχώνευση των νοσοκομειακών μονάδων σε μια γραμμική σχέση. Στη μελέτη των Kristensen et al (2010) διερευνήθηκαν τα πιθανά οφέλη από τη συγχώνευση νοσοκομείων στη Δανία. Τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι συγχωνεύσεις δεν οδηγούν σε μείωση κόστους καθώς οι νέοι οργανισμοί γίνονται λιγότερο ευέλικτοι λόγω μεγαλύτερου αριθμού αρμοδιοτήτων (νοσηλείας, διοικητικών κ.α.) που πρέπει να διαχειριστούν και τελικά εμφανίζουν αντιοικονομίες κλίμακας. Το ενδιαφέρον εύρημα αφορά ότι σε άλλες περιπτώσεις παρατηρήθηκαν σημαντικές μειώσεις στο κόστος, οι οποίες φαίνεται ότι προέρχονταν από την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών, τη βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας και την εκμετάλλευση των οικονομιών φάσματος. Η μείωση του κόστους ως συνέπεια της πολιτικής μείωσης των κλινών δεν είναι η αναμενόμενη κυρίως εξαιτίας της ανάπτυξης εναλλακτικών δομών παροχής φροντίδας υγείας, δηλαδή για παράδειγμα ηλικιωμένοι που κατέφευγαν στο νοσοκομείο για μια εξέταση ή ιατρική πράξη καθημερινής ρουτίνας εξυπηρετούνταν πλέον από εναλλακτικές δομές που διαμορφώθηκαν εκτός νοσοκομείου (McKee 2004).

Ως προς την παράμετρο της τεχνικής αποδοτικότητας των συγχωνευμένων μονάδων, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι θετικά και ως προς το κόστος νοσηλείας, και την ποιότητα φροντίδας προς τον ασθενή χρήστη. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο της αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας, μελέτες ως προς τα οικονομικά οφέλη από τη λειτουργία χειρουργικών μονάδων μιας ημέρας είναι πολύ αρκετά ικανοποιητικά στη Μεγάλη Βρετανία και την Ισπανία. Ειδικότερα έχει καταγραφεί μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, με αποτέλεσμα να μειώνονται

οι λίστες αναμονής αλλά και να απελευθερώνονται μονάδες και πόροι για την αντιμετώπιση και διαχείριση των επειγόντων περιστατικών. Αντίστοιχα παρατηρείται βελτίωση στον προγραμματισμό και την οργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (χειρουργικών επεμβάσεων) με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πιο αποδοτικά οι πόροι, αλλά και μείωση του απαιτούμενου προσωπικού και οι νυχτερινές βάρδιες. Ως προς το κόστος λειτουργίας των χειρουργείων έχει υπολογιστεί ότι το νοσοκομειακό κόστος μειώνεται από 25% έως 68% εξαρτώμενο από το είδος της επέμβασης (Castoro et al 2007, Ministry of Health 2008, Department of Health 2002).

Στη μελέτη της ΕΣΔΥ αναφέρεται επίσης ότι η αποδοτικότητα μιας μονάδας υγείας καθορίζεται όχι μόνο από το μέγεθός της αλλά και άλλους παράγοντες όπως το είδος των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το νοσοκομείο, η βαρύτητα των περιστατικών που δέχεται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά συνέπεια συνοψίζοντας τη διεθνή εμπειρία, η απόφαση για τη συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων ή τη μείωση των κλινών δεν πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε οικονομικά μεγέθη και εκτιμήσεις. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες κοινωνικές παραμέτρους όπως για παράδειγμα το οικονομικό κόστος μετακίνησης των ασθενών στις μονάδες υγείας, το κόστος χρόνου, καθώς και την ανάγκη ύπαρξης μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας σε μια περιοχή με βάση το φορτίο νοσηρότητας ή την ανάγκη δημιουργίας μιας μονάδας επειγόντων περιστατικών.

2.1.2. Συγχωνεύσεις στην Ελλάδα και ο νόμος 4052/12

Με αφορμή την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, ξεκίνησε η συζήτηση για τους τρόπους εξοικονόμησης πόρων στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ο διάλογος για την αναδιάταξη ξεκίνησε με εξαγγελία του τότε Υπουργού Υγείας Ανδρέα Λοβέρδου στις αρχές του 2011. Έξι μήνες αργότερα, υπήρξε το τελικό σχέδιο το οποίο βασίστηκε στα πορίσματα των επιτροπών υπό τους Καθηγητές κ. Κυριόπουλο και κ. Λιαρόπουλο, το οποίο κατατέθηκε για διαβούλευση. Αφορούσε τόσο μελέτη της αναδιοργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όσο και προτάσεις για τη συγχώνευση και εξορθολογισμό της λειτουργίας της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης μέσω και των συγχωνεύσεων οργανισμών και νοσοκομείων. Οι παράγοντες που ελήφθησαν υπόψη ως κριτήρια για τη συγχώνευση των νοσοκομείων, μπορούν να συνοψιστούν:

- Στον εξυπηρετούμενο πληθυσμό (όγκο ασθενών) από κάθε νοσοκομειακή μονάδα και τον συνολικό πληθυσμό στην περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου
- Στο μέγεθος του νοσοκομείου
- Στην ένταση της αξιοποίησης του νοσοκομείου, π.χ. αριθμός κλινών που παραμένουν κενές/αναξιοποίητες

- Στην οικονομική αποδοτικότητα του νοσοκομείου σε σχέση με το παραγόμενο έργο από τους διατιθέμενους υγειονομικούς πόρους
- Στην ποιότητα των υποδομών του νοσοκομείου (παλαιότητα, ανάγκες εκσυγχρονισμού κ.α.) (Λιαρόπουλος 2011, Φραγκιαδάκης 2013)

Η μορφή του νέου χάρτη στο ΕΣΥ που διαμορφώθηκε πάνω σε αυτές τις προτάσεις, έπειτα από δημόσια διαβούλευση του Υπουργείου Υγείας με τους εμπλεκόμενους φορείς, κατέληξε τον Ιούλιο του 2011 στην πρόταση για την αναδιάταξη των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, όπου προβλεπόταν:

- Συνδιοίκηση νοσοκομείων, με 82 διοικήσεις (αντί 131) και σύνολο 145 διοικητών και αναπληρωτών (αντί 175).
- Μείωση των οργανικών κλινών σε 35.360 (+ 1.990 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης) από 46.783, που ήταν πλασματικές.
- Μείωση κατά περίπου 600 στα υφιστάμενα ιατρικά νοσηλευτικά τμήματα και μονάδες, που έφταναν τα 2.000 κλινικά και τα 1.000 εργαστηριακά.
- Μείωση κατά 15.000 των (κενών) οργανικών θέσεων, με διατήρηση όλων των υπηρετούντων και περιθώριο για τις τότε εξαγγελθείσες προσλήψεις, και μετατροπές χρήσης 8 νοσοκομείων - Κέντρων Υγείας (Tsavalias et al 2012)

Σύμφωνα με δηλώσεις του τότε γ.γ Υπουργείου Υγείας κ. Πολύζου η νέα δομή του συστήματος υγείας, η οποία ολοκληρώθηκε με τον νόμο 4052/12, εξασφάλισε με τις πρόνοιες της ενιαία διοίκηση, προγραμματισμός, πρόγραμμα προμηθειών, τεχνικές και πληροφοριακές υπηρεσίες για το σύνολο των υγειονομικών μονάδων της χώρας. Επιπλέον καλύτερο συντονισμό των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών και τέθηκαν οι βάσεις και το πλαίσιο μεταφοράς θέσεων προσωπικού και εξορθολογισμού της διάρθρωσης των διοικητικών υπηρεσιών των νοσοκομείων.

Ωστόσο, ο συντάκτης της έκθεσης για τις συγχωνεύσεις κ. Λιαρόπουλος ανοικτά αναφέρθηκε σε περιορισμένη και ατελή εφαρμογή των προτάσεων του, περισσότερο με τη μορφή συνδιοίκησης κάποιων μονάδων χωρίς την υλοποίηση των προβλεπόμενων συγχωνεύσεων περίπου 30 μονάδων, και κυρίως χωρίς την αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού χάρτη που θα επέτρεπε την εξοικονόμηση κονδυλίων. Έθεσε δε ως προϋπόθεση για την αποδοτική εφαρμογή της την

αδιαπραγμάτευτη πολιτική βούληση σε ανώτατο επίπεδο και τη δημιουργία μίας ομάδας διοίκησης έργου με αρμοδιότητα απευθείας συνεργασίας με τις υπηρεσίες του υπουργείου για την έκδοση όλων των απαραίτητων διοικητικών πράξεων και αποφάσεων. (Εφημερίδα ΕΘΝΟΣ)

Συμπεράσματα γενικού μέρους

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναδείχτηκε η σημαντικότητα των συγχωνεύσεων υγειονομικών οργανισμών ως ένα μέσο για τη βελτίωση της αποδοτικότητας τους, το οποίο όμως δεν έχει πάντα τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά ποικίλουν, και κατά το σχεδιασμό των παρεμβάσεων θα πρέπει να λαμβάνονται μεταξύ άλλων υπόψιν παράγοντες όπως η γεωγραφική κατανομή των υποδομών και η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, το υπάρχον μοντέλο διοίκησης και οι πολιτικές καταστάσεις που επικρατούν, προκειμένου να τεθούν τα σωστά ερωτήματα για να ληφθούν οι σωστές απαντήσεις. Επίσης, ο σχεδιασμός αυτός για να είναι αποδοτικός οφείλει να είναι μακροχρόνιος καθώς είναι πιθανόν τους πρώτους μήνες ή και χρόνια να εμφανίζονται αρνητικές συνέπειες οι οποίες όμως στην πορεία με διορθωτικές δράσεις μπορούν να βελτιωθούν.

Η ικανοποίηση των εργαζομένων στον υγειονομικό κλάδο, ως συναισθηματική κατάσταση επηρεάζεται από τις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στο εργασιακό τους περιβάλλον, καθώς και από την ατομική τους ιδιοσυγκρασία. Παράγοντες όπως ο τύπος διοίκησης, οι σχέσεις με τους συναδέλφους, ο φόρτος εργασίας, το αίσθημα ασφάλειας και δυνατότητας αξιοποίησης των προσωπικών δεξιοτήτων στο πλαίσιο της εργασίας έχουν αντίκτυπο στην αποδοτικότητα των εργαζομένων και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους χρήστες. Παρά τις σημαντικές τεχνολογικές εξελίξεις σε όλους τους τομείς στην υγεία κυρίως τα τελευταία 20 χρόνια, ο κλάδος παραμένει εντάσεως εργασίας, και επιπλέον έχει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του που σχετίζονται με τις ανθρώπινες σχέσεις και κυρίως τη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή.

Για τους λόγους αυτούς αξίζει να μελετηθούν παράλληλα η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τις πρόσφατες αλλαγές στη διοικητική διάρθρωση της υγειονομικής φροντίδας στη χώρα μας. Τα ευρήματα μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα για περαιτέρω έρευνα, μεταξύ του σχεδιασμού και των αποτελεσμάτων των συγχωνεύσεων με στόχο την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών στους τελικούς χρήστες.

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία

3.1. Εισαγωγή

Όπως περιγράφεται αναλυτικά και στο γενικό μέρος της εργασίας η συγχώνευση κλινικών ή νοσοκομείων είναι μια πρακτική που εφαρμόζεται στην Ευρώπη εδώ και μία 20ετία τουλάχιστον. Η κεντρική στόχευση των συγχωνεύσεων είναι η μείωση του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων καθώς και η καλύτερη διαχείριση πόρων.

