

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ** Η φυγή των νοσοκομειακών νοσηλευτών από τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας. Παράγοντες που συμβάλουν στην απόφαση των νοσοκομειακών νοσηλευτών να αλλάξουν χώρο εργασίας.

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**

**ΚΟΥΤΑΝΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ**

**ΛΑΒΔΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ**

**ΜΟΡΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2007**

## **Περιεχόμενα** σελ.2

### **Μέρος Πρώτο** σελ.3

- Πρόλογος σελ. 5
- Ιστορική αναδρομή σελ. 7
- Νοσηλευτική: Επάγγελμα και Επιστημονικός Κλάδος. σελ. 16
- Στόχοι της Νοσηλευτικής(Προαγωγή της ΕυεξίαςΠρόληψη της Ασθένειας Αποκατάσταση της Υγείας) σελ.17
- Διευκόλυνση της Αντιμετώπισης ενός Προβλήματος Υγείας σελ.19
- Διαχρονική Εξέλιξη και Επιδράσεις σελ.19
- Η Νοσηλευτική στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σελ.20
- Ανάπτυξη Γνωστικού Υπόβαθρου και Επιστήμη της Νοσηλευτικής σελ.21
- Επιστημολογία της Νοσηλευτικής σελ.22
- Η νοσηλευτική ως εφαρμοσμένη επιστήμη σελ.25
- Η νοσηλευτική ως ανθρωπιστική επιστήμη σελ.25
- ΚΩΔΙΚΑΣ ΗΘΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ σελ.28

(ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ,

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ,  
ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ,  
ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ,  
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ ,

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΕΡΕΥΝΗΤΗ,  
ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ,  
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ,  
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ,  
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ,  
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ )

- ΚΙΝΗΤΡΑ - ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΑΡΩΘΗΣΗΣ (MOTIVATION) σεελ.33

1.Ανάγκες - Κλίμακα Maslow σελ.37

2 Η θεωρία των δυο παραγόντων. Υποκίνησης – Συντήρησης σελ. 40

3. Η θεωρία των ανθρώπινων κινήτρων του McCLELLAND σελ. 40

4. Η θεωρία διαμόρφωσης στόχου σελ.41

5. Θεωρία της ισότητας (Equity Theory) σελ. 42

6. Η θεωρία της Ενίσχυσης σελ.45

7. Η θεωρία της Προσδοκίας σελ. 46

8.Θεωρίες X, Y, Z, C σελ.47

9. Θεωρία των χαρακτηριστικών της εργασίας) σελ.49

## Μέρος Δεύτερο

Περίληψη	σελ.60
Ανά τον κόσμο	σελ.62
Σκοπός έρευνας	σελ.63
Εισαγωγή	σελ.64
Αποτελέσματα της έρευνας	σελ.67
Συμπεράσματα	σελ.95
Προτάσεις	σελ.96
Παράρτημα	σελ.98
Βιβλιογραφία	σελ.99
Ερωτηματολόγιο	σελ.103

# **Μέρος Πρώτο**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κάθε εργασία έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία την ξεχωρίζουν μέσα στο σύνολο άλλων επαγγελμάτων. Η νοσηλευτική έχει την ιδιαιτερότητα ως επάγγελμα υγείας να παρέχει ανθρωπιστικό έργο όπου κάθε της ενέργεια επηρεάζει έμμεσα και άμεσα τους ίδιους τους εργαζομένους όσο και τους δέκτες του έργου του, ασθενείς.

Ο λόγος που επιλέξαμε να ασχοληθούμε με το θέμα αυτό στην πτυχιακή μας εργασία ήταν ο προβληματισμός μας, πώς ένα επάγγελμα όπως η νοσηλευτική με την τόσο μεγάλο κοινωνικό χαρακτήρα και προσφορά στον άνθρωπο εγκαταλείπεται σε μεγάλο ποσοστό παγκοσμίως; Θελήσαμε λοιπόν να καταγράψουμε την επικρατούσα κατάσταση στην χώρα μας και συγκεκριμένα στο Ηράκλειο Κρήτης και Αθήνα.

Συλλέξαμε πληροφορίες από επαγγελματίες νοσηλευτές που είχαν παραιτηθεί από τα δημόσια νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης και της Αθήνας.

Επιπλέον θα αναφερθούμε επιγραμματικά στο περιεχόμενο της εργασίας μας. Αρχικά αναφερόμαστε στο επάγγελμα νοσηλευτική, ιστορική αναφορά, σε φυσιολογίες

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ο όρος **νοσηλευτική**, η (αγγλ. nursing, γαλλ. profession α" infirmier)· το επάγγελμα του νοσηλευτή (νοσηλεύτριας) με αντικείμενο την περίθαλψη ασθενών και τραυματιών και γενικότερα ατόμων που δεν είναι ικανά να φροντίσουν τον εαυτό τους.

Ο όρος **νοσηλευτής** (nurse) προέρχεται από τη λατινική έξη nutritrix που σημαίνει τρέφω (nourish). Οι ορισμοί του νοσηλευτή και της νοσηλευτικής βασίζονται σ' αυτή τη λέξη για α περιγράφουν το νοσηλευτή ως ένα άτομο που φροντίζει, προάγει και προστατεύει και είναι προετοιμασμένο να παράσχει φροντίδα στους αρρώστους, τους τραυματίες και τους ηλικιωμένους. Όμως, στη σημερινή κοινωνία η επέκταση των όλων και των λειτουργιών του νοσηλευτή έχει κάνει οποιοδήποτε από αυτούς τους ορισμούς να ακούγεται εξαιρετικά περιορισμένος. Όπως περιγράφεται από τους Ellis & Hartley 995), δεν μπορεί πλέον κανείς να λέει «ο νοσηλευτής είναι ένας νοσηλευτής». (Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone, Θεμελιώδεις Αρχές της νοσηλευτικής, τόμος I, 3<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Πασχαλίδης, 2002:35-36 )

No man, not even a doctor, ever gives any other definition of what a nurse should be than this -- 'devoted and obedient.' This definition would do just as well for a porter. It might even do for a horse. It would not do for a policeman.  
[ Florence Nightingale 1859]

Κανένας άνθρωπος, ακόμη και ένας γιατρός, δεν μπορεί να δώσει καλύτερο προσδιορισμό για το τι πρέπει να είναι ένας νοσηλευτής από αυτόν  
<< αφοσιωμένος και υπάκουος >>.  
Αυτός ο προσδιορισμός θα έκανε εξίσου για έναν θυρωρό. Ίσως και για ένα άλογο. Όχι όμως για έναν πολιτικό.  
[Florence Nightingale 1859]

## Ιστορική Αναδρομή

Πάντοτε ο νοσηλευτής θεωρείτο ως το άτομο που παρέχει φροντίδα υγείας. Παραδοσιακά, ο ρόλος αυτός καθορίστηκε από τις ομάδες, τις κοινότητες και τις κοινωνίες μέσα στις οποίες εφαρμοζόταν η νοσηλευτική. Είναι πλέον αποδεκτό ότι η φροντίδα υγείας και η νοσηλευτική έχουν τις ρίζες τους στα γεγονότα του παρελθόντος.

Στους αρχαίους πολιτισμούς, οι άνθρωποι πίστευαν ότι η αρρώστια οφειλόταν σε υπερφυσικά αίτια. Έτσι, αναπτύχθηκε η θεωρία του ανιμισμού (animism) σε μια προσπάθεια να καταλάβουν τις αιτίες των μυστήριων αλλαγών στις λειτουργίες του σώματος. Η θεωρία αυτή βασιζόταν στην πεποίθηση ότι όλα στη φύση είναι ζωντανοί οργανισμοί με αόρατες δυνάμεις και προικισμένοι με κάποια υπερφυσική ικανότητα. Τα μεν καλά πνεύματα έφερναν υγεία, ενώ τα κακά την αρρώστια και το θάνατο. Ο ρόλος του γιατρού ήταν σαφώς διαφορετικός από το ρόλο του νοσηλευτή. Ο γιατρός ήταν ο μάγος που θέραπευε τις διάφορες αρρώστιες ψέλνοντας ύμνους, προκαλώντας το φόβο ή ανοίγοντας το κρανίο για να φύγουν τα κακά πνεύματα (Dolan, Fitzpatrick, & Herrmann, 1983). Αντίθετα, ο νοσηλευτής, ήταν συνήθως η μητέρα που φρόντιζε τα άρρωστα μέλη της οικογένειας προσφέροντας σωματική ανακούφιση και βότανα. Η απόδοση στο νοσηλευτή των δύο αυτών ρόλων, της τροφού/μητέρας και του ατόμου που παρέχει φροντίδα υγείας διατηρείται μέχρι σήμερα.

Καθώς οι φυλές εξελίχθηκαν σε πολιτισμούς, οι ναοί έγιναν τα κέντρα ιατρικής βοήθειας αφού κυριαρχούσε η αντίληψη ότι η αρρώστια προερχόταν από κάποια αμαρτία και κατ' επέκταση δυσαρέσκεια των θεών. Οι ιερείς θεωρούνταν ως γιατροί, αλλά τόσο η ανθρώπινη ζωή όσο και οι γυναίκες δεν εκτιμούνταν από την κοινωνία. Οι νοσηλευτές ήταν οι υπηρέτες οι οποίοι εκτελούσαν ταπεινά καθήκοντα, υπό τις εντολές του ιερέα-γιατρού. Αντίθετα, κατά την ίδια περίοδο, οι αρχαίοι Εβραίοι πρότειναν κανόνες που αφορούσαν τις ηθικές ανθρώπινες σχέσεις, την πνευματική υγεία και τον έλεγχο της αρρώστιας σύμφωνα πάντα με τις Δέκα Εντολές του Μωσαϊκού Νόμου Υγείας. Οι νοσηλευτές φρόντιζαν τους αρρώστους στο σπίτι ή στην κοινότητα, ενώ παράλληλα λειτουργούσαν και ως μαίες (Dolan, Fitzpatrick, & Herrmann, 1983).

Με την εμφάνιση του Χριστιανισμού, η νοσηλευτική άρχισε να παίρνει έναν επίσημο και σαφέστερο καθορισμένο ρόλο. Οδηγούμενοι από την πίστη ότι η αγάπη και η φροντίδα για το συνάνθρωπο είναι πολύ σημαντική, κάποιες γυναίκες οι οποίες ονομάστηκαν Διακόνισσες έκαναν τις πρώτες οργανωμένες επισκέψεις σε άρρωστους ανθρώπους, ενώ τα αρσενικά μέλη των θρησκευτικών τάξεων παρείχαν νοσηλευτική φροντίδα και έθαβαν τους νεκρούς. Οι θρησκευτικές αυτές τάξεις (γυναικείες και ανδρικές) ιδρύθηκαν κατά τη διάρκεια των Σταυροφοριών. Την ίδια περίοδο ιδρύθηκαν και νοσοκομεία για τη νοσηλεία του μεγάλου αριθμού οδοιπόρων προσκυνητών οι οποίοι χρειάζονταν φροντίδα υγείας με αποτέλεσμα η νοσηλευτική να γίνει πλέον ένα σεβαστό λειτούργημα. Αν και στην αρχή του Μεσαίωνα επικράτησε χάος, η νοσηλευτική είχε ήδη αναπτύξει σκοπό, κατεύθυνση και ηγεσία.

Στις αρχές του 16ου αιώνα, η κοινωνία μετακινήθηκε από το θρησκευτικό προσανατολισμό που είχε ως τότε προς την παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια των εχθροπραξιών, καθώς και τη διεύρυνση της γνώσης. Πολλά μοναστήρια και μονές έκλεισαν, γεγονός που οδήγησε σε τρομερή έλλειψη ανθρώπων για την περίθαλψη των αρρώστων. Για την κάλυψη αυτής της ανάγκης άρχισαν να χρησιμοποιούν στη νοσηλευτική γυναίκες που είχαν καταδικαστεί για κάποιο αδίκημα και οι οποίες εξέτιαν την ποινή τους στα νοσοκομεία αντί στις φυλακές.

Εκτός από την άσχημη φήμη που είχαν, «οι νοσηλεύτριες» αυτές έπαιρναν ένα εξευτελιστικά χαμηλό μισθό και δούλευαν ατελείωτες ώρες κάτω από άθλιες συνθήκες. Από τα μέσα του 18ου μέχρι τον 19ο αιώνα, οι κοινωνικές μεταρρυθμίσεις άλλαξαν τους ρόλους της νοσηλεύτριας όπως και της γυναίκας γενικότερα. Ήταν η χρονική εκείνη περίοδος που η νοσηλευτική, βασιζόμενη σε ηθικές αξίες και το παράδειγμα της Florence Nightingale εμφανίστηκε όπως περίπου τη γνωρίζουμε σήμερα.

Η Florence Nightingale γεννήθηκε το 1820. Κόρη εύπορης οικογένειας μεγάλωσε στην Αγγλία, έκανε καλές σπουδές και ταξίδεψε πολύ. Παρά την έντονη αντίδραση της οικογένειας της, σε ηλικία 31 ετών σπούδασε νοσηλευτική. Το ξέσπασμα του πολέμου της Κριμαίας και το αίτημα της Βρετανίας να οργανωθεί η νοσηλευτική φροντίδα στο στρατιωτικό νοσοκομείο της Τουρκίας, άνοιξαν στη Nightingale το δρόμο για την επιτυχία. (Kalish & Kalish 1985). Επειδή διέθετε την ικανότητα να ξεπερνά ανυπέρβλητα εμπόδια με επιτυχία, η Nightingale προσπέρασε τις προκαταλήψεις κατά των γυναικών και ανέβασε το επίπεδο των νοσηλευτών. Μετά τον πόλεμο, επέστρεψε στην Αγγλία όπου ίδρυσε σχολή εκπαίδευσης νοσηλευτών και εξέδωσε βιβλία σχετικά με τη φροντίδα υγείας και τη νοσηλευτική εκπαίδευση. .

Την τεράστια και διαχρονική συνεισφορά της Nightingale αποτελούν:

- Η αναγνώριση των προσωπικών αναγκών του ατόμου και του ρόλου του νοσηλευτή στην κάλυψη των αναγκών αυτών.
- Η καθιέρωση προτύπων για τη διαχείριση του νοσοκομείου.
- Η καθιέρωση μιας σεβαστής ενασχόλησης για γυναίκες.
- Η καθιέρωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.
- Η αναγνώριση δύο στοιχείων της νοσηλευτικής -υγεία και ασθένεια.
- Η πίστη ότι η νοσηλευτική είναι ευδιάκριτη και διαφορετική από την ιατρική.
- Η αναγνώριση της αξίας της διατροφής για την υγεία
- Η εγκαθίδρυση της εργοθεραπείας και ψυχαγωγικής θεραπείας στους ασθενείς
- Η έμφαση της ανάγκης για συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών
- Η διατήρηση ακριβών αρχείων, που αναγνωρίζονται ως η αρχή της νοσηλευτικής έρευνας

Η Florence Nightingale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής ώστε να θεωρείται μια σεβαστή απασχόληση, βελτίωσε την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας υγείας και θεμελίωσε τη σύγχρονη νοσηλευτική εκπαίδευση. (Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone,Θεμελιώδεις Αρχές της νοσηλευτικής, τόμος I, 3<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Πασχαλίδης, 2002:33-34 )

Αρχικά ο νοσηλευτής εκτελούσε τις εντολές του θεράποντας ιατρού ως τεχνική υπηρεσία, δίχως εξειδικευμένες γνώσεις, περιθώρια αμφισβήτησης ή πρωτοβουλία στις κινήσεις του. Επίσης στιγματισμένο εξ αρχής ως γυναικείο επάγγελμα ήρθε αντιμέτωπο με τα προβλήματα αναγνώρισης του ως επάγγελμα και της ισότητας της γυναίκας στον επαγγελματικό χώρο.

Μαρτυρία της κοινωνικής κατάστασης της νοσηλεύτριας στην Αγγλία γύρω στο 1890. Η κοινωνική θέση μεταξύ πάσχων και νοσηλεύτριας έχει υποβληθεί σε πολλές παράδοξες αλλαγές κατά τη διάρκεια των τελευταίων είκοσι ή τριάντα ετών (1860-1890). Τριάντα έτη και ακόμη πιο πριν μια εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια ήταν σπάνια, και όταν ξεσπούσε ασθένεια σε μια οικογένεια ο ασθενής νοσηλευόταν συνήθως από έναν συγγενή με τη βοήθεια ενός παλαιού υπαλλήλου ή μιας υπέργηρης οικονόμου.



Ακόμη και στα μεγάλα γενικά νοσοκομεία η παρούσα κατάσταση δεν ήταν πάρα πολύ καλύτερη, και το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείτο κυρίως από τις αμόρφωτες γυναίκες που, εντούτοις καλοπροαίρετες αλλά ανεκπαιδευτες.

Ήταν άτομα τιμίου και αξιοπιστίας, με μόνη σοβαρή κατηγορία εναντίον τους το ότι ήταν εθισμένοι στη χρήση οινόπνευματων ουσιών, και είχαν μια σταθερή συνήθεια στο να δοκιμάζουν το ουίσκι ή το κονιάκ του ασθενή.

Ξαφνικά μια θαυμάσια αλλαγή πραγματοποιήθηκε και η παλιομοδίτικη νοσηλεύτρια εκδιώχθηκε από τη θέση της, και η νοσηλευτική αναδύθηκε σε αξιοπρεπές επάγγελμα. Ήταν η δημοφιλής μανία της εποχής, και οι γυναίκες σε όλη τη χώρα (Αγγλία) έγιναν "τρελαμένες νοσηλεύτριες." Εγκατέλειψαν τα οικιακά καθήκοντά τους και επιδίωξαν ανυπόμονα για την είσοδο τους στα διάφορα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Φόρεσαν λίγο πολύ τα κατάλληλα κοστούμια, και κατέπληξαν τις κατ οίκων νοσηλεύτριες με τη υιοθέτηση δυσνόητων ιατρικών όρων, και φρικιαστικών ιστοριών των τρομακτικών χειρουργείων και χειρουργικών πετυγών. Ο ενθουσιασμός τους ήταν τόσο μεγάλος που πλήρωναν πρόθυμα τα βαριά δίδακτρα για οδηγίες, δίχως να εξακριβώσουν κατά πόσο οι οδηγίες αυτές ήταν σωστές, λάθος, ή αδιάφορες.

Η ζήτηση δημιούργησε ένα απόθεμα, και τα νοσηλευτικά ιδρύματα όλων των ειδών αναπήδησαν σε όλη τη χώρα, μερικά από αυτά αναμφισβήτητα κάλυψαν την ζήτηση, αλλά πολλά από αυτά χρησίμευσαν στο να φέρουν απλά τα χρειαζόμενα των πονηρών προαγωγών τους. Αν και το σύστημα ήταν, χωρίς καμία αμφιβολία, από πολλές απόψεις ελαττωματικό, το αποτέλεσμα ήταν ευεργετικό από μια άποψη, ότι νοσηλεύτριες υψηλού χαρακτήρα και αναγνωρισμένης ικανότητας επρόκειτο να επικρατήσουν χωρίς δυσκολία.

Λίγο αργότερα, ωστόσο, υπήρξε μια αποφασισμένη αντίδραση, ότι η νοσηλευτική δεν μπορεί πλέον να θεωρηθεί ως προσοδοφόρα επαγγελματική κλήση. Ένας από τους λόγους είναι ότι δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνιμη εργασία για τις γυναίκες, και είναι ασυνήθιστο για την εποχή τόσο το να εργάζονται αυτόνομα.

Ωστόσο είναι άξιο αναφοράς το έργο που προσφέρουν και αναγνωρίζονται νοσηλεύτριες υψηλού επιπέδου που χαίρουν της εκτίμησης όλων, αν και συχνά παρουσιάζονται νοσηλεύτριες οι οποίες δεν μένουν πιστές στα καθήκοντα τους.

Ιδιαίτερη θέση στην ιστορία της νοσηλευτικής κατέχει η Φλόρενς Νάιτινγκεϊλ\* (1820-1910), αλλά και πριν από αυτήν υπήρξαν αναμορφωτές της μέριμνας για τον πάσχοντα, όπως ο Σαιν Βενσάν ντε Πωλ (St. Vincent de Paul) στη Γαλλία, ο Τζων Χάουαρντ (J. Howard) και η Ελίζαμπεθ Φράι (E. Fry) στην Αγγλία και ο Τέοντορ Φλάιντνερ (Th. Fleidner) στη Γερμανία. Οι πρωτοπόροι αυτοί μπορεί να είναι καλύτερα γνωστοί για το αναμορφωτικό τους έργο στις φυλακές, αλλά στην εποχή τους οι δεσμοί μεταξύ εγκλήματος, ένδειας, ψυχοπάθειας και νόσου ήταν ισχυροί. Με την Φ. Νάιτινγκεϊλ, η παροχή νοσηλείας καθιερώνεται ως επάγγελμα. Στον Κριμαϊκό πόλεμο (1854-1856) η Φλόρενς Νάιτινγκεϊλ δεν επέδενε μόνον τραύματα και δεν φρόντιζε μόνον τους ασθενείς, αλλά ακόμη πίεζε και την βρετανική κυβέρνηση για καλύτερη διατροφή και υγιεινή τού στρατού. Μετά το τέλος τού πολέμου εκείνου ίδρυσε νοσηλευτική σχολή στο Λονδίνο και καθιέρωσε το πρώτο επίσημο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Επί πλέον, εισηγήθηκε την αναμόρφωση των υπηρεσιών που παρέχονταν από τις μαίες και την ίδρυση μιας υπηρεσίας επισκεπτριών υγείας στη Βρετανία.

Σήμερα όλα τα συστήματα εκπαίδευσης στη νοσηλευτική, σε ολόκληρο τον κόσμο, έχουν τις ρίζες τους στο σύστημα τής Νάιτινγκεϊλ είτε στο γαλλικό ή το αμερικανικό σύστημα, που και αυτά προήλθαν από εκείνο. Στη Βρετανία η εκπαίδευση είναι τριετής σε νοσοκομειακή βάση. Στη Γαλλία απαιτείται μαθητεία διάρκειας 28 μηνών.

Το σύστημα τών ΗΠΑ βασίζεται στη διδασκαλία τής θεωρίας και τής πρακτικής εφαρμογής της νοσηλευτικής στο πανεπιστήμιο. Στις περισσότερες χώρες απαιτείται επαγγελματική άδεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.



Florence Nightingale

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΕΣ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### 19ος αιώνας



Clara Barton

Εθελόντρια στη φροντίδα των τραυματιών και στη σίτιση των στρατιωτών της Ένωσης κατά τη διάρκεια του Εμφυλίου πολέμου. Άσκησε επίβλεψη στους νοσηλευτές του στρατού του James, οργάνωσε το νοσοκομείο και το νοσηλευτικό προσωπικό και ίδρυσε τον Ερυθρό Σταυρό στις ΗΠΑ το 1882



Dorothea Dix

Διευθύντρια των Γυναικών Νοσηλευτών του Στρατού κατά τη διάρκεια του Εμφυλίου πολέμου. Είχε την εξουσία και την ευθύνη για τη στρατολόγηση και εξοπλισμό των νοσηλευτών του στρατού. Υπήρξε πρωτοπόρος στη σταυροφορία για τη μεταρρύθμιση της θεραπείας των ψυχικά ασθενών



Mary Ann Bickerdyke

Οργάνωσε τους χώρους εστίασης, τα πλυντήρια και τις υπηρεσίες των ασθενοφόρων και είχε την επίβλεψη του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια του Εμφύλιου Πολέμου

### Louise Schuyler

Νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια του Εμφυλίου πολέμου, επέστρεψε στη Ν. Υόρκη για να οργανώσει το φιλανθρωπικό Οργανισμό της Ν. Υόρκης. Ο Οργανισμός αυτός βοήθησε στη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών στο Νοσοκομείο του Bellevue. Μια από τις συστάσεις ήταν να τεθούν πρότυπα για τη νοσηλευτική εκπαίδευση



### Linda Richards

Υπήρξε η πρώτη εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια των ΗΠΑ. Ήταν απόφοιτος του Νοσοκομείου της Νέας Αγγλίας για Γυναίκες και Παιδιά (New England Hospital for Women and Children) στη Μασαχουσέτη το 1873. Ανέλαβε ως υπεύθυνη νυκτερινής βάρδιας του νοσοκομείου του Bellevue το 1874, όπου άρχισε να κρατάει φακέλους και να γράφει οδηγίες



### Jane Addams immigrant children

Jane Addams with a group of

Παρείχε Κοινωνικές υπηρεσίες στα πλαίσια μιας μικρής περιοχής και υπήρξε ηγέτιδα των δικαιωμάτων της γυναίκας.

Της απενεμήθη το Βραβείο Νόμπελ Ειρήνης το 1931



### Lillian Wald

Οργάνωσε την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών για τους φτωχούς αρρώστους σε γειτονίες της Ν. Υόρκης και ίδρυσε τη νοσηλευτική της δημόσιας υγείας

Mary Elizabeth Mahoney

Αποφοίτησε από το Νοσοκομείο της Νέας Αγγλίας για Γυναίκες και Παιδιά (New England Hospital for Women and Children) το 1879 και ήταν η πρώτη έγχρωμη νοσηλεύτρια της Αμερικής



Harriet Tubman

Νοσηλεύτρια και φανατική οπαδός της κατάργησης της δουλείας, υπήρξε ενεργό μέλος του κινήματος υπόγειων σιδηροδρόμων πριν καταταγεί στο Στρατό της Ένωσης κατά τη διάρκεια του Εμφυλίου πολέμου

Photo # NH 52960 "The Sacred Twenty", first Navy nurses, appointed in 1908



Nora Gertrude Liningstone

Ίδρυσε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νοσηλευτές στο Montreal General Hospital (το πρώτο ζετές πρόγραμμα στη Β. Αμερική)

Mary Agnes Snively

Διευθύντρια της νοσηλευτικής σχολής του Toronto General Hospital και μια από τους ιδρυτές του Καναδικού Συνδέσμου Νοσηλευτών



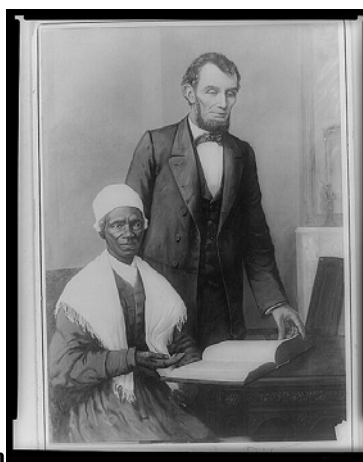
a nurse by [Nikolai Yaroshenko](#)

Sojourner Truth



Νοσηλεύτρια που όχι μόνο παρείχε φροντίδα στους στρατιώτες κατά τη διάρκεια του Εμφυλίου πολέμου, αλλά εργάστηκε ενεργά και για το γυναικείο

Abraham



Lincoln with **Sojourner Truth**



Isabel Hampton Robb

Ηγέτιδα της νοσηλευτικής και της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, οργάνωσε τη νοσηλευτική σχολή του νοσοκομείου John Hopkins όπου εισήγαγε πολιτικές οι οποίες περιελάμβαναν μείωση του ημερήσιου ωραρίου και έγραψε βιβλίο για να βοηθήσει στη μάθηση των φοιτητών. Υπήρξε η πρώτη πρόεδρος Αποφοίτων Νοσηλευτών των ΗΠΑ και του Καναδά (που αργότερα έγινε ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών).

## 20ος αιώνας

Mary Adelaide Nutting

Ως μέλος της ακαδημαϊκής κοινότητας του Teacher's College, Columbia University, έγινε η πρώτη καθηγήτρια της νοσηλευτικής στον κόσμο και μαζί με τη Lavinia Dock, εξέδωσε την τετράτομη Ιστορία της Νοσηλευτικής

Elizabeth Smellie

Μέλος της Βικτωριανής Τάξης Νοσηλευτών του Καναδά (μια ομάδα που παρείχε νοσηλευτική δημόσιας υγείας), οργάνωσε το Καναδικό Σώμα Γυναικών του Στρατού κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου



Imalaya

(1858-  
στην



Lavinia Dock

**Lavinia Lloyd Dock**  
**1956)**

Ηγέτιδα της νοσηλευτικής και ενεργό μέλος της κίνησης για τα δικαιώματα της γυναίκας, συμμετείχε στην τροποποίηση του Συντάγματος που έδινε στις γυναίκες το δικαίωμα ψήφου



Mary Breckenridge  
Ίδρυσε τη Νοσηλευτική Υπηρεσία Συνόρων και μια από τις  
πρώτες σχολές μαιών στις ΗΠΑ

(Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone, Θεμελιώδεις Αρχές της νοσηλευτικής, τόμος I, 3<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα:  
Πασχαλίδης, 2002 κεφ.1 σελ.36 )

### **Nursing is attending to meaning. Η Νοσηλευτική υπηρετεί για το νόημα.**

Μήπως αυτό σημαίνει ότι πρόκειται για το νόημα της ζωής; Η απάντηση είναι όχι, αφορά όμως το ευ ζειν. Να υπηρετεί την προσωπικότητα, να υπηρετεί την οικογένεια και την κοινότητα στην οποία εξασκεί την νοσηλευτική.

#### **Νοσηλευτική: Επάγγελμα και Επιστημονικός Κλάδος**

Καθώς οι ορισμοί της νοσηλευτικής έχουν επεκταθεί για να περιγράψουν με σαφήνεια τους ρόλους και τις δραστηριότητες των νοσηλευτών, το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στο ερώτημα εάν η νοσηλευτική είναι επάγγελμα και επιστήμη. Η νοσηλευτική αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως **επάγγελμα**, με βάση τα κριτήρια που πρέπει να έχει ένα επάγγελμα:

- Καλά καθορισμένο σώμα γνώσεων
- Ισχυρό προσανατολισμό προς την παροχή υπηρεσιών
- Αναγνωρισμένο κύρος από κάποια επαγγελματική ομάδα
- Κώδικα ηθικής
- Επαγγελματική οργάνωση που θέτει τα πρότυπα
- Συνεχιζόμενη έρευνα
- Αυτονομία



Ένας **επιστημονικός κλάδος** έχει συγκεκριμένο και μοναδικό σώμα γνώσεων, χρησιμοποιεί την υπάρχουσα και τη νέα γνώση για την επίλυση των προβλημάτων και την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών μέσα σε συνεχώς μεταβαλλόμενα όρια. Για να θεωρηθεί ένας κλάδος επιστημονικός πρέπει να καλύπτονται τα συγκεκριμένα κριτήρια:

- Διαρκές πεδίο εφαρμογής
- Κατάλληλες τεχνικές
- Ενδιαφέροντα σχετικά με τις ανθρώπινες δραστηριότητες
- Σχετικές παραδόσεις που θα εμπνέουν τη μελλοντική ανάπτυξη γνώσης
- Σημαντική ακαδημαϊκή αναγνώριση και επιτεύγματα

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

Ιστορικά η νοσηλευτική εξελίχθηκε από μια τεχνική υπηρεσία, σε ανθρωποκεντρική διεργασία, που επηρεάζει τις ζωές των άλλων έτσι ώστε να μεγιστοποιούνται οι ανθρώπινες δυνατότητες σε όλες τις διαστάσεις. Αυτή αποτέλεσε μια ενεργητική διεργασία καθώς η νοσηλευτική αναπτυσσόταν ως επάγγελμα και ως επιστημονικός κλάδος με βάση τα διδάγματα του παρελθόντος για την απόκτηση γνώσεων για την παρούσα και μελλοντική πρακτική της.

### **Στόχοι της Νοσηλευτικής**

Από τους ορισμούς της νοσηλευτικής εξάγονται οι τέσσερις παρακάτω κύριοι στόχοι της νοσηλευτικής πρακτικής:

- Η προαγωγή της ευεξίας
- Η πρόληψη της ασθένειας
- Η αποκατάσταση της υγείας
- Η διευκόλυνση της επιτυχούς αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή φροντίδας σε μια ποικιλία παραδοσιακών και νέων νοσηλευτικών ρόλων. Ο πρωταρχικός ρόλος του νοσηλευτή ως άτομο που παρέχει φροντίδα υγείας, αποκτά μορφή και υπόσταση από τους αλληλοσυνδεδεμένους ρόλους, του δασκάλου, του συμβούλου, του ηγέτη, του ερευνητή, του συνηγόρου και του ατόμου που κυρίως επικοινωνεί με τον άρρωστο και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Όλοι αυτοί οι ρόλοι, καθώς και οι συνεχώς επεκτεινόμενοι ρόλοι που αφορούν τη σταδιοδρομία και τις λειτουργίες του νοσηλευτή, απεικονίζονται στους Πίνακες 1-2 και 1-3 ενώ συζητιούνται εκτενέστερα στην Ενότητα IV. Οι δραστηριότητες μέσα σε αυτούς τους ρόλους πραγματοποιούνται από το νοσηλευτή σε διαφορετικές υπηρεσίες, όπως νοσοκομεία, οίκους ευγηρίας, ιατρεία, γραφεία, κινητές μονάδες και σπίτια. Από αυτές τις υπηρεσίες η φροντίδα υγείας σήμερα όλο και περισσότερο παρά-σχεται εκτός νοσοκομείου στην κοινότητα. Όλες οι δραστηριότητες κατευθύνονται προς τη μεγιστοποίηση της ευεξίας του ατόμου και της οικογένειάς του.

### **Προαγωγή της Ευεξίας**

**Ευεξία** (wellness) είναι μία κατάσταση της ανθρώπινης λειτουργίας η οποία μπορεί να ορισθεί ως η επίτευξη του μέγιστου δυνατού δυναμικού της λειτουργικότητας του ανθρώπου. Η Αμερικανική Ένωση Νοσοκομείων (1980) περιγράφει την ευεξία ως ακολούθως: Στόχος της ευεξίας δεν είναι απλά η αποφυγή της ασθένειας ή η επιμήκυνση της ζωής. Στόχος της είναι η προαγωγή της ποιότητας της ζωής του ατόμου σε όλη τη διάρκεια της ζωής του μέσω δραστηριοτήτων που σχεδιάζονται για τη συνεχή βελτίωση της φυσικής, ψυχικής, πνευματικής και συναισθηματικής ευημερίας του... η ευεξία είναι εφικτή τόσο για τους ηλικιωμένους, τους χρόνιους αρρώστους ή τους ανθρώπους με ειδικές ανάγκες όσο και για κάθε άλλο άνθρωπο. Οι νοσηλευτές προάγουν την ευεξία με τη μεγιστοποίηση των δυνάμεων οι οποίες είναι συγκεκριμένες και εξατομικευμένες για κάθε άτομο. Η ευεξία είναι βασικό στοιχείο όλων των στόχων της νοσηλευτικής, με την αναγνώριση και ανάλυση των δυνάμεων του ασθενούς ως απαραίτητου στοιχείου για την πρόληψη της ασθένειας, την αποκατάσταση της υγείας και τη διευκόλυνση αντιμετώπισης της ανικανότητας ή του θανάτου. Κάθε ασθενής, άσχετα με το πόσο άρρωστος είναι, έχει δυνάμεις. Ο νοσηλευτής καλείται να αναγνωρίσει και να χρησιμοποιήσει αυτές τις δυνάμεις για να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει τη μέγιστη δυνατή λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής ή να αντιμετωπίσει το θάνατο με αξιοπρέπεια.

Η προαγωγή της ευεξίας είναι το πλαίσιο ανάπτυξης των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων. Ο νοσηλευτής που παρέχει φροντίδα υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την αυτογνωσία του ασθενούς, τις γνώσεις και τις δεξιότητες για την υγεία και τη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Οι νοσηλευτές μέσω των γνώσεων και δεξιοτήτων τους:

Διευκολύνουν τις αποφάσεις για τον τρόπο ζωής που προάγει την ποιότητας ζωής και ενθαρρύνουν την ανάληψη ευθύνης για την υγεία από τα ίδια τα άτομα

Αυξάνουν τις γνώσεις που αφορούν την υγεία βοηθώντας τους να κατανοήσουν ότι η υγεία είναι κάτι περισσότερο από το να μην είσαι άρρωστος και διδάσκοντας ότι συγκεκριμένες συμπεριφορές και παράγοντες μπορούν να ενισχύσουν ή να μειώσουν την ευεξία.

Διδάσκουν δεξιότητες οι οποίες αφορούν την ευεξία, με την προαγωγή της λήψης αποφάσεων ώστε οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας να μεγιστοποιήσουν την επίτευξη ρεαλιστικών στόχων και λειτουργούν ως πρότυπα ρόλου υγιεινού τρόπου ζωής.

Ενθαρρύνουν τη χρήση των διαθέσιμων πηγών ευεξίας παρέχοντας τις σχετικές πληροφορίες και αναφορές

### **Πρόληψη της Ασθένειας**

Οι στόχοι των δραστηριοτήτων πρόληψης της ασθένειας είναι η μείωση των παραγόντων κινδύνου νόσησης, η προαγωγή υγιεινών συνηθειών και η διατήρηση της καλύτερης δυνατής λειτουργικότητας του ατόμου. Οι νοσηλευτές πρωταρχικά προάγουν την υγεία διδάσκοντας και αποτελώντας παράδειγμα με τη δική τους συμπεριφορά. Τέτοιες δραστηριότητες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

Εκπαιδευτικά προγράμματα σε τομείς όπως η προγεννητική φροντίδα σε εγκύους, προγράμματα διακοπής καπνίσματος και σεμινάρια μείωσης του άγχους

Κοινοτικά προγράμματα και πηγές τα οποία ενθαρρύνουν τον υγιεινό τρόπο ζωής και περιλαμβάνουν τμήματα αεροβικής γυμναστικής, κολύμβησης και προγράμματα σωματικής αγωγής

Πληροφορίες από την τηλεόραση και έντυπο υλικό που αφορούν τη διατροφή, την άσκηση και τη σημασία απόκτησης υγιεινών συνηθειών διαβίωσης

Αξιολόγηση της υγείας σε ιδρύματα, ιατρεία και κοινοτικά κέντρα η οποία αναγνωρίζει τις δυνατές περιοχές και την πιθανότητα νόσησης

### **Αποκατάσταση της Υγείας**

Οι δραστηριότητες για την αποκατάσταση της υγείας περιλαμβάνουν εκείνες τις δραστηριότητες οι οποίες παραδοσιακά θεωρούνται ότι ανήκουν στην ευθύνη του νοσηλευτή. Η αποκατάσταση εστιάζει στο άτομο που πάσχει από κάποια ασθένεια αλλά εκτείνεται από την έγκαιρη διάγνωση μιας νόσου, μέχρι και την αποκατάσταση και διδασκαλία κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν:

Την παροχή άμεσης φροντίδας στο άρρωστο άτομο που θα περιλαμβάνει σωματική φροντίδα, χορήγηση φαρμάκων και διεξαγωγή θεραπευτικών παρεμβάσεων και διαδικασιών. Τη διεξαγωγή διαγνωστικών μετρήσεων και εξετάσεων (π.χ. μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της γλυκόζης του αίματος) μέσω των οποίων ανιχνεύεται μια ασθένεια.

Την αναφορά ερωτήσεων ή μη φυσιολογικών ευρημάτων σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Το σχεδιασμό, τη διδασκαλία και την ολοκλήρωση προγραμμάτων αποκατάστασης για άτομα με ασθένειες όπως καρδιακά επεισόδια, αρθρίτιδα και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Τη συμμετοχή σε προγράμματα ψυχικής υγείας και προγράμματα απεξάρτησης.

### **Διευκόλυνση της Αντιμετώπισης ενός Προβλήματος Υγείας**

Παρόλο που κύριος στόχος της φροντίδας υγείας είναι η προαγωγή, η διατήρηση ή η αποκατάσταση της υγείας, αυτοί οι στόχοι δεν μπορούν πάντα να επιτευχθούν. Επίσης, οι νοσηλευτές διευκολύνουν τον ασθενή και την οικογένεια του να αντιμετωπίσουν δυσλειτουργίες, κρίσεις και το θάνατο. Η **δυσλειτουργία** έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ικανότητας του ατόμου να ανταποκριθεί στις καθημερινές του ανάγκες και τους αναμενόμενους ρόλους. Οι νοσηλευτές μπορούν να διευκολύνουν σημαντικά το επίπεδο λειτουργικότητας αυξάνοντας τις δυνάμεις του ασθενούς, διδάσκοντας, παρέχοντας γνώσεις και παραπέμποντας στα συστήματα υποστήριξης της κοινότητας. Στα τελικά στάδια της νόσου οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στις οικογένειες τους στο νοσοκομείο, σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ή και στο σπίτι. Επίσης, επεκτείνουν τις δραστηριότητες τους στα προγράμματα ξενώνων (hospice programs) τα οποία βοηθούν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους να προετοιμαστούν για το θάνατο και να ζήσουν όσο το δυνατό πιο άνετα μέχρι το τέλος της ζωής τους. (Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone, Θεμελιώδεις Αρχές της νοσηλευτικής, τόμος I, 3<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Πασχαλίδης, 2002: κεφ.1, σελ.37-40 )

### **Διαχρονική Εξέλιξη και Επιδράσεις**

Ο ορισμός και οι πεποιθήσεις της Nightingale. Η Florence Nightingale, η νοσηλεύτρια που θεμελίωσε τη θεωρητική βάση της νοσηλευτικής, ανέπτυξε και δημοσίευσε μία φιλοσοφία και μία θεωρία για την υγεία και τη νοσηλευτική που απετέλεσαν το θεμέλιο λίθο για το νοσηλευτικό επάγγελμα (Εικόνα 5-2). Η συμβολή της στη νοσηλευτική θεωρία περιλαμβάνει την αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή στην ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών του ασθενούς, την αναγνώριση της σημασίας των περιβαλλοντικών επιδράσεων στη φροντίδα των ασθενών, την αναβάθμιση των προτύπων και την αποδοχή της νοσηλευτικής με την ανάπτυξη αρχών για τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Επίσης, η Nightingale, επηρέασε τη νοσηλευτική γνώση και πρακτική παρέχοντας αποτελεσματική και επιστημονική νοσηλευτική φροντίδα, ορίζοντας τη νοσηλευτική πρακτική ως ξεχωριστή και ευδιάκριτη από την ιατρική πρακτική και διαφοροποιώντας τη νοσηλευτική της υγείας από εκείνη της ασθένειας (Dolan, Fitzpatrick & Herrmann, 1983).

Πολιτισμικές Επιδράσεις στη Νοσηλευτική. Είναι γνωστό ότι συγκεκριμένες πολιτισμικές επιδράσεις έχουν επηρεάσει τη νοσηλευτική. Αν και από την αρχή οι άντρες και οι γυναίκες παρείχαν άνεση και βοήθεια στους αρρώστους, η νοσηλευτική θεωρούνταν κυρίως ως «γυναικείο επάγγελμα» μέχρι τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Στο 18ο και 19ο αιώνα, οι

γυναίκες θεωρούνταν υποδεέστερες και κατώτερες των ανδρών. Παρόλα αυτά, μετά τη θέσπιση από τη Nightingale ενός αποδεκτού επαγγέλματος για μορφωμένες γυναίκες, βοήθησε να βελτιωθούν οι στάσεις απέναντι στη νοσηλευτική και ο ρόλος της γυναίκας ως νοσηλεύτριας έγινε περισσότερο αποδεκτός.

Παρά την άποψη της Nightingale για τη μοναδικότητα της νοσηλευτικής, η εκπαίδευση των νοσηλευτών αρχικά πραγματοποιούνταν κάτω από την κατεύθυνση και την εποπτεία του ιατρικού επαγγέλματος (Kalish & Kalish, 1995). Επειδή η εννοιολογική και θεωρητική βάση της νοσηλευτικής πρακτικής προήλθαν εκτός νοσηλευτικής, η νοσηλευτική αγωνίσθηκε για χρόνια για να καθιερώσει την ταυτότητα της και για να αναγνωρισθεί η συμβολή της στη φροντίδα υγείας.

### **Η Νοσηλευτική στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής**

Επιδράσεις της Εκπαίδευσης. Οι περισσότερες σχολές νοσηλευτικής που ιδρύθηκαν στις ΗΠΑ προσαρμόστηκαν στο πρότυπο της Nightingale. Δεν υπήρχε σχεδιασμένο πρόγραμμα σπουδών. Δεν υπήρχαν οργανωμένα προγράμματα, αλλά η μάθηση επιτυγχάνονταν διαμέσου διαλέξεων από γιατρούς και από την πρακτική εμπειρία που προέρχονταν από τη φροντίδα των ασθενών στο νοσοκομείο (Dolan, Fitzpatrick & Herrmann, 1983). Αυτός ο προσανατολισμός της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην παροχή υπηρεσιών, παρέμεινε ως η ισχυρότερη επιρροή στη νοσηλευτική πρακτική μέχρι τη δεκαετία του '50. Αντί για την ανάπτυξη ενός εξειδικευμένου για τη νοσηλευτική σώματος γνώσης, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχονταν κάτω από τον έλεγχο και τη διεύθυνση της διοίκησης του νοσοκομείου και της ιατρικής πρακτικής. Η νοσηλευτική φροντίδα βασιζόταν σε παραδοσιακές ιδέες, όπως η εκτέλεση εντολών, καθώς και στην κοινή σοφία για τη φροντίδα των άλλων που βασιζόταν είτε στην «κοινή λογική» είτε σε ευρέως αποδεκτές επιστημονικές αρχές (Chinn & Jacobs, 1991). Όπως ήταν αναμενόμενο, η ανάπτυξη της νοσηλευτικής γνώσης παρέμεινε αποσπασματική για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Ανάπτυξη της Επιστημονικής Βάσης στη Νοσηλευτική. Κατά το πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνα, η αλλαγή στη δομή της κοινωνίας είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή των ρόλων των γυναικών και κατά συνέπεια της νοσηλευτικής. Ως αποτέλεσμα του Α' και Β' Παγκοσμίου Πολέμου, οι γυναίκες εισήλθαν σταδιακά στο εργατικό δυναμικό, έγιναν περισσότερο ανεξάρτητες και αναζήτησαν εκπαίδευση υψηλότερου επιπέδου. Παράλληλα, η νοσηλευτική εκπαίδευση άρχισε να εστιάζει στην εκπαίδευση παρά στην πρακτική εξάσκηση, ενώ ξεκίνησε η διεξαγωγή και δημοσίευση νοσηλευτικών ερευνών. Καθώς οι γυναίκες έγιναν πιο δυναμικές, προέκυψε η νοσηλευτική ανάγκη για σαφή αναγνώριση της μοναδικής συμβολής της στο σύστημα υγείας. Στη δεκαετία του '50, η ιδέα της νοσηλευτικής ως επιστήμης έγινε γενικότερα αποδεκτή και άρχισαν να αναπτύσσονται τα φιλοσοφικά πιστεύω και η βάση γνώσεων για τη νοσηλευτική πρακτική. Σήμερα, η νοσηλευτική πρακτική επικεντρώνεται στην παροχή ολιστικής φροντίδας στον ασθενή με βάση τη νοσηλευτική γνώση.

Εξέλιξη της Νοσηλευτικής θεωρίας

Διεξαγωγή Έρευνας και Δημοσιεύσεις στη Νοσηλευτική. Με

την εξέλιξη της τεχνολογίας και της ιατρικής έρευνας τη δεκαετία του '50, οι πρωτοπόροι της νοσηλευτικής συνειδητοποίησαν ότι η έρευνα για την άσκηση της νοσηλευτικής ήταν απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας στη σύγχρονη κοινωνία. Μεγάλος αριθμός νοσηλευτών άρχισε να διεξάγει νοσηλευτική έρευνα και να αρθρογραφεί, παροτρύνοντας και άλλους νοσηλευτές να συμμετέχουν στη διεξαγωγή νοσηλευτικής έρευνας. Κατά τη διάρκεια της ίδιας δεκαετίας έγιναν δύο μεγάλα επιτεύγματα στη νοσηλευτική

θεωρία: (1) κυκλοφόρησε το 1950 το πρώτο περιοδικό που δημοσιεύει ερευνητικές εργασίες, με την επωνυμία Nursing Research (και συνεχίζεται μέχρι σήμερα) και (2) οι δημοσιευμένες ιδέες αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη θεωριών (Chinn & Jacobs, 1991. Kalish & Kalish, 1995).

Προαγωγή της Εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική. Από τη δεκαετία του '60, τα πανεπιστημιακά προγράμματα της νοσηλευτικής άρχισαν να αυξάνουν σε αριθμό και εγγεγραμμένους φοιτητές, ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών (Master's και διδακτορικών σπουδών). Η ανοδική αυτή τάση στην εκπαίδευση των νοσηλευτών αντανακλάται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, όπου δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στην ανάπτυξη ειδικής γνώσης για τη νοσηλευτική. (Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone, Θεμελιώδεις Αρχές της νοσηλευτικής, τόμος I, 3<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Πασχαλίδης, 2002: κεφ.5, σελ.95-100)

Η Νοσηλευτική επιστήμη στο κομμάτι που εξασκείται ως επάγγελμα φέρει μειωμένο κύρος, το οποίο απορρέει από την ελλιπή γνώση του ευρύ κοινού για την προσφορά του. Η μη αναγνώριση της πολυπλοκότητας της προσφοράς της νοσηλευτικής από την κοινωνία είναι το αγκάθι στην αυτοπεποίθηση των ατόμων που την πλαισιώνουν.

Χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η προσωπική φύση του επαγγέλματος, εξαιτίας της στενής επαφής του νοσηλευτή με τους ασθενείς, την εισβολή του στον ιδιωτικό χώρο τους, μέσω της διασφάλισης της υγιεινής και της φροντίδας, αποτέλεσμα της βασικής αρχής της νοσηλευτικής για την διασφάλιση των αναγκών του ασθενούς. Επίσης είναι η επαφή με το σώμα του ασθενή και η συμμετοχή στην διαδικασία που ακολουθεί το θάνατο του αρρώστου. Αν και οι βιολογικές ανάγκες του ανθρώπου είναι ενστικτωδώς αυτονόητες και αποδεδειγμένες, η σημασία της διασφάλισης τους από το επάγγελμα που αναλαμβάνει αυτήν την ευθύνη-η νοσηλευτική-δεν αναγνωρίζεται και το επάγγελμα στιγματίζεται ως <<βρώμικο>>, λόγω της επαφής με βιολογικά υγρά, λοιμώξεις, σωματικές αδυναμίες. Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα που βασίζεται στην κοινή λογική, ώστε να διεκπεραιώσει τα καθήκοντά της, όπως η διασφάλιση της άνεσης των ασθενών, η σωστή θρέψη τους, η πρόβλεψη των αναγκών τους. Διαθέτει μια ακόμη αόρατη φύση, η οποία είναι ο συνδετικός κρίκος, είναι ο συντονισμός και η ασφάλεια των ασθενών. Είναι η αυξομείωση των καθηκόντων και της κοινωνικής απόστασης (εγγύτητα-απομάκρυνση). Η νοσηλευτική δεν είναι επάγγελμα με κύρος και εμφανή εξουσία στην Ελλάδα, ασπάζεται τον αλτρουισμό και την αφοσίωση.

#### Ανάπτυξη Γνωστικού Υπόβαθρου και Επιστήμη της Νοσηλευτικής

Η ανάπτυξη του γνωστικού υπόβαθρου παριστά το σημείο τομής μεταξύ επιστήμης και έρευνας της νοσηλευτικής. Αντικειμενικός της σκοπός είναι η βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής. Μπορεί να προσεγγιστεί από τρεις πλευρές: οντολογική, επιστημολογική και μεθοδολογική. Η οντολογική προσέγγιση αναφέρεται στο «είναι» ή στο «υπάρχον», η επιστημολογική στα είδη της γνώσης ενώ η μεθοδολογική στα μέσα για την απόκτηση της (Wainwright 1997). Στο παρόν τμήμα εξετάζεται η επιστημολογία της νοσηλευτικής, όπως και θέματα σχετικά με τις μεθόδους παραγωγής της γνώσης.

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ

Είναι η μελέτη της θεωρίας της γνώσης. Ασχολείται με ερωτήματα όπως: Τι γνωρίζουμε; Ποια είναι η έκταση της γνώσης μας; Πως αποφασίζουμε κατά πόσο γνωρίζουμε; Ποια είναι τα κριτήρια της γνώσης; (Schultz & Meleis 1988).

Συμφωνά με τους Streubert και Carpenter (1999), είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι τρόποι ανάπτυξης της γνώσης στη νοσηλευτική, ώστε να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο εντός του οποίου θα κριθεί η καταλληλότητα της γνώσης και των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη της. Έτσι θα σταθεί δυνατή η επανεκτίμηση των μεθόδων, αλλά και η κατοχύρωση της εγκυρότητας ή ποιότητας της κατακτημένης γνώσης.

### Είδη Γνώσης

Από τα πολλά είδη γνώσης που αναγνωρίζει η επιστημολογία, τα σημαντικότερα είναι:

- **Εμπειρική:** Η επιστημονική μορφή γνώσης. Πηγάζει από την παρατήρηση, τη δοκιμασία και την επανάληψη.
- **Προσωπική:** Γνώση αρήοή, που πηγάζει αποκλειστικά από τη σκέψη του ατόμου.
- **Διαισθητική:** Περιλαμβάνει συναισθήματα και προαισθήματα. Δεν πρόκειται για εικασία, αλλά βασίζεται στη μη συνειδητή αναγνώριση προτύπων και την εμπειρία.
- **Σωματική:** Γνώση του σώματος σε σχέση με τη φυσική κίνηση. Συμπεριλαμβάνει την εμπειρική χρήση των μυών και της ισορροπίας, ώστε να εκτελεστεί μια φυσική λειτουργία.
- **Μεταφυσική (πνευματική):** Αναζήτηση της παρουσίας μιας ανώτερης δύναμης. Σ' αυτή συμπεριλαμβάνεται η μαγεία, τα θαύματα, η ψυχοκίνηση, η εξωαισθητηρια-κή αντίληψη και οι περιθανάτιες εμπειρίες.
- **Αισθητική:** Γνώση σχετιζόμενη με την ομορφιά, την αρμονία και την έκφραση. Σ' αυτήν ενσωματώνεται η τέχνη, η δημιουργικότητα και οι αισθητικές αξίες.
- **Ηθική:** Η γνώση του καλού και του κακού. Συστατικά της αποτελούν οι αξίες και οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί κανόνες συμπεριφοράς.

### Επιστημολογία της Νοσηλευτικής

Προσδιορίζεται ως «η μελέτη της προέλευσης της γνώσης της νοσηλευτικής, η δομή και οι μέθοδοι της, τα πρότυπα γνώσης των μελών της και τα κριτήρια εγκυρότητας της γνώσης που επικαλείται» (Schultz & Meleis 1988, σελ. 217). Όπως τα περισσότερα γνωστικά πεδία, η νοσηλευτική περιέχει επιστημονική γνώση, αλλά και γνώση που πηγάζει από τον κοινό νου (μη ελεγμένη εμπειρικά).

Κατά παράδοση, μόνον ότι αντέχει στη δοκιμασία των επανειλημμένων μετρήσεων παραμένει ως αλήθεια ή γνώση. Ωστόσο οι κλασικές επιστημονικές διαδικασίες (π.χ. το πείραμα) δεν είναι κατάλληλες για την παραγωγή και περιγραφή κάθε μορφής γνώσης. Οι κοινωνικές και συμπεριφορικές επιστήμες, όπως και οι τέχνες, βασίζονται σε άλλες μεθόδους παραγωγής γνώσης. Λόγω των χαρακτηριστικών που κληρονομεί από κοινωνικές και συμπεριφορικές επιστήμες, όπως και από τη βιολογία, η νοσηλευτική βασίζεται σε πολλαπλές μεθόδους παραγωγής γνώσης.

Σε μια κλασική εργασία, η Carper (1978) αναγνώρισε τέσσερα βασικά πρότυπα παραγωγής γνώσης: (1) το εμπειρικό-την επιστήμη της νοσηλευτικής, (2) το αισθητι-κό-την τέχνη της νοσηλευτικής, (3) την προσωπική γνώση της νοσηλευτικής και (4) το ηθολογικό-την ηθική αντίληψη της νοσηλευτικής.

Η εμπειρική γνώση είναι αντικειμενική, αφηρημένη, γενικά ποσοτική, παραδειγματική, εξαντλητικά τυποποιημένη και επαληθεύσιμη. Όταν επαληθεύεται μέσα από επανειλημμένες δοκιμασίες στο χρόνο, η γνώση τυποποιείται σε επιστημονικές γενικεύσεις, νόμους, θεωρίες και αρχές, ικανές να ερμηνεύουν και να προβλέπουν (Carper 1978, 1992).

Πηγάζει από παραδοσιακές ιδέες, που μπορούν να επαληθευτούν μέσω της παρατήρησης και ν' αποδειχθούν μέσω της δοκιμασίας υποθέσεων.

Η εμπειρική μέθοδος τείνει ν' αποτελεί την προτιμώμενη μέθοδο παραγωγής γνώσης στη νοσηλευτική, καθώς είναι αναγκαία η οργάνωση της γνώσης σε νόμους και θεωρίες, ώστε να είναι δυνατή η περιγραφή, ερμηνεία και πρόβλεψη των φαινομένων που αφορούν τους νοσηλευτές. Το μεγαλύτερο μέρος των θεωρητικών και ερευνητικών προσπαθειών στρέφεται στην αναζήτηση και διατύπωση συστηματικών ερμηνειών, επαληθεύσιμων από πραγματικά δεδομένα (Carper 1978,1992).

Η αισθητική γνώση είναι εκφραστική, υποκειμενική, μοναδική και εμπειρική μάλλον, παρά τυπική και περιγραφική. Συμπεριλαμβάνει την αντίληψη του νοήματος της στιγμής. Προκύπτει μέσα από πράξεις, παραινέσεις, διαθέσεις και την αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτών. Δεν εκφράζεται λεκτικά (Carper 1978).

Η αισθητική γνώση βασίζεται στην αντίληψη. Είναι δημιουργική και εμπεριέχει ενσυναίσθηση και κατανόηση. Είναι ακόμα ερμηνευτική, διατηρεί επαφή με το γενικό πλαίσιο, είναι διαισθητική και υποκειμενική, ενώ απαιτεί σύνθεση μάλλον παρά ανάλυση. Επιπλέον υπερβαίνει τις ερμηνείες που προκύπτουν από θεμελιώδεις αρχές, ενώ δημιουργεί αξίες και νοήματα κατάλληλα να περιγράψουν όσα δεν επιδέχονται ποσοτική τυποποίηση (Carper 1978,1992).

Η προσωπική γνώση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τον εαυτό του και τον ασθενή του. Συστατικό της είναι η συμμετοχή μάλλον, παρά η αποστασιοποίηση.

Στην προσωπική γνώση συνυπάρχει εμπειρία, εμπλοκή, ενσυναίσθηση και ενεργοποίηση του εαυτού μέσω της πρακτικής. Συστατικά της ακόμα αποτελούν η προσωπική ωριμότητα και η ελευθερία του ατόμου, ενώ μπορεί να συμπεριλαμβάνονται πνευματικές ή μεταφυσικές μορφές γνώσης. Δύσκολα εκφράζεται μέσω του λόγου, ενώ εκδηλώνεται μέσω της προσωπικότητας (Carper 1978,1992).

Η ηθική γνώση αναφέρεται στον ηθικό κώδικα της νοσηλευτικής και βασίζεται στην υποχρέωση προσφοράς υπηρεσίας και στο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής. Οικοδομείται όταν προκύπτουν ηθικά διλήμματα σε περιπτώσεις διχογνωμίας και αβεβαιότητας, όπως και όταν είναι δύσκολη η πρόβλεψη των συνεπειών. Απαιτεί την ορθολογική και ενσυνείδητη εξέταση και εκτίμηση των ορθών, σημαντικών και επιθυμητών στοιχείων των στόχων, κινήτρων και χαρακτηριστικών (Carper 1978, 1992). Η ηθική διαχειρίζεται αλληλοσυγκρουόμενους κανόνες, συμφέροντα και αρχές, προσφέροντας ενόραση σε περιοχές που δεν επιδέχονται πειραματική δοκιμασία.

Κάθε μορφή γνώσης είναι αναγκαία για την επόπτευση του γνωστικού πεδίου της νοσηλευτικής, αλλά καμιά μεμονωμένη μορφή γνώσης δεν είναι επαρκής. Οι μορφές της γνώσης συσχετίζονται και αλληλεξαρτώνται, καθώς υπάρχουν πολλαπλά σημεία επαφής μεταξύ τους (Carper 1992). Οι νοσηλευτές οφείλουν ν' αντιμετωπίζουν την πρακτική με ευρεία προοπτική, αξιολογώντας και τις λοιπές μορφές γνώσης πέραν των εμπειρικών (Silva, Sorrell & Sorrell 1995). Στον πίνακα 1-4 συνοψίζονται τα χαρακτηριστικά των μορφών γνώσης στη νοσηλευτική σύμφωνα με την Carper.

### **Άλλες Απόψεις περί Μορφών Γνώσης στη Νοσηλευτική**

Αν και η εργασία της Carper θεωρείται κλασική, υπήρξε αντίλογος. Οι Schultz και Meleis παρατήρησαν ότι έχει παραληφθεί η πρακτική γνώση. Προσθέτοντας και άλλες ενστάσεις, οι συγγραφείς αυτοί διέκριναν τρεις μορφές γνώσης στη νοσηλευτική: την κλινική, την εννοιολογική και την εμπειρική.

Η κλινική γνώση αναφέρεται στην προσωπική γνώση του νοσηλευτή. Προκύπτει από την αξιοποίηση πολλαπλών μορφών γνώσης για την επίλυση προβλημάτων στη διάρκεια της φροντίδας του ασθενούς. Εκδηλώνεται στις παρεμβάσεις του νοσηλευτή και πηγάζει από τον συνδυασμό της προσωπικής και εμπειρικής γνώσης. Μπορεί ακόμα να εμπεριέχει διαισθητική και υποκειμενική γνώση. Η κλινική γνώση μεταδίδεται αναδρομικά μέσω δημοσιεύσεων σε έντυπα (Schultz & Meleis 1988).

Η εννοιολογική γνώση είναι αφηρημένη και γενικευμένη πέραν της προσωπικής εμπειρίας. Αναλύει πρότυπα που εκδηλώνονται σε πολλαπλές εμπειρίες με ασθενείς, που επαναλαμβάνονται σε πολλαπλές καταστάσεις, διαρθρώνοντας τα σε μοντέλα ή θεωρίες. Οι έννοιες διατυπώνονται ως προσχέδια, ενώ οι σχεσιακές αναφορές τυποποιούνται. Οι εισηγητικές δηλώσεις υποστηρίζονται από εμπειρικές ή ανεκδοτολογικές ενδείξεις, ή αιτιολογούνται με ορθολογικά επιχειρήματα.

Η εννοιολογική γνώση χρησιμοποιεί τη γνώση της νοσηλευτικής, όπως και άλλων γνωστικών πεδίων. Εμπεριέχει περιέργεια, φαντασία, επιμονή και αφοσίωση στη συγκέντρωση δεδομένων και αξιόπιστων γενικεύσεων, που διατηρούνται στο γνωστικό πεδίο της νοσηλευτικής. Διαδίδεται μέσω εισηγητικών δηλώσεων (Schultz & Meleis 1988).

Η εμπειρική γνώση πηγάζει από την πειραματική, ιστορική ή φαινομενολογική έρευνα, ενώ χρησιμοποιείται για να δικαιώσει δράσεις και διαδικασίες της πρακτικής. Η αξιοπιστία της βασίζεται στο βαθμό παρακολούθησης από τον ερευνητή αποδεκτών από την ερευνητική κοινότητα διαδικασιών, όπως και τη λογική, απροκατάληπτη στην εξαγωγή συμπερασμάτων από τα δεδομένα. Η εμπειρική γνώση αξιολογείται μέσω συστηματικής ανασκόπησης και κριτικής των δημοσιευμένων ερευνών και των συνεδριακών παρουσιάσεων (Schultz & Meleis 1988).

#### Σύνοψη των Μορφών Γνώσης στη Νοσηλευτική

Η σημασία των πολλαπλών μορφών παραγωγής της γνώσης στη νοσηλευτική έχει αναγνωριστεί εδώ και δεκαετίες. Προκειμένου να επιτευχθεί μια πραγματική ολοκλήρωση μεταξύ θεωρίας, έρευνας και πρακτικής, η θεωρητική ανάπτυξη και η έρευνα είναι απαραίτητο να ενσωματώσουν ποικίλες πηγές γνώσης. Οι Kidd και Morrison (1988) υποστήριζαν ότι σχετικά με τη νοσηλευτική, η σύνθεση θεωριών προερχόμενων από μια ποικιλία πηγών θα συμβάλει:

1. Στην ενθάρρυνση της αξιοποίησης διάφορων μορφών γνώσης στην πρακτική, την εκπαίδευση, τη θεωρητική ανάπτυξη και την έρευνα.
2. Στην ενθάρρυνση της χρήσης ποικίλων μεθοδολογιών στην πρακτική και την έρευνα, βελτιστοποιώντας την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης σε νοσηλευτές με διαφορετική εκπαιδευτική υποδομή.
3. Στην εξομάλυνση της συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών με διαφορετική κλινική απόδοση.
4. Στην παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας, με τελικό αποτέλεσμα την ικανοποίηση του ασθενούς.

Υπό την ισχυρή επιρροή του λογικού εμπειρισμού η νοσηλευτική, όταν άρχισε να αναπτύσσεται ως επιστημονικό πεδίο κατά τα μέσα του 20ου αιώνα, χρησιμοποιούσε στην έρευνα της σχεδόν αποκλειστικά ποσοτικές μεθόδους. Κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970 οι σχολές νοσηλευτικής προσανατόλισαν τις αναζητήσεις στο χώρο τους με την επιστημονική έρευνα, σε μια προσπάθεια να κερδίσουν το σεβασμό του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος, έτσι οι ερευνητές και εκπαιδευτές του αντικειμένου προτίμησαν τις ποσοτικές ερευνητικές μεθοδολογίες έναντι των λοιπών μορφών (Fry 1992).



Διαμάχη γύρω από τη μεθοδολογία εκδηλώθηκε κατά τη δεκαετία του 1980, όταν ορισμένοι μελετητές παρατήρησαν ότι η φύση της νοσηλευτικής (η φύση του αντικειμένου) δεν διερευνάται επαρκώς και ικανοποιητικά με τέτοιες μεθόδους. Έτσι άρχισε η εισαγωγή και ποιοτικών ερευνητικών μεθόδων. Επικρατούσε η παραδοχή ότι τέτοιες μέθοδοι περιέγραφαν τα φαινόμενα της νοσηλευτικής ως νατουραλιστικά και άμορφα, χωρίς να τα παραμορφώνουν (Rutty 1998). Η μετάβαση πάντως δεν έχει ολοκληρωθεί. Κατά τον Gortner (1990), η κληρονομιά του φιλοσοφικού θετικισμού που κυριάρχησε κατά την πρώιμη περίοδο της νοσηλευτικής επιστήμης συνεχίζει να τροφοδοτεί πεποιθήσεις περί ανωτερότητας των ποσοτικών μεθόδων.

Η μέθοδος δόμησης των αρχών της νοσηλευτικής καθορίζει τις ερευνητικές προτεραιότητες και παρέχει μέτρα αξιολόγησης της σημασίας των υπό διερεύνηση ερωτημάτων. Έτσι, η δόμηση των εννοιών έχει επιπτώσεις στην πρακτική εφαρμογή της νοσηλευτικής. Τα σχετικά φιλοσοφικά ζητήματα ανάγονται στην παλαιά διαμάχη περί αισθησιοκρατικής ή νοησιαρχικής θεώρησης της επιστήμης, αλλά και θεώρησης της νοσηλευτικής ως πρακτικής ή εφαρμοσμένης επιστήμης, ανθρωπιστικής επιστήμης ή συνδυασμού των παραπάνω, όπως ήδη έχει περιγραφεί.

### **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΩΣ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ**

Πρόσφατα η διαμάχη σχετικά με το χαρακτήρα της νοσηλευτικής εστιάστηκε στο ερώτημα αν πρόκειται για βασική ή εφαρμοσμένη επιστήμη. Σκοπό μιας βασικής επιστήμης αποτελεί η αναζήτηση της γνώσης. Κατά τη βασική έρευνα, ο ερευνητής ενδιαφέρεται για την κατανόηση του προβλήματος και παράγει «γνώση για τη γνώση». Είναι αναλυτικός και η απώτερη λειτουργία του είναι ν' αναλύσει τα συμπεράσματα, αναγόμενος πίσω στις θεμελιώδεις αρχές (Johnson 1991).

Αντίθετα, μια εφαρμοσμένη επιστήμη χρησιμοποιεί τη γνώση των βασικών επιστημών για κάποιο πρακτικό σκοπό. Η μηχανολογία, η αρχιτεκτονική, η φαρμακολογία, αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα. Στην εφαρμοσμένη έρευνα, ο ερευνητής αναζητά τη λύση προβλημάτων και επιδιώκει την ανάπτυξη λύσεων για το πρόβλημα. Στις πρακτικές επιστήμες, η έρευνα είναι κατά μεγάλο μέρος κλινική και προσανατολισμένη στην πράξη (Moody 1990). Ως εφαρμοσμένη ή πρακτική επιστήμη, η νοσηλευτική χρειάζεται κλινική και εφαρμοσμένη έρευνα.

### **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΩΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ**

Ο όρος ανθρωπιστική επιστήμη (human science) ανάγεται στον φιλόσοφο Wilhelm Dilthey (1833-1911), ο οποίος διακήρυξε ότι οι επιστήμες αυτές απαιτούν έννοιες, μεθόδους και θεωρίες θεμελιωδώς διαφορετικές απ' αυτές των φυσικών επιστημών. Οι ανθρωπιστικές επιστήμες μελετούν την ανθρώπινη ζωή αποτιμώντας την βιωμένη εμπειρία των ατόμων, ενώ επιχειρούν να κατανοήσουν τη ζωή μέσα σ' ένα πλέγμα από πρότυπα νοημάτων και αξιών. Ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν ότι είναι απαραίτητη η προσέγγιση των ανθρωπιστικών επιστημών με τρόπο διαφορετικό απ' αυτόν του συμβατικού εμπειρισμού, τονίζοντας ότι η ανθρώπινη εμπειρία πρέπει να θεωρείται εντός του πλαισίου της (Mitchell & Cody 1992).

Οι επιστήμονες του πεδίου αυτού επιχειρούν να παράγουν νέα γνώση που θα καθοδηγεί στην κατανόηση και ερμηνεία των φαινομένων. Η γνώση αυτή παίρνει τη μορφή περιγραφικών θεωριών, σχετικών με τις δομές, διαδικασίες, σχέσεις και παραδόσεις που διαμορφώνουν το ψυχολογικό, κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο της πραγματικότητας. Η ερμηνεία των δεδομένων εντός του πλαισίου τους παράγει νοήματα και κατανόηση (Wolfer 1993). Ιδιαίτερα αποτιμάται η υποκειμενική συνιστώσα της γνώσης.

Αναγνωρίζεται γενικά ότι ο άνθρωπος δεν είναι ικανός για πλήρη αντικειμενικότητα, έτσι γίνεται αποδεκτή η έννοια της υποκειμενικότητας (Streubert & Carpenter 1999). Σκοπό της

έρευνας των ανθρωπιστικών επιστημών αποτελεί η παραγωγή περιγραφών και ερμηνειών, που θα συμβάλουν στην κατανόηση της φύσης της ανθρώπινης εμπειρίας.

Κατά μείζονα λόγο η νοσηλευτική συγκαταλέγεται μεταξύ των ανθρωπιστικών επιστημών (Mitchell & Cody 1992). Πραγματικά, η επιστήμη αυτή έχει ασχοληθεί με τα φαινόμενα της συμπεριφοράς και του πολιτισμού όσο και με αυτά της βιολογίας και της φυσιολογίας, αναζητώντας συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων που αποκαλύπτουν ερμηνευτικές παραμέτρους της ανθρώπινης υγείας και νόσου (Gortner 1993). Συνεπώς ακολουθεί τα πρότυπα άλλων ανθρωπιστικών επιστημών (π.χ. ανθρωπολογία, κοινωνιολογία).

#### Η ΔΙΑΜΑΧΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Μελετητές της νοσηλευτικής αποδέχονται ότι η επιστημονική γνώση προκύπτει από τη συστηματική μελέτη. Οι ερευνητικές μεθοδολογίες και τα κριτήρια αποδοχής των δηλώσεων και πορισμάτων εξασφαλίζουν την καταλληλότητα, εγκυρότητα και αξιοπιστία των προκυπτουσών δηλώσεων και πορισμάτων, εντός των πλαισίων και για τους σκοπούς του γνωστικού πεδίου.

Στη νοσηλευτική αναγνωρίζονται δυο κυρίαρχες μορφές επιστημονικής αναζήτησης: (1) Ο εμπειρισμός, ο οποίος συγκεκριμενοποιεί την εμπειρία και υποβάλλει σε δοκιμασία τις προτάσεις και υποθέσεις με τη βοήθεια ελεγχόμενων πειραμάτων και (2) η φαινομενολογία, όπως και άλλες μορφές ποιοτικής έρευνας (ερμηνευτική, ιστορική, εθνογραφική), που μελετούν τις βιωμένες εμπειρίες και το νόημα των γεγονότων (Gortner & Schultz 1988). Στις ανασκοπήσεις του επιστημονικού καθεστώτος της νοσηλευτικής γνώσης συνήθως επισημαίνεται η αντίθεση μεταξύ θετικιστικής-αναγωγικής-ποσοτικής και κονστρουκτιβιστικής-επαγωγικής-ποιοτικής προσέγγισης.

Αν και οι θεωρητικοί και ερευνητές της νοσηλευτικής τονίζουν τη σημασία του κοινωνικοϊστορικού πλαισίου και των αλληλεπιδράσεων ατόμου-περιβάλλοντος, τείνουν να εστιάζουν στην «αυστηρή επιστήμη» και την ερευνητική διαδικασία. Υποστηρίζεται ότι η εμπειρική-ποσοτική προσέγγιση υπερεκτιμάται, καθώς θεωρείται «πραγματική επιστήμη» (Tinkle & Beaton 1983). Πραγματικά, η πειραματική μέθοδος χάρει της υψηλότερης εκτίμησης. Σύμφωνα με την αντίληψη που έχει επιβιώσει και στον 21ο αιώνα, οι μελετητές αποδέχονται ότι η περιγραφική ή ποιοτική έρευνα έχει εφαρμογή μόνο σε πεδία όπου υπάρχουν ελάχιστες πληροφορίες, ή σε ανώριμα επιστημονικά πεδία. Μπορεί ν' ακολουθηθεί συσχετιστική έρευνα, που θα επιτρέψει να εισαχθούν πειραματικές μέθοδοι μόλις ολοκληρωθεί η εξερεύνηση των κατώτερων επιπέδων.

#### Ποσοτικές Μέθοδοι

Κατά παράδοση η επιστήμη είναι αποκλειστικά ποσοτική. Η προσέγγιση αυτή έχει δικαιωθεί από την επιτυχία της στην καταμέτρηση, ανάλυση, αναπαραγωγή και εφαρμογή της παραγόμενης γνώσης (Streubert & Carpenter 1999). Σύμφωνα με τον Wolfer (1993), η επιστήμη οφείλει να συμπεριλάβει μεθοδολογικές αρχές αντικειμενικής παρατήρησης/περιγραφής, ακριβούς μέτρησης, ποσοτικοποίησης των παραμέτρων, μαθηματικής και στατιστικής ανάλυσης, πειραματισμού και επαλήθευσης μέσω της αναπαραγωγής όπου είναι δυνατόν.

Οι Kidd και Morrison (1988) υποστήριξαν ότι επιδιώκοντας να κατοχυρώσουν το χαρακτήρα της νοσηλευτικής ως λειτουργήματα, οι μελετητές του πεδίου υπερτόνισαν τον αναγωγισμό και την εμπειρική τεκμηρίωση μέσω ποσοτικών μεθοδολογιών, με έμφαση στη δοκιμασία υποθέσεων. Σ' αυτό το πλαίσιο, ο ερευνητής διατυπώνει μια υπόθεση σχετικά μ' ένα φαινόμενο και διερευνά την επιβεβαίωση ή κατάρριψη της.

#### Ποιοτικές Μέθοδοι

Η παράδοση της μελέτης των φαινομένων που αφορούν τον άνθρωπο με την αξιοποίηση ποιοτικών μεθόδων βασίζεται στις ανθρωπιστικές επιστήμες. Φαινομενολογικές και άλλες ποιοτικές ερευνητικές μέθοδοι εισήχθησαν λόγω της αδυναμίας επαρκούς περιγραφής των

ποικίλων πλευρών του ανθρώπινου πολιτισμού, των αξιών και των σχέσεων μέσω ποσοτικών μεθόδων. Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα ευρήματα των ποιοτικών ερευνών παρέχουν απαντήσεις σε ερωτήματα που επικεντρώνονται στην κοινωνική εμπειρία και δίνουν νόημα στη ζωή του ατόμου. Από τη δεκαετία του 1970 οι ερευνητές της νοσηλευτικής αντιμετώπισαν την πρόκληση της ερμηνείας φαινομένων που δεν επιδέχονται ποσοτικής καταμέτρησης, οπότε ξεκίνησε η εφαρμογή ποιοτικών προσεγγίσεων, οι οποίες δίνουν έμφαση στην προοπτική του ασθενούς (Kidd & Morrison 1988).

Επανελημμένα οι μελετητές έχουν τονίσει την ανάγκη ενσωμάτωσης στη νοσηλευτική έρευνα μέσω ερμηνείας των φαινομένων από την πλευρά του ασθενούς. Αντίθετα με τους ισχυρισμούς των πρώιμων επιστημόνων, πολλοί επόμενοι μελετητές πιστεύουν ότι η ποιοτική διερεύνηση εμπεριέχει χαρακτηριστικά «πραγματικής επιστήμης», συμπεριλαμβανομένης της θεωρίας και παρατήρησης, της λογικής, της ακρίβειας, της σαφήνειας και της δυνατότητας αναπαραγωγής (Gortner 1990).

**Μεθοδολογικός Πλουραλισμός**

Από πολλές απόψεις η νοσηλευτική παραμένει αναποφάσιστη σχετικά με τη μεθοδολογική προσέγγιση (ποσοτική ή ποιοτική) που υπηρετεί καλύτερα την ουσία και μοναδικότητα του πεδίου, καθώς και οι δύο παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ο Oldnall (1995) πιστεύει ότι οι δυο παραπάνω προσεγγίσεις μπορούν να θεωρηθούν συμπληρωματικές και εξίσου απαραίτητες σε μια βασισμένη στην έρευνα νοσηλευτική. Έχει πράγματι υποστηριχθεί ότι και οι δυο προσεγγίσεις είναι εξίσου σημαντικές και ουσιώδεις για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής επιστήμης.

Οι βασικές φιλοσοφικές απόψεις καθοδήγησαν και κατεύθυναν τις ερευνητικές στρατηγικές κατά το παρελθόν. Πιο πρόσφατα, οι μελετητές αναζήτησαν έναν θεωρητικό και μεθοδολογικό πλουραλισμό στην επιστήμη και φιλοσοφία της νοσηλευτικής. Κατά τον προγραμματισμό των ερευνών ο πλουραλισμός διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο, ανακλώντας την ιδιαιτερότητα της νοσηλευτικής, ενώ για τον ίδιο λόγο είναι αναγκαία η ενθάρρυνση των πολλαπλών προσεγγίσεων στην ανάπτυξη και δοκιμασία θεωριών. Καθώς δεν υπάρχει μια μοναδική πλήρης μέθοδος για την ανάπτυξη της γνώσης, είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι η πρόκριση ενός προτύπου ως αποκλειστικού ή κυρίαρχου περιορίζει τις δυνατότητες προόδου (Cull-Wilby & Pepin 1987). (Νοσηλευτικές Θεωρίες, M. McEwen, E.M. Wills, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2002,σελ.37-44)

## ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

**ΠΡΟΟΙΜΙΟ** Στο κείμενο περιλαμβάνονται οι σημαντικότερες αρχές που αναφέρονται στη συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τους ασθενείς τους, το κοινωνικό σύνολο και μεταξύ τους, με οποιοδήποτε τρόπο και αν παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Για τη σύνταξη του παρόντος κώδικα ελήφθησαν υπόψη ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses – I.C.N. Sao Paolo 1965 και Mexico 1973), ο Νοσηλευτικός Κώδικας του American Nurses Association (1976), Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Χωρών της Ευρώπης, η Διακήρυξη της Γενεύης (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Γενεύη 1948, Σίδνεϋ 1968), η Διακήρυξη του Ελσίνκι (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Ελσίνκι 1964, Τόκιο 1975), ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1983), οι Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (Διαρκής Επιτροπή Γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, 1987), ο Κώδικας Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (Α.Ν. 1565/1939) και ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955). Στον παρόντα Κώδικα υιοθετείται ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώνεται από τον Π.Ο.Υ., δηλαδή σαν την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η έλλειψη ασθένειας και αναπηρίας. Όπου στον παρόντα κώδικα αναφέρεται ο όρος ασθενής θα πρέπει να νοείται κάθε δέκτης υπηρεσιών υγείας είτε πρόκειται για υγιή ή ασθενή με τη στενή έννοια του όρου, και όπου αναφέρεται ο όρος πόνος, αυτός θα πρέπει να νοείται με την ευρεία έννοια του όρου σαν σωματικός, ψυχικός, κοινωνικός ή ηθικός. Τέλος, επισημαίνεται ότι οι Νοσηλευτές είναι θεματοφύλακες της υγείας των προσώπων που η πολιτεία τους εμπιστεύεται και οφείλουν ν' αναγγέλλουν, όπως ορίζει ο νόμος, στα αρμόδια όργανα κάθε παράβαση νόμου που αφορά τη δημόσια τάξη.

## ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

**άρθρο 1** Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει τον καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

**άρθρο 2** Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

**άρθρο 3** Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

**άρθρο 4** Ο Νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ν' αποσχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτεία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα για την προσπόριση παράνομου οφέλους του ιδίου ή τρίτου, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή

αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων. Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως, ιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσιοθεραπευτές, διοικητικούς κ.ά.

## **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**άρθρο 5** Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και ν' απόσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

**άρθρο 6** Ο Νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

**άρθρο 7** Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απόσχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευσή της.

**άρθρο 8** Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει της υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής, οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

**άρθρο 9** Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Ακόμη ο Νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

**άρθρο 10** Ο Νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή θα πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωσή του αναφορικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

**άρθρο 11** Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή, απόσχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του.

**άρθρο 12** Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης, δηλαδή αν τούτο επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα συμφέροντα του ιδίου ή τρίτου, εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Ο Νοσηλευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα. Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις. Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει εγκαίρως τον προϊστάμενό του.

## **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ, ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

**άρθρο 13** Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

**άρθρο 14** Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου συναδέλφων του.

**άρθρο 15** Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

## **ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**άρθρο 16** Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες του και να συνδράμει τις δημόσιες αρχές στο έργο τους για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών του γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

## **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΕΡΕΥΝΗΤΗ**

**άρθρο 17** Ο Νοσηλευτής – ερευνητής οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές τίθενται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

**άρθρο 18** Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν, την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

**άρθρο 19** Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με νοσηλευτικές φροντίδες με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων, παρά μόνο στο μέτρο που αυτή η έρευνα δικαιολογείται από μια διαγνωστική ή θεραπευτική χρησιμότητα σε σχέση με τον ασθενή.

## **ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ**

**άρθρο 20** Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το διαρκή σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής ασθένειας μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του νοσηλευτή να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέψει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.

## **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ**

**άρθρο 21** όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αντιστροφή της τελειωτικής διαδικασίας για την παύση των ζωτικών λειτουργιών, οι οποίες

διατηρούνται με τεχνητά μέσα, οι γιατροί προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων, πιστοποιούν το θάνατό του λαμβάνοντας υπόψη τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης. Έργο του Νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του. Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρέμβει στις διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων.

### **ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ**

**άρθρο 22** Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή μετά από αίτησή του κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής.

**άρθρο 23** Είναι σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων, να αρνείται να παρέμβει στη διαδικασία της αναπαραγωγής ή σε περιπτώσεις διακοπής της εγκυμοσύνης ή έκτρωσης.

### **ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**άρθρο 24** Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού-ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να ζητείται και η δική του συναίνεση, ιδιαίτερα των εφήβων.

### **ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**άρθρο 25** Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει σοβαρά και αυθόρμητα.

### **ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

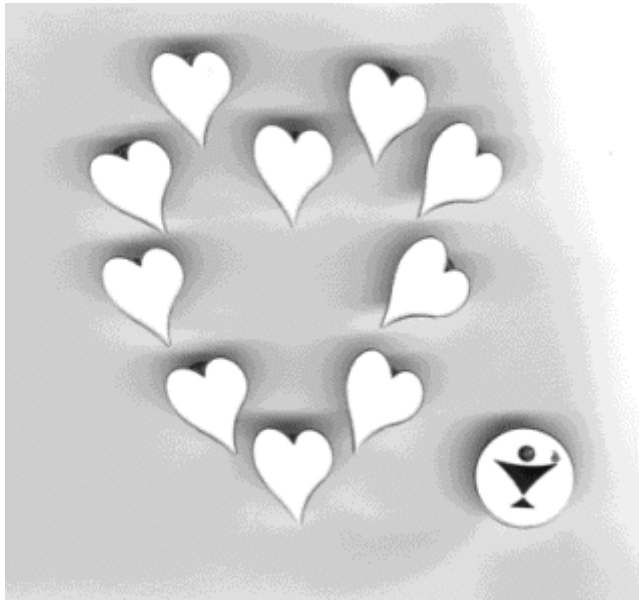
**άρθρο 26** Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές, διαφωτιστικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, τον φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

### **ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ**

**άρθρο 27** Ο Νοσηλευτής οφείλει να χειρίζεται με λεπτότητα και διακριτικότητα τα ζητήματα της αμοιβής του. Ο Νοσηλευτής οφείλει να απόσχει από κάθε συστηματική μείωση των τιμών που μπορεί να δημιουργήσει υπόνοιες αθέμιτου συναγωνισμού των συναδέλφων του ή ελλείψεως σεβασμού προς την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Αυτά που αναφέρονται παραπάνω είναι κείμενα Κωδίκων Δεοντολογίας διεθνή, και αποτελούν <<οδηγό>> για τον Κώδικα της κάθε χώρας. Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε στο βιβλίο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ (Τασία Β.Μίχου) (<http://nikpanag.tripod.com/index4.htm>)

Η Νοσηλευτική επιστήμη διαθέτει την δική της παγκόσμια ημέρα τιμητικού εορτασμού στις



12 Μαΐου.

ΚΙΝΗΤΡΑ - ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΑΡΩΘΗΣΗΣ (MOTIVATION)



Η παρώθηση ορίζεται ως η θέληση για την πραγματοποίηση υψηλού βαθμού προσπάθειας για την επίτευξη ενός στόχου ή στόχων προκειμένου να ικανοποιηθούν κάποιες ανάγκες και εμπεριέχει τρεις λέξεις "κλειδιά", την **προσπάθεια** του ατόμου, **το στόχο** και την **ανάγκη**. Σημαντικό στοιχείο, είναι ότι η θέληση αυτή δεν συνιστά προσωπικό χαρακτηριστικό, αλλά αντίθετα είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μιας κατάστασης και του ατόμου καθώς και ότι ο βαθμός είναι δυνατό να διαφέρει όχι μόνο μεταξύ ατόμων αλλά και για το ίδιο άτομο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες για την παρώθηση. Στη συνέχεια περιγράφονται σύντομα οι σπουδαιότερες

### 1. Θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι ανθρώπινες ανάγκες ταξινομούνται ιεραρχικά σε βασικές ανάγκες, οι οποίες περιλαμβάνουν τις σωματικές ανάγκες (π.χ. σίτισης, ενυδάτωσης, ανάπαυσης) και την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία, και σε ανώτερες ανάγκες, οι οποίες περιλαμβάνουν την ανάγκη ένταξης σε μια ομάδα, την ανάγκη για αγάπη και εκτίμηση και τέλος την ανάγκη για αυτοπραγμάτωση, δηλαδή την ανάγκη για προσωπική ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου. Αν μια ομάδα αναγκών ικανοποιηθεί τότε το άτομο προχωρά στην ικανοποίηση ανώτερων ιεραρχικά αναγκών. Σε αντίθετη περίπτωση, το άτομο επηρεάζεται από τις ανικανοποίητες ανάγκες του που κατευθύνουν τη συμπεριφορά του. Ο Maslow δέχεται την ύπαρξη εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων και τοποθετεί τις εσωτερικές ανάγκες σε ένα υψηλότερο ιεραρχικά επίπεδο. + Η θεωρία αυτή έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί στη νοσηλευτική. Ποιος είναι ο λόγος που συνέβη αυτό ; Ποια μειονεκτήματα διακρίνεται σε αυτή τη θεωρία;

Ο Alderfer το 1969, βασιζόμενος στην θεωρία του Maslow, πρότεινε ένα ελαστικότερο θεωρητικό πλαίσιο με τρεις ομάδες αναγκών (ύπαρξης - existence, δημιουργίας σχέσεων - relatedness, και ανάπτυξης - growth, ERG), που δέχεται, ότι όταν οι ανώτερες ανάγκες δεν ικανοποιούνται, τότε δίνεται περισσότερη έμφαση στις αμέσως κατώτερου επιπέδου ανάγκες, καθώς και ότι πολλές ανάγκες είναι δυνατό να είναι ενεργοποιημένες ταυτόχρονα σε μια χρονική στιγμή.

### 2. Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg (Motivation - Hygiene Theory)

Ο Herzberg ύστερα από μελέτη στον εργασιακό χώρο κατέληξε ότι η ικανοποίηση των εργαζομένων βασίζεται σε δύο ομάδες παραγόντων. Η πρώτη ομάδα παραγόντων, που τους ονόμασε παράγοντες υγιεινής ή δυσαρέσκειας, αναφέρεται σε εξωτερικούς από το άτομο παράγοντες (όπως πολιτική διοίκησης, επίβλεψη, συνθήκες εργασίας, μισθός, σχέσεις με συναδέλφους, ασφάλεια), οι οποίοι εάν δεν ικανοποιηθούν οδηγούν σε δυσαρέσκεια από την εργασία τους. Η δεύτερη ομάδα παραγόντων, που τους ονόμασε παράγοντες παρακίνησης ή ικανοποίησης, αναφέρεται σε εσωτερικούς παράγοντες του εργαζόμενου (όπως επίτευξη στόχων, αναγνώριση, υπευθυνότητα, εξέλιξη, ανάπτυξη), οι οποίοι εάν ικανοποιηθούν οδηγούν σε ικανοποίηση από την εργασία. Το σημαντικό είναι, ότι οι παράγοντες δυσαρέσκειας και ικανοποίησης δεν είναι τα αντίθετα άκρα της ίδιας γραμμής, αλλά αποτελούν τελείως ξεχωριστές, μη συσχετιζόμενες ομάδες παραγόντων. Αυτό σημαίνει, ότι η ικανοποίηση των παραγόντων που οδηγούν σε δυσαρέσκεια μπορεί να μην επιφέρει ικανοποίηση, αλλά απλά να εξαλείψει τη δυσαρέσκεια. Με το ίδιο σκεπτικό, η μη ικανοποίηση παραγόντων που οδηγούν σε ικανοποίηση μπορεί να μην οδηγήσει σε δυσαρέσκεια, αλλά απλά να μην επιφέρει ικανοποίηση από την εργασία.

### 3. Θεωρία των αναγκών του McClelland (McClelland's Theory of Needs)

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία αναγνωρίζονται για κάθε άνθρωπο τρεις σημαντικές ανάγκες, της επίτευξης ενός στόχου, της άσκησης εξουσίας, και της δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων.

**4. Η θεωρία της διαμορφώσεως ή καθορισμού στόχων (Goal Setting Theory)**

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία οι συγκεκριμένοι και δύσκολοι στόχοι οδηγούν στην καταβολή μεγαλύτερης προσπάθειας και απόδοσης όταν η ικανότητα και η αποδοχή των στόχων θεωρούνται δεδομένα. Εφαρμογή της στον εργασιακό χώρο αποτελεί η διοίκηση με βάση αντικειμενικούς σκοπούς (Management By Objectives, MBO)

**5. Θεωρία της ισότητας (Equity Theory)**

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το κάθε άτομο συγκρίνει αυτά που δίνει και αυτά που παίρνει από την εργασία του με τους άλλους, στην ίδια ή διαφορετική θέση, μέσα και έξω από τον ίδιο χώρο. Το άτομο για να μειώσει τις ανισότητες, όπου αντιληφθεί ότι υπάρχουν είναι δυνατό

α) να αλλάξει αυτά που δίνει, προσπαθώντας περισσότερο,

β) να αλλάξει αυτά που παίρνει, διεκδικώντας περισσότερα

γ) να αλλάξει τα άτομα με τα οποία έκανε τις συγκρίσεις,

δ) να αλλάξει την αντίληψη του για τον εαυτό του και τους άλλους ή τέλος,

ε) να εγκαταλείψει τη θέση του. Τέλος σύμφωνα με αυτή την θεωρία διατυπώνονται συγκεκριμένες προτάσεις για την σχέση μεταξύ του μεγέθους της αμοιβής (εξωτερικός παράγοντας) και της παραγωγής ποσότητας και ποιότητας στα προϊόντα ή τις υπηρεσίες.

**6. Η θεωρία της ενίσχυσης ( Reinforcement Theory)**

Η θεωρία αυτή (βασίζεται στις μελέτες του B.F.Skinner ) υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου εξαρτάται από τις συνέπειες που αυτή η συμπεριφορά έχει για το άτομο. Σε αντίθεση με τις περισσότερες θεωρίες που δίνουν έμφαση στα εσωτερικά κίνητρα, σε αυτή την περίπτωση τα εσωτερικά κίνητρα δεν αναγνωρίζονται καθόλου. Αυτό όμως δεν μειώνει την σημασία και τη χρησιμότητα της συγκεκριμένης θεωρίας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

**7. Η θεωρία της προσδοκίας (Expectancy Theory) (V. Vroom)**

Η δύναμη της τάσης να δρούμε με ένα συγκεκριμένο τρόπο εξαρτάται από την δύναμη της προσδοκίας μας ότι τη δράση αυτή θα ακολουθήσει ένα αποτέλεσμα και από την σπουδαιότητα που αυτό το αποτέλεσμα έχει για εμάς.

**8. Θεωρία του Douglas McGregor, X και Y**

• Θεωρία X

Οι εργαζόμενοι δεν επιθυμούν να εργάζονται και να αναλαμβάνουν ευθύνη και για αυτό πρέπει να τους επιβάλλεται να εργάζονται

• Θεωρία Y

Οι εργαζόμενοι επιθυμούν να εργάζονται και να αναλαμβάνουν ευθύνες, είναι δημιουργικοί, και αυτοελέγχονται

**9. Θεωρία των χαρακτηριστικών της εργασίας**

Ποικιλία δεξιοτήτων  
Ταυτότητα εργασίας  
Σημαντικότητα εργασίας  
Αυτονομία  
Ανατροφοδότηση  
 $ΣΒΠ = ΑΥ * ΑΝ * (ΠΔ + ΤΕ + ΣΕ) / 3$

Οι βασικές διαστάσεις αυτής της θεωρίας είναι τα βασικά χαρακτηριστικά, οι ψυχολογικές καταστάσεις και τα αποτελέσματα. Τα βασικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στις ιδιότητες του έργου που έχουν ως συνέπεια τις ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου και που θα οδηγήσουν σε συγκεκριμένες εργασιακές συμπεριφορές, η τελική έκβαση. Σύμφωνα με τον Κάντα (1998), οι κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις είναι «η βιωμένη σημασία της εργασίας», «η βιωμένη υπευθυνότητα για τα αποτελέσματα της εργασίας» και η «γνώση των αποτελεσμάτων της εργασίας».

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι «η ποικιλία δεξιοτήτων», που είναι ο βαθμός απαίτησης διαφορετικών ικανοτήτων για την εκτέλεση του έργου, «η ταυτότητα έργου», που αναφέρεται στον βαθμό απαίτησης δημιουργίας ενός άλλου, ολοκληρωμένου έργου, «η σπουδαιότητα έργου», που είναι ο βαθμός της σημαντικότητας των επιπτώσεων της εργασίας στη ζωή και την εργασία των άλλων «η αυτονομία», που είναι ο βαθμός ελευθερίας, ανεξαρτησίας και δυνατότητας προγραμματισμού της εργασίας από το ίδιο το άτομο και «η επανατροφοδότηση», που είναι ο βαθμός της άμεσης και ξεκάθαρης γνώσης και πληροφόρησης της αποτελεσματικότητας της επίδοσής του στην εργασία του.

Τα εργασιακά αποτελέσματα είναι «τα υψηλού επιπέδου εσωτερικά κίνητρα», «η υψηλής ποιότητας επίδοση», «η υψηλού επιπέδου επαγγελματική ικανοποίηση» και «ο χαμηλός βαθμός απουσιών και αποχωρήσεων», (σελ. 115). Τα τρία πρώτα βασικά χαρακτηριστικά έχουν ως συνέπεια την πρώτη κρίσιμη ψυχολογική κατάσταση, την «βιωμένη σημασία της εργασίας», που είναι ο βαθμός που αποδίδει αξία και νόημα στην εργασία του ο εργαζόμενος. Η «αυτονομία» οδηγεί στην «βιωμένη υπευθυνότητα για τα αποτελέσματα της εργασίας», που είναι ο βαθμός που αισθάνεται την προσωπική υπευθυνότητα και υπόλογο για τα αποτελέσματα της εργασίας του. Η ανατροφοδότηση οδηγεί στην «γνώση των αποτελεσμάτων», δηλαδή, η γνώση ή κατανόηση της αποτελεσματικότητας της εργασίας του, σε σταθερή βάση. Με την σειρά τους, όλες οι ψυχολογικές καταστάσεις οδηγούν στα προσωπικά και εργασιακά αποτελέσματα. Τα εσωγενή κίνητρα είναι σε άμεση συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά, με την αυτονομία και την ανατροφοδότηση να είναι πιο σημαντικά από τα υπόλοιπα βασικά χαρακτηριστικά. Σε όλα αυτά προστίθεται και η «ισχύς της ανάγκης για ανάπτυξη». Με αυτήν τα άτομα είναι πιθανότερο να βιώσουν ψυχολογικές καταστάσεις ή ότι θα έχουν θετική αντίδραση στις εργασίες. (Κάντας, 1998)

Οι βασικές αλλαγές που προτείνουν οι Hackman και Oldham (Κάντας, 1998) είναι η διαμόρφωση φυσικών εργασιακών μονάδων για να αυξηθεί η ταυτότητα και η σπουδαιότητα του έργου, ο συνδυασμός καθηκόντων για την αύξηση της ποικιλίας δεξιοτήτων και η ταυτότητα του έργου, η δημιουργία σχέσεων με τον τελικό χρήστη του παραγόμενου προϊόντος για την αύξηση της ποικιλίας των ικανοτήτων, η αυτονομία και η ανατροφοδότηση, η κάθετη εκχώρηση υπευθυνοτήτων και ελέγχου που συνήθως ανήκουν

στο πεδίο δράσης της διοίκησης για να αυξάνεται η αυτονομία, η δημιουργία τρόπων ανατροφοδότησης από την ίδια την εργασία του για την αύξηση της ανατροφοδότησης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας του Hackman, σύμφωνα με τον Κάντα (1998), είναι τα εξής:

\_\_\_ Οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις που τα βασικά χαρακτηριστικά είναι σε υψηλό βαθμό έχουν μεγαλύτερο βαθμό κινήτρων, είναι πιο ικανοποιημένοι και είναι πιο παραγωγικοί, σε σχέση με τις επιχειρήσεις που τα βασικά χαρακτηριστικά είναι σε χαμηλό επίπεδο.

\_\_\_ Οι εργαζόμενοι που έχουν ισχυρότερη ανάγκη για ανάπτυξη αντιδρούν πιο πολύ σε εργασίες με ισχυρή κινητήρια δύναμη, σε σχέση με τα άτομα που έχουν χαμηλή ισχύ της ανάγκης για ανάπτυξη.

\_\_\_ Η επίδραση των βασικών χαρακτηριστικών στα αποτελέσματα γίνεται μέσω των ψυχολογικών καταστάσεων και όχι απευθείας στα αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τον Κάντα (1998) οι παράγοντες που θεωρεί ο Locke ότι επιδρούν στην επαγγελματική ικανοποίηση είναι οι παρακάτω:

1. Η εργασία που καλείται να επιτελέσει ο εργαζόμενος πρέπει να είναι «πρόκληση» και όχι μια εργασία ρουτίνας και κοπιαστική.
2. Η αμοιβή του εργαζόμενου είναι αναγκαίο να είναι ανάλογη με την απόδοση του ατόμου και να υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ απόδοσης και αμοιβής. Αμοιβή είναι οτιδήποτε είναι είδος παροχής προς υ964 τον εργαζόμενο.
3. Είναι απαραίτητο μετά από κάθε επιτυχημένη εργασία να του δίνεται θετική ενίσχυση, όπως είναι η λεκτική αναγνώριση, ο έπαινος και γενικά, όλες οι μη χρηματικές απολαβές.
4. Είναι απαραίτητο η ύπαρξη καλών συνθηκών στον εργασιακό χώρο, όσον αφορά το περιβάλλον και τη διαμόρφωση του χώρου.
5. Η σωστή εποπτεία είναι αυτή που βασίζεται στο ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους και στην προσφορά βοήθειας κατά την διάρκεια της εργασίας και η ύπαρξη είναι απαραίτητη.
6. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων στον εργασιακό χώρο, μεταξύ των συναδέλφων και των εποπτών και των εργαζόμενων.
7. Είναι απαραίτητη η πολιτική να είναι αποτελεσματική από την πλευρά της επιχείρησης που στόχο να έχει την βοήθεια των εργαζομένων στην εργασία τους.
8. Η εργασία είναι αναγκαίο να διασφαλίζει την εργασία και να καλλιεργεί στους εργαζόμενους το αίσθημα της ασφάλειας όσον αφορά το αίσθημα της διατήρησης της εργασίας.
9. Πρέπει να αισθάνονται το αίσθημα ότι οι χρηματικές αμοιβές μοιράζονται δίκαια.
10. Οι εργαζόμενοι είναι απαραίτητο να έχουν την δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων, και κυρίως σε τομείς που γνωρίζουν πολύ καλά.
11. Είναι αναγκαίο ο εργαζόμενος να έχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας και υπευθυνότητας.
12. Οι ρόλοι πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένοι, όσον αφορά στις προσδοκίες της επιχείρησης από τον εργαζόμενο.

Ο Goleman (2000) αναφέρει ότι πηγή ικανοποίησης μπορεί να είναι η ίδια η εργασία, καθώς, επίσης, η ικανοποίηση για το γεγονός ότι κάτι ολοκληρώνεται, οι φιλίες που αναπτύσσονται μεταξύ των συναδέλφων και η παροχή βοήθειας ή εκπαίδευσης άλλων στον εργασιακό χώρο.

## Γενικά συμπεράσματα

Η πλειοψηφία των θεωριών δίνει έμφαση στα εσωτερικά κίνητρα του ατόμου, δηλαδή στην ικανοποίηση από αυτή καθ' αυτή τη συμπεριφορά. Πραγματικά, υπάρχουν αρκετά στοιχεία που δείχνουν ότι πολλές δραστηριότητες, που αποτελούν τα μέσα για την επίτευξη σκοπών, όπως η διαχείριση, η διερεύνηση, η επεξεργασία πληροφοριών και γενικά ο δρόμος που μας οδήγησε στην εξεύρεση μιας λύσης ή στην επίτευξη ενός στόχου, παρέχουν ικανοποίηση από μόνες τους.

Ένα σημαντικό ερώτημα που τίθεται είναι αν τα εξωτερικά και τα εσωτερικά κίνητρα είναι ανεξάρτητα. Σημαντική εδώ είναι η σύγχρονη προσέγγιση με βάση την αυτοαντίληψη του ατόμου. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση πρέπει κάποιος να λάβει υπόψη, το άτομο σε ένα συγκεκριμένο σημείο και τον τρόπο με τον οποίο αυτό αντιλαμβάνεται την συγκεκριμένη κατάσταση. Το άτομο έχει την τάση να δικαιολογεί τις επιλογές του.

Όταν τα εξωτερικά και τα εσωτερικά κίνητρα είναι πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά τότε υπάρχει μια ασταθής κατάσταση, την οποία το άτομο ξεπερνά κύρια με την επαναξιολόγηση των εσωτερικών κινήτρων αφού λίγο πολύ τα εξωτερικά κίνητρα είναι δεδομένα.

Συμπερασματικά ύστερα από την παρουσίαση των θεωριών παρώθησης θα μπορούσαμε καταλήξουμε στις ακόλουθες αρχές:

- α) η ύπαρξη εσωτερικών και εσωτερικών αναγκών,
- β) η μεγάλη σπουδαιότητα των εσωτερικών κινήτρων,
- γ) η επιρροή των πολιτισμικών συνηθειών,
- δ) η σημαντικότητα των χαρακτηριστικών των διαφόρων δραστηριοτήτων,
- ε) η σημασία της σύγκρισης με τους άλλους,
- στ) ο καθοριστικός ρόλος της συμμετοχής ενός ατόμου στον καθορισμό των στόχων, του μηχανισμού ανατροφοδότησης και της αυτοπεποίθησης,
- ζ) η σπουδαιότητα του υποκειμενικού στοιχείου και της αντίληψης του ατόμου για τον εαυτό του και τους άλλους, και τέλος,
- η) ο ρόλος των ατομικών χαρακτηριστικών τους κάθε ατόμου και του περιβάλλοντος του.

## Αναλυτικότερα

### 1. Ανάγκες - Κλίμακα Maslow

Επειδή ο προγραμματισμός της φροντίδας αρχίζει με τη διαπίστωση και καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, θεωρείται απαραίτητη η σύντομη αναφορά στην κλίμακα αναγκών του Maslow, η οποία πολύ συχνά, χρησιμοποιείται τόσο για τον προγραμματισμό του ερωτηματολογίου όσο και για τη διαδικασία της αξιολόγησης και ιδιαίτερα της Ιεράρχησης των αναγκών υγείας. Προκειμένου να προγραμματίσουμε την φροντίδα διερωτώμεθα: Πώς μπορούμε να αποφασίσουμε ποιες ανάγκες είναι πιο επείγουσες; Με ποια κριτήρια και ποια σειρά θα ακολουθήσουμε για να ιεραρχήσουμε τις ανάγκες ή τα προβλήματα του ατόμου; Σημαντική βοήθεια σ' αυτό μας δίνει ο Maslow. Ο Maslow περιέγραψε τις ανθρώπινες ανάγκες κατά σειράν προτεραιότητας πολύ παραστατικά σε μια κλίμακα με βάση τις φυσιολογικές, οργανικές ή βασικές ανάγκες, και κορυφή της κλίμακας την ανάγκη του ατόμου για προσωπική ικανοποίηση και επιτυχία (Σχήμα 14).

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ – ΕΠΙΤΥΧΙΑ</b>
<b>ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΑ</b>
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ</b>
<b>ΑΣΦΑΛΕΙΑ</b>
<b>ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ Ή ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ</b>

Σχήμα 14. Η Κλίμακα Αναγκών Maslow.

Σύμφωνα με τον A. Maslow μόνο οι ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης. Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε κατηγορίες.

α) Φυσιολογικές ανάγκες – Οι ανάγκες της επιβίωσης, αυτές που με την ικανοποίηση τους κρατιόμαστε στην ζωή  
β) Οι ανάγκες Ασφάλειας που είναι δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης

γ) Κοινωνικές ανάγκες. Η ανάγκη για αγάπη, η σύνδεση με άλλους, η ένταξη σε ομάδα, η φιλία

δ) Η Ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους. (Φήμη, κύρος, εκτίμηση, Σεβασμός)

ε) Η Ανάγκη για αυτοολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη.

Στις Βιολογικές ή Βασικές Ανάγκες περιλαμβάνονται όλες οι ανάγκες που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Μερικές από τις ανάγκες αυτές είναι: Η αναπνοή, η κυκλοφορία, η οξεοβασική ισορροπία, η αποβολή αχρήστων, η φυσιολογική θερμοκρασία, το φαγητό, ο ύπνος, το νερό, η καθαριότητα και γενικά ό,τι είναι απαραίτητο για τη διατήρηση του ατόμου στη ζωή.

Εάν οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιηθούν, το άτομο ελάχιστα ενδιαφέρεται για άλλες ανάγκες που βρίσκονται πιο ψηλά στην κλίμακα. Χρειάζεται να τονιστεί όμως ότι και μεταξύ των βασικών ή φυσιολογικών αναγκών πάντοτε κάποια προέχει και ζητεί άμεση προτεραιότητα στην ικανοποίηση της από την άλλη.

Ο άρρωστος που αισθάνεται τον οξύ προκάρδιο πόνο του εμφράγματος δεν έχει διάθεση για φαγητό και όταν ακόμη το έχει στερηθεί για μέρες. Τούτο συμβαίνει παρά το γεγονός ότι και οι δύο ανάγκες, τόσο η ανάγκη απαλλαγής από τον πόνο όσο και η ανάγκη για φαγητό, είναι βασικές. Μόλις ικανοποιηθεί η ανάγκη που προέχει και αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του πόνου τότε παρουσιάζεται η επόμενη ανάγκη που μπορεί να είναι το φαγητό ή ο ύπνος ή και οποιαδήποτε άλλη ανάγκη ή πρόβλημα.

Ασφάλεια: Η ανάγκη για ασφάλεια παρουσιάζεται μετά από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Ο άνθρωπος θέλει να αισθάνεται ασφαλής από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους. Το υγιές άτομο αισθάνεται την ανάγκη αυτή στο χώρο της καθημερινής του ζωής και δραστηριότητας. Όταν βρίσκεται σε ξένο και αφιλόξενο ή εχθρικό περιβάλλον, εργάζεται σε προσωρινή ή αβέβαιη εργασία, μένει μόνο του σε απομονωμένο σπίτι, ή διασχίζει ένα πολυσύχναστο και επικίνδυνο δρόμο, συχνά αισθάνεται ανασφάλεια.

Στο παράδειγμα που αναφέρθηκε προηγουμένως, ο άρρωστος θα αισθανθεί ασφαλής ή όχι στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ανάλογα με τη βοήθεια που δέχθηκε στην ώρα της κρίσης. Σε κάθε περίπτωση, το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου διαταράσσεται από την ίδια την αρρώστια και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Φόβοι από φυσικούς κινδύνους όπως ο

πόνος, ο θάνατος αλλά και από ψυχολογικούς κινδύνους όπως η απομόνωση και η εξάρτηση, τον κάνουν να αισθάνεται αβεβαιότητα.

Η αξιολόγηση ακριβώς σ' αυτό έρχεται να βοηθήσει. Να διαπιστώσει ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι φόβοι και ανησυχίες του ατόμου του οποίου αξιολογεί τις ανάγκες υγείας και ποιες ενδεχομένως είναι οι εμπειρίες που μπορούν να δημιουργήσουν ή να επιτείνουν το αίσθημα ανασφάλειας. Βασική προϋπόθεση βέβαια για να αισθανθεί ασφάλεια το άτομο είναι η δυνατότητα ικανοποίησης των βασικών του αναγκών, γι' αυτό και προηγούνται στην κλίμακα. Δεν μπορεί να αισθανθεί ασφάλεια ο άρρωστος που έχει δύσπνοια, πόνο, αίσθημα επικείμενου θανάτου ή όποιο άλλο πρόβλημα επιβουλεύεται τη ζωή και την ασφάλεια του.

**Κοινωνικότητα:** Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του κοινωνικός. Επιθυμεί και επιδιώκει την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους, εφόσον έχουν ικανοποιηθεί τουλάχιστον στοιχειωδώς, οι βασικές του ανάγκες και αισθάνεται ασφάλεια με τους ανθρώπους και το περιβάλλον. Αισθάνεται την ανάγκη να αγαπά και να τον αγαπούν και επιθυμεί να αποτελεί μέλος μιας ομάδος ξε-κινώντας από την οικογένεια, τους φίλους, τις διάφορες ομάδες, τους συνεργάτες του κλπ. Ακόμη αισθάνεται την ανάγκη για στοργή και αναγνώριση του από τους άλλους.

Δεν είναι βέβαια δυνατόν να είναι κοινωνικός ο άνθρωπος που αισθάνεται ανασφάλεια γι' αυτό και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής πρέπει να προηγηθεί.

**Προσωπική Αξία - Αναγνώριση:** Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος, επαρκής. Να τον αναγνωρίζουν οι άλλοι και να σέβονται την προσωπικότητα και την ατομικότητα του. Θέλει να έχει μια προσωπική αξία και αναγνώριση. Να γίνεται η γνώμη του σεβαστή από τους άλλους και να έχει κάποιο βαθμό επιβολής.

Η προσωπική αξία και αναγνώριση του ατόμου προϋποθέτει ενημέρωση στα θέματα που τον αφορούν και τον ενδιαφέρουν, αναγνώριση των ιδιαίτερων προσωπικών του χαρακτηριστικών και σεβασμό της ιδιαιτερότητας του, κάτι που έχει υποβαθμιστεί στο χώρο της υγείας, όπου με την εισαγωγή της ανεπτυγμένης τεχνολογίας ο άνθρωπος έχει παραμεριστεί σαν προσωπικότητα.

**Επιτυχία - Ικανοποίηση:** Εάν όλες οι προηγούμενες ανάγκες ικανοποιηθούν σε κάποιο βαθμό, τότε το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση ότι έχει αναπτύξει τις δυνατότητες του και έχει επιτύχει τους σκοπούς του.

Οι ανάγκες που παρουσιάστηκαν από τον Maslow είναι βέβαια κοινές σε όλα τα άτομα, άρρωστα και υγιή. Από όλες αυτές τις γενικές και κοινές ανάγκες πηγάζουν ειδικές, ατομικές ανάγκες, διαφορετικές σε κάθε άτομο, τις οποίες πρέπει να διαπιστώσει ο νοσηλευτής με τις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει, για να μπορέσει να προγραμματίσει την ικανοποίησή τους. Αυτό άλλωστε αποτελεί και το βασικό σκοπό του. Ιδιαίτερη σημασία έχει κατά πόσον και σε ποιο βαθμό το άτομο είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, ή χρειάζεται γι' αυτό βοήθεια και υποστήριξη για την εξασφάλιση των οποίων πρέπει να φροντίσει ο νοσηλευτής.

Στην πρώτη φάση του προγραμματισμού επομένως ο νοσηλευτής καταγράφει με σειρά προτεραιότητας τις ανάγκες/προβλήματα του ατόμου, ιεραρχεί τις ανάγκες.

Προκειμένου να γράψει τις ανάγκες/προβλήματα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

1. Η ανάγκη/πρόβλημα πρέπει να γράφεται όπως αφορά το άτομο και να αναφέρεται άμεσα σ'αυτό.
2. Να είναι συγκεκριμένη και να εκφράζεται καθαρά, περιγράφοντας την κατάσταση του ατόμου.
3. Να αποφεύγονται οι γενικότητες.
4. Η διάγνωση δεν γράφεται σαν πρόβλημα/ανάγκη.
5. Η νοσηλευτική δραστηριότητα δεν γράφεται σαν πρόβλημα.
6. Οπου είναι δυνατόν, γράφεται το πρόβλημα και η αιτιολόγηση του.  
(Κοινωνική Νοσηλευτική, Ελένη Θ. Κυριακίδου, Πέμπτη Έκδοση, Αθήνα 2004, σελ.119-123)

Ο Maslow υποστήριξε ότι ο βαθμός παρακίνησης του ανθρώπου επηρεάζεται από τον βαθμό μη ικανοποίησης των αναγκών, και ότι παρακινητικές είναι οι ανάγκες όταν δεν ικανοποιούνται. Άρα κριτήριο υποκίνησης είναι η ανικανοποίητη ανάγκη. Επίσης ο Maslow υποστήριξε ότι απόλυτη ικανοποίηση των αναγκών δεν υπάρχει και ότι σε έναν μέσο άνθρωπο ικανοποιούνται κατά 85% οι φυσιολογικές του ανάγκες, 70% οι ανάγκες για ασφάλεια, 50% οι κοινωνικές ανάγκες, κατά 40% η ανάγκη για Αυτοεκτίμηση και κατά 10% οι ανάγκες για αυτοολοκλήρωση. Στην ιεραρχική αυτή δομή δεν μπορείς να παρακινήσεις μια ανάγκη αν δεν έχει καλυφθεί σε μεγάλο ποσοστό η προηγούμενη.

Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες, οι μεταβολές Αξιών κ.α. Μετά από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η ιεραρχικές δομές κατά Maslow μπορεί να διαφέρουν από τόπο σε τόπο και από χώρα σε χώρα λόγω κουλτούρας και κοινωνικών δομών. Επίσης παρατηρήθηκε διαφοροποίηση της ιεραρχίας των αναγκών σε διάφορα κλιμάκια και επίπεδα εργαζομένων. (A THEORY OF HUMAN MOTIVATION, A.H. Maslow)

## 2 Η θεωρία των δυο παραγόντων. Υποκίνησης – Συντήρησης

Ο Frederick I. Herzberg ανέλυσε τις ανάγκες της θεωρίας του Maslow και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μόνο οι ανάγκες που αντιστοιχούν στα επίπεδα της αυτοεκτίμησης και της αυτοολοκλήρωσης μπορούν να δράσουν σαν παράγοντες υποκίνησης. Οι κοινωνικές ανάγκες κατά τον Herzberg μπορούν να είναι παράγοντες υποκίνησης όταν υπηρετούν την ανάγκη των διαπροσωπικών σχέσεων. Όλες οι άλλες ανάγκες των χαμηλότερων επιπέδων θεωρούνται παράγοντες συντήρησης όπως τις ονόμασε ο Herzberg αφού οι ανάγκες των επιπέδων αυτών θεωρούνται αυτονόητες για τους ανθρώπους και πρέπει να ικανοποιούνται. (Η Ανθρώπινη Πλευρά του Μάνατζμεντ, Μάριος Μακρυγιωργάκης, σελ 182)

## 3. Η θεωρία των ανθρώπινων κινήτρων του McCLELLAND

Ο McClelland σε σχέση με τον Maslow και τον Herzberg ομαδοποίησε τις ανάγκες που δρουν ως κίνητρα.. Σύμφωνα με τον McClelland λοιπόν, υπάρχουν μερικές ανάγκες που μαθαίνονται και αποκτώνται λόγω αλληλεπίδρασης με το κοινωνικό περιβάλλον.



Στην θεωρία του υπάρχουν τρία κίνητρα – ανάγκες τα οποία όλοι οι άνθρωποι τα κατέχουν και ανάλογα με αυτή που υπερτερεί χαρακτηρίζει και το άτομο προσωπικότητα. Τα κίνητρα αυτά είναι : η ανάγκη για επιτεύγματα, η ανάγκη για εξουσία και η ανάγκη για συναδελφικότητα.

Τα δύο πρώτα κίνητρα ο McClelland τα θεωρεί θετικό παράγοντα υποκίνησης ενώ ο τρίτος παράγοντας αποτελεί αρνητικό παράγοντα υποκίνησης.

Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με ανάγκη για επιτεύγματα πραγματοποιούν επιτυχίες, χάρη στην προσπάθεια τους. Επίσης στελέχη με έντονη υποκίνηση για ανάληψη διευθυντικών αρμοδιοτήτων αποδίδουν περισσότερο στην δουλειά και προάγονται ταχύτερα στην ιεραρχία.

Ο Mc Clean δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη της επιτυχίας και υποστηρίζει ότι αυτό που πραγματώνει την ικανοποίηση αυτής της ανάγκης, έχει ανεπτυγμένο την υπευθυνότητα στην ανάληψη πρωτοβουλιών

Με βάση την θεωρία του McClelland οι άνθρωποι που αισθάνονται έντονα την ανάγκη για επιτεύγματα ή εξουσία θα πρέπει να τοποθετούνται σε ανάλογη επαγγελματική ή διευθυντική θέση, οπότε υποκινούνται από τις ίδιες τους τις εσωτερικές ανάγκες. ( Patrick J. Montana και Bruce H. Charnov, σελ. 309)

**4. Η θεωρία διαμόρφωσης στόχου** είναι μια από τις δημοφιλέστερες θεωρίες στην οργανωτική ψυχολογία. Ο Edwin A. Locke άρχισε να εξετάζει αυτήν την ιδέα στα μέσα της δεκαετίας του '60 και συνέχισε την έρευνα στην θεωρία διαμόρφωσης στόχου για τριάντα έτη. Ο Locke παρήγαγε την ιδέα για την διαμόρφωση στόχου από την θεωρία του Αριστοτέλη της τελικής αιτιότητας. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, η δράση- πράξη προκαλείται από έναν σκοπό: κατά λόγω αυτού, ο Locke άρχισε να ερευνά ότι ο αντίκτυπος των στόχων έχει μεμονωμένη απόδοση.

Για να αυξήσουν την απόδοση οι στόχοι, είναι επιτακτικό να είναι δύσκολοι και συγκεκριμένοι. Η απόδοση τείνει να είναι χαμηλότερη στους ευκολότερα επιτευχμένους στόχους από ότι με τους δυσκολότερους στόχους. Ένας ασαφής στόχος δεν είναι πιθανό να ενισχύσει την απόδοση. Ένας συγκεκριμένος στόχος μπορεί να δοθεί μέσω του προσδιορισμού της ποσότητας ή της απαρίθμησης, που χρησιμοποιούν έναν ορισμένο αριθμό ή λίστα, όπως η αυξανόμενη παραγωγικότητα κατά 20% ή δίνοντας ορισμένους στόχους που πρέπει να ολοκληρωθούν.

Οι στόχοι μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην απόδοση με τρεις τρόπους. Πρώτον, οι στόχοι συρρικνώνουν την προσοχή και τις άμεσες προσπάθειες στις σχετικές δραστηριότητες που σκόπευαν, και μακριά από τις ανεπιθύμητες, και άσχετες ενέργειες. Δεύτερον, οι στόχοι μπορούν να οδηγήσουν σε περισσότερη προσπάθεια παραδείγματος χάριν, εάν παράγετε χαρακτηριστικά 4 widgets μια ώρα, και ο στόχος είναι να παραχθούν 6, είναι πιθανό να εργαστείτε πιο έντονα οπότε τυπικά θα επιτυγχάνετε το στόχο. Τρίτον, οι στόχοι επηρεάζουν την εμμονή. Τείνετε να εργαστείτε μεταξύ ορίων ή να εργαστείτε σκληρότερα, εάν ακολουθείτε έναν στόχο.

Η σχέση στόχου-απόδοσης υπόκειται σε διάφορους μεσολαβητές. Η αφοσίωση στο στόχο είναι ο πιο επιρρεπής μεσολαβητής. Η αφοσίωση στο στόχο είναι ιδιαίτερα σημαντική με τους δύσκολους ή σύνθετους στόχους. Εάν οι άνθρωποι δεν είναι αφοσιωμένοι στους

στόχους τους, δεν θα παρακινηθούν για να φθάσουν σε αυτούς. Για να είναι κάποιος αφοσιωμένος σε έναν στόχο, πρέπει να πιστεύει στην σημαντικότητα και την σπουδαιότητα του. Τα άτομα πρέπει επίσης να πιστεύουν ότι ο στόχος είναι εφικτός, ή μερικώς εφικτός. Εάν σκέφτονται δεν υπάρχει καμία πιθανότητα να επιτευχθεί, μπορούν να μην δοκιμάσουν καν. Η προσωπική-αποτελεσματικότητα είναι ένας δεύτερος μεσολαβητής στην θεωρία διαμόρφωσης του στόχου. Όσο υψηλότερη είναι η προσωπική-αποτελεσματικότητα κάποιου σχετικά με έναν ορισμένο κομμάτι, τόσο επρόκειτο να θέσει υψηλότερο στόχο, και να είναι πιο επίμονος στην επίτευξη του.

Έτσι ώστε οι στόχοι να ενισχύσουν την απόδοση, πρέπει να είναι ανατροφοδοτήσιμοι. Είναι δύσκολο για τους στόχους να είναι αποτελεσματικοί εάν ένα άτομο δεν μπορεί να ελέγξει που είναι η απόδοσή του/της σε σχέση με το στόχο τους. Είναι σημαντικό οι άνθρωποι να ξέρουν όπου στέκονται στην επίτευξη του στόχου τους, έτσι μπορούν να καθορίσουν εάν πρέπει να εργαστούν σκληρότερα, ή εάν αλλάξουν τις μεθόδους τους.

Ως αποτέλεσμα των προόδων στην τεχνολογία, η ανατροφοδότηση μπορεί να δοθεί αποτελεσματικότερα. Υπάρχουν διαθέσιμα προγράμματα υπολογιστών που είναι σχεδιασμένα να εντοπίζουν στόχους για πολυάριθμα μέλη μιας οργάνωσης. Το σύστημα των υπολογιστών διατηρεί κάθε στόχο εργαζομένου, καθώς επίσης και την προθεσμία τους για να φθάσουν στο στόχο αυτό. Έτσι η πρόοδος των εργαζομένων ελέγχεται σε εβδομαδιαία βάση, και εκείνοι που χαλαρώνουν καλούνται να απολογηθούν, και πώς σκοπεύουν να διορθώσουν την κατάσταση.

Υπάρχουν περιορισμοί στη θεωρία διαμόρφωσης στόχου. Σε μια οργάνωση, ο στόχος του διευθυντή μπορεί να μην είναι σύμφωνος με τους στόχους της οργάνωσης συνολικά. Σε αυτήν την περίπτωση, οι στόχοι του ατόμου θα έπεφταν σε άμεση σύγκρουση με την οργάνωση που τον απασχολούσε. Είναι ουσιαστικό ότι οι στόχοι μεταξύ της οργάνωσης και του ατόμου να ευθυγραμμίζονται, αλλιώς η απόδοση θα μπορούσε να υπονομευθεί. Επιπλέον, για τους σύνθετους στόχους, η διαμόρφωση στόχου μπορεί τελικά να εξασθενήσει την απόδοση. Σε αυτές τις καταστάσεις, ένα άτομο μπορεί να απορροφηθεί με την σύγκρουση των στόχων, παρά την εκτέλεση της αποστολής.

**5. John Stacey Adams**, ψυχολόγος εργασιακού χώρου και συμπεριφοράς, υπέβαλε τη θεωρία ισότητας του στα κίνητρα εργασίας το 1963. Υπάρχουν ομοιότητες με την επέκταση Charles Handy's και την ερμηνεία των προηγούμενων απλούστερων θεωριών Maslow, Herzberg και άλλων πρωτοπόρων της ψυχολογίας εργασιακών χώρων, δεδομένου ότι η θεωρία αναγνωρίζει ότι οι λεπτοί και μεταβλητοί παράγοντες έχουν επιπτώσεις στην αξιολόγηση και την αντίληψη του κάθε ατόμου για τη σχέση τους με την εργασία τους, και με αυτόν τον τρόπο με τον εργοδότη τους. Χαρακτηριστικό γνώρισμα η συνειδητοποίηση και η δικαιοσύνη που είναι εντονότερα απ' ό, τι στα προηγούμενα πρότυπα, όπως είναι η επιρροή των συναδέλφων και των φίλων, κ.λπ..., διαμορφώνοντας την δικαιοσύνη, και στο συγκεκριμένο μοντέλο, "της αίσθησης του τι είναι δίκαιο και λογικό".

Στην εργασία του για την αποζημίωση βεβαιώνεται ότι **οι υπάλληλοι** επιδιώκουν να διατηρήσουν τη δικαιοσύνη μεταξύ των δεδομένων που φέρνουν σε μια εργασία και των αποτελεσμάτων που λαμβάνουν από αυτά τα δεδομένα αντί των δεδομένων και αποτελεσμάτων που αντιλαμβάνονται από τους άλλους.

**Η θεωρία της ισότητας**, στις επιχειρήσεις επιδιώκει να περιγράψει μια σχέση μεταξύ του κινήτρου των υπαλλήλων και της αντίληψης ότι αντιμετωπίζονται δίκαια. Η θεωρία προτείνει ότι οι υπάλληλοι επιδιώκουν να αποδώσουν αξίες στα δεδομένα τους και τα αποτελέσματά τους.

#### Δεδομένα

Τα προφανέστερα δεδομένα που οι άνθρωποι πρέπει να προσφέρουν είναι ο χρόνος τους. Τα δεδομένα περιλαμβάνουν επίσης:

1. Πείρα
2. Προσόντα
3. Εμπειρία
4. Προσωπικά προσόντα όπως η οδήγηση, η φιλοδοξία, ενσυναίσθηση ή νοημοσύνη.
5. Διαπροσωπικές δεξιότητες

#### Απόδοση-Αποτελέσματα

1. Η απόδοση περιλαμβάνει:
2. Χρηματική αποζημίωση
3. Προνόμια ("Perks")
4. Οφέλη
5. Εύκαμπτες εργασιακές ρυθμίσεις
6. Ποικιλία εργασίας
7. Ικανοποίηση των αλτρουιστικών φιλοδοξιών
8. Δύναμη
9. Θέση

#### Ισότητα

Ένας υπάλληλος θα θεωρήσει ότι τον μεταχειρίζονται δίκαια εάν αντιληφθεί την αναλογία των δεδομένων του με την απόδοσή του ώστε να είναι ισοδύναμη με εκείνους γύρω του. Κατά συνέπεια, όταν όλα είναι ίσα, θα είναι αποδεκτό για έναν ανώτερο συνάδελφο να λάβει την υψηλότερη αποζημίωση, δεδομένου ότι η αξία της εμπειρίας του (τα δεδομένα του) είναι υψηλότερα.

Αυτό μπορεί να εμφανιστεί στην ακόλουθη εξίσωση:

$$\begin{array}{ccc} \text{Ατομικά δεδομένα} & & \text{Συγκρίσιμα άλλων δεδομένα} \\ \hline & = & \hline \text{Ατομική προσωπικά απόδοση} & & \text{Συγκρίσιμες άλλων αποδόσεις} \end{array}$$

#### Ανάλυση

Η θεωρία της ισότητας έχει μερικές επιπτώσεις στους διευθυντές:

Οι άνθρωποι μετρούν τα σύνολα των δεδομένων και της απόδοσής τους. Αυτό σημαίνει ότι μια εργαζόμενη μητέρα μπορεί να δεχτεί τη χαμηλότερη χρηματική αποζημίωση σε αντάλλαγμα για τις πιο εύκαμπτες ώρες απασχόλησης.

Οι διαφορετικοί υπάλληλοι αποδίδουν τις προσωπικές αξίες στα δεδομένα και τις αποδόσεις τους. Κατά συνέπεια, δύο υπάλληλοι της ίσης εμπειρίας και προσόντων που εκτελούν την ίδια εργασία για την ίδια αποζημίωση μπορούν να έχουν αρκετά διαφορετικές αντιλήψεις της ισότητας της συμφωνίας που έκαναν.

Οι υπάλληλοι είναι σε θέση να προσαρμόζονται για την αγοραστική δύναμη και τις τοπικές συνθήκες στην αγορά. Κατά συνέπεια ένας δάσκαλος από Αλμπέρτα ίσως δεχτεί χαμηλότερη αποζημίωση από ότι συνάδελφός του μέσα Τορόντο εάν το κόστος ζωής του είναι διαφορετικό, ενώ ένας δάσκαλος σε ένα μακρινό αφρικανικό χωριό μπορεί να δεχτεί συνολικά μία τελείως διαφορετική πληρωμή.

Αν και μπορεί να είναι αποδεκτό για τα περισσότερα ανώτερα στελέχη να λάβουν την υψηλότερη αποζημίωση, υπάρχουν όρια στην ισορροπία των κλιμάκων της ισότητας και οι υπάλληλοι μπορεί να θεωρήσουν υπερβολικά ανώτερη την χρηματική αποζημίωση.

Οι αντιλήψεις του προσωπικού για τα προσωπικά τους δεδομένα και τις αποδόσεις τους αλλά και των άλλων μπορεί να είναι ανακριβείς, και οι αντιλήψεις πρέπει να ρυθμιστούν αποτελεσματικά.

Ένας υπάλληλος που θεωρεί ότι είναι υποτιμημένος μπορεί να αποσύρει την καλή του θέληση και να μειώσει την προσπάθεια.

Ένας υπάλληλος που θεωρεί ότι είναι υπερτιμημένος μπορεί να αυξήσει την προσπάθειά του.

Ωστόσο μπορεί επίσης να ρυθμίσει τις αξίες που αποδίδει στα προσωπικά του δεδομένα.

Μπορεί να είναι η υποκειμενική αίσθηση ανωτερότητας που δίνει ο καθένας στον εαυτό του και στην πραγματικότητα να μειώσει τις προσπάθειές του.

<p>Τα δεδομένα είναι χαρακτηριστικά: προσπάθεια, πίστη, σκληρή εργασία, αφοσίωση, δεξιότητα, ικανότητα, προσαρμοστικότητα, ευελιξία, ανοχή, προσδιορισμός, καρδιά και ψυχή, ενθουσιασμός, εμπιστοσύνη στον προϊστάμενο και τους ανωτέρους, υποστήριξη των συναδέλφων και των υφισταμένων, προσωπική θυσία, κ.λπ.</p>	<p>Οι άνθρωποι πρέπει να θεωρήσουν ότι υπάρχει μια δίκαιη ισορροπία μεταξύ των δεδομένων και των αποδόσεων.</p>	<p>Η απόδοση είναι ουσιαστικά όλες οι οικονομικές ανταμοιβές – πληρωμή ( επιμίσθωση ), μισθός, δαπάνες, perks, οφέλη, συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, επίδομα και η έναρξη εισαγωγής σε νέο επίπεδο αποζημίωσης - συν τα άυλα αγαθά - αναγνώριση, φήμη, έπαινος και ευχαριστίες, ενδιαφέρον, ευθύνη, ερέθισμα, ταξίδι, κατάρτιση, ανάπτυξη, αίσθηση του επιτεύγματος και της προόδου, προώθηση, κ.λπ.</p>
--	---	--

## 6. Η θεωρία της Ενίσχυσης

Η θεωρία αυτή βασίζεται στις μελέτες του B.F. Skinner και υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά που ενισχύεται θα επαναληφθεί ενώ η συμπεριφορά που δεν ενισχύεται είναι λιγότερο πιθανό να επαναληφθεί. (Patrick J. Montana και Bruce H. Charnov, σελ. 78)

**Θεωρία.** