

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ
ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.



Όνοματεπώνυμο σπουδαστών: Σπανάκη Ευγενία.
Σωμαράκη Ευαγγελία
Μπζιώτα Δήμητρα

Επιβλέπων καθηγητής: Ζωγραφάκης – Σφακιανάκης Μιχαήλ

Ηράκλειο – Οκτώβριος 2009

Ευχαριστίες

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον Καθηγητή μας και επιβλέποντα της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας Κ^ο Ζωγραφάκη – Σφακιανάκη Μιχαήλ για την πολύ μεγάλη βοήθεια του κατά την διάρκεια της έρευνάς μας.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε όλους τους ειδικούς αλλά και εκείνους που ασχολούνται καθημερινά με την λειτουργία των ιδιωτικών και δημοσίων μονάδων υγείας και νοσοκομείων στην Ελλάδα αναφορικά με την αξιολόγηση των νοσηλευτών ως προς τα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης όσο και με τα καθημερινά τους καθήκοντα και οι οποίοι προσέφεραν σημαντικές πληροφορίες για τα συγκεκριμένα ζητήματα.

Επιπλέον θα θέλαμε να δηλώσουμε ότι είμαστε ευγνώμονες στο προσωπικό των διαφόρων εταιριών και οργανισμών που ασχολούνται με αυτού του είδους την θεματολογία, για την απεριόριστη παροχή πληροφοριών σχετικά με τον τρόπο που εργάζονται οι νοσηλευτές στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα και πως διαμορφώνονται τα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης αναλόγως των περιστάσεων.

Τέλος, εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας στα μέλη της οικογενείας μας αλλά και τους φίλους μας, οι οποίοι όλο αυτόν τον καιρό της προετοιμασίας της συγκεκριμένης εργασίας αλλά και έρευνας μας στήριξαν σε υπέρτατο βαθμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.

Εισαγωγή.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	2
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ –	
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ.....	2
1.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων.....	2
1.2 Οι Ρόλοι της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων στις Δημόσιες και Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας.....	4
1.3 Η Προσέλκυση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας.....	6
1.4 Επιλογή των Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας.....	9
1.5 Εκπαίδευση και Ανάπτυξη των Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας.....	10
1.6 Αξιολόγηση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας.....	13
1.7 Τάσεις και Αλλαγές στη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων.....	14
1.8 Περιβαλλοντικές Προκλήσεις για τις Μονάδες Υγείας.....	15
1.9 Επιχειρησιακές Προκλήσεις για τις Μονάδες Υγείας.....	19
1.10 Ατομικές Προκλήσεις.....	23

Κεφάλαιο 2.....27

Το ανθρώπινο δυναμικό – νοσηλευτές στις δημόσιες μονάδες υγείας.....27

2.1 Γενικά Στατιστικά Στοιχεία.....27

2.2 Ο Ρόλος της Εκπαίδευσης για τους Νοσηλευτές.....29

2.3 Η Διαδικασία της Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης για τους Νοσηλευτές.....29

2.4 Πρότυπο Μοντέλο Εκτίμησης Εκπαιδευτικών Αναγκών Νοσηλευτών.....32

2.5 Ανάλυση Εργαζομένων – Νοσηλευτών.....35

2.6 Συνοπτικά Στοιχεία του Ανθρώπινου - Νοσηλευτικού Δυναμικού
στην Ελλάδα / Συνοπτική Περιγραφή36

2.7 Προβλήματα στην Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού
στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....40

Κεφάλαιο 3.....42

Αξιολόγηση Επιπέδων Άγχους και Αυτοεκτίμησης Νοσηλευτών

που Εργάζονται στο Ε.Σ.Υ.....42

3.1 Ιστορική Αναδρομή στη Λειτουργία του Ε.Σ.Υ.....42

3.2 Ιστορική Προέλευση της Ελληνικής Νοσηλευτικής.....45

3.3	Κατηγορίες Προβλημάτων που Σχετίζονται με το Χαμηλό Επίπεδο Αυτοεκτίμησης και Αντίστοιχα Υψηλό Επίπεδο Άγχους των Νοσηλευτών στα Δημόσια Νοσοκομεία και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	46
3.31	Προβλήματα στο Σχεδιασμό και Διοίκηση - Διαχείρισης του Ανθρώπινου Νοσηλευτικού Δυναμικού στο Ε.Σ.Υ.....	46
3.32	Προβλήματα στη Διοίκηση του Νοσηλευτικού Δυναμικού στο Ε.Σ.Υ.....	47
3.33	Το Πρόβλημα της Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Δυναμικό στο Ε.Σ.Υ. το οποίο Αυξάνει το Επίπεδο Άγχους.....	48
3.34	Άσχημο Εργασιακό Περιβάλλον στα Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Υγεία.....	55
3.35	Προβλήματα από την Επαγγελματική Εξουθένωση στους Νοσηλευτές.....	58
3.36	Συνθήκες Απασχόλησης στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που Αυξάνουν τα Επίπεδα Άγχους και Μειώνουν το Επίπεδο Αυτοεκτίμησης των Νοσηλευτών.....	62

3.37	Έλλειψη Εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού.....	63
	Κεφάλαιο 4.....	65
	Αξιολόγηση Επιπέδων Άγχους και Αυτοεκτίμησης Νοσηλευτών	
	που Εργάζονται στον Ιδιωτικό Τομέα.....	65
4.1	Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στο Σύστημα Ελέγχου Ποιότητας στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και ο οποίος Μειώνει τα Επίπεδα Άγχους και Αυξάνει την Αυτοπεποίθηση τους.....	65
4.2	Η Ψυχολογική Υποστήριξη και η Εργασιακή Παρακίνηση που Δέχονται οι Νοσηλευτές στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία ως Παράγοντας Μείωσης Άγχους και Αύξησης Αυτοεκτίμησης.....	67
4.3	Ο Σκοπός και οι Χρήσεις Αξιολόγησης του Νοσηλευτικού Προσωπικού στις Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας ως Παράγοντας Μείωσης Άγχους και Αύξησης Αυτοεκτίμησης.....	70
	Κεφάλαιο 5.....	73
	Μεθοδολογία και τρόπος συλλογής πηγών και πληροφοριών.....	73
5.1	Συλλογή δεδομένων.....	75
5.2	Δευτερεύων Δεδομένα	76

5.2.1 Μειονεκτήματα Δευτερογενών Δεδομένων	77
5.2.2 Πηγές Δευτερογενών Δεδομένων.....	78
5.3 Ανάλυση Δεδομένων.....	78
Κεφάλαιο 6.....	79
Μεθοδολογία της Έρευνας	79
Κεφάλαιο 7.....	81
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	81
7.1 Περιγραφή των μεταβλητών στο σύνολο των δεδομένων	82
7.2. Συγκρίσεις μεταβλητών μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.....	90
7.3 Συγκρίσεις μεταβλητών στο δημόσιο τομέα αναλόγως του τμήματος εργασίας, της ηλικίας, του φύλου, των ετών υπηρεσίας και της οικογενειακής κατάσταση.....	94
7.4. Συγκρίσεις μεταβλητών στον ιδιωτικό τομέα αναλόγως του τμήματος εργασίας, της ηλικίας, του φύλου, των ετών υπηρεσίας και της οικογενειακής κατάστασης.....	123
Κεφάλαιο 8ο : Επίλογος –Συμπεράσματα.....	150
Βιβλιογραφικές Πηγές.....	154
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	160

Εισαγωγή

Οι κάθε είδους οργανισμοί στελεχώνονται αλλά και διοικούνται από ανθρώπους. Δίχως τους ανθρώπους αυτούς δεν υφίστανται ουσιαστικά επιχειρήσεις. Κατ' επέκταση, οι εργαζόμενοι αποτελούν σε πολλές περιπτώσεις τον πιο καθοριστικό συντελεστή παραγωγής, για να λειτουργήσει και να επιτύχει τους στόχους της μια οργανισμός. Τη διαφορά την κάνουν οι άνθρωποι, είτε αυτοί διοικούν είτε απλά εκτελούν. Τα μηχανήματα, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, οι εγκαταστάσεις και γενικά οι άλλοι συντελεστές παραγωγής, ούτε σκέπτονται, ούτε μαθαίνουν, ούτε προσπαθούν, ούτε βέβαια θέτουν στόχους και αποφασίζουν για το τι, πόσο και πώς θα πράξουν, ούτε απεργούν και ούτε ζητούν ανταμοιβές. Αλλά και δεν παρακινούνται, δεν δρουν συλλογικά και δεν έχουν προσδοκίες και ανάγκες να ικανοποιήσουν. Όλα αυτά χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη φύση και δράση.

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας θα εστιαστούμε στο ζήτημα της συγκριτικής αξιολόγησης επιπέδων άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και των οποίων τα συγκεκριμένα αυτά χαρακτηριστικά επηρεάζονται τόσο από την μορφή διοίκησης που εφαρμόζει η κάθε μονάδα υγείας όσο και από τις συνθήκες που επικρατούν στα δημόσια και ιδιωτικά κέντρα υγείας και νοσοκομεία.

Κεφάλαιο 1^ο : Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας – Δημόσιες και Ιδιωτικές

1.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων

Σύμφωνα με τον Robert Crandall *“η διοίκηση πρέπει να έχει την υποστήριξη όλων των εργαζομένων. Δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα πιο σημαντικό”*. Η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων είναι ουσιαστικά η στρατολόγηση, η επιλογή, η ανάπτυξη, η αξιοποίηση και η προσαρμογή των ανθρωπίνων πόρων στους οργανισμούς. Οι ανθρώπινοι πόροι ενός οργανισμού αποτελούνται από όλα τα άτομα τα οποία απασχολούνται σε οποιαδήποτε από τις δραστηριότητές του. Στις μέρες μας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο διοίκησης των ανθρωπίνων πόρων σε έναν οργανισμό. Η μεγάλη της σημασία στηρίζεται στη διαπίστωση ότι οι εργαζόμενοι σε ένα οργανισμό, της επιτρέπουν να επιτύχει τους στόχους της και συνεπώς η διοίκηση αυτών των εργαζομένων κατέχει δεσπόζουσα σημασία⁴⁴

Επιπρόσθετα, η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων μπορεί να ορισθεί ως ακολούθως :

“Ως μια σειρά από ρόλους και λειτουργίες, που αναγνωρίζουν τη σημασία του ανθρώπινου παράγοντα στην εργασία και στοχεύουν στη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μέσω της στρατηγικής ανάπτυξης ενός ικανού και αφοσιωμένου ανθρώπινου δυναμικού και μέσω της χρήσης τεχνικών διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού που επηρεάζουν την κουλτούρα και τη δομή μιας οργανισμός, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην εναρμόνισή της με τις γενικές στρατηγικές της και το περιβάλλον”.

Μερικά από τα σημεία στα οποία η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση παρουσιάζονται στη συνέχεια :

- Ύπαρξη οράματος ανθρώπινων πόρων που να ταιριάζει με τις στρατηγικές ανάγκες ολόκληρου του οργανισμού.
- Ύπαρξη φιλοσοφίας και αξιών που να ταιριάζουν με εκείνες ολόκληρου του οργανισμού.
- Οργάνωση του τμήματος ανθρώπινων πόρων με τέτοιο τρόπο ώστε η οργανισμός να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στους πελάτες και τη μέγιστη κινητοποίηση στο προσωπικό.
- Προληπτική δράση του τμήματος ανθρώπινων πόρων πριν από την εμφάνιση των προβλημάτων και όχι αφού έχει δημιουργηθεί το πρόβλημα.
- Ενεργή συμμετοχή των στελεχών του τμήματος στη λήψη των σοβαρών αποφάσεων που αφορούν το σύνολο της οργανισμός⁴⁰.

1.2 Οι Ρόλοι της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων στις Δημόσιες και Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας

Ο στόχος της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων στις δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες υγείας είναι η βελτίωση της παραγωγικής συνεισφοράς

των ανθρώπων στον κάθε οργανισμό ή μονάδα υγείας με τρόπους που είναι στρατηγικά, ηθικά και κοινωνικά αποδεκτοί. Οι ανθρωπίνι πόροι καθορίζουν την επιτυχία κάθε μονάδας. Η βελτίωση της ανθρώπινης συνεισφοράς είναι τόσο σημαντική ώστε ακόμα και ο πιο μικρός οργανισμός να χρειάζεται ένα εξειδικευμένο τμήμα προσωπικού. Το τμήμα προσωπικού υπάρχει για να υποστηρίξει τα στελέχη και τους εργαζόμενους ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι της μονάδας υγείας.

Προκειμένου να φέρει το τμήμα ανθρωπίνων πόρων π.χ. σε ένα νοσοκομείο εις πέρας τις διάφορες δραστηριότητες πρέπει αναμφίβολα να έχει στόχους. Οι στόχοι του τμήματος των ανθρωπίνων πόρων, εξισορροπούν τις προκλήσεις τόσο για την μονάδα υγείας όσο για την λειτουργία των ανθρωπίνων πόρων, την κοινωνία και τους εργαζομένους και φυσικά για τους νοσηλευτές και το αντίστοιχο επίπεδο άγχους και αυτοεκτίμησης που πρέπει να επιδεικνύουν.

Οι στόχοι των ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας μπορούν να καταταχθούν σε τέσσερις κατηγορίες:

Οργανωτικοί στόχοι. Το τμήμα προσωπικού υπάρχει για να συνεισφέρει στην επιχειρησιακή επίδοση. Με άλλα λόγια το τμήμα προσωπικού υφίσταται για να βοηθήσει τα στελέχη να επιτυγχάνουν τους στόχους του οργανισμού. Όπως έχει διατυπωθεί, το τμήμα προσωπικού υπάρχει για να υπηρετεί την ιατρική μέριμνα.

Λειτουργικοί στόχοι. Η συνεισφορά του τμήματος προσωπικού πρέπει να διατηρείται στο κατάλληλο επίπεδο ώστε να ανταποκρίνεται στις

ανάγκες του οργανισμού. Οι πόροι σπαταλούνται όταν το τμήμα προσωπικού είναι περισσότερο ή λιγότερο οργανωμένο από ότι χρειάζεται με βάση τις ανάγκες του.

Κοινωνικοί στόχοι. Το τμήμα προσωπικού πρέπει να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές και ηθικές προκλήσεις της κοινωνίας μειώνοντας φυσικά τις αρνητικές συνέπειες του.

Προσωπικοί στόχοι. Το τμήμα προσωπικού πρέπει να υποστηρίζει τους εργαζόμενους να επιτυγχάνουν τους προσωπικούς τους στόχους, από τη στιγμή βέβαια που οι προσωπικοί αυτοί στόχοι αυξάνουν τη συνεισφορά του εργαζόμενου στην υγειονομική μονάδα. Οι προσωπικοί στόχοι των εργαζομένων, πρέπει να επιτυγχάνονται καθώς με τον τρόπο αυτό κινητοποιούνται οι εργαζόμενοι και αποκτούν κίνητρο για να προσπαθούν περισσότερο.

1.3 Η Προσέλκυση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας

Οι βασικές λειτουργίες του τμήματος διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας, δημόσιες ή ιδιωτικές, είναι οι εξής ακόλουθες :

- Η προσέλκυση των ανθρωπίνων πόρων στις διαθέσιμες θέσεις εργασίας που ένας οργανισμός διαθέτει
- Η επιλογή στη συνέχεια του κατάλληλου προσωπικού και νοσηλευτών
- Η εκπαίδευση του προσωπικού και των νοσηλευτών που έχουν επιλεγθεί
- Η αξιολόγηση της απόδοσης των ανθρωπίνων πόρων – νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους στην συγκεκριμένη μονάδα για την οποία έχουν προσληφθεί.

Χωρίς καμία αμφιβολία, η προσέλκυση και η τοποθέτηση ανθρώπων και νοσηλευτών σε θέσεις εργασίας που είναι οι πλέον κατάλληλες για τις ικανότητες και τα προσόντα τους, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες του τμήματος της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων. Ως στρατολόγηση ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία οι οργανισμοί προσελκύουν τα κατάλληλα άτομα στις κενές θέσεις εργασίας. Δηλαδή, υπάρχει, η διαρκή ανάγκη να προσλαμβάνουν νέους εργαζόμενους νοσηλευτές ώστε να αντικαθιστούν αυτούς που αποχωρούν είτε επειδή φεύγουν είτε επειδή προάγονται. Στον πίνακα ακολούθως παρουσιάζεται η διαδικασία της προσέλκυσης τόσο από την πλευρά του οργανισμού όσο και από την πλευρά του υποψήφιου νοσηλευτή.

Πίνακας Νο.1 – Διαδικασία Προσέλκυσης Στελεχών και Νοσηλευτών στα Νοσοκομεία

Οργανισμός	Υποψήφιος
Ύπαρξη κενής ή νέας θέσης	Επιλογή επαγγέλματος και εκπαίδευση
Διεξαγωγή ανάλυσης της θέσης εργασίας και προσπάθεια προγραμματισμού της προσέλκυσης	Απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας
Χρήση εξωτερικών και εσωτερικών μεθόδων προσέλκυσης	Αναζήτηση επαγγελματικών διεξόδων
Αξιολόγηση υποψηφίων μέσω της διαδικασίας επιλογής	Αίτηση για εργασία
Εντυπωσιασμός υποψηφίων	Εντυπωσιασμός της εταιρίας κατά τη διαδικασία επιλογής
Διεξαγωγή προσφοράς	Αξιολόγηση θέσης εργασίας & της επιχ/σης
	Αποδοχή ή απόρριψη της θέσης εργασίας

Ο παραπάνω πίνακας έχει εφαρμογή κυρίως στις ιδιωτικές μονάδες υγείας.

Μια σωστά σχεδιασμένη προσέλκυση περιλαμβάνει τα εξής :

- Γνώση του ανθρώπινου δυναμικού που είναι αναγκαίο.

- Γνώση της εξέλιξης των προαγωγών.
- Πρόβλεψη των μελλοντικών αλλαγών βάσει της πείρας του παρελθόντος και της αυξανόμενης προσδοκίας για το μέλλον.
- Γνώση του τύπου του ανθρώπου που φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο για τη συγκεκριμένη θέση που αναζητείται.
- Προκειμένου να υπάρξει μια επιτυχημένη στρατολόγηση θα πρέπει να δοθούν απαντήσεις στα εξής ερωτήματα:
 - Ποια είναι τα κατώτερα προσόντα και οι απαιτήσεις κάθε εργασίας;
 - Υπάρχουν προαγωγές που θα πραγματοποιηθούν από το εσωτερικό της επιχείρησης ή θα προσληφθούν άτομα εκτός αυτής;
 - Έχουν ενημερωθεί όλοι οι εργαζόμενοι που θα επηρεαστούν από την πρόσληψη για τη συγκεκριμένη διαδικασία;

1.4 Επιλογή των Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας

Το επόμενο στάδιο μετά την προσέλκυση ανθρωπίνων πόρων είναι η επιλογή τους. Σκοπός της επιλογής είναι η απομόνωση από μια ομάδα

υποψηφίων των πιο ικανών και κατάλληλων για μια συγκεκριμένη θέση εργασίας και η πρόσληψή τους. Ιδανικά οι άνθρωποι που προσλαμβάνονται έχουν καλύτερη απόδοση από αυτούς που απορρίπτονται. Προκειμένου να γίνει σωστή επιλογή υποψηφίων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τα κατάλληλα εργαλεία αξιολόγησης των εργαζομένων. Η επιλογή του προσωπικού που θα επανδρώσει μια μονάδα υγείας αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές δραστηριότητες για την οργανισμό καθώς η επιλογή του έμψυχου υλικού αποτελεί έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν το μέλλον της ίδιας της μονάδας.

Επειδή το έργο της επιλογής προσωπικού αποτελεί αντικείμενο δεσπόζουσας σημασίας για τη λειτουργία του οργανισμού θα πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένα άτομα με τη δέουσα προσοχή, καθώς είναι συχνά εύκολο να οδηγήσει την μονάδα υγείας σε επιζήμια αποτελέσματα (αποζημιώσεις ασθενών λόγω ιατρικού λάθους ή ακόμη και απώλεια της ζωής ενός ασθενούς). Οι οργανισμοί συχνά διαφέρουν στην πολυπλοκότητα των συστημάτων τα οποία επιλέγουν.

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες κοινωνιολόγων, οι μονάδες υγείας θα πρέπει να απασχολούν εργαζόμενους και νοσηλευτές που να διαθέτουν τόσο τα κατάλληλα προσόντα, όσο και την απαιτούμενη κινητοποίηση, ώστε να εκτελούν σωστά τους ρόλους τους. Ανάλογοι εργαζόμενοι υπάρχουν είτε σαν αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης διαδικασίας επιλογής, είτε δημιουργούνται στη συνέχεια με συνεχόμενα προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Η δεύτερη περίπτωση είναι πολύ δαπανηρή για τον οργανισμό, με αποτέλεσμα να δίνεται όλο το βάρος στην προσεκτική επιλογή. Με μια δαπανηρή και

αποτελεσματική διαδικασία επιλογής είναι βέβαιο ότι το κόστος της εκπαίδευσης θα είναι μειωμένο.

1.5 Εκπαίδευση και Ανάπτυξη των Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας

Η εκπαίδευση ανθρωπίνων πόρων αποτελεί μια οργανωμένη διαδικασία, σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι αποκτούν γνώσεις και ικανότητες για έναν ορισμένο σκοπό. Ο αντικειμενικός σκοπός της εκπαίδευσης είναι η μεταβολή στη συμπεριφορά των εκπαιδευόμενων, με τέτοιο τρόπο που θα οδηγήσει στην απόκτηση νέων ικανοτήτων χειρισμού, τεχνικών και διοικητικών γνώσεων, όπως επίσης και στην ικανότητα από την πλευρά των εργαζομένων επίλυσης των προβλημάτων που παρουσιάζονται με τρόπο αποτελεσματικό ⁴⁵

Ως ανάπτυξη ορίζεται η παροχή ευκαιριών για διεύρυνση της προσωπικότητας, η προσαρμογή στην εργασία και η έμφαση στις ηγετικές ικανότητες των ατόμων τα οποία έχουν διοικητικά καθήκοντα. Η εκπαίδευση αναμφίβολα αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές λειτουργίες της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων. Με την εκπαίδευση αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η παραγωγικότητα των εργαζομένων και συνεπώς αυξάνεται και η επίδοση του όλου παραγωγικού συστήματος.

Πίνακας Νο. 2 – Οφέλη της Εκπαίδευσης για την Επιχείρηση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Οδηγεί σε βελτίωση της αποδοτικότητας

Βελτιώνει τη γνώση της εργασίας και τις ικανότητες σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού
Εξυψώνει το ηθικό των εργαζομένων Βοηθάει στη βελτίωση της εταιρικής εικόνας
Ενισχύει την αυθεντικότητα , την ευελιξία, και την εμπιστοσύνη
Βελτιώνει τη σχέση προϊσταμένου –υφισταμένου
Συμβάλλει στην επιχειρησιακή ανάπτυξη
Η μονάδα υγείας μαθαίνει από τον εκπαιδευόμενο
Βοηθάει στη χάραξη κατευθυντήριων γραμμών για την εργασία
Συμβάλλει στη κατανόηση και στη παγίωση επιχειρησιακών αρχών
Παρέχει πληροφόρηση για τις μελλοντικές ανάγκες σε όλους τους τομείς του οργανισμού
Συμβάλλει στην αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων
Βοηθάει τους εργαζομένους να προσαρμοστούν στις αλλαγές
Βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας της εργασίας
Συμβάλλει στη μείωση του κόστους
Βελτιώνει τις σχέσεις εργαζομένων και ηγεσίας
Συμβάλλει στη προληπτική αντιμετώπιση δυσκολιών
Ενισχύει την ανάπτυξη της επικοινωνίας

Πίνακας Νο. 3 – Οφέλη της Εκπαίδευσης για τους Εργαζόμενους και Νοσηλευτές

Βοηθάει τους εργαζομένους να παίρνουν καλύτερες αποφάσεις και να λύνουν αποτελεσματικά τ αδιάφορα προβλήματα
Ενισχύεται η αναγνώριση , η ευθύνη , η επιτυχία και η ανάπτυξη
Ενισχύεται η αυτοπεποίθηση και η αυτοανάλυση
Βοηθά το άτομο να χειρίζεται τις εντάσεις και τις συγκρούσεις
Δίνει τις γνώσεις για τη βελτίωση των ικανοτήτων και της επικοινωνίας
Αυξάνει την ικανοποίηση από τη θέση εργασίας
Βοηθά στην επίτευξη προσωπικών σχέσεων
Δίνει νέο προσανατολισμό στο μέλλον του εργαζόμενου
Δημιουργεί μια αίσθηση ανάπτυξης στη μάθηση
Βοηθά τον εργαζόμενο να αναπτύξει προφορικές και γραπτές ικανότητες
Μειώνει το φόβο για την εξάσκηση μιας νέας δραστηριότητας

Τα άτομα τα οποία εργάζονται στο τμήμα ανθρώπινων πόρων στις μονάδες υγείας, συνήθως ασχολούνται με τις ακόλουθες ενέργειες :

- Καθορισμός των αναγκών για εκπαίδευση. Προγραμματισμός, και ανάθεση ευθυνών.
- Σύνταξη προγραμμάτων εκπαίδευσης σε συνεργασία με διάφορα στελέχη.
- Συλλογή και προετοιμασία υλικού εκπαίδευσης, διαγραμμάτων, εγχειριδίων και οπτικοακουστικών μέσων.
- Διεύθυνση και διδασκαλία ορισμένων μαθημάτων προσανατολισμού.
- Εκπαίδευση στελεχών και διδασκόντων μέσα στον οργανισμό για να αποκτήσουν ικανότητα στη διδασκαλία.
- Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προσπαθειών για εκπαίδευση.

1.6 Αξιολόγηση Ανθρωπίνων Πόρων στις Μονάδες Υγείας

Η Αξιολόγηση Απόδοσης Ανθρώπινων Πόρων στις μονάδες υγείας είναι μια συστηματική εκτίμηση, η οποία προέρχεται από τον άμεσα ιεραρχικά προϊστάμενο και αναφέρεται στην εκτέλεση της εργασίας από τον εργαζόμενο, καθώς επίσης και στις δυνατότητες του για προοπτική και εξέλιξη. Ουσιαστικά, αποτελεί μια διαδικασία διαπίστωσης, αλλά και καταγραφής της απόδοσης του εργαζομένου για το παρόν και το μέλλον. Επομένως, η αξιολόγηση προσωπικού είναι η διαδικασία διαπιστώσεως και καταγραφής της αποδόσεως ή επιδόσεως και των προσόντων του εργαζομένου σε σχέση με τις απαιτήσεις της θέσεως εργασίας, για την οποία προορίζεται και στην οποία απασχολείται³⁰.

Κατά συνέπεια, η διαδικασία αξιολόγησης σχεδιάζεται με τρόπο ώστε να εκτιμηθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες των εργαζομένων, να συμφωνηθούν οι στόχοι και οι προσδοκίες και να αναγνωριστούν οι μελλοντικές ανάγκες

εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Η όλη διαδικασία οφείλει να παρουσιάζει ξεκάθαρα στους εργαζόμενους την εικόνα που ο οργανισμός έχει για αυτούς και τη συνεισφορά τους και να τους ενημερώνει για τις προοπτικές τους.

Για να είναι αποτελεσματική η προσπάθεια αξιολόγησης της απόδοσης στις μονάδες υγείας, οφείλει να διέπεται από τις παρακάτω τέσσερις βασικές αρχές³⁵

- Το πρόγραμμα είναι ευθύνη και καθοδηγείται από στελέχη γραμμής και όχι από το τμήμα ανθρωπίνων πόρων.
- Δίνεται έμφαση σε κοινούς εταιρικούς στόχους και αξίες.
- Αναπτύσσεται ειδικά και ξεχωριστά για κάθε οργανισμό.
- Εφαρμόζεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα και σε όλους τους εργαζομένους.

1.7 Τάσεις και Αλλαγές στη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων

Οι θέσεις εργασίας και οι εργασιακές σχέσεις αλλάζουν συνεχώς στις μέρες μας. Ο αριθμός των επαγγελματιών που μπορούν να χαρακτηρισθούν ως χειρονακτικά συνεχώς μειώνονται και οι θέσεις εργασίας που χρειάζονται γνώσεις και εξειδίκευση αυξάνονται. Το γεγονός αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ανάπτυξη της νέας τεχνολογίας που οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές στη δομή των μεγάλων οργανισμών και κατ' επέκταση στον τρόπο λειτουργίας τους. Η τεχνολογία της πληροφορίας έχει προεκτείνει τα όρια των μοντέρνων επιχειρήσεων έτσι ώστε οι εργαζόμενοι να μπορούν να εργασθούν από οποιαδήποτε μέρος του κόσμου.

Στα πλαίσια αυτά, για παράδειγμα, η τηλεργασία έχει μετατραπεί από μια τάση σε μια πραγματικότητα. Ευέλικτα συστήματα εργασίας, όπως η μερική απασχόληση, η περιστασιακή και ομαδική εργασία, χρησιμοποιούνται με σκοπό τη μείωση του κόστους εργασίας αλλά και τη διοχέτευση της εργασίας όπου και όταν κρίνεται αναγκαία²³

Η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας αντιμετωπίζει σήμερα σειρά προκλήσεων. Οι μεταβολές που πραγματοποιούνται οφείλονται στην αλλαγή της οικονομίας, στις νέες οργανωτικές δομές, στο διεθνή ανταγωνισμό και στην άποψη ότι η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων είναι το όχημα για την εκπλήρωση επιχειρηματικών στόχων. Στη συνέχεια του συγκεκριμένου κεφαλαίου παραθέτονται ορισμένες προκλήσεις οι οποίες προέρχονται τόσο από το εξωτερικό περιβάλλον των επιχειρήσεων (περιβαλλοντικές προκλήσεις) όσο και από το εσωτερικό τους περιβάλλον (επιχειρηματικές και ατομικές προκλήσεις).

1.8 Περιβαλλοντικές Προκλήσεις για τις Μονάδες Υγείας

Οι περιβαλλοντικές προκλήσεις προέρχονται από εξωτερικές δυνάμεις και όχι από το εσωτερικό της μονάδας υγείας. Επηρεάζουν τη λειτουργία του οργανισμού αλλά δεν μπορούν να ελεγχθούν από τη διοίκηση. Για το λόγο αυτό, τα στελέχη πρέπει συνέχεια να ερευνούν το εξωτερικό περιβάλλον για τυχόν ευκαιρίες και απειλές. Παράλληλα πρέπει να επιδεικνύουν την απαιτούμενη ευελιξία για να αντεπεξέρχονται άμεσα στις προκλήσεις. Οι περιβαλλοντικές προκλήσεις θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν στις παρακάτω κατηγορίες⁴⁶

- *Γρήγορες αλλαγές* : Πάρα πολλοί οργανισμοί δραστηριοποιούνται σε ένα περιβάλλον όπου συντελούνται συνεχόμενες αλλαγές. Προκειμένου να επιβιώσουν, οι επιχειρήσεις αυτές, πρέπει να προσαρμοστούν στις αλλαγές γρήγορα και αποτελεσματικά. Οι ανθρώπινοι πόροι είναι το κέντρο μιας αποτελεσματικής απάντησης στις νέες προκλήσεις.
- *Διεθνής ανταγωνισμός και παγκοσμιοποίηση* : Η διεθνοποίηση της οικονομίας είναι μία τάση και μία εξέλιξη που έχει τρομερές συνέπειες στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Ο διεθνής ανταγωνισμός στα αγαθά και στις υπηρεσίες ωθεί τις μεγάλες οικονομίες στο να ακολουθήσουν τη διεθνοποίηση. Μια απάντηση στον αυξανόμενο ανταγωνισμό αποτελεί η δημιουργία πολλών κοινοπραξιών (Goint ventures). Οι κοινοπραξίες δημιουργούνται όταν μια νέα οργάνωση διαμορφώνεται από δύο ή περισσότερες εταιρείες που μπορεί ακόμη και να εδρεύουν σε διαφορετικές χώρες με σκοπό τη διεξαγωγή νέων δραστηριοτήτων.

Ορισμένες προκλήσεις της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων που απορρέουν από τη δημιουργία των κοινοπραξιών στις μονάδες υγείας είναι οι ακόλουθες :

- *Πρόσληψη*. Η διοίκηση στη χώρα οικοδεσπότη μπορεί να προσφέρει εργασία στους κατοίκους της χώρας και να αποτελεί, πιο σημαντικό στοιχείο από ότι για παράδειγμα η αύξηση των κερδών.
- *Προαγωγή*. Συχνά γίνεται λόγος για ανάθεση των υψηλόβαθμων θέσεων στα εκπατρισμένα στελέχη και εκτοπισμός των κατοίκων της χώρας οικοδεσπότη.

- *Λήψη αποφάσεων.* Η λήψη αποφάσεων είναι μία πολύπλοκη διαδικασία λόγω των αντιμαχόμενων προτεραιοτήτων που έχουν τα μέρη που εμπλέκονται στις συμμαχίες.
- *Επικοινωνία.* Προβλήματα επικοινωνίας μπορούν να προκύψουν από τα διάφορα προσωπικά προβλήματα των στελεχών που εργάζονται σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές.
- *Αποζημίωση.* Απροθυμία στο θέμα των αποζημιώσεων μπορεί να προκύψει όταν υπάρχουν κενά στις αμοιβές των εκπατρισμένων και των ιθαγενών στελεχών.
- *Η αυξημένη διαφοροποίηση στα ανθρώπινο δυναμικό:* Μια μεγάλη πρόκληση για τη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων είναι η μεταβαλλόμενη φύση του εργατικού δυναμικού. Η αυξημένη αυτή διαφοροποίηση στο εργατικό δυναμικό σχετίζεται με τους εξής παράγοντες :
- Η φύση της εργασίας έχει αλλάξει με αποτέλεσμα όλες οι εργασίες να μπορούν να εκτελούνται τόσο από άνδρες όσο και από γυναίκες.
- Οι γυναίκες σήμερα αποτελούν το 46% του εργατικού δυναμικού στις μονάδες υγείας. Η αλλαγή αυτή έχει οδηγήσει σε περισσότερες μεταβολές σε ένα πιο φιλικό με την οικογένεια εργασιακό περιβάλλον.

Μια άλλη πρόκληση για τη διοίκηση προσωπικού στις μονάδες υγείας είναι η αύξηση του μέσου όρου συνταξιοδότησης των εργαζομένων. Η εξέλιξη αυτή είναι αποτέλεσμα δυο τάσεων. Καταρχήν, νομοθετήθηκαν υψηλότερα όρια συνταξιοδότησης. Ο αριθμός των μεγάλων σε ηλικία ανθρώπων αυξάνεται και πολλοί από αυτούς συνεχίζουν να εργάζονται είτε για προσωπική ικανοποίηση είτε για οικονομική ενίσχυση. Παράλληλα, ο αριθμός των νέων ανθρώπων σύμφωνα με τις δημογραφικές τάσεις φαίνεται να

μειώνεται. Μια πρόκληση για τη διοίκηση ανθρώπινων πόρων στα πλαίσια αυτά, είναι η εκπαίδευση των παλαιότερων εργαζομένων με στόχο την αναβάθμιση των προσόντων τους. Νέα πρόκληση αποτελεί η βεβαιότητα ότι οι νέοι άνθρωποι που προσλαμβάνονται έχουν τη διάθεση, αλλά και τα προσόντα για να εξελιχθούν και να μπορέσουν να συνυπάρξουν σε ένα περιβάλλον όπου οι περισσότεροι εργαζόμενοι είναι μεγαλύτεροί τους.

- *Η Νομοθεσία*: Το τμήμα ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας και χωρίς αμφιβολία είναι το τμήμα εκείνο που ασχολείται και φέρνει σε πέρας οποιαδήποτε δραστηριότητα αφορά στη νομοθεσία. Αρκετές φορές, η οργανισμός έρχεται σε αντιπαράθεση με τη νομοθεσία και για το λόγο αυτό αναγκαία κρίνεται η ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών που να είναι σε θέση να χειριστούν αποτελεσματικά τις περίπλοκες νομικές υποθέσεις.
- *Οι αυξημένοι επαγγελματικοί και οικογενειακοί ρόλοι* : Το ποσοστό των οικογενειών όπου τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα εργάζονται αυξάνεται χρόνο με το χρόνο. Όλο και περισσότερες επιχειρήσεις εισάγουν προγράμματα εργασίας φιλικά με την οικογένεια, γεγονός που τους δίνει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.
- *Η άνοδος του τομέα των υπηρεσιών* : Ο τομέας των υπηρεσιών αντιμετωπίζει μια πολύ γρήγορη ανάπτυξη σε σχέση με τη βιομηχανία τα τελευταία χρόνια. Η ανάπτυξη του τομέα των υπηρεσιών οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων όπως είναι για παράδειγμα οι αλλαγές στις προτιμήσεις των καταναλωτών, οι αλλαγές στη νομοθεσία και στις κυβερνητικές ρυθμίσεις, η ανάπτυξη της τεχνολογίας που περιορίζει τα βιομηχανικά επαγγέλματα, καθώς και ο τρόπος που είναι οργανωμένες οι σύγχρονες επιχειρήσεις.

1.9 Επιχειρησιακές Προκλήσεις για τις Μονάδες Υγείας

Οι επιχειρησιακές αλλαγές αφορούν τον ίδιο τον οργανισμό. Τα στελέχη μπορούν να ελέγξουν τις επιχειρησιακές προκλήσεις σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ότι τις περιβαλλοντικές. Τα έμπειρα στελέχη αντιμετωπίζουν έγκαιρα τις οργανωτικές αλλαγές προτού μετατραπούν σε προβλήματα. Οι ανθρώπινοι πόροι συχνά αποτελούν ένα πολύ σημαντικό κόστος για τις επιχειρήσεις. Τα εργατικά κόστη κυμαίνονται από 36% στις κεφαλαιουχικές επιχειρήσεις μέχρι 80% στις εταιρείες παροχής υπηρεσιών. Το πόσο αποτελεσματικά χειρίζεται μια μονάδα τους ανθρώπινους πόρους της, προσφέρει συγχρόνως, το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Μια υγειονομική μονάδα προκειμένου να αποκτήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και να μπορέσει να σταθεί στο χώρο θα πρέπει να δώσει έμφαση στους εξής παράγοντες :

- *Έλεγχος του κόστους.* Ένας τρόπος προκειμένου να έχει μια οργανισμός δυνατή παρουσία στον επιχειρησιακό χώρο είναι η διατήρηση του κόστους σε χαμηλά επίπεδα και η ύπαρξη αυξημένων ταμειακών ροών. Ένα σύστημα πληρωμών του προσωπικού που χρησιμοποιεί ένα καινοτόμο τρόπο αποζημίωσης των εργαζομένων ώστε να ελέγχεται το εργατικό κόστος βοηθά χωρίς αμφιβολία στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων. Παράλληλα, έλεγχος του κόστους μπορεί να επιτευχθεί με τη σωστή επιλογή ανθρωπίνων πόρων ώστε να μην χρειάζεται η συχνή αλλαγή τους, η αποτελεσματική και όχι σπάταλη εκπαίδευση των εργαζομένων και η καλή διαχείριση των θεμάτων ασφάλισης του προσωπικού.

- *Βελτίωση της ποιότητας.* Πολλές επιχειρήσεις, εφαρμόζουν πρακτικές ολικής ποιότητας, δηλαδή πολιτικές που προσφέρουν ποιότητα σε όλες τις διαδικασίες της με τελικό στόχο την παροχή ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών.
- *Δημιουργία διαφοροποιημένων ικανοτήτων.* Συχνό είναι το φαινόμενο όπου επιχειρήσεις χρησιμοποιούν τις ιδιαίτερες ικανότητες των ανθρώπων τους με σκοπό να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

❖ Εταιρικές αναδιοργανώσεις

Οι τελευταίες δύο δεκαετίες χαρακτηρίστηκαν από συγχωνεύσεις και εξαγορές αλλά και από πλήθος άλλων αναδιοργανώσεων. Οι εταιρείες που απαρτίζουν έναν κλάδο μειώνονται συνεχώς. Παράλληλα, οι αναδιοργανώσεις στις επιχειρήσεις συνεχώς επεκτείνονται έτσι ώστε να βελτιωθεί η ανταγωνιστικότητά τους, είτε μέσω της μείωσης ιεραρχικών επιπέδων στον οργανισμό, είτε αποκτώντας οικονομίες κλίμακας με το συνδυασμό δραστηριοτήτων. Είναι πολύ εύκολο να φανταστεί κανείς πως αλλιώς θα μπορούσαν να ανταποκριθούν οι επιχειρήσεις στα νέα δεδομένα από τις αναδιοργανώσεις που λαμβάνουν χώρα στις μέρες μας. Αυτές οι αναδιοργανώσεις επηρεάζουν τα οργανωτικά επίπεδα της οργανισμός και φυσικά τους εργαζομένους. Οι εργαζόμενοι συχνά αναρωτιούνται τι ρόλο θα παίξουν στις νέες μορφές που έχουν οι επιχειρήσεις. Οι εργαζόμενοι ως

αποτέλεσμα των αναδιοργανώσεων θα βρεθούν αντιμέτωποι με τις εξής αλλαγές

:

- *Απώλεια εργασίας, μισθού και πλεονεκτημάτων.*
- *Αλλαγές στην εργασία, νέοι ρόλοι και καθήκοντα.*
- *Μεταφορά σε άλλη γεωγραφική περιοχή.*
- *Αλλαγές σε αποδοχές και ανταμοιβές.*
- *Αλλαγές στις προοπτικές καριέρας.*
- *Αλλαγές στην οργανωτική δύναμη, στο status και στο prestige.*
- *Αλλαγές στο προσωπικό, νέοι συνάδελφοι, νέοι προϊστάμενοι.*
- *Αλλαγή στην εταιρική κουλτούρα και απώλεια της επιχειρησιακής ταυτότητας.*

❖ Αποκέντρωση

Στις περισσότερες παραδοσιακές επιχειρήσεις οι αποφάσεις λαμβάνονται από την ανώτατη διοίκηση και εφαρμόζονται από τα κατώτερα στρώματα. Συνήθως σε αυτού του είδους τις αποφάσεις παρατηρούνται πολλά ιεραρχικά επίπεδα και οι εργαζόμενοι με την πάροδο του χρόνου και την απόκτηση εμπειρίας ανεβαίνουν ιεραρχικό επίπεδο και κατευθύνονται προς την κορυφή. Η μορφή αυτή της οργάνωσης συχνά γίνεται παρωχημένη τόσο επειδή είναι δαπανηρή για να εφαρμοστεί, όσο και γιατί συχνά είναι μη ευέλικτη. Το παλαιό είδος οργάνωσης αντικαθίσταται από το αποκεντρωτικό, όπου στη λήψη αποφάσεων συμβάλλουν όλοι οι εργαζόμενοι που έχουν σχέση με το πρόβλημα.

❖ Μείωση του προσωπικού

Η μείωση του προσωπικού προκειμένου ο οργανισμός υπηρεσιών υγείας να αποκτήσει ευελιξία γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής στις μέρες μας ακόμα και ανάμεσα σε επιχειρήσεις που οι πολιτικές τους τίθενται κατά των απολύσεων. Η μείωση του προσωπικού αποτελεί μια αληθινή πρόκληση για τις επιχειρήσεις μια και πρέπει να αντιμετωπισθούν όλα εκείνα τα προβλήματα που απορρέουν από τις απολύσεις.

❖ Επιχειρησιακή κουλτούρα

Με τον όρο επιχειρησιακή κουλτούρα εννοούμε το σύνολο των πεποιθήσεων που μοιράζονται οι εργαζόμενοι σε μια επιχείρηση. Τα βασικά στοιχεία της είναι τα εξής :

- *Οι καθορισμός της συμπεριφοράς όταν οι άνθρωποι επικοινωνούν όπως η γλώσσα που χρησιμοποιείται.*
- *Οι ηθικές αξίες που συναντώνται στις διάφορες ομάδες εργασίας.*
- *Οι κυρίαρχες αξίες για τον οργανισμό, όπως είναι το χαμηλό κόστος και η υψηλή ποιότητα.*
- *Η φιλοσοφία που συνοδεύει τη στάση της οργανισμός απέναντι στους εργαζόμενους και τους πελάτες της.*
- *Οι κανόνες του παιχνιδιού προκειμένου ένας νεοεισερχόμενος υπάλληλος να γίνει αποδεκτός στην οργανισμός.*
- *Η ατμόσφαιρα και το εργασιακό κλίμα που χαρακτηρίζει μια υγειονομική μονάδα.*

1.10 Ατομικές Προκλήσεις

Στη συγκεκριμένη ενότητα γίνεται αναφορά στις προκλήσεις που αφορούν συγκεκριμένα το ανθρώπινο δυναμικό συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών σε μια μονάδα υγείας όπως είναι η ηθική υπευθυνότητα η οποία πρέπει να χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους κάθε οργανισμού, ο βαθμός παραγωγικότητας των εργαζομένων και η συμβολή τους στη συνολική παραγωγή των προϊόντων και των υπηρεσιών. Επίσης το αίσθημα ενδυνάμωσης, οι προσδοκίες των εργαζομένων και οι δυνατότητες και οι ευκαιρίες καριέρας που παρουσιάζονται στο τμήμα διοίκησης ανθρωπίνων πόρων αποτελούν ατομικές προκλήσεις για τους εργαζόμενους.

❖ Ηθική και κοινωνική υπευθυνότητα

Οι προσδοκίες των επιχειρηματικών μονάδων ότι οι εργαζόμενοί τους συμπεριφέρονται ηθικά ολοένα και αυξάνονται. Η κοινωνική υπευθυνότητα αφορά στους εργαζόμενους, στους ασθενείς, και στους εξωτερικούς συνεργάτες.

❖ Παραγωγικότητα

Η παραγωγικότητα μετριέται με το πόσο ο κάθε εργαζόμενος συμβάλλει στην παραγωγή των υπηρεσιακών της μονάδας υγείας. Όσο καλύτερο είναι το αποτέλεσμα για τον κάθε εργαζόμενο, τόσο μεγαλύτερη είναι η παραγωγικότητα για της μονάδας υγείας. Δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες καθορίζουν τη συμπεριφορά του εργαζόμενου: η ικανότητα και η κινητοποίηση. Η ικανότητα του εργαζομένου μπορεί να βελτιωθεί με τη συμμετοχή του σε εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία στοχεύουν στην ανάδειξη των προσόντων του και στην προετοιμασία του για να αναλάβει αυξημένες αρμοδιότητες στο μέλλον. Η

κινητοποίηση αναφέρεται στο κατά πόσο δίνεται κίνητρο στον εργαζόμενο για να εργάζεται προσφέροντας το 100% των ικανοτήτων του στην εργασία την οποία εκτελεί. Όταν ο εργαζόμενος έχει κίνητρο, είναι αποτελεσματικός και αισθάνεται τον χώρο του ως κάτι δικό του για το οποίο χρειάζεται να προσπαθήσει σκληρά.

❖ Ενδυνάμωση

Στις μέρες μας, οι μονάδες υγείας μειώνουν την εξάρτηση των εργαζομένων από τους ανώτερους τους και δίνουν έμφαση στον ατομικό έλεγχο της ίδιας της εργασίας που ο καθένας εκτελεί. Με την ενδυνάμωση οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν αρμοδιότητες και παίρνουν αποφάσεις που στο παρελθόν μόνο τα στελέχη μπορούσαν να φέρουν εις πέρας. Ο στόχος της ενδυνάμωσης είναι να δημιουργηθεί ένας οργανισμός με ενθουσιώδεις και πρόθυμους εργαζόμενους που πιστεύουν σε αυτή και θα κάνουν τα πάντα για την πρόοδο του

❖ Οι προσδοκίες των εργαζομένων

Όσο τα επίπεδα της εκπαίδευσης αναβαθμίζονται στις μέρες μας, οι αξίες και οι προσδοκίες των εργαζομένων μεταβάλλονται. Η τάση που κυριαρχεί ευρέως είναι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να αποκτά πανεπιστημιακή κατάρτιση και έτσι οι εργαζόμενοι να απασχολούνται άνετα σε διάφορα ιεραρχικά επίπεδα. Πλέον οι εργαζόμενοι απαιτούν αλλά και ταυτόχρονα διαθέτουν τα προσόντα για να τοποθετηθούν ψηλά στην ιεραρχία. Μια άλλη προσδοκία των εργαζομένων είναι ότι η τεχνολογία και οι τηλεπικοινωνίες θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της εργασίας τους. Οι καινοτομίες στην επικοινωνία και στην τεχνολογία των υπολογιστών θα αυξήσει την τάση για αλλαγές και σαν αποτέλεσμα θα υπάρξει καινοτόμος χαρακτήρας στη διοίκηση ανθρωπίνων

πόρων. Επίσης, πρέπει να προστεθεί ότι οι εργοδότες κάνουν βήματα για να υποστηρίξουν την προσωπική, οικογενειακή ζωή των εργαζομένων τους.

❖ *Η καριέρα και διοίκηση ανθρωπίνων πόρων*

Οι εργασίες και η καριέρα στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα μια πρόκληση αλλά και μια επιβράβευση. Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι στελέχη που θα εργάζονται στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων θα πρέπει να συμβάλλουν στην ενίσχυση του στρατηγικού πλεονεκτήματος του οργανισμού και στη διατήρηση της στρατηγικής του κατεύθυνσης. Οι παρακάτω ικανότητες είναι απαραίτητες για μια επιτυχή παρουσία στο χώρο :

- *Διοικητικές ικανότητες.* Γνώση οικονομικών, στρατηγικών και τεχνολογικών πλευρών των πωλήσεων, του μάρκετινγκ, των πληροφοριακών συστημάτων, των σχέσεων με τους πελάτες και των δυνατοτήτων παραγωγής
- *Πρακτικές των ανθρωπίνων πόρων.* Προσέλκυση και απασχόληση των κατάλληλων ανθρώπων, σχεδιασμός και ανάπτυξη των κατάλληλων συστημάτων, ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων αξιολόγησης και πληροφόρησης, μεταφορά των πολιτικών των ανθρωπίνων πόρων σε όλο τον οργανισμό.

Κεφάλαιο 2^ο : Το Ανθρώπινο Δυναμικό – Νοσηλευτές στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας

2.1 Γενικά Στατιστικά Στοιχεία

Από τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάζει ο ΟΟΣΑ και η ΠΟΥ, στα περισσότερα κράτη, το 5%, με 6% του εργατικού δυναμικού απασχολείται στον τομέα της υγείας. Για να αναλυθεί και να αξιολογηθεί το μέγεθος του υγειονομικού και νοσηλευτικού δυναμικού στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα στη παρούσα ενότητα, είναι απαραίτητη η παρατήρηση της διαχρονικής εξέλιξης του. Κατά τις δεκαετίες 1980-1990 και 1990-2000 παρατηρείται μεγάλη αύξηση του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα. Το 1980 οι γιατροί αριθμούσαν τους 23.469, το 1990 τους 35.657 και το 2000 47.979⁶⁴

Την ίδια περίοδο, παρατηρείται μια εντυπωσιακή υποκατάσταση των πρακτικών νοσοκόμων από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, από 18.954 νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που απασχολούνταν στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα το 1980, το 2000 απασχολούνταν 56.154. Την ίδια περίοδο, οι διπλωματούχοι νοσοκόμοι διπλασιάστηκαν, οι βοηθητικές νοσοκόμες πενταπλασιάστηκαν ενώ οι μαίες διατηρήθηκαν στον ίδιο αριθμό, σε αντίθεση με τις πρακτικές νοσοκόμες που από 8.445 μειώθηκαν στις 622⁶⁴.

Παρόλα αυτά όμως, οι ανάγκες του ελληνικού συστήματος υγείας για αύξηση του εκπαιδευόμενου νοσηλευτικού δυναμικού εξακολουθούν να είναι μεγάλες, ιδιαίτερα για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Πίνακας Νο. 4 - Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1980-2000

Κατηγορίες	1980	1990	2000
Ιατροί	23.469	35.657	47.979
Νοσοκομειακοί ιατροί	11.871	18.287	27.175
Νοσηλευτικό προσωπικό	18.954	34.582	56.164
Διπλωματούχοι νοσοκόμοι	5.048	8.253	11.277
Βοηθητικές νοσοκόμες	3.596	11.313	21.846
Μαίες	1.704	1.860	1.793
Πρακτικές νοσοκόμες	8.455	9.038	0
Διοικητικό προσωπικό	4.382	6.873	6.202
Τεχνικό προσωπικό	2.094	3.685	5.742

Άλλο προσωπικό	2.298	3.488	6.264
-------------------	-------	-------	-------

2.2 Ο Ρόλος της Εκπαίδευσης για τους Νοσηλευτές

Με τον όρο εκπαίδευση εννοούμε μια διαδικασία μάθησης με την οποία επιδιώκεται ο εργαζόμενος ν' αποκτήσει γνώσεις, τεχνικές δεξιότητες και να αναπτύξει στάσεις και συμπεριφορές που θα τον κάνουν πιο αποτελεσματικό⁵⁸. Η εκπαίδευση στο εσωτερικό μιας μονάδας υγείας στους νοσηλευτές αναφέρεται κυρίως στο τι χρειάζεται να ξέρει ο εργαζόμενος τώρα αλλά και στο άμεσο μέλλον. Ο εκάστοτε οργανισμός ενδιαφέρεται να δημιουργεί καταρτισμένους εργαζόμενους οι οποίοι ν' έχουν καλή γνώση της θέσης τους, προκειμένου να μπορούν από το πόστο τους να βοηθούν στην ανάπτυξη της στρατηγικής άρα και συνειρμικά στην επίτευξη των στόχων. Η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, οι στόχοι της πάντα αποβλέπουν στη δημιουργία προσωπικοτήτων οι οποίες να μπορούν να παίρνουν πρωτοβουλίες, ν' αντιμετωπίζουν καταστάσεις, και γενικά να μπορούν να έχουν τη κρίση να παίρνουν αποφάσεις πέρα από τη τεχνική φύση της δουλειάς που τους έχει ανατεθεί.

2.3 Η Διαδικασία της Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης για τους Νοσηλευτές

Παλαιότερα το περιβάλλον των οργανισμών παροχής υγείας ήταν για μεγάλα χρονικά διαστήματα σταθερό και η ανάγκη για εκπαίδευση των

εργαζόμενων ήταν πολύ μικρή, αφού οι εργασίες μαθαίνονταν πολύ εύκολα ενώ επηρεάζονταν σε μικρό βαθμό από τις εξωτερικές αλλαγές. Οι δεξιότητες που είχε κάποιος του αρκούσαν για να μπορέσει να βοηθήσει τον χώρο στον οποίο εργαζόταν. Σήμερα το περιβάλλον και ειδικά η τεχνολογία αλλάζει συνεχώς και με ρυθμούς ραγδαίους, οι επιχειρήσεις για να μπορέσουν να επιβιώσουν, θα πρέπει να έχουν προσωπικό το οποίο να μπορεί να προσαρμοστεί στις νέες κάθε φορά τεχνολογικές, οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και δημογραφικές αλλαγές. Ενδεικτικά αναφέρουμε τις αιτίες που καθιστούν επιβεβλημένη την εκπαίδευση των νοσηλευτών στους σημερινούς οργανισμούς υγείας. Συγκεκριμένα έχουμε τα εξής⁵⁰ :

- **Τεχνολογική πρόοδος:** απαιτούνται συνεχώς νέες ειδικότητες, νέες γνώσεις, εφαρμογή νέων μεθόδων και διαδικασιών εκτέλεσης έργου.
- **Απαιτήσεις και ανάγκες καταναλωτών:** απαιτούνται θέσεις εργασίας με νέο και διαφορετικό περιεχόμενο.
- **Συγχωνεύσεις και εξαγορές:** Απαιτείται νέα οργανωτική κουλτούρα, νέες θέσεις εργασίας.
- **Επανασχεδιασμός λειτουργιών και οργανωτικές αλλαγές:** Απαιτούνται νέες αρμοδιότητες και διευρυμένα καθήκοντα.
- **Εκπαιδευτικό σύστημα:** Παρατηρείται χάσμα γνώσεων και δεξιοτήτων μεταξύ των παρεχόμενων από το εκπαιδευτικό σύστημα και των απαιτούμενων από την υγειονομική μονάδα.
- **Χάσμα απόδοσης:** Παρατηρείται χάσμα σε σχέση με την αξιοποίηση των παραγωγικών πόρων, που οφείλονται στην ανεπάρκεια των εργαζομένων ή και τη διαφορετικότητα τους ως προς το σύστημα αξιών.

Για την κάλυψη όλων των παραπάνω αναγκών οι οργανισμοί υγείας επενδύουν τεράστια ποσά σ' εκπαιδευτικά προγράμματα νοσηλευτών και ιατρικού προσωπικού. Ο κίνδυνος λανθασμένων επενδύσεων σε σχέση με την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πάντα ορατός. Τα λάθη εντοπίζονται κυρίως στην δυσλειτουργία των επιχειρήσεων σε σχέση με τον εντοπισμό των εκπαιδευτικών αναγκών. Τα λάθη αυτά οδηγούν σε μη αποδεκτά και αναμενόμενα αποτελέσματα τα οποία έχουν να κάνουν είτε με λάθος εκπαιδευτικά προγράμματα, σε λάθους ανθρώπους, είτε μ' εκπαιδεύσεις σ' ακατάλληλους χρόνους από ακατάλληλους εκπαιδευτές, είτε ανεπαρκή μέσα ή ακατάλληλα μέσα και ακατάλληλες εκπαιδευτικοί μέθοδοι, είτε ανεπαρκής παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης⁴⁹. Πολλοί οργανισμοί υλοποιούν προγράμματα άσχετα με τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό εστιάζεται σε λάθος εντοπισμό αναγκών αλλά και σε λάθος ορισμό εκπαιδευτικών στόχων⁵⁰. Πολλές επιχειρήσεις προβαίνουν σ' εκπαιδευτικές πράξεις για ασήμαντους λόγους, όπως :

- *Επειδή το κάνει ο ανταγωνισμός.*
- *Επειδή αυτό τους συμβούλεψαν κάποιои.*
- *Επειδή αυτό είναι στη μόδα.*
- *Επειδή αυτά τα προγράμματα προσφέρονται και είναι εύκολα στην υλοποίησή τους.*
- *Επειδή χρηματοδοτούνται.*
- *Επειδή πιστεύουν ότι η εκπαίδευση όποια και να είναι, όπως και να γίνεται, θα προσφέρει.*

Προκειμένου ν' αποφύγει μια εταιρεία παροχής υγείας να επενδύσει άσκοπα κεφάλαια για άσκοπες αιτίες σ' ένα αδιάφορο γι' αυτήν εκπαιδευτικό πρόγραμμα νοσηλευτών, θα πρέπει να ακολουθήσει το μοντέλο διαδικασίας εκπαίδευσης και ανάπτυξης του προσωπικού το οποίο καθορίζει με ακρίβεια τα βήματα που πρέπει ν' ακολουθήσει μια επιχειρηματική μονάδα στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος. Στη περίπτωση που ένας οργανισμός κάνει σωστή προσέγγιση πριν καν μπει στη διαδικασία να επενδύσει σ' ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα τότε «γλιτώνει» και χρόνο και πιθανό κόστος.

2.4 Πρότυπο Μοντέλο Εκτίμησης Εκπαιδευτικών Αναγκών Νοσηλευτών

Η εκτίμηση των εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών είναι μια διαδικασία συλλογής και ανάλυσης πληροφοριών, δεδομένων και απόψεων για να καταλήξει στο συμπέρασμα ένας οργανισμός αν χρειάζεται εκπαίδευση, γιατί τι χρειάζεται, τι εκπαίδευση, σε ποια τμήματα, για πόσους και ποιους θ' αναφέρεται το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, πόση διάρκεια θα έχει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και πότε θ' εφαρμοστεί³⁵ Οι συνηθισμένες μέθοδοι συλλογής πληροφοριών για τις εκπαιδευτικές ανάγκες είναι οι εξής⁴⁰:

- *Τα ερωτηματολόγια*
- *Η έρευνα δεδομένων και στοιχείων (ποσοτικής και ποιοτικής απόδοσης, περιγραφές θέσεων εργασίας).*
- *Περιγραφές θέσεων εργασίας νοσηλευτών.*
- *Συνεντεύξεις σ' ατομικό και ομαδικό επίπεδο.*

- *Αξιολογήσεις απόδοσης*
- *Γραπτές δοκιμασίες.*
- *Παρατήρηση.*
- *Κέντρα αξιολόγησης.*
- *Καταγραφή κρίσιμων περιστατικών.*
- *Ανάλυση καθηκόντων.*
- *Ανάλυση επιχειρηματικών σχεδίων.*

Οι πηγές συλλογής των συγκεκριμένων στοιχείων είναι οι ακόλουθες:

- *Οι ίδιοι οι εργαζόμενοι*
- *Οι άμεσοι προϊστάμενοι τους*
- *Τα υπάρχοντα αρχεία δεδομένων.*
- *Οι πελάτες/νοσηλευόμενοι.*
- *Οι ειδικοί σε θέματα εκπαίδευσης της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων.*
- *Τα ανώτατα στελέχη και οι εξωτερικοί σύμβουλοι.*

Δύο είναι τα βασικά μοντέλα αξιολόγησης και εκτίμησης εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών. Από τη μια έχουμε το *Αμερικάνικο μοντέλο* το οποίο εκμαιεύει τις ανάγκες μέσα από την αναποτελεσματική απόδοση, τη κακή εκτέλεση αλλά και τα αιτήματα των προϊσταμένων και των ανώτερων στελεχών. Από την άλλη έχουμε το *Ευρωπαϊκό μοντέλο* το οποίο βασίζεται στη συστηματική έρευνα και ανάλυση των εκπαιδευτικών αναγκών. Στην Ελλάδα το μεγαλύτερο ποσοστό των επιχειρήσεων ακολουθεί το Αμερικανικό μοντέλο, βασιζόμενο στα αιτήματα των προϊσταμένων και στις αξιολογήσεις απόδοσης. Για τη καλύτερη εκτίμηση προτιμάτε η έρευνα των τριών επιπέδων επίπεδο οργανισμός, επίπεδο

εργασιών/ καθηκόντων και επίπεδο εργαζόμενων. Παρακάτω παραθέτουμε τα τρία επίπεδα³⁵:

➤ Ανάλυση Εκπαιδευτικών αναγκών νοσηλευτών σε επίπεδο μονάδας υγείας

Οι παράγοντες - δυνάμεις του εξωτερικού περιβάλλοντος όπως π.χ. ανεπαρκώς εκπαιδευμένοι υποψήφιοι νοσηλευτές από την αγορά εργασίας, νέες τεχνολογίες που ωθούν την οργανισμό στη γνώση και στον εμπλουτισμό των θέσεων των εργαζόμενων, υποχρεωτικές κυβερνητικές διατάξεις που αναγκάζουν τον οργανισμό ν' αναπτύξει κάποιο νέο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, κινήσεις των ανταγωνιστών.

Οι στρατηγικές της μονάδας και τα μελλοντικά της πλάνα τα οποία αναφέρονται σε νέες δραστηριότητες, σε γραμμές παραγωγής, σε συγχωνεύσεις και εξαγορές, στην εισαγωγή νέων τεχνολογιών, σ' αναδιοργανώσεις, στην εφαρμογή νέων συστημάτων, σε διεθνείς συνεργασίες οι οποίες ωθούν στην εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Όλα τα παραπάνω απαντούν στην ανάγκη του οργανισμού ν' αποτελείται από καλά καταρτισμένους εργαζόμενους οι οποίοι μπορούν ν' ανταποκριθούν στις νέες αλλαγές και στα νέα δεδομένα.

Ανάλυση απόδοσης και των διοικητικών στελεχών αλλά και των εργαζόμενων, προκειμένου να καταδειχτούν οι αδυναμίες, οι ελλείψεις αλλά και η αναποτελεσματικότητα η οποία αναφέρεται στα παράπονα των εργαζόμενων και των πελατών, στα ατυχήματα, στο μικρό ποσοστό αξιοποίησης του εξοπλισμού στη χαμηλή παραγωγικότητα, στις άσκοπες δαπάνες, στα ατυχήματα, σε φαινόμενα απειθαρχίας κ.λπ. Αν όλες οι παραπάνω ελλείψεις αναφέρονται σ' αδυναμία των εργαζόμενων θα πρέπει η εταιρία να μελετήσει αν οφείλονται σε

θέματα δεξιοτήτων και ικανοτήτων ή αναφέρονται σε θέματα κινήτρων και διάθεσης των εργαζόμενων. Αν ισχύει το δεύτερο η εκπαίδευση δε μπορεί να βοηθήσει ούτε μπορεί ν' αλλάξει τη διαγραφόμενη κατάσταση. Από την άλλη και με γνώμονα την πρώτη περίπτωση της έλλειψης των δεξιοτήτων και ικανοτήτων η εκπαίδευση είναι αναγκαία και ενδείκνυται.

❖ Ανάλυση Εργασίας και καθηκόντων νοσηλευτών

Στο συγκεκριμένο στάδιο η επιχείρηση απασχόλησης νοσηλευτών μελετά τι κάνει και τι θα έπρεπε να κάνει ο φορέας μιας θέσης εργασίας, ποιες είναι οι υπευθυνότητες και οι γνώσεις του αλλά και ποιες ικανότητες χρειάζονται για την αποτελεσματική εκτέλεση μιας εργασίας. Με βάση το σχεδιασμό και τις απαιτήσεις μιας θέσης και σε συνδυασμό με τις γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες που έχουν οι εργαζόμενοι, προσδιορίζονται οι εκπαιδευτικές τους ανάγκες.

2.5 Ανάλυση Εργαζομένων - Νοσηλευτών

Η ανάλυση στην οποία αναφερθήκαμε στα προηγούμενα δύο επίπεδα δεν αναφέρεται σε πόσους και ποιους εργαζόμενους –νοσηλευτές έχουν αδυναμίες και ελλείψεις αλλά και σε ποιο βαθμό ενδιαφέρονται και δηλώνουν την επιθυμία τους να εκπαιδευτούν. Όλη αυτή η διαδικασία και η μελέτη καθορίζεται σ' επίπεδο διεύθυνσης, τμήματος, ή ομάδας εργαζόμενων, χρησιμοποιώντας στοιχεία και πληροφορίες από τα δελτία αξιολόγησης. Συγκεκριμένα οι μέθοδοι ανάλυσης των εργαζόμενων για τη διαπίστωση των αναγκών είναι οι ακόλουθοι⁵¹

:

- Τα ερωτηματολόγια.
- Το αρχείο- φάκελος των εργαζόμενων.
- Οι προσωπικές συζητήσεις και συνεντεύξεις.
- Τεστ.

Όλα τα παραπάνω μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες σε σχέση με τη φύση και την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος νοσηλευτών. Μέσα από τη συγκεκριμένη ανάλυση ο οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας αποφεύγει την ανάπτυξη λαθεμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων αλλά και την εκπαίδευση λάθος ατόμων, τα οποία δεν έχουν έλλειψη γνώσεων στο συγκεκριμένο πεδίο ή είναι αδιάφορα για παράδειγμα λόγω επικείμενης συνταξιοδότησης τους.

2.6 Συνοπτικά Στοιχεία του Ανθρώπινου - Νοσηλευτικού Δυναμικού στην Ελλάδα / Συνοπτική Περιγραφή

Οι εργαζόμενοι –νοσηλευτές που εντάσσονται στην κατηγορία αυτή διεξάγουν έρευνες, βελτιώνουν ή αναπτύσσουν έννοιες, θεωρίες και λειτουργικές μεθόδους ή εφαρμόζουν επιστημονικές γνώσεις συναφείς με τη βιολογία, μικροβιολογία, βοτανική, ανατομία, βακτηριολογία, βιοχημεία, φυσιολογία, κυτταρολογία, γενετική, γεωπονία, παθολογία, φαρμακολογία και ιατρική για να μπορούν να ανταπεξέλθουν επαρκώς στα καθήκοντα τους χωρίς άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Τα καθήκοντα που εκτελούν τα πρόσωπα αυτά συνήθως περιλαμβάνουν την διεξαγωγή επιστημονικής έρευνας, την εφαρμογή - ή την παροχή συμβουλών σχετικά με την εφαρμογή - των επιστημονικών γνώσεων που υπάρχουν από τη

μελέτη όλων των μορφών ανθρωπίνης, ζωικής και φυτικής ζωής, συμπεριλαμβανομένων των μελετών για ειδικά όργανα, κύτταρα και μικροοργανισμούς καθώς και τις επιπτώσεις περιβαλλοντικών παραγόντων, φαρμάκων ή άλλων ουσιών. Μελετούν επίσης τις ασθένειες που αφορούν τους ανθρώπους, συμβουλεύουν και εφαρμόζουν μεθόδους πρόληψης, θεραπείας και βελτίωσης της υγείας. Επίσης συντάσσουν επιστημονικές εργασίες και εκθέσεις και συχνά στα καθήκοντά τους συμπεριλαμβάνεται η εποπτεία άλλων εργαζομένων.

Τα παρακάτω στατιστικά δεδομένα προέρχονται από την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας που διεξήχθη κατά το β' τρίμηνο του 2007³⁸. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι τα στατιστικά στοιχεία αποτελούν απλές πληροφοριακές ενδείξεις με στόχο την πληρέστερη δυνατή ενημέρωση των ενδιαφερομένων. Τα στατιστικά δεδομένα που παρουσιάζονται στη συνέχεια αφορούν το σύνολο των απασχολούμενων που δήλωσαν ότι εντάσσονται στην συγκεκριμένη ευρεία επαγγελματική κατηγορία νοσηλευτών.

Σπουδές

Ο Πίνακας 5 δείχνει την «εκπαιδευτική» προέλευση των απασχολούμενων –νοσηλευτών, δηλαδή από ποιες σχολές και τμήματα προέρχονται - ανάλογα με το πότε απέκτησαν το ανώτερο πτυχίο τους (πριν ή μετά το 1990) και σε ποιο τομέα της οικονομίας εργάζονται (δημόσιο ή ιδιωτικό). Σύμφωνα με τον Πίνακα, το σύνολο των απασχολούμενων που ασκεί το επάγγελμα του νοσηλευτή, κατέχουν είτε πτυχίο ΑΕΙ είτε και μεταπτυχιακό δίπλωμα.

Πίνακας Νο. 5 - Επίπεδο Σπουδών

Περίοδος Απόκτησης πτυχίου=	< 1990		1990	
	Δη μόσιος	Ιδι ωτικός	Δη μόσιος	Ιδι ωτικός
ΑΕΙ (προπτυχιακά)	92 %	95 %	86 %	91 %
Μεταπτυχιακές Σπουδές	7%	4 %	12 %	8 %
Δίπλωμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ή Μάστερ) – Ιατρικές Σπουδές	5%	1 %	4%	5 %
Διδακτορικό ή Ph.D. - Ιατρικές	1%	3 %	6%	3 %
ΣΥΝΟΛΟ	10 0%	10 0%	10 0%	10 0%
Πηγή: Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, ΕΣΥΕ, 2007 Β' τρίμηνο				

Το 7% από αυτούς κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Τα άτομα νοσηλευτών της ίδιας γενιάς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα φαίνεται ότι κατέχουν μεταπτυχιακούς τίτλους σε μικρότερο βαθμό (4%). Το κύριο χαρακτηριστικό σχετικά με τη νεότερη γενιά απασχολουμένων (που απέκτησε πτυχίο μετά το 1990) είναι η αύξηση των ατόμων που κατέχουν μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών ανεξάρτητα είτε εργάζονται στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα.

Πρακτικοί βοηθοί νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα και ιατρεία

Οι πρακτικοί βοηθοί νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα και ιατρεία εκτελούν απλές εργασίες ως βοηθητικό προσωπικό των ιατρών, νοσοκόμων, μαιών και οδοντιάτρων. Τα καθήκοντά τους περιλαμβάνουν συνήθως :

- *Ετοιμάζουν τους ασθενείς για εξετάσεις ή θεραπεία*
- *Ετοιμάζουν τα κρεβάτια και βοηθούν τους ασθενείς με την υγιεινή τους*
- *Δίνουν θερμοφόρες στους ασθενείς και παρέχουν και άλλες παρόμοιες υπηρεσίες για την ανακούφιση τους*
- *Ξερβίρουν και συλλέγουν τους δίσκους με το φαγητό και σε περιπτώσεις που υπάρχει ανάγκη βοηθούν τους ασθενείς να γευματίσουν*
- *Αποστειρώνουν τα χειρουργικά και τα άλλα εργαλεία και τον εξοπλισμό*
- *Βοηθούν τους γιατρούς ρυθμίζοντας το φωτισμό και δίνοντας του τα εργαλεία που χρειάζεται.*

Συναφή Επαγγέλματα που κατατάσσονται σε άλλη κατηγορία:

- Πρακτικές νοσοκόμοι που απασχολούνται κατ' οίκον (5163)
- Νοσοκόμοι, πτυχιούχοι ΤΕΙ ή άλλων σχολών (3230)
- Νοσηλευτές πτυχιούχοι ΑΕΙ (2370)

Σύμφωνα με την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού της ΕΣΥΕ, το β τρίμηνο του 2008 στην επαγγελματική κατηγορία 516 Απασχολούμενοι νοσηλευτές στην παροχή προσωπικής φροντίδας και ασκούντες συναφή επαγγέλματα καταγράφηκαν 32.936 απασχολούμενοι, που ισοδυναμούν με το 0,83% της

συνολικής απασχόλησης. Το β' τρίμηνο του 2004 είχαν καταγραφεί 32.733 απασχολούμενοι νοσηλευτές (0,82% της συνολικής απασχόλησης). Μεταξύ του 2004 και του 2008, συνεπώς, η απασχόληση στη κατηγορία αυτή αυξήθηκε κατά 0,6%.

516 Απασχολούμενοι στην παροχή προσωπικής φροντίδας και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	
Απασχολούμενοι 2004	32.733
Ποσοστό επί του συνόλου 2004	0,82%
Απασχολούμενοι 2008	32.936
Ποσοστό επί του συνόλου 2008	0,83%
Μεταβολή απασχόλησης 2004 - 2008	203
Ποσοστιαία Μεταβολή 2004 - 2008	0,6%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, Β' τρίμηνο 2004 και 2008

2.7 Προβλήματα στην Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Από τα πορίσματα ερευνών και την επισκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας, στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν διαπιστωθεί αρκετά προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου νοσηλευτικού δυναμικού. Αυτά έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- **προβλήματα στον σχεδιασμό – προγραμματισμό**

Οι αποφάσεις των σχεδιαστών υγείας συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δυνάμεις προσφοράς και ζήτησης για το ανθρώπινο δυναμικό νοσηλευτών. Επιπλέον, παρατηρείται έλλειψη ολοκληρωμένων προγραμμάτων και σχεδίων για την περιφέρεια και ειδικότερα για τα επαγγέλματα υγείας εκτός των ιατρών.

➤ **προβλήματα στην παραγωγή – εκπαίδευση**

Οι εκπαιδευτικοί φορείς αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και λειτουργίας, με αποτέλεσμα το μοντέλο παραγωγής των επαγγελματιών υγείας να είναι ιατρό-κεντρικό. Δίνεται βάρος στην επεμβατική ιατρική και όχι στην γενική ιατρική, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη, που είναι απαραίτητοι παράγοντες για την ανάπτυξη του συστήματος. Επίσης, παρατηρούνται ελλείψεις στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην συνεχιζόμενη κατάρτιση, ενώ απουσιάζουν εκπαιδευτικά προγράμματα που να προετοιμάζουν κατάλληλα διοικητικά στελέχη με οικονομοτεχνικές γνώσεις.

➤ **προβλήματα στη διαχείριση – διοίκηση**

Η έλλειψη των οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών κινήτρων, προκαλεί σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων και οδηγεί στην μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών νοσηλευτικής. Επιπλέον, η απουσία της 'κουλτούρας' του μάνατζμεντ, οι προβληματικές συνθήκες απασχόλησης και η έλλειψη ορθολογικών μηχανισμών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, μειώνουν την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των απασχολούμενων του συστήματος υγείας.

Κεφάλαιο 3ο : Αξιολόγηση Επιπέδων Άγχους και Αυτοεκτίμησης Νοσηλευτών που Εργάζονται στο Ε.Σ.Υ.

3.1 Ιστορική Αναδρομή στη Λειτουργία του Ε.Σ.Υ.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας το οποίο ουσιαστικά πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα το 1980 και ξεκίνησε την λειτουργία του το 1984, έχει επικριθεί πολλές φορές από τους ειδικούς για την αδυναμία που εμφανίζει στις μέρες μας. Κάτι τέτοιο συμβαίνει βέβαια για πολλούς και διαφόρους λόγους, κυρίως όμως λόγω της αδυναμίας όλων των κυβερνήσεων να εφαρμόσουν σε αυτό μια καλύτερης μορφής στρατηγική για σωστή πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης προς τους Έλληνες πολίτες και ασθενείς.

Η αναβάθμιση όμως η οποία επήλθε σε αυτό κατά την διάρκεια των τελευταίων 25 - 30 ετών περίπου, θεωρείται ότι έχει επιφέρει και ορισμένες σημαντικές μεταρρυθμίσεις εκσυγχρονισμού και βελτίωσης του συστήματος αυτού³ Η αναβάθμιση αυτή είχε ως στόχο, την κάλυψη κάποιας παντελής έλλειψης οργάνωσης και στελέχωσης των νοσοκομειακών μονάδων τόσο στις μεγάλες πόλεις όσο και στην περιφέρεια καθώς και έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η οποία δημιουργήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990.

Επιπλέον η συγκεκριμένη αναβάθμιση είχε ως επιπλέον σκοπό, την μείωση των ιδιωτικών άμεσων δαπανών στην ιατρική περίθαλψη και οι οποίες δαπάνες προέρχονται από λανθασμένη και μη ουσιαστική αξιολόγηση του ίδιου του συστήματος αλλά και των ιατρών που το απαρτίζουν. Όμως παρά το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλη προσφορά ιατρών, δεν έχει ύπαρξη κάποια μεγάλη

ανανέωση στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και στην παροχή νέου εξοπλισμού. Φυσικά σε αυτήν την κατάσταση, σημαντικό ρόλο έχει διαδραματίσει και η αδράνεια του πολιτικού συστήματος καθώς και οι υπεύθυνοι για το Εθνικό Σύστημα Υγείας οι οποίοι υποκύπτουν σε πολιτικές σκοπιμότητες και παιχνίδια εξουσίας αγνοώντας ουσιαστικά το δικαίωμα της δωρεάς ιατρικής περίθαλψης των Ελλήνων πολιτών, οδηγώντας αυτούς σε δαπάνες για ιδιωτική περίθαλψη και τους νοσηλευτές σε καταστάσεις υπερβολικού άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης¹⁶.

Θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι όλα αυτά τα χρόνια παρουσίας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα, έχει υπάρξει μια σημαντική ανάπτυξη των δημοσίων μονάδων υγείας και ιδιαίτερα των μεγάλων ιδιωτικών μαιευτηρίων και στα οποία έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση μιας ολιγοπωλιακής κατάστασης αλλά και μια σημαντικής επενδυτικής κίνησης από μέρους φορέων ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου³⁷. Ο κυριότερος ίσως λόγος για την εμφάνιση αυτής της κατάστασης που έχει δημιουργηθεί μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας, θεωρείται η παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών με την λειτουργία εξειδικευμένων εργαστηριακών τμημάτων και κατάλληλων μηχανημάτων μέσω της επιδότησης του κράτους. Χαρακτηριστικό επίσης είναι και το φαινόμενο της μονοπωλιακής τάσης της ιδιωτικής νοσηλευτικής αγοράς, όπου μικρότερες επιχειρήσεις στον τομέα αυτό εξαγοράζονται από μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες με σκοπό την επένδυση και τον εκσυγχρονισμό των τμημάτων τους.

Σε όλη αυτήν την δημιουργία τάσης για εκσυγχρονισμό και επιβολή μεταρρυθμίσεων στο Ε.Σ.Υ. και παράλληλη μείωση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι οποίες εμφανίζονται στην χώρα μας, μπορεί επίσης κανείς να επισημάνει ότι συνέβαλαν ο εκσυγχρονισμός των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων πολιτών. Η εισαγωγή κάποιων νέων επιστημονικών και ιατρικών μεθόδων από μέρους των αρμοδίων του Ε.Σ.Υ, συνέβαλε ουσιαστικά και αποτελεσματικά στην ολοένα και αυξανόμενη εμπιστοσύνη των πολιτών για δημόσια περίθαλψη. Μέθοδοι οι οποίες εφαρμόστηκαν στην χειρουργική, διάγνωση διαφόρων ασθενειών καθώς και καλύτερες περιθάλψεις και φροντίδες ασθενών, είναι χαρακτηριστικά του εκσυγχρονισμού και της βελτίωσης του συστήματος.

Τέλος, είναι πολλοί εκείνοι οι οποίοι έχουν επενδύσει μεγάλα χρηματικά ποσά σε κατασκευή πολυτελών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων τα οποία θα λειτουργούν μέσω και των ασφαλισμένων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αφού ο συγκεκριμένος κλάδος της νοσοκομειακής περίθαλψης ακόμα και της δημόσιας, χαρακτηρίζεται πολλές φορές από χλιδή και πολυτέλεια. Το κατεστημένο πλέον στην Ελλάδα όπου ο ασθενής πιστεύει ότι θα πρέπει να πληρώσει για να του παρασχεθεί μια σωστή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και να επιστρέψει υγιής σπίτι του, έχει αρχίσει να περνά σε δεύτερη μοίρα και σκέψη³⁸

3.2 Ιστορική Προέλευση της Ελληνικής Νοσηλευτικής

Η Ελλάδα είναι γνωστή ως χώρα για την ύπαρξη του πολιτισμού της και την πολύ μεγάλη συνεισφορά της στον Ευρωπαϊκό πολιτισμό. Μέσα από τον πολιτισμό αυτό, οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν προικιστεί με τις καταβολές των ανθρωπιστικών αξιών και οι οποίες χαρακτηρίζουν την φροντίδα των ασθενών σε όλη αυτή την Ελληνική παράδοση και πορεία των χρόνων¹⁵. Η άσκηση της πολιτικής που ασκείται στην Ελλάδα, σχετίζεται άμεσα με τις παρακάτω τρεις σημαντικές διαστάσεις :

- ❖ *Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας εντός των οικογενειών και από τα μέλη αυτής ή τους υπηρέτες τους*
- ❖ *Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε περιόδους πολέμου από απλούς πολίτες και ευγενείς οι οποίοι γνώριζαν την τέχνη της θεραπείας και της ιατρικής φροντίδας*
- ❖ *Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας από οργανωμένα νοσοκομεία εντός της Βυζαντινής αυτοκρατορίας στα γηροκομεία και τους ξενώνες από προσωπικό με αμοιβή και το οποίο απαρτιζόταν από άνδρες και γυναίκες*

Θεωρείται εξίσου σημαντικό να σημειωθεί πως με την πάροδο των χρόνων γινόταν όλο και πιο έντονα αισθητά η βελτίωση του νοσηλευτικού συστήματος, με την σύνθεση προσωπικού στα διάφορα Ελληνικά νοσοκομεία. Βέβαια η απουσία ενός συγκροτημένου προγραμματισμού δεν βοηθούσε αποτελεσματικά στην αποφυγή διαφόρων στρεβλώσεων εντός των νοσοκομείων και αποτελούσε εμπόδιο στην ομαλή ανάπτυξη του επαγγέλματος αυτού και στην εξέλιξη του⁶. Η κοινωνική όμως απαξίωση που χαρακτηρίζει το επάγγελμα της Νοσηλευτικής στην χώρα μας, φροντίζει να αναδεικνύει το γεγονός της τελευταίας

επιλογής για τους υποψήφιους φοιτητές και μελλοντικούς επαγγελματίες σε αυτόν τον χώρο. Τα διάφορα κυλιόμενα ωράρια, οι εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες εργασίες καθώς και η μη ικανοποιητική χρηματική αμοιβή αυτών που ασχολούνται με αυτό το επάγγελμα, δημιουργούν μια κατηγορία επαγγέλματος το οποίο δεν μπορεί να προσφέρει ικανοποίηση σε όσους το επιλέγουν για την μελλοντική τους σταδιοδρομία στην κοινωνία όπου ζουν.

3.3 Κατηγορίες Προβλημάτων που Σχετίζονται με το Χαμηλό Επίπεδο Αυτοεκτίμησης και Αντίστοιχα Υψηλό Επίπεδο Άγχους των Νοσηλευτών στα Δημόσια Νοσοκομεία και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

3.31 Προβλήματα στο Σχεδιασμό και Διοίκηση - Διαχείρισης του Ανθρώπινου Νοσηλευτικού Δυναμικού στο Ε.Σ.Υ.

Όπως αναφέρθηκε, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πολιτικές και συγκεκριμένοι στόχοι για τον προγραμματισμό, τη διοίκηση και την διαχείριση του ανθρώπινου νοσηλευτικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα κατά την χρήση των υπηρεσιών. Τα κυριότερα είναι :

- *Η δυσκολία πρόβλεψης του αριθμού των ατόμων νοσηλευτών και του επιστημονικού υπόβαθρου αυτών, που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του τομέα της υγείας*

- *Η έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των καθηκόντων για την κάθε κατηγορία εργαζομένων*
- *Η συγκρουόμενη και προβληματική σχέση του τομέα της υγείας με τους άλλους κοινωνικοοικονομικούς τομείς της χώρας.*

Επιπλέον, οι πολιτικές των ανθρώπινων πόρων χαρακτηρίζονται από πλήρη αποσύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης, λόγω έλλειψης συνεργασίας των αρμόδιων υπουργείων. Το υπουργείο παιδείας είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και την παραγωγή των στελεχών των υπηρεσιών υγείας, λειτουργεί όμως ανεξάρτητα από το υπουργείο υγείας, που είναι υπεύθυνο για τον υγειονομικό τομέα. Δημιουργείται λοιπόν σύγχυση για τις πραγματικές ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού.

3.3.2 Προβλήματα στη Διοίκηση του Νοσηλευτικού Δυναμικού στο Ε.Σ.Υ.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό πρόβλημα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, είναι οι ελλείψεις σε εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό δυναμικό, με ταυτόχρονη την άνιση γεωγραφική κατανομή του. Η έλλειψη αυτή οδηγεί στην κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των δημόσιων νοσοκομείων με την εργασία μεγάλου αριθμού ‘πρακτικών’ νοσοκόμων που δεν έχουν την κατάλληλη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση. Επίσης, πολλές φορές, το εν δυνάμει νοσηλευτικό δυναμικό, δεν μπορεί να απασχοληθεί στις υπηρεσίες υγείας, διότι οι θέσεις που προκηρύσσονται είναι πολύ λιγότερες από την προσφορά ατόμων ή δεν δέχεται τις προσφερόμενες θέσεις για τις οποίες εκπαιδεύτηκε. Έτσι, αναπτύσσεται διάσταση μεταξύ εκπαιδευόμενου δυναμικού και απασχόλησης.

3.3.3 Το Πρόβλημα της Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Δυναμικό στο Ε.Σ.Υ. το οποίο Αυξάνει το Επίπεδο Άγχους

Ένα πρόβλημα που εμφανίζεται τακτικά στους ειδικούς της διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων είναι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές στο Ε.Σ.Υ. και το οποίο εντείνει το επίπεδο άγχους και συνάμα μειώνει το αντίστοιχο επίπεδο αυτοεκτίμησης. Στο χώρο της υγείας συχνές είναι οι εμφανίσεις του φαινομένου του «Burn out». Σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον και μάλιστα το εργασιακό περιβάλλον στον κλάδο της υγείας, θα πρέπει να αναγνωρίσουμε ορισμένα χαρακτηριστικά που κάνουν πιο εύκολη την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά αυτά, είναι ο φόρτος εργασίας, η ανεπαρκής ενθάρρυνση, η έλλειψη ισότητας, η σύγκρουση αξιών και τέλος το δυσάρεστο περιβάλλον. Στον πίνακα Νο. 6 που ακολουθεί εκθέτουμε τα συμπτώματα που εμφανίζονται σε εργαζόμενους του κλάδου υγείας που υποφέρουν από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας Νο. 6

Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο χώρο της υγείας		
Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/κούραση	Έλλειψη υπομονής/Ευερεθιστικότητα	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/χαμηλή

		<i>εργασιακή ικανοποίηση</i>
<i>Κατάθλιψη</i>	<i>Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια</i>	<i>Παραίτηση</i>
<i>Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος</i>	<i>Κυνισμός/αρνητική διάθεση</i>	<i>Υψηλά επίπεδα παραίτησης</i>
<i>Πονοκέφαλοι</i>	<i>Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου</i>	<i>Αυξημένα παράπονα για την εργασία</i>
<i>Υπερένταση</i>	<i>Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων</i>	<i>Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία</i>
<i>Παρατεταμένη ασθένεια /συχνές ασθένειες/κρυολογήματα</i>	<i>Μειωμένη αυτοπεποίθηση</i>	<i>Αυξημένη χρήση φαρμάκων</i>
<i>Αύξηση ή μείωση βάρους</i>	<i>Λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων</i>	<i>Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις</i>
<i>Αναπνευστικά προβλήματα</i>	<i>Στρες, Εκνευρισμός</i>	<i>Υπερβολική χρήση αλκοόλ</i>
	<i>Αυξημένη ανησυχία</i>	<i>Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων</i>
	<i>Αδυναμία λήψης αποφάσεων</i>	<i>Εργασιομανία</i>
	<i>Κατάθλιψη</i>	

Βέβαια η επαγγελματική εξουθένωση και η οποία προκαλεί αυξημένα επίπεδα άγχους και μειωμένη αυτοεκτίμηση, δεν εμφανίζεται μέσα σε ένα βράδυ. Αντίθετα, τα προβλήματα επιδεινώνονται σταδιακά. Από τη στιγμή που οποιοσδήποτε- σε οποιοδήποτε επάγγελμα και επίπεδο εργασίας- μπορεί να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης πριν

ξεφύγουν από τον έλεγχο του. Κάποια από τα χαρακτηριστικά του burnout είναι τα ακόλουθα :

- **Έλλειψη κινήτρων.** Όλα ξεκινούν και καταλήγουν από την υπερβολή. Πολλοί είναι εκείνοι που αναλαμβάνουν υποχρεώσεις και προσπαθούν να ολοκληρώσουν θέματα και καταστάσεις ακόμη και όταν δεν είναι μέσα στα καθήκοντα τους. Όλοι λίγο πολύ, διακρίνονται από το στοιχείο της φιλοδοξίας και ο καθένας έχει τα κίνητρα τους στην αρχή της καριέρας του. Μετά όμως από ένα ορισμένο διάστημα και μην μπορώντας να διεκπεραιώσει όλα όσα έχει αναλάβει το άτομο κουράζεται, οι απαιτήσεις των γύρω του είναι σαφώς υψηλότερες, καταλήγοντας τελικά να μην βρίσκει κάποιο πραγματικό νόημα στην εργασία του.
- **Έντονη αποστροφή για την εργασία.** Σταδιακά φτάνουμε στο επόμενο στάδιο που είναι η ίδια η αποστροφή της εργασίας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η εργασία μπορεί να είναι αφόρητη. Μπορεί κάποιος να αντιπαθεί τους προϊσταμένου του, ή να έχει κουραστεί από τον φόρτο εργασίας. Μπορεί ακόμη να μη γίνεται κατανοητή η προσφορά μας ή ακόμη και εκτιμητέα. Μπορεί όμως το ίδιο το άτομο να μην είναι σε θέση να βοηθήσει τους πελάτες ή τους ασθενείς του και αυτό αποτελεί ένα σημείο τριβής στον εργασιακό του χώρο. Το αίσθημα αυτό της αδιαφορίας ή της μη ικανοποίησης. σχετίζεται επίσης με την επαγγελματική εξουθένωση.
- **Αίσθηση αποξένωσης.** Δεν είναι λίγοι εκείνοι, που αισθάνονται απομονωμένοι από τους συναδέλφους τους ή αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και τις συζητήσεις μαζί τους. Το να διαχωρίζει το άτομο τον εαυτό του από τους συναδέλφους του και το υπόλοιπο προσωπικό οδηγεί πάντα

στην αποξένωση. Ο άνθρωπος που βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση συχνά αισθάνεται ότι «μένει απ' έξω» (Όλοι φαίνονται να διασκεδάζουν με τη δουλειά τους, γιατί όχι κι εγώ;). Τα συναισθήματα αυτά μόνο επιδεινώνουν περισσότερο τη ματαίωση και την απογοήτευση.