Στην Ελλάδα η συγχώνευση μονάδων (κλινικών ή νοσοκομείων) δεν είχε προχωρήσει πριν το 2008. Η οικονομική κρίση και η αναγκαιότητα περιορισμού των δαπανών γενικά, αλλά και ειδικά στον χώρο της Υγείας, συνέβαλε σημαντικά ώστε να εφαρμοσθεί η συγκεκριμένη πρακτική. Ο νόμος 4052/12 είναι ο κεντρικός νόμος με τον οποίο επιχειρήθηκε η συγχώνευση μονάδων στον χώρο της Υγείας.

Η συζήτηση για τα αποτελέσματα της συγχώνευσης παρουσιάζει θετικές και αρνητικές αναφορές στη βιβλιογραφία σε ότι αφορά την κεντρική στόχευση (πόροι, μείωση κόστους λειτουργίας). Όμως άλλοι παράγοντες όπως η ικανοποίηση των ασθενών αλλά και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ή η αποτελεσματικότητα του συστήματος είναι υπό διερεύνηση.

3.2. Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης είναι να μετρηθεί κατά πόσο η συγχώνευση των νοσοκομειακών τμημάτων στην Ελλάδα έχει επηρεάσει την ικανοποίηση στην εργασία του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού. Για να επιτευχθεί ο σκοπός μια σειρά κεντρικών στόχων επιχειρούν να απαντηθούν όπως:

- α)** η μέτρηση της μεταβολής ικανοποίησης του προσωπικού μεταξύ συγχωνευμένων και μη τμημάτων
- β)** η μέτρηση της μεταβολής ικανοποίησης του προσωπικού πριν και μετά την εφαρμογή του νόμου 4052/12.

Ειδικότεροι στόχοι που θα εξετασθούν στην παρούσα μελέτη αφορούν την διαφοροποίηση της ικανοποίησης από παράγοντες όπως:

- α)** Την κατηγορία προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές)
- β)** Τους δημογραφικούς παράγοντες (π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση)

γ) Τους επαγγελματικούς οικονομικούς παράγοντες (π.χ. εισόδημα, ώρες εργασίας)

Τέλος θα καταγραφεί ποιες υποκλίμακες της ικανοποίησης όπως προνόμια, αμοιβές, προαγωγή κ.ά. επηρεάζονται περισσότερο από την συγχώνευση αλλά και τους δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες.

3.3. Πληθυσμός και δείγμα μελέτης

3.3.1. Επιλογή κλινικών

Τα νοσοκομεία Βενιζέλειο-Πανάνειο και Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου είναι τα δύο δημόσια νοσοκομεία του Ηρακλείου που επιλέχθηκαν για την μελέτη. Στο κείμενο οι συντομογραφίες **Βενιζέλειο** και **ΠαΓΝΗ** θα χρησιμοποιούνται σε πίνακες ή διαγράμματα.

Από το σύνολο των κλινικών που ανήκουν στα δύο νοσοκομεία επιλέχθηκαν οι κλινικές Ορθοπαιδική, Παιδιατρική και Χειρουργική. Οι κλινικές αυτές είναι συγχωνευμένες στο Βενιζέλειο ενώ δεν έχουν συγχωνευθεί ακόμα στο ΠαΓΝΗ.

3.3.2. Δείγμα μελέτης

Το δείγμα χαρακτηρίζεται ως δείγμα ευκολίας και περιέχει όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις επιλεγμένες κλινικές. Το σύνολο των νοσηλευτών είναι 72 άτομα ενώ το σύνολο των γιατρών είναι 89 άτομα.,

Από το σύνολο του προσωπικού συμμετείχαν 52 νοσηλευτές και 49 ιατροί με ποσοστά συμμετοχή 51,5% και 48,5% αντίστοιχα.

3.4. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης

3.4.1. Κριτήρια επιλογής ερωτηματολογίου ικανοποίησης

Από τα ερωτηματολόγια που ελέγχθηκαν και παρουσιάζονται στο γενικό μέρος της πτυχιακής επιλέχθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου JSS (Job Satisfaction Survey).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο τηρεί κριτήρια που είχαν τεθεί πριν τη διενέργεια της έρευνας όπως: **α)** Να είναι στα ελληνικά ή μεταφρασμένο-σταθμισμένο στα ελληνικά **β)** να έχει σχετικά ευρεία εφαρμογή σε μελέτες ικανοποίησης **γ)** να είναι σύντομο στην συμπλήρωση του **δ)** να είναι ελεύθερο στη χρήση του

3.4.2. Χαρακτηριστικά ερωτηματολογίου ικανοποίησης

Το JSS είναι ένα ερωτηματολόγιο 36 ερωτήσεων που κατασκευάστηκε από τον Paul E. Spector και την ελληνική του έκδοση, μαζί με τις υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της έρευνας, παρουσιάζονται στο Παράρτημα I.

Οι 36 ερωτήσεις (δηλώσεις) είναι σε κλίμακα Likert με βαθμολογία από το 1-6. Από τις 36 ερωτήσεις οι 17 χαρακτηρίζονται ως «Θετικές» με το 6 να αντιστοιχεί στην ισχυρότερη συμφωνία του ερωτώμενου, ενώ στις υπόλοιπες 19 ως «Αρνητικές» το 6 αντιστοιχεί στην ισχυρότερη διαφωνία.

Από την αρχική ανάλυση του ερωτηματολογίου έχουν εξαχθεί εννέα (9) υποκλίμακες. Η κατανομή των ερωτήσεων ανά παράγοντα και ανά θετικότητα/αρνητικότητα παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα 1.

Πίνακας 1

Συνοπτική περιγραφή ερωτηματολογίου JSS (Job Satisfaction Survey) και η αντιστοίχιση ερωτήσεων με υποκλίμακες

Υποκλίμακα	Θετικές	Αρνητικές
Αμοιβές	1, 28	10, 19
Προαγωγή	11, 20, 33	2
Επίβλεψη	3, 30	12, 21
Προνόμια	13, 22	4, 29
Ανταμοιβές	5	14, 23, 32
Συνθήκες Εργασίας	15	6, 24, 31
Συνεργάτες	7, 25	16, 34
Φύση της Εργασίας	17, 27, 35	8
Επικοινωνία	9	18, 26, 36
Συνολική Ικανοποίηση	Άθροισμα επιμέρους κλιμάκων	

Από την περιγραφή των κλιμάκων οι τιμές όλων των υποκλιμάκων κυμαίνονται από 4-24 ενώ της συνολικής ικανοποίησης από 36-216.

3.5. Συλλογή δεδομένων έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων έγινε στο χώρο εργασίας. Τα επισυναπτόμενα ερωτηματολόγια δόθηκαν από την συγγραφέα της πτυχιακής μέσω της Δ/σης του προσωπικού στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των επιλεγμένων κλινικών. Το σύνολο του προσωπικού που απάντησε ήταν 101 άτομα. Ο χρόνος πραγματοποίησης της έρευνας ήταν από 1/1/2015 - 30/4/2015.

Έγιναν επισκέψεις σε όλες τις βάρδιες προκειμένου να απαντηθούν όσο το δυνατόν περισσότερα ερωτηματολόγια. Μετά την τρίτη επίσκεψη στο ερωτώμενο προσωπικό και εφόσον δεν υπήρξε απάντηση ο ερωτώμενος/-η θεωρήθηκε ως μη συμμετέχων στην έρευνα. Το συνολικό ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα ήταν $101/161=62,7\%$.

3.4.1. Άδειες χρήσεις και συναινέσεις

Έγιναν όλες οι απαραίτητες ενέργειες για την διεξαγωγή της έρευνας. Το πρωτόκολλο καθώς το ερωτηματολόγιο κατατέθηκαν στις επιστημονικές επιτροπές και των δύο νοσοκομείων. Επίσης ενημερώθηκαν και συναίνεσαν για την διεξαγωγή της έρευνας οι Διευθυντές των κλινικών αλλά και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

3.5. Περιγραφή στατιστικών μεθόδων

Οι συνεχείς μεταβλητές περιγράφηκαν κυρίως με τη μορφή της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης (standard deviation-SD). Όπου ήταν απαραίτητο επιπλέον πληροφορίες χρησιμοποιήθηκαν όπως η διάμεσος και η ελάχιστη – μέγιστη τιμή. Οι διακριτές μεταβλητές περιγράφηκαν με την μορφή συχνότητα και %συχνότητας (n (%)). Ο έλεγχος των διαφορών ανάμεσα σε δύο ομάδες της ικανοποίησης όπως μετρήθηκε από το ερωτηματολόγιο JSS αλλά και άλλων συνεχών μεταβλητών, έγινε με το t-έλεγχο ανεξάρτητων δειγμάτων. Για συγκρίσεις συνεχών μεταβλητών για περισσότερες των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανάλυσης διασποράς μίας κατεύθυνσης (one-way ANOVA). Οι διαφορές αλλά και οι σχέσεις μεταξύ δύο διακριτών μεταβλητών έγινε με τον έλεγχο χ^2 του Pearson's. Χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα (bar charts) για την γραφική αναπαράσταση των αποτελεσμάτων.

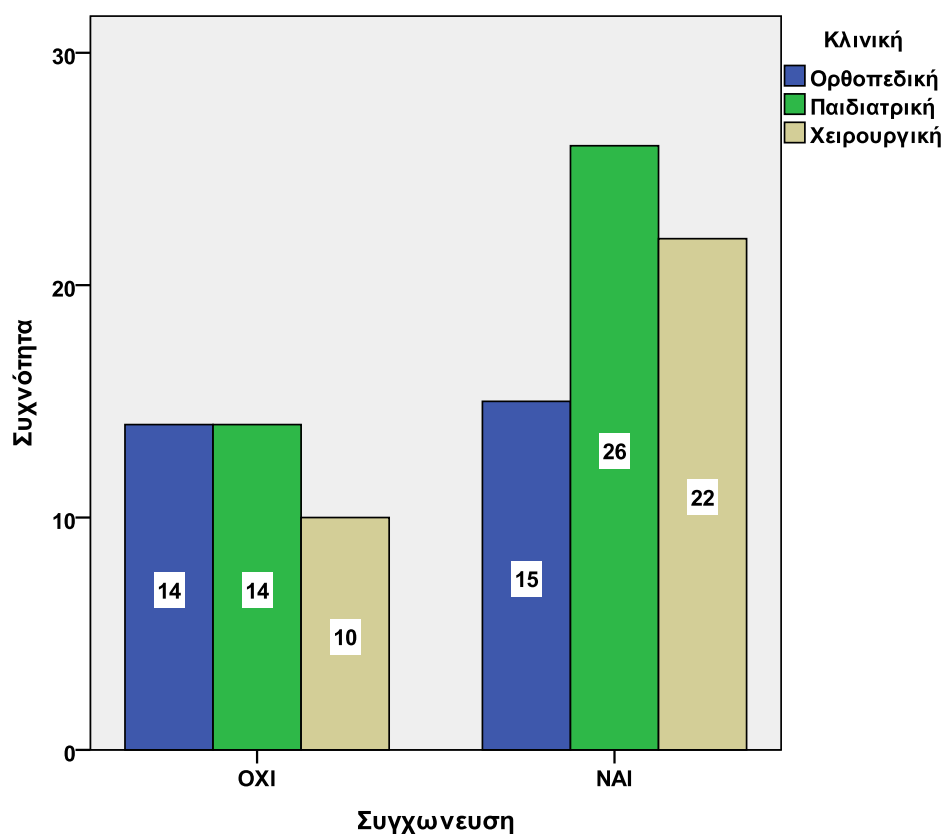
Η καταχώριση των δεδομένων έγινε σε τροποποιημένο λογιστικό φύλο EXCEL 2007 για Windows με χρήση Η στατιστική ανάλυση έγινε με χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS 20.0 ενώ ως επίπεδο σημαντικότητας α χρησιμοποιήθηκε το 0,05.

Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Από τα 161 άτομα στο σύνολο των εργαζομένων (ιατροί – νοσηλευτές) των κλινικών του δείγματος συμμετείχαν στην έρευνα 101 άτομα (ποσοστό συμμετοχής, 62,7%). Η κατανομή των 101 ατόμων ανά νοσοκομείο ήταν 63 άτομα από το Βενιζέλειο (62,4%) και 38 άτομα από το ΠαΓΝΗ (37,6%). Οι κλινικές ορθοπεδική, παιδιατρική και χειρουργική συμμετείχαν στην μελέτη. Οι συγκεκριμένες κλινικές είναι συγχωνευμένες στο Βενιζέλειο ενώ δεν είναι στο Πα.Γ.ΝΗ.

Η κατανομή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ανά κλινική και νοσοκομείο παρουσιάζεται στο Γράφημα 1. Η κατανομή των εργαζομένων δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ανά νοσοκομείο και συγχωνευμένη κλινική ($\chi=2,073$, $df=2$, $p=0,355$).



Γράφημα 1.

Κατανομή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ανά κλινική και νοσοκομείο..

Στον **Πίνακα 2** παρουσιάζονται χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σε συγχωνευμένες και μη συγχωνευμένες κλινικές. Η αναφορά στον Πίνακα 2 σχετίζεται με τις διακριτές μεταβλητές (ειδικότητα, οικογενειακή κατάσταση, φύλο). Το σύνολο των ιατρών που συμμετείχαν ήταν 49 (48,5%) και των νοσηλευτών 52 (51,2%) ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο επάγγελμα ανά συγχωνευμένη κλινική ($\chi^2=1,994$, $df=1$, $p=0,158$). Ο αριθμός των γυναικών (69, 68,3%) υπερτερεί των ανδρών (32, 31,7%), ενώ η κατανομή τους ανά είδος κλινικής (συγχωνευμένης ή μη) δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2=0,180$, $df=1$, $p=0,672$)

Σε ότι αφορά την εκπαίδευση, οι κάτοχοι Master ήταν 9 συνολικά (8,9%) ενώ οι κάτοχοι διδακτορικού 7 (6,9%). Το επίπεδο της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης σε ότι αφορά τους κατόχους Master ανά συγχωνευμένη κλινική δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2=0,077$, $df=1$, $p=0,781$), ενώ η κατοχή PhD παρουσίασε ($\chi^2=7,412$, $df=1$, $p=0,006$). Όταν οι τίτλοι Master και PhD συγχωνεύονται σε μία κατηγορία δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των κλινικών (συγχωνευμένων και μη) ($\chi^2=1,673$, $df=1$, $p=0,196$).

Η οικονομική κατάσταση, όπως αυτοαναφέρεται, δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά στις οικονομικές κλίμακες των συγκρινόμενων κλινικών ($\chi^2=7,776$, $df=4$, $p=0,100$).

Πίνακας 2

Χαρακτηριστικά τους ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα (διακριτές μεταβλητές)

	Μη Συγχωνευμένες	Συγχωνευμένες	Σύνολο		
	N (%)	N (%)	N(%)		
	<i>Ειδικότητα</i>			χ^2	1,994
Ιατροί	15 (39,5%)	34 (54,0%)	49 (48,5%)	df	1
Νοσηλευτές	23 (60,5%)	29 (46,0%)	52 (51,5%)	P	0,158
	<i>Φύλο</i>			χ^2	0,180
Άνδρες	13 (34,2%)	19 (30,2%)	32 (31,7%)	df	1
Γυναίκες	25 (65,8%)	44 (69,8%)	69 (68,3%)	P	0,672
	<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>			χ^2	1,332
Έγγαμος	25 (65,8%)	42 (66,7%)	67 (66,3%)		

Άγαμος	13 (34,2%)	19 (30,2%)	32 (31,7%)	df	2
Χήρος/Διαζευγμένος	0 (0,0%)	2 (3,2%)	2 (2,0%)	p	0,514
<i>Κατοχή Μεταπτυχιακού Τίτλου (Master)</i>				χ^3	0,077
Όχι	35 (92,1%)	57 (90,5%)	92 (91,1%)	df	1
Ναι	3 (7,9%)	6 (9,5%)	9 (8,9%)	P	0,781
<i>Κατοχή Μεταπτυχιακού Τίτλου (PhD)</i>				χ^2	7,412
Όχι	32 (84,2%)	62 (86,4%)	94 (93,1%)	df	1
Ναι	6 (15,8%)	1 (1,6%)	7 (6,9%)	P	0,006
<i>Μισθολογική Κλίμακα</i>					
<800 €	4 (10,5%)	1 (1,6%)	5 (5,0%)	χ^2	7.776
800-100 €	14 (36,8%)	15 (23,8%)	29 (28,7%)	df	4
1000-1200 €	7 (18,4%)	22 (34,9%)	29 (28,7%)	p	0,100
1200-1400 €	7 (18,4%)	12 (19,0%)	19 (18,8%)		
1400-1600 €	6 (15,8%)	13 (20,6%)	19 (18,8%)		

Στον **Πίνακα 3** παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά των ερωτώμενων του δείγματος σε συγχωνευμένες και μη συγχωνευμένες κλινικές σε σχέση με τις συνεχείς μεταβλητές ηλικία, προϋπηρεσία στο νοσοκομείο και προϋπηρεσία στην κλινική). Οι μέσες τιμές της ηλικίας μετρήθηκαν στα 41,2 (8,4) έτη στις μη συγχωνευμένες και στα 42,8 (8,2) έτη στις συγχωνευμένες κλινικές ($t=0,929$, $df=97$, $p=0,355$).

Δεν παρουσιάστηκε επίσης σημαντική διαφορά στις προϋπηρεσίες στο νοσοκομείο ($t=0,429$, $df=99$, $p=0,669$) και στην προϋπηρεσία στις κλινικές ($t=0,184$, $df=99$, $p=0,854$).

Πίνακας 3

Χαρακτηριστικά τους ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα (συνεχείς μεταβλητές)

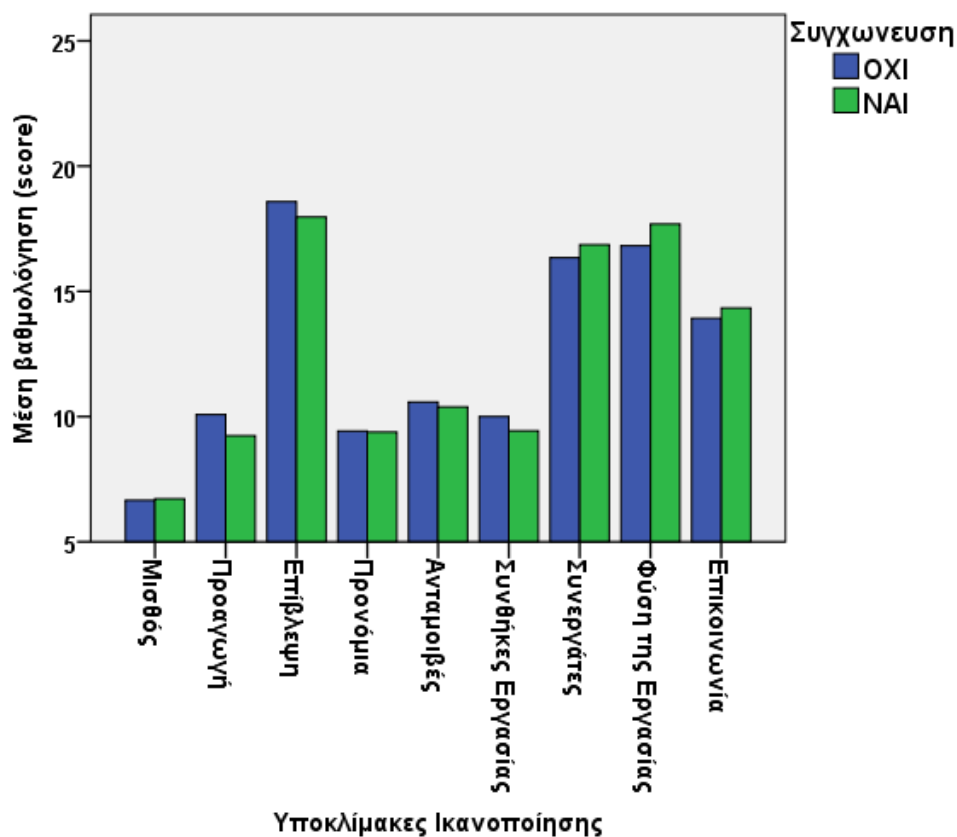
	Μη Συγχωνευμένες	Συγχωνευμένες	Σύνολο	Αποτελέσματα σύγκρισης
Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)				
Ηλικία	41,2 (8.4)	42,8 (8,2)	42,2 (8,3)	$t=0,93$, $df=97$,

					p=0,355
Προϋπηρεσία στο Νοσοκομείο	12,6 (8.4)	13.5 (10,8)	13,2 (9,9)	t=0,43, df=99,	p=0,669
Προϋπηρεσία στην κλινική	9,0 (7.5)	8,7 (8.4)	8,8 (8,1)	t=0,18. df=99,	p=0,854

4.2. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων ικανοποίησης (γενικά αποτελέσματα).

Η συνολική ικανοποίηση όπως μετρήθηκε από το ερωτηματολόγιο JSS δεν παρουσιάζει διαφορά σε σχέση με την συγχώνευση ($t=0,113$, $df=99$, $p=0,910$). Η μέση τιμή της ικανοποίησης (σκορ στο JSS) είναι $112,4 \pm 13,4$ για το προσωπικό των ασυγχώνευτων κλινικών και $112,0 \pm 19,8$ για τις συγχωνευμένες κλινικές (Πίνακας 4).

Στο **Γράφημα 2** παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της ικανοποίησης στις συγχωνευμένες κλινικές.



Γράφημα 2

Μέση βαθμολόγηση (score) των υποκλιμάκων ικανοποίησης JSS στις συγχωνευμένες και μη συγχωνευμένες κλινικές

Επιπρόσθετα οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των ερωτηματολογίων ικανοποίησης JSS ανάμεσα στις συγχωνευμένες και μη συγχωνευμένες κλινικές παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών ικανοποίησης για καμία από τις υποκλίμακες ικανοποίησης ($p>0.05$)

Πίνακας 4.

Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της μετρούμενης ικανοποίησης ανά συγχωνευμένη ή μη κλινική

	Συγχώνευση				Αποτελέσματα		
	ΟΧΙ		ΝΑΙ		Σύγκρισης		
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	t	df	P
Μισθός	6,7	2,5	6,7	3,0	-,098	99	0,922
Προαγωγή	10,1	3,0	9,2	3,5	1,230	99	0,222
Επίβλεψη	18,6	3,7	18,0	4,4	,715	99	0,476
Προνόμια	9,4	3,3	9,4	3,5	,057	99	0,955
Ανταμοιβές	10,6	3,6	10,4	4,5	,231	99	0,817
Συνθήκες Εργασίας	10,0	2,9	9,4	3,4	,853	99	0,396
Συνεργάτες	16,3	3,5	16,9	3,3	-,747	99	0,457
Φύση της Εργασίας	16,8	4,3	17,7	4,1	-1,016	99	0,312
Επικοινωνία	13,9	3,1	14,3	4,0	-,539	99	0,591
Σύνολο	112,4	13,4	112,0	19,8	,113	99	0,910

4.3. Διαφορές στην συνολική ικανοποίηση σε σχέση με δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες

Σε αυτή την ενότητα εξετάζεται η επίδραση των δημογραφικών και των επαγγελματικών παραγόντων στην μετρούμενη με το JSS συνολική και τις επιμέρους ικανοποίησης. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις (SD) των υποκλιμάκων ικανοποίησης (υποκλίμακες μισθός, προαγωγή και επίβλεψη) καθώς και οι επιμέρους συγκρίσεις τους για τις δημογραφικές και επαγγελματικές μεταβλητές.

Από τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι οι άνδρες δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι $11,0 \pm 3,9$, με βάση την υποκλίμακα προαγωγή, σε σχέση με τις γυναίκες $8,9 \pm 2,8$ ($t=3,02$, $df=99$, $p=0.003$). Αντίστροφη στατιστικά σημαντική σχέση υπάρχει ($t=-2,85$, $df=99$, $p=0.005$) στην ικανοποίηση της υποκλίμακας «επίβλεψη» για τις γυναίκες ($19,0 \pm 3,8$) σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους ($16,5 \pm 4,4$). Η ηλικία δείχνει να μην επηρεάζει την προαναφερόμενες υποκλίμακες καθώς επίσης η προϋπηρεσία στην κλινική αλλά και στο νοσοκομείο. Οι νοσηλευτές δείχνουν να έχουν στατιστικά υψηλότερη ικανοποίηση στις υποκλίμακες «μισθός» ($7,4 \pm 3,4$) και «επίβλεψη» ($19,2 \pm 3,8$) σε σχέση με τους ιατρούς («μισθός» $5,9 \pm 1,7$ και «επίβλεψη» $17,1 \pm 4,3$).

Τέλος οι μισθοδοτούμενοι με κάτω από 800€ δείχνουν να έχουν υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τις υπόλοιπες μισθολογικές βαθμίδες στην υποκλίμακα «προαγωγή» ($F=3.02$, $df=4.96$, $p=0.022$).

Πίνακας 5.

Σύγκριση των επιμέρους βαθμολογιών (σکور) υποκλιμάκων ανά δημογραφικό και επαγγελματικό παράγοντα (υποκλίμακες μισθός, προαγωγή και επίβλεψη)

		N	Μισθός		Προαγωγή		Επίβλεψη	
			Μέση Τιμή	SD	Μέση Τιμή	SD	Μέση Τιμή	SD
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	32	6,1	1,8	11,0	3,9	16,5	4,4
	ΓΥΝΑΙΚΑ	69	7,0	3,1	8,9	2,8	19,0	3,8
			$t=-1,56$, $df=99$ $p=0,123$		$t=3,02$ $df=99$ $p=0,003$		$t=-2,85$ $df=99$ $p=0,005$	
Ηλικία (έτη)	≤ 35	28	7,1	2,5	9,6	3,4	18,1	4,0
	36 – 45	35	6,2	3,0	9,9	2,9	17,9	4,5

	46 – 55	32	7,0	3,0	9,3	3,7	18,2	4,1
	56+	4	6,5	1,7	10,0	4,1	20,3	2,6
			F=0,72, df=3,95 p=0,542		F=0,15, df=3,95 p=0,932		F=0,37, df=3,95 p=0,775	
Προϋπηρεσία στην Κλινική (έτη)	<=2	30	7,1	2,7	9,9	3,5	18,0	4,8
	3-5	22	5,8	2,0	9,5	2,9	18,7	3,7
	6-15	29	7,3	3,3	9,9	3,2	17,3	4,4
	16+	20	6,2	2,7	8,6	3,8	19,2	3,2
			F=1,71, df=3,95 p=0,170		F=0,83, df=3,95 p=0,479		F=0,97, df=3,95 p=0,409	
Προϋπηρεσία στο Νοσοκομείο (έτη)	<= 5	36	6,5	2,4	9,9	3,3	17,5	4,6
	6-15	23	6,2	2,1	10,0	3,6	19,0	3,4
	16-25	27	6,5	3,3	9,2	3,2	18,1	4,3
	26+	15	8,3	3,3	8,7	3,3	18,7	3,8
			F=2,17, df=3,95 p=0,096		F=0,74, df=3,95 p=0,528		F=0,66, df=3,95 p=0,580	
Επάγγελμα	ΙΑΤΡΟΣ	49	5,9	1,7	10,1	3,3	17,1	4,3
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	52	7,4	3,4	9,1	3,4	19,2	3,8
			t=-2,80, df=99 p=0,006		t=1,49, df=99 p=0,139		t=-2,60, df=99 p=0,011	
Εισόδημα (€)	<800	5	7,4	2,4	13,2	2,8	19,0	2,1
	800-1000	29	6,8	2,8	9,2	3,4	19,3	4,1
	1000-1200	29	6,7	3,2	8,9	3,0	17,4	4,0
	1200-1400	19	6,9	3,2	8,8	3,7	17,3	5,1
	1400-1600	19	6,2	1,8	10,8	2,7	18,3	3,6
			F=0,25, df=4,96, p=0,909		F=3,02, df=4,96 p=0,022		F=1,09, df=4,96 p=0,368	

Αντίστοιχα όπως στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι επιμέρους βαθμολογήσεις (σکور) στις υποκλίμακες «προνόμια», «ανταμοιβές» και «συνθήκες εργασίας» (**Πίνακας 6**).

Η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση ($t=3,10$, $df=99$, $p=0.003$) παρουσιάζεται στην υποκλίμακα «συνθήκες εργασίας» με τους νοσηλευτές να παρουσιάζουν υψηλότερη ικανοποίηση $10,6\pm 3,2$ σε σχέση με τους ιατρούς $8,7\pm 3,0$.

Πίνακας 6.

Σύγκριση των επιμέρους βαθμολογιών (σکور) υποκλιμάκων ανά δημογραφικό και επαγγελματικό παράγοντα (υποκλίμακες μισθός, προαγωγή και επίβλεψη)

			Προνόμια		Ανταμοιβές		Συνθήκες Εργασίας	
			Μέση Τιμή	SD	Μέση Τιμή	SD	Μέση Τιμή	SD
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	N	9,6	3,2	11,5	5,2	8,9	2,8
	ΓΥΝΑΙΚΑ		9,3	3,5	10,0	3,5	10,0	3,4
			t=0,39, df=98, p=0,695		t=1,80, df=99, p=0,076		t=-1,49, df=99, p=0,139	
Ηλικία (έτη)	<= 35	28	9,8	3,7	10,8	4,5	9,6	2,7
	36 - 45	35	9,8	3,5	11,4	4,3	9,4	3,3
	46 - 55	32	9,1	3,2	9,6	3,6	10,3	3,7
	56+	4	8,0	2,7	9,0	4,4	7,8	3,3
			F=0,56, df=3,95, p=0,642		F=1,25, df=3,95, p=0,296		F=0,88 df=3,95, p=0,463	
Προϋπηρεσία στην Κλινική (έτη)	<=2	30	10,2	4,0	11,0	4,7	8,8	3,3
	3-5	22	9,4	3,3	10,9	4,4	10,1	3,2
	6-15	29	9,1	3,1	10,9	3,6	9,8	2,5
	16+	20	8,7	3,2	8,6	3,4	10,1	4,1
			F=0,93, df=3,97 p=0,427		F=1,80, df=3,97, p=0,152		F=0,92, df=3,97, p=0,436	
Προϋπηρεσία στο Νοσοκομείο (έτη)	<= 5	36	10,6	3,7	10,8	5,0	8,6	3,0
	6-15	23	8,9	3,3	11,2	3,6	10,8	2,2
	16-25	27	8,6	3,0	10,0	3,5	10,1	4,0
	26+	15	8,8	3,1	9,4	3,6	9,6	3,3
			F=2,37, df=3,97, p=0,075		F=0,76, df=3,97, p=0,052		F=2,66, df=3,97, p=0,580	
Επάγγελμα	ΙΑΤΡΟΣ	49	9,9	3,7	10,5	4,6	8,7	3,0
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	52	8,9	3,1	10,4	3,7	10,6	3,2
			t=1,50, df=99, p=0,138		t=0,08, df=99, p=0,936		t=-3,10, df=99, p=0,003	
Εισόδημα (€)	<800	5	10,8	3,3	11,8	4,9	10,4	3,0
	800-1000	29	8,6	3,9	9,7	4,0	8,9	3,1
	1000-1200	29	10,0	2,8	11,3	4,6	10,1	3,1
	1200-1400	19	9,7	4,0	9,8	4,2	9,9	3,8
	1400-1600	19	9,2	3,0	10,6	3,3	9,6	3,4
			F=0,90, df=4,96, p=0,466		F=0,83, df=4,96 p=0,507		F=0,66, df=4,96, p=0,620	

Στον **Πίνακα 7** παρουσιάζονται οι επιμέρους βαθμολογήσεις (σκορ) στις υποκλίμακες «συνεργάτες», «φύση της εργασίας» και «επικοινωνία». Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμιά από τις μελετούμενες υποκλίμακες σε σχέση με τις δημογραφικές και επαγγελματικές παραμέτρους εκτός της υποκλίμακας «επικοινωνία» σε σχέση με την προϋπηρεσία στο νοσοκομείο ($F=3,06$, $df=3,97$, $p=0,032$).

Πίνακας 7.

Σύγκριση των επιμέρους βαθμολογιών (σکور) υποκλιμάκων ανά δημογραφικό και επαγγελματικό παράγοντα (υποκλίμακες συνεργάτες, φύση της εργασίας, και επικοινωνία)

		N	Συνεργάτες		Φύση της Εργασίας		Επικοινωνία	
			Μέση Τιμή	SD	Μέση Τιμή	SD	Μέση Τιμή	SD
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	32	15,7	3,9	17,7	4,7	14,0	4,4
	ΓΥΝΑΙΚΑ	69	17,1	3,0	17,2	3,9	14,2	3,4
			t=-1,96, df=99, p=0,053		t=0,59 df=99, p=0,553		t=-2,70 df=99, p=0,788	
Ηλικία (έτη)	<= 35	28	16,2	3,1	16,2	3,8	13,0	3,6
	36 - 45	35	16,0	3,8	18,1	4,3	13,8	3,3
	46 - 55	32	17,6	2,7	17,5	4,0	15,4	3,3
	56+	4	18,0	5,0	19,0	6,6	15,5	8,4
			F=1,68, df=3,95, p=0,177		F=1,33, df=3,95, p=0,269		F=2,42, df=3,95, p=0,071	
Προϋπηρεσία στην Κλινική (έτη)	<=2	30	17,1	4,0	17,1	4,9	13,5	4,3
	3-5	22	16,2	3,5	17,5	3,3	14,3	3,5
	6-15	29	16,7	2,6	16,9	3,6	14,2	3,0
	16+	20	16,4	3,2	18,3	4,5	15,1	4,0
			F=0,38, df=3,97, p=0,771		F=0,48, df=3,97, p=0,700		F=0,74, df=3,97, p=0,741	
Προϋπηρεσία στο Νοσοκομείο (έτη)	<= 5	36	16,4	3,2	16,6	4,5	13,0	3,9
	6-15	23	17,1	3,8	17,6	3,8	15,3	2,7
	16-25	27	15,9	3,1	17,5	3,9	13,9	3,2
	26+	15	18,0	3,3	18,6	4,2	15,8	4,6
			F=1,50, df=3,97, p=0,219		F=0,94, df=3,97, p=0,427		F=3,06, df=3,97, p=0,032	
Επάγγελμα	ΙΑΤΡΟΣ	49	16,3	3,5	17,8	4,4	14,2	4,0
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	52	17,0	3,2	16,9	3,9	14,2	3,4
			t=-0,92, df=99, p=0,359		t=1,13, df=99, p=0,261		t=-0,04, df=99, p=0,969	
ΕΙΣΟΔΗΜΑ (€)	<800	5	18,6	3,9	15,4	4,3	11,6	5,3
	800-1000	29	16,2	3,2	16,4	4,5	13,6	3,4
	1000-1200	29	15,6	3,1	17,4	3,5	14,1	2,6
	1200-1400	19	18,0	3,7	18,3	4,7	15,3	4,3
	1400-1600	19	17,2	3,1	18,2	4,0	14,9	4,4
			F=2,32, df=4,96, p=0,062		F=1,11, df=4,96, p=0,355		F=1,42, df=4,96, p=0,232	

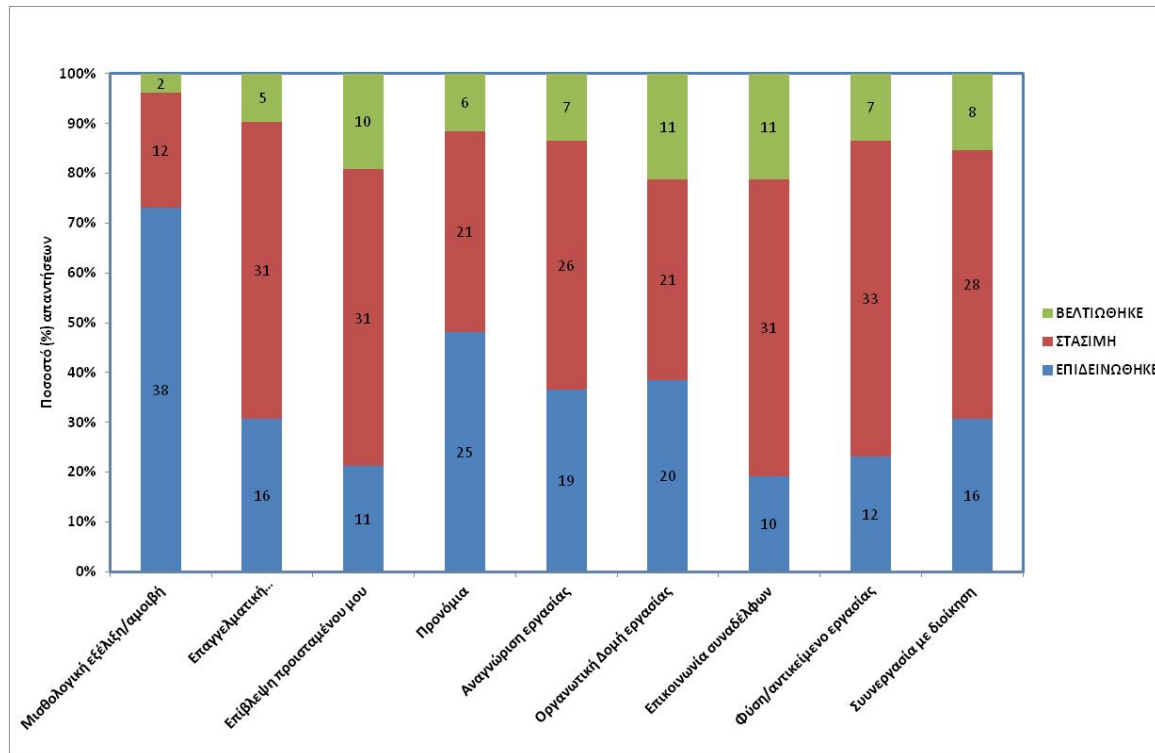
Η συνολική ικανοποίηση παρουσιάζεται στον Πίνακα 8. Δεν παρατηρήθηκε καμία διαφοροποίηση στη συνολική ικανοποίηση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών ($p>0.05$).

Πίνακας 8

Συνολική ικανοποίηση ανά δημογραφικό και επαγγελματικό παράγοντα

		Συνολική Ικανοποίηση κατά JSS			
		Μέση Τιμή	SD	Διάμεσος	Αποτελέσματα Σύγκρισης
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	111.1	23.9	112,5	t=-0,404 df=99 p=0.667
	ΓΥΝΑΙΚΑ	112.6	14.0	111,0	
Ηλικία (έτη)	<= 35	110.4	18.9	112,0	t=0,901, df=99 p=0,370
	36 - 45	112.4	19.3	110,0	
	46 - 55	113.9	14.0	112,0	
	56+	114.0	25.9	118,5	
Προϋπηρεσία στην Κλινική (έτη)	<= 2	112.8	24.8	113,0	F=0,047, df=3,97 p=0,986
	3 - 5	112.4	14.6	112,5	
	6- 15	112.1	13.4	112,0	
	16+	110.9	13.8	110,0	
Προϋπηρεσία στο Νοσοκομείο (έτη)	<= 5	109.8	22.9	109,0	F=1,004, df=3,97 p=0,394
	6- 15	116.2	14.2	112,0	
	16- 25	109.7	12.2	110,0	
	26 +	115.9	15.7	112,0	
Επάγγελμα	ΙΑΤΡΟΣ	110.5	21.1	110,0	t=-0,901 df=99 p=0,370
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	113.7	13.6	111,5	
Εισόδημα (€)	<800	118.2	15.1	118,0	F=0,621, df=4,96 p=0,649
	800-1000	108.6	19.0	108,0	
	1000-1200	111.5	14.8	108,0	
	1200-1400	114.0	22.1	112,0	
	1400-1600	115.1	15.4	118,0	

Τέλος με ειδική ερώτηση εξετάστηκε η υποομάδα των ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που ανήκει σε συγχωνευμένες κλινικές και που βρίσκονταν στην κλινική την εποχή της συγχώνευσης. Από το σύνολο των 52 ατόμων που ανήκουν σε αυτή την υποομάδα καταγράφηκαν οι απόψεις τους κατά πόσο βελτιώθηκαν παράμετροι όπως μισθός, εξέλιξη, προνόμια κ.ά. Τα αποτελέσματα των απαντήσεων παρουσιάζονται στο Γράφημα 3.



Γράφημα 3

Αυτοαναφερόμενη σύγκριση κατάστασης σε εργαζόμενους συγχωνευμένων κλινικών πριν και μετά τη συγχώνευση.

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 73,1% (38/52 άτομα) θεώρησαν ότι η μισθοδοτική τους εξέλιξη επιδεινώθηκε μετά την συγχώνευση. Υψηλά ποσοστά επιδείνωσης παρουσιάζει η κατηγορία «προνόμια» 48,1% (25/52 άτομα) καθώς και η κατηγορία «οργανωτική δομή εργασίας» με ποσοστό 38,5 (11/52 άτομα).

Η «επικοινωνία με τους συναδέλφους» και η «οργανωτική δομή της εργασίας» έδειξαν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοαναφερόμενης βελτίωσης (21,2%).

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολείται με το αντικείμενο της ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Η διαφορά της με αντίστοιχες εργασίες είναι ότι η εργασία αυτή λαμβάνει χώρα σε μια πληθυσμιακή ομάδα εργαζομένων που προσφάτως βρίσκεται σε καθεστώς συγχώνευσης. Ο κεντρικός σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει σε τι βαθμό η συγχώνευση αυτή επιδρά στην ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Πριν αναλυθούν τα αποτελέσματα της εργασίας θα πρέπει να τονισθούν τα εξής σημεία:

- ⇒ Το πρώτο σημείο αφορά την πρωτοτυπία της μελέτης. Στα όσα γνωρίζουμε δεν υπάρχει μια αντίστοιχη μελέτη στη διεθνή βιβλιογραφία.
- ⇒ Το δεύτερο σημείο σχετίζεται με την πολυπλοκότητα της πολιτικής κατάστασης κατά την περίοδο της έρευνας. Διαφορετικά ειπωμένο ισχύει ότι εκτός από την συγχώνευση, υπήρξαν παράλληλα μέτρα που πιθανώς να επηρέασαν τα αποτελέσματα της μελέτης (π.χ. μείωση μισθών)
- ⇒ Μια άλλη διάσταση προκύπτει από το «νέο» της κατάστασης στην Ελλάδα. Η εφαρμογή των συγχωνεύσεων δεν ξεπερνά τα 3 χρόνια, κάτι που πιθανώς να επιδρά στην μελετώμενη διάσταση της ικανοποίησης

Η πρώτη παρατήρηση σχετίζεται με τις απόλυτες τιμές της ικανοποίησης όπως μετρήθηκε με το JSS. Η μέση τιμή της συνολικής ικανοποίησης κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα (112,2) λίγο πάνω στο μισό της μέγιστης τιμής (216) και αντιστοιχεί σε μια μέση τιμή ανά ερώτηση περίπου στο 3. Τηρουμένων των αναλογιών σύγκρισης παρόμοια επίπεδα ικανοποίησης υπάρχουν και σε άλλες μελέτες που έχουν γίνει στον ελληνικό χώρο (Μπόρου Α, 2010, Αναγνωστοπούλου Δ. 2013, Κρεμετή Μ, 2010).

Σε ότι αφορά τις υποκλίμακες η κατάταξη των σκορ ικανοποίησης κατά φθίνουσα σειρά ήταν: *επίβλεψη* > *φύση της εργασίας* > *συνεργάτες* > *επικοινωνία* > *ανταμοιβές* > *προαγωγή* > *συνθήκες εργασίας* > *προνόμια* > *μισθός* στις μη συγχωνευμένες κλινικές ενώ στις συγχωνευμένες κλινικές παρατηρείται μια μικρή αντιμετάθεση στις υποκλίμακες προαγωγή και συνθήκες εργασίας. Η συγκεκριμένη σειρά των υποκλιμάκων συμφωνεί σε αρκετά σημεία με αντίστοιχη μελέτη ικανοποίησης των Pelechas and Antoniadis, (2013) όπου μετρήθηκε η ικανοποίηση με το ερωτηματολόγιο JSS στα γενικά νοσοκομεία Κέρκυρας και Φιλιππών. Οι υποκλίμακες «φύση της εργασίας» και «συνεργάτες» βρίσκονται στην 2^η και 3^η θέση και στα δύο νοσοκομεία όπως και στην παρούσα μελέτη. Συμφωνία επίσης παρουσιάζεται στις υποκλίμακες «μισθός» και

«προνόμια» οι οποίες βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις όπως και στη παρούσα διπλωματική εργασία. Η βασική διαφωνία εμφανίζεται στην κατάταξη της πρώτης υποκλίμακας όπου οι «συνεργάτες» εμφανίζονται στην 1^η θέση. Ένα επιπλέον στοιχείο είναι ότι στην μελέτη των Πελεχά και Αντωνιάδη, 2003 οι υπολογιζόμενες τιμές της ικανοποίησης, κυμαίνονται από 6,0-15,1 ενώ της παρούσας μελέτης από 6,7-18,6 σχετικά μεγαλύτερες. Το παραπάνω δεικνύει τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν ανάμεσα στις υγειονομικές μονάδες (νοσοκομεία) ακόμα και σε ένα σχετικά ομοιογενές σύστημα όπως το ελληνικό.

Έχοντας υπόψη ότι η άριστη τιμή ικανοποίησης για κάθε υποκλίμακα είναι το 24, οι μισές από αυτές βρίσκονται κάτω από τη μέση τιμή (12). Οι υποκλίμακες με χαμηλά σκορ σχετίζονται με ιδιαίτερα δομικά στοιχεία που ελληνικού υγειονομικού αλλά και γενικότερα του δημόσιου τομέα. Παραδείγματος χάρη, η χαμηλή τιμή της υποκλίμακας «προαγωγή» μπορεί να σχετίζεται με την ασύνδετη με την εργασιακή απόδοση σχέση εργασίας – εξέλιξης που ισχύει στην ελληνική πραγματικότητα. Αντίστοιχες εξηγήσεις ισχύουν και για τις υποκλίμακες «ανταμοιβές» και «προνόμια». Υψηλότερα από το μέσο όρο παρουσιάζονται υποκλίμακες που πιθανώς να έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε προσωπικές απόψεις π.χ. σχέση με τους συνεργάτες και επίβλεψη από τον προϊστάμενο. Αυτές οι υψηλές τιμές μπορεί να σημαίνουν συνοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κάτι που υποστηρίζουν οι Pelechas and Antoniadis (2003) και ο Makris (2011). Ειδικά για το μισθό, η με διαφορά χαμηλή ικανοποίηση από το μισθό κάτι που συναντάται και στην Κρεμέτη (2010). Η χαμηλή αυτή τιμή μπορεί να μην επηρεάζεται από τη συγχώνευση αλλά να προέρχεται από παράλληλες μισθοδοτικές παρεμβάσεις που έγιναν στα πλαίσια της γενικότερης δημοσιονομικής προσαρμογής.

Σε ότι αφορά το κεντρικό ερώτημα της μελέτης διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στην ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού συνολικά. Αντίστοιχες αναλύσεις –δεν παρουσιάζονται στα αποτελέσματα- έδειξαν ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στην ικανοποίηση (συνολική και επιμέρους κλίμακες) όταν εξετάστηκαν ξεχωριστά οι ομάδες νοσηλευτές και γιατροί. Το αποτέλεσμα μπορεί να έχει μια επισφάλεια λόγω του ότι προέκυψε από μονοπαραμετρική ανάλυση και όχι από πολυπαραγοντική ανάλυση. Κατά την αναζήτηση σχετικών βιβλιογραφικών αναφορών δεν βρέθηκε κάποια αντίστοιχη εργασία. Η πιο συναφής ερευνητική εργασία που αφορά την ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάστηκε από τον Aasland OG et al, 2010 στη Νορβηγία. Στη συγκεκριμένη εργασία, τέσσερα επαρχιακά νοσοκομεία δημιούργησαν εταιρείες διαχείρισης, εφάρμοσαν μια κεντρική κυβερνητική επίβλεψη και στη συνέχεια η διαχείριση αυτή διεκπεραιώθηκε από πιο ανεξάρτητες ιδιωτικές εταιρείες. Στην συγκεκριμένη έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν -αν και δεν χρησιμοποιήθηκε το JSS ως ερωτηματολόγιο- υψηλότερες τιμές

ικανοποίησης στους νοσοκομειακούς γιατρούς. Μια πιθανή εξήγηση για τη μη διαφοροποίηση της ικανοποίησης μπορεί να συνδέεται με το ότι η εφαρμογή του Νόμου 4052/12 να μην επηρεάζει βαθύτερες και καθημερινές λειτουργίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Η σχέση της ικανοποίησης –συνολικής και επιμέρους- στους δημογραφικούς και οικονομικούς επαγγελματικούς παράγοντες ανέδειξε μια σειρά διαφοροποιήσεις ανά παράγοντα. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το φύλο δείχνει να επηρεάζει την ικανοποίηση στο παράγοντες προαγωγή και επίβλεψη, χωρίς ωστόσο να μπορεί να δοθεί μια επαρκής βιβλιογραφική εξήγηση. Ενδιαφέρον προκαλεί η μη επίδραση της ηλικίας και της προϋπηρεσίας σε κλινική και νοσοκομείο με εξαίρεση τον παράγοντα επικοινωνία. Η παρούσα μελέτη δείχνει να έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία, μια και παράγοντες όπως η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και ικανοποίηση δείχνουν να επηρεάζονται αρνητικά από την προϋπηρεσία ή την ηλικία. (Mache et al, 2009, Pozoukidou et al, 2007). Αντίθετα οι Lorber and Savic, 2012, δείχνουν με πολυπαραγοντική ανάλυση μια θετική επιρροή της ηλικίας και των χρόνων προϋπηρεσίας με την ικανοποίηση.

Υπάρχουν έρευνες που έρχονται σε συμφωνία, τηρουμένων των αναλογιών (είδος ερωτηματολογίου, ομάδες μελέτης, είδος κλινικής κ.ά) με τα αποτελέσματα της μελέτης. Παράδειγμα η Ρούπα και συν. 2008, έδειξε πως τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος, την προϋπηρεσία και την ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος όπως μελετήθηκε σε ένα ογκολογικό τμήμα.

Οι νοσηλευτές δείχνουν υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ιατρούς στις υποκλίμακες «μισθός», «επίβλεψη» και «συνθήκες εργασίας». Από τη βιβλιογραφική αναζήτηση δεν προέκυψε κάποιο ασφαλές συμπέρασμα. Η προσωπική άποψη, βασισμένη στην επαγγελματική ενασχόληση – νοσηλεύτρια- δείχνει μια χειροτέρευση των συνθηκών των νοσηλευτών. Ίσως η παραπάνω πρόταση να σχετίζεται με πιθανή μείωση της ικανοποίησης του ιατρικού προσωπικού και όχι της βελτίωσης του νοσηλευτικού.

Τελευταίο σημείο που πρέπει να δοθεί βαρύτητα είναι η υποομάδα των νοσηλευτών που εργάζονται από την εφαρμογή του Νόμου 4052/12 μέχρι σήμερα σε συγχωνευμένη κλινική. Τα ποσοστά μη θετική θέσης κυμαίνονται εξαιρετικά χαμηλά (από 4-21%). Η κυριότερη απάντηση ήταν η «στασιμότητα» η οποία δείχνει τα υψηλότερα ποσοστά (40-63%) στις υποκλίμακες με εξαίρεση το μισθό (23%). Τα παραπάνω είναι πιθανά για να εξηγήσουν τα αποτελέσματα. Το πρώτο είναι ότι ο Νόμος 4052/12 δεν επηρέασε στην ουσία την εργασία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Το δεύτερο ότι ο χρόνος από την εφαρμογή του μέχρι σήμερα είναι αρκετά μικρός ώστε να παρατηρηθούν ουσιαστικές αλλαγές.

5.1. Περιορισμοί-Πλεονεκτήματα-Μελλοντική Έρευνα

Η μελέτη παρουσιάζει διάφορους περιορισμούς. Η επιλογή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έγινε από δύο νοσοκομεία της ελληνικής επικράτειας. Ο βασικός λόγος επιλογής τους ήταν η ευκολία πρόσβασης του ερευνητή λόγω του τόπου διαμονής και εργασίας του. Σε ότι αφορά το μέγεθος του δείγματος είναι σχετικά μικρό ενώ η ανταπόκριση των ερωτώμενων μπορεί να χαρακτηριστεί οριακή. Σε ότι αφορά την μεροληψία επιλογής (selection bias) δεν κατέστη δυνατό να καταγραφούν βασικά στοιχεία των μη συμμετεχόντων.

Στα πλεονεκτήματα της μελέτης μπορεί να καταγραφεί η πρωτοτυπία της μέτρησης της ικανοποίησης στο νέο περιβάλλον των συγχωνευμένων μονάδων υγείας. Επίσης η χρήση του JSS εξασφαλίζει μια σειρά από πλεονεκτήματα: α) την ευκολία στην συμπλήρωση β) την δυνατότητα της σύγκρισης με άλλες μελέτες λόγω της ευρείας χρήσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Σε ότι αφορά την μελλοντική επέκταση της πτυχιακής εργασίας, μπορεί να αναπτυχθεί μελλοντική έρευνα σε διάφορες κατευθύνσεις: α) να εφαρμοσθεί το ίδιο ή παρόμοιο ερωτηματολόγιο σε περισσότερες υγειονομικές μονάδες της χώρας, β) να εμπλουτισθεί και με άλλα ερωτηματολόγια ή άλλες μεθόδους ποιοτικής ή ποσοτικής έρευνας ώστε να υπολογισθεί η επίδραση άλλων οικονομικών – κοινωνικών παραγόντων, γ) να επεκταθεί και σε άλλες ομάδες που εργάζονται σε υγειονομικές μονάδες όπως φυσιοθεραπευτές, διοικητικό προσωπικό κ.ά. δ) να συνυπολογισθούν με πιο πολύπλοκα μαθηματικά μοντέλα (πχ. πολλαπλές παλλινδρομήσεις) η συν-επίδραση των μετρούμενων παραγόντων και της συγχώνευσης.

5.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Συνοψίζοντας τη μελέτη προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα

- ➔ Η συγχώνευση υγειονομικών μονάδων ήταν μια απαραίτητη διαδικασία για το ελληνικό σύστημα υγείας.
- ➔ Η συνολική ικανοποίηση έδειξε χαμηλές τιμές όπως επίσης οι επιμέρους ομάδες του υγειονομικού προσωπικού πιθανώς ως αποτέλεσμα της γενικής κατάστασης στο υγειονομικό σύστημα.
- ➔ Παρόμοιες χαμηλές τιμές ικανοποίησης παρουσιάστηκαν και στις επιμέρους υποκλίμακες όπως υπολογίστηκαν με το ερωτηματολόγιο JSS.
- ➔ Η συνολική αλλά και οι επιμέρους υποκλίμακες ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά συγχωνευμένη μονάδα.

- ➔ Οι χαμηλότερες τιμές ικανοποίησης παρουσιάζονται στις υποκλίμακες «μισθός», «προνόμια» και «συνθήκες εργασίας» στις μη συγχωνευμένες και «μισθός», «προαγωγή» και «συνθήκες εργασίας» στις συγχωνευμένες.
- ➔ Η επίβλεψη του προϊσταμένου, η φύση της εργασίας καθώς και η συνεργασία με τους συναδέλφους δείχνουν να επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση, κάτι που μπορεί να χαρακτηριστεί ως σημαντικός παράγοντας συνοχής
- ➔ Το φύλο δείχνει να επιδρά στα ζητήματα προαγωγή και επίβλεψη χωρίς ωστόσο να μπορεί να υπάρξει μια σαφής βιβλιογραφική υποστήριξη.
- ➔ Η ηλικία, και οι προϋπηρεσία στο νοσοκομείο και στην κλινική δεν δείχνουν να επηρεάζουν την ικανοποίηση, εκτός από την επικοινωνία, κάτι που μπορεί να θεωρηθεί ότι έρχεται σε αντίθεση με την γενική εικόνα ότι η ικανοποίηση μειώνεται ανάλογα με τα χρόνια εργασίας.
- ➔ Οι νοσηλευτές δείχνουν υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ιατρούς στις υποκλίμακες «μισθός», «επίβλεψη» και «συνθήκες εργασίας» κάτι που μπορεί να σχετίζεται με την μείωση της ικανοποίησης του ιατρικού προσωπικού και όχι της βελτίωσης του νοσηλευτικού.
- ➔ Η επίδραση των μισθολογικών κλιμάκων δεν είναι γραμμική για την υποκλίμακα «προαγωγή»

Βιβλιογραφία

- Aiken, L.H., Smith, H.L., Lake, E.T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32: 771–787.
- Balzer, W.K., Smith, P.C., Kravitch, D.A. (1997) User's manual for the Job Descriptive Intex (JDI) and the Job in General (JIG) scales. Bowling Green, OH, Bowling Green State University.
- Bedeian, A.G., Burke, B.G., Moffet, R.G. (1998). Outcomes of work-family conflict among married male and female professionals. *Journal of Management*, 14(3): 475-491.
- Buitendach, J.H., De Witte, D. (2005). Job insecurity, extrinsic and intrinsic job satisfaction and affective organizational commitment maintenance workers in a parastatal. *South African Journal of Business Management*, 36 (2): 27-39.
- Buss, J. (1988). Job satisfaction, powerlessness and locus of control. *Western Journal of Nursing Research*, 10 (6):718-731.
- Carsten, J.M., Spector, P.E. (1987). Unemployment, job satisfaction and employee turnover: A meta-analysis test of the Muchinsky model. *Journal of Applied Psychology*, 72:374–381.
- Castoro, C., Bertinato, L., Baccaglini, U., Drace, C., McKee, M.. (2007). Policy Brief. Day surgery: Make it happen. WHO, European Observatory on Health systems and policies, Brussels
- Cavanagh, S.J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 704-711.
- Cranny, C.J., Smith, P.C., Stone, E.F. (1992). *Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance*. Lexington Books, New York.
- De Jonge, J., Van Breukelen, G.J., Landeweerd, J.A., Nijhuis, F.J. (1999). Comparing group and individual level assessments of job characteristics in testing the job demand-control model: A multilevel approach. *Human Relations*, 52(1): 95-122.
- Department of Health (2002) *Day surgery: operational guide*. Department of Health Publications (ed), London.
- Dolan, L.A. (2003). Management style and staff nurse satisfaction. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22 (2): 97-98.

- Duffy R.D., Richard, G.V. (2006). Physician job satisfaction across six major specialties. *Journal of Vocational Behavior*, 2006, 68(3) :548–559.
- Dussault, G., Dubois, C.A. (2004). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources Health*, The Word Bank, Washington.
- Edwards, N., Wyatt, S., McKee, M. (2004). *Configuring the hospital in the 21st century*. WHO, European Observatory on Health systems and Policies, Denmark
- Fako, T. (2000). Job satisfaction among nurses in Botswana. *Society in Transition*, 31(1): 10-21.
- Fosam, E.B., Grimsley, M.F., Wisher, S.J. (1998). Exploring models for employee satisfaction with particular reference to a police force. *Total Quality Management*, 9:235–247.
- Fulop, N., Protosaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C, (2002) Process and impact of mergers of NHS trusts: Multicentre case study and management cost analysis. *British Medical Journal* 325:246
- Goldsmith, SB (2005). *Principles of Health Care Management: Compliance Consumerism and Accountability in the 21st Century*. Jones and Bartlett Publishers; 1st edition, Canada.
- Greengard, S. (1983). The five-alarm job. *Workforce Management*, 83(2): 43-46.
- Grissom, N. (2009). Model for consideration: retaining the experienced aging workforce in home care. *Home Healthcare Nurse*, 27:60-3.
- Gunner-Vaugh, R.M. (2003). Simple steps to satisfaction. *Nursing Management*, 34(5): 20-22.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. John Wiley, New York.
- Hirschfeld, R.R. (2000). Validity studies. Does revising the intrinsic and extrinsic subscales of the Minnesota Satisfaction Questionnaire Short Form make a difference? *Educational and Psychological Measurement*, 60(2): 255-270.
- Judge, T.A., Thoreson, C.J., Bono, J.E., Patton, G.K. (2001). The job satisfaction- job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 127:376–407.
- Judge, T.A., Watanabe S. (1993). Another look at the job satisfactionlife satisfaction relationship. *Journal of Applied Psychology*, 6:939–948.
- Kahn, R.L. (1973). The work module: A tonic for lunchrail lassitude. *Psychology Today*.

- Kittelsen, S., Magnussen, J. (2002). Economies of Scope in Norwegian hospital production – A DEA analysis. University of Oslo, Oslo.
- Kohler, L. (1988). Job satisfaction and corporate business managers: An organizational behavior approach to sport management. *Journal of Sport Management*. 2:100–105.
- Kreinter, R., Kinicki, A. (2004) *Organizational behavior*. McGraw-Hill, Irwin (ed), 6th edition
- Kristensen, T., Bogetoft, P., Pedersen, K.M. (2010) Potential gains from hospital mergers in Denmark. *Health Care Management Science*, 13(4):334-345.
- Kristensen, T., Olsen, K., Kilsmark, J., Pedersen, K. (2008). Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals. University of Southern Denmark
- Landy, F.J. (1978). An opponent process theory of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 63, 533-547.
- Lawler, E.E. (1973). *Motivation and work organizations*. Monterey, California: Brooks/Cole
- Locke E. (1976).The nature and the causes of job satisfaction. Dunnette MD (ed) *Handbook of industrial and organizational psychology*, pp. 1297-1349, Chicago.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Resources Management*, 4: 309-336.
- Lofquist, L.H. & Davies, R.V. (1969). *Adjustment to work: A psychological view of man's problems in a work-orientated society*. Applton-Century-Crofts, New York.
- Lorber, M., Savič, S. (2012). Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian Medical Journal*, 53(3): 263-270.
- Lu, L. (1999). Work motivation, job stress and employees' wellbeing. *Journal of Applied Management Studies*, 8(1): 161-172.
- Luthans F. (1995) *Organizational behavior*. McGraw-Hill, Inc.
- Ma, C., Samuels, M.E.D.H., Alexander, J.W. (2003). Factors That Influence Nurses' Job Satisfaction, *Journal of Nursing Administration Research in Nursing Administration*, 33(5): 293-299.

- Mache, S., Vitzthum, K., Nienhaus, A., Klapp, B.F., Groneberg, D.A. (2009). Physicians' working conditions and job satisfaction: does hospital ownership in Germany make a difference?, *BMC Health Services Research*, 9:148-156.
- Makris, M., Theodorou, M., Middleton, N. (2011). Job satisfaction in the public general hospitals in Cyprus. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(2):234-244.
- McKee, M. (2004). Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned? WHO, European Observatory on Health systems and Policies, Brussels.
- McNeese-Smith, D.K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of advanced nursing*, 29(6): 1332–1341.
- Ministry of Health and Consumer Affairs. (2008). Day surgery unit guide: standards and recommendations. Spain
- Miracle, V. & Miracle, J. (2004). The nursing shortage. *Critical Nursing Care*, 23 (5): 236-237.
- Misener, T.R., Haddock, K.S., Gleaton, J.U., Ajamieh AR. (1996). Toward an international measure of job satisfaction, *Nursing Research*, 45: 87–91.
- Mosadeghrad, A.M., Ferlie, E., Rosenberg, D. (2008). A study of the relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research*, 21(4): 211-247.
- Moyle, W, Skinner, J, Rowe, G. & Gork, C. (2003). Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2): 168-176.
- NHS Centre for reviews and dissemination. (1996). Concentration and choice in the provision of hospital services. The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs. CRD Report 8 (Part II).
- Nuffield Institute for Health, University of Leeds and NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York (1996) Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers 2(8)
- Palepu, K.G., Healy, P.M., Bernard, V.L., Peek, E. (2007). Business analysis and valuation. IFRS edition – text and cases: Using financial statements. Thomson Learning, IFRS edition, chapter 11.

- Parkes, K.R. (2003). Shiftwork and environment as interactive predictors of work perceptions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4: 266–281.
- Pelechas, E., Antoniadis, A. (2013). A comparative study of job satisfaction of the medical and nursing staff in two regional hospitals in Greece. *Archives of Hellenic Medicine*, 30(3): 325-334.
- Pietersen, C. (2005). Job Satisfaction of hospital nursing staff. *SA Journal of Human Resource Management*, 3(2): 19-25.
- Poghosyan L. (2008). Cross-national exploration of nurse burnout: Predictors and consequences in eight countries. Doctoral dissertation, University of Pennsylvania.
- Pozoukidou, A., Theodorou, M., Kaitelidou, D. (2007). Job satisfaction of nursing and paramedical personnel of a public general hospital, *Nosileftiki*, 46(4):537–544.
- Price, J.L. & Mueller, C.W. (1981). A Causal Model of Turnover for Nurses. *Academy of Management Journal*, 24(3): 543-565.
- Price, J.L. (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. *International Journal of Manpower*, 22 (7): 600-624.
- Shikdar, A.A. & Das, B. (2003). The relationship between worker satisfaction and productivity in a repetitive industrial task", *Applied Ergonomy*, 6: 603–610.
- Ratanawongsa, N., Howell, E.E., Wright, S.M. (2006). What motivates physicians throughout their careers in medicine? *Comprehensive Theory*, 32:210-217.
- Reader, T.W., Cuthbertson, B.H., Decruyenaere, J. (2008). Burnout in the ICU: Potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive Care Medicine*, 2008, 34:4–6.
- Rice, R.W., Frone, M.R., McFarlin, D.B. (1992). Work-nonwork conflict and the perceived quality of life. *Journal of Organizational Behaviour*, 13:155–168.
- Robbins, S.P., Judge, T.A. (2013). *Organizational behavior*, Pearson Education Inc, Boston.
- Roos NP, Shapiro E. (1995). Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. *Medical Care*, 33(12S): DS109–DS126.
- Shield, R. (2002). Hospital mergers and psychological contracts: Developing a critical realist research approach. Manchester Metropolitan University Business School, Working Paper Series (online). Human Resources Research Group.

- Shikdar, A.A., Das, B. (2003). The relationship between worker satisfaction and productivity in a repetitive industrial task. *Applied Ergonomics*, 34(6): 603-610.
- Sibbald B, Bojke C, Gravelle, C. (2003). National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ*, 326:22.
- Siegel, L. Lane, I. M. (1982). *Personnel and organizational psychology*. Ontario: Irwin-Dorsey, Georgetown.
- Smetherham, J. (2003). SA in short of 31 000 nurses, says minister. *Cape Times*, Online edition 8 July 2005. Retrieved from the July 6, 2005:<http://www.capetimes.co.za/index.php?fArticleId=209416>
- Smith, G.P. (1994). Motivation. W. Tracey (ed.), *Human resources management and development handbook* (2nd ed.).
- Smith, P., Kendall, L.M. Hulin, C.L. (1975). *The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement*. Chicago, Ill: Rand McNally
- Spector, P.E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Cause and Consequences*, London, UK: Sage Publications.
- Steinhardt, M.A., Dolbier, C. L., Gottlieb, N.H. & McCalister, K.T. (2003). The relationship between hardiness, supervisor support, group cohesion, and job stress as predictors of job satisfaction. *American Journal of Health Promotion*, 6:382–389.
- Stewart, W., Barling, J. (1996). Fathers' work experiences effect children's behaviors via job-related affect and parenting behaviors. *Journal of Organizational Behavior*, 17(1):221–232.
- Taylor, F.W. (1911). *The principles of scientific management*. Harper & Brothers, New York, 1911
- Tsavalias, K., Siskou, O., Liaropoulos, L. (2012). Hospital mergers in Europe: The experience of Greece and future prospects. *Archives of Hellenic Medicine*, 29(2): 233-239.
- Venter, B. (2003). Crisis as SA steadily loses qualified nursing. *The Star*, 5 July 2005. (Online Ed.). Retrieved from the World Wide Web, July 6, 2005: <http://www.thestar.co.za/index>.
- Zangaro, G.A., Soeken, K.L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing and Health*, 30(4):445-458.

- Zeytinoglu, I.U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J., Boss, L. (2007). Associations between work intensification, stress and job satisfaction: The case of nurses in Ontario. *Industrial Relations*, 62:201–225.
- ΕΣΔΥ (2011). Η αναδιάταξη των υπηρεσιών υγείας: η περίπτωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ανάκτηση 5/5/2015 από http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy
- Κάντας, Α. (2008) Οργανωτική-βιομηχανική Ψυχολογία: Κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση και ηγεσία (μέρος 1ο). Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 14η έκδοση, Αθήνα.
- Κατσάμπα, Ο. (2012). Διοίκηση ολικής ποιότητας και ανθρώπινο δυναμικό -συστήματα μέτρησης ικανοποίησης του εσωτερικού πελάτη. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- Κρεμετή, Μ. (2010). Ικανοποίηση των εργαζομένων στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη
- Παπάνης, Ε. (2007). Εργασιακή ικανοποίηση. Ανακτήθηκε 5/5/2015 από: http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_9672.html
- Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαουντζή-Κρέπια, Δ., Κοτρώστσιου Ε. (2008). Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική*, 47(2): 16-22.
- Φραγκιαδάκης, Γ.Φ. (2013). Συγκριτική αξιολόγηση της λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας των μονάδων υγείας του ΕΣΥ με τη χρήση μη παραμετρικών και πολυκριτήριων μεθοδολογιών. Διδακτορική διατριβή,

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι Ερωτηματολόγιο Πτυχιακής Εργασίας



Αγαπητοί (-ες) συνάδερφοι
Αγαπητοί γιατροί και νοσηλευτές

Το ερωτηματολόγιο που σας δίνεται σχετίζεται με τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα πλαίσια πτυχιακής μελέτης μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ο σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί κατά πόσο η συγχώνευση των κλινικών μονάδων που έγινε πριν περίπου 3 χρόνια επιδρά στην μεταβολή της ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. '

Το προτεινόμενο ερωτηματολόγιο βασίζεται σε μια ελληνική έκδοση του JSS (Job Satisfaction Survey). Η συμπλήρωση του είναι σύντομη (περίπου 3-5 λεπτά), είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

Υπεύθυνη Φοιτήτρια
Ζιάκκα Χριστίνα, Νοσηλεύτρια

Επιβλέποντες Καθηγητές
Μιχάλης Τάλιας, Λέκτορας Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Φραγκιαδάκης Γιώργος, Ph.D., Διδάσκων Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΠαΓΝΗ Βενιζέλειο/Πανάνειο

ΚΛΙΝΙΚΗ: _____

ΤΙ ΘΕΣΗ ΚΑΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ:

Ειδικευόμενος ιατρός Ειδικός ιατρός ΠΕ Νοσηλεύτης

ΤΕ Νοσηλεύτης ΔΕ Νοσηλεύτης

ΑΠΟ ΠΟΙΟ ΕΤΟΣ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ (ΙΑΤΡΟΣ): _____ (ΕΤΟΣ)

ΑΠΟ ΠΟΙΟ ΕΤΟΣ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ _____ (ΕΤΟΣ)

ΑΠΟ ΠΟΙΟ ΕΤΟΣ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΥ ΕΙΣΤΕ ΤΩΡΑ _____ (ΕΤΟΣ)

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΣΥΓΩΝΕΥΘΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΗΚΑΤΕ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΑΝ ΟΧΙ ΣΕ ΠΟΙΑ: _____

ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ; _____ (ΩΡΕΣ)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

ΦΥΛΟ: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____ (ΕΤΟΣ)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΈΓΓΑΜΟΣ/Η ΑΓΑΜΟΣ/Η
ΧΗΡΟΣ (-Α)/ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ(-Η) ΆΛΛΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΙΑΤΡΟΣ

ΕΙΣΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΡΙΑ ΑΠΟ : ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ/ΣΧΟΛΗ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
ΤΕΙ ΑΕΙ

ΕΧΕΤΕ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ (ΜΑΣΤΕΡ) ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΥΜΑΙΝΕΤΑΙ ΣΤΑ : <800 €
800-1000 €
1000-1200 €
1200-1400 €
>1400 €

Ερωτήσεις επαγγελματικής Ικανοποίησης (Ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey JSS®)

ΑΑ		ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	Αισθάνομαι ότι η αμοιβή μου είναι δίκαιη για την δουλειά που προσφέρω.	1	2	3	4	5	6
2	Υπάρχουν λίγες πιθανότητες για προαγωγή στην εργασία μου.	1	2	3	4	5	6
3	Ο προϊστάμενος/η μου είναι αρκετά ικανός στην δουλειά του.	1	2	3	4	5	6
4	Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τα οφέλη που μου προσφέρει η εργασία μου.	1	2	3	4	5	6
5	Όταν κάνω την δουλειά μου σωστά, αποκομίζω την αναγνώριση που θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
6	Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθεί ο οργανισμός στον οποίο απασχολούμε έχουν ως αποτέλεσμα να κάνουν την δουλειά μου πιο δύσκολη.	1	2	3	4	5	6
7	Συμπαθώ σε γενικές γραμμές τους συναδέλφους μου.	1	2	3	4	5	6
8	Αισθάνομαι μερικές φορές ότι η δουλειά μου δεν έχει νόημα.	1	2	3	4	5	6
9	Η επικοινωνία στον οργανισμό φαίνεται να κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.	1	2	3	4	5	6
10	Οι αυξήσεις είναι μικρές και δεν είναι συχνές.	1	2	3	4	5	6
11	Εκείνοι που διεκπεραιώνουν καλά τα καθήκοντα τους έχουν αρκετά καλές πιθανότητες για προαγωγή.	1	2	3	4	5	6
12	Ο προϊστάμενος/η είναι άδικος/η μαζί μου.	1	2	3	4	5	6
13	Τα προνόμια που λαμβάνω από την εργασία μου είναι το ίδιο καλά με αυτά που αποκομίζουν άλλοι υπάλληλοι αντίστοιχων υπηρεσιών («τμημάτων ή κλινικών»).	1	2	3	4	5	6
14	Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά μου εκτιμάται όπως πρέπει.	1	2	3	4	5	6
15	Το αποτέλεσμα της εργασίας μου σπάνια εμποδίζεται από τη γραφειοκρατία	1	2	3	4	5	6
16	Πιστεύω ότι πρέπει να εργάζομαι περισσότερο στην δουλειά μου, εξαιτίας της ανικανότητας των συναδέλφων μου.	1	2	3	4	5	6

ΑΑ	Κυκλώστε ένα αριθμό (1-6) στον οποίο η καθεμιά από παρακάτω δηλώσεις σας αντιπροσωπεύει ή ισχύει για σας.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
17	Μου αρέσει αυτά που πρέπει να κάνω στην δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
18	Οι στόχοι που ανά διαστήματα θέτει ο οργανισμός στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι σαφείς.	1	2	3	4	5	6
19	Αισθάνομαι ότι δεν εκτιμούν ιδιαίτερα την δουλειά μου όταν σκέφτομαι το μισθό που μου δίνουν.	1	2	3	4	5	6
20	Οι εργαζόμενοι εδώ μπορούν να εξελιχτούν τόσο γρήγορα, όσο και αν δούλευαν οπουδήποτε αλλού.	1	2	3	4	5	6
21	Ο προϊστάμενος/η μου δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά στα συναισθήματα των υφιστάμενων του/της (υπαλλήλων του/της).	1	2	3	4	5	6
22	Τα προνόμια που μας προσφέρει η εργασία μας είναι ικανοποιητικά.	1	2	3	4	5	6
23	Οι πιθανότητες για να ανταμειφτεί ηθικά κάποιος που εργάζεται εδώ είναι λίγες.	1	2	3	4	5	6
24	Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας.	1	2	3	4	5	6
25	Περνώ καλά με τους συναδέλφους μου.	1	2	3	4	5	6
26	Συχνά αισθάνομαι ότι δεν γνωρίζω τι ακριβώς συμβαίνει στην υπηρεσία μου.	1	2	3	4	5	6
27	Νιώθω μια αίσθηση περηφάνιας για την δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
28	Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις προοπτικές που υπάρχουν για μισθολογικές αυξήσεις.	1	2	3	4	5	6
29	Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ τα δικαιούμαστε.	1	2	3	4	5	6
30	Συμπαθώ τον προϊστάμενο/η μου.	1	2	3	4	5	6
31	Στην δουλειά μου έχω μεγάλο όγκο γραφικής εργασίας.	1	2	3	4	5	6
32	Δεν νομίζω ότι οι προσπάθειες μου αναγνωρίζονται στον βαθμό που θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
33	Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προοπτικές που υπάρχουν για προαγωγή.	1	2	3	4	5	6
34	Υπάρχουν αρκετοί διαπληκτισμοί και συγκρούσεις στην δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
35	Η δουλειά μου είναι ευχάριστη.	1	2	3	4	5	6
36	Τις δουλειές που μου αναθέτουν δεν μου τις εξηγούν πλήρως.	1	2	3	4	5	6

**ΕΦΟΣΟΝ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΣΥΓΧΩΝΕΥΘΕΙ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΝΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΣΕ ΜΕΤΑΒΛΗΘΗΚΕ ΩΣ ΠΡΟΣ**

Κυκλώστε ένα αριθμό (1-6) στον οποίο η καθεμιά από παρακάτω δηλώσεις σας αντιπροσωπεύει ή ισχύει για σας.	ΕΠΙΔΕΙΝΩΘΗΚΕ ΠΛΗΡΩΣ	ΕΠΙΔΕΙΝΩΘΗΚΕ	ΔΕΝ ΑΛΛΑΞΕ	ΒΕΛΤΙΩΘΗΚΕ ΜΕΡΙΚΩΣ	ΒΕΛΤΙΩΘΗΚΕ ΑΠΟΛΥΤΑ
A) Τη Μισθολογική εξέλιξη/αμοιβή της εργασίας μου	1	2	3	4	5
B) Την Επαγγελματική εξέλιξη / πιθανότητες προαγωγής	1	2	3	4	5
Γ) Την Επίβλεψη από τον προϊστάμενο μου	1	2	3	4	5
Δ) Τα προνόμια μου	1	2	3	4	5
Ε) Την Αναγνώριση της εργασίας μου	1	2	3	4	5
ΣΤ) Την Οργανωτική Δομή της εργασίας μου	1	2	3	4	5
Ζ) Την Επικοινωνία με τους συναδέλφους	1	2	3	4	5
Η) Τη φύση/αντικείμενο της εργασίας μου	1	2	3	4	5
Θ) Τη Συνεργασία με την ανώτερη διοίκηση/προϊσταμένους	1	2	3	4	5

ΣΧΟΛΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: _____

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Περιγραφικά στατιστικά των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου JSS

ΑΑ	Αναστροφή	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1	OXI	1,6	,9	1,0	1	5	62	29	5	3	2	0
2	NAI	4,0	1,7	4,0	1	6	16	6	11	18	26	24
3	OXI	4,8	1,3	5,0	1	6	3	6	5	18	35	34
4	NAI	4,3	1,5	5,0	1	6	5	13	8	20	31	24
5	OXI	3,0	1,6	3,0	1	6	24	20	19	22	7	9
6	NAI	4,7	1,1	5,0	1	6	1	3	10	18	45	24
7	OXI	5,0	,9	5,0	2	6	0	1	5	16	50	29
8	NAI	2,9	1,7	2,0	1	6	27	25	13	13	11	12
9	OXI	3,3	1,4	3,0	1	6	13	18	20	30	15	5
10	NAI	5,4	1,3	6,0	1	6	6	1	1	2	15	76
11	OXI	2,1	1,3	2,0	1	6	46	28	10	8	7	2
12	NAI	2,5	1,4	2,0	1	6	36	17	22	17	6	3
13	OXI	2,5	1,4	2,0	1	6	30	26	20	17	5	3
14	NAI	4,6	1,4	5,0	1	6	2	9	8	22	28	32
15	OXI	2,5	1,4	2,0	1	6	28	29	20	14	5	5
16	NAI	3,1	1,5	3,0	1	6	18	24	15	28	7	9
17	OXI	4,7	1,2	5,0	1	6	4	3	4	24	39	27
18	NAI	4,1	1,3	4,0	1	6	5	9	13	38	20	16
19	NAI	5,1	1,2	6,0	1	6	2	2	6	12	27	52
20	OXI	2,2	1,3	2,0	1	6	34	39	12	7	5	4
21	NAI	3,1	1,7	3,0	1	6	25	14	23	19	4	16
22	OXI	2,3	1,4	2,0	1	6	36	30	17	10	4	4

ΑΑ	Αναστροφή	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
23	ΝΑΙ	4,4	1,4	5,0	1	6	2	13	12	15	33	26
24	ΝΑΙ	5,2	1,0	5,0	2	6	0	1	7	15	29	49
25	ΟΧΙ	4,7	1,0	5,0	2	6	0	4	5	28	43	21
26	ΝΑΙ	3,3	1,5	3,0	1	6	16	15	23	30	8	9
27	ΟΧΙ	4,8	1,4	5,0	1	6	5	4	4	20	31	37
28	ΟΧΙ	1,7	1,2	1,0	1	6	60	26	6	3	4	2
29	ΝΑΙ	5,1	1,3	6,0	1	6	3	4	5	9	27	53
30	ΟΧΙ	5,0	1,0	5,0	2	6	0	3	4	21	31	42
31	ΝΑΙ	4,0	1,6	4,0	1	6	8	12	17	24	15	25
32	ΝΑΙ	4,5	1,3	5,0	1	6	2	9	5	30	31	24
33	ΟΧΙ	2,3	1,2	2,0	1	6	31	36	17	11	5	1
34	ΝΑΙ	4,0	1,4	4,0	1	6	9	8	9	41	20	14
35	ΟΧΙ	3,8	1,6	4,0	1	6	13	9	19	18	28	14
36	ΝΑΙ	2,8	1,5	3,0	1	6	28	17	18	26	8	4