



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΝΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

ΕΛΕΝΗ ΚΑΡΑΜΠΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ:

Ευάγγελος Μωραΐτης (Σεπτέμβριος 2009 - Αύγουστος 2011)

Ανδρέας Παυλάκης (Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2011)

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2011



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΝΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

ΕΛΕΝΗ ΚΑΡΑΜΠΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ:

Ευάγγελος Μωραΐτης (Σεπτέμβριος 2009 - Αύγουστος 2011)

Ανδρέας Παυλάκης (Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2011)

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου, στους φίλους μου, στην κα. Γεωργούση Ε. – Στατιστικό, που στήριξαν την προσπάθειά μου να ολοκληρώσω την εργασία μου.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	4
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	7
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	10
SUMMARY	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	16
1.1. Ιστορική αναδρομή των νοσοκομείων	16
1.2. Τα σύγχρονα νοσοκομεία.....	18
1.3. Ταξινόμηση των νοσοκομείων.....	19
1.4. Οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων.....	20
1.5. Νοσηλευτική υπηρεσία	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	25
2.1. Νοσηλευτική διοίκηση.....	25
2.1.1. Διαχρονική εξέλιξη νοσηλευτικής διοίκησης.....	28
2.1.2. Γενικές αρχές νοσηλευτικής διοίκησης.....	29
2.1.3. Ανάπτυξη νοσηλευτικής διοίκησης	31

2.1.4. Νοσηλευτική διοίκηση: οργάνωση και ρόλοι	33
2.2. Ηγεσία	37
2.2.1. Ο ρόλος του ηγέτη	38
2.2.2. Οι θεωρίες της ηγεσίας	40
2.2.3. Στυλ ηγεσίας.....	41
2.3. Ηγέτης νοσηλευτής: ρόλος και χαρακτηριστικά.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΩΣ ΒΑΣΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	52
3.1. Η έννοια της υποκίνησης	52
3.2. Θεωρίες υποκίνησης.....	52
3.3. Η υποκίνηση στις υπηρεσίες υγείας.....	54
3.3.1. Υποκίνηση νοσηλευτικού προσωπικού	55
3.3.2. Τρόποι υποκίνησης νοσηλευτικού προσωπικού.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΗΓΕΣΙΑ, ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	60
4.1. Ηγεσία και επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών	60
4.2. Υποκίνηση και επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	66
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	70
1.1. Εισαγωγή.....	70
1.2. Γενικός σκοπός.....	70
1.3. Σχεδιασμός μελέτης	70
1.4. Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.....	71
1.5. Πληθυσμός μελέτης	72
1.6. Μέθοδος συλλογής δεδομένων	72
1.7. Περιγραφή του Ερευνητικού εργαλείου	73
1.8. Ηθικές προεκτάσεις.....	74
1.9. Ανάλυση αποτελεσμάτων	75

1.10. Περιορισμοί / αδυναμίες έρευνας.....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	77
2.1. Ανάλυση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών.....	77
2.2. Ανάλυση θέσεων – απόψεων στα θέματα επαγγελματικής ικανοποίησης	83
2.3. Συνολική ικανοποίηση	94
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	99
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	101
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	105
Ξενόγλωσσες.....	105
Ελληνικές	114
Διαδίκτυο.....	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΦΟΡΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	125
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	126

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 2.1. Μοντέλο Νοσηλευτικής Διοίκησης Iowa	26
Σχήμα 2.2. Η διοικητική ιεραρχία στα νοσοκομεία	35
Σχήμα 2.3. Κάθετη διάσταση οργανωτικής δομής νοσηλευτικών υπηρεσιών	36
Σχήμα 2.4. Οριζόντια διάσταση οργανωτικής δομής.....	36
Σχήμα 2.5. Παράγοντες επιρροή νοσηλευτικής οργάνωσης.....	38

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1. Ανάλυση δείγματος μελέτης.....	73
Πίνακας 2.1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά: Φύλο – Ηλικιακή κατανομή του δείγματος – Οικογενειακή κατάσταση	78
Πίνακας 2.2. Οικονομικό επίπεδο: Ατομικό μηνιαίο καθαρό εισόδημα -Συνολικό οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα	80
Πίνακας 2.3. Εργασιακά χαρακτηριστικά: Χρόνος προϋπηρεσίας – Ωράριο – Εκτέλεση νυχτερινής βάρδιας μηνιαίως	82
Πίνακας 2.4. Παράγοντες ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή/τριας	84
Πίνακας 2.5. Οι παράγοντες μη ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας	86
Πίνακας 2.6. Ικανοποίηση από τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος.....	87
Πίνακας 2.7. Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση του εργασιακού περιβάλλοντος.....	89
Πίνακας 2.8. Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής υπηρεσίας	90
Πίνακας 2.9. Επηρεασμός από την συμπεριφορά των ασθενών.....	91
Πίνακας 2.10. Επηρεασμός από σωματική και συναισθηματική κόπωση.....	92
Πίνακας 2.11. Σπουδαιότητα εργασίας.....	93
Πίνακας 2.12. Προτάσεις βελτίωσης	94
Πίνακας 2.13. Συνολική ικανοποίηση από την εργασία	95
Πίνακας 2.14. Συγκριτική παρουσίαση συνολικής ικανοποίησης σε σχέση με τον τομέα εργασίας	97
Πίνακας 2.15. Ειδικοί παράμετροι που συμβάλουν στην διαμόρφωση του βαθμού συνολικής ικανοποίησης από το επάγγελμα	98

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1. Φύλο	79
Διάγραμμα 2.2. Ηλικία.....	79
Διάγραμμα 2.3. Οικογενειακή κατάσταση.....	79
Διάγραμμα 2.4. Προσωπικό μηνιαίο καθαρό εισόδημα.....	80
Διάγραμμα 2.5. Συνολικό οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα	81
Διάγραμμα 2.6. Τομέας εργασίας νοσηλευτών στο νοσοκομείο	82
Διάγραμμα 2.7. Χρόνος προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας.....	83
Διάγραμμα 2.8. Ωράριο.....	83
Διάγραμμα 2.9. Εκτέλεση νυχτερινής βάρδιας μηνιαίως.....	83
Διάγραμμα 2.10. Παράγοντες ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας.....	85
Διάγραμμα 2.11. Παράγοντες μη ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας.....	87
Διάγραμμα 2.12. Ικανοποίηση από τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος	88
Διάγραμμα 2.13. Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση του εργασιακού περιβάλλοντος	89
Διάγραμμα 2.14. Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	91
Διάγραμμα 2.15. Επηρεασμός από την συμπεριφορά των ασθενών	92
Διάγραμμα 2.16. Επηρεασμός από την σωματική και συναισθηματική κόπωση.....	93
Διάγραμμα 2.17. Σπουδαιότητα εργασίας.....	93
Διάγραμμα 2.18. Προτάσεις βελτίωσης.....	95
Διάγραμμα 2.19. Συνολική ικανοποίηση από την εργασία.....	96

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη, με τίτλο «Ο ρόλος της ηγεσίας και της υποκίνησης στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού ενός δημόσιου νοσοκομείου», σκοπεύει να αναδείξει το επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευτών και τους παράγοντες που την προσδιορίζουν.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού η εργασία διακρίνεται σε δύο κύρια μέρη, το γενικό και το ειδικό. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο, αναλύονται στοιχεία σχετικά με την υπόσταση του νοσοκομείου και ειδικότερα παρατίθεται η ιστορική αναδρομή των νοσοκομείων, τα σύγχρονα νοσοκομεία, η ταξινόμηση, η οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων αλλά και η νοσηλευτική υπηρεσία. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται η νοσηλευτική διοίκηση (διαχρονική εξέλιξη, γενικές αρχές, ανάπτυξη, οργάνωση και ρόλοι), η ηγεσία (ρόλος του ηγέτη, θεωρίες και στυλ ηγεσίας) και ο ρόλος και τα χαρακτηριστικά του ηγέτη στη νοσηλευτική. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται η έννοια της υποκίνησης, οι θεωρίες υποκίνησης και η υποκίνηση στις υπηρεσίες υγείας (προϊστάμενος και τρόποι υποκίνησης νοσηλευτικού προσωπικού). Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η σχέση της ηγεσίας και - της υποκίνησης με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται οι παράγοντες που επιδρούν στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Στο ειδικό μέρος, παρατίθενται τα δεδομένα έρευνας που πραγματοποιήθηκε, η σπουδαιότητα της οποίας πηγάζει από την ανάδειξη των παραγόντων που συμβάλλουν στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την επαγγελματική του δραστηριότητα. Η διάχυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα δημιουργίας νέων ιδεών ως προς την αντιμετώπιση της μη ικανοποίησης των νοσηλευτών, με απώτερο στόχο την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο του ειδικού μέρους, γίνεται η καταγραφή και η στατιστική ανάλυση του επιπέδου ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του και στο δεύτερο κεφάλαιο, παρατίθενται η ανάλυση αποτελεσμάτων της έρευνας σχετικά με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, τις απόψεις σε θέματα επαγγελματικής ικανοποίησης και τη συνολική ικανοποίηση.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» τον Σεπτέμβριο – Οκτώβριο του 2010, σε 97 νοσηλευτές ΤΕ. Η έρευνα ανέδειξε σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Ειδικότερα βρέθηκε ότι 1 στους 2 νοσηλευτές επηρεάζεται από την συμπεριφορά των ασθενών, 3 στους 4 νιώθουν κόπωση και μόλις 3 στους 10 είναι συνολικά ικανοποιημένοι από την φύση και το περιβάλλον της εργασίας τους. Τέλος, υψηλή στατιστική σημαντικότητα υπήρξε για τον παράγοντα της σαφούς διευκρίνησης των στόχων του νοσηλευτικού τμήματος ή υπηρεσίας ($p=0,048$) και του υψηλού φόρτου εργασίας ($p=0,046$).

Οι ρόλοι της ηγεσίας και της υποκίνησης κρίνονται, όσο ποτέ, σημαντικοί, καθώς θεωρούνται ικανοί να αναστρέψουν την σημερινή κατάσταση, βελτιώνοντας το εργασιακό περιβάλλον παρέχοντας στους νοσηλευτές τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να νιώσουν ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους ώστε να αποδώσουν, με κύρια επιδίωξη την ποιοτική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: Ηγεσία, υποκίνηση, ικανοποίηση, ογκολογικός νοσηλευτής.

SUMMARY

This work paper is titled as “The role of leadership and motivation in job satisfaction of nursing staff of a public hospital” and aims to highlight the level of satisfaction of nurses and to record its relationship with leadership and motivation.

To achieve that purpose, the work paper is divided into two main parts (general and specific). Initially, the general part contains three chapters. The first chapter consists of analyzed data on the status of the hospital, attention given especially to the history of hospitals, modern hospitals, classification, organization and operation of hospitals and nursing service. The second chapter analyzes the nursing management (history, general principles, development, organization and roles), leadership (the role of leader, style and theories of leadership), the role of leadership in nursing (characteristics and skills) and the relationship between leadership and job satisfaction of nurses. The third chapter analyzes the concept of motivation, theories of incitement, the incitement of health services (director and ways to stimulate nursing staff) and the relationship of motivation and professional satisfaction of nurses.

The data of the study are presented in a special part, the importance of which is shown by the association of demographic, social, economic and employment characteristics of sample (nurses) and satisfaction with occupation.

The first chapter analyzes the recording and statistical analysis of the level of the nurses' satisfaction that they take from their work. The second chapter analyzes the research's results and conclusions, while the third chapter presents a record of results of various studies on the same subject research, nationwide and worldwide.

The study was conducted in the Cancer - Oncology Hospital "Agios Savvas" in September - October 2010, to 97 nurses, which accepted to participate and answer the questionnaire. The study revealed important determinants of work satisfaction of nurses. Specifically, it was found that 1 in 2 nurses was affected by the behavior of patients, 3 in 4 feel tired and just 3 in 10 are totally satisfied with the nature and environment of their work. Finally, high statistical significance was found of an understandable explanation of the objectives of the nursing department or agency ($p = 0,048$) and high workload ($p = 0,046$).

The roles of leadership and motivation are important, as ever, and are able to reverse the current situation, improving the work environment and giving nurses the right conditions to feel satisfied with their profession in order to perform its main objective - the qualitative nursing care.

Keywords: Leadership, motivation, satisfaction, oncologist nurse.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηγεσία, η υποκίνηση και η επαγγελματική ικανοποίηση είναι πολυδιάστατες έννοιες, αλληλοεξαρτώμενες οι οποίες αντιπροσωπεύουν μια ολική στάση και συμπεριφορά κάθε ατόμου πόσο μάλλον για το επάγγελμα του νοσηλευτή, που η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συσχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική κόπωση και με την ποιότητα της νοσηλευτικής υπηρεσίας που προσφέρουν (Ποζουκίδου και συν., 2007).

Σήμερα, που η ένταξη των κανόνων μανάτζμεντ στον τομέα της νοσηλευτικής είναι γεγονός, κύριος στόχος της νοσηλευτικής ηγεσίας είναι η ανάδειξη μιας νέας κατεύθυνσης μέσω της οποίας θα ενδυναμώνονται οι πρακτικές ανάπτυξης για ηθική, αποτελεσματική και ποιοτική διοίκηση. Τα πιο πάνω μπορεί να επιτευχθούν μέσα σε ένα πλαίσιο, που θα επιδιώκει την βελτίωση της νοσηλευτικής διεύθυνσης, του νοσηλευτικού προσωπικού και της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας υγείας, ενώ ταυτόχρονα θα υποστηρίζει την φιλοσοφία και τους στόχους του ως την κατεύθυνση της ποιότητας (Σαράφης και συν., 2010).

Τα νέα κοινωνικά δεδομένα, η εντατικοποίηση και οι ευέλικτες μορφές εργασίας, οι νέες τεχνολογίες και η μοναχική εργασία αλλάζουν τη μορφή του επαγγέλματος του νοσηλευτή. Οι σύγχρονες αυτές τάσεις που παρατηρούνται στις συνθήκες εργασίας είναι πιθανόν να μειώσουν το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων. Παράλληλα, προκαλούν καταστάσεις μεγάλης πίεσης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση των επαγγελματικών αδυναμιών, του εργασιακού άγχους (Sveinsdóttir et al, 2006), του συνδρόμου burnout (Demir et al, 2003, Garrosa et al, 2008), της κόπωση και της ψυχολογικής εξουθένωσης εξαιτίας του υψηλού φόρτου εργασίας, της κακής οργάνωσης, (Allen & Mellor, 2002), της απαιτητικής και έντονης εργασίας (Lu et al, 2007, Sharp, 2008), της έλλειψης πρωτοβουλιών (Bjork et al, 2007), της πειστικής ηγεσίας, της έλλειψης υποκινητικών μέσων και της ρουτίνας (Seo et al, 2004).

Έτσι, είναι απαραίτητο να συνεργαστεί η διοίκηση με το νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε μέσα από ένα σύγχρονο κλινικό και διοικητικό ρόλο σε όλα τα επίπεδα διοίκησης να υπάρξει ικανοποίηση του νοσηλευτή, σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο, αλλά και ικανοποίηση του χρήστη από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1.1. Ιστορική αναδρομή των νοσοκομείων

Το νοσοκομείο θεωρείται «...ο «ναός» της θεραπευτικής ιατρικής...» (Τούντας, 2008). Τα νοσοκομεία είναι «...ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας θεραπεία από εξειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό, και συχνά αλλά όχι πάντα, παρέχει τη δυνατότητα μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών...» (Régis & Rashed, 1996).

Ιστορικά, στην Αρχαία Ελλάδα λειτουργούσαν τα Ασκληπιεία, που αποτελούσαν πρώιμες μορφές νοσοκομείων (Τούντας 2005). Νοσοκομεία με υποτυπώδη οργάνωση λειτουργούσαν στην Ινδία το 600 π.Χ. τα οποία κατά την περίοδο της βασιλείας Ασόκα (273-232 π.Χ.) έμοιαζαν με τα σημερινά. Επίσης, στη Ρωμαϊκή εποχή, νοσοκομειακές υπηρεσίες προσφέρονταν στα στρατεύματα. Αιώνες αργότερα, κάποια νοσοκομεία λειτουργούσαν στον Αραβικό κόσμο όπου και εξελίχθηκαν οι επιστήμες της φαρμακολογίας και της χημείας (Wolper & Pena, 1995).

Κατά το Μεσαίωνα, η Εκκλησία ανέλαβε την ευθύνη για την περίθαλψη των φτωχών, το 1136 μ.Χ. ιδρύθηκε στη Μονή Παντοκράτορος της Κωνσταντινούπολης, ένα οργανωμένο νοσοκομείο με πέντε χωριστούς τομείς (χειρουργικό, γυναικολογικό, λοιμωδών, απλών και σοβαρών περιστατικών). Τα παλαιότερα νοσοκομεία στη δυτική Ευρώπη βρίσκονταν στο Παρίσι το 660 μ.Χ., τα γνωστά Hotel - Dieu. Αργότερα, το 816 π.Χ., η Σύνοδος του Άαχεν αποφάσισε το σχηματισμό ακόμη περισσότερων εκκλησιαστικών ιδρυμάτων για την περίθαλψη των φτωχών και των ανήμπορων. Στην Αγγλία, το πρώτο νοσοκομείο ήταν εκείνο του Αγίου Βαρθολομαίου το 1123 μ.Χ. και στη Ρώμη του Αγίου Πνεύματος το 1204 μ.Χ.. Βέβαια, και κατά την Αναγέννηση, υπήρξε μια περαιτέρω βελτίωση των ιατρικών σπουδών που οδήγησε και στην αναβάθμιση των νοσοκομείων (Τούντας, 2008).

Κατά τη διάρκεια του 16^{ου} και 17^{ου} αιώνα τα μεγάλα επιτεύγματα της ιατρικής, όπως στην ανατομία (Vesalius, 1514-1564), η ανακάλυψη της κυκλοφορίας του αίματος (Harvey, 1578-1675), στην ιστολογία (Malpighi, 1628-1694), του μικροσκοπίου (Leeuwenhoek, 1632-1723), κ.ά., έδωσαν τη δυνατότητα άσκησης επιστημονικής ιατρικής στα νοσοκομεία. Το 1662 ο

John Gaunt, με βάση τις επιδημιολογικές του μελέτες, υποστήριξε την ανάγκη ξεχωριστών νοσοκομείων για τα θύματα της πανώλης, καθώς και ειδικευμένων μαιευτηρίων.

Κατά τη διάρκεια του 18^{ου} αιώνα εκδηλώθηκε νέα προσπάθεια ανάπτυξης νοσοκομείων, ιδιαίτερα στο Λονδίνο με το Gay's Hospital το 1724, το Great London Hospital το 1740 κ.ά.. Ο 19^{ος} αιώνας θεωρείται αφετηρία των σύγχρονων νοσοκομείων αφού σε αυτή την περίοδο:

1. Η Florence Nightingale, θεμελίωσε τη νοσηλευτική ως επιστήμη,
2. Ο Semmelwies, καθιέρωσε τους γυναικολογικούς θαλάμους και την απολύμανση των χεριών πριν από το χειρουργείο,
3. Ο Pasteur, εμπέδωσε τη μικροβιακή θεωρία των λοιμώξεων,
4. Ο Lister καθιέρωσε την αντισηψία, την αναισθησία και την αποστείρωση,
5. Η εξέλιξη της μικροβιολογίας, η ανακάλυψη των ακτίνων X από τον Roentgen, και πολλές ακόμη ανακαλύψεις θεμελίωσαν το επιστημονικό υπόβαθρο και αποτέλεσαν το έναυσμα για την ανάπτυξη των σύγχρονων νοσοκομείων.

Παρόλα αυτά όμως, οι συνεχείς αυτές βελτιώσεις δεν μπόρεσαν να επισκιάσουν τον φιλανθρωπικό χαρακτήρα και το υποβαθμισμένο περιβάλλον των νοσοκομείων της εποχής (Τούντας, 1997, 2000, 2008).

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, η ιατρική επιστήμη και τα νοσοκομεία γνωρίζουν ραγδαία ανάπτυξη. Πολλά τεχνολογικά και επιστημονικά επιτεύγματα, οδηγούν στην έκρηξη των χειρουργικών ειδικοτήτων και των θεραπευτικών παρεμβάσεων, σε βαθμό που μόνο σε σύγχρονα νοσοκομειακά συγκροτήματα μπορούν να συστεγάζονται πλέον. Όμως, οι εξελίξεις αυτές δεν εξάλειψαν ορισμένα γνωρίσματα που επισφράγισαν τα πρώτα σύγχρονα νοσοκομεία, όπως η ιδρυματική διάσταση του νοσοκομειακού χώρου, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη ανθρώπινης επαφής και η απουσία επικοινωνίας του ασθενή με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Ήδη από το 1960, μελέτες διαπίστωναν, πως ο τρόπος οργάνωσης του νοσοκομείου ήταν αντιπαραγωγικός και διέπεται από ένα κλίμα ανασφάλειας και καμίας υποστήριξης των ασθενών (Davis, 1962, Τούντας, 2008).

1.2. Τα σύγχρονα νοσοκομεία

Το σύγχρονο νοσοκομείο είναι ένας τόπος όπου, οι πάσχοντες άνθρωποι αναζητούν και λαμβάνουν φροντίδα και όπου, παρέχεται κλινική εκπαίδευση σε όλο το φάσμα των επαγγελματιών της υγείας - φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτές και ιατρούς. Το νοσοκομείο, ως κεντρικό στοιχείο του συστήματος υγείας και ως καίριο πεδίο εφαρμογής της πολιτικής για την υγεία, αποτελεί σήμερα έναν από τους σπουδαιότερους χώρους, όπου εφαρμόζονται τα σύγχρονα επιτεύγματα της επιστήμης και της τεχνολογίας (Κυριόπουλος, 1994). Η οικοδόμηση του σύγχρονου νοσοκομείου διέπεται από νόμους, από ρυθμίσεις του Υπουργείου Υγείας, από κανόνες και από εθνικούς και τοπικούς κώδικες (δόμησης, πυρασφάλειας, υγιεινής, κ.λπ.). Αυτές οι απαιτήσεις διασφαλίζουν τον ιδιωτικό χώρο, την ασφάλεια και την ποιότητα ζωής των ασθενών και του προσωπικού, αλλά και τον έλεγχο των μολύνσεων. Η συνήθης ιδέα του θαλάμου του 19^{ου} αιώνα δεν είναι παρελθόν και τα σημερινά νοσοκομεία διαθέτουν κυρίως ημι-ιδιωτικά και ιδιωτικά δωμάτια (Wolper, 2001, Αγραφιώτης, 1990).

Η σύγχρονη εποχή των τεχνολογικών εξελίξεων οδήγησε το νοσοκομείο στην μετάβαση του ενδιαφέροντος από την ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία στις εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες, που επικεντρώνονται στο σχεδιασμό υποδομών για την επέκταση των βοηθητικών ιατρικών και αυτόνομων εξω-νοσοκομειακών κέντρων. Η ανάπτυξη ξεχωριστών ή αυτόνομων κτηρίων έχει βοηθήσει τα νοσοκομεία να ελαχιστοποιήσουν τα κόστη για την οικοδόμηση των κτηρίων. Όμως, από τα τέλη του 1980 και στις αρχές του 1990, το νοσοκομείο μεταμορφώθηκε από σύστημα παροχής οργανωμένης ιατρικής φροντίδας σε δίκτυα προμηθευτών (Wolper, 2001).

Σήμερα, στον ελλαδικό χώρο, τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν τεράστια προβλήματα οικονομικής και διοικητικής διαχείρισης. Στο μέλλον, ίσως μια νέα γενιά ανώτερων διοικητικών στελεχών να εργάζονται, αντικαθιστώντας τα στελέχη των νοσοκομείων, αναβαθμίζοντας το ρόλο του νοσοκομείου ο οποίος, μπορεί να βγει από το τέλμα της οικονομικής δυσπραγίας, της έλλειψης ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας και της λανθασμένης διοικητικής τους. Το σύγχρονο νοσοκομείο πρέπει να διαδραματίσει ένα διαφορετικό ρόλο στο μέλλον, ως τμήμα μιας ολοκληρωμένης παροχής ιατρικής φροντίδας.

1.3. Ταξινόμηση των νοσοκομείων

Η ταξινόμηση των νοσοκομείων μπορεί να γίνει βάσει πολλών κριτηρίων. Ειδικότερα τα πιο συνηθισμένα συστήματα νοσοκομειακών ταξινομήσεων που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι τα εξής (Godiwalla et al, 1997, Wolper, 2001, Sharma et al, 2007, Hall et al, 2010, Θεοδώρου και συν., 1996, Τούντας, 2008):

1. Ιδιοκτησιακό καθεστώς ή ελέγχου των πολιτικών και της λειτουργίας του νοσοκομείου: κρατικό, ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό και ιδιωτικό κερδοσκοπικό,
2. Διάρκεια νοσηλείας του ασθενή: Βραχείας (οξείας) (εμφανίζει ένα μέσο όρο κάτω των 30 ημερών, με έναν εθνικό μέσο όρο κάτω των 7 ημερών) και χρόνιας νοσηλείας (εμφανίζει ένα μέσο όρο άνω των 30 ημερών),
3. Αριθμός των κλινών: μικρά ή μεγάλα,
4. Εκπαιδευτικός ή μη χαρακτήρας: Μερικώς (διαθέτει μόνο δύο ή τρία προγράμματα: ιατρική, χειρουργική, παιδιατρική, μαιευτική/γυναικολογία ή οποιονδήποτε άλλο συνδυασμό που ανέρχεται σε λιγότερες από τέσσερις ειδικότητες), πλήρως και μη πανεπιστημιακά,
5. Πρόσβαση των πολιτών: Κοινοτικό (όλα τα μη ομοσπονδιακά, βραχυχρόνια, γενικά και άλλων ειδικοτήτων νοσοκομεία, εξαιρουμένων των νοσοκομειακών μονάδων στα πλαίσια ιδρυμάτων) και μη κοινοτικό (ομοσπονδιακά νοσοκομεία, μακροχρόνια, νοσοκομειακές μονάδες στα πλαίσια ιδρυμάτων, όπως τα νοσοκομεία φυλακών ή τα θεραπευτήρια κολεγίων, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία κ.ά.). Η διάκριση αυτή συναντάται κυρίως στις ΗΠΑ.
6. Πιστοποίηση: Πιστοποιημένα και μη πιστοποιημένα, ανάλογα με το εάν συμμορφώνονται σε σημαντικό βαθμό με τους κανόνες και τις προδιαγραφές που τίθενται από την Joint Commission και/ή την American Osteopathic Association.
7. Εύρος των τμημάτων και των υπηρεσιών ή την κάθετη ολοκλήρωση: Κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας ή τοπικά ή κοινοτικά, δευτεροβάθμιας φροντίδας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Πιο αναλυτικά (Healy & McKee, 2002):
 - Οι υποδομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, ανεξάρτητα από την τοποθεσία ή τη δομή, προσφέρουν υπηρεσίες προς τους πολίτες στη βάση αναγκών - ζήτησης. Αποτελούν τα μικρότερα νοσοκομεία, με λιγότερα από 50 κλίνες, που χαρακτηρίζονται τοπικά ή κοινοτικά (community) και παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες, μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλευτική φροντίδα σε ελαφριά περιστατικά.

- Οι υποδομές δευτεροβάθμιας φροντίδας, προσφέρουν φροντίδα που απαιτεί ένα βαθμό εξειδίκευσης και προσόντων και η οποία συχνά συνδέεται με τον περιορισμό του ασθενή για μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία, στις αναπτυγμένες χώρες, συνήθως καλύπτουν πληθυσμούς μεταξύ 150.000-1.000.000 εκατ. και έχουν 200-600 κλίνες, καθώς και καλά οργανωμένα εξωτερικά ιατρεία. Τα γενικά νοσοκομεία επείγουσας φροντίδας ή οι εξειδικευμένες εξω-νοσοκομειακές υποδομές, όπως τα χειρουργικά κέντρα μιας ημέρας, εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία.
- Οι υποδομές τριτοβάθμιας φροντίδας προσφέρουν υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης που απαιτούν μεγάλους τελικούς πόρους. Η φροντίδα αυτής της μορφής προσφέρεται από πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα ή εξειδικευμένα νοσοκομεία, όπως για παράδειγμα τα κέντρα εγκυμοσύνης. Συνήθως, υπηρετούν πληθυσμούς της τάξης του 1,5 εκατ. και σε αρκετές χώρες δέχονται ασθενείς μόνο κατόπιν παραπομπής από τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία.

1.4. Οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων

Αν και μπορεί να υπάρχει μια ποικιλία οργανωτικών δομών, η δομή του παραδοσιακού αυτόνομου νοσοκομείου έχει τη μορφή πυραμιδικού ή ιεραρχικού οργανωτικού βηματισμού. Αυτή η ρύθμιση είναι συνηθισμένη, επίσης, στα πλαίσια των ποικίλων λειτουργιών και τμημάτων του νοσοκομείου. Στα πλαίσια αυτής της δομής, τα άτομα στην κορυφή της πυραμίδας (π.χ. οι προϊστάμενοι τμημάτων) έχουν καθορισμένο πεδίο εξουσίας και η εξουσία αυτή μεταφέρεται προς τα κάτω, προς τους υπαλλήλους στα κατώτερα επίπεδα της πυραμίδας, με τη μορφή μιας αλυσίδας εντολών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η εξουσία του νοσοκομείου διασκορπίζεται σε όλο τον οργανισμό. Τα νοσοκομεία ενθαρρύνουν τη δομή της πυραμίδας, π.χ. ένας προϊστάμενος μπορεί να εξουσιοδοτήσει δύο εποπτεύοντες και εκείνοι με τη σειρά τους να εξουσιοδοτήσουν δύο ή τρεις υφισταμένους τους, οι οποίοι με τη σειρά τους μπορούν ακόμη να εξουσιοδοτήσουν (άλλους) πιο κάτω στην πυραμίδα. Τέτοιοι οργανισμοί έχουν την τάση να ακολουθούν τις αρχές της γραφειοκρατίας (Wolper, 2001).

Το νοσοκομείο, ως οργανισμός, συνιστά σύστημα που αποτελείται από πολλά αλληλεπιδρώντα υποσυστήματα. Τα πιο βασικά από αυτά είναι (Θεοδώρου και συν., 1996, Σούλης, 1998, Κονταράτος, 2003, Λιαρόπουλος, 2007, Τούντας, 2008):

1. Το επιχειρησιακό κέντρο. Το επιχειρησιακό κέντρο είναι το τμήμα όπου παρέχονται οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αυτές μπορεί να είναι, οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες (εξωτερικά ιατρεία (διαγνωστικά και θεραπευτικά), επείγουσα ιατρική, προληπτική και κοινωνική ιατρική), οι δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες υπηρεσίες που εξαρτώνται από τον τύπο του νοσοκομείου, όπως για παράδειγμα το Τμήμα Χειρουργικών Επεμβάσεων. Επίσης, ένα νοσοκομείο μπορεί να περιλαμβάνει και πολλά άλλα τμήματα, όπως τμήμα ακτινοθεραπείας, τμήμα αποκατάστασης, τμήμα αιμοδοσίας, φαρμακείο, νεκροτομείο, κ.ά.
2. Ο διοικητικός τομέας. Ο διοικητικός τομέας περιλαμβάνει τα διοικητικά στελέχη που συντονίζουν τη λειτουργία του νοσοκομείου, εξασφαλίζουν την επικοινωνία, ελέγχουν την απόδοση των υπηρεσιών, φροντίζουν για τη γενικότερη εκτέλεση των αποφάσεων και την υλοποίηση των στρατηγικών επιδιώξεων. Στην κορυφή της διοίκησης βρίσκεται η διεύθυνση (μάνατζμεντ), που είναι υπεύθυνη για τον στρατηγικό σχεδιασμό και μεριμνά για την εκπλήρωση της αποστολής του νοσοκομείου. Σ' αυτή υπάγεται το διοικητικό συμβούλιο, ο γενικός διευθυντής, κ.λπ.
3. Οι συμπληρωματικές λειτουργίες. Στις συμπληρωματικές λειτουργίες περιλαμβάνονται η εκπαίδευση, η έρευνα, ο έλεγχος ποιότητας κ.ά.,
4. Οι υποστηρικτικές λειτουργίες. Στις υποστηρικτικές λειτουργίες περιλαμβάνονται οι τεχνικές υπηρεσίες, η τροφοδοσία, το λογιστήριο, η βιβλιοθήκη, κ.ά..

Η δομή του νοσοκομείου είναι προσαρμοσμένη, μέσω συνεχών αλληλεπιδράσεων, στο εξωτερικό περιβάλλον, που το απαρτίζουν ο τοπικός πληθυσμός, οι υγειονομικές αρχές και άλλες υπηρεσίες υγείας, οι επαγγελματικοί και επιστημονικοί φορείς, καθώς και οι συναφείς εκπαιδευτικοί και ερευνητικοί οργανισμοί. Ιδιαίτερο ρόλο στη λειτουργία του νοσοκομείου διαδραματίζει το εξωτερικό περιβάλλον, που περιλαμβάνει το μακρό-περιβάλλον (οικονομικό, πολιτικό, κοινωνικό, πολιτισμικό), το υγειονομικό περιβάλλον (προμηθευτές, ασφαλιστικοί φορείς, επαγγελματικές ενώσεις, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ιδρύματα). Στο εξωτερικό περιβάλλον περιλαμβάνονται και οι κοινωνικοί εταίροι. Βέβαια, σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των νοσοκομείων παίζουν και οι ίδιοι οι ασθενείς, οι οποίοι γίνονται όλο και πιο πληροφορημένοι, πιο απαιτητικοί και πιο αποφασισμένοι να συμμετάσχουν στις διαδικασίες και τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους (Τούντας, 2008).

Η δομική διάρθρωση του νοσοκομείου εκτός από το λογιστήριο (που έχει οικονομικές δραστηριότητες), τη διοίκηση (με σκοπό το συντονισμό της λειτουργίας και της υποστήριξης του έργου των άλλων υπηρεσιών και ειδικότερα τη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του νοσοκομείου, τη φροντίδα για αυτοδύναμη λειτουργία και ανάπτυξη του νοσοκομείου, την εκπαίδευση των στελεχών της σε θέματα διοίκησης - διαχείρισης και σε θέματα που αφορούν γενικά στο νοσοκομείο), το τμήμα προμηθειών, το τμήμα πελατών και τις αποθήκες, που υπάρχουν και στις εμπορικές επιχειρήσεις, τα νοσοκομεία περιλαμβάνουν και άλλα τμήματα (ιατρικά τμήματα, εργαστήρια, διαιτολογικό, κ.λπ.). Κάθε νοσοκομείο, περιλαμβάνει και εμπορικές λειτουργίες, δίχως ωστόσο αυτή η ομοιότητα με τον εμπορικό τομέα να επεκτείνεται σε όλη την οργάνωση και λειτουργία του. Οι βασικές λειτουργίες που επιτελεί το σύγχρονο νοσοκομείο, ως θεσμός στις προηγμένες κοινωνίες, είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, η διοίκηση, η εκπαίδευση και η έρευνα (Δικαίος και συν., 1999, Τούντας, 2008).

1.5. Νοσηλευτική υπηρεσία

Η νοσηλευτική περιλαμβάνει εξειδικευμένες δεξιότητες και εφαρμογή γνώσεων που βασίζονται στην εκπαίδευση και έχει τόσο θεωρητικά όσο και κλινικά στοιχεία. Οι νοσηλευτές διαθέτουν πρότυπα που έχουν τεθεί από επαγγελματικούς οργανισμούς και ακολουθούν καθιερωμένους κώδικες ηθικής. Το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής επικεντρώνεται στις ανθρώπινες αντιδράσεις σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας και συνεχώς περισσότερο εστιάζεται στην ευεξία, μια διάσταση της φροντίδας που περικλείει τις μοναδικές γνώσεις και δυνατότητες της νοσηλευτικής. Η νοσηλευτική κερδίζει συνεχώς επιστημονική αναγνώριση μέσω ακαδημαϊκών τίτλων, της έρευνας και των νοσηλευτικών δημοσιευμάτων και γίνεται συνεχώς ευρύτερα αποδεκτή και σεβαστή (Taylor et al, 2002).

Σύμφωνα με τη Λανάρα (2004), ο κυριότερος σκοπός των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Η νοσηλευτική υπηρεσία μπορεί να δομηθεί ως ένα νοσηλευτικό τμήμα, διεύθυνση ή υπηρεσία μέσα στο νοσοκομείο. Βάσει αυτού του μοντέλου, σχετίζεται με ένα επίπεδο τμήματος για το συντονισμό των πόρων, του σχεδιασμού και της πολιτικής. Το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει υπηρεσίες μέσω των μονάδων παροχής φροντίδας στον ασθενή, τέτοιες όπως οι μονάδες νοσηλείας των εσωτερικών

ασθενών, οι μονάδες περιπατητικής φροντίδας, οι μονάδες εξωτερικών ασθενών καθώς και οι υπηρεσίες εκτάκτων περιστατικών (Wolper, 2001).

Οι νοσηλευτές τοποθετούνται σε μια μονάδα ή υπηρεσία, στα πλαίσια της οποίας παραχωρείται φροντίδα στους ασθενείς. Ο ρόλος τους περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ασθενών, την ανάπτυξη σχεδίων φροντίδας με τη συμβολή άλλων επαγγελματιών υγειονομικής φροντίδας καθώς και το σχεδιασμό της συνέχειας της φροντίδας. Οι νοσηλευτές, με 24ωρη υπευθυνότητα, συντονίζουν τη φροντίδα, εξασφαλίζοντας ότι όλη η φροντίδα παρέχεται. Οι νοσηλευτές παρέχουν στους ασθενείς συμβουλές και εκπαίδευση, τους βοηθούν να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους και τους προετοιμάζουν για αυτοεξυπηρέτηση μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η προετοιμασία για την έξοδο του ασθενούς περιλαμβάνει τη διαβεβαίωση ότι ο ασθενής διαθέτει την κατάλληλη πληροφόρηση, τις παραπομπές, τον εξοπλισμό, καθώς και τα αναλώσιμα υλικά για την περίθαλψη από το νοσηλευτή. Ένας νοσηλευτής - διευθυντής μονάδας (παραδοσιακά, ο προϊστάμενος νοσηλευτής) είναι υπόλογος για την παροχή αυτής της ολοκληρωμένης φροντίδας (Wolper, 2001, Κουτσελίνης, 1999).

Σ' αυτή τη δομή, ο νοσηλευτής - εκτελεστικός αντιπροσωπεύει τη νοσηλεία σε σχεδόν κάθε εκτελεστική και διαχειριστική διοίκηση. Σε επίπεδο μονάδας, οι νοσηλευτές - διευθυντές και οι επιτελικοί νοσηλευτές σχετίζονται κυρίως με τους ιατρούς, εργάζονται με το διαγνωστικό και θεραπευτικό σχέδιο καθώς και με άλλους που παρέχουν φροντίδα στη μονάδα. Οι σχέσεις με άλλες οντότητες φροντίδας αρχικά λαμβάνουν χώρα πρωταρχικά στα χαρτιά, μέσω γραπτών σχεδίων εξόδου από το νοσοκομείο και παραπομπών. Οι επιτελικοί νοσηλευτές υποστηρίζονται στις λειτουργίες τους από τους πόρους του τμήματος νοσηλευτικής, περιλαμβανομένης της κλινικής εκπαίδευσης (προσανατολισμός, πρακτική εξάσκηση και εξέλιξη του προσωπικού).

Σ' όλα τα τμήματα οι ηγέτες υποστήριξης, εργαζόμενοι με το διαχειριστή της μονάδας και τους επιτελικούς νοσηλευτές, διαχειρίζονται την ποιότητα της φροντίδας. Σε μερικούς χώρους, οι κλινικοί ή εξειδικευμένοι διαχειριστές περιπτώσεων με προχωρημένη εκπαίδευση βοηθούν στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή της φροντίδας, συνεργάζονται με ιατρούς σε ότι αφορά τη φροντίδα και συμβουλεύουν τους επιτελικούς νοσηλευτές. Αλλά υπάρχει και η από κοινού συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας με τις άλλες υπηρεσίες για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου. Αυτοί οι νοσηλευτές,

ακόμη, βοηθούν με ποιοτική διαχείριση και με πρωτοβουλίες βελτίωσης (Wolper, 2001, Νιάκας, 2003, Παπαδημητρίου, 2003, Λανάρα, 2004).

Οι ρόλοι και οι λειτουργίες των εκτελεστικών - νοσηλευτών έχουν αλλάξει από κοινού και συνεπάγονται την ανάπτυξη νέας κουλτούρας και νέων σχηματισμών προσλήψεων για την «προοδευτικότερη» φροντίδα του ασθενούς, την εξασφάλιση αποτελεσματικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών μέσα στη συνέχεια της περίθαλψης, το συμβιβασμό πεπαλαιωμένων και συχνά απαγορευτικών οικονομικών και κανονισμών καθώς και την καθιέρωση υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή που εμπλέκουν την οικογένεια και άλλους σημαντικούς, για τους ασθενείς, ανθρώπους. Κάθε επιτυχία προς τη συνέχεια της φροντίδας δημιουργεί νέα θέματα, προβλήματα και προϋποθέσεις για ανάπτυξη, κάτι το οποίο διατηρεί το ρόλο του νοσηλευτή - εκτελεστικού σε μια κατάσταση διαρκών αλλαγών (American Organization of Nurse Executives, 1997, Wolper, 2001, Stanley, 2006).

Η διαχείριση της νοσηλείας περιλαμβάνει τους νοσηλευτές - επικεφαλείς που διαχειρίζονται μια ή περισσότερες μονάδες φροντίδας του ασθενούς, οι οποίες ορίζονται σύμφωνα με τον τύπο της φροντίδας που γενικά παρέχεται, όπως είναι η εντατική φροντίδα, η χειρουργική, η παιδιατρική, η μαιευτική και η ψυχιατρική. Τα νοσοκομεία με έναν επαρκή αριθμό ασθενών οι οποίοι χρειάζονται ένα συγκεκριμένο τύπο φροντίδας μπορεί να έχουν εξειδικευμένες μονάδες, π.χ. νευρολογίας, ογκολογίας, κάρδιο - αναπνευστικό και ορθοπεδικό. Έκτακτες υπηρεσίες, κλινικές, υπηρεσίες χειρουργών και υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών αποτελούν μέρος του νοσηλευτικού τμήματος. Τα μικρότερα νοσοκομεία μπορούν να ομαδοποιήσουν τους ασθενείς με παρόμοιες ανάγκες, ανά ειδικότητα. Ένα από τα θέματα της υποβάθμισης είναι, η κατάταξη σε κατηγορίες της φροντίδας του ασθενούς προκειμένου, να τεθούν οι ασθενείς με παρόμοιες ανάγκες στην ίδια κατηγορία έτσι ώστε, να διευκολυνθεί η αποτελεσματική οργάνωση και εκμετάλλευση των πόρων (Wolper, 2001, Κουτσελίνης, 1999).

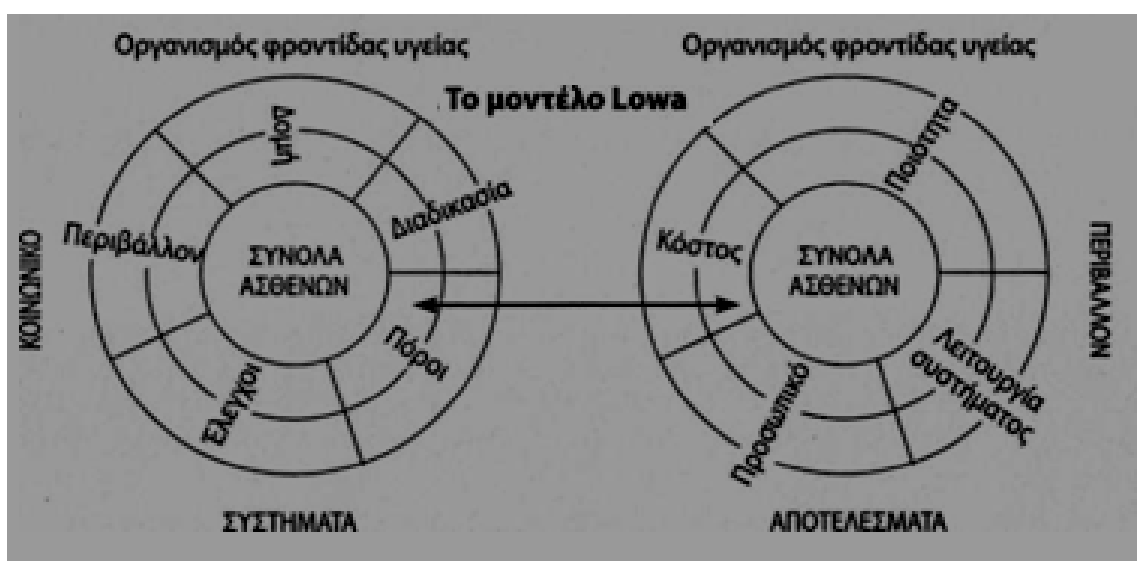
Βέβαια, η σύγχρονη βιβλιογραφία ασχολείται με το θέμα της επαγγελματικής ικανότητας και υποχρέωσης των νοσηλευτών. Η έρευνα και η ανάπτυξη των νοσηλευτικών θεωριών, προσδιορίζει το χώρο ευθύνης και προσανατολισμού της νοσηλευτικής για αποδοτική νοσηλευτική πράξη και την διαρκή ικανοποίηση των αναγκών των νοσηλευτών (Lesnik & Anderson, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

2.1. Νοσηλευτική διοίκηση

Στη νοσηλευτική ο όρος «διοίκηση» έχει σχέση με την εκτέλεση των λειτουργιών σχεδιασμού, οργάνωσης, στελέχωσης, διεύθυνσης και ελέγχου (αξιολόγησης) των δραστηριοτήτων μιας νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η νοσηλευτική διοίκηση ή νοσηλευτικό management είναι ο δημιουργικός συνδυασμός της ηγετικής και διοικητικής γνώσης και των ικανοτήτων, εφαρμοσμένος στη νοσηλευτική πρακτική, για τις ανάγκες οργάνωσης, διανομής και συντονισμού της νοσηλευτικής φροντίδας και τη δημιουργία θετικού περιβάλλοντος εργασίας, με σκοπό την παροχή ποιοτικής φροντίδας και την επίτευξη των στόχων του νοσοκομείου ή άλλης μονάδας υγείας.

Υπάρχουν πολλά μοντέλα νοσηλευτικού μάνατζμεντ. Το πλέον κοινό, το μοντέλο του κολλεγίου νοσηλευτικής Lova (Swansburg & Swansburg, 1999) αναγνωρίζει δύο τομείς: τα συστήματα και τα αποτελέσματα (Σχήμα 2.1). Η διοικητική πρακτική ασκείται στο πλαίσιο αναγνωρίσιμων συστημάτων για την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα είναι τα αναγκαία κριτήρια για την αξιολόγηση των συστημάτων και της διοίκησης (Gardner et al, 1991).



Σχήμα. 2.1. Μοντέλο Νοσηλευτικής Διοίκησης Lova
Πηγή: Swansburg & Swansburg, 1999

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας ο ρόλος της νοσηλευτικής διοίκησης έχει γίνει ιδιαίτερα σημαντικός. Το πεδίο πρακτικής της έχει επεκταθεί, πέρα από τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, στα ζητήματα της γενικότερης διοίκησης των υπηρεσιών (Krairiksh & Anthony, 2001), με τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα διοίκησης, σε αρκετούς επιστημονικούς τομείς (ανάπτυξη οδηγιών και πρωτοκόλλων, αξιολόγηση, μετρήσεις και δράσεις ποιότητας, κ.ά.), όπως επίσης και σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες (Τούντας, 2008).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής διοίκησης είναι να σχεδιάζει, να διαχειρίζεται και να διευκολύνει την περίθαλψη. Οι νοσηλευτές σε αρχηγικές θέσεις εργάζονται συλλογικά με επαγγελματίες υγείας όλων των τύπων για να παρέχουν φροντίδα στον ασθενή. Η επαγγελματική βάση για την εργασία τους είναι η κλινική πρακτική της νοσηλείας αφοσιωμένη στην αξιολόγηση του ασθενούς, στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή της περίθαλψης καθώς και στην εκτίμηση της περίθαλψης για τα άτομα, για τις ομάδες ασθενών και για τις κοινότητες.

Οι νοσηλευτές σε διευθυντικές θέσεις δημιουργούν το περιβάλλον και αναπτύσσουν τους αναγκαίους πόρους για ποιοτική φροντίδα του ασθενούς, μερικώς, συμβάλλοντας στη λήψη εκτελεστικών αποφάσεων και στις καινοτομίες κατά την παροχή της περίθαλψης. Οι ίδιοι παρέχουν μια μοναδική κλινική προοπτική για την πολιτική και το στρατηγικό σχεδιασμό στους οργανισμούς υγειονομικής φροντίδας, αντιπροσωπεύουν τις κλινικές υπηρεσίες που παρέχονται από τον οργανισμό στην κοινότητα που εξυπηρετούν και συνδέουν τις τοπικές νοσηλευτικές υπηρεσίες με την ευρύτερη νοσηλευτική κοινότητα προκειμένου, να ανανεώνεται διαρκώς η νοσηλευτική πρακτική σύμφωνα με τις εξελίξεις στο χώρο (Beyers, 2001).

Οι ρόλοι και οι λειτουργίες των νοσηλευτών στην εκτελεστική πρακτική είναι πολύπλοκοι. Προερχόμενη από τους νοσοκομειακούς οργανισμούς, η επιστήμη της νοσηλευτικής διοίκησης αναπτύχθηκε ως απάντηση στην ανάγκη διαχείρισης των νοσηλευτικών πόρων και ανάπτυξης συλλογικών διαδικασιών παροχής περίθαλψης. Μια εφαρμοσμένη επιστήμη, η νοσηλευτική διοίκηση περιλαμβάνει στοιχεία της παροχής κλινικής νοσηλευτικής περίθαλψης, των συλλογικών πρακτικών καθώς και των θεωριών και αντιλήψεων της διοίκησης. Τα νοσηλευτικά συστατικά στοιχεία της κλινικής περίθαλψης βασίζονται σε ένα σύστημα ισχυρής φιλοσοφίας και αξιών με άξονες τη φροντίδα και τη συμπάθεια, την κριτική σκέψη και το συντονισμό της φροντίδας.

Ο νοσηλευτής επιτελεί διοικητικές λειτουργίες προκειμένου να προσφέρει φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Οι μάνατζερ ή οι διευθυντές νοσηλευτές εργάζονται σε όλα τα επίπεδα για την υλοποίηση της νοσηλευτικής διοίκησης. Ασκούν διοίκηση στο περιβάλλον του οργανισμού για να εξασφαλίσουν άριστο κλίμα για την παροχή της φροντίδας υγείας εκ μέρους των κλινικών νοσηλευτών (Swansburg & Swansburg, 1999). Οι νοσηλευτές σε εκτελεστικό επίπεδο, ερμηνεύουν τη νοσηλευτική φροντίδα παρέχοντας μια δομή και παραμέτρους για τη νοσηλευτική φροντίδα και τους πόρους, οι οποίοι απαιτούνται για να αντιμετωπιστούν οι απαιτήσεις των ασθενών για περίθαλψη. Οι νοσηλευτές παρέχουν τις ηθικές αξίες στη φροντίδα του ασθενούς, εκείνες τις πτυχές της λειτουργίας τους που είναι δύσκολο να προσδιοριστούν και να μετρηθούν σε όρους πόρων, κόστους και αποτελεσμάτων, αλλά οι οποίες είναι αξιολογώτερες σε ότι αφορά την ποιότητα κατά την παροχή της υγειονομικής φροντίδας (Beyers, 2001).

Οι γνώσεις που αφορούν τη διοίκηση έχουν γενική εφαρμογή, όπως συμβαίνει και με τις γνώσεις της νοσηλευτικής διοίκησης. Η νοσηλευτική διοίκηση χρησιμοποιεί μια συστηματική δέσμη γνώσεων που περιλαμβάνει έννοιες, αρχές, και θεωρίες που εφαρμόζονται σε όλες τις καταστάσεις της νοσηλευτικής διοίκησης. Ένας μάνατζερ νοσηλευτής, ο οποίος έχει εφαρμόσει με επιτυχία αυτές τις γνώσεις σε κάποια κατάσταση μπορεί να περιμένει κάποιος, ότι θα το κάνει και σε άλλες καταστάσεις. Η νοσηλευτική διοίκηση εφαρμόζεται σε μια μονάδα και σε εκτελεστικά επίπεδα. Στο εκτελεστικό επίπεδο συχνά αναφέρεται με τον όρο administration. Οι θεωρίες, οι αρχές και οι έννοιες παραμένουν οι ίδιες. Μπορούν όλες να ταξινομηθούν με βάση τις κυριότερες λειτουργίες της νοσηλευτικής διοίκησης ή της νοσηλευτικής οργάνωσης (Swansburg & Swansburg, 1999, Culler et al, 2010).

Με την αποκέντρωση των δομών και τη συμμετοχική διοίκηση, η εποπτεία ή το μεσαίο επίπεδο διοίκησης καταργείται με γρήγορο ρυθμό. Οι μάνατζερ νοσηλευτές των κλινικών μονάδων εκπαιδεύονται στη θεωρία και τις δεξιότητες της διοίκησης σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Οι κλινικοί νοσηλευτές εκπαιδεύονται στις δεξιότητες της διοίκησης, που τους δίνουν τη δυνατότητα να ασκήσουν τη διοίκηση σε ομάδες εργαζομένων καθώς και σε ασθενείς και οικογένειες. Οι μάνατζερ κλινικοί νοσηλευτές δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο συντονισμό των καθηκόντων μεταξύ των μονάδων, των τομέων και των υπηρεσιών (Swansburg & Swansburg, 1999).

Ανάγκη για τη νοσηλευτική διοίκηση έχουν όλα τα είδη των οργανισμών της φροντίδας υγείας, μεταξύ των οποίων τα κέντρα υγείας, τα νοσοκομεία, οι φορείς παροχής φροντίδας στο σπίτι, τα κέντρα που παρέχουν πρώτες βοήθειες και τα θεραπευτήρια για φοιτητές. Ο νοσηλευτής που ασχολείται με έναν ασθενή και την οικογένεια του χρειάζεται γνώσεις και δεξιότητες διοίκησης για να βοηθήσει τους ανθρώπους να συνεργαστούν προς την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Οι πρωτοβάθμιοι νοσηλευτές που συνεργάζονται με πολλούς ασθενείς ιεραρχούν τη φροντίδα που παρέχουν έτσι, ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να πετύχουν τη βελτίωση της υγείας ή, μερικές φορές, να αποδεχθούν τον ειρηνικό θάνατο (Swansburg & Swansburg, 1999).

2.1.1. Διαχρονική εξέλιξη νοσηλευτικής διοίκησης

Οι σύγχρονες παραδεκτές θεωρίες διοίκησης ακολούθησαν μια εξελικτική τροχιά που έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα, ίσως στην περίοδο του Αιγυπτιακού, Μεσοποταμιακού, Μινωικού και Μυκηναϊκού πολιτισμού (3500-3000 π.Χ). Ακόμη, ιδιαίτερη αναφορά για τη διοίκηση γίνεται στην Παλαιά Διαθήκη αλλά και σε ερμηνείες αιγυπτιακών παπύρων από το 1300 π.Χ. υπάρχει η αναγνώριση της σημασίας της οργάνωσης και της διοίκησης στις γραφειοκρατικές καταστάσεις της αρχαιότητας. Στον αρχαίο Ελληνικό πολιτισμό συναντώνται καθοριζόμενες ορισμένες αρχές ή κανόνες της διοικητικής, καθώς και η συστηματική προσπάθεια μεγιστοποίησης της παραγωγής με την καθιέρωση ενιαίων μεθόδων εργασίας. Στην αρχαία Ελλάδα, πολύ προ της εμφάνισης των Ασκληπιείων, αναφέρεται η λειτουργία οργανωμένων νοσοκομείων, όπως του Αμφιάρεως και του Τροφωνίου. Επίσης, στην Ιλιάδα και την Οδύσσεια του Ομήρου παρουσιάζονται πολλές αρχές διοίκησης, καθώς υπήρχε συστηματικός τρόπος περίθαλψης των τραυματιών κατά τον Τρωικό πόλεμο, που αποδεικνύει ύπαρξη οργανωτικών και διοικητικών αρχών στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης (Λανάρα, 2004).

Στην κλασική Ελλάδα, σε κείμενα διατυπώνονται διάφορες οργανωτικές αρχές σε γνωμικά γεμάτα από σπουδαίες έννοιες, όπως: «αρχή το ήμισυ του παντός», «χρόνου φείδου», «λόγησαι προ του έργου», «βουλεύου μεν βραδέως, επιτελεί δε ταχέως τα δόξαντα» και «μέτρον άριστον». Ο Αριστοτέλης (384-332 π.Χ.) στα «Ηθικά Νικομάχεια» και «Πολιτικά» αναφέρεται σε θέματα «μηχανογράφησης» γι' αυτό και θεωρείται πατέρας της μηχανογράφησης και των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Ακόμη, η διοίκηση στο χώρο της

υγείας έχει βαθιές ρίζες στην κλασική Ελλάδα με τα Ασκληπιεία, το 1ο πρώτο 1ο αυτο 1ο «Ναούς - Θεραπευτήρια». Είναι αξιοθαύμαστη η τελεία οργάνωση των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων κυρίως από τον 5^ο π.Χ. αιώνα. Από τις επιγραφές και άλλες γραπτές πηγές υπάρχουν πληροφορίες και για το προσωπικό του Ασκληπιείου. Την επιστημονική διεύθυνση είχε ο πρωθιερέυς ή μέγας ιερέυς (διευθυντής), ο κύριος γνώστης της ιατρικής τέχνης. Ο πρωθιερέας διήθυνε το Ασκληπιείο, εξέταζε προσεκτικά τους πάσχοντες, καθόριζε ανάλογη ατομική θεραπεία με τη βοήθεια του πυροφόρου, βοηθού του πρωθιερέα, και νοσηλευτών, των ιερομνημόνων. Στην κατηγορία των ιερομνημόνων ανήκαν και οι θεραπευτές, όπως μαλάκτες, υδροθεραπευτές κ.ά. Επίσης, υπήρχαν και οι θεράποντες, δηλαδή πρακτικοί νοσηλευτές, στην τάξη των ζαχάρων ή νακόρων. Επομένως ο τομέας της νοσηλευτικής περίθαλψης ήταν οργανωμένος στα Ασκληπιεία, όπως και η προηγμένη ιατρική (Λανάρα, 2004).

Με την εμφάνιση του Χριστιανισμού η οργανωμένη περίθαλψη και η διοίκηση νοσηλευτικών και προνοιακών ιδρυμάτων εμφανίζεται εντυπωσιακά κατά τη Βυζαντινή περίοδο (330-1453 μ.Χ.). Οι απειράριθμοι ξενώνες (νοσοκομεία), τα γηροκομεία, λεπροκομεία, λεχοκομεία (μυαιευτήρια), βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, αποτελούν πρότυπα ιδρύματα, στα οποία όχι μόνο περιθάλποντο οι πάσχοντες, αλλά επιπλέον διδάσκονταν η ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη. Η εξέλιξη δε των νοσοκομείων συνδέεται στενά με την ιστορική ανέλιξη της ιατρικής και νοσηλευτικής. Οι αρχές της οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων καθώς και επίβλεψης του προσωπικού εμφανίζονται κατά τρόπο εντυπωσιακό. Αναλυόμενες υπό το πρίσμα της επιστήμης της διοίκησης παρουσιάζονται υπερσύγχρονες. Υπάρχει δηλαδή παράδοση και στον κλάδο της διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών, η οποία κληροδοτήθηκε από το Βυζάντιο στη σύγχρονη εποχή (Λανάρα, 2004).

2.1.2. Γενικές αρχές νοσηλευτικής διοίκησης

Υπάρχουν πολλές και σημαντικές αρχές που θεωρούνται απαραίτητες για την καλή οργάνωση και διεύθυνση της νοσηλευτικής φροντίδας και της διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών. Όλες οι αρχές της νοσηλευτικής διοίκησης λειτουργούν ανεξάρτητα αλλά και αλληλεξάρτητα μεταξύ τους. Οι πιο κατάλληλες αρχές για την νοσηλευτική διοίκηση είναι οι εξής (Goddard, 1958, Little & Carnevali, 1969, Swansburg & Swansburg, 1999, Davis et al, 2007, Bull et al, 2010):

1. Ο σχεδιασμός. Λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης που προηγείται από κάθε άλλη δραστηριότητα ή λειτουργία της.
2. Η αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου. Θεμελιώδης για την αποτελεσματική νοσηλευτική διοίκηση που λειτουργεί στο παρόν, ενώ καταστρώνει σχέδια για τη μελλοντική απόδοση, ανάπτυξη και αλλαγή.
3. Η διαδικασία λήψης απόφασης. Αποτελεί στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης σε κάθε επίπεδο.
4. Η διοίκηση. Οι μάνατζερ νοσηλευτές διοικούν έναν επιστημονικό κλάδο της κλινικής άσκησης, όπου οι επαγγελματίες νοσηλευτές είναι γνώστες του αντικειμένου τους, εφαρμόζουν τις γνώσεις που διαθέτουν στη συγκέντρωση των δεδομένων, τη διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης και των νοσηλευτικών οδηγιών, την εποπτεία της υλοποίησης του σχεδίου της νοσηλευτικής φροντίδας από έμπειρους εργαζομένους και την αξιολόγηση και την προσαρμογή του σχεδίου.
5. Η διαμόρφωση των κοινωνικών στόχων γίνεται από τους μάνατζερ νοσηλευτές και επιτυγχάνονται από κλινικούς νοσηλευτές.
6. Η οργάνωση. Σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης.
7. Η αλλαγή. Στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης, με την ολοένα αυξανόμενη αλλαγή να είναι η μόνη σταθερά στο σημερινό κόσμο.
8. Η οργανωσιακή κουλτούρα. Η οργανωσιακή κουλτούρα πρέπει να τύχει τέτοιας διοίκησης που να αντανakλά τις αξίες και τις πεποιθήσεις, ενώ οι μάνατζερ της νοσηλευτικής έχουν έναν κοινό σκοπό: να κάνουν παραγωγικές τις αξίες, τις φιλοδοξίες και τις παραδόσεις των εργαζομένων, που είναι άτομα και μέλη των κοινοτήτων και της κοινωνίας γενικότερα.
9. Η διεύθυνση. Είναι μια ακόμη λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης, που σημαίνει εκχώρηση εξουσίας στους εργαζομένους, βελτίωση της ποιότητας και κατεύθυνση προς τη βελτίωση της παραγωγής.
10. Η παροχή κινήτρων. Είναι στοιχείο της διοικητικής λειτουργίας της νοσηλευτικής διοίκησης, το οποίο προκύπτει από την ικανοποίηση που αντλούν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους, μια κατάσταση που προϋποθέτει ότι οι μάνατζερ νοσηλευτές θα παράσχουν κίνητρα στους νοσηλευτές.
11. Η αποτελεσματική επικοινωνία. Είναι στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης, που οδηγεί σε λιγότερες παρανοήσεις και παρέχει στους εργαζομένους ένα κοινό όραμα, αμοιβαία κατανόηση, και ενιαία κατεύθυνση και προσπάθεια.

12. Η ανάπτυξη του προσωπικού. Είναι στοιχείο της λειτουργίας της διεύθυνσης της νοσηλευτικής διοίκησης, που διατηρεί την ικανότητα όλων των νοσηλευτών.
13. Ο έλεγχος ή η αξιολόγηση. Είναι μια ακόμη λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης και περιλαμβάνει την αξιολόγηση της υλοποίησης του υιοθετηθέντος σχεδίου, των εντολών που δόθηκαν και των αρχών που καθιερώθηκαν με την καθιέρωση των προτύπων, τη σύγκριση της απόδοσης με τα πρότυπα και με τη διόρθωση των ελλειμμάτων.

2.1.3. Ανάπτυξη νοσηλευτικής διοίκησης

Στο σύγχρονο περιβάλλον της φροντίδας υγείας, αυξάνεται ο αριθμός των φορέων που παρέχουν νοσηλεία στο σπίτι, των κέντρων πρώτων βοηθειών και των παρόμοιων φορέων φροντίδας υγείας. Οι φορείς αυτοί δεν είναι λιγότερο περίπλοκοι από τα νοσοκομεία και, όπως και τα νοσοκομεία, χρειάζονται ελέγχους κόστους και αυξημένη παραγωγικότητα για να ευημερήσουν. Αν δεν εκπαιδευτούν οι νοσηλευτές να ασκούν διοίκηση μέσα σε αυτά τα νέα περιβάλλοντα, θα υστερούν έναντι των άλλων επαγγελματιών ή θα ασκούν κακή διοίκηση και θα είναι αποτυχημένοι και δυσαρεστημένοι (Gleeson et al, 1983).

Οι νοσηλευτές χρειάζονται προετοιμασία για τα διοικητικά εργασιακά τους καθήκοντα, που περιλαμβάνουν σύνθεση των γνώσεων της νοσηλευτικής και της διοίκησης. Ο μάνατζερ νοσηλευτής είναι προετοιμασμένος να διοικήσει άλλους νοσηλευτές, οι οποίοι θα παρέχουν την κλινική φροντίδα. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών θα παρέχει δεξιότητες στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, που περιλαμβάνει την ανάθεση καθηκόντων μέντορα και πνευματικού καθοδηγητή (Gleeson et al, 1983).

Ένα μοντέλο για την ανάπτυξη των διευθυντών νοσηλευτών έχει δημοσιευθεί από τους Fralic και O' Connor (1983). Οι διοικητικές δεξιότητες διακρίνονται στις νοητικές ή δεξιότητες συνολικής θεώρησης (έμφυτη ικανότητα ή δεξιότητες σκέψης), στις τεχνικές (περιλαμβάνουν μεθόδους, διαδικασίες, διεργασίες ή τεχνικές) και στις ανθρώπινες (σχετίζονται με την ικανότητα της ηγεσίας και τις σχέσεις μεταξύ των ομάδων). Στη νοσηλευτική οι δεξιότητες είναι σημαντικές, αρχικά οι νοητικές είναι απαραίτητες για την ουσιαστική κατανόηση της λειτουργίας του κάθε νοσοκομειακού οργανισμού στο σύνολό του, της σχέσης του με το ευρύτερο περιβάλλον και της επίπτωσης που μπορεί να έχουν με αποτέλεσμα αλλαγές και

νέους χειρισμούς σε επιμέρους τμήματα. Ακόμη, οι ικανότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας με τους άλλους επαγγελματίες υγείας - ανεξάρτητα από την θέση τους στην «ιεραρχία» - είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική άσκηση διοίκησης. Ακόμη, στη νοσηλευτική οι τεχνικές δεξιότητες διαιρούνται στις δεξιότητες της νοσηλευτικής διοίκησης και τις δεξιότητες άσκησης της νοσηλευτικής που συνεπάγεται την ποιότητά τους (Alleyne & Jumaa, 2007). Οι τεχνικές είναι εκείνες οι δεξιότητες που απαιτούνται για την ολοκλήρωση μιας εξειδικευμένης εργασίας και προϋποθέτουν γνώση συγκεκριμένων τεχνικών ή και τρόπων λειτουργίας υπάρχοντος εξοπλισμού, δηλαδή «εξειδικευμένη γνώση». Ο διευθυντής νοσηλευτής του εκτελεστικού επιπέδου χρειάζεται να έχει το υψηλότερο επίπεδο των νοσηλευτικών ικανοτήτων και ο μάνατζερ νοσηλευτής χρειάζεται να έχει το υψηλότερο επίπεδο των δεξιοτήτων άσκησης της νοσηλευτικής. Αν και στη νοσηλευτική οι πλέον ανεπτυγμένες δεξιότητες πρέπει να είναι εκείνες της αντοχής στο άγχος, της ικανότητας απόδοσης σε συνθήκες ιδιαίτερα πιεστικές, της αντοχής στην αβεβαιότητα, της ικανότητας απόδοσης υπό συνθήκες αμφίβολες και της ικανότητας αυτό-αντικειμενικότητας δηλαδή της ρεαλιστικής αυτό-αξιολόγησης (Χατζόπουλου, 2006).

Οι γνώσεις της επιστημονικής διοίκησης αποτελούν τη βάση του ρόλου του μάνατζερ νοσηλευτή, που περιλαμβάνουν τις γνώσεις ενός υποδειγματικού ρόλου και την ικανότητα να αντιλαμβάνεται αυτόν το ρόλο. Η προετοιμασία για τη διοίκηση και η υποστήριξη κατά τη μεταβατική περίοδο απαιτούνται για την αλλαγή από κλινικό νοσηλευτή σε μάνατζερ νοσηλευτή. Ο υποδειγματικός ρόλος περιγράφει τις σχέσεις μεταξύ της πολιτικής και της στρατηγικής, και μεταξύ της εξουσίας και της επιρροής. Η προετοιμασία του μάνατζερ νοσηλευτή περιλαμβάνει την απόκτηση των γνώσεων γύρω από τη νομική πλευρά της εργασιακής πρακτικής και την πολιτική του ιδρύματος για τη διοίκηση των εργαζομένων. Περιλαμβάνει την προετοιμασία για την ενδο-υπηρεσιακή εκπαίδευση, η οποία περιλαμβάνει την κατανόηση των αρχών της εκπαίδευσης των ενηλίκων, την πραγματοποίηση μιας έρευνας σχετικά με τις ανάγκες, την κατάρτιση, την παρουσίαση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων. Τα οικονομικά ζητήματα αφορούν όλα τα επίπεδα του μάνατζερ νοσηλευτή και περιλαμβάνουν την κατάρτιση των προϋπολογισμών, τη διαχείριση των κέντρων κόστους και εσόδων, και την αύξηση της παραγωγικότητας. Ο μάνατζερ νοσηλευτής χρησιμοποιεί την αξιολόγηση της απόδοσης ως μεταβατικό μέσο που κατευθύνεται προς τα αποτελέσματα. Η προετοιμασία των μάνατζερ νοσηλευτών τους βοηθάει να γίνουν αυτοκατευθυνόμενοι. Σύμφωνα με τη νέα κουλτούρα της διοίκησης, οι νοσηλευτές θα επιβιώσουν και θα

ευημερήσουν μέσα από τον εκσυγχρονισμό των δεξιοτήτων τους (Spicer, 1983, Osborne & Gaebler, 1992, Huey, 1994, Perry, 1994).

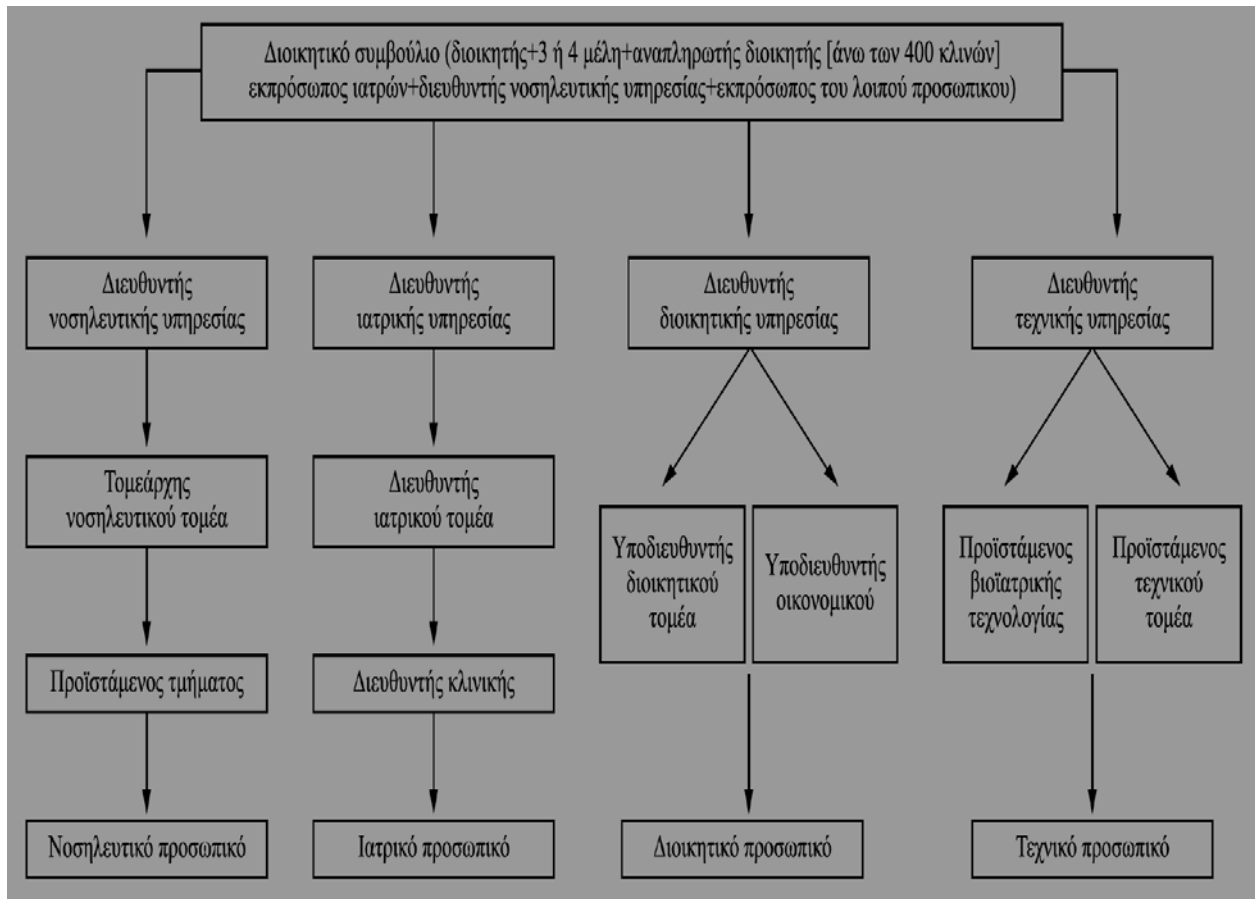
2.1.4. Νοσηλευτική διοίκηση: οργάνωση και ρόλοι

Η οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελεί λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης και περιλαμβάνει τον καταμερισμό των ενεργειών και την διαμόρφωση των απαιτούμενων ιεραρχικών σχέσεων. Με την οργάνωση επιτυγχάνεται η δραστηριοποίηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού και των υλικών πόρων για την κάλυψη των αντικειμενικών σκοπών. Η οργάνωση περιλαμβάνει ως διαδικασία την ομαδοποίηση των δραστηριοτήτων αυτών, την ανάθεσή τους σε κάθε στέλεχος της διοίκησης και την διεκπεραίωσή τους με την πρότερη εξασφάλιση του συντονισμού της εξουσίας και των επικοινωνιακών σχέσεων σε οριζόντια και κάθετα επίπεδα στην οργανωτική δομή (Λανάρα, 2004).

Σύμφωνα με το νόμο 3329/2005, η διοίκηση στα νοσοκομεία χωρίζεται σε τέσσερις παράλληλους (οριζόντιους) τομείς: το νοσηλευτικό, τον ιατρικό, το διοικητικό και τον τεχνικό. Το χαρακτηριστικό και των τεσσάρων τομέων είναι ότι η διοίκηση μοιάζει με πυραμίδα, όπως φαίνεται στο Σχήμα 2.2. Ο κάθε τομέας είναι ανεξάρτητος από τον άλλον. Με άλλα λόγια, αποφάσεις που αφορούν την κάθε επιστήμη λαμβάνονται ξεχωριστά. Βέβαια, στο χώρο της υγείας οι παραπάνω τομείς συνεργάζονται και, ως επακόλουθο, θέματα που αφορούν δύο ή περισσότερους τομείς πολλές φορές ταυτίζονται. Για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής παραπονείται για τη νοσηλευτική και ιατρική του φροντίδα, το θέμα περιλαμβάνει και τους δύο αυτούς τομείς (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006).

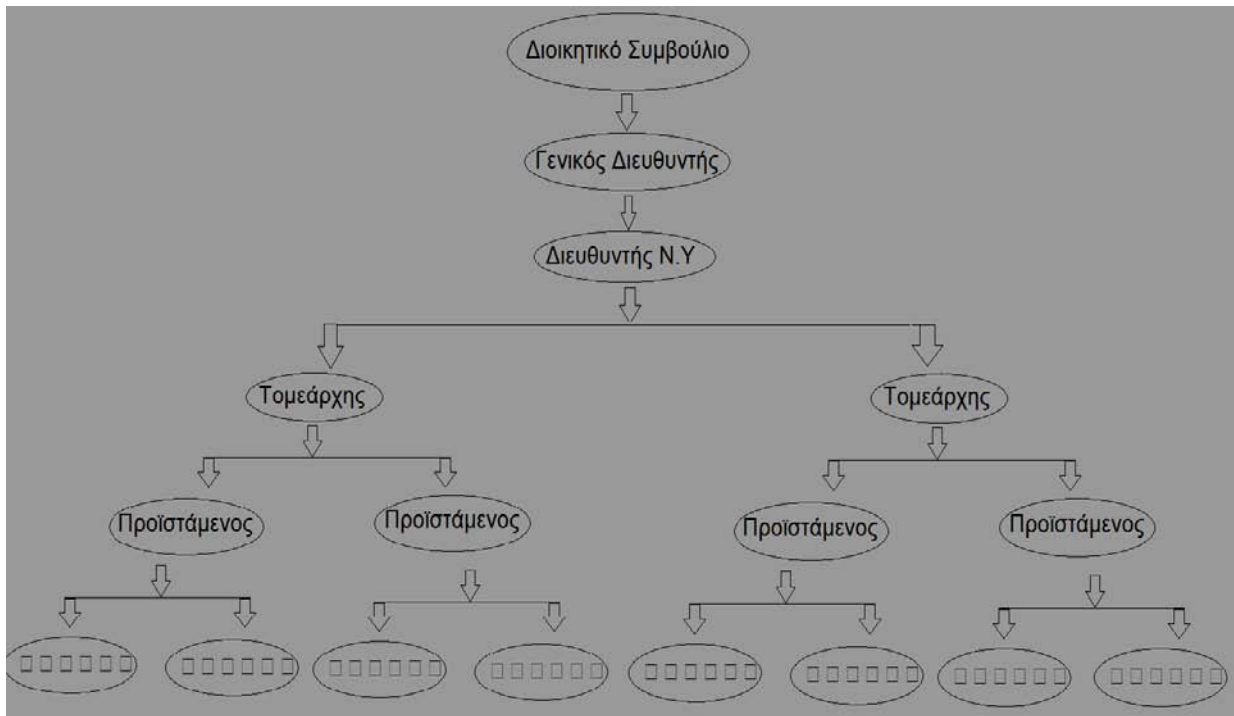
Στη νοσηλευτική διοίκηση, στο πρώτο επίπεδο βρίσκεται το διοικητικό συμβούλιο. Το διοικητικό συμβούλιο είναι επταμελές για νοσοκομεία μέχρι 399 κλίνες ή εννεαμελές για νοσοκομεία με 400 κλίνες και άνω. Απαρτίζεται από το διοικητή και τρία (μέχρι 399 κλίνες) ή τέσσερα μέλη (άνω των 400 κλινών) (αντιπρόεδρος, εκπρόσωπος των ιατρών, διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας, εκπρόσωπος του λοιπού προσωπικού). Στα νοσοκομεία με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, μέλος του διοικητικού συμβουλίου είναι και ο αναπληρωτής διοικητής. Στο δεύτερο επίπεδο βρίσκεται ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας και ακολουθούν οι τομεάρχες (διευθυντές του νοσηλευτικού τομέα). Το τέταρτο επίπεδο αποτελείται από τις προϊστάμενες των κλινικών. Τέλος, το πέμπτο επίπεδο αφορά

στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο διοικητής είναι υπεύθυνος για τους ρόλους, τιμωρεί και επιβραβεύει το προσωπικό και είναι υπεύθυνος για όλο τον οργανισμό (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006).

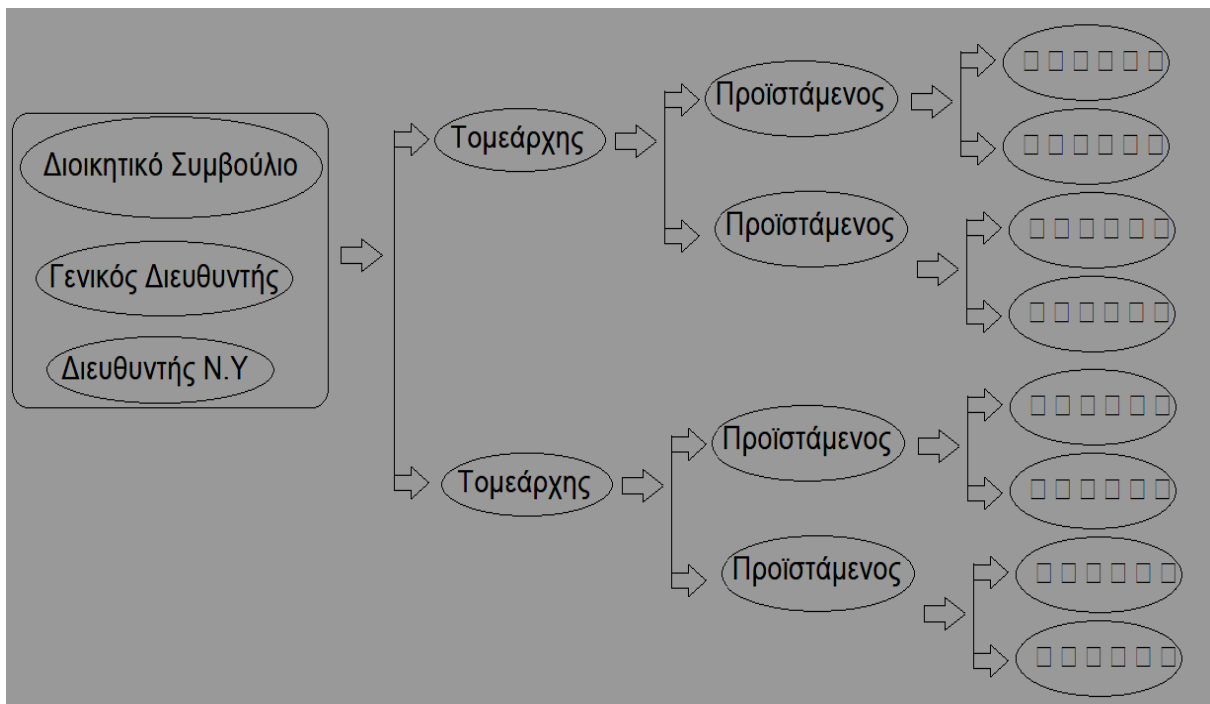


Σχήμα 2.2. Η διοικητική ιεραρχία στα νοσοκομεία
 Πηγή: Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006

Η οργάνωση της νοσηλευτικής διοίκησης μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δύο διαστάσεις. Στην κάθετη διάσταση η οργάνωση διαφοροποιείται σε κάθετα επίπεδα τα οποία βασίζονται στη διοικητική ανάγκη κατανομής εξουσίας και ευθύνης για την άσκηση ελέγχου (Σχήμα 2.3.). Στην οριζόντια διάσταση η οργάνωση συνδέεται με την ειδίκευση της εργασίας και τη κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού. Στα νοσοκομεία αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ομαδοποίηση των Τμημάτων (Σχήμα 2.4.) (Λανάρα, 2004).



Σχήμα 2.3. Κάθετη διάσταση οργανωτικής δομής νοσηλευτικών υπηρεσιών
 Πηγή: Λανάρα, 2004



Σχήμα 2.4. Οριζόντια διάσταση οργανωτικής δομής
 Πηγή: Λανάρα, 2004

Σύμφωνα με τους Swansburg & Swansburg (1999) η διοίκηση σε νοσηλευτικό επίπεδο ασκείται από τον εκάστοτε ηγέτη (μάντζερ). Ο ηγέτης νοσηλευτής αντλεί στοιχεία από τις καλύτερες και τις πιο εφαρμόσιμες θεωρίες της διοίκησης για να δημιουργήσει ένα

προσωπικό στυλ διοίκησης και απόδοσης. Ακόμη, ενεργεί με την προϋπόθεση ότι οι κλινικοί νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό επιθυμεί να είναι ικανό και σε συνδυασμό με την ενίσχυση της διοίκησης θα δοθούν κίνητρα για την επίτευξη αυτών των ικανοτήτων.

Οι ηγέτες νοσηλευτές μπορούν να πραγματοποιούν έργο σε πολλαπλά επίπεδα ενός οργανισμού φροντίδας υγείας, όπως η πρώτη γραμμή διοίκησης της φροντίδας του ασθενούς σε επίπεδο μονάδας, η μεσαία βαθμίδα διοίκησης σε επίπεδο τομέα και η πρωταρχική βαθμίδα διοίκησης σε εκτελεστικό επίπεδο. Σε οργανισμούς, η αποκέντρωση καταργεί τη μεσαία βαθμίδα διοίκησης και ανακατανέμει τις λειτουργίες της βαθμίδας του τομέα σε λειτουργίες προσωπικού κάτω από μια μητρική οργανωτική δομή ή κάποια άλλη. Οι ρόλοι των ηγετών έχουν αναπτυξιακό χαρακτήρα, βασίζονται σε γνώσεις και ικανότητες, καθώς το πεδίο του ρόλου του ηγέτη νοσηλευτή αυξάνει σε εύρος. Οι ρόλοι των ηγετών της μεσαίας βαθμίδας καταργούνται με γρήγορο ρυθμό καθώς οι κλινικοί νοσηλευτές αποκτούν εξουσίες και γνώσεις διοίκησης.

Σύμφωνα με το νόμο 3329/2005 η οργάνωση του ιδρύματος παροχής υπηρεσιών υγείας οι ρόλοι των ανθρώπων είναι διακριτοί. Ο ρόλος του διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να ενημερώνει το διοικητή και το διοικητικό συμβούλιο και έχει την εξουσία να επιλύει προβλήματα που αφορούν τη νοσηλευτική. Οι τομεάρχες, αντίστοιχα με τη σειρά τους, ενημερώνουν το διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Αποτελούν τον «ενδιάμεσο» κρίκο μεταξύ διευθυντή και προϊσταμένης. Οι προϊσταμένες είναι υπεύθυνες για τις κλινικές τους. Λύνουν αρκετά προβλήματα, αλλά όταν θέματα ή προβλήματα ξεπερνούν τις αρμοδιότητές τους, τα μεταφέρουν στους τομεάρχες. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα των ασθενών.

Αυτοί οι ρόλοι ίσως δημιουργήσουν κάποια πιθανά προβλήματα, όπως αν για παράδειγμα οι ασθενείς ή το προσωπικό έχουν παράπονα, τα αναφέρουν στην προϊσταμένη. Η προϊσταμένη τα μεταφέρει στον τομεάρχη και αυτός με τη σειρά του στο διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας και ακολούθως στο διοικητικό συμβούλιο. Η διαδικασία αυτή είναι χρονοβόρα και κατά συνέπεια μεσολαβεί μεγάλος χρόνος μέχρι τα αιτήματα να φτάσουν στο διοικητικό συμβούλιο. Βέβαια, αν το πρόβλημα λυθεί, όλοι είναι ικανοποιημένοι, ωστόσο, πολλές φορές είτε το πρόβλημα δεν λύνεται, είτε οι λύσεις που προτείνει ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας δεν είναι ικανοποιητικές, με αποτέλεσμα τα προβλήματα να διογκώνονται και να ανακυκλώνονται (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006).

Βέβαια, πολλοί είναι και οι παράγοντες που επηρεάζουν την οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών όπως η γεωγραφική τοποθεσία, το μέγεθος και το πεδίο των υπηρεσιών σε κάθε μια από τις οργανωμένες οντότητες του συστήματος παροχής, οι πληθυσμοί των ασθενών, η δομή και σκοποί του ιδρύματος, το κοινωνικό περιβάλλον, το ανθρώπινο δυναμικό καθώς και η πολυπλοκότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Σχήμα 2.5.) (Λανάρα, 2004).



Σχήμα 2.5. Παράγοντες επιρροή νοσηλευτικής οργάνωσης
Πηγή: Λανάρα, 2004

2.2. Ηγεσία

Η εννοιολογική προσέγγιση του όρου «Ηγεσία» παραπέμπει ευθέως στα συνώνυμα αρχηγία, διοίκηση, εξουσία, ηγεμονία και υποδηλώνει τη σχέση μεταξύ του υποκειμένου, του φορέα της ηγεσίας, δηλαδή του ηγέτη και του αντικειμένου της, δηλαδή των ηγουμένων, των οπαδών (Potter & Wetherell, 1987, Potter, 1996).

Στη βιβλιογραφία υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ορισμών της έννοιας της ηγεσίας οι οποίοι συγκλίνουν ως προς τον στόχο που είναι η επιρροή της συμπεριφοράς των μελών μιας κοινωνικής οργάνωσης. Οι Bennis και Nanus (1985) ορίζουν την ηγεσία ως τη φυσική

έκφραση ενός ολοκληρωμένου ανθρώπου και ο Cashman (2008) ως την αυθεντική αυτό-έκφραση που δημιουργεί αξία. Αλλά και ο Rahim (1983) γράφει πως η ηγεσία θα μπορούσε να ορισθεί, ως μια διαδικασία επίδρασης με σκοπό τον επηρεασμό της συμπεριφοράς και των πράξεων μιας μικρής ή μεγάλης ομάδας, μιας τυπικής ή άτυπης οργάνωσης ακόμα και ενός ατόμου ξεχωριστά, κατά τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να προσπαθήσουν με προθυμία να επιτύχουν τους στόχους της ομάδας στην οποία ανήκουν και δραστηριοποιούνται. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (1992, 2002), η ηγεσία είναι «...η διαδικασία επηρεασμού των στάσεων και της συμπεριφοράς μιας μικρής ή μεγάλης, τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (ηγέτη) με τέτοιο τρόπο, ώστε εθελοντικά, πρόθυμα και με την κατάλληλη συνεργασία να προσπαθούν να υλοποιήσουν στόχους που απορρέουν από την αποστολή της ομάδας, με τη μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα...». Ουσιαστικά, η ηγεσία είναι η ικανότητα ενός ατόμου να καθοδηγεί, να κατευθύνει και να διευθύνει άλλους, καθώς και να επηρεάζει θετικά τη συμπεριφορά τους (Κανελλόπουλος, 1991).

Η σύγχρονη ηγεσία λειτουργεί στην κατεύθυνση δημιουργίας ενός μοντέλου διοίκησης με θετικό όραμα για το μέλλον προς το οποίο βαδίζει η οργάνωση, ένα όραμα συναρπαστικό και αποδεκτό ώστε να είναι διατεθειμένα τα μέλη να χάσουν και κάποια από τα κεκτημένα (Gupta et al, 2004). Η επίδραση της ηγεσίας εξαρτάται από το είδος της εξουσίας που αυτή ασκεί. Η εξουσία μπορεί να ασκείται με την επιβράβευση, να εκπορεύεται από τη δεδομένη ιεραρχία, ή να βασίζεται στην επιβολή κυρώσεων (Mullins, 1999). Η ηγεσία είναι σημαντική, γιατί βοηθά στην ανάπτυξη της συλλογικότητας και στην ενσωμάτωση των ατομικών στόχων στους ομαδικούς (Τούντας, 2008).

2.2.1. Ο ρόλος του ηγέτη

Ο καλός ηγέτης δεν γεννιέται αλλά γίνεται. Ο καλός ηγέτης συμπεριφέρεται όπως ένας ψυχοθεραπευτής, έχει το σθένος ν' απορροφά τα συναισθήματα αγωνίας και ανασφάλειας και να δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας και σταθερότητας με τον ίδιο τρόπο που άλλα πρόσωπα εξουσίας όπως οι γονείς πρέπει να παρέχουν ένα αίσθημα ασφάλειας στα παιδιά τους (Gupta et al, 2004). Η ηγεσία έχει να κάνει κυρίως με την ικανότητα να εμπνέει κανείς (Τούντας, 2008). Βέβαια για να εμπνεύσει κάποιος τους εργαζομένους για υψηλότερες σφαίρες ομαδικής δουλειάς οφείλει να υπάρχει, να γνωρίζει και να ενεργεί, γι' αυτό χρειάζεται συνεχής διαδικασία αυτογνωσίας, εκπαίδευσης και εμπειρίας, εργασία και μελέτη.

Η κατοχή δύναμης καθιστά κάποιον αφεντικό, όχι όμως και ηγέτη. Η ηγεσία διαφοροποιείται στο γεγονός ότι κάνει τους ακόλουθους να επιθυμούν την επιδίωξη υψηλών στόχων (Yukl & Van Fleet, 1992).

Ο ηγέτης συντονίζει τη λειτουργία της και επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της αποτελεί το συνδετικό κρίκο, το επίσημο εκείνο πρόσωπο, που κάνει τις επαφές μεταξύ της ομάδας και του οργανισμού, αναλαμβάνει την ευθύνη για τη διατήρηση των αρχείων όλων των συζητήσεων, συντονίζει όλες τις δραστηριότητες της ομάδας, διευκολύνει τις συναντήσεις και αναθέτει τα καθήκοντα στα μέλη, ενδιαφέρεται περισσότερο για την απόδοση της ομάδας παρά για τη δική του προσωπική προβολή μέσω της απόδοσης του (Yukl & Van Fleet, 1992).

Ο ηγέτης συνδέεται με τρεις κύριους ρόλους (Yukl & Van Fleet, 1992):

1. Το ρόλο του εισηγητή,
2. Το ρόλο του προτύπου,
3. Το ρόλο του συντονιστή.

Η συλλογικότητα και η συνεργασία οδηγεί στη μείωση της αβεβαιότητας με αποτέλεσμα ο σύγχρονος ηγέτης να ενστερνίζεται την αναγκαιότητα εξάρτησής του από τους ανθρώπους του, αλλά επίσης να αναγνωρίζει τα μέτρα και όρια του. Οι επιτυχημένοι ηγέτες διαθέτουν μια δυνατή προσωπικότητα γεγονός που και ο Kotter (2003) επισημαίνει καθώς θεωρεί ότι ένα διευθυντικό στέλεχος που δεν είναι και καλός ηγέτης, δεν μπορεί να διαχειριστεί με επιτυχή τρόπο την οργανωσιακή κουλτούρα. Οι ηγέτες γνωρίζουν την αναγκαιότητα της κουλτούρας και επηρεάζουν το ανθρώπινο δυναμικό μέσω της προσωπικής τους επικοινωνίας, αλλά και οι ίδιοι μπορεί να είναι ευαισθητοποιημένοι σε επιρροές της κουλτούρας (Θεοφανίδης, 1999).

Ο ηγέτης διαθέτει όραμα, το οποίο αντανακλά πρότυπα και αξίες που απευθύνεται σε όλο το ανθρώπινο δυναμικό. Το όραμα αποτελεί ένα ιδεώδη μόρφωμα του μέλλοντος. Η ηγεσία ως υπολογιστικός τρόπος των ικανοτήτων και δημιουργός προσωπικοτήτων απολυτρωμένων από ανεπάρκεια και μέτριες αποδόσεις, οδηγεί τον ηγέτη στην ανακάλυψη καινοτομιών, ενθαρρύνει τον πειραματισμό, επικροτεί τη συνεργασία, οδηγεί στην επίτευξη στόχων, ενισχύει τους ανθρώπους με καταμερισμό σε αυτούς πληροφοριών, εξουσιών και επιβράβευσης. Οι πράξεις του ηγέτη αποτελούν πρότυπο για τους ανθρώπους Η σωστή ηγεσία σημαίνει εκτίμηση της προσπάθειας του καθένα και αναγνώριση της απόδοσης. Η

ηγεσία απαιτεί την ατομική δεξιότητα καθώς, ως οργανωσιακό φαινόμενο που αφορά σε διαδικασίες θεμελιώνεται από την προσωπικότητα παρά από το ρόλο, και βρίσκεται εκεί για το ανθρώπινο δυναμικό και εξαρτάται από αυτό (Θεοφανίδης, 1999).

2.2.2. Οι θεωρίες της ηγεσίας

Υπάρχουν πολλοί οδοί προσέγγισης της θεωρητικής μελέτης της ηγεσίας (Page, 1993, Bolden et al, 2003, Allen, 2006, Μπουραντάς, 1992, Κάντας, 1998, Μπουραντάς, 2005):

1. Η θεωρία των χαρακτηριστικών. Σύμφωνα με τον McGregor (1966), οι μέχρι σήμερα διαπιστώσεις δείχνουν ότι ,είναι πιο εποικοδομητικό να προσεγγίζεται η ηγεσία ως σχέση μεταξύ του ηγέτη και της κατάστασης, παρά ως γενικό μοντέλο χαρακτηριστικών που διαθέτουν ορισμένα άτομα. Τα χαρακτηριστικά ενός ιδανικού ηγέτη (η ευφυΐα, η προσωπικότητα, οι ικανότητες συνεργασίας, δυναμικότητας, κύρους και κοινωνικότητας) δημιουργούν ένα γενικό πλαίσιο, το οποίο μπορεί να εξειδικευθεί ανάλογα με τη μορφή των δραστηριοτήτων, τη φύση της εργασίας και τη θέση που καταλαμβάνει ο manager στην πυραμίδα της ιεραρχίας (Swansburg & Swansburg, 1999).
2. Η θεωρία της συμπεριφοράς. Ανάμεσα στις θεωρίες και τις έρευνες της συμπεριφοράς είναι εκείνες του Douglas McGregor (θεωρία X και Y), του Rensis Likert's (Michigan Studies), το Managerial Grid των Blake και Mouton και οι μελέτες του Kurt Lewin. Ο κύριος συλλογισμός της προσέγγισης αυτής είναι ότι οι αποτελεσματικοί ηγέτες συμπεριφέρονται με τους ίδιους τρόπους. Η προσέγγιση συμπεριφοράς πρεσβεύει ότι η ηγετική συμπεριφορά μπορεί να μαθευτεί. Ο σκοπός των θεωριών συμπεριφοράς είναι, να διδάξουν τους ανθρώπους το πώς να αλλάξουν τις προϋποθέσεις που ελέγχουν τη συμπεριφορά, έτσι ώστε να γίνουν πιο αποτελεσματικοί ηγέτες.
3. Η θεωρία του απρόοπτου. Οι θεωρητικοί του management απομακρύνονται από γενικές θεωρίες που μπορούσαν να εφαρμοστούν σε κάθε περίπτωση και να οδηγούνται σε θεωρίες απρόοπτων. Στον τομέα της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας, αφού έγινε ξεκάθαρο ότι η προσέγγιση του χαρακτηριστικού και η προσέγγιση της συμπεριφοράς δεν κάλυπταν κάθε περίπτωση, η έρευνα εστιάστηκε σε μεταβλητές εξαρτώμενες από την εκάστοτε κατάσταση. Οι μεταβλητές αυτές καθόριζαν την αποτελεσματικότητα διαφόρων ηγετικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών. Τα μοντέλα απρόοπτων απομονώνουν κρίσιμες επιρροές στην

επιτυχία της ηγεσίας όπως π.χ. η ποιότητα της διεργασίας, ο βαθμός διαμάχης μέσα στην ομάδα, η κουλτούρα του οργανισμού.

4. Η θεωρία του μετασχηματισμού. Στην προσέγγιση του μετασχηματισμού. Αναπαριστάται φανερά ο χαρακτηριστικός κύκλος ζωής το υ έργο υ ή του προγράμματος αλλαγής, ο οποίος για έναν αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων έχει γίνει απαραίτητο στοιχείο της οργανωσιακής ζωής και πρόκληση για τους μεταμορφωτικούς διευθυντές έργων. Εδώ, ο ηγέτης ανακαλύπτει την ευκαιρία και την ανάγκη για αλλαγή και οραματίζεται τη μέλλουσα κατάσταση που ικανοποιεί τις απαιτήσεις, επικοινωνεί με το όραμα επισημαίνοντας την προβληματική παρούσα κατάσταση, πιστεύει το όραμα και καθοδηγεί με παραδείγματα και εμπνυχώνει την ομάδα.

2.2.3. Στυλ ηγεσίας

Το στυλ ηγεσίας είναι απαραίτητο και επηρεάζεται από την επιθυμία του ηγέτη για προσωπική ανέλιξη. Αν και το «απόλυτο» διαφοροποιείται και επαναδιαμορφώνεται ανάλογα με το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούν οι οργανισμοί. Βέβαια, υπάρχουν τρόποι ώστε να ανακαλύπτει ο ίδιος ο ηγέτης το πως πρέπει να διενεργήσει ώστε να φτάσει στο σκοπό του (Ensmann, 2004, Turner et al, 2005, Oshagbemi & Chili, 2006, De Vries et al, 2009, Taleb, 2010).

Σύμφωνα με τον Hersey και τους συνεργάτες του (2000), ο όρος στυλ ηγεσίας μπορεί να ερμηνευθεί ως συμπεριφορά ηγεσίας με δύο προφανώς ανεξάρτητες διαστάσεις, την εργασία και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η εργασία περιλαμβάνει τον καθορισμό στόχων, την οργάνωση, διεύθυνση και τον έλεγχο, ενώ οι διαπροσωπικές σχέσεις περιλαμβάνουν την αλληλεπίδραση, την υποστήριξη, την επικοινωνία και ενεργητική ακρόαση.

Η ενασχόληση με τα είδη της ηγεσίας που μπορεί να υιοθετήσει ένας ηγέτης αποτέλεσαν αντικείμενο ενασχόλησης από τα μέσα περίπου του 20^{ου} αιώνα, όπου σύμφωνα με τον Lewin και τους συνεργάτες του (1939) υπάρχουν διαφορετικά στυλ ηγεσίας που ταυτίζονται με διαφορετικές τεχνικές διοίκησης, τα οποία είναι το αυταρχικό, το εξουσιοδοτικό και το δημοκρατικό.

Ο Likert (1961, 1967) ερευνήσε το θέμα της ηγεσίας και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η δημοκρατική ηγεσία είναι πιο αποτελεσματική. Σύμφωνα με τη θεωρία που ανέπτυξε, τέσσερα είναι τα στυλ ή συστήματα ηγεσίας:

1. Αυταρχικό – εκμεταλλευτικό. Οι στόχοι της οργάνωσης καθορίζονται από την ανώτατη διοίκηση και με την μορφή διαταγών φτάνουν στους εργαζομένους.
2. Καλοπροαίρετο – αυταρχικό. Ο ηγέτης είναι αυταρχικός αλλά επιτρέπει κάποιας μορφής επικοινωνία με τους υφισταμένους του και τούτο για να τους δείξει, ότι είναι προσιτός αλλά γίνεται αυστηρός μόνο και μόνο για το δικό τους συμφέρον.
3. Συμβουλευτικό – δημοκρατικό. Ο ηγέτης μέσω της αμφίδρομης επικοινωνίας χρησιμοποιεί τις γνώσεις των υφισταμένων του.
4. Συμμετοχικό – δημοκρατικό. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με δημοκρατικές διαδικασίες, όπου τα μέλη της ομάδας συμμετέχουν στην λήψη των αποφάσεων.

Στη δεκαετία του 1990 πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να δώσουν χαρακτηρισμούς για τα στυλ ηγεσίας. Έτσι, τέτοιες ιδιαίτερες απόψεις είναι οι εξής:

1. Σύμφωνα με τον DenHartog και τους συνεργάτες του (1999) θεώρησαν ένα στυλ ηγεσίας, αυτό της χαρισματικής. Η χαρισματική ηγεσία περιλαμβάνει πίστη, δέσμευση, αφοσίωση, εμπιστοσύνη, έμπνευση, θαυμασμό, εξαιρετικότητα, ανάληψη ρίσκου, αυτοθυσία, διάρθρωση οράματος και ικανότητα μετάδοσής του, μη συμβατική συμπεριφορά, ευαισθησία στις αλλαγές του. Η χαρισματική ηγεσία κινητοποιεί τους υφισταμένους να επεκταθούν πέρα από τα προσωπικά τους συμφέροντα και να ενεργούν για την βελτιωμένη πορεία του οργανισμού.
2. Ο Bass (1990, 1991, 1997, 1998) ανέπτυξε το συναλλακτικό στυλ ηγεσίας (transactional) και μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας (transformational). Ο συναλλακτικός ηγέτης δίδει ανταμοιβές και κυρώσεις (ποινές) για να επιτύχει την υπακοή των υφισταμένων του, αποφεύγει τη λήψη αποφάσεων, είναι πιο τυποποιημένος και προδιαγράφεται η ικανότητά του να κάνει πάντα το σωστό. Ενώ, ο μετασχηματιστικός ηγέτης κάνει τα σωστά πράγματα εξυψώνοντας το ηθικό των υφισταμένων του, με τους οποίους καλλιεργεί προσωπικούς δεσμούς, είναι χαρισματικός, δημιουργεί έμπνευση και θεωρεί τον εαυτό του ηθικά δεσμευμένο πέρα από τα ατομικά του συμφέροντα, σχεδιάζει ένα όραμα με βάση τα ηθικά πρότυπα και τις αξίες, αλλά και παρακινεί τους υφισταμένους προς την εκπλήρωσή των στόχων του μέσω και της δέσμευσής τους, ότι θα υποστηρίξουν τη χαρισματική του ηγεσία και θα επικοινωνούν με το όραμα. Το μετασχηματικό στυλ υιοθέτησαν και άλλοι

ερευνητές οι οποίοι έδωσαν ένα ακόμα χαρακτηριστικό, ότι θα μπορούσε να ταιριάζει περισσότερο σε ηγέτες του γυναικείου φύλου και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, η μετασχηματιστική ηγεσία προωθηθεί την αποτελεσματική επικοινωνία, την ενδυνάμωση και τη σαφήνεια θέσεων εργασίας των νοσηλευτών (Rosener, 1990, Hackman et al. 1992, Ross & Offermann, 1997, Powell & Graves, 2006 Dierckx De Casterlé et al. 2008).

3. Ο Nanus (1992) ανέπτυξε το οραματικό στυλ ηγεσίας. Το όραμα παρέχει μια μελλοντική προοπτική η οποία είναι ξεκάθαρη και καλύτερη για τον οργανισμό. Το όραμα είναι εφικτό και επικεντρώνεται σε αξίες. Ο ηγέτης που ασκεί οραματική ηγεσία πρέπει να έχει την ικανότητα να επεξηγήσει το όραμα στους υφισταμένους, να εκφράσει το όραμα με πράξεις και όχι μόνο λεκτικά, να το επικοινωνήσει αλλά και να μπορεί να το επεκτείνει και σε διαφορετικά πρότυπα εργασίας. Το όραμα είναι υποκινητικό ώστε να δημιουργεί στο μέλλον πρόσκληση ικανοτήτων, ταλέντων και πόρων ώστε να πραγματοποιηθεί.

Οι Goleman, Boyatzis και McKee (2002) σημειώνουν έξι διαφορετικά ηγετικά στυλ που προσδιορίζουν τα χαρακτηριστικά των ηγετών και κατά συνέπεια τα στοιχεία της ηγεσίας όπως αυτή εφαρμόζεται στην κοινωνία. Ειδικότερα:

1. Αυταρχικό. Το στυλ βασίζεται στις εντολές, στην απόλυτη άσκηση εξουσίας του ηγέτη.
2. Ηγετικό. Το στυλ του οράματος είναι αυτό που δημιουργεί το όραμα στην εταιρεία ενώ ταυτόχρονα ο ηγέτης που προσδιορίζεται από αυτό, είναι ιδιαίτερα θετικός στις αλλαγές, ακούει τους υφισταμένους του και είναι πολύ θετικός απέναντι σε νέες ιδέες και πρωτοβουλίες.
3. Συνεργατικό. Ο ηγέτης θέτει τους ανθρώπους πάνω από όλα, επιλύει τις ομαδικές συγκρούσεις και παρακινεί τους υφισταμένους του.
4. Δημοκρατικό. Το στυλ βασίζεται στη συμμετοχή των υπαλλήλων στις αποφάσεις του ηγέτη. Ο ηγέτης συλλέγει πληροφορίες από τους υπαλλήλους και λαμβάνει αποφάσεις με τη σύμφωνη γνώμη τους.
5. Κατευθυντικό. Ο ηγέτης επιβάλλει στους υφισταμένους του να ακολουθήσουν τη δική του τακτική στον τρόπο εργασίας του και η συμπεριφορά του έχει συνήθως αρνητική επίδραση στο κλίμα του εργασιακού περιβάλλοντος.
6. Υποστηρικτικό. Ο ηγέτης που υποστηρίζει τους ανθρώπους του επιτυγχάνει καλά αποτελέσματα ενώ δίνει χρόνο στους υφισταμένους του να βελτιωθούν και έπειτα να δώσουν τον καλύτερό τους εαυτό προς την επίτευξη ενός στόχου.

Σύμφωνα με νεότερες απόψεις (Μπουραντάς, 2005) επισημαίνονται δύο ακραία στυλ ηγεσίας, το αυταρχικό και το δημοκρατικό. Ο αυταρχικός ηγέτης επιβάλλει την εξουσία του χωρίς να αφήνει ένα χώρο για την ελευθερία των υφισταμένων του, παίρνει τις αποφάσεις μόνος του και τις ανακοινώνει, διατάζει τους υφισταμένους του και δημιουργεί σε πολλές περιπτώσεις κλίμα φόβου και δυσαρέσκειας. Ο δημοκρατικός ηγέτης από την άλλη, αφήνει ελευθερία στους υφισταμένους του, αφού προσπαθεί να περάσει με πειθώ την απόφασή του. Επίσης συζητά, προκαλεί ερωτήσεις στους υφισταμένους του, παίρνει συμβουλές από αυτούς ακούει τις διαφορετικές γνώμες, ζητά ο ίδιος τη συμμετοχή τους χωρίς να επιβάλλεται και τους επιτρέπει να ενεργήσουν όπως οι ίδιοι επιθυμούν, στο πλαίσιο που τίθεται από την εταιρεία του, προκειμένου να φέρουν σε πέρας ένα συγκεκριμένο πρότζεκτ. Εκτός φυσικά από τα δύο ακραία στυλ υπάρχουν και ενδιάμεσα στυλ ηγεσίας, ηγέτες που υιοθετούν χαρακτηριστικά και από τις δύο πλευρές, ηγέτες που δίνουν έμφαση σε διαφορετικές συνισταμένες και διαμορφώνουν το δικό τους στυλ.

Ανάλογα σε πιο πλαίσιο στο οποίο λειτουργεί ένας οργανισμός διαμορφώνονται και τα κατάλληλα ηγετικά στυλ. Ένας ηγέτης μπορεί να επιλέγει κάποιο από τα προαναφερθέντα ηγετικά στυλ αλλά και στοιχεία από τα άλλα στυλ ηγεσίας προκειμένου να επιτύχει σε συγκεκριμένο χρόνο τον καθορισμό και την ανάθεση μιας εργασίας. Το στυλ ηγεσίας, για να είναι επιτυχημένο πρέπει να ταιριάζει με το περιβάλλον στο πλαίσιο του οποίου ασκείται. Το ηγετικό στυλ πρέπει επίσης να ταιριάζει με το έργο που έχει να υλοποιήσει ο ηγέτης με τους ανθρώπους του. Οπότε, η λέξη που πρέπει να χαρακτηρίζει τον ηγέτη είναι η προσαρμογή. Η ικανότητα προσαρμογής του στυλ του δηλαδή ανάλογα με ότι καλείται να αντιμετωπίσει. Ο ηγέτης πρέπει να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί τη φύση του έργου, που έχει να φέρει σε πέρας και κατόπιν να αποφασίζει πως θα το χειριστεί. Ο ηγέτης των σύγχρονων προκλήσεων έχει να αντιμετωπίσει μπροστά του πολλές αλλαγές και εμπόδια, γι' αυτό και η εφαρμογή ενός και μόνο ηγετικού στυλ δε θα τον οδηγεί πάντα στην επιτυχία αλλά και στην ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού που πολλές φορές αντιμετωπίζει το φαινόμενο του «burn out» (Turner et al, 2005, Oshagbemi & Chili, 2006, Zopiatis & Constanti, 2010, Taleb, 2010, Μπουραντάς, 2005).

2.3. Ηγέτης νοσηλευτής: ρόλος και χαρακτηριστικά

Δυστυχώς στο σύγχρονο περιβάλλον των νοσοκομειακών οργανισμών ο ρόλος του ηγέτη στη νοσηλευτική είναι υποβαθμισμένος. Το σύστημα φροντίδας υγείας δεν κατόρθωσε να αναγνωρίσει τους νοσηλευτές ως επαγγελματίες που να διαθέτουν γνώσεις χρήσιμες για την εξεύρεση λύσεων σε περίπλοκα προβλήματα. Γεγονός, που παρουσιάστηκε από τον Cutler (1976) ο οποίος έδωσε μια διάσταση στο πρόβλημα θεωρώντας ότι, οι νοσηλευτικοί εκπαιδευτές και το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν προϊόν διευθυντικής και της αυταρχικής ηγεσίας. Βέβαια, ιστορικά, οι νοσηλευτές έχουν αποφύγει να αποκτήσουν εξουσία και πολιτική δύναμη. Σήμερα, ο κλάδος αντιλαμβάνεται ότι η εξουσία και η πολιτική δύναμη θα βοηθήσουν στην επίτευξη των στόχων του για τη βελτίωση της φροντίδας υγείας και την αύξηση της αυτονομίας των νοσηλευτών.

Ο ρόλος του ηγέτη στη νοσηλευτική είναι καθοριστικός. Ο ρόλος των ηγετών νοσηλευτών συμπεριλαμβανομένων και αυτών με εκτελεστική εξουσία, είναι να διδάξουν στους νοσηλευτές τη φύση της ηγεσίας. Εκπαιδεύουν τους νοσηλευτές σε ηγετικές δεξιότητες και τους θέτουν στο κατάλληλο περιβάλλον για να αναγνωρίσουν την έννοια της ηγεσίας. Η προσπάθεια αυτή περιλαμβάνει την έναρξη μιας λειτουργίας, μιας διαφοροποίησης γύρω από μια προβληματική διεύθυνση, μιας αλλαγής από τα στελέχη στους νοσηλευτές της πρώτης γραμμής, μιας συνεργασίας με τον μέντορα και των νοσηλευτών υψηλού επιπέδου. Οι νοσηλευτές με εκτελεστική εξουσία αλλά και οι μάνατζερ νοσηλευτές εκπαιδεύονται για να καθοδηγούν τους υφισταμένους τους στις ηγετικές δεξιότητες. Οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται για να βοηθούν τους μάνατζερ νοσηλευτές στην ηγεσία. Οι ηγέτες νοσηλευτές μπορούν να ακούν και να εκφράζονται με σαφήνεια, να πείθουν και να πείθονται, να χρησιμοποιούν την ευφυΐα τους για να λαμβάνουν αποφάσεις αλλά και να διδάσκουν τους υφισταμένους νοσηλευτές, να δημιουργούν σχέσεις ή να επικοινωνούν (Zenger, 1992, McPhail, 2002).

Αναλυτικότερα, οι ρόλοι των ηγετών νοσηλευτών μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με τον λειτουργικό ή εκτελεστικό τους χαρακτήρα. Έτσι (McClure, 1984a, McClure, 1984b, Poulin, 1984, Mathews, 1988, Princeton, 1993, Swansburg & Swansburg, 1999, Wolper, 2001, Murray, 2005, Stanley et al, 2008, Jones et al, 2010):

1. Λειτουργικός διευθυντής νοσηλευτής. Οι λειτουργικοί ρόλοι διοίκησης του διευθυντή - μάνατζερ νοσηλευτή προϋποθέτουν την ύπαρξη ικανοτήτων και δεξιοτήτων και είναι οι εξής:

- ✓ Οικονομική διοίκηση. Γνώσεις και δεξιότητες για την κατάρτιση και την υποστήριξη ενός προϋπολογισμού για τις δαπάνες του προσωπικού μονάδας, τα εφόδια και τα έσοδα με τα οποία θα καλυφθούν οι δαπάνες. Ικανότητα να διοικεί σπάνιους και ακριβούς πόρους για την απόδοση.
- ✓ Ικανότητα να συνδέει τις ηθικές επιλογές που σχετίζονται με τις ανθρώπινες ανάγκες, τις ηθικές αρχές για συμπεριφορά, και τα ατομικά συναισθήματα με τη διαδικασία λήψης της απόφασης.
- ✓ Αναγνώριση και υποστήριξη των δικαιωμάτων των ασθενών.
- ✓ Ενεργός και αποφασιστική προσπάθεια να μοιράζεται την εξουσία μέσα στον οργανισμό, συμπεριλαμβανομένης της εξουσιοδότησης στους επαγγελματίες της νοσηλευτικής. Αυτό περιλαμβάνει νοσηλευτική αυτονομία, η οποία απειλείται από την αυταρχική διοίκηση. Με τη σειρά τους οι ασκούντες το επάγγελμα του νοσηλευτή συμμετέχουν στην επίλυση των προβλημάτων της διοίκησης.
- ✓ Ικανότητα να επικοινωνεί και να προωθεί την αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και τα λοιπά πρόσωπα.
- ✓ Γνώση των εσωτερικών παραγόντων που σχετίζονται με το σκοπό, τα καθήκοντα, τα πρόσωπα, την τεχνολογία και τη διάρθρωση.
- ✓ Γνώση των εξωτερικών παραγόντων που έχουν σχέση με την οικονομία, τις πολιτικές πιέσεις, τις νομικές πτυχές, τα κοινωνικό-πολιτιστικά χαρακτηριστικά και την τεχνολογία.
- ✓ Ικανότητα να μελετά καταστάσεις και να χρησιμοποιεί τις έννοιες και τις τεχνικές της διοίκησης, να αναλύει αυτές, να διατυπώνει σωστές διαγνώσεις των προβλημάτων και να συνδέει τη διεργασία για τη λήψη αποφάσεων.
- ✓ Ικανότητα να διασφαλίσει την ανάπτυξη του προσωπικού.
- ✓ Ικανότητα να διασφαλίσει ένα κλίμα στο οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ξεκάθαρα, ότι επιδιώκουν ουσιαστικούς και αξιόλογους στόχους μέσω των προσωπικών προσπαθειών τους.
- ✓ Ικανότητα να πραγματοποιεί την αλλαγή μέσα από μια τακτική διαδικασία.
- ✓ Γνώση του τρόπου εκχώρησης της εξουσίας στους κλινικούς νοσηλευτές μέσω των αναθέσεων σε επιτροπές, των κύκλων ποιότητας, της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής, και των δικαιωμάτων.
- ✓ Απόφαση για συνέχιση της αυτό-ανάπτυξης μέσα από μελέτη και συμμετοχή σε ομάδες εργασίας και άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα.

- ✓ Δεξιότητες στη διοίκηση σε μεταπτυχιακό επίπεδο που να καλύπτουν γνωστικά αντικείμενα για τη στελέχωση και τον προγραμματισμό, τις διοικητικές εκθέσεις, τις προσλήψεις, την αξιολόγηση της απόδοσης, την ικανοποίηση από την εργασία, την παραγωγικότητα της εργασίας, την εποικοδομητική πειθαρχία, τις γνώσεις σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τις αξίες που καθορίζουν την κουλτούρα του οργανισμού.
2. Ηγέτες νοσηλευτές εκτελεστικού επιπέδου. Οι ηγέτες νοσηλευτές εκτελεστικού επιπέδου βελτιώνουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους αξιοποιώντας αυτά που διδάχθηκαν ως ηγέτες κατώτερης βαθμίδας. Μερικές φορές, ο νοσηλευτής - εκτελεστικός λειτουργεί σε επίπεδο υπηρεσιών, σχεδιάζοντας τη φροντίδα των ασθενών μετά από μια συνολική οπτική. Η αποστολή των ηγετών νοσηλευτών εκτελεστικού επιπέδου πρέπει να είναι οι εξής:
- ✓ Να εφαρμόσουν τις αρχές της οικονομικής διοίκησης στην κοστολόγηση και την τιμολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας και να μεταδώσουν αυτές τις γνώσεις στους νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα.
 - ✓ Να συντονίσουν τον προϋπολογισμό της διεύθυνσης.
 - ✓ Να εκχωρήσουν εξουσία σε μάνατζερ νοσηλευτές χαμηλότερης βαθμίδας.
 - ✓ Να αναλύσουν τι μπορεί να κάνει η νοσηλευτική (δεξιότητες, ικανότητες, αδυναμίες), να κάνουν υποθέσεις για τη νοσηλευτική, για το περιβάλλον της και να μεταδώσουν τα αποτελέσματα στους εργαζομένους.
 - ✓ Να προσδιορίσουν, να σταθμίσουν, να συσχετίσουν και να επιτύχουν πολλαπλούς στόχους ταυτόχρονα.
 - ✓ Να εγκαταλείψουν τις παρωχημένες αρχές της τυποποίησης, του συγκεντρωτισμού και της εξειδίκευσης.
 - ✓ Να μοιράσουν τις αρμοδιότητες και τις εξουσίες μέσω της αποκέντρωσης με τη συμμετοχική διοίκηση, την εμπλοκή των εργαζομένων και των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των εργαζομένων.
 - ✓ Να καταρτίσουν και να χρησιμοποιούν μία οργάνωση μήτρας με τις ομάδες δράσης και τις ομάδες έργου και με τους ηγέτες.
 - ✓ Να δημιουργήσουν το πεδίο για την κλινική άσκηση της νοσηλευτικής.
 - ✓ Να προωθήσουν την εφαρμογή μιας θεωρίας της νοσηλευτικής σε ένα σύστημα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
 - ✓ Να συμβουλευτούν τους εκπαιδευτές της νοσηλευτικής για το περιεχόμενο των προγραμμάτων της νοσηλευτικής διοίκησης.

- ✓ Να καθορίσουν το βάθος και το εύρος των προγραμμάτων της νοσηλευτικής έρευνας.
- ✓ Να προβλέπουν το μέλλον της φροντίδας υγείας και το μέλλον της νοσηλευτικής.
- ✓ Να ασκούν διοίκηση στο στρατηγικό σχεδιασμό.
- ✓ Να παίζουν το ρόλο του καθοδηγητή και του δασκάλου στους μάνατζερ της κατώτερης βαθμίδας.
- ✓ Να αναγνωρίζουν και να χρησιμοποιούν την εξουσία και τις δυνατότητες της χρήσης της εξουσίας.

Ο ρόλος του ηγέτη στη νοσηλευτική εμπλουτίζεται καθώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παρακίνηση των υφισταμένων του. Ο ηγέτης νοσηλευτής, μέσα από τις σχέσεις του με τους ανθρώπους, την υλοποίηση των διαδικασιών και την αναγνώριση της ικανοποιητικής απόδοσης, ενδυναμώνεται και είναι ικανός να παρακινήσει τους νοσηλευτές. Οι ηγέτες μέσω της παρακίνησης θα δώσουν στους νοσηλευτές την ευκαιρία να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Η έρευνα των Vilma και Egle (2007) απέδειξε ότι όταν τα κίνητρα μειώνονται, όταν οι νοσηλευτές δεν έχουν το δικαίωμα για μια αυτόνομη δραστηριότητα, όταν οι ικανότητές τους δεν ανταποκρίνονται στο φάσμα των καθηκόντων τους, όταν οι αποφάσεις δεν λαμβάνονται συλλογικά, όταν δεν υπάρχει πληροφόρηση και ανταλλαγή απόψεων, η παρακίνηση δεν υφίσταται και ο ρόλος του ηγέτη υποβαθμίζεται καθώς βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που επιζητούν λύση. Όμως, η παρακίνηση πραγματοποιείται όταν ο ηγέτης έχει φροντίσει ώστε τα κίνητρα να αυξάνονται, οι νοσηλευτές να συνεργάζονται ισότιμα με ιατρούς, το νοσηλευτικό επάγγελμα να είναι σεβαστό και αυτόνομο, η διαπροσωπική επικοινωνία να είναι αποτελεσματική και οι συγκρούσεις να επιλύονται εποικοδομητικά. Στοιχεία, ικανά να προσδώσουν στο ρόλο του ηγέτη νοσηλευτή την αναγκαιότητα της δεξιότητας για παρακίνηση των υφισταμένων του αποδεικνύονται και σε άλλες έρευνες όπως της Bolton (2003), των Moody και Pesut (2006) και της Murphy και των συνεργατών της (2006).

Ο ρόλος του ηγέτη στη νοσηλευτική μπορεί να είναι αποτελεσματικός, όταν αναγνωρίζει την δύναμη και εξουσία που διαθέτει και τις πηγές που τις αντλεί. Η δύναμη είναι η δυνατότητα του ηγέτη να ασκεί επιρροή στους υφιστάμενους του και η εξουσία είναι το δικαίωμα που έχει κάποιος, να ασκεί την νομιμοποιημένη δύναμη που έχει και απορρέει από την διοικητική του θέση. Βέβαια, υπάρχουν πολλές μορφές δυνάμεων του ηγέτη νοσηλευτή, όπως της ανταμοιβής, του καταναγκασμού, της αναφοράς και της αυθεντίας (Κάντας, 1998,

Μπουραντάς, 1992). Οι δυνάμεις αυτές των ηγετών νοσηλευτών έχουν τρία στοιχεία: τη δυναμική πρακτική, την επαγγελματική αποτελεσματικότητα και την κλινική ηγεσία. Οι δυνάμεις προϋποθέτουν την εφαρμογή του υψηλού επιπέδου κλινικών γνώσεων και δεξιοτήτων, με επακόλουθο την αποτελεσματικότητα η οποία ενισχύεται από την αυτονομία του ηγέτη, ο οποίος υποστηρίζει τους ασθενείς και το επάγγελμα του με ιδιαίτερο ζήλο (Startup & Wilson, 1993, Carryer et al, 2007).

Σήμερα το να ηγείται ο νοσηλευτής σημαίνει να εμπνέει και να κινητοποιεί με τη σειρά του, απαιτεί συναισθηματική νοημοσύνη, εντιμότητα, εργατικότητα, παιδεία, γνώση του αντικειμένου, εξυπνάδα, επικοινωνιακή ικανότητα, όραμα, ικανότητα οργάνωσης και αποκέντρωσης. Πάνω από όλα όμως απαιτεί συναισθηματική νοημοσύνη και εντιμότητα. Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι το κλειδί της επιτυχημένης ηγεσίας σήμερα, καθώς ο ηγέτης διαθέτει την ικανότητα να ελέγχει τα συναισθήματά του και να τα χρησιμοποιεί με τέτοιο τρόπο ώστε να προσεγγίζει με επιτυχία τους άλλους. Ουσιαστικά, είναι όλες αυτές οι βαθύτατα ανθρώπινες ιδιότητες που διαθέτει (ή δεν διαθέτει), που τον κάνουν να εμπνέει, να κινητοποιεί και να κερδίζει την εμπιστοσύνη (Στουρνάρα, 2008).

Στο παρελθόν, για να είναι ένας ηγέτης έπρεπε να διαθέτει ορισμένα χαρακτηριστικά (φυσικά, προσωπικότητας, ευφυΐα) που στερούνται άλλοι άνθρωποι. Αυτή η θεωρία έχει ανατραπεί με την σημερινή άποψη, καθώς οι πετυχημένοι ηγέτες παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές χαρακτηριστικών. Η σύγχρονη άποψη είναι ότι ο ηγέτης και ο ρόλος που εξασκεί είναι αποτέλεσμα διαφόρων καταστάσεων που επικρατούν στο περιβάλλον που δρα, γι' αυτό διαφορετικά προβλήματα και αντιλήψεις απαιτούν την ύπαρξη διαφορετικών τρόπων ηγεσίας. Το θέμα της ανάπτυξης ηγεσίας που ταυτίζεται με τη λειτουργία της διεύθυνσης και τον διευθυντή, έχει απασχολήσει τον κοινωνικό χώρο γενικά και τη διοίκηση ιδιαίτερα από πολλά χρόνια. Έτσι, διαχρονικά διατυπώθηκαν διάφορα κύρια χαρακτηριστικά του ηγέτη νοσηλευτή, όπως εκείνα του «μεγάλου ανδρός», του χαρισματούχου, των φυσικών ηγετικών ικανοτήτων (ενεργητικότητα, ενθουσιασμός, επιθετικότητα, αποφασιστικότητα, αυτοπεποίθηση, φιλικότητα, στοργή, τιμότητα, δικαιοσύνη, νομιμοφροσύνη, αφοσίωση, αξιοπιστία, τεχνική υπεροχή και διδακτική ικανότητα, ευφυΐα, ανάπτυξη πρωτοβουλιών, δημιουργικότητα, συναισθηματική ωριμότητα, ικανότητες επικοινωνίας, κοινωνικότητα), των συνθηκών που καθορίζουν τις σχέσεις ηγέτη και προσωπικού, των περιπτώσεων και του βαθμού ωριμότητας. Η αποτελεσματική ή μη αποτελεσματική ηγεσία εξαρτάται από τον

ηγέτη, ο οποίος όταν ενεργεί με τον σωστό τρόπο επιτυγχάνει ικανοποιητικά αποτελέσματα (Λανάρα, 2004, Bellato & Pereira, 2003, Wong & Cummings, 2009).

Τα προσόντα του ηγέτη νοσηλευτή για άσκηση ηγεσίας που θεωρούνται απαραίτητα, είναι η υψηλή διανοητική ικανότητα, η επαγγελματική κατάρτιση, η ευχέρεια διατύπωσης και μεταβίβασης νοημάτων, εντολών και οδηγιών, η ικανότητα σύλληψης ολοκληρωμένων νοημάτων, το ερευνητικό πνεύμα, η ψυχική ισορροπία, η έφεση για μάθηση, η τάση για αποκέντρωση αρμοδιοτήτων, η διασφάλιση των υψηλότερων προδιαγραφών κλινικής φροντίδας, και το ενδιαφέρον για την ευημερία των μελών της ομάδας (Bellato & Pereira, 2003, Barbour & Dodd, 2007, Λανάρα, 2004). Ο ηγέτης διαθέτει ικανότητες λήψης αποφάσεων, συνεργάζεται με όλο το προσωπικό για την κατανομή και τοποθέτηση του στις κατάλληλες θέσεις, ενημερώνει την διεύθυνση για τις ανάγκες βελτίωσης της προσφερόμενης νοσηλευτικής, έχει πρωτοβουλία και ικανότητα να επηρεάζει την διεύθυνση για θέματα νοσηλευτικής. Σύμφωνα με τους O' Donnell και Koontz (1980) ο νοσηλευτής ηγέτης πρέπει να διακρίνεται από διάθεση για να διοικήσει, ικανότητα επικοινωνίας, να είναι ολοκληρωμένος, τίμιος και να έχει εμπειρία.

Η ηγεσία είναι εμφανής σε κάθε νοσηλευτικό οργανισμό – υπηρεσία και αρχίζει από την κορυφή της διοικητικής ιεραρχίας. Η φιλοσοφία, οι αξίες, οι στάσεις, τα κριτήρια της διεύθυνσης και πρακτικής, που επιδεικνύονται από τους νοσηλευτές διευθυντές, γίνονται αντιληπτά από τους υφισταμένους σε κατώτερες βαθμίδες. Αποτελεσματική ηγεσία επιτυγχάνεται, όταν ο ηγέτης νοσηλευτής ασκεί τη διεύθυνση της υπηρεσίας σε συνεργασία με το προσωπικό και σύμφωνα με τις βασικές αρχές και λειτουργίες της διοίκησης, δηλαδή σύμφωνα με τον προγραμματισμό, την ανάθεση, την καθοδήγηση, τον συντονισμό, την συνεργασία, την συμμετοχή, την παρατήρηση και την αξιολόγηση (Bellato & Pereira, 2003, Heras, 2008, Λανάρα, 2004).

Η φύση των διοικητικών ευθυνών κατά την άσκηση είναι ίδια στα διάφορα επίπεδα του οργανισμού, όμως ο βαθμός της ευθύνης ποικίλλει ανάλογα με την έκταση κάθε θέσης. Από τα προσόντα του ηγέτη νοσηλευτή πρέπει να εμπνέεται η δημοκρατική ηγεσία γιατί έτσι αναπτύσσεται περισσότερο το αίσθημα της προσωπικής ευθύνης και δημιουργούνται κατάλληλοι νοσηλευτές σε όλες τις βαθμίδες. Ο ηγέτης νοσηλευτής παροτρύνει τους νέους νοσηλευτές στο να σκέπτονται και ενθαρρύνουν τη δημιουργικότητα και τη πρωτοβουλία. Αυτό το είδος ηγεσίας δημιουργεί μεγαλύτερο ενδιαφέρον, αυτοσεβασμό, αυτοπεποίθηση και βοηθά κάθε άτομο να αναπτύσσει τις δυνατότητές του και να ανταποκρίνεται θετικά στην

κάλυψη των σκοπών του ιδρύματος και των αναγκών των ασθενών (Heras, 2008, Λανάρα, 2004).

Επίκεντρο της διεύθυνσης είναι η παραγωγική πράξη των νοσηλευτών με σκοπό την καλύτερη χρήση και αξιοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Το προσόν αυτό είναι απαραίτητο τόσο για το διευθυντή των νοσηλευτικών υπηρεσιών, το διευθυντή του ιδρύματος, όσο και για το νέο ηγέτη και το νοσηλευτή. Η νοσηλευτική διεύθυνση αποβλέπει στην κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών και των υπηρεσιών με την καθοδήγηση του προσωπικού προς κατάλληλη άσκηση - πράξη, στην επιτυχία των σκοπών του ιδρύματος, στην υποστήριξη για ικανοποίηση προσωπικών τους αναγκών, στην συμβουλευτική και επικοινωνία για την απόδοση τους, στην ενθάρρυνση για αυτό-ανάπτυξη καθώς και στην εύρεση τρόπων χρήσης των ταλέντων των νοσηλευτών (Bellato & Pereira, 2003, Heras, 2008, Λανάρα, 2004).

Τέλος, οι Spencer και Pruss (1995) προτείνουν ότι ένας επιτυχημένος ηγέτης μοιράζεται πληροφορίες, είναι πειστικός επικοινωνιολόγος, μοιράζεται την κριτική στην εξουσία, είναι πραγματιστής και όχι ιδεολόγος, αμύνεται σε βασικές αξίες ανθρωπίνων δικαιωμάτων, προάγει την ισότητα και την ελευθερία, έχει φιλοδοξία και αισιοδοξία και δεν αισθάνεται ότι πρέπει να κερδίσει την κάθε μάχη, αλλά να προσεγγίζει την κατάσταση στρατηγικά. Εντούτοις, δεν είναι τα χαρακτηριστικά και τα προσόντα που προσδιορίζουν την επιτυχία του ηγέτη, αλλά ο τρόπος που χρησιμοποιεί αυτά τα στοιχεία ώστε να πετύχει τους στόχους του. Η ομάδα πρέπει να έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες από τη συμπεριφορά του ηγέτη (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΩΣ ΒΑΣΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

3.1. Η έννοια της υποκίνησης

Ο όρος υποκίνηση χρησιμοποιείται για να μεταφράσει τον αγγλοσαξονικό όρο «motivation» ο οποίος προέρχεται από την λατινική λέξη «movere», που σημαίνει κινώ. Συχνά αυτός ο όρος θεωρείται ταυτόσημος ή στενά συγγενικός των λέξεων θέληση, επιθυμία, κίνητρο, στόχος. Στην πραγματική της διάσταση ο όρος υποκίνηση αποτελεί μια «...*βασική ψυχολογική διαδικασία που σαν αποτέλεσμα έχει τον επηρεασμό της συμπεριφοράς του ανθρώπου...*» (Μπουραντάς, 2002). Η υποκίνηση είναι η εσωτερική κατάσταση του ατόμου που το κάνει να συμπεριφέρεται με τρόπο που διασφαλίζει την επίτευξη κάποιου στόχου (Χυτήρης, 1996, Κουτούζης, 1999). Η υποκίνηση, επομένως, είναι η εσωτερική δύναμη, ή άλλως, αυτό που ονομάζεται διάθεση ή παρόρμηση, η οποία οδηγεί το άτομο στο να ενεργοποιηθεί προς ορισμένη κατεύθυνση (Μπουραντάς, 2002). Η υποκίνηση μπορεί να ορισθεί και ως μια «...*διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των εργαζομένων, με σκοπό την επίτευξη των στόχων του οργανισμού...*» (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006). Η υποκίνηση είναι «...*ένα σύνολο από ενεργητικές δυνάμεις, οι οποίες μπορεί να προέρχονται από το ίδιο το άτομο ή το περιβάλλον του και καθορίζουν τη στάση του απέναντι στην εργασία...*» (Pinder, 1984).

Αλλά, παρά τις δυσκολίες που παρουσιάζει η υποκίνηση, δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι αποτελεί τη σπονδυλική στήλη της διοικητικής επιστήμης. Η υποκίνηση πραγματοποιείται, όταν ένα κίνητρο ή μια ανταμοιβή μπορούν να ικανοποιήσουν μια δημιουργημένη ανάγκη. Αποτυχία μπορεί να προκύψει όταν παρεμβάλλεται ένα εμπόδιο μεταξύ του ατόμου και του κινήτρου ή της ανταμοιβής.

3.2. Θεωρίες υποκίνησης

Γύρω από το θέμα της υποκίνησης αναπτύχθηκαν πολλές θεωρίες που αποπειρώνται να απαντήσουν σε ερωτήματα όπως τι καθορίζει τη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στην εργασία, τι το υποκινεί και ποιοι είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες βελτίωσης της αποδοτικότητάς του. Οι θεωρίες υποκίνησης που έχουν αναπτυχθεί οδηγούν αυτούς που διοικούν να αναλύσουν τις ανάγκες των συνεργατών τους και να καταλήξουν στα κατάλληλα

κίνητρα επηρεασμού της συμπεριφοράς τους με σκοπό να υποκινήσει σε επιθυμητές συμπεριφορές. Οι θεωρίες είναι οι εξής (Maslow, 1954, Vroom, 1964, Mc Clelland, 1975, Λύτρας, 1994, Καντάς, 1998, Καντάς, 1993, Goleman, 2000, Μπουραντάς, 2002):

1. Θεωρία ιεράρχησης αναγκών του Maslow. Η θεωρία του Maslow, που αναφέρθηκε και προηγούμενα, υποστηρίζει ότι οι ανθρώπινες ανάγκες είναι ιεραρχικά δομημένες και η προσπάθεια κάλυψής τους πρέπει να ακολουθεί την εξής σειρά: φυσιολογικές ανάγκες, ανάγκες ασφάλειας, κοινωνικές ανάγκες, αυτοεκτίμηση, αυτοπραγμάτωση.
2. Θεωρία παραγόντων υγιεινής του Herzberg. Η θεωρία του Herzberg κατατάσσει τις ανθρώπινες ανάγκες σε δύο κατηγορίες: τα κίνητρα που μπορούν να υποκινήσουν τον άνθρωπο και τα αντικίνητρα, η έλλειψη των οποίων έχει αρνητικές επιπτώσεις, αλλά η παρουσία τους δεν υποκινεί.
3. Θεωρία του ERG του Alderfer. Ο Alderfer περιόρισε τις πέντε βασικές κατηγορίες των αναγκών σε τρεις: Στις ανάγκες ύπαρξης, στις οποίες υπάγονται οι φυσιολογικές ανάγκες και οι ανάγκες ασφάλειας, στις ανάγκες σχέσης με το κοινωνικό περιβάλλον στις οποίες υπάγονται αντίστοιχα οι κοινωνικές ανάγκες και οι ανάγκες ανάπτυξης στις οποίες υπάγονται οι δυο ανώτερες κατηγορίες των αναγκών του Maslow, δηλαδή οι ανάγκες αυτοσεβασμού και αυτοπραγμάτωσης.
4. Θεωρία των επιτευγμάτων του McClelland. Η θεωρία της κάλυψης των αναγκών του McClelland υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις βασικές ανθρώπινες ανάγκες: ανάγκη για επίτευξη σκοπών, ανάγκη για δημιουργία δεσμών και ανάγκη για εξουσία.
5. Θεωρία των προσδοκιών του Vroom. Σύμφωνα με τη θεωρία της προσδοκίας, η υποκίνηση είναι αποτέλεσμα συνδυασμού τριών παραγόντων: της ανταμοιβής, της προτίμησης για κάποιο αποτέλεσμα και της προσδοκίας ότι μια συγκεκριμένη αντίδραση (πράξη ή συμπεριφορά) θα οδηγήσει σ' αυτό το αποτέλεσμα.
6. Υπόδειγμα υποκίνησης των Porter- Lawler. Οι Lyman Porter και Edward Lawler υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα της απόδοσης. Το θεωρητικό υπόδειγμα των Porter και Lawler στηρίζεται σε τέσσερις βασικές μεταβλητές: την προσπάθεια, την απόδοση, την ανταμοιβή και την ικανοποίηση.
7. Θεωρία της ισότητας του Adams. Η θεωρία της ισότητας ή δίκαιης μεταχείρισης (Equity theory) που κύρια ανέπτυξε ο Stacy Adams βασίζεται στην υπόθεση, ότι τα άτομα θα επιλέξουν εκείνη την ενέργεια ή τον τρόπο συμπεριφοράς, για την οποία υπάρχει μία δίκαιη ανταμοιβή σε σύγκριση με τα άλλα μέλη της οργάνωσης. Τα κύρια στοιχεία αυτής της θεωρίας είναι η ανταμοιβή, το κόστος, το αποτέλεσμα και η σύγκριση των αποτελεσμάτων.

8. Θεωρία της ενίσχυσης του B. Skinner. Η θεωρία της ενίσχυσης υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά που ενισχύεται θα επαναλαμβάνεται, ενώ η συμπεριφορά που δεν ενισχύεται είναι λιγότερο πιθανό να επαναληφθεί. Τα δύο κύρια στοιχεία της θεωρίας είναι οι ιδέες της ενίσχυσης και του καθορισμού του περιβάλλοντος. Με αυτόν τον τρόπο, οι συμπεριφορές μαθαίνονται από τις συνέπειές τους με τη μορφή ανταμοιβών ή τιμωριών.
9. Θεωρία ωριμότητας - ανωριμότητας του Argyle. Η άποψη που εκφράζει αυτή η θεωρία είναι ότι, το θετικό εργασιακό περιβάλλον αναπτύσσεται θετικά και παρακινεί τους εργαζόμενους για αποτελεσματική συμπεριφορά, είναι η ενδεδειγμένη συμπεριφορά των προϊσταμένων απέναντι στους εργαζόμενους, που διακρίνεται από ενδιαφέρον, προσοχή, γνώση και πνεύμα συνεργασίας. Γενικά, αυτή η θεωρία μελετά την πνευματική ωριμότητα σε σχέση με τη δομή του οργανισμού.
10. Θεωρία της στοχοθεσίας. Η θεωρία της στοχοθεσίας βασίστηκε στην άποψη ότι κάθε ενέργεια είναι αναγκαίο να έχει κατεύθυνση προς την επίτευξη κάποιου στόχου. Οι προτάσεις αυτής της θεωρίας είναι ότι, ο στόχος πρέπει να είναι με σαφήνεια καθορισμένος και οι εργαζόμενοι είναι αναγκαίο να έχουν τις απαραίτητες ικανότητες για να επιτύχουν αυτούς τους στόχους, διαφορετικά δεν είναι δυνατόν οι στόχοι να επηρεάσουν την επίδοση του ατόμου.

3.3. Η υποκίνηση στις υπηρεσίες υγείας

Μέσα από την υποκίνηση που νοείται ως διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων των ανθρώπινων πόρων, με σκοπό την επίτευξη των στόχων του οργανισμού υγείας, πραγματοποιείται μια διοικητική διαδικασία και παράλληλα μια ψυχική διεργασία που αποτελεί αναφαίρετο μέρος της ηγεσίας. Φυσικά, η παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας δεν προσδιορίζεται μόνο από την παροχή κινήτρων, υποκίνηση, αλλά και από άλλες συνιστώσες όπως οι δεξιότητες, ο εξοπλισμός και η καθοδήγηση (Ματής & Χρυσού, 2007).

Τα κίνητρα της υποκίνησης των επαγγελματιών υγείας συνδέονται με την κάλυψη των ανθρώπινων αναγκών, όπως αυτές εκφράζονται μέσα από τις θεωρίες του Maslow, του Herzberg, του McClelland, αλλά και άλλων ερευνητών, επίσης απαραίτητη θεωρείται η αποτελεσματική διάγνωση των αναγκών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η επιλογή των κατάλληλων τεχνικών που προσφέρουν οι διάφορες θεωρίες για την αναβάθμιση

των παρεχόμενων υπηρεσιών. Προς την κατεύθυνση αυτή, καθοριστική θεωρείται η αμοιβή (καταβολή αυξημένων μισθών και εφημεριών), αλλά και η δυνατότητα περαιτέρω εξέλιξης (Κουτούζης, 1999, Ματής & Χρυσού, 2007).

3.3.1. Υποκίνηση νοσηλευτικού προσωπικού

Η υποκίνηση στο νοσηλευτικό τμήμα ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα επιμέρους διακριτό στοιχείο του ηγέτη, του προϊστάμενου, του νοσηλευτικού τμήματος. Ο προϊστάμενος απαιτείται να έχει γνώση των βασικών αρχών της διοίκησης, να διαθέτει επαρκή επαγγελματική εμπειρία, συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά και προσόντα. Όμως, οι σημερινοί νοσηλευτές ηγέτες είναι συνήθως συγκεντρωτικοί με αποτέλεσμα να μην εκχωρούν αρμοδιότητες, είτε από έλλειψη οργανωτικής δεξιότητας, ή απροθυμίας για την ανάπτυξη των υφισταμένων, είτε από ανασφάλεια και φόβο μήπως πάντων να είναι απαραίτητοι (Σαραφίδης & Τσιώρα, 2006).

Σε μελέτη έχει βρεθεί ότι, ο αποδοτικότερος τρόπος υποκίνησης είναι μέσω της βελτιωμένης επικοινωνίας και του υψηλού επιπέδου εμπιστοσύνης και αμοιβαίας υποστήριξης, που αυξάνει το αίσθημα ευθύνης και δέσμευσης των εργαζομένων, οδηγώντας σε υποκίνηση με ταυτόχρονη αύξηση της απόδοσης και βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών αφού ουσιαστικά εκπληρώνονται στο δυνατό εφικτό οι ανάγκες του προσωπικού, γεγονός που οδηγεί σε βελτίωση του ηθικού του και επομένως σε μείωση των αρνητικών φαινομένων όπως η τάση για απουσίες (Σαραφίδης & Τσιώρα, 2006).

Βέβαια ένα σύστημα υποκίνησης προϋποθέτει ότι ο προϊστάμενος αντιμετωπίζει τους νοσηλευτές από την πλευρά τους και όχι από την σκοπιά της ηγεσίας, αναγνωρίζοντας τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες τους. Έτσι, θα έχει τη δυνατότητα να εμπνέει και να καθοδηγεί τους υφισταμένους του, ελέγχοντας και προσανατολίζοντας τα αισθήματα και τη συμπεριφορά τους. Θα είναι ταυτόχρονα διευθυντής, φίλος, ψυχολόγος και συνεργάτης τους, επιλύοντας όποτε απαιτείται τυχόν συγκρούσεις και παράπονα, επιβάλλοντας συνάμα και την απαιτούμενη πειθαρχία. Επίσης, υποκινητικά εργαλεία που διατηρούν ενεργό το ενδιαφέρον των νοσηλευτών νιώθοντας ταυτόχρονα ικανοποίηση για την παροχή ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας μπορούν να θεωρηθούν η δημιουργία ενός κλίματος ομάδας με την ύπαρξη θετικού κλίματος συνεργασίας ώστε να είναι δυνατή η επικοινωνία, εξασφαλίζοντας τον

αμοιβαίο σεβασμό ώστε η ανταλλαγή απόψεων να είναι εποικοδομητική. Αυτό απαιτεί αντικειμενικότητα και στη συνέχεια κατανόηση, ικανότητα εντοπισμού και ανάλυση ευκαιριών, προθυμία ανάληψης ρίσκου και φυσικά ικανότητα λήψης αποφάσεων ακόμα και σε δύσκολες συνθήκες με άμεση προσαρμογή και αντιμετώπιση των νέων καταστάσεων. (Σαραφίδης & Τσιώρα, 2006).

3.3.2. Τρόποι υποκίνησης νοσηλευτικού προσωπικού

Η υποκίνηση των νοσηλευτών ενθαρρύνεται από τις δραστηριότητες, όπως ο εμπλουτισμός της εργασίας, ο έπαινος, η ανάθεση αρμοδιοτήτων, οι προαγωγές, οι συναδελφικές σχέσεις, τα επιτεύγματα, η συμμετοχή στις δραστηριότητες του οργανισμού και η εστίαση της προσοχής στο όραμα, τις αξίες και τη στρατηγική (Swansburg & Swansburg, 1999, Paleologou et al, 2006, Wieck et al, 2009).

Ειδικότερα, οι τρόποι υποκίνησης νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι εξής:

1. Οικονομικά κίνητρα. Τα οικονομικά κίνητρα αποτελούν έναν σημαντικό τρόπο υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Η πολιτική αμοιβών, παροχών και ανταμοιβών καθορίζουν τις οικονομικές απολαβές με απώτερο σκοπό την υποκίνηση λειτουργεί υποκινητικά, ιδιαίτερα όταν συνδέεται με την θετική συμπεριφορά, αποδίδεται άμεσα, αυθόρμητα. Η αύξηση των αμοιβών των νοσηλευτών και η συσχέτισή τους με την εκπαίδευση και την κατάρτιση, καθώς και με την αποδοτικότητα (σε επίπεδο ομάδας - τμήματος) είναι ένα σημαντικό στοιχείο υποκίνησης. Βέβαια, οι ανταμοιβές περιλαμβάνουν το γόητρο, το κύρος και γενικά την αναγνώριση των υπηρεσιών που προσφέρει ο νοσηλευτής, που ικανοποιούν τις ανάγκες του για αυτοεκτίμηση, επίσης περιλαμβάνουν τους μισθούς, τα ημερομίσθια, τη γογκή άδεια ή τις πολιτικές εργασίας από το σπίτι, το μειωμένο πρόγραμμα εβδομαδιαίας εργασίας τα συστήματα οικονομικών κινήτρων, όπως τα συνταξιοδοτικά προγράμματα, τα προγράμματα απόκτησης μετοχών, η προαγωγή, η υγειονομική ασφάλιση, η χρονική διάρκεια εργασίας και η χρονική διάρκεια της κανονικής άδειας, οι ευκαιρίες για εκπαίδευση και μετεκπαίδευση, η συμμετοχή αποφάσεων στα οικονομικά κέρδη (Hicks, 1994, Swansburg & Swansburg, 1999, Moody & Pesut, 2006, Μπουραντάς, 2005, Κελέση - Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010).

2. Συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων. Η συμμετοχή του νοσηλευτή στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν το χώρο εργασίας του, τον κάνουν να αισθάνεται περισσότερο υπεύθυνος και να έχει διάθεση για μεγαλύτερη απόδοση. Πρακτικά η υλοποίηση αυτής της θέσης μπορεί να εφαρμοστεί με τους κύκλους ποιότητας. Οι κύκλοι ποιότητας στοχεύουν στην βελτίωση του αποτελέσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών του οργανισμού και των συνθηκών εργασίας των μελών του καθώς και της ικανοποίηση τους (Φαναριώτης, 2000).
3. Κοινωνικά κίνητρα. Η παροχή κοινωνικών κινήτρων θα μπορούσε να είναι πολύ επωφελής, με μέτρα όπως η δημιουργία ευχάριστων, άνετων και λειτουργικών χώρων εργασίας και ξεκούρασης, ή ενίσχυση της ομαδικότητας, η οργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων εντός και εκτός εργασίας (Φαναριώτης, 2000).
4. Εκπαίδευση. Η υποκίνηση μέσω εκπαίδευσης θέτει τη βάση για ένα θετικό και ασφαλές περιβάλλον εργασίας. Σ' ένα κλίμα συνεχούς μάθησης, οι ηγέτες κατανοούν τη σπουδαιότητα της επένδυσης χρόνου, προσπάθειας και πόρων, ώστε να ενισχύσουν την πρακτική και να βελτιώσουν τη γνώση, τις ικανότητες και την κρίση των νοσηλευτών (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2009). Η δια βίου μάθηση αποτελεί επένδυση για κάθε οργανισμό υγείας, καθώς μέσω αυτής βελτιώνονται οι δεξιότητες και οι ικανότητες του νοσηλευτικού δυναμικού αλλά, επιτυγχάνεται και υποκίνηση καθώς η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της επαγγελματικής προσωπικότητας των νοσηλευτών και στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας (Λανάρα, 2004, Θεοφανίδη & Φουντούκη, 2006, Robinson, 2007, Κελέση - Σταυροπούλου & Σταυροπούλου, 2010). Σε έρευνα του, ο Χάλαρης (2006) αποτύπωσε ότι, οι νοσηλευτές υποκινούνται μέσω της εκπαίδευσης, καθώς έτσι καθίστανται ικανοί να συμβαδίζουν με τις εξελίξεις στην επιστήμη και στην τεχνολογία και να είναι ικανοί να παρέχουν υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε ενδείξεις.
5. Θέσπιση και επίτευξη στόχων. Η στοχοθεσία είναι μια μέθοδος σχεδιασμού για το μέλλον, δίνει στους ανθρώπους ορμή. Η στοχοθεσία αποτελεί μια σημαντική τεχνική υποκίνησης των νοσηλευτών, που οι οργανισμοί υγείας εφαρμόζουν. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να αναγνωρίσουν τα όρια και τις ικανότητες τους και να τις χρησιμοποιήσουν, για να προβούν σε αλλαγές που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων τους (Swansburg & Swansburg, 1999, Μπουραντάς, 2002, Wieck et al, 2009, Λυρτζής, 2009).

6. Ανακατανομή προσωπικού. Η ανακατανομή του προσωπικού στα διάφορα τμήματα να γίνεται ανάλογα με την εξειδίκευσή τους, τον χρόνο παραμονή τους και την προσφορά τους στον οργανισμό (Wieck et al, 2009, Λυρτζής, 2009).
7. Εξέλιξη στον χώρο εργασίας. Η εξέλιξη σε υψηλότερες βαθμίδες, όταν μάλιστα αυτή συνδέεται ουσιαστικά με υψηλότερες αποδοχές και αναγνώριση, αποτελεί πάντα σημαντικό κίνητρο για τους εργαζόμενους. Η αναβάθμιση αυτή πρέπει να γίνεται μόνο με αξιοκρατικά κριτήρια και να ενισχύονται οι δυνατότητες εξέλιξης (Wieck et al, 2009, Λυρτζής, 2009).
8. Δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης. Μέσα από παρακολούθηση ημερίδων, συνεδρίων και σεμιναρίων να δίνεται η δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας, να μένουν σε επαφή με τις εξελίξεις και τα νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας, αυξάνοντας το ενδιαφέρον τους για την εργασία τους. Απαραίτητη είναι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα ψυχολογίας και επικοινωνίας με το υπόλοιπο προσωπικό, τους ασθενείς και τους συγγενείς του (Wieck et al, 2009, Λυρτζής, 2009).
9. Οργανωσιακό Κλίμα. Το οργανωσιακό κλίμα αφορά την υποκειμενική αντίληψη των νοσηλευτών για τον οργανισμό τους και φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην επιθυμία για συμμετοχή στην απόδοση έργου, οπότε η υποκίνησή τους επηρεάζεται από ένα άσχημο κλίμα (Turnipseed, 1990). Το υγιές οργανωσιακό κλίμα μπορεί να υποκινήσει τον νοσηλευτή λόγω της ενοποίησης των οργανωσιακών και προσωπικών στόχων, της συμμετοχής όλων στη λήψη αποφάσεων, της συνοχής και της αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ των συνεργατών, της δυνατότητας αυτονομίας, των δίκαιων συστημάτων ανταμοιβής και της φυσικής άνεσης και ασφάλειας στο χώρο εργασίας (Flarey, 1991, Laschinger et al, 2001).
10. Ηγεσία. Η ηγεσία είναι σημαντική και θέτει το στίγμα ενός οργανισμού υγείας. Οι ηγέτες υποκινούν παρέχοντας το όραμα για τους αντικειμενικούς στόχους του οργανισμού και το διάγραμμα δράσης προς επίτευξή τους. Οι ηγέτες της νοσηλευτικής υπηρεσίας μπορούν να υποκινήσουν τους υφισταμένους τους με το να αυξάνουν την ομαδική συνοχή, να εξουδετερώνουν το επαγγελματικό άγχος, να παρέχουν συνεχή εκπαίδευση, να εξασφαλίζουν την αίσθηση της ισοτιμίας και της δικαιοσύνης μεταξύ των νοσηλευτών και να αυξάνουν τις απολαβές (οικονομικές αμοιβές, προαγωγές, συνθήκες εργασίας, κύρος, ενδιαφέρον δουλειά, ικανοποιητική διοίκηση) (Φαναριώτης, 2000, Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2009).

11. Εργασιακό Περιβάλλον. Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να υποκινήσει τον νοσηλευτή. Οι όσο το δυνατό καλύτερες συνθήκες ασφάλειας και υγιεινής στο χώρο της εργασίας, ο επαρκής φωτισμός, ο μειωμένος θόρυβος, ο κατάλληλος εξαερισμός, η εργονομία του χώρου καθορίζουν το φυσικό, ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον (Dugdall al, 2004). Ο όρος ασφαλές περιβάλλον εργασίας χρησιμοποιείται σε συνάρτηση με πέντε παράγοντες ασφάλειας, όπως η δέσμευση του οργανισμού απέναντι στο νοσηλευτή, η συμμετοχή της διοίκησης, η ενδυνάμωση των νοσηλευτών, τα συστήματα αμοιβής και τα συστήματα αναφοράς (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2009).
12. Επικοινωνία. Η ανάπτυξη αποτελεσματικών επικοινωνιακών διαδικασιών αποτελεί στοιχείο υποκίνησης για το νοσηλευτή, καθώς εξασφαλίζεται η έγκαιρη και ακριβή ανταλλαγή πληροφοριών για την επίλυση προβλημάτων και την υλοποίηση συγκεκριμένων εργασιών, αλλά και εγκαθιδρύονται επιτυχημένες διαπροσωπικές σχέσεις για την παροχή αμοιβαίας στήριξης. Οι νοσηλευτές, ανεξάρτητα με το προς εκτέλεση έργο, υποκινούνται περισσότερο από την ύπαρξη αποκεντρωμένων δικτύων επικοινωνίας (Κακαβούλης, 1992). Βέβαια, σύμφωνα με μελετητές (Elander - Hermeren, 1991), το σημαντικό σημείο της υποκίνησης είναι οι σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού και ηγέτη αλλά και η αρμονική συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΗΓΕΣΙΑ, ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

4.1. Ηγεσία και επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί σήμερα, ένα από τα σημαντικότερα θέματα στην οργανωτική και βιομηχανική ψυχολογία, αφού θεωρείται πως συνδέεται τόσο με το άτομο - εργαζόμενο και την ψυχική του υγεία, όσο και με τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στους οργανισμούς. Η απαγκίστρωση της εργασίας από τη σφαίρα της οικονομικής αναγκαιότητας και η μετουσίωσή της σε ένα μέσο ατομικής και κοινωνικής αυτοπραγμάτωσης, επαναφέρει το ζήτημα της επαγγελματικής ικανοποίησης στο προσκήνιο της σύγχρονης ατομικής και κοινωνικής πραγματικότητας (Ταλιαδώρου, 2004).

Η επαγγελματική ικανοποίηση ορίζεται ως η θετική συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου προς το συγκεκριμένο έργο που ασκεί, εφόσον εκπληρώνονται οι επαγγελματικές του αξίες, δηλαδή ο τρόπος δράσης του με στόχο να αποκτήσει ή να διατηρήσει κάτι το ίδιο το άτομο (Locke, 1976, Savery, 1993, Davis, 2004). Η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται μια από τους μείζονες δείκτες ποιότητας στα συστήματα φροντίδας υγείας. Έχει μακράν διαπιστωθεί ότι η εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται κατευθείαν με την ποιότητα της υγείας που εξασφαλίζεται (Larson et al, 1984).

Η επαγγελματική ικανοποίηση διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, στην εσωγενή και στην εξωγενή επαγγελματική ικανοποίηση. Η εσωγενής επαγγελματική ικανοποίηση έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας. Αναφέρεται στις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με αυτή καθεαυτή την διεξαγωγή της, π.χ. ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων και εποπτεία. Η εξωγενής επαγγελματική ικανοποίηση έχει σχέση με το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία. Αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, το ωράριο, την ασφάλεια και τις αμοιβές (Καντάς, 1998).

Υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν θετικά το άτομο στην εργασία του και το βοηθούν ώστε να αισθανθεί ικανοποίηση από την εργασία του. Οι παράγοντες αυτοί είναι: η αυτονομία του εργαζόμενου, η ενδυνάμωσή του, οι επαγγελματικές σχέσεις που διατηρεί με

τους συναδέλφους του, η αναγνώριση που λαμβάνει στον χώρο εργασίας του και το υποστηρικτικό περιβάλλον που αυτή του παρέχει. Αντίστοιχα, υπάρχουν παράγοντες που συμβάλλουν αρνητικά και οδηγούν στην δυσαρέσκεια των νοσηλευτών από τις συνθήκες εργασίας τους, με συνέπεια να υπάρχει το αντίθετο αποτέλεσμα. Οι παράγοντες αυτοί είναι: η υπό-στελέχωση προσωπικού και ο φόρτος εργασίας, οι δυνατότητες εκπαίδευσης που παρέχονται στο νοσηλευτικό προσωπικό, το ωράριο εργασίας και το εργασιακό άγχος που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στον χώρο εργασίας τους (Best & Thurston, 2004, Mahmoud & Hussami, 2008).

Η ηγεσία είναι εκείνη που μπορεί να οδηγήσει στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Είναι δυνατό οι νοσηλευτές να ενδυναμωθούν από τη δημιουργία οράματος και πρόκλησης ώστε ως εργαζόμενοι να αντιλαμβάνονται με σαφήνεια την αποστολή και τις στρατηγικές κατευθύνσεις της ηγεσίας. Η ηγεσία βοηθά με την ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος και συνεργασίας ώστε οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργά στην λήψη αποφάσεων, με τον έλεγχο και την πειθαρχία ώστε να αποσαφηνίζονται οι ευθύνες και οι ρόλοι, με τον καθορισμό των καθηκόντων και των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων, με την μείωση των συγκρούσεων, με την υποστήριξη και τη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας ώστε οι νοσηλευτές να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες. Άρα, όσον αφορά τον ρόλο της ηγεσίας, είναι καταλυτικός και θέτει το στίγμα ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (Tovey & Adams, 1999).

Η αποτελεσματική ηγεσία της νοσηλευτικής υπηρεσίας μπορεί να αυξήσει την ομαδική συνοχή και να εξουδετερώσει το επαγγελματικό άγχος. Η αποδοτική ηγεσία, στο σύνολο της οργάνωσης, κατανέμει τους πόρους, έτσι ώστε να παρέχεται η δυνατότητα εκπαίδευσης αλλά και τα κίνητρα που είναι απαραίτητα για την υποστήριξη των βελτιώσεων σε όλους τους τομείς με αποτέλεσμα την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Ως επαγγελματίες, οι νοσηλευτές έχουν ανάγκη από ένα περιβάλλον εργασίας, το οποίο θα αναγνωρίζει την κοινωνική και υγειονομική πλευρά του έργου τους, καθώς επίσης και το πεδίο δράσης, όπως αυτό καθορίζεται από τη ρυθμιστική νομοθεσία στοιχείο που λαμβάνει πάντοτε υπόψη της η ηγεσία (Leveck & Jones, 1996).

Έρευνα δείχνει, ότι η βελτιωμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών οδηγεί σε μια καλή κλινική κατάληξη και μειώνει την διάρκεια παραμονής στις νοσηλευτικές μονάδες που είναι στενά συνδεδεμένη με την ποιότητα φροντίδας (Bryan & Schwartz, 1998). Καθώς, ευρήματα

μελετών υποδηλώνουν ότι οι θετικές σχέσεις ηγεσίας μεταξύ νοσηλευτών, διευθυντών και ιατρών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας και οδηγούν τους νοσηλευτές σε ικανοποίηση από την εργασία τους (Cummings et al, 2008).

Επιπλέον, η ποιότητα της φροντίδας υγείας βελτιώνεται, όταν οι νοσηλευτές αποκτούν αυτονομία και αναμένεται να λειτουργήσουν στο επίπεδο για το οποίο έχουν προετοιμαστεί. Οι μεταβιβάσεις αυτονομίας και υπευθυνότητας αναφέρονται ως απόψεις που επηρεάζουν τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Αυτές οι απόψεις συχνά συμπεριλαμβάνονται στις κλίμακες καταμέτρησης, που ερευνούν την ικανοποίηση των νοσηλευτών με την ποιότητα εργασίας τους και το εργασιακό περιβάλλον (Whitley & Putzier, 1994, LaShonda, 2004).

Μία από τις πρώτες αναφορές στην εργασιακή ικανοποίηση αποτελούν οι μελέτες Hawthorne. Οι μελέτες αυτές (1924-1933), προσπάθησαν να αξιολογήσουν τις επιδράσεις διάφορων καταστάσεων στην παραγωγικότητα των εργαζομένων. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι οι αλλαγές στις εργασιακές συνθήκες προσωρινά αύξησαν την παραγωγικότητα. Η ηγεσία είχε επίσης σημαντική επίδραση στη μελέτη της επαγγελματικής ικανοποίησης (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2009).

Επίσης, η έρευνα του Savery (1989) στην Αυστραλία απέδειξε ότι, τα εγγενή κίνητρα ήταν σημαντικότερα για τους νοσηλευτές κατατάσσοντας τα οικονομικά κίνητρα όπως ο μισθός στην τελευταία θέση, γεγονός που αποδεικνύει ότι η ικανοποίηση από την εργασία είναι πολυδιάστατη με ιδιαίτερη έμφαση στην σύγχρονη προσέγγιση, στο σχεδιασμό της ηγεσίας, τον καταμερισμό και την ανάλυση των καθηκόντων, την συνεχή εκπαίδευση και την εξασφάλιση συνθηκών εργασίας υψηλού ποιοτικού επιπέδου.

Μια ακόμη μελέτη στις ΗΠΑ από το Robert Wood Johnson Foundation (2007) διαπίστωσε ότι πολλές είναι οι μεταβλητές που συσχετίζονται με την ικανοποίηση των νοσηλευτών στον χώρο εργασίας, όπως το ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, οι φιλικές σχέσεις με συναδέλφους, η δίκαιη ανταμοιβή, η μη παρέμβαση των οργανωτικών χαρακτηριστικών στην καθημερινή εργασία τους, η μη παρέμβαση, η παρεμπόδιση της εργασίας στην οικογενειακή τους ζωή αλλά και ο μικρότερος φόρτος εργασίας (Lewis, 2007). Αλλά και οι πιο πρόσφατες μελέτες καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα όπως εκείνη των Burke, Ng και Fiksenbaum (2009) που εισάγει ακόμα τον παράγοντα της ψυχολογικής ικανοποίησης των νοσηλευτών από την

εργασία και των Park και Kim (2009) που παρουσιάζουν έναν ακόμα παράγοντα ικανοποίησης αυτόν της οργανωσιακής κουλτούρας.

4.2. Υποκίνηση και επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών

Η επιστήμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο χώρο της εργασίας, καθώς και η γνώση των κινήτρων που τη διαμορφώνουν και τη αλλάζουν, είναι σημαντική για την εκπλήρωση των στόχων κάθε οργανισμού. Η ικανοποίηση των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας έχει σημαντική βαρύτητα για την ευδοκίμηση ενός συστήματος υγείας (Μπόρου κα συν., 2010). Οπότε, η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών αποτελεί ένα θεμελιώδες θέμα, καθώς συνδυάζεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αποδοτικότητα του οργανισμού, πολύ περισσότερο μάλιστα όταν ο οργανισμός απευθύνεται στον άνθρωπο και τις ανάγκες υγείας του. Έτσι, το πρότυπο διοίκησης και οι όροι εργασίας προσφέρουν στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών, πραγματικότητα που αποτέλεσε αντικείμενο ερευνών για την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των νοσοκομείων (Καρύδας και συν., 2004, Σιουρούνη και συν., 2006, Ποζουκίδου και συν., 2007).

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί μια πολυδιάστατη θεώρηση, η οποία εκπροσωπεί μια συνολική τοποθέτηση του ατόμου και των συναισθημάτων του για ορισμένες απόψεις της εργασίας του. Σε ανθρωπιστικό επίπεδο, η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδυάζεται ικανοποιητικά με την ποιοτική σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, καθώς και με την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής. Από πλευράς οργάνωσης, η υψηλή ικανοποίηση συνδέεται με χαμηλούς δείκτες μη προσέλευσης στην εργασία και κινητικότητας των εργαζομένων, ενώ θεωρείται αιτία θετικών συμπεριφορών, όπως της συνεργασίας και της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με το ενδιαφέρον των νοσηλευτών για τη εργασία τους, την αφοσίωσή τους στον οργανισμό, με ισχυρή δέσμευση και ταύτιση με τους στόχους της, ενώ σχετίζεται αρνητικά με τη συμμετοχή στις συνδικαλιστικές οργανώσεις (Best & Thurston, 2004, Lewis, 2007, Mahmoud & Hussami, 2008, Park et al, 2009, Ποζουκίδου και συν., 2007).

Με βάση τα προαναφερθέντα, όσον αφορά τη σημασία του όρου επαγγελματική ικανοποίηση, τις θεωρίες ικανοποίησης, καθώς και τις θεωρίες υποκίνησης της εργασίας και

την εργασιακή κατάσταση των νοσηλευτών στα δημόσια νοσοκομεία, η προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων και βελτίωσης των συνθηκών απαιτεί καλά οργανωμένες, συντονισμένες προσπάθειες (Labiris et al, 2008). Η πολύ-παραγοντική αιτιολογία των ζητημάτων, που οδηγούν στη δυσαρέσκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, απαιτεί εξειδικευμένη αντιμετώπιση σε διαφορετικά πεδία της εργασίας. Οι θεωρίες της υποκίνησης λαμβάνονται υπόψη ώστε να συνδυαστούν και να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2009).

Η υποκίνηση μπορεί να βελτιώσει την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο εργασίας. Πολλές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την αξιολόγηση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού και τους παράγοντες που την καθορίζουν. Ο μη καθορισμός ρόλων, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη αλληλεγγύης με τους συναδέλφους, η αυταρχική διοίκηση, η ανάγκη για αρμονική συνεργασία μεταξύ πολλαπλών διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, η συχνή επαφή του επαγγελματία υγείας με ανθρώπους που χρειάζονται βοήθεια, αλλά και η συχνή έκθεση στο θάνατο ασθενών, συνθέτουν καταπιεστικές για τον ψυχισμό και αντίξοες συνθήκες εργασίας, που επηρεάζουν την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Λυρτζής, 2009).

Στη μη ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού συμβάλλουν και πολλαπλοί άλλοι παράγοντες. Όπως, οι θλιβερές και αγχωτικές συνθήκες εργασίας, όπως η κακή αναλογία ασθενών – νοσηλευτών (Lang et al, 2004) αλλά και οι απαιτήσεις των ειδικών τμημάτων των νοσοκομείων στα οποία νοσηλεύονται ασθενείς με αυξημένες ανάγκες, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, τα ψυχιατρικά, τα παιδιατρικά τμήματα. Οι νοσηλευτές είναι απέναντι σε υψηλές ανάγκες ασθενών που απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό και υποστήριξη.

Οι συνθήκες αυτές σε συνδυασμό με τα μειωμένα επίπεδα εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας και διαχείρισης συναισθηματικών κρίσεων, δημιουργούν συναισθήματα ανασφάλειας και αδυναμίας με αποτέλεσμα την έλλειψη ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό (Κουλιεράκης και συν., 2000, Λυρτζής, 2009). Ακόμη, παράμετροι όπως το απαιτητικό και εξαντλητικό κυκλικό ωράριο εργασίας, η απουσία αναγνώρισης του έργου του νοσηλευτή (μισθολογική και ηθική) αλλά και ο επηρεασμός από τις συνθήκες αυτές της οικογένειας αποτελούν μέρος της συνολικά δύσκολης υπόθεσης. Η σύγκρουση οικογένειας - εργασίας επηρεάζει την ικανοποίηση από την εργασία, αλλά και η έλλειψη κοινωνικής και

συναδελφικής υποστήριξης, η οργανωτική υποστήριξη, το άγχος, η ένταση, ο ανεπαρκής χρόνος μελέτης και οι ελλείψεις στο προσωπικό εξουθενώνουν το νοσηλευτή (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007, Παππά και συν., 2008, Μπόρου και συν., 2010).

Σύμφωνα με τη θεωρία της υποκίνησης των δύο παραγόντων του Herzberg, πρώτα θα πρέπει να επαλειφθούν τα αντικίνητρα και μετέπειτα να εφαρμοστούν τα κίνητρα για να υποκινηθεί θετικά και να βελτιωθεί η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε δημόσιο νοσοκομείο. Τα αντικίνητρα αφορούν κυρίως το περιβάλλον μέσα στο οποίο εργάζεται κάποιος. Το περιβάλλον είναι ο χώρος του νοσοκομείου με τις ιδιαιτερότητές του και την διαφορετικότητα του από τμήμα σε τμήμα. Συμπεριλαμβάνει τη διοίκηση, την επίβλεψη, τις συνθήκες εργασίας, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ασφάλεια, την ανταμοιβή, το κύρος και την προσωπική ζωή. Μετά την εξάλειψη των αντικινήτρων, υπάρχει η βάση πάνω στην οποία τίθενται τα κίνητρα για την υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού με σκοπό να βελτιωθεί ο βαθμός ικανοποίησης του (Wieck et al, 2009, Λυρτζής, 2009).

Για να θεωρηθεί αρμονική η σχέση εργασίας - νοσηλευτή, είναι πολύ απαραίτητο ο νοσηλευτής να προσπορίζεται ικανοποίηση από την εργασία του. Άρα, η θεμελίωση ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο οι νοσηλευτές θα μπορούν να εργάζονται αποτελεσματικά, δηλαδή να μπορούν να πραγματοποιούν τους σκοπούς του οργανισμού, αλλά ταυτόχρονα να λαμβάνουν ικανοποίηση και από το έργο που εκτελούν, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση. Οπότε, η καλλιέργεια θετικών εργασιακών συναισθημάτων και η δημιουργία προϋποθέσεων για επιτυχή και εποικοδομητική μακροχρόνια σχέση συνεργασίας προβάλλει ως σημαντική πρόκληση (Κάπελλα και συν., 2004, Ποζουκίδου και συν., 2007, Karanikola et al, 2007).

Τέλος, η επίτευξη ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί βασικό σκοπό της ηγεσίας στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται. Το επίπεδο ικανοποίησης διαφοροποιείται διαρκώς και εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από τις ενέργειες του ηγέτη. Μέσα από την καταπολέμηση των αντικινήτρων και τη δημιουργία κινήτρων, θα επιτραπεί η εγκαθίδρυση ενός συστήματος αποτίμησης και αξιολόγησης της προσφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού που θα συμβάλει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης (που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία), την ώρα που δέχονται καθημερινά τον έντονο ανταγωνισμό του ιδιωτικού τομέα. Είναι ευκαιρία μέσα απ' αυτή την αντιπαράθεση να προωθηθεί και η ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού (Λυρτζής, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Πολλές είναι οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί οι οποίες στοχεύουν στο να αναλύσουν τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία πάντα συνδυάζεται με το ρόλο της ηγεσίας και της υποκίνησης τους.

Μια σημαντική έρευνα πραγματοποιήθηκε από την Δημητριάδου-Παντέκα και τους συνεργάτες της (2009α) σχετικά με τη διερεύνηση του επιπέδου επαλήθευσης των προσδοκιών του νοσηλευτικού προσωπικού από την άσκηση του επαγγέλματός του και τον προσδιορισμό των παραγόντων που το επηρεάζουν. Σε δείγμα 342 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονταν σε τρία νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης και ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Μακεδονίας, βρέθηκε ότι σημαντικοί παράγοντες στη διαμόρφωση του επιπέδου επαλήθευσης των προσδοκιών αναδείχθηκαν η κτηριακή ($r=-0,13$, $p=0,015$) και η υλικοτεχνική υποδομή ($r=-0,29$, $p<0,001$), το επίπεδο στελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου ($r=0,24$, $p<0,001$). Την επαλήθευση των προσδοκιών από την επιλογή του επαγγέλματος την επηρεάζουν επιπλέον η αναγνώριση των προσωπικών επιτευγμάτων, η αξιοκρατία στην επιλογή των προϊστάμενων, το επίπεδο αμοιβής του επαγγέλματος και η ασάφεια γύρω από τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες που περιλαμβάνει ο νοσηλευτικός ρόλος.

Οι ερευνητές σημειώνουν ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα εξακολουθεί να παραμένει μη δημοφιλές, οι συνθήκες εργασίας και γενικά το πλαίσιο άσκησης του επαγγέλματος συντελεί στο να βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό τη ματαίωση και την απογοήτευση. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με μεγάλο αριθμό ερευνών που αναδεικνύουν τις κακές συνθήκες άσκησης του επαγγέλματος στην Ελλάδα καθώς και την απογοήτευση των ίδιων των επαγγελματιών της νοσηλευτικής από τις συνθήκες εργασίας. Και όλα αυτά συμβαίνουν παρόλο που το περιβάλλον εργασίας ασκεί την κρισιμότερη επιρροή στη δυνατότητα των νοσηλευτών να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη (Mackay & Risk, 2001).

Σε έρευνα της Markaki και των συνεργατών της το 2001, σε 14 Δημόσια Κέντρα Υγείας στην Κρήτη, βρέθηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών ήταν υψηλή αναφορικά

με την αλληλεπίδραση των νοσηλευτών με τους ασθενείς και την αναγνώριση της τοπικής κοινωνίας της προσφοράς τους, ενώ ήταν χαμηλή όσον αφορούσε την καθημερινή αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους και την υποστήριξη από το περιβάλλον εργασίας.

Σε έρευνα της Ποζουκίδου και των συνεργατών της (2002β) με στόχο να διερευνήσει το βαθμό της επαγγελματικής ικανοποίησης του μόνιμου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που υπηρετεί σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο και να προσδιορίσει τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τη διαμορφώνουν. Η έρευνα σε 151 νοσηλευτές ανέδειξε ότι το 51,1% του νοσηλευτικού προσωπικού εκφράζει επαγγελματική δυσαρέσκεια, την οποία αποδίδει πρωτίστως στη μη αναγνώριση της προσφοράς του και δευτερευόντως στις συνθήκες εργασίας του. Συμπερασματικά, οι ερευνητές αναφέρουν ότι, η αύξηση της στελέχωσης και η καλύτερη σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με τη βελτίωση της νοσοκομειακής υποδομής, θα μπορούσε να βελτιώσει αισθητά τους δείκτες λειτουργίας και απόδοσης του νοσοκομείου.

Ειδικά σε πιο πρόσφατη έρευνα της Δημητριάδου-Παντέκα και των συνεργατών της (2009β) βρέθηκε ότι, οι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους ήταν οι δύσκολες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και σε αυτό συντελεί η ύπαρξη κτηρίων κακής ποιότητας και ελλιπώς εξοπλισμένων.

Επίσης, σε έρευνα του Σταυριανόπουλου και των συνεργατών του (2011) πραγματοποιήθηκε διερεύνηση παραγόντων που συντελούν στη πρόκληση του άγχους και της κόπωσης, της ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την άσκηση του επαγγέλματος του. Σε πληθυσμό 167 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών που εργάζονταν σε τρία δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηλείας, προέκυψε ότι οι άνδρες ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ήταν ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους «συχνά» και «πολύ συχνά» σε σύγκριση με τις γυναίκες με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,005$). Συμπερασματικά οι ερευνητές αναφέρουν, πως οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών ήταν περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική κόπωση, καθώς βιώνουν το αίσθημα της ευθύνης για τη ζωή των νοσηλευόμενων ασθενών και ο φόρτος εργασίας που τους ανατίθεται είναι πολύ μεγάλος.

Αλλά και σε παγκόσμια κλίμακα έχουν πραγματοποιηθεί πλήθος ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι πλέον αναδεικνυόμενες προσδιοριστικές μεταβλητές που σχετίζονται με την απογοήτευση από το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι:

1. Ο φόρτος εργασίας (Allen & Mellor, 2002),
2. Η απαιτητική εργασία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ΤΕΠ, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και ψυχιατρικές μονάδες (Lu et al, 2007, Sharp, 2008),
3. Η συνεχής ένταση που επιδρά αρνητικά στην ικανότητα των νοσηλευτών να λειτουργούν αποδοτικά, ιδιαίτερα με την πάροδο του χρόνου και τα πολλά έτη προϋπηρεσίας (McElroy, 2002),
4. Οι χαμηλές αμοιβές και η έλλειψη αυτονομίας (Bjork et al, 2007),
5. Η συνεχής εποπτεία των ηγετών, η ρουτίνα (Seo et al, 2004),
6. Το άγχος (Stordeur et al, 2001, Sveinsdóttir et al, 2006, Kwak et al, 2010),
7. Το σύνδρομο burnout (Demir et al, 2003, Garrosa et al, 2008, Abushaikha & Sacca-Hazboun, 2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1. Εισαγωγή

Η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επιδιώκει να αναδείξει την επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από το επάγγελμα του και τους παράγοντες που την προσδιορίζουν.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που θα προκύψουν θα δώσουν μια σαφή εικόνα σχετικά με την ικανοποίηση ή μη από το νοσηλευτικό επάγγελμα και τους προσδιοριστικούς παράγοντες αυτής, που έχουν να κάνουν με τις συνθήκες εργασίας, την οργάνωση και την διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, την συμπεριφορά των χρηστών της νοσηλευτικής φροντίδας, την σωματική και συναισθηματική κόπωση και την σπουδαιότητα του εργασιακού περιεχομένου.

Έτσι, τα ευρήματα της έρευνας μπορεί να χρησιμοποιηθούν από τη διοίκηση κάθε δημόσιας νοσοκομειακής μονάδας για καλύτερο σχεδιασμό προγραμμάτων προς όφελος των νοσηλευτών με απώτερο στόχο την βελτίωση της ικανοποίησής τους και κατ' επέκταση την ποιοτικότερη παροχή φροντίδας.

1.2. Γενικός σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει και να αναλύσει τις απόψεις των νοσηλευτών/τριών (που διαθέτουν πτυχίο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης – Τ.Ε.) και εργάζονται στο Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» σχετικά με το αν βιώνουν ικανοποίηση από το επάγγελμά τους.

Αντικειμενικό στόχο της έρευνας αποτελεί η ανάδειξη των παραγόντων που συμβάλλουν στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την επαγγελματική δραστηριότητά του.

1.3. Σχεδιασμός μελέτης

Για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες και διερευνήθηκε το καλύτερο είδος μελέτης που ανταποκρίνεται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της συγκεκριμένης έρευνας. Η μελέτη συνάγει συμπεράσματα για το σύνολο του πληθυσμού, με

βάση το δείγμα και επιδιώκει τη διαπίστωση ποσοτικών στοιχείων για τη συσχέτιση διαφόρων χαρακτηριστικών.

Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα (quantitative research) για τη μέτρηση των στάσεων και απόψεων, με μετρήσιμα μεγέθη και σε ένα πλήθος νοσηλευτών/τριών ΤΕ, ώστε να είναι δυνατή η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Η μελέτη σχεδιάστηκε έτσι ώστε να καταγράψει τη συμπεριφορά του δείγματος και αυτό που απαιτήθηκε από την ερευνήτρια είναι να αποδοθεί στα αποτελέσματα της έρευνας μια στατιστική μορφή. Η ποσοτική μέθοδος που υποστηρίζεται καλύτερα από την επαγωγική προσέγγιση και τον θετικισμό, επιλέχθηκε για να αποτελέσει το υπόβαθρο της έρευνας που θα πραγματοποιηθεί με την απαιτούμενη υπευθυνότητα σε επαγγελματίες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ΤΕ που εργάζονται σε δημόσιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, στο Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας».

1.4. Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», ένα ιστορικό νοσοκομείο το οποίο ιδρύθηκε τον προηγούμενο αιώνα από το σωματείο «Χριστιανική Κοινωνική Ένωση», βέβαια από το 1983 εντάχθηκε στο «Εθνικό Σύστημα Υγείας» και το 1987 μετατράπηκε σε ΝΠΔΔ (Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», 2011).

Ειδικότερα, το νοσοκομείο αυτό επιλέχθηκε καθώς διαθέτει υψηλού επιπέδου Ιατρικό, Νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που εγγυώνται την αξιόπιστη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών. Η μελέτη αναφέρεται σε επαγγελματίες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ΤΕ που εργάζονται στο Παθολογικό, Χειρουργικό και Εργαστηριακό Τμήμα του Αντικαρκινικού - Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας». Επιλέχθηκαν αυτά τα τμήματα καθώς εξαιρέθηκαν άλλα όπως για παράδειγμα το διοικητικό τμήμα, λόγω διαφορών στην οργανωτική και λειτουργική δομή του που θα προκαλούσε σύγχυση στην έρευνα.

1.5. Πληθυσμός μελέτης

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του πληθυσμού και των συγκεκριμένων αντιπροσωπευτικών μελών του, δηλαδή το δείγμα το οποίο θα αποτελέσει την βάση της έρευνας.

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτελούν όλοι οι επαγγελματίες νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, για την καλύτερη – όμως – προσέγγιση του θέματος επιλέχθηκαν οι επαγγελματίες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ΤΕ που εργάζονται σε τρεις τομείς: Παθολογικό, Χειρουργικό και Εργαστηριακό, του Αντικαρκινικού - Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας».

Το δείγμα του πληθυσμού αποτελούν όλοι οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ΤΕ που εργάζονταν την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Το δείγμα είναι απόλυτα αξιόπιστο και η έρευνα μπορεί να δώσει αποτελέσματα τα οποία είναι ικανά να γενικευτούν σε ολόκληρο τον πληθυσμό, καθώς δόθηκε η ευκαιρία σε όλους να συμμετέχουν στην έρευνα.

Κατά συνέπεια ο αριθμός του δείγματος εξαρτάται από το νοσηλευτικό προσωπικό ΤΕ που απασχολείται στο νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας» τον καθορισμένο χρόνο διεξαγωγή της μελέτης, στις συγκεκριμένες μονάδες. Από το σύνολο των 165 νοσηλευτών και νοσηλευτριών ΤΕ των παραπάνω τομέων, συμμετείχαν στην έρευνα οι 97, καθώς οι υπόλοιποι δεν βρέθηκαν στην θέση εργασίας τους λόγω χρόνιων απουσιών, δηλαδή υπήρξε ένα δείγμα 58,78% (Πίνακας 1.1).

Πίνακας 1.1. Ανάλυση δείγματος μελέτης

Τομέας εργασίας νοσηλευτών στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας	N
Παθολογικό	39
Χειρουργικό	48
Εργαστηριακό	10
Σύνολο	97

1.6. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με επιτόπια παρουσία στο Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» από την 1η

Σεπτεμβρίου 2010 έως και την 31 Οκτωβρίου 2010 και επιτόπια, η ερευνήτρια έδωσε τις κατάλληλες οδηγίες για την συμπλήρωσή του.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ιδιαίτερα εύκολη καθώς δόθηκαν πολλές, γραπτές οδηγίες στους συμμετέχοντες. Αρχικά, τους ζητήθηκε να σημειώσουν στο αντίστοιχο τετράγωνο της εκάστοτε απάντησης που επιθυμούσαν να επιλέξουν. Επίσης, εγγυήθηκε η ανωνυμία και ότι, τα στοιχεία τα οποία θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της μεταπτυχιακής διατριβής και έτσι θεωρήθηκαν αυστηρά εμπιστευτικά.

Μετά τη συμπλήρωση, η ερευνήτρια επέστρεψε στο Νοσοκομείο για την συλλογή τους από το γραφείο της προϊσταμένης όπου, αποτέλεσε και το σημείο στο οποίο συγκεντρώθηκαν όλα τα απαντημένα ερωτηματολόγια σε κλειστό φάκελο.

Τέλος, τα ερωτηματολόγια ελέγχθηκαν για την ακρίβεια και τη συνέπεια τους και όπου χρειάστηκε ζητήθηκαν διευκρινίσεις.

1.7. Περιγραφή του Ερευνητικού εργαλείου

Βασικό εργαλείο της παρούσας μελέτης είναι το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) που καλύπτει τους σκοπούς που έχουν τεθεί για την έρευνα. Το ερωτηματολόγιο στοχεύει στη διερεύνηση του βαθμού επηρεασμού του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσηλευτικού προσωπικού και της επαγγελματικής ικανοποίησής του.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου βοηθά στο να ανιχνευτούν και να εκτιμηθούν οι παράγοντες, που διαμορφώνουν το βαθμό της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού που ασκεί κάθε νοσηλευτική υπηρεσία.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ενός καλά σχεδιασμένου και τυποποιημένου ερωτηματολογίου σε ελληνική γλώσσα, η σύνταξη του οποίου πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια μετά από προσωπικές εκτιμήσεις, συστηματική επισκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, διάλογο με τον πρώτο επόπτη καθηγητή και την υπεύθυνη στατιστικό, ώστε να εξασφαλίζει τη μέγιστη επικοινωνία με τον ερωτώμενο και κυρίως να είναι αποτελεσματικό, ευρηματικό και πρωτότυπο. Έτσι, το ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο και έχει μια ιδιαίτερη αξία και επιστημονική βαρύτητα.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τυποποιημένες ερωτήσεις δομημένης απάντησης διαβαθμισμένης κλίμακας τύπου Likert που κάνουν ελκυστικότερη και αποδοτικότερη τη συμπλήρωση, ανάλυση και επεξεργασία των στοιχείων. Η αριθμητική κλίμακα τύπου Likert, είναι από 1 έως 5, όπου 1 = «Διαφωνώ απόλυτα», 2 = «Διαφωνώ», 3= «Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ», 4 = «Συμφωνώ», 5 = «Συμφωνώ απόλυτα» ή 1 = «Καθόλου», 2 = «Λίγο», 3= «Ούτε πολύ / ούτε λίγο», 4 = «Πολύ», 5 = «Πάρα πολύ». Η κλίμακα αυτή, επιλέχθηκε γιατί είναι εύχρηστη στη δημιουργία της αλλά και η πιο διαδεδομένη στις ερευνητικές μελέτες (Κιόχος, 1997, Κυριαζή, 1999, Μπεχράκης, 1999) καθώς στοχεύει στη μέτρηση στάσεων ή απόψεων σε ένα σύνολο ερωτημάτων τα οποία αντιπροσωπεύουν το προς μελέτη πρόβλημα. Το ποσοστό που προκύπτει από τις απαντήσεις που σημειώνουν οι ερωτώμενοι στις υπό-κλίμακες αποτελεί και τον δείκτη κατηγοριοποίησης των επιμέρους παραγόντων ικανοποίησης.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που διακρίνονται σε δύο ενότητες: Στην πρώτη ενότητα καταγράφονται, τα δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενου σε 10 ερωτήσεις και πιο συγκεκριμένα: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το προσωπικό μηνιαίο καθαρό εισόδημα, το συνολικό οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα, τον χρόνο προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο Άγιος Σάββα, την ειδικότητα της θέσης, το ωράριο (το τελευταίο έτος), την εκτέλεση νυχτερινής βάρδιας το μήνα (το τελευταίο έτος) και τον τομέα εργασίας (παθολογικό, χειρουργικό ή εργαστηριακό). Στην δεύτερη ενότητα πραγματοποιείται διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού ΤΕ μέσω 10 ερωτήσεων, σχετικά με την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό επάγγελμα, τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση ή μη ικανοποίηση από το επάγγελμα του νοσηλευτή/τρια, την ικανοποίηση από τις συνθήκες, την οργάνωση και διοίκηση του εργασιακού περιβάλλοντος, την ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, τον επηρεασμό από την συμπεριφορά των ασθενών, την σωματική και συναισθηματική κόπωση, την σημαντικότητα της εργασίας και την συμφωνία σε ένα σύνολο προτάσεων για την περαιτέρω βελτίωση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού.

1.8. Ηθικές προεκτάσεις

Η ερευνήτρια πριν τη διανομή των ερωτηματολογίων υπέβαλε Αίτηση Έγκρισης Διεξαγωγής της έρευνας (Παράρτημα Β) στην Διοίκηση του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» ότι επιτρέπει την εκτέλεση της έρευνας, και έτσι εξασφάλισε από το Διοικητικό Συμβούλιο την

Άδεια διεξαγωγής της (Παράρτημα Γ). Επίσης, κατά την διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων ενημερώθηκε κάθε προϊστάμενος του Παθολογικού, Χειρουργικού και Εργαστηριακού τμήματος.

1.9. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Μετά τη συλλογή των δεδομένων αρχίζει το στάδιο της επεξεργασίας και ανάλυσής τους. Μπορεί μάλιστα κανείς να πει ότι η φάση της επεξεργασίας αρχίζει πολύ πριν από την συλλογή των δεδομένων και συνεχίζεται κατά την διάρκειά της. Μ' αυτό εννοείται ότι κατά την φάση του σχεδιασμού ήδη έχει αποφασιστεί ένα «πλάνο» επεξεργασίας περισσότερο λεπτομερές, που σχετίστηκε με το αντικείμενο, τη φύση και την οργάνωση της έρευνας. Έτσι, κατά τη διάρκεια της συλλογής των στοιχείων την πρώτη πράξη της επεξεργασίας αποτέλεσε ο έλεγχος των ερωτηματολογίων.

Για την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Microsoft Office 2007 – Excel με την βοήθεια του οποίου θα αναλυθούν και θα παρατεθούν οι πίνακες συχνότητας που περιλαμβάνουν τη σχετική συχνότητα σε ποσοστό (percentage - %) οι οποίοι θα πλαισιωθούν από τα αντίστοιχα Διαγράμματα.

Επίσης, με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS πραγματοποιήθηκε ανάλυση του ερωτηματολογίου με μη – παραμετρική επαγωγική στατιστική και έλεγχος με τη μέθοδο χ^2 (Pearson Chi-Square).

Η μέθοδος χ^2 επιλέχθηκε καθώς μπορεί να δώσει απόλυτα συγκρίσιμα αποτελέσματα και να κατηγοριοποιήσει τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ικανοποίηση ή μη των νοσηλευτών από το επάγγελμά τους. Ειδικά, όταν το p-value του ελέγχου Pearson Chi-Square είναι πολύ μικρό και μικρότερο του 0,05 το επίπεδο σημαντικότητας είναι υψηλό και επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, δηλαδή οι δύο εξεταζόμενες μεταβλητές – παράγοντας και ικανοποίησης – είναι εξαρτημένες (Γναρδέλλης, 2006).

1.10. Περιορισμοί / αδυναμίες έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιείται με σκοπό να καταγράψει τις απόψεις των νοσηλευτών/τριών ΤΕ, που εργάζονται στο Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

σχετικά με το αν βιώνουν ικανοποίηση από το επάγγελμά τους. Η έρευνα ίσως έχει κάποια σφάλματα ή κάποιους περιορισμούς.

Αρχικά, η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στον παθολογικό, χειρουργικό και εργαστηριακό τομέα, καθώς αποκλείστηκαν άλλοι νοσηλευτές όπως για παράδειγμα οι νοσηλευτές της διοίκησης ή του Ογκολογικού Ερευνητικού Κέντρου οι οποίοι θα μπορούσαν να αποτελέσουν κάποιους ακόμα τομείς έρευνας.

Επίσης, δεν πραγματοποιήθηκε εποπτεία του ερωτώμενου κατά τη στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Απαιτήθηκε αρκετός χρόνος προσμονής για την συλλογή των ερωτηματολογίων και όχι άμεση και ταχύτατη ανταπόκριση των συμμετεχόντων. Ενώ, τέλος παρατηρήθηκαν πολλές απουσίες από τις θέσεις εργασίας και παράλληλα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο νοσοκομείο. Οι αδυναμίες αυτές περιορίζουν κάπως τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων ωστόσο η υψηλή συμμετοχή στην έρευνα επιτρέπει την αναγωγή των συμπερασμάτων στον πληθυσμό με αρκετά αυξημένη ασφάλεια.

Βέβαια, όλοι οι παραπάνω περιορισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Ανάλυση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών

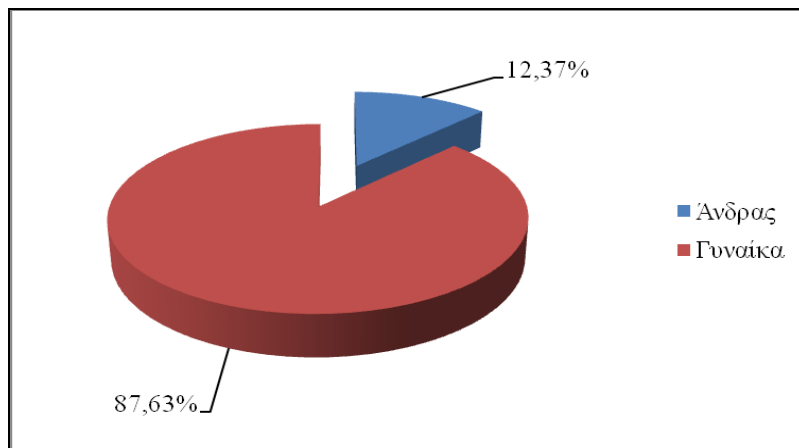
Από την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος παρατηρείται ότι το 87,63% αφορά γυναίκες ενώ το 12,4% άνδρες. Ακόμη, το 30,93%, δηλαδή 3 στους 10, ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 26 και 30 ετών. Το μικρότερο ποσοστό 2,06% αναφέρεται στην ηλικιακή ομάδα των 46 - 50 ετών, ενώ 4 άτομα (4,12%) δηλώνουν ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών.

Επίσης, μελετώντας την οικογενειακή κατάσταση 48,45%, περίπου 1 στους 2, δηλώνουν άγαμοι ενώ 42,27% δηλώνουν έγγαμοι. Εννέα άτομα, που αντιστοιχούν στο 9,28% του δείγματος είναι διαζευγμένοι και κανένα άτομο δεν δηλώνει χήρος ή χήρα. Το δείγμα λοιπόν απαρτίζεται από περισσότερες γυναίκες ηλικίας έως 40 ετών, οι μισές από τις οποίες είναι άγαμες (Πίνακας 2.1., Διάγραμμα 2.1., 2.2., 2.3.).

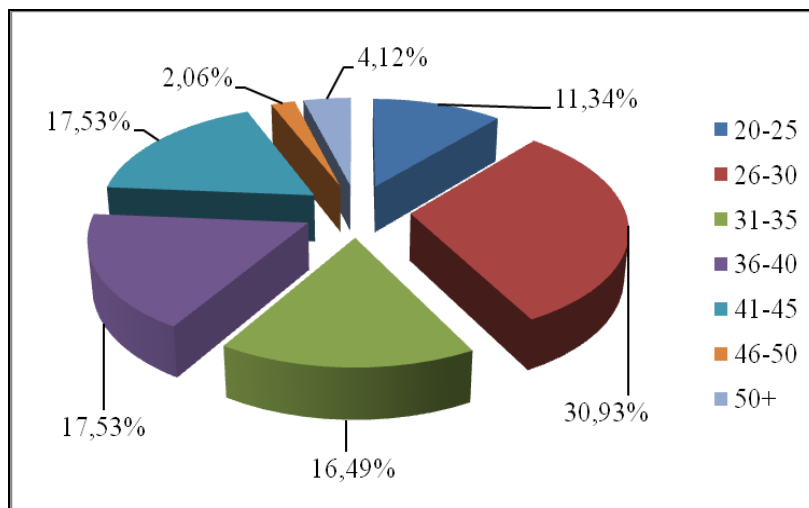
Πίνακας 2.1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά: Φύλο – Ηλικιακή κατανομή του δείγματος – Οικογενειακή κατάσταση

Φύλο	N	%
Ανδρας	12	12,37%
Γυναίκα	85	87,63%
Σύνολο	97	100,00%
Ηλικία		
20-25	11	11,34%
26-30	30	30,93%
31-35	16	16,49%
36-40	17	17,53%
41-45	17	17,53%
46-50	2	2,06%
50+	4	4,12%
Σύνολο	97	100,00%
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος / η	41	42,27%
Άγαμος / η	47	48,45%
Διαζευγμένος / η	9	9,28%
Χήρος / α	0	0,00%
Σύνολο	97	100,00%

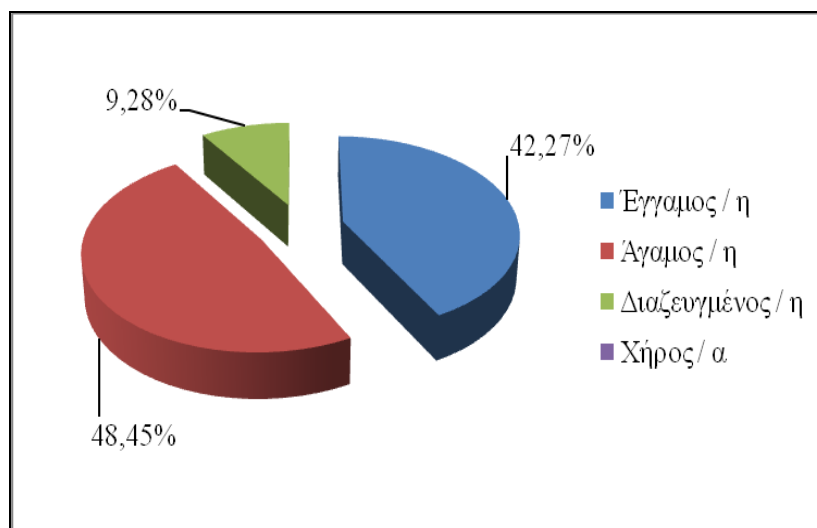
Διάγραμμα 2.1. Φύλο



Διάγραμμα 2.2. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος



Διάγραμμα 2.3. Οικογενειακή κατάσταση



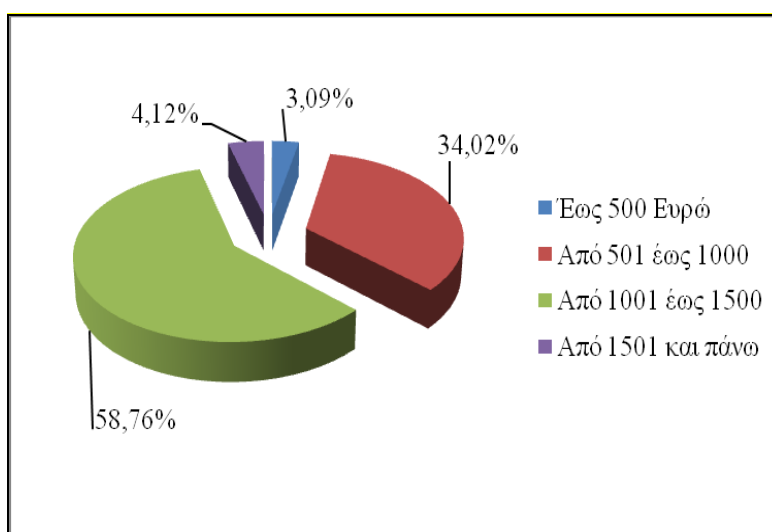
Αναλύοντας τα οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος προκύπτει ότι οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους (58,76%) έχουν μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 1001 και 1500 ευρώ και ελάχιστοι υπερβαίνουν τα 1500 ευρώ (4,12%). Έτσι, η πλειοψηφία του δείγματος διαθέτει εισόδημα από 500 έως 1501 €. Παράλληλα προκύπτει ότι το 40,21% έχει συνολικό οικογενειακό μηνιαίο καθαρό εισόδημα πέραν των 2001 ευρώ, 38,14% 1001-2000€, 18,56% 500-1000€ και μόλις 3,09% κάτω από 500€. Έτσι, η πλειοψηφία του δείγματος διαθέτει οικογενειακό μηνιαίο καθαρό εισόδημα από 1001€ έως πάνω από 2001€. Στον πίνακα 2.2. και στα Διαγράμματα 2.4., 2.5. παρατίθενται λεπτομερέστερα οι σχετικές πληροφορίες.

Πίνακας 2.2. Οικονομικό επίπεδο: Ατομικό μηνιαίο καθαρό εισόδημα - Συνολικό οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα

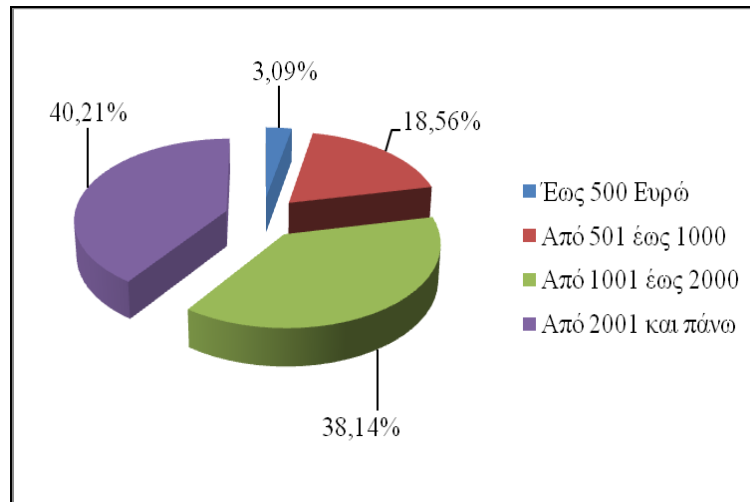
Προσωπικό μηνιαίο καθαρό εισόδημα	N	%
Έως 500 Ευρώ	3	3,09%
Από 501 έως 1000	33	34,02%
Από 1001 έως 1500	57	58,76%
Από 1501 και πάνω	4	4,12%
Σύνολο	97	100,00%

Συνολικό οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα	N	%
Έως 500 Ευρώ	3	3,09%
Από 501 έως 1000	18	18,56%
Από 1001 έως 2000	37	38,14%
Από 2001 και πάνω	39	40,21%
Σύνολο	97	100,00%

Διάγραμμα 2.4. Προσωπικό μηνιαίο καθαρό εισόδημα



Διάγραμμα 2.5. Συνολικό οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα

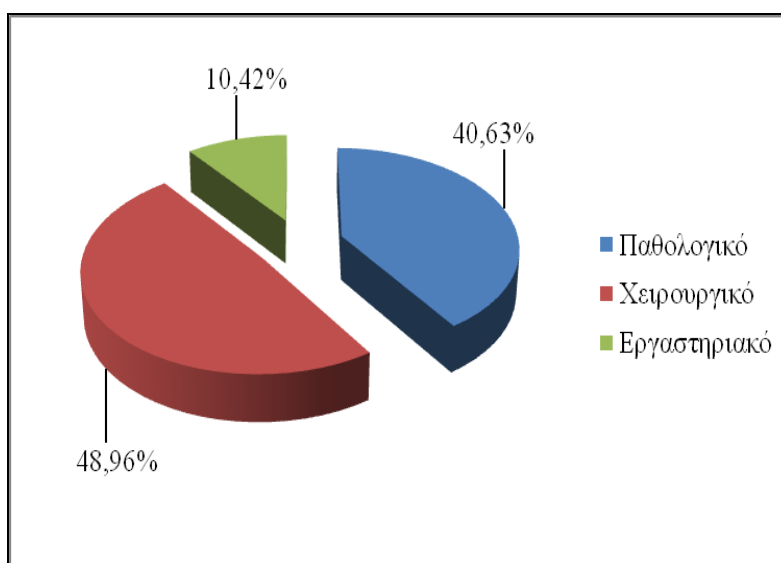


Προσδιορίζοντας τα εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος βρέθηκε ότι ποσοστό 48,96% εργάζεται στο χειρουργικό τομέα, 40,63% στον παθολογικό και 10,42% στον εργαστηριακό. Όσον αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας, προκύπτει ότι το 22,68% διαθέτει εργασιακή εμπειρία άνω των 20 ετών, 18,56% 6-10 έτη. Γενικά, η πλειοψηφία του δείγματος εργάζεται στο Νοσοκομείο πέραν των 10 ετών. Αναφορικά με το ωράριο εργασίας, η πλειοψηφία του δείγματος εργάζεται σε κυλιόμενο ωράριο (52,58%) που περιλαμβάνει όλες τις βάρδιες (38,14% πρωινό, 7,22% απογευματινό και 2,06% βραδινό). Επίσης, η πλειοψηφία του δείγματος, 9 στους 10, εκτελεί από μία μέχρι επτά νυχτερινές βάρδιες (Πίνακας 2.3., Διαγράμματα 2.6., 2.7., 2.8., 2.9.).

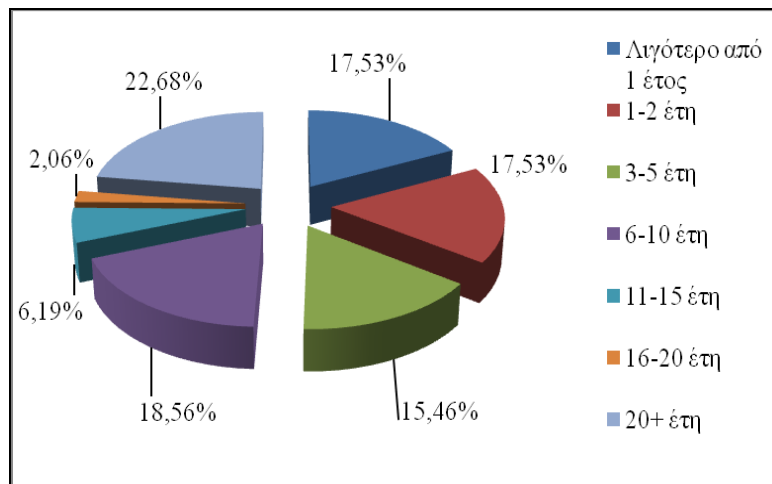
Πίνακας 2.3. Εργασιακά χαρακτηριστικά: Χρόνος προϋπηρεσίας – Ωράριο – Εκτέλεση νυχτερινής βάρδιας μηνιαίως

Χρόνος προϋπηρεσίας	N	%
Λιγότερο από 1 έτος	17	17,53%
1-2 έτη	17	17,53%
3-5 έτη	15	15,46%
6-10 έτη	18	18,56%
11-15 έτη	6	6,19%
16-20 έτη	2	2,06%
20+ έτη	22	22,68%
Σύνολο	97	100,00%
Ωράριο		
Πρωινό	37	38,14%
Απογευματινό	7	7,22%
Βραδινό	2	2,06%
Κυκλικό	51	52,58%
Σύνολο	97	100,00%
Εκτέλεση νυχτερινής βάρδιας μηνιαίως		
1-3 φορές	31	59,62%
4-7 φορές	17	32,69%
8-11 φορές	1	1,92%
12 ⁺ φορές	3	5,77%
Σύνολο	52	100,00%

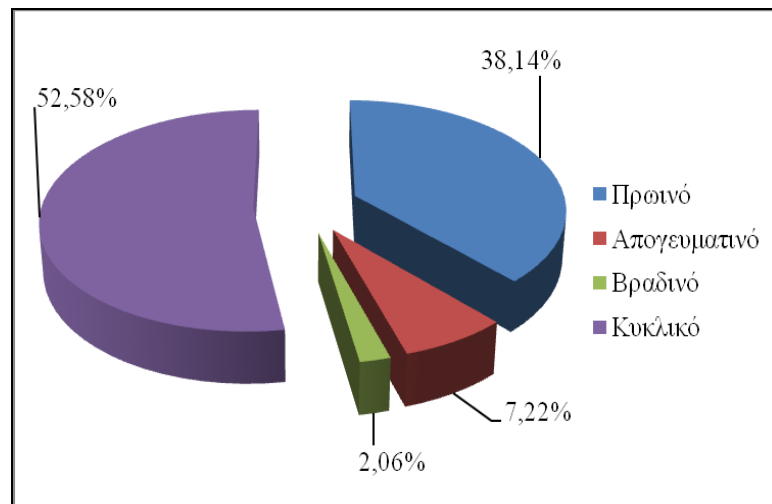
Διάγραμμα 2.6. Τομέας εργασίας νοσηλευτών στο νοσοκομείο



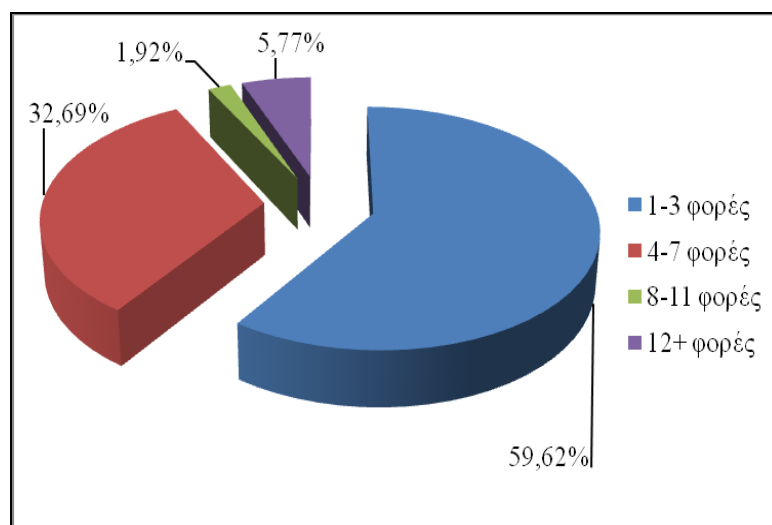
Διάγραμμα 2.7. Χρόνος προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας



Διάγραμμα 2.8. Ωράριο



Διάγραμμα 2.9. Εκτέλεση νυχτερινής βάρδιας μηνιαίως



2.2. Ανάλυση θέσεων – απόψεων στα θέματα επαγγελματικής ικανοποίησης

Σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των νοσηλευτών/τριών ΤΕ παρατηρήθηκαν τα εξής ποσοστά ικανοποίησης (τα ποσοστά προκύπτουν από το άθροισμα όσων συμφωνούν (απλώς και απόλυτα) με τις επιμέρους δηλώσεις του ερωτηματολογίου):

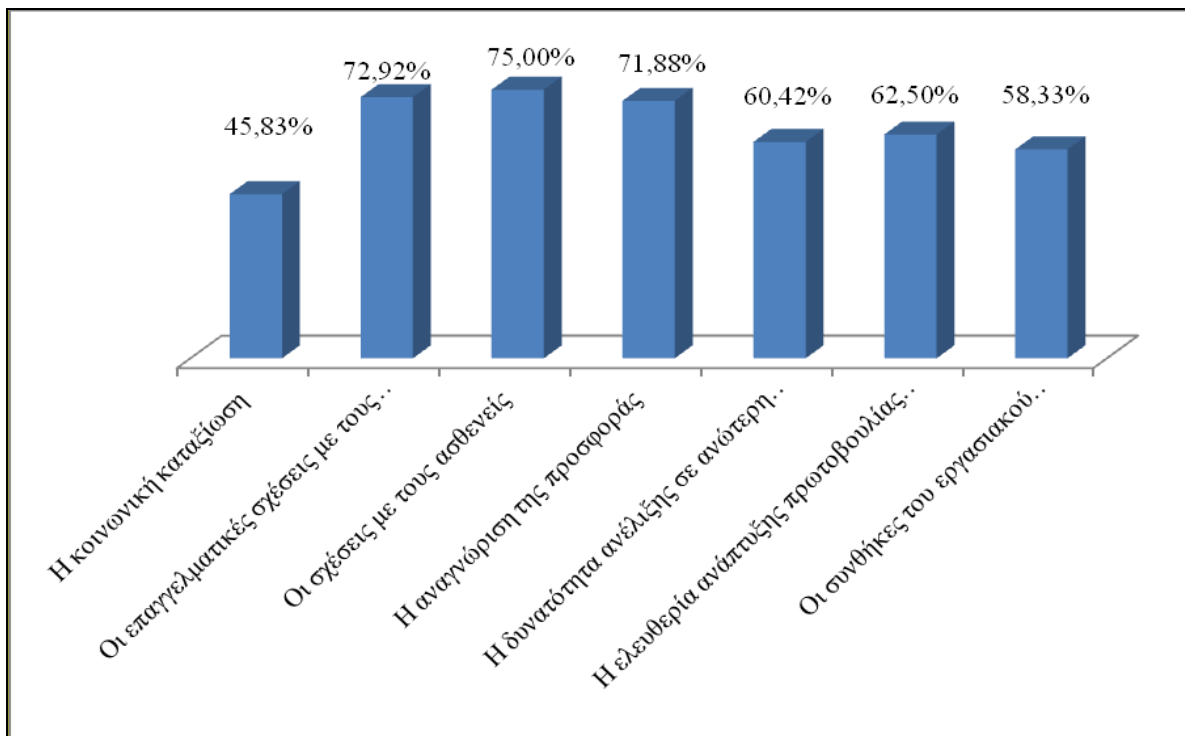
- Οι σχέσεις με τους ασθενείς: 75,01%,
- Οι επαγγελματικές σχέσεις με συναδέλφους: 72,92%,
- Η αναγνώριση της προσφοράς: 71,88%,
- Η ελευθερία ανάπτυξης πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας: 62,50%,
- Η δυνατότητα ανέλιξης σε ανώτερη θέση μέσα στο νοσοκομείο: 60,41%,
- Οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος (εγκαταστάσεις): 58,33%,
- Η κοινωνική καταξίωση: 45,83%,
- Οι υψηλές οικονομικές αποδοχές: 39,18%,

Παρατηρείται ότι οι παράγοντες ικανοποίησης των νοσηλευτών/τριών που ξεχωρίζουν είναι οι σχέσεις με τους ασθενείς και τους συναδέλφους και η αναγνώριση της προσφοράς (Πίνακας 2.4., Διάγραμμα 2.10.).

Πίνακας 2.4. Παράγοντες ικανοποίησης από το επάγγελμα

Παράγοντες ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η κοινωνική καταξίωση	12,50%	16,67%	25,00%	33,33%	12,50%
Οι επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους	2,08%	4,17%	20,83%	46,88%	26,04%
Οι σχέσεις με τους ασθενείς	1,04%	0,00%	23,96%	53,13%	21,88%
Η αναγνώριση της προσφοράς	2,08%	7,29%	18,75%	42,71%	29,17%
Η δυνατότητα ανέλιξης σε ανώτερη θέση μέσα στο νοσοκομείο	6,25%	10,42%	22,92%	45,83%	14,58%
Η ελευθερία ανάπτυξης πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας	7,29%	7,29%	22,92%	43,75%	18,75%
Οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος (εγκαταστάσεις)	9,38%	16,67%	15,63%	31,25%	27,08%

Διάγραμμα 2.10. Παράγοντες ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας



Σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν στη μη ικανοποίηση των νοσηλευτών/τριών ΤΕ από το επάγγελμά τους παρατηρήθηκαν τα εξής (τα ποσοστά προκύπτουν από το άθροισμα όσων συμφωνούν (απλώς και απόλυτα) με τις επιμέρους δηλώσεις του ερωτηματολογίου):

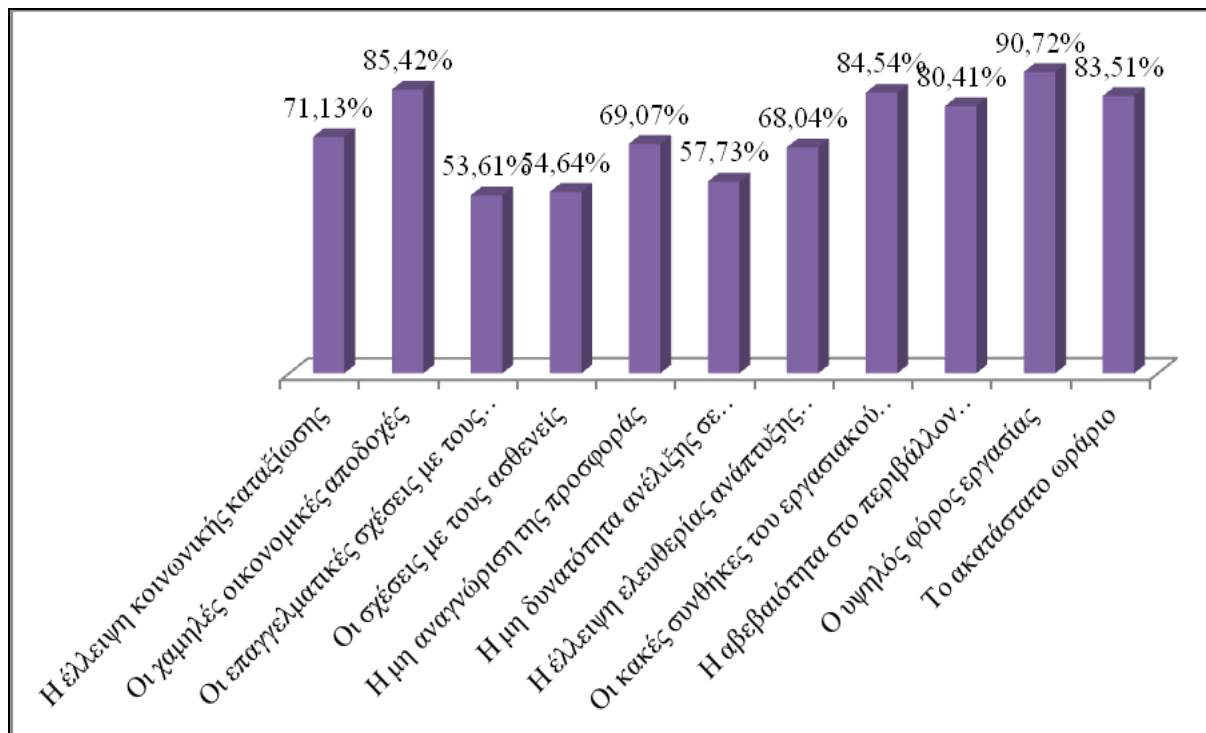
- Ο υψηλός φόρος εργασίας: 90,72%,
- Οι χαμηλές οικονομικές αποδοχές: 85,42%,
- Οι κακές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος (εγκαταστάσεις): 84,53%,
- Το ακατάστατο ωράριο: 83,50%.
- Η αβεβαιότητα στο περιβάλλον εργασίας (ασφάλεια, προστασία): 80,41%,
- Η έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης: 71,13%,
- Η μη αναγνώριση της προσφοράς: 69,07%,
- Η έλλειψη ελευθερίας ανάπτυξης πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας: 68,04%,
- Η μη δυνατότητα ανέλιξης σε ανώτερη θέση μέσα στο νοσοκομείο: 57,73%,
- Οι σχέσεις με τους ασθενείς: 54,63%,
- Οι επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους: 53,60%,

Παρατηρείται ότι οι παράγοντες μη ικανοποίησης των νοσηλευτών/τριών που ξεχωρίζουν είναι ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι χαμηλές οικονομικές αποδοχές, οι κακές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος και το ακατάστατο ωράριο (Πίνακας 2.5., Διάγραμμα 2.11.).

Πίνακας 2.5. Παράγοντες μη ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας

Οι παράγοντες μη ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης	7,22%	9,28%	12,37%	36,08%	35,05%
Οι χαμηλές οικονομικές αποδοχές	1,04%	4,17%	9,38%	38,54%	46,88%
Οι επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους	3,09%	15,46%	27,84%	38,14%	15,46%
Οι σχέσεις με τους ασθενείς	6,19%	17,53%	21,65%	38,14%	16,49%
Η μη αναγνώριση της προσφοράς	3,09%	13,40%	14,43%	35,05%	34,02%
Η μη δυνατότητα ανέλιξης σε ανώτερη θέση μέσα στο νοσοκομείο	2,06%	14,43%	25,77%	35,05%	22,68%
Η έλλειψη ελευθερίας ανάπτυξης πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας	3,09%	10,31%	18,56%	41,24%	26,80%
Οι κακές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος (εγκαταστάσεις)	1,03%	3,09%	11,34%	46,39%	38,14%
Η αβεβαιότητα στο περιβάλλον εργασίας (ασφάλεια, προστασία)	0,00%	5,15%	14,43%	45,36%	35,05%
Ο υψηλός φόρτος εργασίας	0,00%	2,06%	7,22%	44,33%	46,39%
Το ακατάστατο ωράριο	2,06%	3,09%	11,34%	37,11%	46,39%

Διάγραμμα 2.11. Παράγοντες μη ικανοποίησης από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας

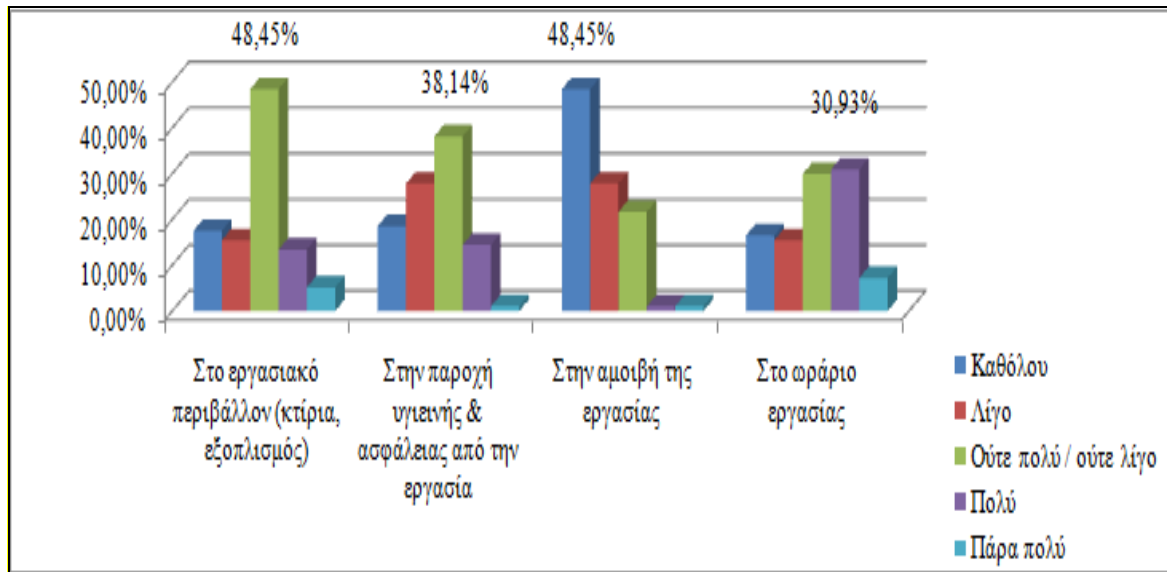


Σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευτών ΤΕ από τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας, το 48,45% του δείγματος δήλωσε αδιάφορο σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον (κτίρια, εξοπλισμός), 38,14% του δείγματος δήλωσε αδιάφορο από την παροχή υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία του, το 48,45% του δείγματος δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο από την αμοιβή της εργασίας του και μόλις το 7,22% είναι ικανοποιημένο από το ωράριο εργασίας. Οπότε διακρίνεται μια συνολική απογοήτευση ως προς τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος με εξέχοντες την κακή αμοιβή και το εξαντλητικό ωράριο (Πίνακας 2.6., Διάγραμμα 2.12.).

Πίνακας 2.6. Ικανοποίηση από τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος

Κατηγορία	Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
Στο εργασιακό περιβάλλον (κτίρια, εξοπλισμός)	17,53%	15,46%	48,45%	13,40%	5,15%
Στην παροχή υγιεινής & ασφάλειας από την εργασία	18,56%	27,84%	38,14%	14,43%	1,03%
Στην αμοιβή της εργασίας	48,45%	27,84%	21,65%	1,03%	1,03%
Στο ωράριο εργασίας	16,49%	15,46%	29,90%	30,93%	7,22%

Διάγραμμα 2.12. Ικανοποίηση από τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος



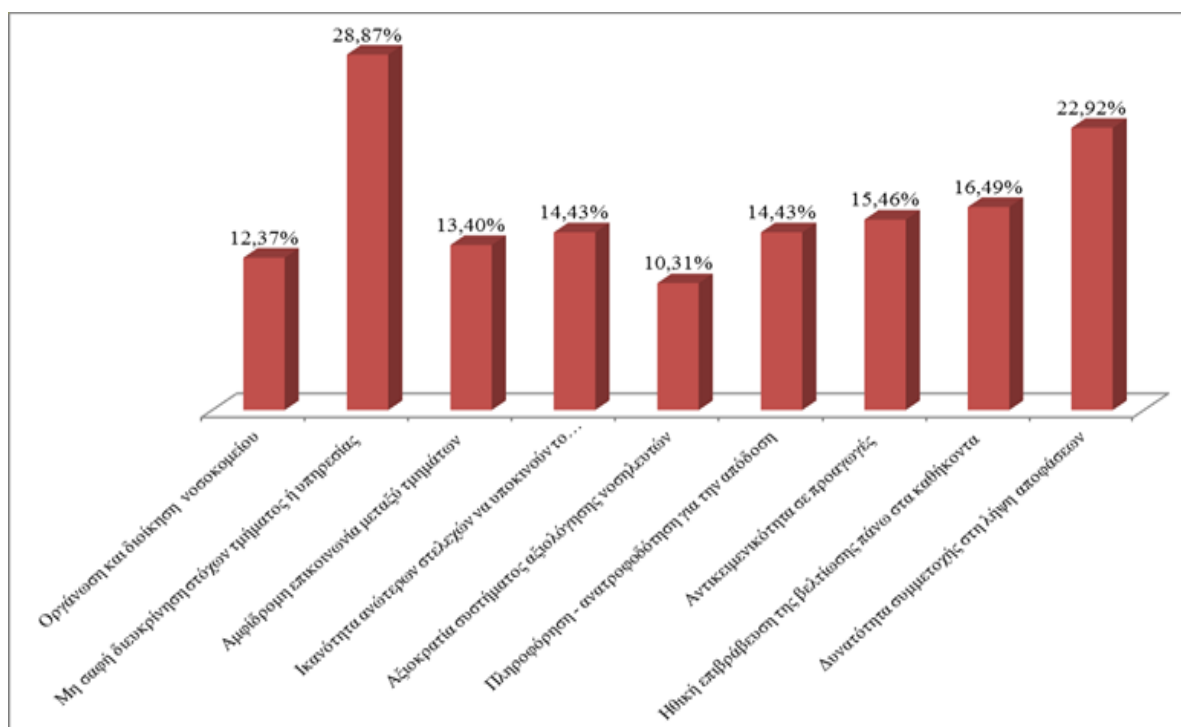
Σχετικά με τους παράγοντες ικανοποίησης των νοσηλευτών που καθορίζουν την οργανωτική και διοικητική δομή του εργασιακού περιβάλλοντος στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας, το δείγμα παρουσιάζεται σαφώς μη ικανοποιημένο από την αξιοκρατία του συστήματος αξιολόγησης, την οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείου και από την επικοινωνία μεταξύ τμημάτων όπως φαίνεται από τα παρακάτω ποσοστά (τα ποσοστά προκύπτουν από το άθροισμα όσων συμφωνούν (απλώς και απόλυτα) με τις επιμέρους δηλώσεις του ερωτηματολογίου) (Πίνακας 2.7., Διάγραμμα 2.13.):

- Αξιοκρατία συστήματος αξιολόγησης νοσηλευτών: 10,31%,
- Οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείου: 12,37%,
- Αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ τμημάτων: 13,40%,
- Ικανότητα ανώτερων στελεχών να υποκινούν το νοσηλευτικό προσωπικό: 14,43%,
- Πληροφόρηση – ανατροφοδότηση για την απόδοση: 14,43%,
- Αντικειμενικότητα σε προαγωγές: 15,46%,
- Ηθική επιβράβευση της βελτίωσης πάνω στα καθήκοντα: 16,49%,
- Δυνατότητα συμμετοχής αποφάσεων: 22,92%.
- Μη σαφή διεκρίνηση στόχων τμήματος ή υπηρεσίας: 28,87%.

Πίνακας 2.7. Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση του εργασιακού περιβάλλοντος

Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση του εργασιακού περιβάλλοντος	Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
Οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείου	19,59%	38,14%	29,90%	10,31%	2,06%
Μη σαφή διευκρίνιση στόχων τμήματος ή υπηρεσίας	19,59%	18,56%	32,99%	24,74%	4,12%
Αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ τμημάτων	14,43%	30,93%	41,24%	11,34%	2,06%
Ικανότητα ανώτερων στελεχών να υποκινούν το νοσηλευτικό προσωπικό	19,59%	29,90%	36,08%	8,25%	6,19%
Αξιοκρατία συστήματος αξιολόγησης νοσηλευτών	25,77%	30,93%	32,99%	9,28%	1,03%
Πληροφόρηση - ανατροφοδότηση για την απόδοση	18,56%	26,80%	40,21%	13,40%	1,03%
Αντικειμενικότητα σε προαγωγές	20,62%	27,84%	36,08%	13,40%	2,06%
Ηθική επιβράβευση της βελτίωσης πάνω στα καθήκοντα	23,71%	22,68%	37,11%	13,40%	3,09%
Δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων	22,92%	25,00%	29,17%	17,71%	5,21%

Διάγραμμα 2.13. Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση του εργασιακού περιβάλλοντος



Σχετικά με τους παράγοντες ικανοποίησης των νοσηλευτών που καθορίζουν την οργάνωση και διοίκηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας, παρατίθενται τα ακόλουθα ευρήματα:

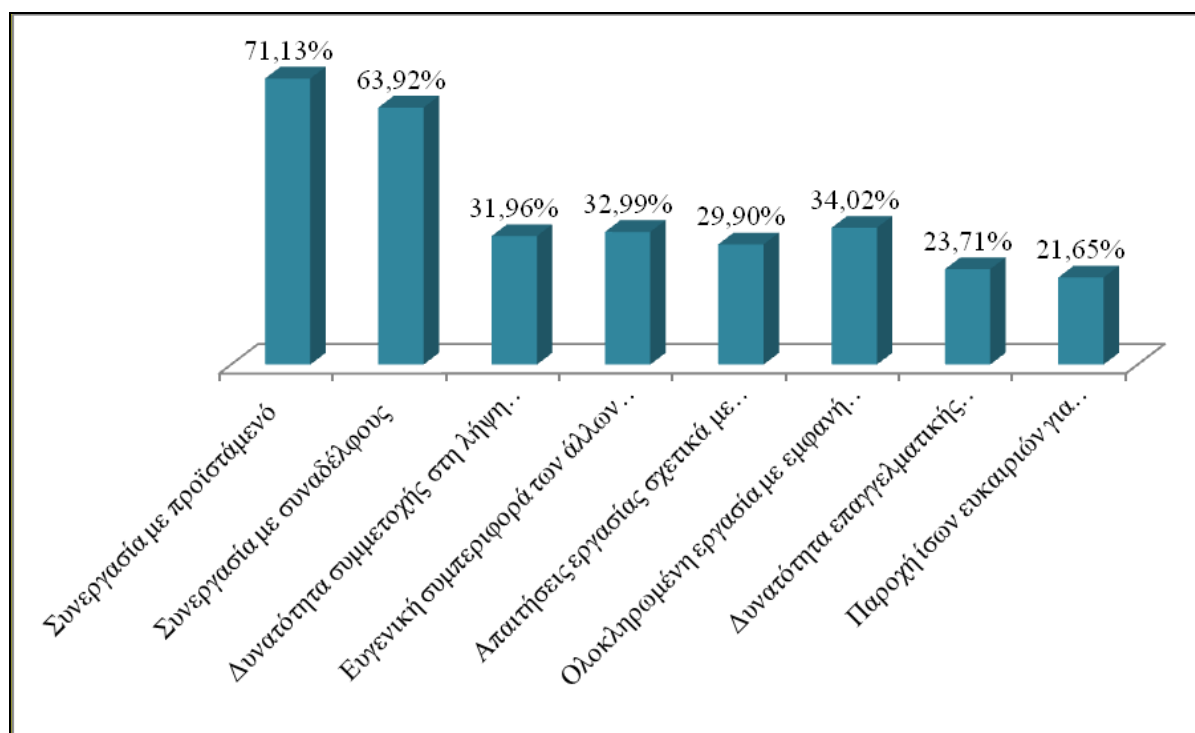
- Συνεργασία με προϊστάμενο: 71,13%,
- Συνεργασία με συναδέλφους: 63,92%,
- Ολοκληρωμένη εργασία με εμφανή αρχή και τέλος: 34,02%,
- Ευγενική συμπεριφορά των άλλων (σεβασμός, αξιοπρέπεια): 32,99%,
- Δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων: 31,96%,
- Απαιτήσεις εργασίας σχετικά με ποικιλία δεξιοτήτων – ικανοτήτων: 29,90%,
- Δυνατότητα επαγγελματικής κατάρτισης από εκπαιδευτικά προγράμματα: 23,71%,
- Παροχή ίσων ευκαιριών για εκπαίδευση και σταδιοδρομία σε όλους: 21,65%,

Το δείγμα παρουσιάζεται σαφώς ικανοποιημένο από τη συνεργασία με τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους αλλά σαφώς μη ικανοποιημένο από τη δυνατότητα επαγγελματικής κατάρτισης σε εκπαιδευτικά προγράμματα και την παροχή ίσων ευκαιριών για εκπαίδευση και σταδιοδρομία σε όλους (Πίνακας 2.8., Διάγραμμα 2.14.).

Πίνακας 2.8. Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής υπηρεσίας

Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας	Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
Συνεργασία με προϊστάμενο	5,15%	9,28%	14,43%	44,33%	26,80%
Συνεργασία με συναδέλφους	3,09%	7,22%	25,77%	44,33%	19,59%
Δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων	14,43%	14,43%	39,18%	24,74%	7,22%
Ευγενική συμπεριφορά των άλλων (σεβασμός, αξιοπρέπεια)	5,15%	24,74%	37,11%	25,77%	7,22%
Απαιτήσεις εργασίας σχετικά με ποικιλία δεξιοτήτων – ικανοτήτων	4,12%	23,71%	42,27%	20,62%	9,28%
Ολοκληρωμένη εργασία με εμφανή αρχή και τέλος	5,15%	21,65%	39,18%	27,84%	6,19%
Δυνατότητα επαγγελματικής κατάρτισης από εκπαιδευτικά προγράμματα	18,56%	22,68%	35,05%	18,56%	5,15%
Παροχή ίσων ευκαιριών για εκπαίδευση και σταδιοδρομία σε όλους	15,46%	24,74%	38,14%	16,49%	5,15%

Διάγραμμα 2.14. Ικανοποίηση από την οργάνωση και διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας

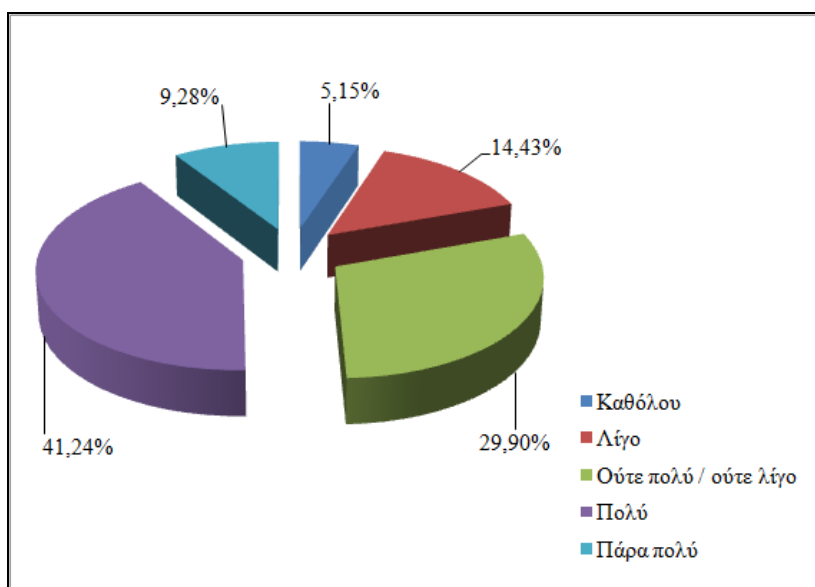


Μελετώντας τον επηρεασμό από τη συμπεριφορά των ασθενών οι νοσηλευτές/τριες κατά 41,24% δήλωσαν πως επηρεάζονται πολύ, 29,90% ήταν αδιάφοροι, 14,43% επηρεάζονται λίγο, 9,28% πάρα πολύ και 5,15% καθόλου. Δηλαδή ένας στους δυο (50,52%) νιώθει την συμπεριφορά των ασθενών να επιδρά θετικά στον ψυχισμό του και στην διεξαγωγή της εργασίας του (Πίνακας 2.9., Διάγραμμα 2.15.).

Πίνακας 2.9. Επηρεασμός από τη συμπεριφορά των ασθενών

Επηρεασμός από συμπεριφορά των ασθενών	N	%
Καθόλου	5	5,15%
Λίγο	14	14,43%
Ούτε πολύ / ούτε λίγο	28	29,90%
Πολύ	40	41,24%
Πάρα πολύ	9	9,28%
Σύνολο	97	100,00%

Διάγραμμα 2.15. Επηρεασμός από τη συμπεριφορά των ασθενών

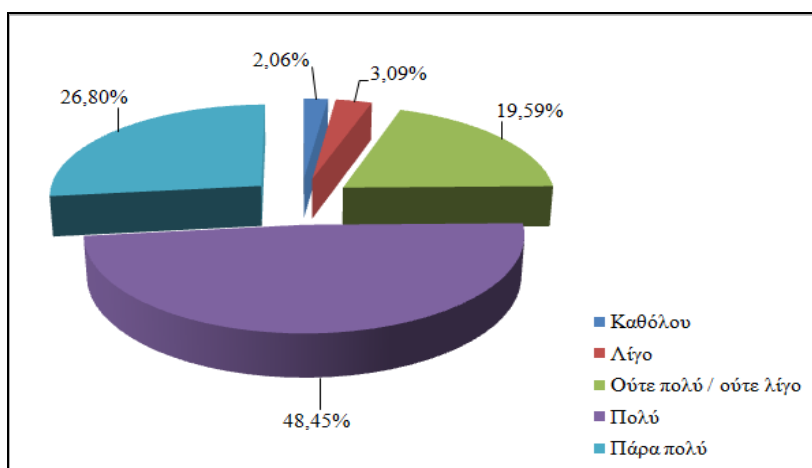


Μελετώντας τον επηρεασμό από τη σωματική και συναισθηματική κόπωση οι νοσηλευτές/τριες κατά 48,45% δήλωσαν πως επηρεάζονται πολύ, 26,80% πάρα πολύ, 19,59% ήταν αδιάφοροι, 3,09% επηρεάζονται λίγο και 2,06% καθόλου. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι περίπου 3 στους 4 νοσηλευτές (75,25%) νιώθει τη σωματική και συναισθηματική κόπωση να επιδρά στον ψυχισμό του και στην ομαλή διεκπεραίωση των καθηκόντων της εργασίας του (Πίνακας 2.10., Διάγραμμα 2.16.).

Πίνακας 2.10. Επηρεασμός από σωματική και συναισθηματική κόπωση

Επηρεασμός από σωματική και συναισθηματική κόπωση	N	%
Καθόλου	2	2,06%
Λίγο	3	3,09%
Ούτε πολύ / ούτε λίγο	19	19,59%
Πολύ	47	48,45%
Πάρα πολύ	26	26,80%
Σύνολο	97	100,00%

Διάγραμμα 2.16. Επηρεασμός από την σωματική και συναισθηματική κόπωση

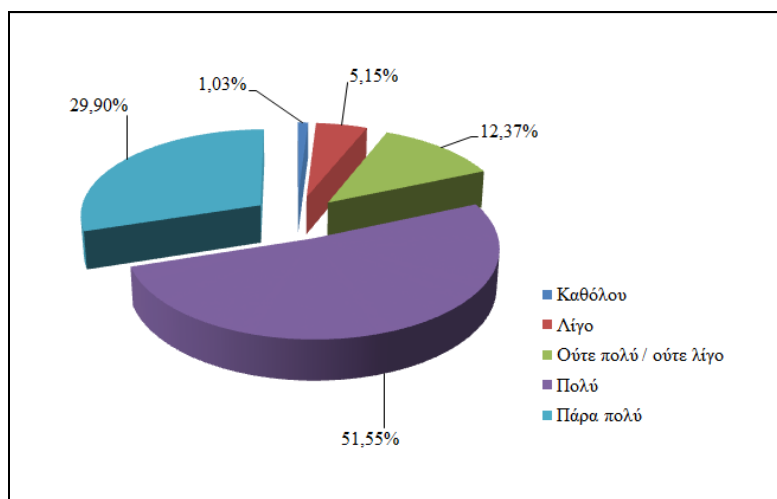


Μελετώντας την σπουδαιότητα της εργασίας οι νοσηλευτές/τριες κατά 51,55% δήλωσαν πως θεωρούν την εργασία τους πολύ σημαντική, 29,90% πάρα πολύ, 12,37% ήταν αδιάφοροι, 5,15% λίγο και 1,03% καθόλου. Συνολικά, παρατηρείται ότι 8 στους 10 νοσηλευτές (81,45%) νιώθει την εργασία του ιδιαίτερα σημαντική (Πίνακας 2.11., Διάγραμμα 2.17.).

Πίνακας 2.12. Σπουδαιότητα εργασίας

Σπουδαιότητα εργασίας	N	%
Καθόλου	1	1,03%
Λίγο	5	5,15%
Ούτε πολύ / ούτε λίγο	12	12,37%
Πολύ	50	51,55%
Πάρα πολύ	29	29,90%
Σύνολο	97	100,00%

Διάγραμμα 2.17. Σπουδαιότητα εργασίας



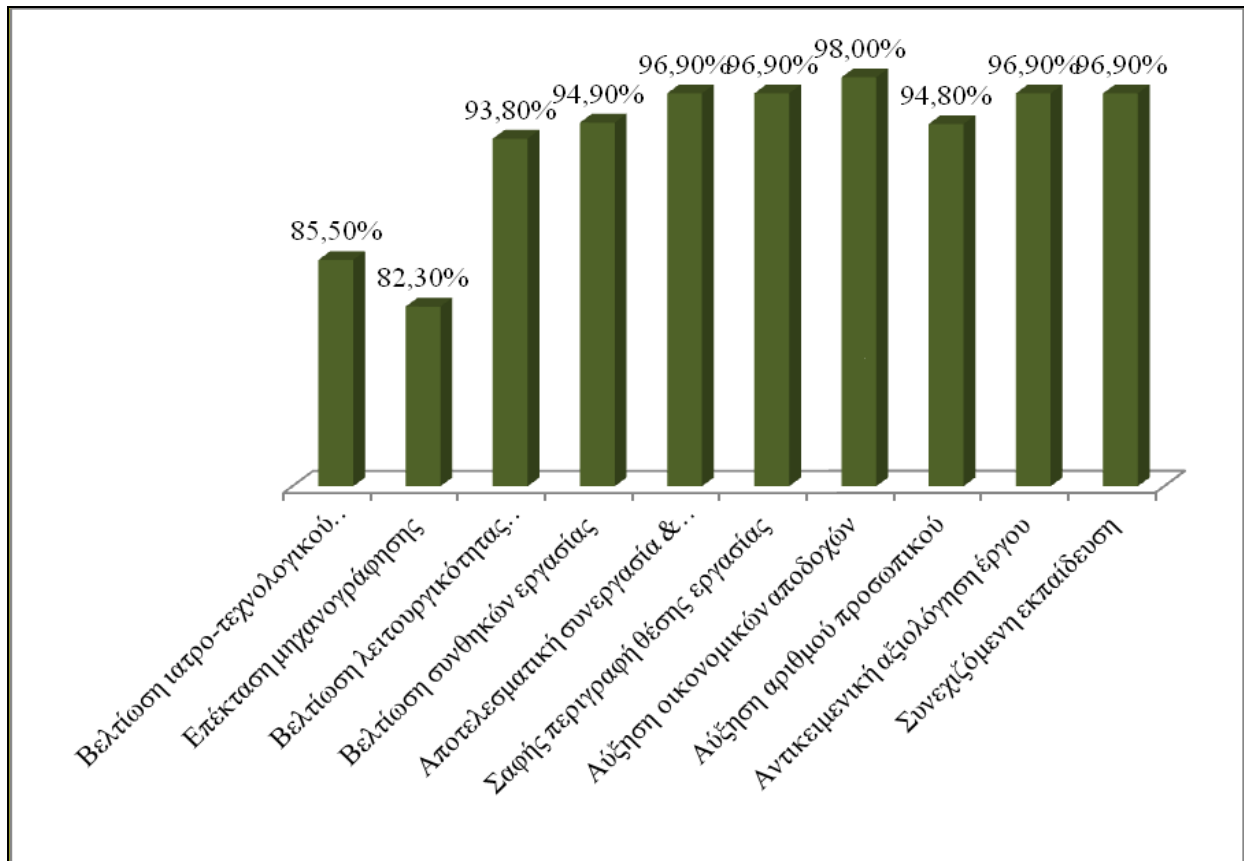
Επίσης, μια ακόμη σημαντική διαπίστωση επισημάνθηκε μέσα από την παράθεση διαφόρων προτάσεων βελτίωσης της νοσηλευτικής εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος. Αξιολογώντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν, το σύνολο του δείγματος δε διαφώνησε με την προσπάθεια μιας ουσιαστικής βελτίωσης.

Ακόμη, πιο αξιοπρόσεκτα είναι τα αθροιστικά ποσοστά των απαντήσεων «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα». Συγκεκριμένα, το 98,00% του δείγματος δήλωσε ότι συμφωνεί με την πρόταση της αύξησης των οικονομικών αποδοχών, 96,90% συμφωνεί με την αποτελεσματική συνεργασία και την επικοινωνία, τη σαφή περιγραφή θέσης εργασίας, την αντικειμενική αξιολόγηση έργου και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, 94,90% του δείγματος δηλώνει ότι συμφωνεί με την βελτίωση συνθηκών εργασίας, 94,80% με την αύξηση του αριθμού του προσωπικού, 93,80% με τη βελτίωση της λειτουργικότητας του νοσοκομείου, 85,50% με τη βελτίωση του ιατρό-τεχνολογικού εξοπλισμού και 82,30% με την επέκταση μηχανογράφησης (Πίνακας 2.12., Διάγραμμα 2.18.).

Πίνακας 2.12. Προτάσεις βελτίωσης

Προτάσεις βελτίωσης	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Βελτίωση ιατρό-τεχνολογικού εξοπλισμού	1,0%	3,1%	10,3%	57,7%	27,8%
Επέκταση μηχανογράφησης	-	2,1%	15,6%	55,2%	27,1%
Βελτίωση λειτουργικότητας νοσοκομείου	1,0%	-	5,2%	51,0%	42,8%
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	1,0%	-	4,1%	40,3%	54,6%
Αποτελεσματική συνεργασία & επικοινωνία	-	-	4,1%	42,3%	54,6%
Σαφής περιγραφή θέσης εργασίας	-	-	3,1%	42,3%	54,6%
Αύξηση οικονομικών αποδοχών	-	-	2,0%	32,0%	66,0%
Αύξηση αριθμού προσωπικού	-	-	5,2%	24,7%	70,1%
Αντικειμενική αξιολόγηση έργου	-	1,0%	2,1%	34,0%	62,9%
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση	-	2,1%	1,0%	29,9%	67,0%

Διάγραμμα 2.18. Προτάσεις βελτίωσης



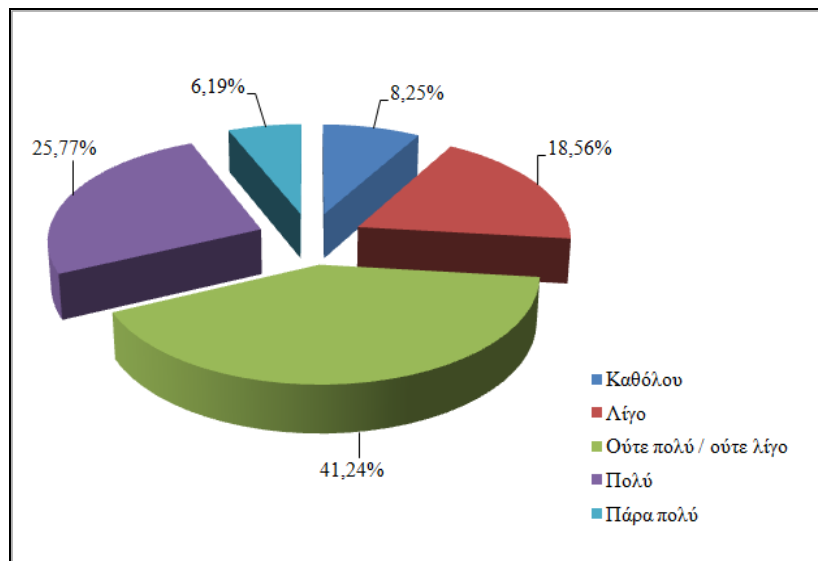
2.3. Συνολική ικανοποίηση

Μελετώντας τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία παρατηρείται πως οι νοσηλευτές/τριες κατά 41,24% ήταν αδιάφοροι, 25,77% δήλωσαν πως είναι ικανοποιημένοι πολύ, 18,56% λίγο, 8,25% καθόλου και μόλις 6,19% πάρα πολύ. Οπότε παρατηρούμε ότι περίπου 3 στους 10 (31,96%) νιώθουν συνολικά ικανοποιημένοι από την εργασία τους (Πίνακας 2.13., Διάγραμμα 2.19.).

Πίνακας 2.13. Συνολική ικανοποίηση από την εργασία

Συνολική ικανοποίηση Από την εργασία	N	%
Καθόλου	8	8,25%
Λίγο	18	18,56%
Ούτε πολύ / ούτε λίγο	40	41,24%
Πολύ	25	25,77%
Πάρα πολύ	6	6,19%
Σύνολο	97	100,00%

Διάγραμμα 2.19. Συνολική ικανοποίηση από την εργασία



Στη συνέχεια συγκρίνεται η συνολική ικανοποίηση από το επάγγελμα με το σύνολο των παραμέτρων που αφορούν στα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, καθώς και με τις παραμέτρους βάσει των οποίων καταγράφηκε ο βαθμός ικανοποίησης. Για τον σκοπό αυτό επανακωδικοποιήθηκαν οι μεταβλητές που αφορούν στην ηλικία, προϋπηρεσία, ωράριο, και συχνότητα εκτέλεσης νυχτερινής βάρδιας. Οι συγκρίσεις της συνολικής ικανοποίησης από το επάγγελμα με το σύνολο των παραμέτρων που αφορούν στα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά είχαν ως στόχο τη διαπίστωση διαφοροποιήσεων στην συνολική ικανοποίηση μεταξύ των υποομάδων των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών.

Όπως έχει αναφερθεί πιο πάνω η μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης στηρίχθηκε σε κλίμακα πέντε απαντήσεων. Οι πέντε πιθανές απαντήσεις ήταν: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=ούτε λίγο / ούτε πολύ, 4=πολύ 5=πάρα πολύ. Για την ανίχνευση όμως των παραγόντων που επηρεάζουν την συνολική ικανοποίηση από το επάγγελμα έγινε επανακωδικοποίηση της μεταβλητής ώστε το «καθόλου» και το «λίγο» να εκφράζει τη δυσαρέσκεια, και το «πολύ» και το «πάρα πολύ» την ικανοποίηση. Οι συγκρίσεις είχαν ως στόχο την διαπίστωση διαφοροποιήσεων στην συνολική ικανοποίηση μεταξύ των υποομάδων των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών και έγινε με τη χρήση της τεχνικής chi-square (χ^2).

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρήθηκε σε σχέση με τον τομέα εργασίας και συγκεκριμένα την μεγαλύτερη ικανοποίηση εκφράζουν οι εργαζόμενοι στον εργαστηριακό

τομέα και συγκεκριμένα το 50% - δηλαδή ένας στους δύο - δηλώνει από πολύ μέχρι και πάρα πολύ ικανοποιημένος/η. Η πλειοψηφία των εργαζόμενων στον παθολογικό τομέα - 4 στους 10 - δηλώνει από λίγο μέχρι καθόλου ικανοποιημένος/η, ενώ η πλειοψηφία των εργαζόμενων στον χειρουργικό τομέα (47,92%) δηλώνει ουδετερότητα. Στοιχεία που αποτυπώνονται στον πίνακα 2.14..

Πίνακας 2.14. Συγκριτική παρουσίαση συνολικής ικανοποίησης σε σχέση με τον τομέα εργασίας

Τομέας Εργασίας	Συνολική ικανοποίηση			Σύνολο
	N (%)			
	Δυσaréσκεια	Ουδετερότητα	Ικανοποίηση	
Παθολογικός	16 (41,03%)	15 (38,46%)	8 (20,51%)	39 (100%)
Χειρουργικός	8 (16,67%)	23 (47,92%)	17 (35,42%)	48 (100%)
Εργαστηριακός	2 (20,00%)	3 (30,00%)	5 (50,00%)	10 (100%)

Pearson Chi-Square = 8,390

df=4

Sig = 0,048

Παράλληλα, η προσπάθεια σύγκρισης της συνολικής ικανοποίησης από το επάγγελμα με τις ειδικές παραμέτρους καταγράφει σοβαρές διαφοροποιήσεις οι οποίες επιβεβαιώνονται στατιστικά. Οι ειδικές παράμετροι οι οποίες συμβάλλουν στην διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης από το συγκεκριμένο ειδικό κριτήριο αποτυπώνονται στον πίνακα 2.15.

Πίνακας 2.15. Ειδικοί παράμετροι που συμβάλουν στη διαμόρφωση του βαθμού συνολικής ικανοποίησης από το επάγγελμα

Παράμετροι που διαμορφώνουν το βαθμό συνολικής ικανοποίησης από το επάγγελμα	Pearson		
	chi-square	df	P – value
Αβεβαιότητα στο περιβάλλον εργασίας	16,749	8	0,033
Έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης	19,529	8	0,012
Επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους	18,567	8	0,017
Σχέσεις με τους ασθενείς	19,056	8	0,015
Υψηλός φόρτος εργασίας	12,844	6	0,046
Εργασιακό περιβάλλον (κτίρια, εξοπλισμός κ.ά.)	30,069	8	0,000
Ωράριο εργασίας	24,499	8	0,002
Οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομείου	18,253	8	0,019
Σαφή διευκρίνηση στόχων τμήματος ή υπηρεσίας	15,615	8	0,048
Αξιοκρατία συστήματος αξιολόγησης νοσηλευτών	18,253	8	0,019
Πληροφόρηση - ανατροφοδότηση για απόδοση από εργασία	19,846	8	0,011
Ηθική επιβράβευση βελτίωσης σε καθήκοντα εργασίας	22,090	8	0,005
Συνεργασία με τον προϊστάμενο	24,133	8	0,002
Συνεργασία με συναδέλφους	21,604	8	0,006
Ευγενική συμπεριφορά των άλλων που διακρίνεται από σεβασμό και αξιοπρέπεια	21,748	8	0,005
Απαιτήσεις εργασίας σχετικά με ποικιλία δεξιοτήτων – ικανοτήτων	33,104	8	0,000
Ολοκληρωμένη εργασία με εμφανή αρχή και τέλος	29,497	8	0,000

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας για την συσχέτιση των μεταβλητών της συνολικής ικανοποίησης και άλλων μεταβλητών και από τις αναλύσεις που εφαρμόστηκαν διαπιστώθηκε ότι η διαφοροποίηση που αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική αφορά στα εξής:

- Σαφής διευκρίνηση στόχων τμήματος ή υπηρεσίας (p - value = 0,048),
- Υψηλός φόρτος εργασίας (p - value = 0,046),
- Αβεβαιότητα στο περιβάλλον εργασίας (p - value = 0,033),

- Οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομείου (p - value = 0,019),
- Αξιοκρατία συστήματος αξιολόγησης νοσηλευτών (p - value = 0,019) ,
- Επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους (p - value = 0,017),
- Σχέσεις με τους ασθενείς (p - value = 0,015),
- Έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης (p - value = 0,012),
- Πληροφόρηση - ανατροφοδότηση για απόδοση από εργασία (p - value = 0,011),
- Συνεργασία με συναδέλφους (p - value = 0,006),
- Ηθική επιβράβευση βελτίωσης σε καθήκοντα εργασίας (p - value = 0,005),
- Ευγενική συμπεριφορά των άλλων που διακρίνεται από σεβασμό και αξιοπρέπεια (p - value = 0,005),
- Ωράριο εργασίας (p - value = 0,002),
- Συνεργασία με τον προϊστάμενο (p - value = 0,002),
- Εργασιακό περιβάλλον (κτίρια, εξοπλισμός κ.ά.) (p - value = 0),
- Απαιτήσεις εργασίας σχετικά με ποικιλία δεξιοτήτων – ικανοτήτων (p - value = 0),
- Ολοκληρωμένη εργασία με εμφανή αρχή και τέλος (p - value = 0),

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» σε 97 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ΤΕ ανέδειξε το θέμα της επαγγελματικής ικανοποίησης βρίσκοντας ότι 7 στους 10 νοσηλευτές είναι απόλυτα δυσαρεστημένοι από τη φύση και το περιβάλλον της εργασίας τους, με κύριους προσδιοριστικούς παράγοντες της μη ικανοποίησης, τον υψηλό φόρτο εργασίας και την ασαφή διευκρίνηση των στόχων του νοσηλευτικού τμήματος ή της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Ικανοποιημένοι είναι μόλις 3 στους 10, με κύριους προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης, τις σχέσεις με τους ασθενείς και τους συναδέλφους τους.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ως προς τη ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια από το νοσηλευτικό επάγγελμα, συμφωνούν με ευρήματα ερευνών που έγιναν στην Ελλάδα (Φούρκας και συν., 2008, Μπόρου και συν., 2010, Ποζουκίδου και συν., 2007, Δημητριάδου-Παντέκα και οι συν., 2009 α, β) αλλά και σε άλλες χώρες με διαφορετικά οργανωτικά συστήματα υγείας (Siramahamongkol, 2006, Printarakul, 2008).

Παρόμοιες έρευνες, όπως οι Allen & Mellor (2002) προσδιόρισαν ως κύριο επιβαρυντικό παράγοντα μη ικανοποίησης τον υψηλό φόρτο εργασίας των νοσηλευτών, καταλήγοντας στα ίδια συμπεράσματα με την παρούσα έρευνα που ανέδειξε υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας (90,72%) των νοσηλευτών. Οι O'Brien-Pallas και οι συνεργάτες του (2001) έδειξαν ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας συμβάλλει στην εργασιακή ένταση και σε αύξηση των δαπανών για την υγεία, μακροχρόνια, ευρήματα με τα οποία συμφωνούν και οι έρευνες των Best και Thurston (2004), του Lewis (2007) και των Mahmoud και Hussami (2008). Επίσης, σε έρευνα του Μαρνέρα και των συνεργατών του (2010) αναδείχθηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών επηρεάζεται σημαντικά από τον υψηλό φόρτο εργασίας και συνδυάζεται με τους παράγοντες του άγχους και του κακού περιβάλλοντος εργασίας, καθώς ο υψηλός φόρτος της απαιτητικής εργασίας – υψηλού ρυθμού και έντασης – και το άγχος συμβαδίζουν σε μια αμφίδρομη και ανατροφοδοτούμενη σχέση με την χαμηλή ικανοποίηση (Stordeur et al, 2001, McElroy, 2002, Sveinsdóttir et al, 2006, Lu et al, 2007, Sharp, 2008, Kwak et al, 2010, Σταυριανόπουλου και συν., 2011).

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι η ασαφής διευκρίνηση των στόχων του νοσηλευτικού τμήματος ή της νοσηλευτικής υπηρεσίας, μπορούν να οδηγήσουν σε περαιτέρω προβλήματα

που να καταστήσουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών αδύνατη. Παρόμοια ευρήματα ανέδειξαν άλλες έρευνες επισημαίνοντας ότι οι στόχοι του νοσηλευτικού τμήματος και της νοσηλευτικής υπηρεσίας πρέπει να είναι ευδιάκριτοι και επιτεύξιμοι ώστε να υπάρχει μια υγιής αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους (Markaki, 2001), με απώτερο σκοπό την αποφυγή της ρουτίνας (Seo et al, 2004), της έλλειψης αυτονομίας (Bjork et al, 2007) και της μη ύπαρξης προσωπικής υποστήριξης από το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών (Markaki, 2001).

Η παρούσα έρευνα κατέληξε στην αναγκαιότητα της αύξησης των οικονομικών αποδοχών των νοσηλευτών, όπως και ο Bjork και οι συνεργάτες του (2007) και η Δημητριάδου-Παντέκα και οι συνεργάτες της (2009α) οι οποίοι επισήμαναν ότι το χαμηλό επίπεδο αμοιβών μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές σε μη ικανοποίηση.

Απαιτείται βελτίωση των συνθηκών εργασίας, της λειτουργικότητας του νοσοκομείου και του ιατρό-τεχνολογικού εξοπλισμού, όπως υποστηρίζεται και από άλλους ερευνητές που ανέδειξαν ότι οι κακές συνθήκες εργασίας – η κακή ποιότητα κτηριακών εγκαταστάσεων, η κακή υλικοτεχνική υποδομή και η έλλειψη εξοπλισμών – δυσαρεστούν τους νοσηλευτές (Mackay & Risk, 2001, Δημητριάδου-Παντέκα και συν., 2009α, 2009β, Ποζουκίδου και συν., 2002 α, β),

Επίσης, η έρευνα ανέδειξε την αναγκαιότητα της αποτελεσματικής συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών, της σαφής περιγραφής των καθηκόντων της θέσης εργασίας, της αντικειμενικής αξιολόγησης του έργου, της αναγνώρισης της προσφοράς και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, ευρήματα που έρχονται να ενισχύσουν την έννοια της αξιοκρατίας στα εργασιακά θέματα των νοσηλευτών που κατέδειξε η έρευνα της Δημητριάδου-Παντέκα και των συνεργάτες της (2009α).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» προέκυψαν πολλά σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τους παράγοντες ικανοποίησης των νοσηλευτών/τριών από το επάγγελμά τους, που προσδιορίστηκαν οι καλές σχέσεις με τους ασθενείς και τους συναδέλφους και η αναγνώριση της προσφοράς τους. Αλλά και οι παράγοντες που επενεργούν στη δυσαρέσκεια από το νοσηλευτικό επάγγελμα, οι οποίοι είναι ο υψηλός φόρτος εργασίας, η μη διευκρίνηση των στόχων του τμήματος ή υπηρεσίας οι κακές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος και το ακατάστατο ωράριο, που επηρέασαν σε μεγαλύτερο βαθμό τους νοσηλευτές/τριες που εργάζονται στον εργαστηριακό και χειρουργικό τομέα.

Πιο αναλυτικά η έρευνα προσδιόρισε πως είναι πολύ σημαντικό για τους νοσηλευτές/τριες το εργασιακό περιβάλλον και η οργανωτική και διοικητική δομή αυτού, όπου η συνολική δυσαρέσκειά τους προέρχεται από τις κακές συνθήκες εργασίας, την κακή αμοιβή και το εξαντλητικό ωράριο, οι οποίοι συνδυάζονται με την αναξιοκρατία του συστήματος αξιολόγησης, την έλλειψη οργάνωσης και διοίκησης και την μη αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων.

Επίσης, η έρευνα, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η οργανωτική και διοικητική δομή της παρεχόμενης νοσηλευτικής υπηρεσίας μπορεί να επηρεάσει τους νοσηλευτές/τριες θετικά και να τους ικανοποιήσει. Εφόσον, βέβαια, το επίπεδο της συνεργασίας με τον προϊστάμενο τους και τους συναδέλφους τους είναι υψηλό. Αλλά όταν δεν υπάρχουν δυνατότητες επαγγελματικής κατάρτισης από εκπαιδευτικά προγράμματα και παροχή ίσων ευκαιριών για εκπαίδευση και σταδιοδρομία, τότε οδηγούνται σε δυσαρέσκεια.

Επιπρόσθετα, η έρευνα οδηγεί σε μια κατηγοριοποίηση των παραγόντων που επιδρούν στην διαμόρφωση της ικανοποίησης των νοσηλευτών/τριων, από τον πιο σημαντικό έως τον λιγότερο σημαντικό, οι οποίοι είναι: ο υψηλός φόρτος εργασίας, η σαφής διευκρίνηση των στόχων του τμήματος ή υπηρεσίας, η αβεβαιότητα στο περιβάλλον εργασίας, η οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομείου, η αξιοκρατία του συστήματος αξιολόγησης, οι καλές επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους, οι καλές σχέσεις με τους ασθενείς, η έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης, η πληροφόρηση - ανατροφοδότηση για την απόδοση από την εργασία, η ηθική επιβράβευση, η ολοκληρωμένη εργασία με εμφανή αρχή και τέλος, το

εργασιακό περιβάλλον (κτήρια, εξοπλισμός κ.ά.) και οι απαιτήσεις της εργασίας σχετικά με την ποικιλία δεξιοτήτων και ικανοτήτων.

Ακόμη, οι νοσηλευτές/τριες επηρεάζονται από την συμπεριφορά των ασθενών με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο ψυχισμός τους και η διεξαγωγή της εργασίας τους. Επιπρόσθετα η μεγάλη πλειοψηφία των νοσηλευτών/τριων δηλώνει σωματική και συναισθηματική κόπωση που επιδρά στη διεκπεραίωση των καθηκόντων τους. Οπότε, και η συνολική ικανοποίηση από την εργασία δεν παραμένει ανεπηρέαστη, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών/τριων αισθάνεται δυσαρεστημένη από την φύση και το περιβάλλον της εργασίας τους.

Η συνολική (ή απόλυτη) ικανοποίηση από το νοσηλευτικό επάγγελμα προσδιορίστηκε στην παρούσα έρευνα σε πολύ χαμηλά επίπεδα (μόλις 3 στους 10). Η έρευνα προβάλλει την σπουδαιότητα υπερκέρασης όλων των προβλημάτων που οδηγούν το νοσηλευτικό προσωπικό στην μη ικανοποίηση με απώτερο αποτέλεσμα την κόπωση και το Σύνδρομο burnout όπως σημειώνουν και άλλοι ερευνητές (Demir et al, 2003, Garrosa et al, 2008, Abushaikh & Saca-Hazboun, 2009, Σταυριανόπουλου και συν., 2011). Συνεπώς, αναδεικνύεται ως επιτακτική η ανάγκη για βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών από μια δυναμική ηγεσία που θα υποκινεί, παρέχοντας τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να υπάρξει το αίσθημα της ικανοποίησης.

Τέλος, οι προτάσεις που θεωρούνται οι πλέον πιο εφικτές για την επίτευξη της ικανοποίησης των νοσηλευτών/τριων είναι η αύξηση οικονομικών αποδοχών, η αποτελεσματική συνεργασία και επικοινωνία, η σαφής περιγραφή της θέσης εργασίας, η αντικειμενική αξιολόγηση έργου, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η βελτίωση συνθηκών εργασίας, η αύξηση του αριθμού του προσωπικού, η βελτίωση της λειτουργικότητας του νοσοκομείου, η βελτίωση του ιατρό-τεχνολογικού εξοπλισμού και η επέκταση μηχανογράφησης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για την ανίχνευση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Έτσι, έχουν αναδειχθεί τα υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας των νοσηλευτών από την εργασία τους αναφορικά με στοιχεία που έχουν να κάνουν με το εργασιακό περιβάλλον, τις συνθήκες εργασίας και τις οικονομικές απολαβές. Επίσης, οι ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας του νοσηλευτή, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, το άγχος και η κόπωση που αντιμετωπίζει, αλλά και οι οργανωσιακές αδυναμίες του δημόσιου συστήματος υγείας οριοθετούν ένα προβληματικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πρέπει ο νοσηλευτής να υπάρξει και να αποδώσει.

Ο ρόλος της ηγεσίας και της υποκίνησης κρίνονται πολύ σπουδαίοι παράγοντες που μπορούν να αντιστρέψουν ένα κακό εργασιακό και οργανωτικό κλίμα, με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ικανοποίησης των νοσηλευτών και την όσο το δυνατό εξασφάλιση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας για τα άτομα που το έχουν ανάγκη. Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο οι νοσηλευτές θα εργάζονται αποτελεσματικά, υλοποιώντας τους στόχους του δημόσιου νοσοκομείου και ταυτόχρονα θα αντλούν ικανοποίηση από το έργο που εκτελούν, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση (Σταυριανόπουλος και συν., 2011).

Ουσιαστικά ένας εξονυχιστικός σχεδιασμός για τη διευκόλυνση της κλινικής – νοσηλευτικής διαδικασίας και η κατάλληλη ηγεσία, σήμερα, μπορούν να οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του αύριο. Η βελτίωση της ικανότητας των ηγετών να διαχειρίζονται την αλλαγή και να καθοδηγούν τους νοσηλευτές, καταδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική. Έτσι, η εφαρμογή και η διατήρηση μιας ποιοτικότερης νοσηλευτικής πρακτικής, από υποκινημένους νοσηλευτές, θα αποτελέσει συνώνυμο με την καλή νοσηλευτική διοίκηση από ικανούς ηγέτες (Alleyne & Jumaal, 2007).

Οι ηγέτες για να υποκινήσουν τους νοσηλευτές θα πρέπει να υπερκεράσουν σημαντικά προβλήματα, τα οποία αναδείχθηκαν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία, όπως ο φόρτος εργασίας, η σαφής διευκρίνηση των στόχων του τμήματος ή υπηρεσίας, η αβεβαιότητα στο περιβάλλον εργασίας, η κακή οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομείου, η αναξιοκρατία του συστήματος. Αλλά και από άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί επισημαίνεται η ανάγκη για παροχή κινήτρων εκπαίδευσης που μπορεί να

βελτιώσει την ικανοποίηση από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού (Hoodless & Bourke, 2009).

Επίσης, η επίσημη πολιτεία πρέπει να κατανοήσει το νοσηλευτικό επάγγελμα και να θέσει σε άμεση προτεραιότητα την ανάπτυξη νοσηλευτικού προσωπικού, επιλύοντας θεσμικά προβλήματα, ώστε, καθημερινά, ο νοσηλευτής να βιώνει μια νέα πραγματικότητα με καλύτερες οικονομικές απολαβές, αξιοκρατικό σύστημα αξιολόγησης και εξέλιξής του, καλύτερες περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας, καλλιέργεια θετικών εργασιακών συναισθημάτων, δημιουργία προϋποθέσεων για επιτυχή και εποικοδομητική μακροχρόνια σχέση συνεργασίας (Πουζουκίδου και συν. 2007) και υποκίνησης μέσω κινήτρων από ικανούς ηγέτες (Δημητριάδου-Παντέκα και συν., 2009α).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσσες

- Abushaikha L, Saca-Hazboun, H. (2009). Job satisfaction and burnout among Palestinian nurses. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15 (1): 190-197.
- Allen, J., Mellor, D. (2002). Work context, personal control and burnout among nurses. *Western J Nurs Research*, 24 (8): 905-917.
- Allen, S. (2006). An exploration of theories of action in leadership development: A case study. *Antioch University Advanced Nursing*, 17 (6): 704-711.
- Alleyne, J., Jumaa, M.O. (2007). Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*, 15 (2): 230-243.
- American Organization of Nurse Executives, (1997). *The business of nursing*. AHPI, Chicago, 38-65.
- Arai, Y. (1993). Quality of care in private nursing homes: Improving inspection. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 6 (3): 13-16.
- Barbour, M., Dodd, F. (2007). Comparing roles: senior nurses and modern matrons. *Nurs Manag (Harrow)*. 14 (2): 30-34.
- Bass, B. M. (1997). Two decades of research and development in transformational leadership. Psychology Press. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8 (1): 9-32.
- Bass, B.M. (1990). From transactional to transformational leadership: learning to share the vision. *Organizational Dynamics*. American Management Association. New York, 22.
- Bellato, R., Pereira, W.R. (2003). Nursing potentials in the management of health care. *Rev Bras Enferm*, 56 (1): 61-66.
- Bennis, W., Nanus, B. (1985). *Leaders: The strategies for taking charge*. New York: Harper & Row, 8.
- Best, M., Thurston, N. (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34 (6): 283-290.
- Biscoe, G. (1989). The changing scene in health care management, *International Nursing Review*, 36 (4): 113-116.

- Bjork IT, Samdal GB, Hansen BS, Tørstad S, Hamilton GA. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 44 (5): 747-757.
- Bolden, R., Gosling, J., Marturano, A., Dennison, P. (2003). A review of leadership theory and competency frameworks. report for chase consulting and the management standards centre. centre for leadership studies, University of Exeter, United Kingdom, 1-44, <http://www2.fcsh.unl.pt/apsociedade/Lideran%C3%A7a.pdf>
- Bolton, S. (2003). Multiple roles? Nurses as managers in the NHS. *International Journal of Public Sector Management*, 16 (2): 122-130.
- Bryan, W. A., Schwartz, R. A. (1998). Strategies for staff development personal and professional education in the 21st century. *New Directions for Student Services*. Jossey-Bass, San Francisco, 84: 15-27.
- Bull J, Zafar SY, Wheeler JL, Harker M, Gblokpor A, Hanson L, Hulihan D, Nugent R, Morris J, Abernethy AP. (2010). Establishing a regional, multisite database for quality improvement and service planning in community-based palliative care and hospice. *J Palliat Med*, 13(8): 1013-1020.
- Burke, R., Ng, E., Fiksenbaum, L. (2009). Virtues, work satisfactions and psychological wellbeing among nurses. *International Journal of Workplace Health Management*, 2 (3): 202-219.
- Cangelosi, J.D., Markham, F.S., Bounds, W.T. (1998). Factors related to nurse retention and turnover: an updated study. *Health Mark Quarterly.* 15 (3): 25-43.
- Carryer, J., Gardner, G., Dunn, S., Gardner, A. (2007). The core role of the nurse practitioner: practice, professionalism and clinical leadership. *J Clin Nurs.* 16 (10): 1818-1825.
- Cashman, K. (2008). *Leadership from the inside out: Becoming a leader for life.* 2nd ed. Berrett-Koehler Publishers, San Francisco, 19.
- Culler SD, Jose J, Kohler S, Rask K. (2010). Nurses perceptions and experiences with the implementation of a medication administration system. *Comput Inform Nurs*, 11 (16): 1-9.
- Cummings, G., Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E., Butler, L., Conlon, M. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *J Nurs Manag.* 16 (5): 508-518.
- Cutler, M. J. (1976). Nursing leadership and management: an historical perspective, *nursing, Administration Quarterly*, 7-19.
- Darling A.W., Mc Grath G. (1983). The causes and costs of promotion trauma. *J Nurs*

- Davis, G. (2004). Job satisfaction survey among employees in small businesses. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 11 (4): 495-503.
- Davis, J., Marino, L., Davis, L. (2007). Senior services: exploring nursing home services for community-based seniors. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 1 (4): 304-317.
- De Vries, R.E., Bakker-Pieper, A., Oostenveld, W. (2009). Leadership = Communication? The relations of leaders' communication styles with leadership styles, knowledge sharing and leadership outcomes. *J Bus Psychol*, 25 (3): 367-380.
- Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. 2003, Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud*. 40 (8): 807-827.
- Den Hartog, D.D., House, R.J., Hanges, E.J., Ruiz-Quintanilla, S.A., Dorfman, P.W. (1999). Culture-specific and cross – culturally – generalizable implicit leadership theories: Are attributes of charismatic/transformational leadership universally endorsed?. *Leadership Quarterly*, 10 (2): 219-256.
- Dierckx De Casterlé, B., Willemse, A., Verschueren, M., Milisen, K. (2008). Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *J Nurs Manag*. 16 (6): 753-763.
- Dugdall, H., Lamb, C., Carlisle, A. (2004). Improving quality care through a nursing review team. *Clinical Governance: An International Journal*, 9 (3): 155-161.
- Dunnette, M. D., Hough L.M. (1992). *Handbook of industrial and organizational psychology*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, 111.
- Elander, G., Hermerén, G. (1991). The autonomy of nurses in high dependency care. Conflicts of loyalties and their consequences for patient care. *Scand J Caring Sci*. 5 (3): 149-156.
- Ensmann, R. (2004). A Glossary of leadership styles: where do you fit?. <http://www.rdmanager.org/pdf/M-L04Fall-glossaryLeadership.pdf>
- Flarey, D.L. (1991). The social climate scale: A tool for organizational change and development. *Journal of Nursing Administration*, 21(4): 37-44.
- Fralic, M.F., O' Connor, A. (1983). A management system for nurse administrators. Part 1, *Journal of Nursing Administration*, 13 (4): 9-13.
- Gardner, D., Kelly, K., Johnson, M. McCloskey, J., Maas, M. (1991). Nursing administration model for administrative practice. *J NursAdm*, 21 (3): 37-41.

- Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Liang Y, González JL. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *Int J Nurs Stud.* 45 (3): 418-427.
- Gleeson, S., Nestor, D., Riddell, A. (1983). Helping nurses through the management threshold. *Nursing Administration Quarterly*, 8: 11-16.
- Goddard, H. (1958). Principles of administration applied to nursing service. *World Health Organization Monograph Series*. Geneva, 41: 11-42.
- Godiwalla, Y., Batra, H., Johnston, J., Godiwalla, S. (1997). Managing hospitals in dynamic environments, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10 (5): 202-207.
- Gupta, V., MacMillan, I., Surie, G. (2004). Entrepreneurial leadership: developing and measuring a cross-cultural construct. *Journal of Business Venturing*, 19 (2): 241- 260.
- Hackman, M.Z., Furniss, A.H., Hills, M.J., Paterson, T.J. (1992). Perceptions of gender-role characteristics and transformational and transactional leadership behaviours. *Perceptual and Motor Skills*, 75 (1): 311-319.
- Hall, M., DeFrances, C., Williams, S., Golosinskiy, A., Schwartzman, A. (2010). National hospital discharge survey: 2007 Summary. *Natl Health Stat Report* 26 (29): 1-24.
- Hancock, C. (1989). Making the case for nurses as managers of health services. *International Nursing Review*, 36 (4): 105-108.
- Healy, J., McKee, M. (2002). The evolution of hospital systems. In: McKee M, Healy J (eds). *Hospitals in a changing Europe.*, Open University Press. Buckingham, 14-35.
- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing*. Macmillan. New York, 15.
- Heras, I., Cilleruelo, E., Iradi, J. (2008). Standardization of management systems in Spanish care homes. *Leadership in Health Services*, 21 (2): 111-119.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. World Publishing Company. Cleveland, 59-67.
- Hicks, L. (1994). Motivation key to successful employment. *Express News*. San Antonio, 3 (3): 17
- Hoodless, M., Bourke, L., (2009). Expanding the scope of practice for enrolled nurses working in an Australian rural health service – Implications for job satisfaction. *Nurse Education Today*, 29 (4): 432-438.
- Huey, J. (1994). The leadership industry. *Fortune*, 129 (4): 54-56.
- Jones, K., Edwards, M., While, A. (2010). Nurse prescribing roles in acute care: an evaluative case study. *J Adv Nurs*. 11 (15): 1365-1389.

- Kadandara, J.C. (1989). Making the case for nurses as managers of nursing resources, *International Nursing Review*, 36 (4): 109-112.
- Karanikola, M.N., Papathanasoglou, E.D., Giannakopoulou, M., Koutroubas, A. (2007). Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses. *J Nurs Manag*, 15: 78-90.
- Krairiksh, M., Anthony, M. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. *JNursAdm*, 31(1):16-23.
- Kwak C, Chung BY, Xu Y, Eun-Jung C. (2010). Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among South Korean nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 47 (10): 1292-1298.
- Labiris, G., Gitona, K., Drosou, V., Niakas, D. (2008). A proposed instrument for the assessment of job satisfaction in Greek mental NHS hospitals. *J Med Syst*. 32 (4): 333-341.
- Lang, T.A., Hodge, M., Olson, V. (2004). Nurse-patient ratios, *JONA*, 34 (7/8): 326-337.
- Larson, E., Lee, P.C., Brown, M.A., Shorr, J. (1984). Job satisfaction: Assumptions and complexities. *The Journal Of Nursing Administration*, 14 (1): 31-38.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26 (3): 7-23.
- LaShonda, L.B. (2004). Factors that most influence job satisfaction among cardiac nurses in an acute care setting. Graduate College of Marshall University, 1-58, <http://www.marshall.edu/etd/masters/bare-lashonda-2004-msn.pdf>
- Lesnik, M., Anderson, B. (2005). *Nursing practice and the law*, Lippincott Williams & Wilkins, 162.
- Leveck, M.L., Jones, C.B. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing & Health*, 19 (3): 331-343.
- Lewin, K., Lippitt, R., White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. *Journal of Social Psychology*, 10 (6): 271-299.
- Lewis, D. (2007). Multiple factors affect job satisfaction of Hospital RNs. *RWJF Research Highlight*, 22 (2): 1-2.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management*. McGrawHill. New York, 696-707.
- Likert, R. (1967). *The human organization*. McGrawHill. New York, 596-602.
- Little, E., Carnevali, D.L. (1969). *Nursing care planning*. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 43-44.

- Locke E.A., Latham G.P. (1990) *Work motivation: The high performance cycle*. Hills-Dale, New Jersey, 136.
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette, M.D. (1976), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Rand McNally. Chicago, 1297-1349.
- Lu, H., While, A.E., Barriball, K.L. (2007). Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *Int J Nurs Stu*, 44 (4): 574-588.
- Mackay G, Risk M. (2001). Building quality practice settings: an attributes model. *Can J Nurs Leadersh*. 14 (3): 19-27.
- Mahmoud, A.L., Hussami, R.N. (2008). A study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research*, 22 (2): 286-295.
- Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C. (2006). Primary health care nursing staff in Crete: An emerging profile. *Int Nurs Rev*, 53 (1): 16-18.
- Marriner – Tomey, A. (1988). *A guide to nursing management*. 3rd Edition. Mosby. St. Louis, 183-185.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. Harper and Row, New York, 91.
- Mathews, J. (1988). Designing a first line manager development program using organization - appropriate strategies. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 8 (3): 181-188.
- Mc Clelland, D.C. (1975). *Power: The inner experience*. Irvington. New York, 26-29.
- McClure, M. L. (1984a). Managing the professional nurse: Part I. The organizational theories. *Journal of Nursing Administration*, 14 (2): 15-21.
- McClure, M. L. (1984b). Managing the professional nurse: part ii, applying management theory to the challenges. *Journal of Nursing Administration*, 14 (3): 11-17.
- McDaniel, C., Gates, R., (2006). *Marketing research essentials*, Hoboken, J. Wiley, NJ, 4-12.
- McDaniel, C., Gates, R., (2007). *Marketing research*, Hoboken, J. Wiley, NJ, 24-6.
- McElroy A. 2002, Burnout-a review of the literature with applications to cancer nursing. *Cancer Nurs*, 5 (3): 211-217.
- McGregor, D. (1966). *Leadership and motivation*. MIT Press. Cambridge, 70-80.
- McPhail, K.J.A. (2002). The nursing profession, personality types and leadership. *Leadership in Health Services*, 15 (1): 7-10.

- Moody, R., Pesut, D. (2006). The motivation to care: application and extension of motivation theory to professional nursing work. *Journal of Health Organization and Management*, 20 (1): 15-48.
- Mullins, L.J. (1999). *Management and organisational behaviour*. 5th Edition. Financial Times Pitman Publishing, London, 233-255.
- Murphy, C., Cross, C., McGuire, D. (2006). The motivation of nurses to participate in continuing professional education in Ireland. *Journal of European Industrial Training*, 30 (5): 365-384.
- Nanus, B. (1992). *Visionary leadership: creating a compelling sense of direction for your organization*. San Francisco, 159-193.
- O' Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alksnis, C., Bruce, S. (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road?. *Hospital Quarterly*, 4 (3): 42-50.
- Osborne, D., Gaebler, T. (1992). *Reinventing government*. Plume. New York, 138-165, 349-359.
- Oshagbemi, T., Chili, S. (2006). Leadership styles and behaviour profiles of managers. *Journal of Management Development*, 25(8): 748-762.
- Page, D. (1993). Leadership in management - some popular theories reviewed. *Education & Training*,. 25(3): 91-96.
- Paleologou, V., Kontodimopoulos, N., Stamouli, A., Aletras, V., Niakas, D. (2006). Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. *BMC Health Serv Res*. 13 (6): 118.
- Pallant, J., (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*, Open University Press, UK, 8-11.
- Park, J. S., Kim, T. H. (2009). Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention?. *Leadership in Health Services*, 22 (1): 20-38.
- Perry, N. J. (1994). How to mine human resources. *Fortune*, 112 (7): 96.
- Potter, J. (1996). Discourse analysis & constructionist approach: theoretical background. In: Richardson, J. (1996). *Handbook of qualitative research methods*. BPS Books. Leicester, 125-140.
- Potter, J., Wetherell, M. (1987). *Discourse & social psychology. beyond attitudes & behavior*. Sage Publications. London, 103-118.
- Poulin, M. A. (1984). The Nurse Executive Role: A Structural and Functional Analysis. *Journal of Nursing Administration*, 14 (2): 9-14.

- Powell, G.N., Graves, L.M. (2006). Gender and leadership: perceptions and realities. In: Dindia, K., Canary, D.J. (2006), Sex differences and similarities in communication, Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah. NJ, 83-98.
- Princeton, J.C. (1993). Education for Executive nurse administrators: a databased curricular model for doctoral (Ph.D.) Programs. *Journal of Nursing Education*, 32 (2): 59-63.
- Printarakul, K., (2008). Quality of work life of laboratory personnel in Siriraj Hospital. Faculty of Public Health, Mochidol University, 1-4.
- Rahim, A. (1983). A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Academy Of Management Journal*, 26 (2): 368-376.
- Régis, M., Rashed, R. (1996). *Encyclopedia of the history of arabic science*. Routledge, 3: 1105.
- Robinson, S. (2007). Using art in pre-registration nurse education. *Health Education*, 107 (4): 324-342.
- Rosener, J.B. (1990). Ways women lead. *Harvard Business Review*, 68 (6): 119-125.
- Ross, S.M., Offermann, L.R. (1997). Transformational leaders: measurement of personality attributes and work group performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23 (10): 1078-1086.
- Salvage, J. (1991). Making the best use of nursing skills: Managers and clinicians in partnership. *Journal of Management in Medicine*, 5 (1): 54-59.
- Savery, L. (1989). Job Satisfaction and Nurses. *Journal of Managerial Psychology*, 4 (5): 11 – 16.
- Seo Y, Ko J, Price J. 2004, The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (4): 437-446.
- Sharma, V., Abel, J., Al-Hussein, M., Lennerts, K., Pfründer, U. (2007). Simulation application for resource allocation in facility management processes in hospitals, *Facilities*, 25 (13/14): 493 – 506.
- Sharp T.P. 2008, Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15 (5): 374-378.
- Siramahamongkol, A., (2006). Quality of working life of health personnel in primary care unit in region. Master's thesis, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 1-3.
- Spencer, J., Pruss, A. (1995). *Management skills*. Cassell. London, 199-203.
- Spicer, J.G. (1983). Dispelling Illusions with Management Development. *Nursing Administration Quarterly*, 46-49.
- Stanley, D. (2006). Role conflict: leaders and managers. *Nursing Management*, 13 (5): 31-37.

- Stanley, J.M., Gannon, J., Gabuat, J., Hartranft, S., Adams, N., Mayes, C., Shouse, G.M., Edwards, B.A., Burch, D. (2008). The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. *J Nurs Manag.* 16 (5): 614-622.
- Startup, R., Wilson, A. (1993). New Roles For Old: The Need For Change In Nurse Socialisation. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 12 (8): 1-32.
- Stichler, J.F. (2007). Leadership roles for nurses in healthcare design. *J Nurs Adm.* 37(12): 527-530.
- Stordeur S., D'hoore W., Vandenberghe C. 2001, Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff, *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4): 533-542.
- Sveinsdóttir H, Biering P, Ramel A. 2006, Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (7): 875-889.
- Tack, M. W. (1991). Future Leaders in Higher Education: New Demands and New Responses. *Phi Kappa Phi Journal*, 29-31.
- Taleb, H. (2010). Gender and leadership styles in single-sex academic institutions. *International Journal of Educational Management*, 24 (4): 287-302.
- Tovey, E., Adams, A. (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1): 150-158.
- Turner, J.R., Müller, R., Dulewicz, V. (2009). Comparing the leadership styles of functional and project managers. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2 (2): 198-216.
- Turnipseed, D.L. (1990) Evaluation of health care work environments via a social climate scale: results of a field study. *Hospital Health Service Administration.* 35(2): 245-62.
- Vilma, Z., Egle, K. (2007). Improving motivation among health care workers in private health care organizations: A perspective of nursing personnel. *Baltic Journal of Management*, 2 (2): 213-224.
- Vroom, V.H. (1964). *Work and Motivation.* John Wiley and Sons. New York, 199-214.
- Whitley, M. P., Putzier, D.J. (1994). Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment. *Journal of Nursing Care Quality*, 8(3): 42-51.
- Wieck, K.L., Dols, J., Northam, S. (2009). What nurses want: the nurse incentives project. *Nurs Econ.* 27 (3): 169-201.
- Wolper, L., Pena, J.J. (1995). History of hospitals. In: Wolper, L., *Health Care Administration.* Ed. Aspen Publishers Inc. Maryland, 3-11 .

- Wong, C., Cummings, G. (2009). Authentic leadership: a new theory for nursing or back to basics?. *Journal of Health Organization and Management*, 23 (5): 522-538.
- Wright, S. (2007). Developing nursing: the contribution to quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20 (1): 53-60.
- Yukl, G., Van Fleet, D. (1992). Theory and research on leadership in organizations. In
- Zenger, T. R. (1992). Why Do employers only reward extreme performance? examining the relationships among performance, pay, and turnover, *Administrative Science Quarterly*, 2 (6): 198-219.
- Zopiatis, A., Constanti, P. (2010). Leadership styles and burnout: is there an association?. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 22 (3): 300-320.

Ελληνικές

- Beyers, M. (2001). Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. Στο: Wolper, L. (2001). Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Τόμος Β. Εκδόσεις MediForce. Αθήνα, 799-828.
- Goleman, D., Boyatzis, R., McKee, A. (2002). Ο νέος ηγέτης: Η δύναμη της συναισθηματικής νοημοσύνης στη διοίκηση οργανισμών. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 169-178.
- Koontz, H., O' Donnell, C. (1980). Οργάνωση και διοίκηση. Μια συστηματική και ενδεχομενική ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών. 2^η Έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήσης. Αθήνα, 125-134.
- Swansburg, R., Swansburg, R. (1999). Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα, 39-53.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. (2002). Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής, Τόμος Α. 3^η Έκδοση. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 37-40.
- Wolper, L. (2001). Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Τόμος Β. Εκδόσεις MediForce. Αθήνα, 572-578, 582-588.
- Αγραφιώτης, Δ. (1990). Η σύγχρονη τεχνολογία και η κοινωνική της πρόσληψη. Ερευνητική μονογραφία. Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 3: 19-21.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5: 183-202.

- Γναρδέλλης Χ. (2006). Ανάλυση δεδομένων με το SPSS 14.0 For Windows. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 374-382.
- Δημητριάδου Παντέκα Α., Λαβδανίτη Μ., Μηνασίδου Ε., Τσαλογλίδου Α., Καυκιά Θ., Σαπουντζή Κέπια Δ. (2009β). Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. Το Βήμα του Ασκληπιού, 8 (3): 222-239.
- Δημητριάδου Παντέκα Α., Λαβδανίτη Μ., Σαπουντζή Κέπια Δ., Κωνσταντινίδου Στραύκου Α., Τριαρίδης Α. (2009β). Παράγοντες που διαμορφώνουν την επαλήθευση των προσδοκιών της επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Νοσηλευτική, 48 (2): 228-237.
- Δικαίος, Κ., Κουντούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Πάτρα, 81-82, 99-100.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (1996). Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα, χ.ό.. Αθήνα, 296-301, 320-325.
- Θεοφανίδης, Δ., Φουντούκη, Α. (2006). Η δια βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη. Νοσηλευτική, 45 (4): 476-482.
- Θεοφανίδης, Σ. (1999). Ποιος είναι ηγέτης. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα, 6-22.
- Κακαβούλης, Α.Κ. (1992). Μεθοδολογία νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Ψυχοπαιδαγωγική Θεώρηση. Αθήνα, 1-39.
- Κάντας, Α. (1998). Οργανωτική και βιομηχανική ψυχολογία: κίνητρα - επαγγελματική ικανοποίηση - ηγεσία. Μέρος 1^ο. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 107-126.
- Κάπελλα, Μ., Μινέτου, Ε., Ζυγά, Σ. (2004). Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών από την εργασία τους. Νοσηλευτική, 41 (3): 191-196.
- Καρύδας, Σ., Χατζόπουλος, Π., Γιοβάνη, Μ. (2004). Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού. Επιθεώρηση Υγείας 15 (3): 23-28.
- Κελέση - Σταυροπούλου, Μ., Σταυροπούλου, Μ. (2010). Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. Το Βήμα Του Ασκληπιού, 9 (3): 280-307.
- Κονταράτος, Α. (2003). Η τέχνη διοίκησης των νοσοκομείων. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα, 259-287.
- Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Burn Out Syndrome). Το βήμα του Ασκληπιού, 1 (1/3): 1-7.

- Κουτούζης, Μ. (1999). Η εκπαιδευτική μονάδα ως οργανισμός. Στο Ρέππα, Α., Κουτούζης, Μ., Μαυρογιώργος, Γ., Νιτσόπουλος, Β., Χαλκιώτης, Δ. (επιμ.) Διοίκηση Εκπαιδευτικών Μονάδων. Τόμος Α΄. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Πάτρα, 24-32.
- Κουτούζης, Μ. (1999). Η υποκίνηση. Στο: Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτος, Μ. (1999). Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας. ΕΑΠ, Πάτρα, 309-338.
- Κουτσελίνης, Α. (1999). Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας Και Ιατρικής Ευθύνης. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 290-291.
- Κυριόπουλος, Γ., Λέβητ, Τ., Νιάκας, Δ. (1994), Η διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα. 17-32.
- Λανάρα, Β. (2004). Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. Θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο. Β Έκδοση. Εκδόσεις Ηγεσία. Αθήνα, 154-157.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 135-149.
- Λυρτζής, Χ. (2009). Ικανοποίηση και υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Αλληλεγγύη Υγείας, 10-11:25-27.
- Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε., Κοτρώτσιου, Ε. (2010). Ικανοποίηση από την εργασία και επίπεδα άγχους σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νεφρολογικά κέντρα. Νοσηλευτική, 49 (1): 83-90.
- Ματής, Γ., Χρυσού, Ο. (2007). Προτάσεις για τη βελτίωση της ελλιπούς στελέχωσης των Κέντρων Υγείας άγονων περιοχών με βάση τις θεωρίες υποκίνησης. Ιατρικά Θέματα, 45: 35-38.
- Μπακάλης, Ν., Μπατσολάκη, Μ. (2006). Χαρακτηριστικά σχεδιασμού ενός οργανισμού. Εφαρμογή σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Νοσηλευτική, 45 (1): 59-67.
- Μπόρου, Α., Βόσνιακ, Γ., Υφαντής, Α., Τηνιακού, Ι., Μαχαιράς, Ν., Τσικλιτάρα, Α., Παπαδημητρίου, Β., Σαπουντζή – Κρέπια, Δ., Μουζάς, Ο. (2010). Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, 6 (1): 39-46.
- Μπουραντάς, Δ. (1992). Οργανωσιακή θεωρία και συμπεριφορά. Εκδόσεις Team, Αθήνα, 198-202.
- Μπουραντάς, Δ. (2002). Μάνατζμεντ. θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές. Εκδόσεις Μπένου. Αθήνα, 309-318.
- Μπουραντάς, Δ. (2005). Ηγεσία: Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας. Εκδόσεις Κριτική. Αθήνα, 321-325.

- Νιάκας, Δ. (2003). Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα, 1-10.
- Παπαδημητρίου, Μ., Κούρτης, Γ., Μητρούλιας, Γ., Φιλιππάτος, Γ. (2003) Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. Νοσηλευτική, 42: 194-205.
- Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (1): 94-101.
- Ποζουκίδου, Α., Θεοδώρου, Μ., Καϊτελίδου, Δ. (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. Νοσηλευτική, 46 (4): 537-544.
- Σαραφίδης Π, Μαλλιαρού Μ, Σωτηριάδου Κ. (2010). Ο διακριτός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μάνατζμεντ του νοσοκομείου. Interscientific Health Care, 2 (4): 148-154.
- Σαραφίδης Π, Τσιώρα Β. (2006). Η υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια και ιδιωτικά ελληνικά νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας. 17(102):21-26.
- Σιουρούνη, Ε., Θεοδώρου, Μ., Χονδρός, Π. (2006). Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Επιθεώρηση Υγείας, 17 (1): 31-35.
- Σουλής, Σ. (1998). Οικονομική της υγείας. Εκδόσεις Παπαζήσης. Αθήνα, 29-35.
- Σταυριανόπουλος Θ., Σταμάτη Σ., Γκεβρέκη Ε., Γκουρβέλου Ο., Παπαδημητρίου Μ. (2011). Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10 (1): 118-133.
- Τούντας, Ι. (1997). Συμπεριφορά και υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 14 (5): 488-491.
- Τούντας, Ι. (2000). Κοινωνία και υγεία :οι ιστορικές καταβολές και οι κοινωνικές διαστάσεις της υγείας και της αρρώστιας, ο ρόλος του περιβάλλοντος, της συμπεριφοράς και της κληρονομικότητας, η υγεία στον κόσμο, στην Ευρώπη, στην Ελλάδα. Εκδόσεις Οδυσσέας. Αθήνα, 121-144.
- Τούντας, Ι. (2008). Υπηρεσίες υγείας: Συστήματα υγείας, σχεδιασμός-οργάνωση-αξιολόγηση, ποιότητα, διοίκηση, οικονομικά, ασφάλιση υγείας, νέες τεχνολογίες, υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Οδυσσέας. Αθήνα, 153-172, 204-207, 220-221.
- Φαναριώτης, Π. (2000). Αρχές οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων. Εισαγωγή στο σύγχρονο μάνατζμεντ. Εκδόσεις Σταμούλης. Αθήνα, 159-167.
- Φούρκας, Δ., Λαμπίρη, Δ., Φιλιαγκουρίδης, Δ., Θωμάς, Δ., (2008). Εργασιακό Προφίλ Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων (ΤΙΕ) και Βοηθών Βιολογικών Εργαστηρίων

- (BIBE) στο Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας «Λαϊκό». 7ο Παν. Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑ-54, Αθήνα, 1-12.
- Φράγκος, Χ. (2002). Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων με χρήση του Microsoft Excel: για τις οικονομικές και διοικητικές επιστήμες και για τα εργαστήρια στατιστικής των Πανεπιστημίων και ΤΕΙ: βήμα προς βήμα λύση στατιστικών προβλημάτων με χρήση των εντολών του Microsoft Excel ανάλυση κλάδων (Factor Analysis) με χρήση SPSS, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 37-46.
- Χάλαρης, Ι. (2006). Σύγχρονα εργαλεία εκπαίδευσης στη νοσηλευτική πρακτική: από τη θεωρία στην πράξη. 7^ο Πανελλήνιου Συνεδρίου των Νοσηλευτών –τριών Ε.Σ.Υ., Ερέτρια, 32.
- Χατζηπαντελής, Ε., Σιγάλας, Ι. (2009). Η εργασιακή ικανοποίηση (Job Satisfaction) του νοσηλευτικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στρατηγικές βελτίωσης της ικανοποίησης στον χώρο εργασίας. Ιατρικά Θέματα, 51 (1/3): 20-26.
- Χατζόπουλου, Μ. (2006). Οργάνωση – Διοίκηση & Διαχείριση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. ΤΕΙ Αθηνών, Αθήνα, 26-39.

Διαδίκτυο

- Association of Colleges of Nursing (AACN), Washington, 1-5, <http://www.aacn.nche.edu/CNL/pdf/CNLFAQ.pdf>, 1/12/2011
- Murray, R. (2005). Managing your stress. A guide for nurses. Royal College of Nursing, London, 1-18. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78515/001484.pdf
- Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», , Ιστορική διαδρομή, Διαθέσιμο: <http://www.agsavvas-hosp.gr/el/home>, 12/04/2011
- Στουρνάρας, Ι. (2008). Αλλάζει ο ρόλος του Ηγέτη; Ίδρυμα Οικονομικών Και Βιομηχανικών Ερευνών. Αθήνα, 1-3, http://www.iobe.gr/media/neai_obe/Hgetis.pdf
- Ταλιαδώρου, Α. (2004). Η επαγγελματική ικανοποίηση. Η σημασία της για τον εργαζόμενο και την επιχείρηση. <http://www.istoselides.gr/news/article.php?article=2390>, 19/4/2011

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

ΜΕ ΘΕΜΑ:

Θέμα: «Ο ρόλος της ηγεσίας και της υποκίνησης στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού ενός δημόσιου Νοσοκομείου»

Επιμέλεια: Ελένη Καραμπίνη

Οδηγίες Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου

- ❖ Σημειώνετε με Χ ή √ στο αντίστοιχο τετράγωνο που θα επιλέξετε.
- ❖ Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, τα στοιχεία που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της μεταπτυχιακής διατριβής και είναι αυστηρά εμπιστευτικά.
- ❖ Το παρόν ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που στόχο έχουν τη διερεύνηση του βαθμού επηρεασμού του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσηλευτικού προσωπικού και της επαγγελματικής ικανοποίησής του.
- ❖ Η συμμετοχή στη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου θα βοηθήσει ώστε να ανιχνευτούν και να εκτιμηθούν οι παράγοντες, που διαμορφώνουν το βαθμό της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού που ασκεί κάθε νοσηλευτική υπηρεσία.

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο

- Άνδρας
Γυναίκα

2. Ηλικία

- 20-25
26-30
31-35
36-40
41-45
46-50
50+

3. Οικογενειακή κατάσταση

- Έγγαμος / η
Άγαμος / η
Διαζευγμένος / η
Χήρος / α

4. Κατατάξτε το προσωπικό μηνιαίο καθαρό εισόδημά σας από το νοσοκομείο Άγιος Σάββας σε μια από τις παρακάτω κατηγορίες.

- Έως 500 Ευρώ
Από 501 έως 1000
Από 1001 έως 1500
Από 1501 και πάνω

5. Κατατάξτε το συνολικό οικογενειακό μηνιαίο εισόδημά σας σε μια από τις παρακάτω κατηγορίες.

- Έως 500 Ευρώ
Από 501 έως 1000
Από 1001 έως 2000
Από 2001 και πάνω

6. Χρόνος προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας/σε άλλο δημόσιο νοσοκομείο.

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Λιγότερο από 1 έτος | <input type="checkbox"/> | 11-15 | <input type="checkbox"/> |
| 1-2 | <input type="checkbox"/> | 16-20 | <input type="checkbox"/> |
| 3-5 | <input type="checkbox"/> | 20+ | <input type="checkbox"/> |
| 6-10 | <input type="checkbox"/> | | |

7. Ειδικότητα της θέσης στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας.

Κατηγορία:

Ειδικότητα επαγγέλματος:

8. Ωράριο (το τελευταίο έτος):

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Πρωινό | <input type="checkbox"/> | Βραδινό | <input type="checkbox"/> |
| Απογευματινό | <input type="checkbox"/> | Κυκλικό | <input type="checkbox"/> |

9. Εκτέλεση νυχτερινής βάρδιας το μήνα (το τελευταίο έτος):

- 1-3 φορές
4-7 φορές
8-11 φορές
12⁺ φορές

10. Ο τομέας στον οποίο εργάζεστε στο νοσοκομείο Άγιος Σάββας είναι:

- Παθολογικό
Χειρουργικό
Εργαστηριακό

B. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

11. Είμαι ικανοποιημένος / η από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας.

- Καθόλου Λίγο Ούτε πολύ / ούτε λίγο Πολύ Πάρα πολύ

12. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριας είναι πολλοί. Δώστε την δική σας άποψη σχετικά με τον κάθε ένα και αναφέρατε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η κοινωνική καταξίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι σχέσεις με τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η αναγνώριση της προσφοράς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η δυνατότητα ανέλιξης σε ανώτερη θέση μέσα στο νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η ελευθερία ανάπτυξης πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος (εγκαταστάσεις)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλος παράγοντας (αναφέρατε)					

13. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην μη ικανοποίηση από το επάγγελμα του νοσηλευτή /τριάς είναι πολλοί. Δώστε την δική σας άποψη σχετικά με τον κάθε ένα και αναφέρατε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι χαμηλές οικονομικές αποδοχές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι σχέσεις με τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η μη αναγνώριση της προσφοράς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η μη δυνατότητα ανέλιξης σε ανώτερη θέση μέσα στο νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η έλλειψη ελευθερίας ανάπτυξης πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οι κακές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος (εγκαταστάσεις)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η αβεβαιότητα στο περιβάλλον εργασίας (ασφάλεια, προστασία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο υψηλός φόρτος εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ακατάστατο ωράριο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλος παράγοντας (αναφέρατε)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Αναφέρατε κατά πόσο ικανοποιημένος / η είστε σχετικά με τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος που εργάζεστε:

	Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
Στο εργασιακό περιβάλλον (κτίρια, εξοπλισμός κ.ά.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην παροχή υγιεινής & ασφάλειας από την εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην αμοιβή της εργασίας σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στο ωράριο εργασίας σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Αναφέρατε κατά πόσο ικανοποιημένος / η είστε σχετικά με την οργάνωση και διοίκηση του εργασιακού περιβάλλοντος που εργάζεστε:

	Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
Την οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τη σαφή διευκρίνηση των στόχων του τμήματος ή υπηρεσίας που εργάζεσθε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ικανότητα των ανώτερων στελεχών να υποκινούν το νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την αξιοκρατία του συστήματος αξιολόγησης των νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τη πληροφόρηση - ανατροφοδότηση για την απόδοση σας από την εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την αντικειμενικότητα σε προαγωγές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ηθική επιβράβευση της βελτίωσης πάνω στα καθήκοντα της εργασίας σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την δυνατότητα συμμετοχής σας στην διαδικασία λήψης αποφάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Αναφέρατε κατά πόσο είστε ικανοποιημένος / η σχετικά με την οργάνωση και διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας:

	Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
Τη συνεργασία με τον προϊστάμενό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τη συνεργασία με τους συναδέλφους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την δυνατότητα συμμετοχής στην διαδικασία λήψης αποφάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ευγενική συμπεριφορά των άλλων που διακρίνεται από σεβασμό και αξιοπρέπεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τις απαιτήσεις της εργασίας σχετικά με την ποικιλία δεξιοτήτων και ικανοτήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ολοκληρωμένη εργασία σας με εμφανή αρχή και τέλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τη δυνατότητα επιπλέον επαγγελματικής κατάρτισης μέσα από συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την παροχή ίσων ευκαιριών για εκπαίδευση και σταδιοδρομία σε όλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Αναφέρατε πόσο επηρεάζεστε από την συμπεριφορά των ασθενών απέναντί σας.

Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Αναφέρατε πόσο επηρεάζεστε από την σωματική και συναισθηματική κόπωση στην εργασία σας.

Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Αναφέρατε πόσο σπουδαία ή σημαντική ήταν η δουλειά σας.

Καθόλου	Λίγο	Ούτε πολύ / ούτε λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Ορισμένες προτάσεις μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Δώστε την δική σας άποψη σχετικά με την κάθε μια αναφέροντας το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Βελτίωση ιατρο- τεχνολογικού εξοπλισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επέκταση μηχανογράφησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση λειτουργικότητας νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αποτελεσματική συνεργασία & επικοινωνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σαφής περιγραφή θέσης εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αύξηση οικονομικών αποδοχών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αύξηση αριθμού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αντικειμενική αξιολόγηση έργου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλος παράγοντας (αναφέρατε)					

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» Ν.Π.Δ.Δ.

Δ/ση: Λεωφ. Αλεξάνδρας 171 – 115 22 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 010 64 09 000, Fax: 010 64 20 146

Διεύθυνση: Διοικητικού - Οικονομικού

Τμήμα : Προσωπικού

Πληροφορίες: Ε. Ζερβοπούλου

Τηλ. : 210- 64 09 635

FAX : 210 64 20 146

1461
15-10-10

Αθήνα 12.10.10

Α.Π.: 13646 ΗΣΥ

Προς

Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας

Κηφισίας 39 – 15123 Μαρούσι

ΦΑΞ: 210 6823625

210 6823698

ΘΕΜΑ: Άδεια εκπόνησης εργασιών

Σας αποστέλλουμε τα κάτωθι έγγραφα προκειμένου να δοθεί άδεια στην υπάλληλό μας Καραμπίνη Ελένη κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής όπως διεξάγει έρευνα στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακού με θέμα: «Ο ρόλος της ηγεσίας και της υποκίνησης στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού ενός δημοσίου Νοσοκομείου » :

1. Αίτηση
2. Άδεια του επιβλέποντος καθηγητή
3. Τον τίτλο της εργασίας
4. Το σκοπό της εργασίας
5. Το ερωτηματολόγιο
6. Την έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου

Παρακαλούμε για την έκδοση απόφασης της ανωτέρω εργασίας.



Ο Πρόεδρος Δ/Σ Διοικητής

Παναγιώτης Μινογιάννης

Εσωτερική Διανομή

- Τμήμα Προσωπικού
- Αναφερόμενη υπάλληλο

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Κ.Ε.Π.Υ.)

Αθήνα, 14/10/2010

Αρ. πρωτ. : Γ.ΕΚΕΠΥ/ 3594.

Ταχ. Δ/ση : Λ. Κηφισίας 39
Ταχ. Κώδικας : 15123 Μαρούσι
Πληροφορίες : Μπέκας Περικλής
Τηλ. : 210 6828350
 : 210 6822445
Fax : 210 6823625
 : 210 6823698

ΠΡΟΣ : ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ – ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
« Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ »

Θέμα: «Αδείας Εκπόνησης Εργασίας »

Σχετ: Το υπ' αριθμ. πρωτ. 13646/1152/12-10-2010 έγγραφο του ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ – ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ « Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ »

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνουμε την άδεια εκπόνησης εργασίας, της κας Καραμπίνη Ελένη, στα πλαίσια μεταπτυχιακού προγράμματος με θέμα: « Ο ρόλος της ηγεσίας και της υποκίνησης στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού ενός δημόσιου Νοσοκομείου ».

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ Ε.Κ.Ε.Π.Υ.



Λωάννης

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΔΙΑ ΤΟ
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ

Γεώργιος Ανωτάτος