- **Προβλήματα υγείας.** Η επαγγελματική εξουθένωση στο τέλος εκδηλώνεται με κάποια μορφή σωματικού προβλήματος. Σε αυτό το στάδιο πια οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητοποιούν ή παραδέχονται ότι κάτι δεν πάει καλά. Τα πιο συχνά προβλήματα υγείας είναι οι επίμονοι πονοκέφαλοι, οι οσφυαλγίες και άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες. Οι άνθρωποι αυτοί ίσως έχουν επίσης προβλήματα ύπνου. Ίσως επίσης να έχουν υπερβολικά χαμηλά ή υψηλά επίπεδα βάρους ή να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Τα αισθήματα αυτο-λύπησης είναι επίσης συχνά.

Εκτός από τα παραπάνω, υπάρχουν και προσωπικοί παράγοντες που καθιστούν κάποιους ανθρώπους στο νοσηλευτικό σώμα "ιδανικούς υποψήφιους" για εργασιακή εξουθένωση με συνεπακόλουθα τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυξημένο επίπεδο άγχους. Το φαινόμενο αυτό συνήθως 'χτυπά' τα άτομα που έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά :

- *Είναι ιδιαίτερα ευσυνείδητα.*
- *Έχουν υπερβολικές προσδοκίες από τον εαυτό τους, επιδιώκουν την τελειότητα και έχουν την πεποίθηση ότι μπορούν -ή πρέπει- να επιτυγχάνουν σε ό,τι κάνουν.*
- *Θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους και αναλαμβάνουν περισσότερα απ' όσα θα μπορούσαν να φέρουν σε πέρας χωρίς να... φτάσουν στα όριά τους*

- Δυσκολεύονται ή δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους- να λένε "όχι", θέλουν να ικανοποιούν τους πάντες
- Αρνούνται να μοιραστούν τις ευθύνες με άλλους ή να συζητήσουν τις δυσκολίες τους και προτιμούν να εργάζονται μόνοι
- Θεωρούν ότι η προσωπική αξία τους είναι στενά συνδεδεμένη με τη δουλειά τους και έχουν έντονη την ανάγκη αποδοχής από τους άλλους μέσα από τα επιτεύγματά τους. Το φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης "προειδοποιεί" για την εμφάνισή του, καθώς είναι μια συσσωρευτική διαδικασία που οδηγεί σταδιακά σε συναισθηματική εξάντληση και απόσυρση, της οποίας τα πρώτα σημάδια είναι η απώλεια ενεργητικότητας και κινήτρου και μια αίσθηση "παράλυσης" σχετικά με την αντιμετώπισή της – η επαγγελματική εξουθένωση είναι ο "πάτος" μιας αργής και... σιωπηλής διαδικασίας.

Έχουν γίνει πολλές έρευνες που έχουν δείξει το πόσο επηρεάζει ο εργασιακός χώρος την ανθρώπινη διάθεση, αλλά και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στο νοσηλευτικό σώμα. Προκειμένου λοιπόν να αποφύγουμε να πέσουμε στην παγίδα της επαγγελματικής εξουθένωσης στο τομέα αυτό, καλό είναι να προσαρμόσουν το χώρο τους έτσι ώστε να είναι ευχάριστος. Οι μικρές λεπτομέρειες, είναι εκείνες που θα διαφοροποιήσουν το τοπίο. Για παράδειγμα, ένας πίνακας, η μικρά χρωματιστά ευφάνταστα αντικείμενα, αλλάζουν την αύρα του χώρου και σίγουρα δεν τη βαραίνουν. Ερχόμενος ο εργαζόμενος στα νοσηλευτικά ιδρύματα μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον, αντιμετωπίζει μια ευχάριστη ατμόσφαιρα, που κάθε άλλο παρά τον κουράζει.

Παράλληλα είναι πολύ σημαντικό να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ των ωρών εργασίας και του προσωπικού χρόνου στους νοσηλευτές. Πολλές φορές το άτομο αποφεύγει να ασχοληθεί με τον εαυτό του γιατί υπάρχουν πολλά άλυτα θέματα με τα οποία δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα. Ωστόσο, βάζοντας ουσιαστικά θέματα στην αναμονή βραχυπρόθεσμα μπορεί να επιτευχθεί ο στόχος, δηλαδή το κάθε άτομο να λειτουργεί άψογα στον εργασιακό του νοσηλευτικό χώρο, αλλά αυτό θα είναι επιζήμιο για την υγεία μιας ο άνθρωπος θα είναι συνεχώς κουρασμένος και στην πραγματικότητα οι προτεραιότητές του θα είναι εντελώς λανθασμένες.

Ο κλάδος της υγείας, όπως γίνεται αντιληπτό είναι ένας τομέας πολύ ιδιαίτερος. Για τους εργαζόμενους στον κλάδο της υγείας, το νοσηλευτικό ή τεχνικό προσωπικό διακατέχεται συχνά από τη μόνιμη έννοια που είναι η δουλειά, καθώς το άγχος είναι συνεχές και η χαλάρωση καταντά αδύνατη. Τότε η εξάντληση και ο εκνευρισμός παίρνουν τον πρώτο ρόλο. Είναι πολύ σημαντικό να παίρνει κανείς και ικανοποίηση από τη δουλειά του. Όταν αυτό δεν συμβαίνει η αλλαγή στις συναισθηματικές απολαβές είναι εμφανής. Ωστόσο θα πρέπει να βρεθεί με ποιον τρόπο μπορούν να βρεθούν οι ισορροπίες αυτές. Παρακάτω παραθέτονται ορισμένες πρακτικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν. Σύμφωνα με αυτά λοιπόν ισχύουν τα ακόλουθα :

- ***Θα πρέπει να το νοσηλευτικό προσωπικό να στρέψει το βλέμμα του προς τον εαυτό τους***

Δεν είναι εύκολο κανείς να επηρεάσει τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν ούτε και να αλλάξει τις συμπεριφορές των ανθρώπων γύρω του.

Αυτό που μπορεί να κάνει όμως είναι να νιώσει πως έχει έλεγχο της ζωής του, αν αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται.

➤ **Θα πρέπει να το νοσηλευτικό προσωπικό να ενδιαφερθεί για το σώμα τους και την υγεία τους**

Να θέσει ως προτεραιότητα τον εαυτό τους και τις ανάγκες τους (υλικές ή πνευματικές). Να βρουν τρόπους ώστε να αποφύγουν την εξουθένωση, με στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητάς τους. Να βρουν κάποια απασχόληση – δραστηριότητα, ικανή να τους αποφορτίζει από το καθημερινό άγχος.

Αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής είναι η επίτευξη της ισορροπίας μεταξύ του προσωπικού και του επαγγελματικού τομέα στο νοσηλευτικό κλάδο. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση. Είναι μια προσπάθεια στην οποία πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να φανεί συνεπείς και πειθαρχημένοι. Επίσης είναι πολύ σημαντικό, αφού εντοπίζουν το πρόβλημα, να θέτουν μικρούς στόχους κάθε φορά, διότι αν θέτουν μεγάλους και ανατρεπτικούς στόχους, τότε γρήγορα και εύκολα θα απογοητευθούν και θα ενδώσουν σε τυχόν παλιές συνήθειες.

3.3.4 Άσχημο Εργασιακό Περιβάλλον στα Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Υγεία

Ο εργασιακός χώρος στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι ίσως η σημαντικότερη αιτία, που ευθύνεται για την εμφάνιση του συνδρόμου χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυξημένων επιπέδων άγχους. Ειδικά για το χώρο της υγείας, δηλαδή νοσηλευτές, τα πράγματα είναι ιδιαίτερα δύσκολα καθώς έχουν να κάνουν καθημερινά με τη διαχείριση του πόνου, την ασθένεια και την ψυχική

ηρεμία τόσο των ασθενών, όσο και τη δική τους. Συμπτώματα που συχνά αντιμετωπίζουν και υποφέρουν από αυτά οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, είναι τα ακόλουθα :

Έντονα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις :

- ανυπομονησία
- αρνητισμός
- αδυναμία αντίδρασης
- σύγχυση
- έλλειψη ελπίδας
- θυμός, αίσθημα "ματαίωσης" και απογοήτευσης
- συναισθηματική απομάκρυνση και απομόνωση από τους οικείους του και από τους συναδέλφους
- έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία
- ανία, αδιαφορία, αποτυχία
- 'εγκλωβισμός' σε μια κατάσταση από την οποία δεν υπάρχει διαφυγή
- υπερβολική πίεση από τα καθήκοντα
- αβεβαιότητα για τις ικανότητες και την επαγγελματική επάρκεια
- έντονο άγχος, αναποφασιστικότητα.
- κυνισμός, ευερεθιστότητα

Επίσης, μπορεί να παρουσιαστούν και σωματικές ενοχλήσεις, όπως :

- πονοκέφαλοι, πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος
- προβλήματα στον ύπνο (αϋπνία ή υπνηλία)
- αλλαγές στην όρεξη (μείωση ή αύξηση)

- αυξημένη αρτηριακή πίεση
- τρίξιμο δοντιών στον ύπνο
- έντονη, παρατεταμένη κόπωση

Αυτό που μπορεί κάποιος να προσφέρει στον εαυτό του και ο οποίος εργάζεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα, όταν συνειδητοποιήσει ότι είναι σωματικά και ψυχικά εξαντλημένος από την εργασία του, είναι τα ακόλουθα. Το πρώτο βήμα είναι να αναγνωρίσει τις αιτίες που τον κάνουν να νιώθει τόση πίεση. Οι εργασιακές συνθήκες, ο τρόπος με τον οποίο σκέφτονται για τη δουλειά τους, οι στόχοι που έχουν θέσει και η υπόλοιπη ζωή τους. Επίσης να επιτελούν τα ακόλουθα :

- Να αναγνωρίσουν τα όριά τους και τον περιορισμένο έλεγχο που εκ των πραγμάτων έχουν σε κάποιες καταστάσεις και να διακρίνουν αυτά που μπορούν αν αλλάξουν από εκείνα που πρέπει να αποδεχτούν ως έχουν.
- Να φροντίζουν τον εαυτό τους τόσο συναισθηματικά όσο και σωματικά για αντοχή εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Πιο ισορροπημένη διατροφή, καλύτερος ύπνος, σωματική άσκηση και ξεκούραση.
- Να μάθουν να χειρίζονται το στρες με διαφορετικούς τρόπους
- Να οργανώνουν καλύτερα το χρόνο τους.

- Να μάθουν να λέμε "όχι" χωρίς φόβο και ενοχές και να δίνουν προτεραιότητα στον εαυτό τους και στις ανάγκες τους
- Να θέτουν ρεαλιστικούς και εφικτούς στόχους
- Να μοιράζονται με άλλους τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις τους όταν είναι εφικτό, αρκεί πρώτα να επιτρέψουν στον εαυτό τους να ζητήσει βοήθεια, να δεχτούν ότι και οι άλλοι μπορούν να τις φέρουν σε πέρας εξίσου καλά
- Να 'τροφοδοτήσουν' και να φροντίσουν τις εργασιακές αλλά και τις προσωπικές σχέσεις τους και γενικότερα τη ζωή μας έξω και πέρα απ' τη δουλειά
- Να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους, στο μέτρο του δυνατού, στα κατάλληλα πρόσωπα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν (προϊσταμένους, συναδέλφους κ.λπ.)
- Να εξετάσουν την πιθανότητα να αναζητήσουν άλλη εργασία εφόσον οι συνθήκες δεν αλλάζουν.

Η χρόνια σωματική και ψυχική κόπωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσηλευτικά ιδρύματα στην ουσία μπορεί να είναι μια "προστατευτική αντίδραση" του οργανισμού τους, που λέει ότι δεν αντέχει άλλο τους ρυθμούς και πιθανόν τις επιλογές μας και απαιτεί να αλλάξουμε "πορεία". Με λίγα λόγια, δεν χρειάζονται και πολλά παρά μόνο να αντιμετωπίσουν με ψυχραιμία τα διάφορα συμβάντα. Μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση στα νοσηλευτικά ιδρύματα, περιλαμβάνονται η ενδυνάμωση, η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα στο stress η αίσθηση αποτελεσματικότητας, η καλή ψυχική διάθεση και το άγχος³⁶.

Αν και κάποιοι παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα, ορισμένοι ατομικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας φαίνεται να συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα δεν επαρκούν για τον καθορισμό αιτιολογικών σχέσεων, καθώς τα περισσότερα από αυτά έχουν συγκεντρωθεί στα πλαίσια συγχρονικών μελετών.

3.3.5 Προβλήματα από την Επαγγελματική Εξουθένωση στους Νοσηλευτές

Το Ινστιτούτο Ιατρικής πρότεινε σε αναφορά του «ορόσημο», έξι χαρακτηριστικά απόδοσης που αν υπάρχουν και βελτιώνονται, οδηγούν σε καλύτερη φροντίδα υγείας όπως ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, επικέντρωση στον άρρωστο, εγκυρότητα, αποδοτικότητα και ισότητα⁵⁷. Οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης του επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας. Αφορούν σε αντικειμενικούς δείκτες, όπως τη θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα, το χρόνο νοσηλείας, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων, την απρογραμμάτιστη επανεισαγωγή ασθενών.

Όμως, εκτός από τους προαναφερόμενους δείκτες, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, επειδή αποτελεί δείκτη μέτρησης του γενικού αποτελέσματος της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας ως προς τους νοσηλευτές, ιατρικό και λοιπό προσωπικό. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν προκύψει από μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης γιατρών και νοσηλευτών με μερικούς από τους παραπάνω δείκτες (την ικανοποίηση των ασθενών, τα ιατρικά σφάλματα, την απρογραμμάτιστη εισαγωγή ασθενών), οι οποίοι αντανakλούν το επίπεδο των παρεχομένων

υπηρεσιών υγείας³⁶. Συγκεκριμένα, οι Shanafelt et al μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Βρήκαν ότι από τους γιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη ποσοστό 76% πληρούσε τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή είχαν υψηλή βαθμολογία αποπροσωποποίησης ή συναισθηματικής εξάντλησης⁵⁷.

Οι «εξουθενωμένοι» γιατροί ήταν πιθανότερο να αναφέρουν «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή, τουλάχιστον σε «μηνιαία» ή «εβδομαδιαία» βάση, σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σε μελέτη των Leiter et al⁵⁷ διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωθε περισσότερο εξαντλημένο, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και με τις τέσσερις διαστάσεις της φροντίδας που μελετήθηκαν, δηλαδή τη νοσηλευτική φροντίδα, τη φροντίδα από τους γιατρούς, την πληρότητα και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και με τα αποτελέσματα της νοσηλείας.

Επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που τους παρεχόταν βρέθηκε και σε μελέτη των Vahey et al²⁹. Στη συγκεκριμένη μελέτη, η επαγγελματική

εξουθένωση των νοσηλευτών, όπως αυτή προσδιορίζεται με βάση τις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, ήταν σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί και με την έκβαση των ασθενών. Οι Priebe et al, σε πρόσφατη μελέτη τους, που σκοπό είχε τον καθορισμό των παραγόντων που προβλέπουν την έκβαση των ψυχιατρικών ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίζονταν σε υποστηρικτικές υπηρεσίες εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, βρήκαν ότι η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα του προσωπικού συσχετίζονταν με την έκβαση της υγείας των ασθενών.

Τα αποτελέσματα αυτών των πρόσφατων μελετών, αν και αναδεικνύουν τη σημασία των επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των γιατρών και των νοσηλευτών στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με κάποια επιφύλαξη λόγω ορισμένων μεθοδολογικών αδυναμιών αυτών των ερευνών, όπως ο συγχρονικός σχεδιασμός τους, το μικρό μέγεθος του δείγματος, οι διαστρεβλώσεις λόγω αυτο-αναφορών και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρόλο που η γενίκευση των ευρημάτων από τις παραπάνω μελέτες υπόκειται σε περιορισμούς, αυτά δεν θα πρέπει να αγνοηθούν, αλλά αντίθετα θα πρέπει να προβληματίσουν κάθε γιατρό, κάθε νοσηλευτή, αλλά και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδων υγείας.

Η μη ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, η δυσμενής έκβαση των ασθενών και η έλλειψη ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες σε αυτούς φροντίδες αποτελούν δείκτες του επιπέδου των

παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού και έτσι η επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς τους δείκτες αντανακλά την επίδρασή της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών. Η ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι επιτακτική, ιδιαίτερα σήμερα που η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας.

3.3.6 Συνθήκες Απασχόλησης στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που Αυξάνουν τα Επίπεδα Άγχους και Μειώνουν το Επίπεδο Αυτοεκτίμησης των Νοσηλευτών

Οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών νοσηλευτών υγείας στην Ελλάδα, δεν είναι κατάλληλες. Δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει καταργηθεί η πελατειακή σχέση γιατρού-ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. Καταρχήν, η πολιτική των αμοιβών η οποία χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο του γιατρού – καταναλωτή, λόγω της ισχυρής του θέσης. Μόνο αυτός καθορίζει ποιες εξετάσεις ή τι θεραπεία χρειάζεται ο ασθενής και δημιουργεί προκλητή ζήτηση στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών (σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, η παραοικονομία αυξάνει τα εισοδήματα των γιατρών κυρίως ορισμένων ειδικοτήτων κατά 40% περίπου) και πλήγμα στην ελληνική οικονομία. Το υπόλοιπο προσωπικό του δημόσιου τομέα υγειονομικού τομέα και κυρίως το νοσηλευτικό δεν αμείβεται καθόλου ικανοποιητικά.

Επίσης, η έλλειψη οικονομικών, ηθικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων, λειτουργεί ανασταλτικά και μειώνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Δεν υπάρχουν λοιπόν κατάλληλες συνθήκες απασχόλησης, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και αξιοκρατικές αμοιβές με αποτέλεσμα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία και η φυσιοθεραπεία, που συχνά προσφέρουν περισσότερα στον άρρωστο από ότι ο γιατρός, να υποβαθμίζονται

3.3.7 Έλλειψη Εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού

Όσον αφορά την εκπαίδευση των επαγγελματιών νοσηλευτών υγείας, παρατηρούνται ποιοτικές και ποσοτικές αδυναμίες, κυρίως σε θέματα που αφορούν την αναλογία διδακτικού προσωπικού, την διαθεσιμότητα και την καταλληλότητα του εκπαιδευτικού εξοπλισμού, την επάρκεια των χώρων διδασκαλίας κτλ. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος των πηγών χρηματοδότησης για την εκπαίδευση προσφέρεται για την παραγωγή ιατρικού προσωπικού, ενώ για τα άλλα επαγγέλματα υγείας υπάρχει χαμηλότερο ενδιαφέρον οικονομικής στήριξης. Αυτό το πρόβλημα δημιουργείται εξαιτίας της δύναμης και των πιέσεων του ιατρικού σώματος (ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος).

Το μοντέλο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των γιατρών, ακολουθεί πρότυπα περασμένων δεκαετιών και οδηγεί σε υπερεξειδίκευση και σε πλήθος κλινικών ειδικοτήτων. Επιπλέον, μετά τη λήξη των σπουδών της ιατρικής, υπάρχει μεγάλη αναμονή για την απόκτηση ορισμένων ιατρικών ειδικοτήτων, διότι οι

λίστες αναμονής στο υπουργείο υγείας είναι μεγάλες και η προσφορά θέσεων στις νοσηλευτικές μονάδες καθυστερεί .

Η νοσηλευτική εκπαίδευση παρουσιάζει προβλήματα ποιοτικής και ποσοτικής ανεπάρκειας, κυρίως λόγω της κοινωνικής υποβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Έχει αδυναμίες ως προς τη θεωρητική και πρακτική εφαρμογή της, λόγω έλλειψης τεχνικής εξειδίκευσης, ανθρωπιστικού περιεχομένου της φροντίδας και χαμηλής προσφοράς στην αγωγή υγείας.

Επιπλέον, στις περισσότερες σχολές που εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες υγείας, υπάρχουν αρκετές ελλείψεις μαθημάτων και εκπαιδευτικών εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα να μην έχουν ικανοποιητική κατάρτιση σε θέματα υγείας. Τέλος, οι αδυναμίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, επιμόρφωση και κατάρτιση είναι εμφανείς και οφείλονται στην απουσία μηχανισμών, προγραμμάτων και σχεδίων των αρμόδιων οργάνων κυρίως για τους ανέργους.

Κεφάλαιο 4ο : Αξιολόγηση Επιπέδων Άγχους και Αυτοεκτίμησης Νοσηλευτών που Εργάζονται στον Ιδιωτικό Τομέα

4.1 Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στο Σύστημα Ελέγχου Ποιότητας στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και ο οποίος Μειώνει τα Επίπεδα Άγχους και Αυξάνει την Αυτοπεποίθησή τους

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός πως για να επιτευχθεί η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς στα διάφορα ιδιωτικά νοσοκομεία από μέρους των νοσηλευτών, υπάρχει ένα σύστημα ελέγχου ποιότητας σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες⁴. Το όποιο σύστημα εφαρμόζεται με σκοπό την διασφάλιση του ελέγχου ποιότητας στα γενικά νοσοκομεία, προωθεί αποτελεσματικά την συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας καθώς και της αποτελεσματικότητας με το δυνατόν λιγότερο κόστος για την άμεση ωφέλεια των ασθενών από μέρους των νοσηλευτών. Ποια είναι όμως εκείνα τα συστήματα τα οποία χαρακτηρίζονται από ποιότητα και πως μπορούν να επιτευχθούν εντός των ιδιωτικών νοσοκομείων και γενικότερα στα συστήματα υγείας αυξάνοντας την αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών και μειώνοντας τα επίπεδα άγχους?

Εκείνοι οι οποίοι ασχολούνται με τα συστήματα ποιότητας έχουν αναφέρει πως αυτά χαρακτηρίζονται από τις εξής τρεις παραμέτρους η συσχέτιση τους με τα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης των νοσηλευτών, εντοπίζονται στα ακόλουθα γεγονότα¹⁶ :

- ❖ *Βασίζονται σε μια κουλτούρα ποιότητας και όχι σε απόλυτες μετρήσεις και προδιαγραφές επιστημονικών περιεχομένων*
- ❖ *Αποτελούν εργαλεία διαχείρισης και βάση στοιχείων που έχουν δημιουργηθεί από τις συμμετοχικές διαδικασίες*
- ❖ *Διεξάγεται ένας μεθοδικός εντοπισμός προβλημάτων που δίνεται προς επίλυση και βελτίωση και όχι μέθοδος τιμωρίας των υπευθύνων*

Βάση των παραπάνω στοιχείων λοιπόν, γίνεται αντιληπτό πως ένας νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών η οποία εργάζεται εντός ενός γενικού νοσοκομείου, μπορεί και διενεργεί κατάλληλα έτσι ώστε να υπάρχει ο σωστός συντονισμός, προγραμματισμός, επίβλεψη, επικοινωνία μεταξύ των μελών με τους ασθενείς, συλλογή δεδομένων, επεξεργασία αυτών, διεξαγωγή ερευνών και αξιολόγηση. Κάτι τέτοιο αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αύξηση των επιπέδων άγχους και ουσιαστικά οι ίδιοι μπορούν και αποτελούν τον σύνδεσμο μεταξύ των νοσηλευτικών προσωπικών στα ιδιωτικά νοσοκομεία και των υπευθύνων για την εφαρμογή της ποιότητας.

Οι υποχρεώσεις τους είναι να προγραμματίζουν και να ταξινομούν τα προβλήματα ανάλογα με την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Θα πρέπει επίσης να προχωρά στην αναγκαία συλλογή στοιχείων και πληροφοριών σχετικά με την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας στο νοσοκομείο όπου εργάζεται.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί πως κάποιος ο οποίος αναφέρεται ως νοσηλευτής ποιότητας, θα πρέπει να ενημερώνει κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό για τις ενέργειες αυτών σχετικά με προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας και να εφαρμόζει όλες εκείνες τις προσπάθειες που καταβάλλονται με σκοπό την ενημέρωση και την σωστή αντιμετώπιση των ασθενών.

Από όλα τα παραπάνω λοιπόν γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται στους ασθενείς στα ιδιωτικά νοσοκομεία, μπορεί να καθορίζεται από τον βαθμό ικανοποίησης του κάθε ασθενή αλλά και από την ανάλυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αυτών. Η βελτίωση της ποιότητας σχετικά με τις παρεχόμενες φροντίδες στα νοσοκομεία, αποτελεί μια συνεχή ενέργεια που αποσκοπεί στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των διεργασιών ενός νοσηλευτή ή μιας ομάδας νοσηλευτών. Τέλος στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί όποιες διορθωτικές παρεμβάσεις εκτελούνται στα αποτελέσματα της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας στα γενικά νοσοκομεία, μπορούν να ελαττώνουν ή να διαγράφουν τα όποια προβλήματα έχουν προκύψει.

4.2 Η Ψυχολογική Υποστήριξη και η Εργασιακή Παρακίνηση που Δέχονται οι Νοσηλευτές στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία ως Παράγοντας Μείωσης Άγχους και Αύξησης Αυτοεκτίμησης

Οι μεταβολές στην παραγωγική διαδικασία βασίζονται κατά κύριο λόγο στην αξιοποίηση του ανθρώπινου παράγοντα στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Το προσωπικό είναι αυτό που μπορεί να κάνει τη διαφορά και να δώσει το ιδιαίτερο συγκριτικό πλεονέκτημα στην οργανισμό, το οποίο επιτυγχάνεται με την

ανάπτυξη των "βασικών επιχειρησιακών δυνατοτήτων". Αυτές αναπτύσσονται, αλλά κυρίως διατηρούνται με :

- Την έμφαση στην εκπαίδευση.
- Την προτεραιότητα στην ανάπτυξη τόσο των ατόμων όσο και των ομάδων.
- Την υιοθέτηση "φιλοσοφίας" που ευνοεί τη μάθηση και
- Την προώθηση της δια βίου μάθησης των ατόμων.

Η επένδυση στους ανθρώπινους πόρους προϋποθέτει δαπάνες για την εκπαίδευση των εργαζομένων στα ιδιωτικά νοσοκομεία, κάτι που θα τονώσει την αυτοεκτίμηση τους και θα ελαφρύνει τα επίπεδα άγχους. Η απόδοση της επένδυσης μεταφράζεται σε βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων και σε επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Για να επιτευχθεί όμως το βέλτιστο απαιτείται η ανάπτυξη, οργάνωση και υπαγωγή του εκπαιδευτικού έργου σε συγκεκριμένη δομή.

Αποτελεί γεγονός πως οι σύγχρονες εξελίξεις στο σημερινό περιβάλλον θέτουν αναμφισβήτητα τον άνθρωπο στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθιστώντας αυτόν απαραίτητο μοχλό για την επιβίωση και την ανάπτυξη της εκάστοτε επιχείρησης, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών νοσοκομείων. Το νοσηλευτικό προσωπικό μιας ιδιωτικής μονάδας υγείας θεωρείται πλέον το σπουδαιότερο κεφάλαιό του και για το λόγο αυτό έμφαση έχει δοθεί στο ρόλο του μέσα σε αυτούς, τον τρόπο ανάπτυξής του και ικανοποίησής του. Η ικανοποίηση του εργαζομένου και των αναγκών του θεωρείται καθήκον και υποχρέωση των

σύγχρονων στελεχών, καθώς οι ίδιοι κατανοούν ότι τα στοιχεία αυτά θα κάνουν τον εργαζόμενο περισσότερο αποδοτικό – σε ποσοτικούς και ποιοτικούς όρους ταυτόχρονα – ενώ θα συμβάλλουν και στην ανάπτυξη συναισθημάτων αφοσίωσης προς την εργασία του, αλλά και τον οργανισμό.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, απαραίτητη κρίνεται η παρακίνηση του συνόλου των εργαζομένων – νοσηλευτών ενός ιδιωτικού οργανισμού υγείας. Ουσιαστικά σύμφωνα με τον κύριο Λαλούμη Δημήτρη ο όρος υποκίνηση υποδηλώνει: «..την αύξηση των κινήτρων των εργαζόμενων -νοσηλευτών για μεγιστοποίηση της ποσότητας και της ποιότητας της εργασίας που προσφέρουν». Μάλιστα θεωρεί πως τα κίνητρα αποτελούν την αιτία της εκάστοτε συμπεριφοράς του ατόμου και μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την αποτελεσματικότητα των εργαζόμενων σε μια επιχείρηση³².

Το ζήτημα της παρακίνησης και τα θέματα που σχετίζονται με αυτή (διαδικασία παρακίνησης, στοιχεία ενίσχυσής της, κίνητρα, κλπ) απασχόλησαν σημαντικά τους θεωρητικούς, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ποικίλων θεωριών. Από τις θεωρίες που παρουσιάζονται περαιτέρω, δεν έχει προσδιοριστεί κάποια η οποία έχει γίνει γενικά αποδεκτή σχετικά με το τι είναι αυτό που παρακινεί τους ανθρώπους στον εργασιακό τους χώρο. Η χρησιμότητα όλων όμως εντοπίζεται στο γεγονός ότι παρουσιάζουν πτυχές της παρακίνησης και τρόπους και μεθόδους για την ενίσχυσή της, οδηγώντας στη βελτίωση της απόδοσης των ατόμων, στην ανάπτυξη και στην επιτυχία τους.

Γενικά, οι θεωρίες παρακίνησης μπορούν να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στις θεωρίες περιεχομένου (content theories), οι οποίες έχουν κοινωνιολογικές διαστάσεις και προσεγγίζουν το ζήτημα της παρακίνησης

εξετάζοντας τον εργαζόμενο και το περιβάλλον του και τις θεωρίες διαδικασιών (process theories), οι οποίες είναι περισσότερο ψυχολογικές θεωρίες και εξετάζουν την παρακίνηση ως διαδικασία, σκέψη κλπ²⁰.

4.3 Ο Σκοπός και οι Χρήσεις Αξιολόγησης του Νοσηλευτικού Προσωπικού στις Ιδιωτικές Μονάδες Υγείας ως Παράγοντας Μείωσης Άγχους και Αύξησης Αυτοεκτίμησης

Η αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων –νοσηλευτών αποσκοπεί, κυρίως, στη βελτίωση της λειτουργίας της ιδιωτικής μονάδας υγείας και της ποιότητας του παραγωγικού της αποτελέσματος καθώς και της μείωσης του άγχους τους αλλά και αύξηση της αυτοεκτίμησης τους. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται σε ένα μεγάλο βαθμό μέσω της αύξησης της ανθρώπινης παραγωγικότητας. Πάρα τις δυσκολίες που προκύπτουν στην εφαρμογή της και γενικότερα, η αξιολόγηση απόδοσης του ανθρώπινου νοσηλευτικού δυναμικού σε ιδιωτικές μονάδες υγείας αποσκοπεί σε πολλές χρήσεις και πιο συγκεκριμένα δίνει τη δυνατότητα να γίνουν τα ακόλουθα :

- Να εντοπιστούν τα ισχυρά και τα αδύνατα σημεία των εργαζομένων. Στη συνέχεια, να επιβραβευσθούν οι υπάλληλοι για τις ιδιαίτερες ικανότητες τους και, μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης, να τους δοθεί η ευκαιρία να βελτιώσουν τα σημεία στα οποία υστερούν.
- Να ενημερώνονται και να συμβουλευούνται οι εργαζόμενοι για την αποδοτικότητα τους και τη γενικότερη θέση τους μέσα στην εταιρεία. Αυτή

η ενέργειά αποσκοπεί στην ανύψωση του ηθικού των υπαλλήλων, αφού όλοι το εκτιμούν το προσωπικό ενδιαφέρον που τους δείχνεται.

- Να αναγνωριστούν τα άτομα εκείνα που είναι έτοιμα για προαγωγή.
- Να αναπτυχθεί μια ουσιαστική σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ υφισταμένων και προϊσταμένων.
- Να αποκτήσει η οργάνισμός καλύτερη γνώση για τους υπάλληλους της και κατά συνέπεια, να συνειδητοποιήσει καλύτερα την ευθύνη της για την ανάπτυξή τους.
- Να αποκτήσει η οργάνισμός γνώσεις για το προσωπικό της, ώστε να της δοθεί η δυνατότητα να αξιοποιήσει πιο αποτελεσματικά τα προσόντα του, εφαρμόζοντας ως αρχή “το κατάλληλο άτομο στην κατάλληλη θέση”
- Να καθοριστεί το ποσοστό αυξήσεων ανά εργαζόμενο.
- Να αναδειχθούν και να αντιμετωπισθούν προβλήματα μειωμένης απόδοσης, εντοπίζοντας την πηγή του προβλήματος και αναζητώντας, από κοινού με τον εργαζόμενο, τρόπους βελτίωσης της απόδοσης του, πριν υπάρξει η ανάγκη για πειθαρχικές ή άλλες κυρώσεις, που δεν βοηθούν ούτε την εταιρεία ούτε τον εργαζόμενο.

Ιδιαίτερα αποδοτικά άτομα θεωρούν αναγκαία τη σύνδεση της αξιολόγησης με τις ανταμοιβές που περιμένουν από την τυπική οργάνωση, πράγμα που σημαίνει ότι η αξιολόγηση παίζει σημαντικό ρόλο στην υποκίνηση των εργαζομένων. Έρευνες επισημαίνουν τη θετική επίδραση της λειτουργίας της αξιολόγησης της απόδοσης του προσωπικού στην οργανωτική αποτελεσματικότητα. Πραγματικά, όταν η αξιολόγηση συνδέεται με τους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού έχει ως αποτέλεσμα να :

- Εναρμονίζει τις ενέργειες του εργαζομένου με τα αποτελέσματα που πρέπει να επιτύχει.
- Προσφέρει μέσο εκτίμησης του καθενός στην επίτευξη των επιχειρηματικών στόχων.
- Δίνει στοιχεία για το επίπεδο των ικανοτήτων καθενός, διευκολύνοντας τόσο τον προγραμματισμό όσο και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

Η διαδικασία αυτή μπορεί, επίσης, να αποδειχθεί πολύ αποτελεσματική, ως ένας τρόπος επιβεβαίωσης του ενδιαφέροντος της ιδιωτικής επιχείρησης για τον εργαζόμενο –νοσηλευτή αλλά και ως μέσο ενίσχυσης της δέσμευσης που αυτός νιώθει για την υλοποίηση των στόχων της οργανισμού.

Κεφάλαιο 5ο : Μεθοδολογία και τρόπος συλλογής πηγών και πληροφοριών

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται οι τρόποι με τους οποίους ολοκληρώθηκε η συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων για την συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας. Η συλλογή των στοιχείων ολοκληρώθηκε μέσω βιβλιογραφικής και πρωτογενούς έρευνας και συλλογής σχετικών πληροφοριών σχετικά με την συγκριτική αξιολόγηση επιπέδων άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα καθώς και τους τρόπους διοίκησης του νοσηλευτικού δυναμικού στα συστήματα αυτά.

Από τις αντίστοιχες πηγές που αφορούν το συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης, εξάχθηκαν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τους λόγους οι οποίοι οδηγούν τους νοσηλευτές στις μέρες σε αυξημένα επίπεδα άγχους και αντίστοιχα χαμηλούς δείκτες αυτοεκτίμησης στα δημόσια νοσοκομεία και νοσηλευτικά ιδρύματα. Επίσης στην αναζήτηση συμπληρωματικών πληροφοριών βοήθησαν κάποιες σημειώσεις από βιβλία και πληροφορίες από το διαδίκτυο, τα οποία έχουν γραφτεί και παρουσιαστεί από άλλους συγγραφείς πρωτύτερα.

Θα πρέπει να αναφερθεί πως η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων αποτελούν τα κύρια στοιχεία μιας έρευνας και καταγραφής αυτής, σχετικά με την μελέτη ενός φαινομένου ή γεγονότος όπως και στην συγκεκριμένη περίπτωση⁴¹. Επιπλέον μπορούν να χαρακτηριστούν ως πρωτογενή στοιχεία για την έρευνα ενός θέματος, αφού παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για αυτή αλλά και τις υποθέσεις που μπορούν να γίνουν. Οι πληροφορίες και τα δεδομένα σε αυτήν την συγκεκριμένη φάση μπορούν να τροφοδοτήσουν την σχεδιαστική διαδικασία του πλάνου θα παρουσιαστεί στην συγκεκριμένη έρευνα και πτυχιακή εργασία. Σε αυτό το πλάνο μπορούν να αναφέρονται ξεκάθαρα ο τρόπος με τον οποίο

πραγματοποιήθηκε η συλλογή των πληροφοριών και πως τεκμηριώνονται μέσα στην μελέτη και εργασία.

Η έρευνα η οποία διεξήχθη στην συγκεκριμένη μελέτη, βοήθησε στην κατανόηση του θέματος της πτυχιακής εργασίας από μέρους των φοιτητριών αλλά και στα καθημερινά γεγονότα που συνδέονται άμεσα με το θέμα που παραθέτουν. Οι άνθρωποι διεξάγουν κάποια έρευνα για να συλλέξουν αποτελέσματα με ένα συστηματικό τρόπο, και επομένως να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους⁴³. Κάθε ακαδημαϊκή έρευνα απαιτεί μια “μεθοδολογία” προκειμένου να αναλύσει τα αποτελέσματα.

Αυτή αποτελείται από τρόπους και μεθόδους παραγωγής και ανάλυσης δεδομένων, έτσι ώστε οι διάφορες θεωρίες να δοκιμαστούν και να γίνουν αποδεκτές είτε να απορριφθούν. Επομένως η μεθοδολογία η οποία χαρακτηρίζεται ως πρωταρχική, σχετίζεται τόσο με την λεπτομερή έρευνα μέσω της οποίας συλλέγονται τα δεδομένα καθώς και με τις πιο γενικές φιλοσοφικές απόψεις. Ο τρόπος που σκεφτόμαστε σχετικά με την ανάπτυξη των γνώσεων μας, επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο διεξάγουμε την έρευνα⁴¹.

5.1 Συλλογή Δεδομένων

Λόγω της βιβλιογραφικής φύσης της συγκεκριμένης εργασίας, ένα είδος πρωτογενούς και δευτερογενούς μεθοδολογίας και έρευνας χρησιμοποιείται για να οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα. Ένας αριθμός μεθόδων εμπλέκεται,

προκειμένου να καταστήσει ικανές τις φοιτήτριες να επιτύχει μια μεγαλύτερη κατανόηση των πηγών που χρειάζονται για την ανάλυση των σκέψεων τους σχετικά με το θέμα που ερευνούν. Αυτό είναι αναγκαίο μέσα σε μια έρευνα και μελέτη, καθώς τα αποτελέσματα τα οποία συλλέγονται από μια συγκεκριμένη περιοχή μπορούν να είναι περισσότερο αποτελεσματικά από εκείνα που προέρχονται από κάπου αλλού. Κάθε μέθοδος συλλογής δεδομένων έχει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα.

Ο συνδυασμός λοιπόν μεθόδων συλλογής πληροφοριών και δεδομένων, βοηθά σημαντικά στο να μειωθούν τα μειονεκτήματα που μπορούν να παρουσιαστούν στην έρευνα και τα οποία οι φοιτήτριες επιθυμούν να ελαχιστοποιήσουν. Βέβαια όπως θα αποδειχτεί και στην συνέχεια και όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, η έρευνα και μελέτη του συγκεκριμένου θέματος βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα και συλλογής σχετικών στοιχείων με ερωτηματολόγια η οποία αναφέρεται στην συγκριτική αξιολόγηση επιπέδων άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα καθώς και τους τρόπους διοίκησης του νοσηλευτικού δυναμικού στα συστήματα αυτά.

5.2 Δευτερεύων Δεδομένα

Ως Δευτερεύων δεδομένα περιγράφονται εκείνα στα οποία οι πληροφορίες συλλέγονται και καταγράφονται από κάποιον άλλον νωρίτερα και για σκοπούς, οι οποίοι είναι διαφορετικοί από εκείνους του συγγραφέα⁴³. Τα δευτερεύων δεδομένα παρέχουν την βάση για ένα καλό ιστορικό πληροφοριών, θέτοντας

ικανό τον κάθε φοιτητή να καταλάβει το αντικείμενο εργασίας του καθώς και να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για στήριξη των θεωριών από την πρωταρχική έρευνα. Είναι ευνόητο λοιπόν ότι μπορεί ευκολότερα κάποιος να βρει δευτερεύων δεδομένα για την έρευνα του, αφού αυτά έχουν γραφτεί προηγουμένως και έχουν εκδοθεί σε κάποια έντυπο τύπο ή στο διαδίκτυο. Τα περιοδικά και ο έντυπος τύπος είναι πρωταρχική φιλολογική πηγή για κάθε πληροφορία. Τα άρθρα σε αυτά είναι ικανοποιητικά προσβάσιμα και αναφέρονται σε ποικίλα θέματα της καθημερινότητας.

Επιπλέον τα βιβλία αλλά και τα άρθρα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την συλλογή πληροφοριών και προτάσεων, παρείχαν πληροφορίες οι οποίες έδωσαν στις φοιτήτριες την ευκαιρία να αναπτύξουν αναλυτικά τις θέσεις τους στην συγκεκριμένη έρευνα. Πάντα τα βιβλία αποτελούν μια αξιόπιστη μέθοδο συλλογής πληροφοριών, καθώς έχουν γραφτεί για ένα συγκεκριμένο σκοπό και παρέχουν συγκροτημένη σκέψη και ανάπτυξη αντικειμένου.

Το σημαντικότερο όμως πλεονέκτημα των δευτερογενών στοιχείων αφορά το μικρό κόστος και το σύντομο χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη συλλογή τους. Αν οι πληροφορίες που απαιτούνται είναι διαθέσιμες με τη μορφή δευτερογενών στοιχείων, ο ερευνητής απλά χρειάζεται να προστρέξει στην πηγή τους, να τα εντοπίσει και να τα συγκεντρώσει. Αυτό συνήθως απαιτεί μικρό χρονικό διάστημα και μικρό κόστος. Ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχει κάποια χρέωση για τη χρήση τους, το κόστος είναι πολύ μικρότερο από αυτό που θα απαιτείτο για να συγκεντρώσει η εταιρία τα στοιχεία αυτά. Πρέπει όμως να έχουμε υπόψιν μας ότι όταν χρησιμοποιούνται δευτερογενή στοιχεία, είναι

πολλές φορές αναγκαίο να γίνουν υποθέσεις και παραδοχές ώστε να καταστεί δυνατή η όσο αποτελεσματικότερη χρήση τους.

5.2.1 Μειονεκτήματα Δευτερογενών Δεδομένων

Παρά την σπουδαιότητα αλλά και την χρησιμότητα που παρουσιάζουν τα δευτερογενή δεδομένα στην διεκπεραίωση και συλλογή στοιχείων, εμφανίζουν τρία (3) σημαντικά προβλήματα :

- ❖ *Διαθεσιμότητα* : Για συγκεκριμένα προβλήματα είναι δυνατόν να μην υπάρχουν δευτερογενή δεδομένα
- ❖ *Ακρίβεια* : Ελλείψεις και μεθοδολογικές λεπτομέρειες που τις περισσότερες φορές δεν αναφέρονται καθόλου
- ❖ *Επάρκεια* : Μπορεί να υπάρχουν δευτερογενή δεδομένα τα οποία είναι διαθέσιμα και αρκετά ακριβή, αλλά να μην επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του συγγραφέα ή ερευνητή ενός θέματος

5.2.2 Πηγές Δευτερογενών Δεδομένων

Οι πηγές των δευτερογενών δεδομένων, χαρακτηρίζονται ως *εσωτερικές* και *εξωτερικές*. Ως εσωτερικές αναφέρονται εκείνες οι οποίες περιλαμβάνουν πληροφορίες και στοιχεία σχετικά με το τρόπο διοίκησης του νοσηλευτικού

προσωπικού στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και αναφορικά με τους δείκτες άγχους και αυτοεκτίμησης και ως εξωτερικές χαρακτηρίζονται εκείνες που παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες και στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί νωρίτερα σε διάφορες μελέτες ή παρέχονται επί πληρωμή από διάφορους οργανισμούς έρευνας, τις διάφορες κλαδικές μελέτες και δημοσιεύσεις Οργανισμών και Υπουργείων.

5.3 Ανάλυση Δεδομένων

Τα στοιχεία που συλλέγονται παράγουν ποιοτικά δεδομένα, τα οποία αναλύονται και επεξεργάζονται από τους ερευνητές. Οι απαντήσεις που προσφέρονται σε αυτούς και σε συνδυασμό με τις πηγές που οι ίδιοι έχουν επιλέξει για να τεκμηριώσει την έρευνα τους, θα τους βοηθήσουν στην συνέχεια να εκτιμήσουν σωστά τα γεγονότα και τις πηγές αυτές και να καταλήξουν στα συμπεράσματα τους.

Κεφάλαιο 6ο: Μεθοδολογία της Έρευνας

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μέτρηση των επιπέδων άγχους και αυτοεκτίμησης των νοσηλευτών που εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και η συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η χρονική περίοδος της έρευνας ήταν από το Μάρτιο 2009 μέχρι τον Ιούλιο 2009. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε η καταγραφή-έρευνα η οποία στηρίχθηκε σε συλλογή δεδομένων που προήλθε από τα 2 δημόσια Νοσοκομεία της πόλης του Ηρακλείου (Βενιζέλειο-Πανάκειο και ΠΑ.Γ.Ν.Η.) καθώς και τα 3 ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα της πόλης (Ασκληπιείο Κρήτης, Γενική Κλινική Άγιος Γεώργιος, Μητέρα Κρήτης). Η διοίκηση της Κλινικής Creta Interclinic δεν συμφώνησε να συμμετέχει το προσωπικό της στην έρευνα. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία ευκολίας. Μόνη προϋπόθεση ήταν η συμμετοχή όλων των ερωτώμενων στο κυκλικό ωράριο.

Το δείγμα της μελέτης ήταν 78 νοσηλευτές εκ των οποίων 40 από το δημόσιο τομέα και 38 από τον ιδιωτικό με προσπάθεια ισομερούς κατανομής ανά νοσοκομείο και ανά κλινική.

Στη συνέχεια έγινε συγκέντρωση των αποτελεσμάτων, ομαδοποίηση των δεδομένων και στατιστική επεξεργασία αυτών.

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση των απαραίτητων ερευνητικών στοιχείων έχει χρησιμοποιηθεί σε διδακτορική διατριβή συνάδερφου νοσηλευτή (κ. Παπαγεωργίου Δημήτρη, Αθήνα), του οποίου εξαρχής εξασφάλισαμε τη συναίνεση και κατόπιν, μας

απέστειλε το ερωτηματολόγιο προς χρήση (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1). Το εργαλείο στηρίχτηκε στη βάση του ερωτηματολογίου γενικής υγείας του Goldberg-WHO).

Η συμπλήρωση του έγινε από τις σπουδάστριες την ώρα της εργασίας με συνέντευξη των εργαζομένων.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0. Εκτός από τις συχνότητες, τα ποσοστά και τα άλλα συνήθη περιγραφικά μέτρα για τις μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκαν επίσης για τις συγκρίσεις τους οι δοκιμασίες χ^2 , Mann-Whitney, και Kruskal-Wallis.

Κεφάλαιο 7ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά δίνονται παρακάτω τα αποτελέσματα που περιγράφουν όλες τις μεταβλητές στο σύνολο των δεδομένων.

Εν συνεχεία δίνονται οι συγκρίσεις των μεταβλητών μεταξύ του SECTION=1 (ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ) και του SECTION=2 (ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ).

Ακολουθεί η ενότητα συγκρίσεων μεταβλητών εντός του SECTION=1.

Στην τελευταία ενότητα συγκρίνονται μεταβλητές εντός του SECTION=2.

7.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας 7: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

(α) Ποιοτικά δεδομένα

Μεταβλητή	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό (έγκυρο)
SECTION	1 ΔΗΜ	40	51,3
	2 ΙΔΙΩΤ	38	48,7
	Σύνολο	78	100,0
CLINIC	1 ΠΑΘ	18	23,1
	2 ΧΕΙΡ	22	28,2
	3 ΙΔΙΩΤ	38	48,7
	Σύνολο	78	100,0
AGE	1 21-30	32	41,0
	2 31-40	37	47,4
	3 41-50	8	10,3
	4 51-60	1	1,3
	Σύνολο	78	100,0
STUDYEARS	1	1	1,3
	2	27	34,6
	3	20	25,6
	4	30	38,5
	Σύνολο	78	100,0
SEX	1 ΑΡΡΕΝ	10	12,8
	2 ΘΗΛΥ	68	87,2
	Σύνολο	78	100,0
FAMSTATUS	1 ΑΓΑΜΟΣ	34	43,6
	2 ΕΓΓΑΜΟΣ	14	17,9
	3 ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	30	38,5
	Σύνολο	78	100,0

(β) Ποσοτικά δεδομένα

ΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	JOBYEARS
Σύνολο	74
Ελλείποντα	4

Minimum	,08
Maximum	35,00
Mean	6,8908
Std. Error of Mean	,79121
Median	5,0000
Mode	1,00
Std. Deviation	6,80623
Variance	46,325

Πίνακας 8: Οι μεταβλητές της ενότητας «Πως αισθάνομαι γενικότερα» βλ. ερωτηματολόγιο Παράρτημα

Μεταβλητή	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
QA1 Κουράζομαι εύκολα.	-2	3	3,8	3,9

	-1	38	48,7	49,4
	1	28	35,9	36,4
	2	8	10,3	10,4
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QA2 Συνηθίζω να κλαίω γιατί είμαι ευσυγκίνητος	-2	15	19,2	19,5
	-1	30	38,5	39,0
	1	19	24,4	24,7
	2	13	16,7	16,9
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QA3 Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχημένος όσο και οι άλλοι	-2	14	17,9	18,4
	-1	40	51,3	52,6
	1	14	17,9	18,4
	2	8	10,3	10,5
	Μερ.σύνολο	76	97,4	100,0
	Ελλείπ.	2	2,6	
	Σύνολο	78	100,0	
QA4 Μένω "πίσω" στις επαγγελματικές μου υποχρεώσεις γιατί δεν αποφασίζω γρήγορα	-2	19	24,4	24,7
	-1	45	57,7	58,4
	1	11	14,1	14,3
	2	2	2,6	2,6
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QA5 Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	-2	3	3,8	3,8
	-1	12	15,4	15,4
	1	47	60,3	60,3
	2	16	20,5	20,5
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QA6 Νιώθω πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται	-2	14	17,9	17,9

ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω				
	-1	48	61,5	61,5
	1	9	11,5	11,5
	2	7	9,0	9,0
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QA7 Ανησυχώ πολύ για κάτι που δεν αξίζει	-2	9	11,5	11,5
	-1	23	29,5	29,5
	1	33	42,3	42,3
	2	13	16,7	16,7
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QA8. Έχω τη τάση να παίρνω τα πράγματα δύσκολα	-2	12	15,4	15,6
	-1	41	52,6	53,2
	1	18	23,1	23,4
	2	6	7,7	7,8
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QA9 Μου λείπει γενικώς η αυτοπεποίθηση	-2	17	21,8	21,8
	-1	35	44,9	44,9
	1	20	25,6	25,6
	2	6	7,7	7,7
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QA10 Προσπαθώ να αποφεύγω τις δυσκολίες	-2	6	7,7	7,7
	-1	33	42,3	42,3
	1	29	37,2	37,2
	2	10	12,8	12,8
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QA11 Αισθάνομαι θλιμμένος	-2	19	24,4	24,7
	-1	40	51,3	51,9
	1	13	16,7	16,9
	2	5	6,4	6,5
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QA12 Παίρνω'' τις απογοητεύσεις στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις αποβάλλω	-2	10	12,8	13,0
	-1	38	48,7	49,4

	1	16	20,5	20,8
	2	13	16,7	16,9
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QA13 Είμαι σταθερός χαρακτήρας	-2	1	1,3	1,3
	-1	19	24,4	24,4
	1	39	50,0	50,0
	2	19	24,4	24,4
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QA14 Αναστατόνομαι κάθε φορά που σκέπτομαι τις ασχολίες μου	-2	5	6,4	6,4
	-1	41	52,6	52,6
	1	26	33,3	33,3
	2	6	7,7	7,7
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QA15 Σκέφτομαι συχνά ότι δεν αξίζω τίποτε	-2	42	53,8	53,8
	-1	30	38,5	38,5
	1	6	7,7	7,7
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QA16 Έχω συχνά τάσεις αυτοκαταστροφής	-2	52	66,7	66,7
	-1	24	30,8	30,8
	1	2	2,6	2,6
	Σύνολο	78	100,0	100,0

Πίνακας 9: Δείχνει για τις μεταβλητές της ενότητας «πως αισθάνομαι τώρα που συμπληρώνω το ερωτηματολόγιο» βλ. ερωτηματολόγιο Παράρτημα

Μεταβλητή	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
QB1 Αισθάνομαι ήρεμος	-2	3	3,8	3,8
	-1	13	16,7	16,7

	1	41	52,6	52,6
	2	21	26,9	26,9
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QB2				
Αισθάνομαι ασφαλής	-2	2	2,6	2,6
	-1	17	21,8	22,1
	1	39	50,0	50,6
	2	19	24,4	24,7
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QB3				
Νιώθω μια εσωτερική ένταση	-2	12	15,4	15,4
	-1	30	38,5	38,5
	1	26	33,3	33,3
	2	10	12,8	12,8
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QB4				
Είμαι στεναχωρημένος	-2	17	21,8	22,1
	-1	44	56,4	57,1
	1	12	15,4	15,6
	2	4	5,1	5,2
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QB5				
Είμαι αναστατωμένος	-2	20	25,6	25,6
	-1	41	52,6	52,6
	1	12	15,4	15,4
	2	5	6,4	6,4
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QB6				
Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	-2	19	24,4	24,4
	-1	36	46,2	46,2
	1	16	20,5	20,5
	2	7	9,0	9,0
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QB7				
Αισθάνομαι άγχος	-2	13	16,7	16,7
	-1	25	32,1	32,1

	1	26	33,3	33,3
	2	14	17,9	17,9
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QB8				
Έχω αυτοπεποίθηση	-2	1	1,3	1,3
	-1	9	11,5	11,7
	1	46	59,0	59,7
	2	21	26,9	27,3
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QB9				
Αισθάνομαι νευρική/ότητα	-2	11	14,1	14,3
	-1	40	51,3	51,9
	1	18	23,1	23,4
	2	7	9,0	9,1
	13	1	1,3	1,3
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QB10				
Βρίσκομαι σε διέγερση	-2	14	17,9	18,2
	-1	46	59,0	59,7
	1	13	16,7	16,9
	2	4	5,1	5,2
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QB11				
Είμαι χαλαρωμένος	-2	5	6,4	6,4
	-1	28	35,9	35,9
	1	33	42,3	42,3
	2	12	15,4	15,4
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QB12				
Είμαι ικανοποιημένος	-2	4	5,1	5,1
	-1	17	21,8	21,8
	1	44	56,4	56,4
	2	13	16,7	16,7
	Σύνολο	78	100,0	100,0
QB13				
Νιώθω έξαψη και ταραχή	-2	21	26,9	27,3

	-1	40	51,3	51,9
	1	12	15,4	15,6
	2	4	5,1	5,2
	Μερ.σύνολο	77	98,7	100,0
	Ελλείπ.	1	1,3	
	Σύνολο	78	100,0	
QB14				
Αισθάνομαι χαρούμενος	-1	17	21,8	21,8
	1	45	57,7	57,7
	2	16	20,5	20,5
	Σύνολο	78	100,0	100,0

7.2.ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ SECTION=1 ΚΑΙ ΤΟΥ SECTION=2

Στον πίνακα 7 φαίνεται ότι η ηλικία, το φύλο, τα έτη σπουδών και η οικογενειακή κατάσταση δεν εξαρτάται από τον τομέα που εργάζονται οι νοσηλευτές (δημόσιο ή ιδιωτικό).

Σχέση SECTION * AGE:

$\chi^2=6,821$; β.ε.=3; P=,078 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * STUDYEARS:

$\chi^2=2,610$; β.ε.=3; P=,456 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * SEX:

$\chi^2=,000$; β.ε.=1; P=1,000 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * FAMSTATUS:

$\chi^2=1,210$; β.ε.=2; P=,546 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 8 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας τους (δημόσιο ή ιδιωτικό). Δηλαδή το πώς αισθάνονται γενικότερα δεν επηρεάζεται σε σχέση σε ποιο τομέα εργάζονται.

Σχέση SECTION * QA1:

$\chi^2=4,456$; β.ε.=3; P=,216 → Όχι στατιστικά σημαντική.

Σχέση SECTION * QA2:

$\chi^2=1,271$; β.ε.=3; P=,736 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA3:

$\chi^2=3,471$; β.ε.=3; P=,324 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA4:

$\chi^2=2,144$; β.ε.=3; P=,543 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA5:

$\chi^2=4,810$; β.ε.=3; P=,186 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA6:

$\chi^2=3,967$; β.ε.=3; P=,265 Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA7:

$\chi^2=3,607$; β.ε.=3; P=,307 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA8:

$\chi^2=3,973$; β.ε.=3; P=,264 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA9:

$\chi^2=3,290$; β.ε.=3; P=,349 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA10:

$\chi^2=2,152$; β.ε.=3; P=,542 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA11:

$\chi^2=,317$; β.ε.=3; P=,957 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA12:

$\chi^2=1,033$; β.ε.=3; P=,793 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA13:

$\chi^2=1,707$; β.ε.=3; P=,635 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA14:

$\chi^2=2,226$; β.ε.=3; P=,527 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA15:

$\chi^2=,997$; β.ε.=2; P=,607 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QA16:

$\chi^2=5,350$; β.ε.=2; P=,069 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB1:

$\chi^2=1,624$; β.ε.=3; P=,654 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB2:

$\chi^2=2,700$; β.ε.=3; P=,440 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB3:

$\chi^2=,965$; β.ε.=3; P=,810 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB4:

$\chi^2=3,155$; β.ε.=3; P=,368 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB5:

$\chi^2=,507$; β.ε.=3; P=,917 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB6:

$\chi^2=2,539$; β.ε.=3; P=,468 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB7:

$\chi^2=1,928$; β.ε.=3; P=,587 → Όχι στατιστικά σημαντική

SECTION * QB8:

$\chi^2=2,637$; β.ε.=3; P=,451 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB9: → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB10:

$\chi^2=2,890$; β.ε.=3; P=,409 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB11:

$\chi^2=6,130$; β.ε.=3; P=,105 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB12:

$\chi^2=1,792$; β.ε.=3; P=,617 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB13:

$\chi^2=2,149$; β.ε.=3; P=,542 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SECTION * QB14:

$\chi^2=,208$; β.ε.=2; P=,901 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 9 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές στις ερωτήσεις QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας τους (δημόσιο ή ιδιωτικό). Δηλαδή το πώς αισθάνονταν την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση σε ποιο τομέα εργάζονταν.

Σχέση SECTION * JOBYEARS:

Mann-Witney U=637,500; P=,625 → Όχι στατιστικά σημαντική

7.3 ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ SECTION=1 αναλόγως του τμήματος εργασίας, της ηλικίας, του φύλου, των ετών υπηρεσίας και της οικογενειακής κατάστασης

Σχέση CLINIC * QA1:

$\chi^2=4,845$; β.ε.=3; P=,184 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA2:

$\chi^2=,383$; $\beta.ε.=3$; $P=,944$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA3:

$\chi^2=3,670$; $\beta.ε.=3$; $P=,299$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA4:

$\chi^2=2,298$; $\beta.ε.=3$; $P=,513$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA5:

$\chi^2=2,945$; $\beta.ε.=3$; $P=,400$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA6:

$\chi^2=2,505$; $\beta.ε.=3$; $P=,474$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA7:

$\chi^2=1,664$; $\beta.ε.=3$; $P=,645$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA8:

$\chi^2=1,233$; $\beta.ε.=3$; $P=,745$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA9:

$\chi^2=2,991$; $\beta.ε.=3$; $P=,393$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA10:

$\chi^2=1,822$; $\beta.ε.=3$; $P=,610$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA11:

$\chi^2=3,076$; $\beta.ε.=3$; $P=,380$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA12:

$\chi^2=3,540$; $\beta.ε.=3$; $P=,316$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA13:

$\chi^2=3,930$; $\beta.ε.=3$; $P=,269$ → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA14:

$\chi^2=6,111$; β.ε.=3; P=,106 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA15:

$\chi^2=2,266$; β.ε.=2; P=,322 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QA16:

$\chi^2=2,275$; β.ε.=2; P=,321 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB1:

$\chi^2=1,223$; β.ε.=3; P=,747 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB2:

$\chi^2=,654$; β.ε.=2; P=,721 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB3:

$\chi^2=1,347$; β.ε.=3; P=,718 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB4:

$\chi^2=1,814$; β.ε.=3; P=,612 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB5:

$\chi^2=2,963$; β.ε.=3; P=,397 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB6:

$\chi^2=1,347$; β.ε.=3; P=,718 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB7:

$\chi^2=6,452$; β.ε.=3; P=,092 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB8:

$\chi^2=1,704$; β.ε.=2; P=,427 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB9:

$\chi^2=,725$; β.ε.=3; P=,867 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB10:

$\chi^2=,963$; β.ε.=3; P=,810 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB11:

$\chi^2=2,357$; β.ε.=3; P=,502 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB12:

$\chi^2=,291$; β.ε.=3; P=,962 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB13:

$\chi^2=,599$; β.ε.=3; P=,897 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση CLINIC * QB14:

$\chi^2=,606$; β.ε.=2; P=,739 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 8 και 9 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με το τμήμα εργασίας (παθολογικό-χειρουργικό). Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση σε ποιο τμήμα από τα εργάζονταν.

Σχέση AGE * QA1:

$\chi^2=3,091$; β.ε.=6; P=,797 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA2:

$\chi^2=1,572$; β.ε.=6; P=,955 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA3:

$\chi^2=2,992$; β.ε.=6; P=,810 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA4:

$\chi^2=2,794$; β.ε.=6; P=,834 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA5:

$\chi^2=9,870$; β.ε.=6; P=,130 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA6:

$\chi^2=1,414$; β.ε.=6; P=,965 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA7:

$\chi^2=1,210$; β.ε.=6; P=,976 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA8:

$\chi^2=1,826$; β.ε.=6; P=,935 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA9:

$\chi^2=4,231$; β.ε.=6; P=,645 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA10:

$\chi^2=2,847$; β.ε.=6; P=,828 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA11:

$\chi^2=3,510$; β.ε.=6; P=,743 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA12:

$\chi^2=8,431$; β.ε.=6; P=,208 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA13:

$\chi^2=6,501$; β.ε.=6; P=,369 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA14:

$\chi^2=7,226$; β.ε.=6; P=,300 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA15:

$\chi^2=1,639$; β.ε.=4; P=,802 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA16:

$\chi^2=7,423$; β.ε.=4; P=,115 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB1:

$\chi^2=8,089$; β.ε.=6; P=,232 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB2:

$\chi^2=6,003$; β.ε.=4; P=,199 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB3:

$\chi^2=1,438$; β.ε.=6; P=,963 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB4:

$\chi^2=6,439$; β.ε.=6; P=,376 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB5:

$\chi^2=7,468$; β.ε.=6; P=,280 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB6:

$\chi^2=5,618$; β.ε.=6; P=,467 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB7:

$\chi^2=4,292$; β.ε.=6; P=,637 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB8:

$\chi^2=3,777$; β.ε.=4; P=,437 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB9:

$\chi^2=9,032$; β.ε.=6; P=,172 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB10:

$\chi^2=3,937$; β.ε.=6; P=,685 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB11:

$\chi^2=10,992$; β.ε.=6; P=,089 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB12:

$\chi^2=5,522$; β.ε.=6; P=,479 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB13:

$\chi^2=2,857$; β.ε.=6; P=,827 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB14:

$\chi^2=5,802$; β.ε.=4; P=,214 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 8 και 9 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με την ηλικιακή κατανομή τους (20-30, 31-40, 41-50, 51-60). Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με την ηλικία τους καθενός.

Σχέση STUDYEARS * QA1:

$\chi^2=5,077$; β.ε.= 6; P=,534 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA2:

$\chi^2=4,995$; β.ε.=6; P=,544 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA3:

$\chi^2=3,667$; β.ε.=6; P=,722 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA4:

$\chi^2=6,173$; β.ε.=6; P=,404 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA5:

$\chi^2=5,868$; β.ε.=6; P=,438 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA6:

$\chi^2=6,996$; β.ε.=6; P=,321 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA7:

$\chi^2=1,253$; β.ε.=6; P=,974 → Όχι στατιστικά σημαντική:

Σχέση STUDYEARS * QA8:

$\chi^2=5,324$; β.ε.=6; P=,503 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA9:

$\chi^2=5,734$; β.ε.=6; P=,454 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA10:

$\chi^2=12,066$; β.ε.=6; P=,061 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA11:

$\chi^2=9,529$; β.ε.=6; P=,146 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA12:

$\chi^2=5,353$; β.ε.=6; P=,499 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA13:

$\chi^2=2,564$; β.ε.=6; P=,861 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA14:

$\chi^2=9,441$; β.ε.=6; P=,150 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA15:

$\chi^2=1,133$; β.ε.=4; P=,889 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA16:

$\chi^2=4,928$; β.ε.=4; P=,295 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB1:

$\chi^2=3,483$; β.ε.=6; P=,746 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB2:

$\chi^2=3,069$; β.ε.=4; P=,546 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB3:

$\chi^2=9,388$; β.ε.=6; P=,153 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB4:

$\chi^2=3,022$; β.ε.=6; P=,806 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB5:

$\chi^2=3,215$; β.ε.=6; P=,781 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB6:

$\chi^2=6,020$; β.ε.=6; P=,421 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB7:

$\chi^2=4,384$; β.ε.=6; P=,625 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB8:

$\chi^2=4,908$; β.ε.=4; P=,297 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB9:

$\chi^2=2,233$; β.ε.=6; P=,897 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB10:

$\chi^2=3,136$; β.ε.=6; P=,792 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB11:

$\chi^2=6,982$; β.ε.=6; P=,322 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB12:

$\chi^2=3,482$; β.ε.=6; P=,746 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB13:

$\chi^2=6,284$; β.ε.=6; P=,392 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB14:

$\chi^2=2,774$; β.ε.=4; P=,596 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 8 και 9 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με το επίπεδο σπουδών τους. Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με το επίπεδο σπουδών τους.

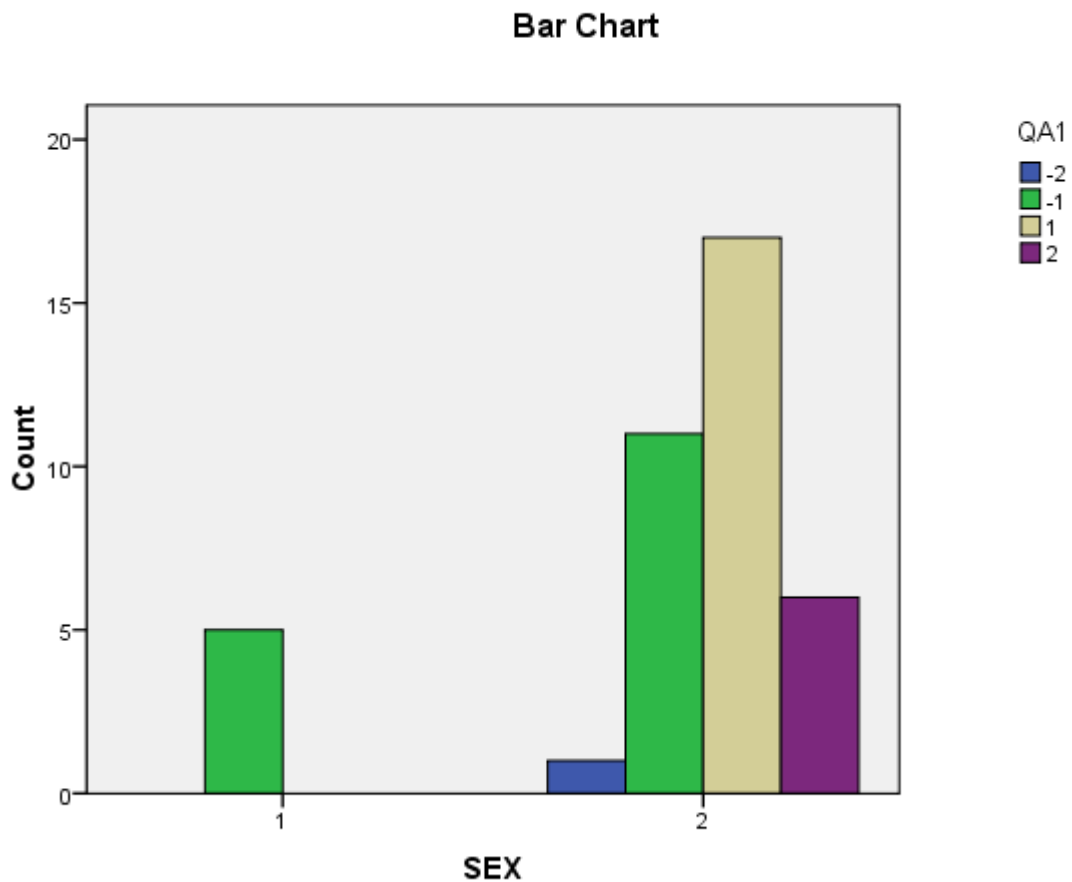
Σχέση SEX * QA1:

$\chi^2=8,571$; β.ε.=3; P=,036 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.

SEX	QA1				Total
	-2	-1	1	2	

1	Count	0	5	0	0	5
	% within SEX	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within QA1	,0%	31,3%	,0%	,0%	12,5%
2	Count	1	11	17	6	35
	% within SEX	2,9%	31,4%	48,6%	17,1%	100,0%
	% within QA1	100,0%	68,8%	100,0%	100,0%	87,5%
Total	Count	1	16	17	6	40
	% within SEX	2,5%	40,0%	42,5%	15,0%	100,0%
	% within QA1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



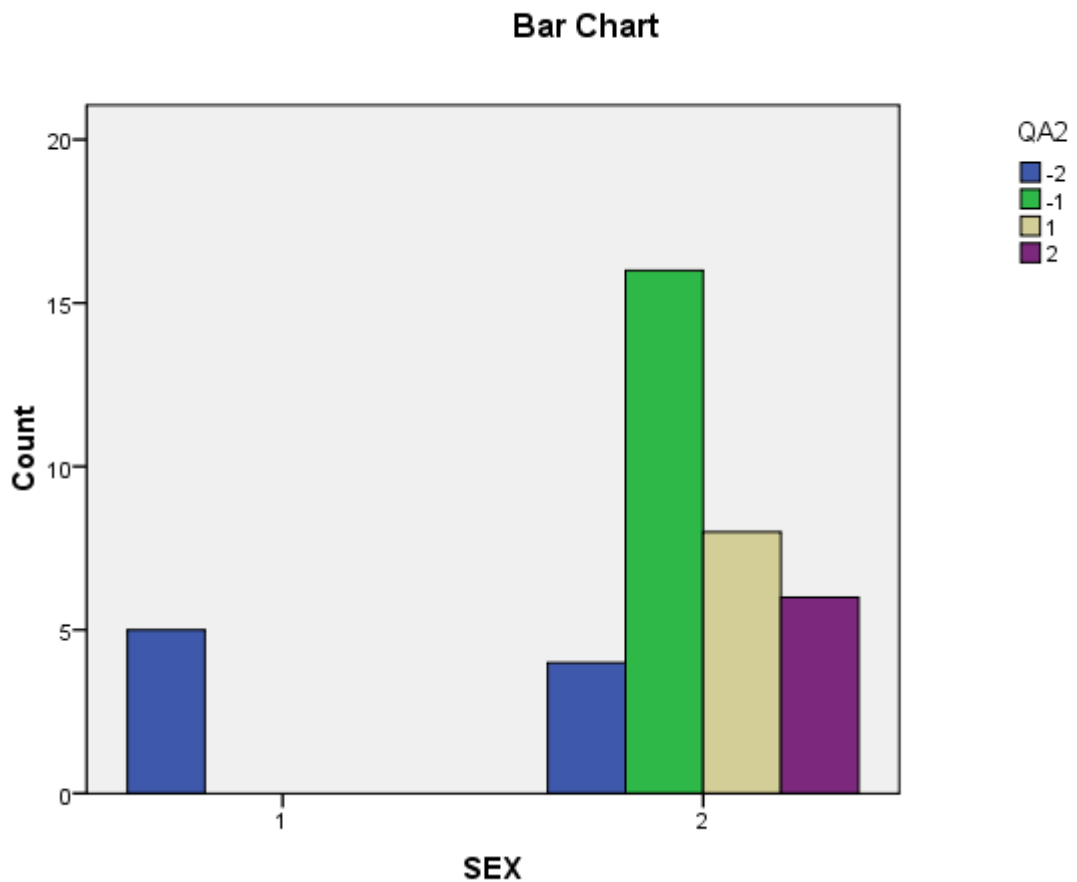
Από τον πίνακα 10 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στην ερώτηση QA1 παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο. Δηλαδή το φύλο επηρεάζει το «αν κουράζονται εύκολα» καθώς οι γυναίκες δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.

Σχέση SEX * QA2:

$\chi^2=19,118$; β.ε.=3; $P<,001$ → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.

SEX		QA2				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	5	0	0	0	5
	% within SEX	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within QA2	55,6%	,0%	,0%	,0%	12,8%
2	Count	4	16	8	6	34
	% within SEX	11,8%	47,1%	23,5%	17,6%	100,0%
	% within QA2	44,4%	100,0%	100,0%	100,0%	87,2%
Total	Count	9	16	8	6	39
	% within SEX	23,1%	41,0%	20,5%	15,4%	100,0%
	% within QA2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Από τον πίνακα 11 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στην ερώτηση QA2 παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο. Δηλαδή το φύλο επηρεάζει το «αν συνηθίζουν να κλαίνε εύκολα» καθώς οι γυναίκες το δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.

Σχέση SEX * QA3:

$\chi^2=,938$; β.ε.=3; P=,816 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA4:

$\chi^2=2,602$; β.ε.=3; P=,457 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA5:

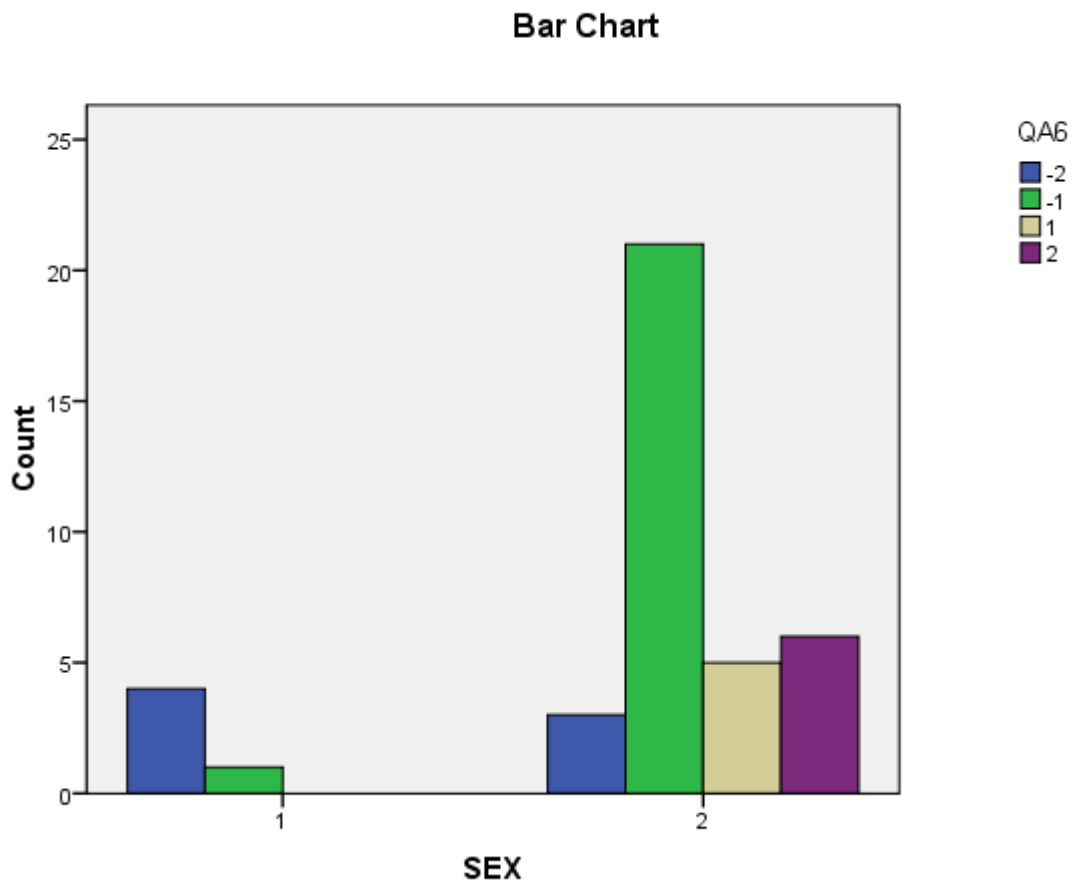
$\chi^2=,824$; β.ε.=3; P=,844 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA6:

$\chi^2=15,599$; β.ε.=3; P=,001 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

SEX		QA6				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	4	1	0	0	5
	% within SEX	80,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within QA6	57,1%	4,5%	,0%	,0%	12,5%
2	Count	3	21	5	6	35
	% within SEX	8,6%	60,0%	14,3%	17,1%	100,0%
	% within QA6	42,9%	95,5%	100,0%	100,0%	87,5%
Total	Count	7	22	5	6	40
	% within SEX	17,5%	55,0%	12,5%	15,0%	100,0%
	% within QA6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Από τον πίνακα 12 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στην ερώτηση QA6 παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο. Δηλαδή το φύλο επηρεάζει το «αν νιώθουν ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονται ανυπέρβλητα» καθώς οι γυναίκες το δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.

Σχέση SEX * QA7:

$\chi^2=5,388$; β.ε.=3; P=,146 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA8:

$\chi^2=7,688$; β.ε.=3; P=,053 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA9:

$\chi^2=7,492$; β.ε.=3; P=,058 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA10:

$\chi^2=1,923$; β.ε.=3; P=,589 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA11:

$\chi^2=4,256$; β.ε.=3; P=,235 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA12:

$\chi^2=3,429$; β.ε.=3; P=,330 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA13

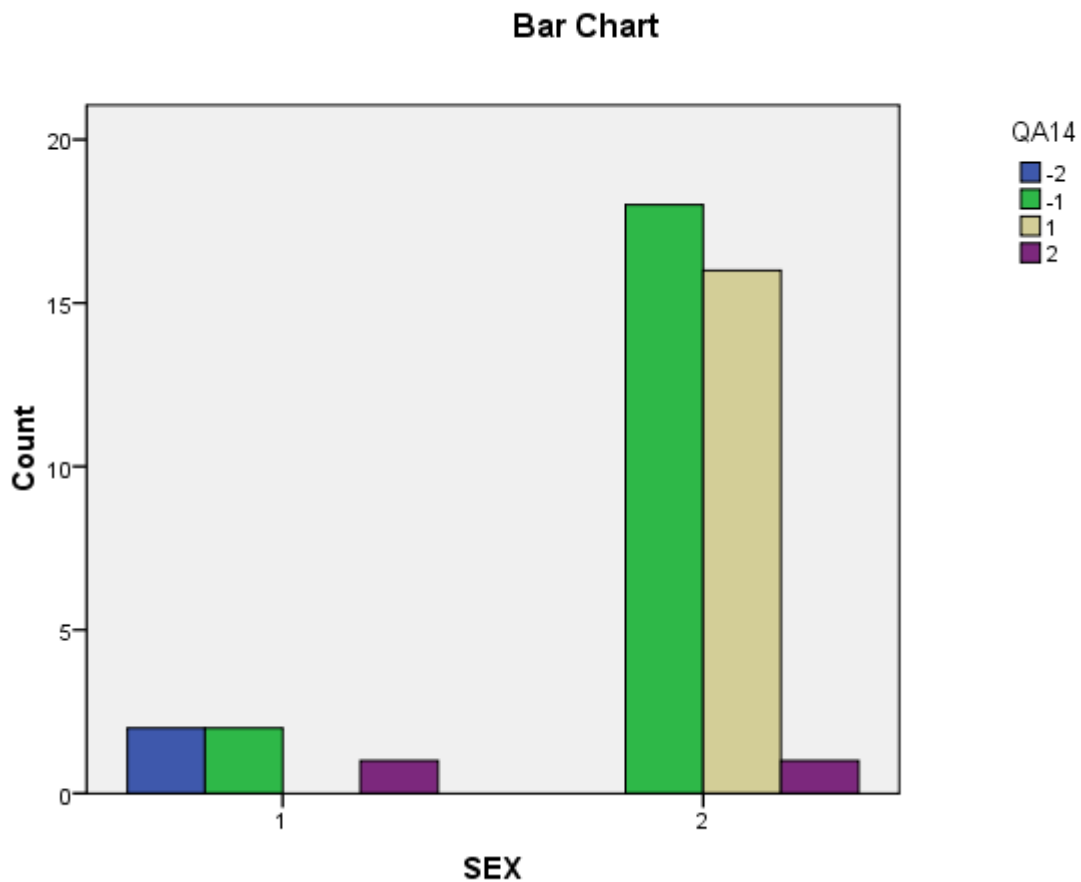
$\chi^2=,827$; β.ε.=3; P=,843 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA14:

$\chi^2=18,971$; β.ε.=3; P<,001 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 13.

SEX		QA14				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	2	2	0	1	5
	% within SEX	40,0%	40,0%	,0%	20,0%	100,0%
	% within QA14	100,0%	10,0%	,0%	50,0%	12,5%
2	Count	0	18	16	1	35
	% within SEX	,0%	51,4%	45,7%	2,9%	100,0%
	% within QA14	,0%	90,0%	100,0%	50,0%	87,5%
Total	Count	2	20	16	2	40
	% within SEX	5,0%	50,0%	40,0%	5,0%	100,0%
	% within QA14	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Από τον πίνακα 13 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στην ερώτηση QA14 παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο. Δηλαδή το φύλο επηρεάζει το «αν αναστατώνονται κάθε φορά που σκέπτονται στις ασχολίες τους» καθώς οι γυναίκες το δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.

Σχέση SEX * QA15:

$\chi^2=4,224$; β.ε.=2; P=,121 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA16:

$\chi^2=1,473$; β.ε.=2; P=,479 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB1:

$\chi^2=1,951$; β.ε.=3; P=,583 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB2:

$\chi^2=,134$; β.ε.=2; P=,935 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB3:

$\chi^2=5,105$; β.ε.=3; P=,164 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB4:

$\chi^2=3,311$; β.ε.=3; P=,346 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB5:

$\chi^2=7,521$; β.ε.=3; P=,057 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB6:

$\chi^2=4,256$; β.ε.=3; P=,235 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB7:

$\chi^2=3,962$; β.ε.=3; P=,266 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB8:

$\chi^2=,852$; β.ε.=2; P=,653 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB9:

$\chi^2=4,702$; β.ε.=3; P=,195 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB10:

$\chi^2=6,523$; β.ε.=3; P=,089 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB11:

$\chi^2=1,498$; β.ε.=3; P=,683 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB12:

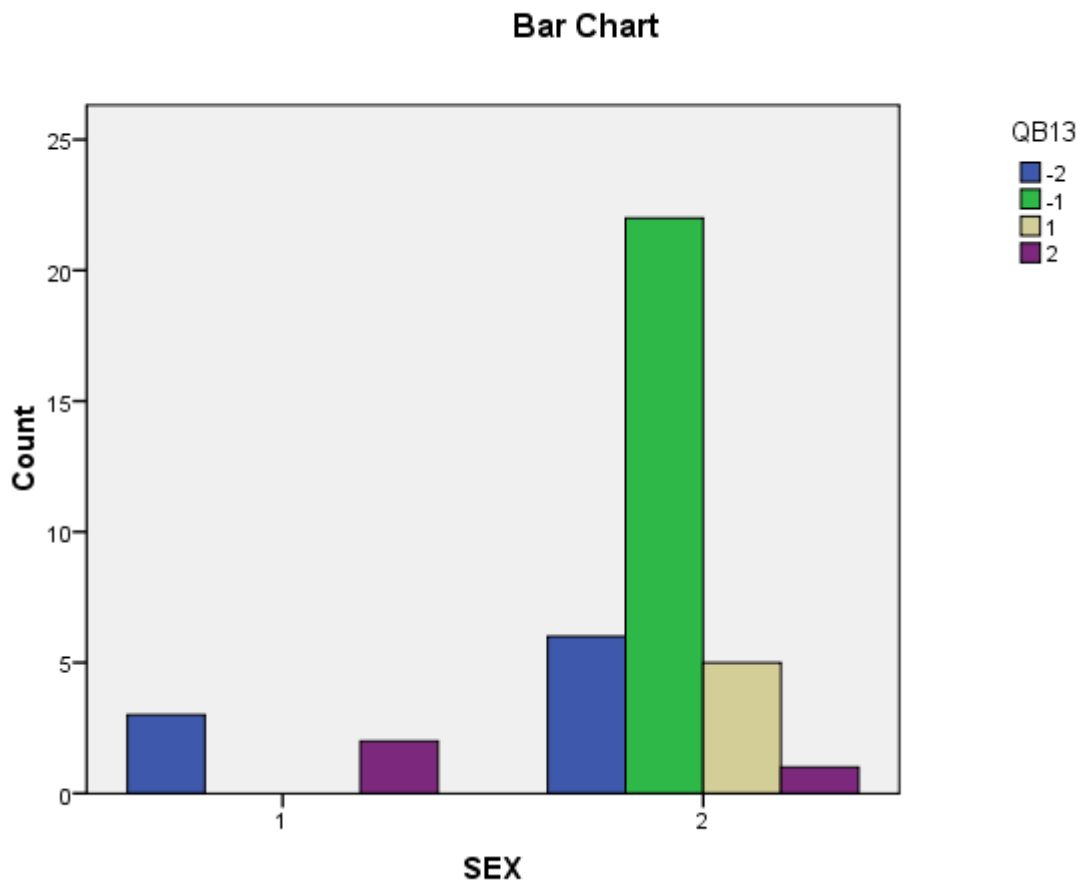
$\chi^2=,708$; β.ε.=3; P=,871 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB13

$\chi^2=15,141$; β.ε.=3; P=,002 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.

SEX		QB13				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	3	0	0	2	5
	% within SEX	60,0%	,0%	,0%	40,0%	100,0%
	% within QB13	33,3%	,0%	,0%	66,7%	12,8%
2	Count	6	22	5	1	34
	% within SEX	17,6%	64,7%	14,7%	2,9%	100,0%
	% within QB13	66,7%	100,0%	100,0%	33,3%	87,2%
Total	Count	9	22	5	3	39
	% within SEX	23,1%	56,4%	12,8%	7,7%	100,0%
	% within QB13	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Από τον πίνακα 14 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στην ερώτηση QB13 παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο. Δηλαδή το φύλο επηρεάζει το «ότι νιώθουν έξαψη και ταραχή» την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, καθώς οι γυναίκες το δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.

Σχέση SEX * QB14:

$\chi^2=,000$; β.ε.=2; P=1,000 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 15 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση. Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση. Αυτό δεν ισχύει μόνο για την ερώτηση QB5 («είμαι αναστατωμένος» όπου με στατιστική σημαντικότητα οι άγαμοι το δηλώνουν περισσότερο, οι έγγαμοι λιγότερο και οι έγγαμοι με παιδιά ακόμη λιγότερο.

Σχέση FAMSTATUS * QA1:

$\chi^2=4,846$; β.ε.=6; P=,564 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA2:

$\chi^2=3,986$; β.ε.=6; P=,679 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA3:

$\chi^2=5,070$; β.ε.=6; P=,535 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA4:

$\chi^2=4,398$; β.ε.=6; P=,623 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA5:

$\chi^2=2,976$; β.ε.=6; P=,812 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA6:

$\chi^2=2,876$; β.ε.=6; P=,824 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA7:

$\chi^2=6,589$; β.ε.=6; P=,361 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA8:

$\chi^2=5,552$; β.ε.=6; P=,475 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA9:

$\chi^2=4,985$; β.ε.=6; P=,546 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA10:

$\chi^2=6,975$; β.ε.=6; P=,323 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA11:

$\chi^2=6,680$; β.ε.=6; P=,351 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA12:

$\chi^2=5,657$; β.ε.=6; P=,463 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA13:

$\chi^2=8,351$; β.ε.=6; P=,213 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA14:

$\chi^2=2,231$; β.ε.=6; P=,897 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA15:

$\chi^2=7,250$; β.ε.=4; P=,123 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA16:

$\chi^2=6,660$; β.ε.=4; P=,155 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB1:

$\chi^2=4,049$; β.ε.=6; P=,670 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB2:

$\chi^2=,812$; β.ε.=4; P=,937 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB3:

$\chi^2=3,212$; β.ε.=6; P=,782 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB4:

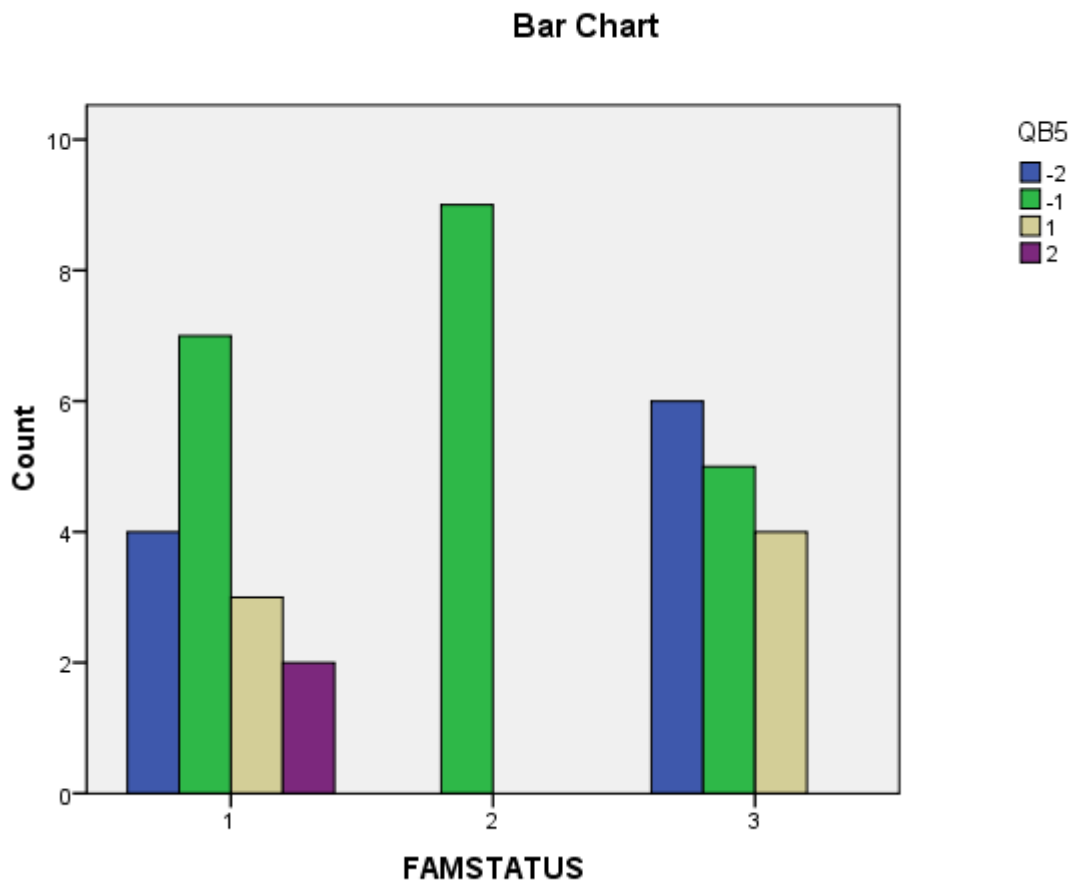
$\chi^2=8,542$; β.ε.= 6; P=,201 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB5:

$\chi^2=14,060$; β.ε.=6; P=,029 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

FAMSTATUS		QB5				
		-2	-1	1	2	Total
1	Count	4	7	3	2	16
	% within FAMSTATUS	25,0%	43,8%	18,8%	12,5%	100,0%
	% within QB5	40,0%	33,3%	42,9%	100,0%	40,0%
2	Count	0	9	0	0	9
	% within FAMSTATUS	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within QB5	,0%	42,9%	,0%	,0%	22,5%
3	Count	6	5	4	0	15
	% within FAMSTATUS	40,0%	33,3%	26,7%	,0%	100,0%
	% within QB5	60,0%	23,8%	57,1%	,0%	37,5%
Total	Count	10	21	7	2	40
	% within FAMSTATUS	25,0%	52,5%	17,5%	5,0%	100,0%
	% within QB5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Σχέση FAMSTATUS * QB6:

$\chi^2=6,022$; β.ε.=6; P=,421 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB7:

$\chi^2=6,385$; β.ε.=6; P=,382 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB8:

$\chi^2=6,229$; β.ε.=4; P=,183 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB9:

$\chi^2=5,226$; β.ε.=6; P=,515 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB10:

$\chi^2=6,769$; β.ε.=6; P=,343 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB11:

$\chi^2=3,629$; β.ε.=6; P=,727 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB12:

$\chi^2=1,790$; β.ε.=6; P=,938 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB13:

$\chi^2=5,674$; β.ε.=6; P=,461 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB14:

$\chi^2=2,181$; β.ε.=4; P=,703 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA1:

Kruskal-Wallis test score=2,707; β.ε.=3; P=,439 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA2:

Kruskal-Wallis test score=1,410; β.ε.=3; P=,703 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA3:

Kruskal-Wallis test score=1,500; β.ε.=3; P=,682 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA4:

Kruskal-Wallis test score=3,611; β.ε.=3; P=,307 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA5:

Kruskal-Wallis test score=3,347; β.ε.=3; P=,341 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA6:

Kruskal-Wallis test score=,557; β.ε.=3; P=,906 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA7:

Kruskal-Wallis test score=2,378; β.ε.=; P=,498 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA8:

Kruskal-Wallis test score=2,400; β.ε.=3; P=,494 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA9:

Kruskal-Wallis test score=8,451; β.ε.=3; P=,038 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.

	QA9	N	Mean Rank
JOBYEARS	-2	11	15,95
	-1	16	25,34
	1	9	13,61
	2	3	25,50
	Total	39	

Σχέση JOBYEARS * QA10:

Kruskal-Wallis test score=1,947; β.ε.=3; P=,584 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA11:

Kruskal-Wallis test score=2,321; β.ε.=3; P=,508 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA12:

Kruskal-Wallis test score=6,771; β.ε.=3; P=,080 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA13:

Kruskal-Wallis test score=1,660; β.ε.=3; P=,646 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA14:

Kruskal-Wallis test score=1,589; β.ε.=3; P=,662 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA15:

Kruskal-Wallis test score=,127; β.ε.=2; P=,938 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA16:

Kruskal-Wallis test score=2,911; β.ε.=2; P=,233 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB1:

Kruskal-Wallis test score=1,123; β.ε.=3; P=,772 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB2:

Kruskal-Wallis test score=,509; β.ε.=2; P=,775 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB3:

Kruskal-Wallis test score=1,426; β.ε.=3; P=,699 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB4:

Kruskal-Wallis test score=1,093; β.ε.=3; P=,779 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB5:

Kruskal-Wallis test score=2,560; β.ε.=3; P=,465 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB6:

Kruskal-Wallis test score=1,152; β.ε.=3; P=,765 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB7:

Kruskal-Wallis test score=1,210; β.ε.=3; P=,751 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB8:

Kruskal-Wallis test score=2,321; β.ε.=2; P=,313 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB9:

Kruskal-Wallis test score=1,304; β.ε.=3; P=,728 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB10:

Kruskal-Wallis test score=4,624; β.ε.=3; P=,202 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB11:

Kruskal-Wallis test score=7,384; β.ε.=3; P=,061 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB12:

Kruskal-Wallis test score=1,277; β.ε.=3; P=,735 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB13:

Kruskal-Wallis test score=3,505; β.ε.=3; P=,320 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB14:

Kruskal-Wallis test score=1,153; β.ε.=2; P=,562 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 16 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας τους. Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με την προϋπηρεσία τους.

7.4. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ SECTION=2 αναλόγως του τμήματος εργασίας, της ηλικίας, του φύλου, των ετών υπηρεσίας και της οικογενειακής κατάστασης

Από τον πίνακα 17 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Ιδιωτικού Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με την ηλικιακή κατανομή τους (20-30, 31-40, 41-50, 51-60). Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με την ηλικία τους καθενός. Αυτό δεν ισχύει μόνο για την ερώτηση QB6 («ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες») όπου με στατιστική σημαντικότητα οι πιο ηλικιωμένοι το δηλώνουν περισσότερο, ενώ οι πιο νέοι λιγότερο.

Σχέση AGE * QA1:

$\chi^2=10,733$; β.ε.=9; P=,294 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA2:

$\chi^2=16,124$; β.ε.=9; P=,064 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA3:

$\chi^2=13,086$; β.ε.=9; P=,159 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA4:

$\chi^2=8,859$; β.ε.=9; P=,450 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA5:

$\chi^2=3,446$; β.ε.=9; P=,944 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA6:

$\chi^2=5,951$; β.ε.=9; P=,745 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA7:

$\chi^2=4,270$; β.ε.=9; P=,893 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA8:

$\chi^2=8,048$; β.ε.=9; P=529 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA9:

$\chi^2=8,317$; β.ε.=9; P=,503 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA10:

$\chi^2=13,333$; β.ε.=9; P=,148 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA11:

$\chi^2=4,753$; β.ε.=9; P=,855 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA12:

$\chi^2=2,779$; β.ε.=9; P=,972 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA13:

$\chi^2=5,687$; β.ε.=6; P=,459 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA14:

$\chi^2=4,053$; β.ε.=9; P=,908 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA15:

$\chi^2=5,511$; β.ε.=6; P=,480 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QA16:

$\chi^2=1,649$; β.ε.=6; P=,949 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB1:

$\chi^2=6,228$; β.ε.=9; P=,717 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB2:

$\chi^2=8,723$; β.ε.=9; P=,463 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB3:

$\chi^2=8,888$; β.ε.=9; P=,448 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB4:

$\chi^2=2,378$; β.ε.=9; P=,984 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB5:

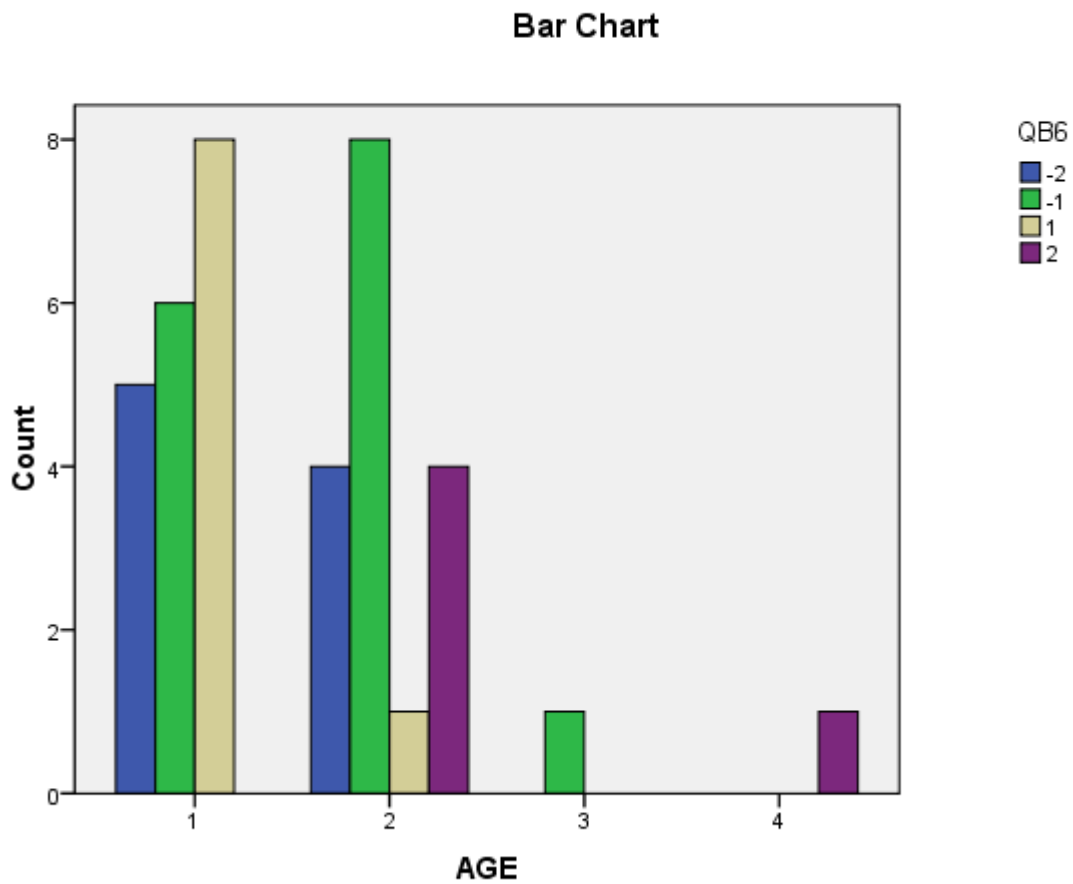
$\chi^2=2,765$; β.ε.=9; P=,973 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB6:

$\chi^2=17,624$; β.ε.=9; P=,040 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.

AGE		QB6				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	5	6	8	0	19
	% within AGE	26,3%	31,6%	42,1%	,0%	100,0%
	% within QB6	55,6%	40,0%	88,9%	,0%	50,0%
2	Count	4	8	1	4	17
	% within AGE	23,5%	47,1%	5,9%	23,5%	100,0%
	% within QB6	44,4%	53,3%	11,1%	80,0%	44,7%
3	Count	0	1	0	0	1
	% within AGE	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within QB6	,0%	6,7%	,0%	,0%	2,6%
4	Count	0	0	0	1	1
	% within AGE	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within QB6	,0%	,0%	,0%	20,0%	2,6%
Total	Count	9	15	9	5	38
	% within AGE	23,7%	39,5%	23,7%	13,2%	100,0%
	% within QB6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Σχέση AGE * QB7:

$\chi^2=9,257$; β.ε.=9; P=,414 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB8:

$\chi^2=9,781$; β.ε.=9; P=,368 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB9:

$\chi^2=4,028$; β.ε.=12; P=,983 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB10:

$\chi^2=4,311$; β.ε.=9; P=,890 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB11:

$\chi^2=3,845$; β.ε.=6; P=,698 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB12:

$\chi^2=9,043$; β.ε.=9; P=,433 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB13:

$\chi^2=3,785$; β.ε.=9; P=,925 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση AGE * QB14:

$\chi^2=3,235$; β.ε.=6; P=,779 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA1:

$\chi^2=12,926$; β.ε.=9; P=,166 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA2:

$\chi^2=14,322$; β.ε.=9; P=,111 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA3:

$\chi^2=11,158$; β.ε.=9; P=,265 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA4:

$\chi^2=8,824$; β.ε.=9; P=,454 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA5:

$\chi^2=2,193$; β.ε.=9; P=,988 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA6:

$\chi^2=4,639$; β.ε.=9; P=,865 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA7:

$\chi^2=7,286$; β.ε.=9; P=,607 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA8:

Σχέση $\chi^2=5,687$; β.ε.=9; P=,771 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA9:

$\chi^2=7,102$; β.ε.=9; P=,626 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA10:

$\chi^2=8,671$; β.ε.=9; P=,468 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA11:

$\chi^2=5,176$; β.ε.=9; P=,819 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA12:

$\chi^2=10,822$; β.ε.=9; P=,288 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA13:

$\chi^2=2,924$; β.ε.=6; P=,818 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA14:

$\chi^2=4,089$; β.ε.=9; P=,905 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA15:

$\chi^2=3,669$; β.ε.=6; P=,721 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QA16:

$\chi^2=7,057$; β.ε.=6; P=,316 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB1:

$\chi^2=11,853$; β.ε.=9; P=,222 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB2:

$\chi^2=12,301$; β.ε.=9; P=,197 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB3:

$\chi^2=8,063$; β.ε.=9; P=,528 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB4:

$\chi^2=6,253$; β.ε.=9; P=,714 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB5:

$\chi^2=10,350$; β.ε.=9; P=,323 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB6:

$\chi^2=10,221$; β.ε.=9; P=,333 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB7:

$\chi^2=5,427$; β.ε.=9; P=,796 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB8:

$\chi^2=9,969$; β.ε.=9; P=,353 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB9:

$\chi^2=19,350$; β.ε.=12; P=,080 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB10:

$\chi^2=12,137$; β.ε.=9; P=,206 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB11:

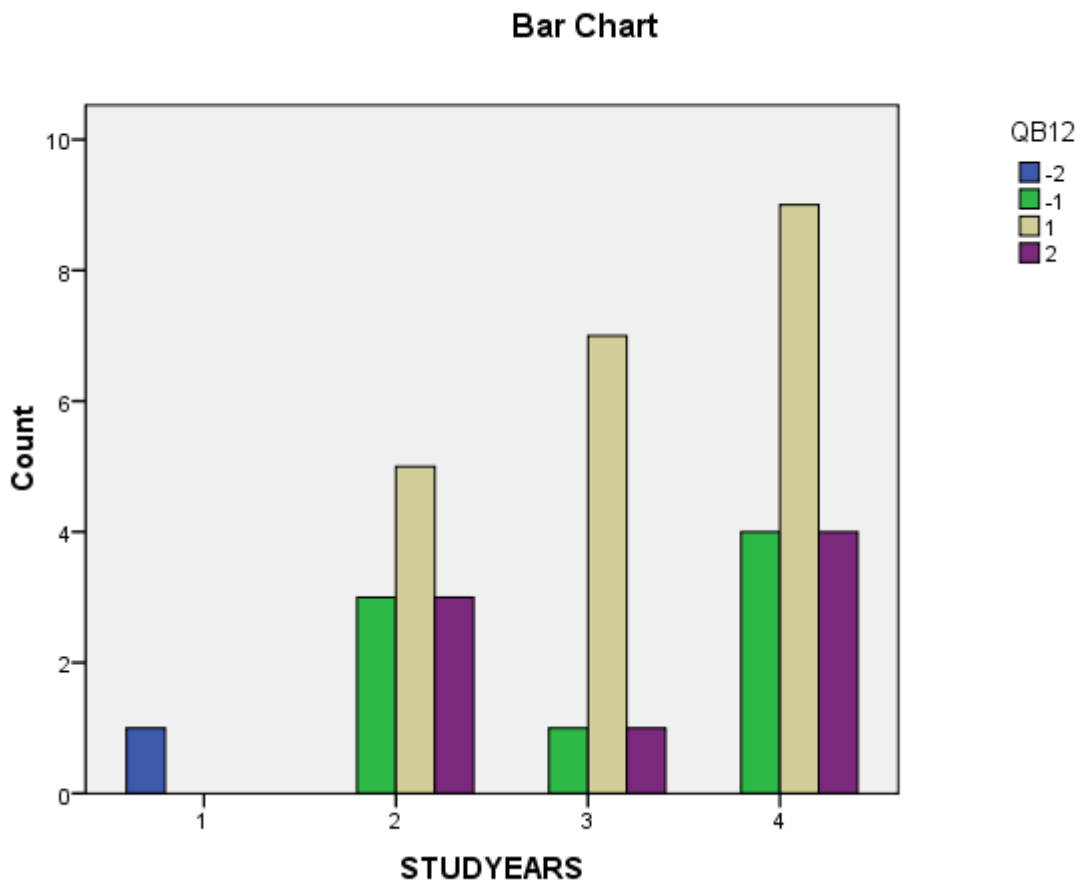
$\chi^2=4,151$; β.ε.=6; P=,656 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB12:

$\chi^2=40,356$; β.ε.=9; P<,001 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 18.

STUDYEAR		QB12				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	1	0	0	0	1
	% within STUDYEARS	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within QB12	100,0%	,0%	,0%	,0%	2,6%
2	Count	0	3	5	3	11
	% within STUDYEARS	,0%	27,3%	45,5%	27,3%	100,0%
	% within QB12	,0%	37,5%	23,8%	37,5%	28,9%
3	Count	0	1	7	1	9
	% within STUDYEARS	,0%	11,1%	77,8%	11,1%	100,0%
	% within QB12	,0%	12,5%	33,3%	12,5%	23,7%
4	Count	0	4	9	4	17
	% within STUDYEARS	,0%	23,5%	52,9%	23,5%	100,0%
	% within QB12	,0%	50,0%	42,9%	50,0%	44,7%
Total	Count	1	8	21	8	38
	% within STUDYEARS	2,6%	21,1%	55,3%	21,1%	100,0%
	% within QB12	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Σχέση STUDYEARS * QB13:

$\chi^2=8,822$; β.ε.=9; P=,454 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση STUDYEARS * QB14:

$\chi^2=8,799$; β.ε.=6; P=,185 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 18 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Ιδιωτικού Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με το επίπεδο σπουδών τους. Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με το επίπεδο σπουδών τους. Αυτό δεν ισχύει μόνο για την ερώτηση QB12 («είμαι ικανοποιημένος») όπου με στατιστική σημαντικότητα αυτοί που έχουν χαμηλό επίπεδο σπουδών δηλώνουν λιγότερη ικανοποίηση, ενώ οι πιο «προσοντούχοι» περισσότερη.

Σχέση SEX * QA1:

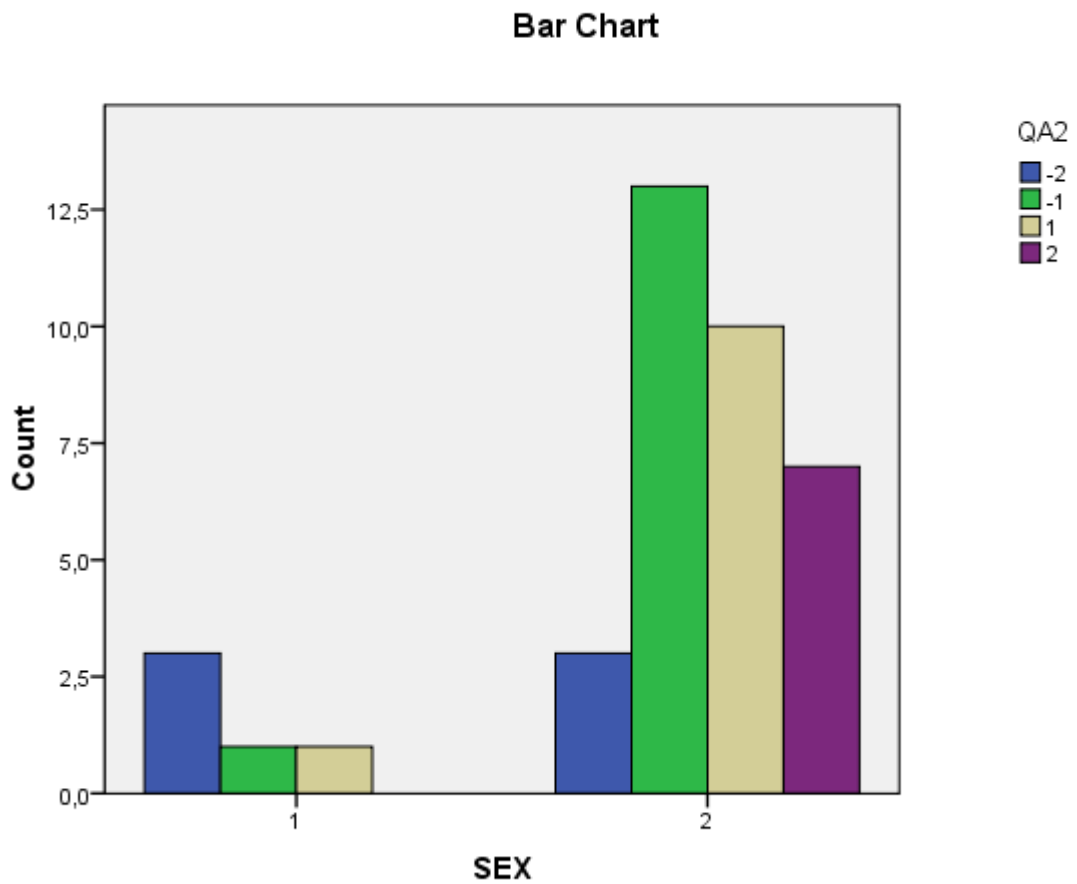
$\chi^2=1,219$; β.ε.=3; P=,748 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA2:

$\chi^2=8,790$; β.ε.=3; P=,032 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.

SEX		QA2				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	3	1	1	0	5
	% within SEX	60,0%	20,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within QA2	50,0%	7,1%	9,1%	,0%	13,2%
2	Count	3	13	10	7	33
	% within SEX	9,1%	39,4%	30,3%	21,2%	100,0%
	% within QA2	50,0%	92,9%	90,9%	100,0%	86,8%
Total	Count	6	14	11	7	38
	% within SEX	15,8%	36,8%	28,9%	18,4%	100,0%
	% within QA2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Σχέση SEX * QA3:

$\chi^2=,823$; β.ε.=3; P=,844 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA4:

$\chi^2=2,016$; β.ε.=3; P=,569 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA5:

$\chi^2=4,219$; β.ε.=3; P=,239 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA6:

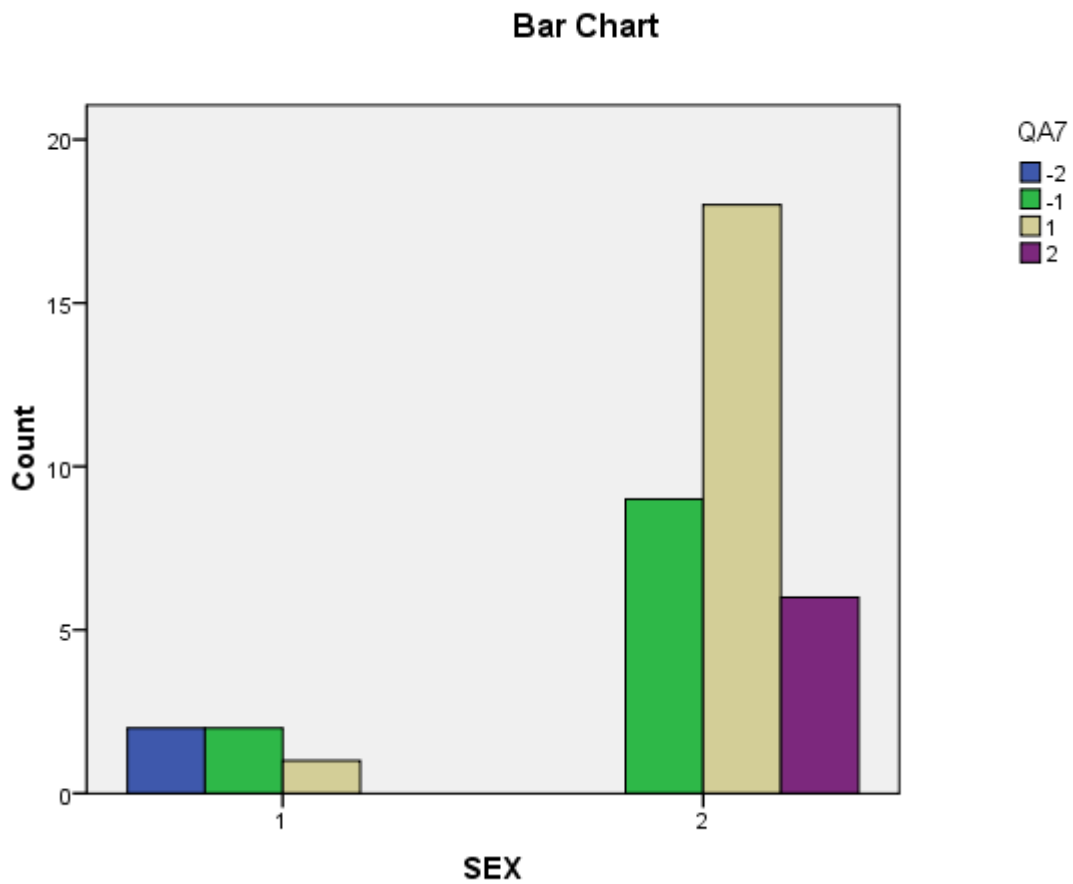
$\chi^2=2,273$; β.ε.=3; P=,518 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA7:

$\chi^2=15,388$; β.ε.=3; P=,002 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 20.

SEX		QA7				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	2	2	1	0	5
	% within SEX	40,0%	40,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within QA7	100,0%	18,2%	5,3%	,0%	13,2%
2	Count	0	9	18	6	33
	% within SEX	,0%	27,3%	54,5%	18,2%	100,0%
	% within QA7	,0%	81,8%	94,7%	100,0%	86,8%
Total	Count	2	11	19	6	38
	% within SEX	5,3%	28,9%	50,0%	15,8%	100,0%
	% within QA7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Σχέση SEX * QA8:

$\chi^2=5,423$; β.ε.=3; P=,143 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA9:

$\chi^2=,934$; β.ε.=3; P=,817 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA10:

$\chi^2=1,535$; β.ε.=3; P=,674 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA11:

$\chi^2=,403$; β.ε.=3; P=,940 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA12:

$\chi^2=1,838$; β.ε.=3; P=,607 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA13:

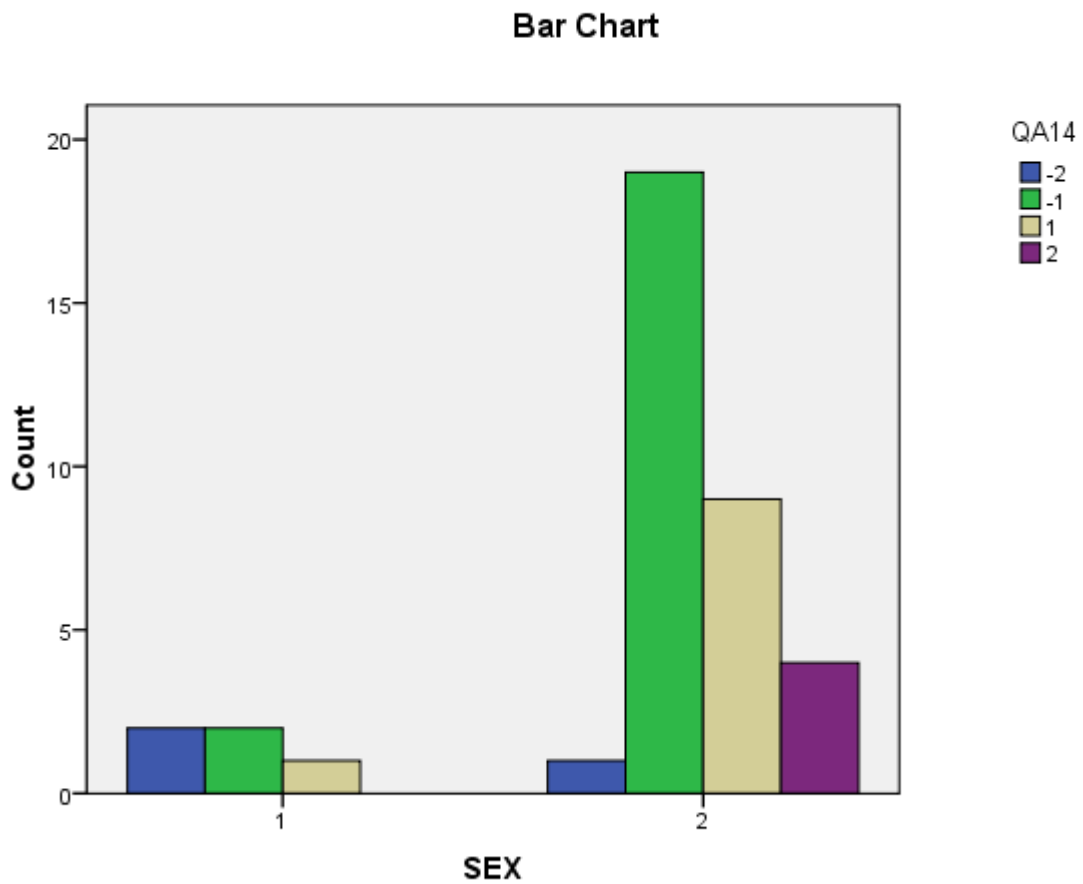
$\chi^2=2,817$; β.ε.=2; P=,244 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA14:

$\chi^2=8,453$; β.ε.=3; P=,038 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 21.

SEX		QA14				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	2	2	1	0	5
	% within SEX	40,0%	40,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within QA14	66,7%	9,5%	10,0%	,0%	13,2%
2	Count	1	19	9	4	33
	% within SEX	3,0%	57,6%	27,3%	12,1%	100,0%
	% within QA14	33,3%	90,5%	90,0%	100,0%	86,8%
Total	Count	3	21	10	4	38
	% within SEX	7,9%	55,3%	26,3%	10,5%	100,0%
	% within QA14	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Σχέση SEX * QA15:

$\chi^2=2,196$; β.ε.=2; P=,334 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QA16:

$\chi^2=1,869$; β.ε.=2; P=,393 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB1:

$\chi^2=3,493$; β.ε.=3; P=,322 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB2:

$\chi^2=3,631$; β.ε.=3; P=,304 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB3:

$\chi^2=3,843$; β.ε.=3; P=,279 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB4:

$\chi^2=,733$; β.ε.=3; P=,865 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB5:

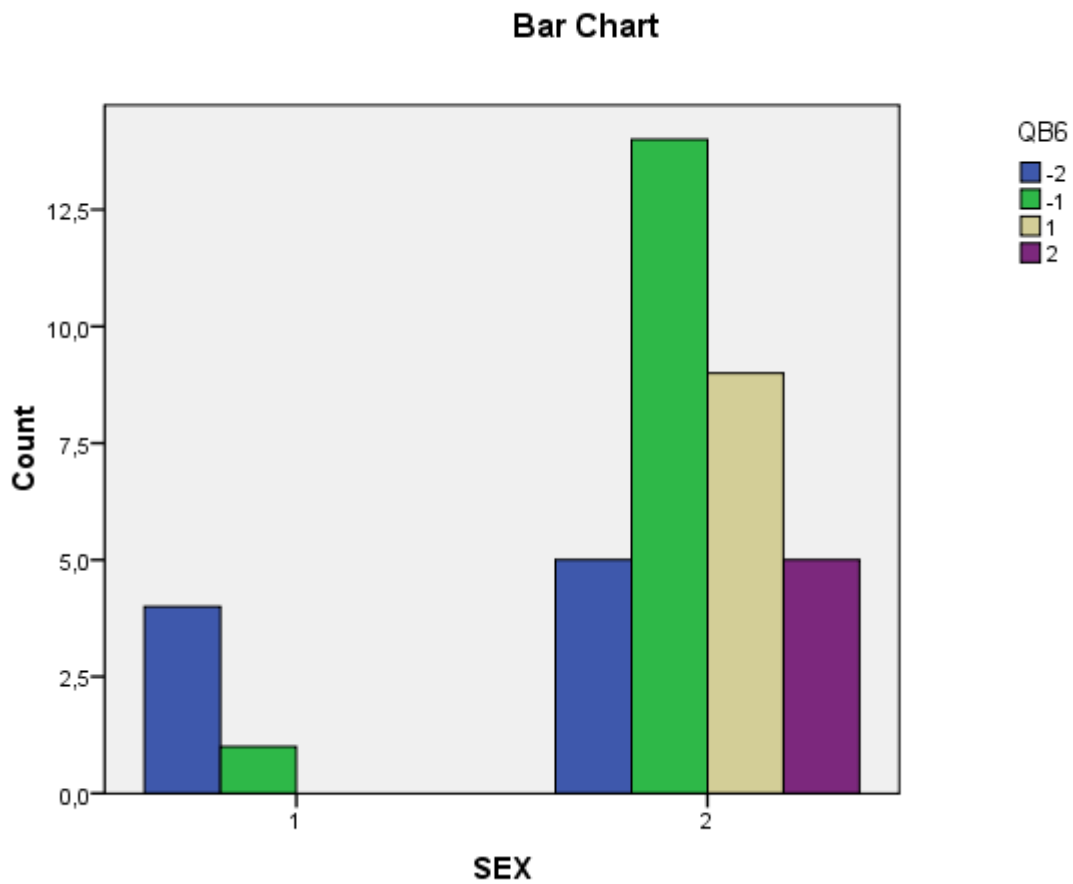
$\chi^2=1,244$; β.ε.=3; P=,743 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB6:

$\chi^2=10,384$; β.ε.=3; P=,016 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 22.

SEX		QB6				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	4	1	0	0	5
	% within SEX	80,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within QB6	44,4%	6,7%	,0%	,0%	13,2%
2	Count	5	14	9	5	33
	% within SEX	15,2%	42,4%	27,3%	15,2%	100,0%
	% within QB6	55,6%	93,3%	100,0%	100,0%	86,8%
Total	Count	9	15	9	5	38
	% within SEX	23,7%	39,5%	23,7%	13,2%	100,0%
	% within QB6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Σχέση SEX * QB7:

$\chi^2=3,327$; β.ε.=3; P=,344 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB8:

$\chi^2=2,994$; β.ε.=3; P=,393 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB9:

$\chi^2=,876$; β.ε.=4; P=,928 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB10:

$\chi^2=,242$; β.ε.=3; P=,971 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB11:

$\chi^2=1,681$; β.ε.=2; P=,431 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB12:

$\chi^2=4,661$; β.ε.=3; P=,198 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB13:

$\chi^2=,355$; β.ε.=3; P=,949 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση SEX * QB14:

$\chi^2=,059$; β.ε.=2; P=,971 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 22 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Ιδιωτικού Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με το επίπεδο σπουδών τους. Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με το επίπεδο σπουδών τους. Αυτό δεν ισχύει μόνο για τις ερωτήσεις:

- QA2 (συνηθίζω να κλαίω) όπου με στατιστική σημαντικότητα οι γυναίκες το δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.
- QA7 (ανησυχώ πολύ για κάτι που δεν αξίζει) όπου με στατιστική σημαντικότητα οι γυναίκες το δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.
- QA14 (αναστατώνομαι συχνά ότι δεν αξίζω τίποτε) όπου με στατιστική σημαντικότητα οι γυναίκες το δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.
- QB6 («ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες») όπου με στατιστική σημαντικότητα οι γυναίκες το δήλωσαν περισσότερο καταφατικά από ότι οι άνδρες.

Σχέση FAMSTATUS * QA1:

$\chi^2=9,402$; β.ε.=6; P=,152 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA2

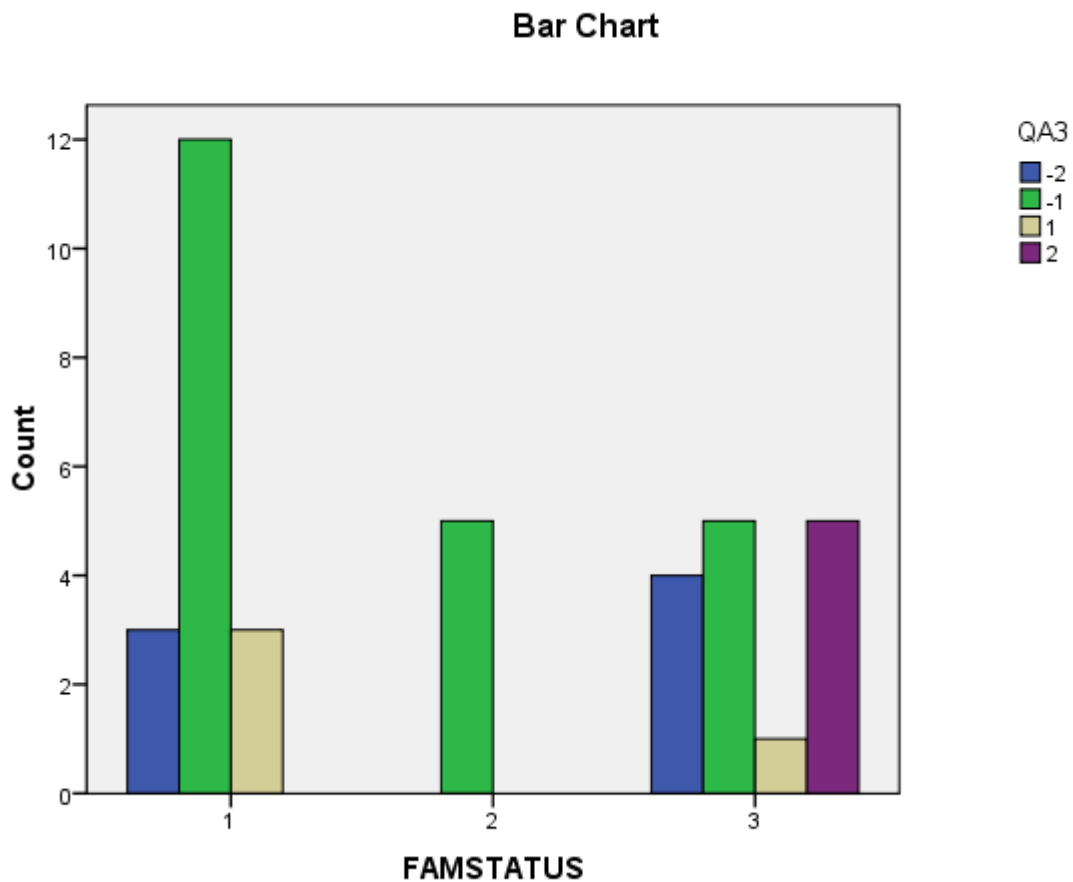
$\chi^2=4,809$; β.ε.=6; P=,569 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA3

$\chi^2=13,888$; β.ε.=6; P=,031 → Όχι στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 23.

FAMSTATUS		QA3				Total
		-2	-1	1	2	
1	Count	3	12	3	0	18
	% within FAMSTATUS	16,7%	66,7%	16,7%	,0%	100,0%
	% within QA3	42,9%	54,5%	75,0%	,0%	47,4%
2	Count	0	5	0	0	5
	% within FAMSTATUS	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within QA3	,0%	22,7%	,0%	,0%	13,2%
3	Count	4	5	1	5	15
	% within FAMSTATUS	26,7%	33,3%	6,7%	33,3%	100,0%
	% within QA3	57,1%	22,7%	25,0%	100,0%	39,5%
Total	Count	7	22	4	5	38
	% within FAMSTATUS	18,4%	57,9%	10,5%	13,2%	100,0%
	% within QA3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Σχέση FAMSTATUS * QA4:

$\chi^2=3,839$; β.ε.=6; P=,698 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA5:

$\chi^2=4,878$; β.ε.=6; P=,560 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA6:

$\chi^2=3,130$; β.ε.=6; P=,792 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA7:

$\chi^2=7,348$; β.ε.=6; P=,290 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA8:

$\chi^2=5,724$; β.ε.=6; P=,455 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA9:

$\chi^2=3,380$; β.ε.=6; P=,760 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA10:

$\chi^2=3,565$; β.ε.=6; P=,735 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA11:

$\chi^2=2,343$; β.ε.=6; P=,886 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA12:

$\chi^2=5,514$; β.ε.=6; P=,480 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA13:

$\chi^2=7,538$; β.ε.=4; P=,110 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA14:

$\chi^2=2,537$; β.ε.=6; P=,864 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA15:

$\chi^2=2,618$; β.ε.=4; P=,624 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QA16:

$\chi^2=1,687$; β.ε.=4; P=,793 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB1:

$\chi^2=6,380$; β.ε.=6; P=,382 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB2:

$\chi^2=7,272$; β.ε.=6; P=,296 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB3:

$\chi^2=7,093$; β.ε.=6; P=,312 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB4:

$\chi^2=2,291$; β.ε.=6; P=,891 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB5:

$\chi^2=3,110$; β.ε.=6; P=,795 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB6:

$\chi^2=5,423$; β.ε.=6; P=,491 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB7:

$\chi^2=4,866$; β.ε.=6; P=,561 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB8:

$\chi^2=9,025$; β.ε.=6; P=,172 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB9:

$\chi^2=9,269$; β.ε.=8; P=,320 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB10:

$\chi^2=4,456$; β.ε.=6; P=,615 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB11:

$\chi^2=1,398$; β.ε.=4; P=,844 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB12:

$\chi^2=4,127$; β.ε.=6; P=,660 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB13:

$\chi^2=4,224$; β.ε.=6; P=,646 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση FAMSTATUS * QB14:

$\chi^2=3,023$; β.ε.=4; P=,554 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακα 23 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Ιδιωτικού Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση. Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση. Αυτό δεν ισχύει μόνο για την ερώτηση QB3 («εύχομαι να ήμουν τόσο ευτυχισμένοι όσο και οι άλλοι» όπου με στατιστική σημαντικότητα οι άγαμοι το δηλώνουν λιγότερο, οι έγγαμοι λίγο περισσότερο και οι έγγαμοι με παιδιά ακόμη περισσότερο. Ίσως τα οικογενειακά βάρη σε συνδυασμό με το νοσηλευτικό επάγγελμα (κυκλικό ωράριο, εργασία τις αργίες, κλπ) ιδίως στον ιδιωτικό τομέα να παίζει κάποιο ρόλο.

Σχέση JOBYEARS * QA1:

Kruskal-Wallis score=4,547; β.ε.=3; P=,208 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA2:

Kruskal-Wallis score=3,453; β.ε.=3; P=,327 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA3:

Kruskal-Wallis score=4,068; β.ε.=3; P=,254 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA4:

Kruskal-Wallis score=,073; β.ε.=2; P=,964 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA5:

Kruskal-Wallis score=1,804; β.ε.=3; P=,614 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA6:

Kruskal-Wallis score=2,876; β.ε.=3; P=,411 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA7:

Kruskal-Wallis score=2,857; β.ε.=3; P=,414 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA8 JOBYEARS:

Kruskal-Wallis score=1,198; β.ε.=3; P=,753 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA9:

Kruskal-Wallis score=5,026; β.ε.=3; P=,170 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA10:

Kruskal-Wallis score=1,427; β.ε.=3; P=,699 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA11:

Kruskal-Wallis score=,835; β.ε.=3; P=,841 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA12:

Kruskal-Wallis score=,211; β.ε.=3; P=,976 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA13:

Kruskal-Wallis score=2,193; β.ε.=2; P=,334 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA14:

Kruskal-Wallis score=3,191; β.ε.=3; P=,363 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA15:

Kruskal-Wallis score=1,374; β.ε.=2; P=,503 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QA16:

Kruskal-Wallis score=1,606; β.ε.=2; P=,448 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB1:

Kruskal-Wallis score=2,446; β.ε.=3; P=,485 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB2:

Kruskal-Wallis score=2,274; β.ε.=3; P=,517 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB3:

Kruskal-Wallis score=1,411; β.ε.=3; P=,703 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB4:

Kruskal-Wallis score=7,741; β.ε.=3; P=,052 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB5:

Kruskal-Wallis score=7,887; β.ε.=3; P=,048 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 24.

	QB5	N	Mean Rank
JOBYEARS	-2	10	11,20
	-1	18	20,78
	1	5	23,70
	2	2	12,75
	Total	35	

Σχέση JOBYEARS * QB6:

Kruskal-Wallis score=8,083; β.ε.=3; P=,044 → Στατιστικά σημαντική

ΠΙΝΑΚΑΣ 25.

	QB6	N	Mean Rank
JOBYEARS	-2	9	13,94
	-1	14	19,79
	1	8	13,81
	2	4	29,25
	Total	35	

Σχέση JOBYEARS * QB7:

Kruskal-Wallis score=1,929; β.ε.=3; P=,587 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB8:

Kruskal-Wallis score=2,988; β.ε.=3; P=,393 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB9:

Kruskal-Wallis score=6,672; β.ε.=3; P=,083 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB10:

Kruskal-Wallis score=,967; β.ε.=3; P=,809 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB11:

Kruskal-Wallis score=4,766; β.ε.=2; P=,092 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB12:

Kruskal-Wallis score=3,066; β.ε.=3; P=,382 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB13:

Kruskal-Wallis score=2,616; β.ε.=2; P=,270 → Όχι στατιστικά σημαντική

Σχέση JOBYEARS * QB14:

Kruskal-Wallis score=,196; β.ε.=2; P=,907 → Όχι στατιστικά σημαντική

Από τον πίνακες 25 και 26 φαίνεται ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Ιδιωτικού Τομέα στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 και QB1 έως QB14 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας τους. Δηλαδή το πώς αισθάνονταν γενικότερα αλλά και την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δεν επηρεάστηκε σε σχέση με την προϋπηρεσία τους σχεδόν σε όλες ερωτήσεις.

Κεφάλαιο 8ο : Επίλογος -Συμπεράσματα

Υπάρχουν αρκετές μελέτες στις μέρες μας που έχουν ασχοληθεί με το άγχος και την αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών στα νοσοκομεία. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε αυτή την εργασία αφορά δημόσια αλλά και ιδιωτικά νοσοκομεία.

Αρχικά έγινε σύγκριση της ψυχολογικής κατάστασης των νοσηλευτών ανάμεσα σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα και όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Στην σύγκριση των μεταβλητών αυτών φαίνεται ότι η ηλικία, το φύλο, τα έτη σπουδών και η οικογενειακή κατάσταση δεν εξαρτάται από το τομέα που εργάζονται οι νοσηλευτές (δημόσιο ή ιδιωτικό).

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις QA1 έως QA16 δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τον Τομέα Εργασίας τους (δημόσιο ή ιδιωτικό). Δηλαδή το πώς αισθάνονται γενικότερα δεν επηρεάζεται σε σχέση σε ποιο τομέα εργάζονται. Το ίδιο ισχύει και για το πώς αισθάνονταν την ώρα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο δηλαδή στις ερωτήσεις από QB1 έως QB14 δεν επηρεάστηκε σε σχέση σε ποιο τομέα εργάζονταν.

Στην συνέχεια υπήρξε σύγκριση των μεταβλητών στους νοσηλευτές του δημόσιου τομέα αναλόγως του τμήματος εργασίας, της ηλικίας, του φύλου, των ετών υπηρεσίας και της οικογενειακής κατάστασης και το αποτέλεσμα ήταν ότι δεν είχαν πρόβλημα σε ποιο τμήμα θα ήταν.

Φαίνεται όμως ότι οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές του Δημοσίου Τομέα στην ερώτηση QA1, QA2, QA14, QB13 παρουσιάζουν

στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο. Δηλαδή το φύλο επηρεάζει το «αν κουράζονται εύκολα», «αν συνηθίζουν να κλαίνε εύκολα», «αν νιώθουν ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονται ανυπέρβλητα» καθώς και «αν αναστατώνονται κάθε φορά που σκέπτονται στις ασχολίες τους» ή «ότι νιώθουν έξαψη και ταραχή»

Τέλος το συμπέρασμα που προκύπτει στους νοσηλευτές του ιδιωτικού τομέα σύμφωνα με το παράρτημα μας είναι ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με το τμήμα που εργάζονται, την ηλικία, το φύλο και τα έτη προϋπηρεσίας και οικογενειακής κατάστασης. Επειδή όμως στο νοσηλευτικό επάγγελμα το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και διάφορα ψυχολογικά προβλήματα είναι συχνά φαινόμενα στους εργαζόμενους θα πρέπει να αναζητηθούν οι γενεσιουργές αιτίες σε άλλα πεδία αφού το είδος του Τομέα που εργάζεται ο νοσηλευτής δεν φαίνεται να είναι καταλυτικός παράγοντας ψυχολογικής ή επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο στόχος της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων στις δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες υγείας είναι η βελτίωση της παραγωγικής συνεισφοράς των ανθρώπων στον κάθε οργανισμό ή μονάδα υγείας με τρόπους που είναι στρατηγικά, ηθικά και κοινωνικά αποδεκτοί. Οι ανθρώπινοι πόροι καθορίζουν την επιτυχία κάθε μονάδας. Η βελτίωση της ανθρώπινης συνεισφοράς είναι τόσο σημαντική ώστε ακόμα και ο πιο μικρός οργανισμός να χρειάζεται ένα εξειδικευμένο τμήμα προσωπικού. Το τμήμα προσωπικού υπάρχει για να υποστηρίξει τα στελέχη και τους εργαζόμενους ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι της μονάδας υγείας.

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες κοινωνιολόγων, οι μονάδες υγείας θα πρέπει να απασχολούν εργαζόμενους και νοσηλευτές που να διαθέτουν τόσο τα κατάλληλα προσόντα, όσο και την απαιτούμενη κινητοποίηση, ώστε να εκτελούν σωστά τους ρόλους τους. Ανάλογοι εργαζόμενοι υπάρχουν είτε σαν αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης διαδικασίας επιλογής, είτε δημιουργούνται στη συνέχεια με συνεχόμενα προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Η δεύτερη περίπτωση είναι πολύ δαπανηρή για τον οργανισμό, με αποτέλεσμα να δίνεται όλο το βάρος στην προσεκτική επιλογή. Με μια δαπανηρή και αποτελεσματική διαδικασία επιλογής είναι βέβαιο ότι το κόστος της εκπαίδευσης θα είναι μειωμένο.

Θα πρέπει να αναφέρουμε πως παλαιότερα το περιβάλλον των οργανισμών παροχής υγείας ήταν για μεγάλα χρονικά διαστήματα σταθερό και η ανάγκη για εκπαίδευση των εργαζόμενων ήταν πολύ μικρή, αφού οι εργασίες μαθαίνονταν πολύ εύκολα ενώ επηρεάζονταν σε μικρό βαθμό από τις εξωτερικές αλλαγές. Οι δεξιότητες που είχε κάποιος του αρκούσαν για να μπορέσει να βοηθήσει τον χώρο στον οποίο εργαζόταν.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό πρόβλημα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα και το οποίο ουσιαστικά αυξάνει τα επίπεδα άγχους των νοσηλευτών και μειώνει τους δείκτες αυτοεκτίμησης τους, είναι οι ελλείψεις σε εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό δυναμικό, με ταυτόχρονη την άνιση γεωγραφική κατανομή του. Η έλλειψη αυτή οδηγεί στην κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των δημόσιων νοσοκομείων με την εργασία μεγάλου αριθμού 'πρακτικών' νοσοκόμων που δεν έχουν την κατάλληλη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση. Επίσης, πολλές φορές, το εν δυνάμει νοσηλευτικό

δυναμικό, δεν μπορεί να απασχοληθεί στις υπηρεσίες υγείας, διότι οι θέσεις που προκηρύσσονται είναι πολύ λιγότερες από την προσφορά ατόμων ή δεν δέχεται τις προσφερόμενες θέσεις για τις οποίες εκπαιδεύτηκε. Έτσι, αναπτύσσεται διάσταση μεταξύ εκπαιδευόμενου δυναμικού και απασχόλησης.

Τέλος στον ιδιωτικό τομέα βέβαια έχει γίνει αντιληπτό πως ένας νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών η οποία εργάζεται εντός ενός γενικού νοσοκομείου, μπορεί και διενεργεί κατάλληλα έτσι ώστε να υπάρχει ο σωστός συντονισμός, προγραμματισμός, επίβλεψη, επικοινωνία μεταξύ των μελών με τους ασθενείς, συλλογή δεδομένων, επεξεργασία αυτών, διεξαγωγή ερευνών και αξιολόγηση, μπορεί να εμφανίζει χαμηλά επίπεδα άγχους και αντιστοίχως υψηλούς δείκτες αυτοεκτίμησης.

Βιβλιογραφικές Πηγές

1. Ανδριώτη, *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, 1999
2. Αλεξιάδης, Ι., Σιγάλας, Α.Δ., (1999), *Υπηρεσίες Υγείας - Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Τόμος Α', Έκδοση ΕΑΠ, Πάτρα
3. Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα
4. Δρακουλόγκωνα, Σ., (2004), *Ο ρόλος του νοσηλευτική στο σύστημα ελέγχουν ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο*, Το Βήμα του Ασκληπιού, Αθήνα
5. Δρ. Ουζούνη, Χρ., (2004), *Το στρες των νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα*, Νοσηλευτική 43, Αθήνα
6. Δρ. Σαπουντζή-Κρέπια, Δεσπ., (2002), *“Ιστορικές Καταβολές Ελληνικής Νοσηλευτικής”*, Νοσηλευτική 2.
7. Ευτυχιάδης, Αρ., (2004), *“Η φροντίδα των ηλικιωμένων στο Βυζάντιο”*, Νοσηλευτική 43 3, 271-278
8. Εφημερίδα, (2005), *“Το παρών της Κυριακής”*, Έκδοση 10 Μαρτίου
9. Εφημερίδα (2008), *“Ημερησία”*, Έκδοση 12 Απριλίου
10. Εφημερίδα «Το παρών της Κυριακής», Λεωνίδας Γρηγοράκος, άρθρο *“Το μετέωρο βήμα στην Υγεία”*, 19 Ιουνίου 2005
11. Εφημερίδα «Ημερησία», Ελένη Πετροπούλου, άρθρο *“Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας”*, 25 Ιανουαρίου 2007
12. Ιωαννίδης, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), *“Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις”*, Τόμος Α', Έκδοση ΕΑΠ, Πάτρα
13. Κυριακίδου Ελένη Θ., (2004), *Κοινωνική νοσηλευτική*, Εκδόσεις: Η Ταβίθα, Αθήνα.

14. Κωνσταντοπούλου, Αικ., (2005), *“Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα”*, διαθέσιμο στο www.archive.gr
15. Λαναράς, Β., (1981), *“Φιλοσοφία της Νοσηλευτικής”*, Νοσηλευτική 1981, Αθήνα
16. Νιάκας, Δ., (2000), *“Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα”*, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα
17. Παπαφιλόπουλος, Ιωάννης, (2004), *“Η φροντίδα των ηλικιωμένων στο Βυζάντιο”*, Νοσηλευτική 43 3, 271-278
18. Ρεμπελάκου - Πουλάκου, Έφη, (2004), *“Η φροντίδα των ηλικιωμένων στο Βυζάντιο”*, Νοσηλευτική 43 3, 271-278
19. Χατζηνικολάου, Αντ., (2007), *“Νοσηλευτική”*, Γενικό Άρθρο
20. Μάντζαρης Γιάννης, *“Σύγχρονη Οργάνωση & Διοίκηση Επιχειρήσεων”*, Αθήνα 2003. Β. Γκιούρδας Εκδοτική
21. Μάντζαρης Γιάννης, *“Σύγχρονη Οργάνωση & Διοίκηση Επιχειρήσεων”*, Αθήνα 2003. Β. Γκιούρδας Εκδοτική
22. Μάρκοβιτς Γιάννης, *Διοίκηση Ανθρωπίνου Δυναμικού – Παρακίνηση / Εξουσία*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002
Moss Kanter, R.,
Rosaberg Moss Kanter on the Frontiers of Management, 1997,
Massachusetts, Harvard Business Review
23. Μάντζαρης Γιάννης, *“Σύγχρονη Οργάνωση & Διοίκηση Επιχειρήσεων”*, Αθήνα 2003. Β. Γκιούρδας Εκδοτική
24. Νάτση Ελεονώρα, *“Management of Human Resources - Performance Appraisal”*, Οκτώβριος 2004
25. Μπέσης Ν., (1993), *“Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας”*, IOBE, Αθήνα

26. Νιάκας, Δ., (2000), “Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα”, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα
27. Παπαμικρούλη Σ., (1984), *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα – Προοπτικές*, Πρακτικά ΙΑ, Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη.
28. Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996), “Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα”, Αθήνα
29. Σίσουρας Α., Καραόκης Α., Μίσσιαλος Ε., (1999), “*Health Care and Cost Containment in Greece*” στο Missialos Ε., Le Grand J., (1999), “*Health Care and Cost Containment in Greece*”, Ashgate, Aldershot
30. Σκούλας Ν., (1998), *Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων*.
31. Σούλης Σ., (1996), “*Οικονομική της Υγείας*”, Αθήνα
32. Σκούλας Νίκος, “*Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων*”, Σεπτέμβριος 1998
33. Σκούλας Νίκος, “*Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων*”, Σεπτέμβριος 1998
34. Υφαντόπουλος. Σούλης, Παπαηλίας, Μανιαδάκης, στο Υφαντόπουλος, 2003
35. Χυτήρης Σ. Λεωνίδα (2001), “*Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*”, Interbooks
36. Τσώλη, Θ. , “*Ο Έλληνας ασθενής στην εντατική της Ε.Ε.*”, Εφημερίδα Το Βήμα, 1/1/2003
37. C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, 2007, “*Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007*”
38. Hellastat, 2008, “*Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*”
39. ΟΟΣΑ, 2007, “*Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*”

40. Fisher, Schoenfeldt, Shaw, "*Human Resource Management*", Houghton Mifflin Company, USA, 1999
41. Saunders M., Lewis P. and Thornhill A., 2000, "*Research Methods For Business Students*", London: Prentice Hall
42. Sekaran U., 1992, "*Research Methods for Business, A Skill Building Approach*", New York: John Wiles and Sons Inc.
43. Zikmund W.G., 2000, "*Business Research Methods*", London: Harcourt college publishers.
44. William B. Weather, Keith Davis, "*Human Resources and Personnel Management*", Irwin Mc Graw Hill, USA, 1996
45. Luis R. Gomez-Mejia, Davic B. Balkin, Robrt L. Cardy, Mannequin "*Human Resources*", Prentice HallInternational, New Jersey 1998
46. Les Pickett, Industrial and commercial training, MCB University Press, 2000
47. Zalman R.G(1991), The basic of In-House Skills Training, H.R. Magazine
48. Dessler G(1994), *Human Resource Management*
49. Fisher C.D et al(1996), *Human Resource Management*
50. Dessler G(1994), *Human Resource Management*
51. Mathis R.L & J.H.Jackson (1994), *Human Resource Management*
52. Tigar N., (1980), *Competencies for practice of community health nursing in community health: education and practice. National league for nursing, pub No 52, New York*
53. Luis R. Gomez-Mejia, Davic B. Balkin and Robert L. Cardy, (1998), *Manaqinq Human Resources*, Prentice Hall international, New Jersey.

54. Les Pickett, (2000), *Industrial and commercial training*, MCB University Press.
55. Moss Kanter and Rosenberg R., (1997), *Moss Kanter on the Frontiers of Management*, Harvard Business Review, Massachusetts.
56. WHO, (1985), *A guide to curriculum review for basic nursing education: orientation to primary health care and community health*, Geneva.
57. Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, συγκεντρωτικά στοιχεία ανθρώπινου δυναμικού 31/10/2005

Πηγές από άρθρα και περιοδικά

58. Zelman R.G, (1991), *The basic of In-House Skills Training*, H.R. Magazine.
59. Τσώλη, Θ. , (1/1/2003), *Ο έλληνας ασθενής στην εντατική της Ε.Ε.*, Εφημερίδα: Το Βήμα,

Πηγές από ιστοσελίδες

60. Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος, «Ανακοίνωση πολιτικής EFN»,
http://www.esne.gr/index.php?option=com_remository&Itemid=73&func=startdown&id=336 (πρόσβαση στις 11/06/2009)
61. Οργάνωση της υγείας, «Η συνεργασία στη φροντίδα υγείας»,
<http://www.nurs.uoa.gr/istoselida/EL%20SUNERGASIA%20STH%20FR.YG..htm> (πρόσβαση στις 11/01/2009)
62. Συνοπτική περιγραφή, «Βιολόγοι, ιατροί και συναφή επαγγέλματα»,
http://cms.protovoulia.org/Files/Code_23.60dbb94a-5c66-47ac-aa11-25861f5c5c1b.doc (πρόσβαση στις 12/01/2009)

63. C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, 2007, “Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007”
64. Hellastat, 2008, “Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα”
65. ICAP A.E., 2005, Κλαδικές Μελέτες – Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα, σελ. 1 – 2
66. ΟΟΣΑ, 2007, “Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα”
67. <http://www.eof.gr/html/law80.html>
68. <http://www.ygeiasprototypon.gr/protypa.html#typopoinsn>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεχτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν το τελευταίο καιρό είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικότερα σε τι κατάσταση βρίσκεστε (σωματική – ψυχολογική). Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις, υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που πιστεύετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη και εθελοντική. Θα εκτιμήσουμε ιδιαίτερα την κατάθεση των απόψεων σας καθώς και τη διάθεση του πολύτιμου σας χρόνου .

Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σας.

Παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:

✓ **Τμήμα εργασίας:**

✓ **Έτη εργασίας στο τμήμα αυτό:**

✓ **Ηλικία:**

20-30 30-40 40-50 50-60 60>

✓ **Έτη σπουδών στη Νοσηλευτική:**

1 έτος 2 έτη 3 έτη 4 έτη

✓ **Φύλο:**

Άνδρας Γυναίκα

✓ **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:**

Άγαμος έγγαμος έγγαμος με παιδιά διαζευγμένος χήρος

Πως αισθάνομαι γενικότερα.

Ερώτηση	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
QA1. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
QA2. Συνηθίζω να κλαίω γιατί είμαι ευσυγκίνητος.	1	2	3	4
QA3. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο και οι άλλοι	1	2	3	4
QA4. Μένω “πίσω” στις επαγγελματικές μου υποχρεώσεις γιατί δεν αποφασίζω γρήγορα	1	2	3	4
QA5. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
QA6. Νιώθω πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
QA7. Ανησυχώ πολύ για κάτι που δεν αξίζει	1	2	3	4
QA8. Έχω τη τάση να παίρνω τα πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
QA9. Μου λείπει γενικώς η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
QA10. Προσπαθώ να αποφεύγω τις δυσκολίες	1	2	3	4
QA11. Αισθάνομαι θλιμμένος	1	2	3	4
QA12. “Παίρνω” τις απογοητεύσεις στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις αποβάλλω	1	2	3	4
QA13. Είμαι σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
QA14. Αναστατώνομαι κάθε φορά που σκέπτομαι τις ασχολίες μου	1	2	3	4
QA15. Σκέφτομαι συχνά ότι δεν αξίζω τίποτε	1	2	3	4
QA16. Έχω συχνά τάσεις αυτοκαταστροφής	1	2	3	4

Πως αισθάνομαι τώρα που συμπληρώνω το ερωτηματολόγιο.

Ερώτηση	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
QB1. Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
QB2. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
QB3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
QB4. Είμαι στεναχωρημένος	1	2	3	4
QB5. Είμαι αναστατωμένος	1	2	3	4
QB6. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
QB7. Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
QB8. Έχω αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
QB9. Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
QB10. Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
QB11. Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
QB12. Είμαι ικανοποιημένος.	1	2	3	4
QB13. Νιώθω έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
QB14. Αισθάνομαι χαρούμενος.	1	2	3	4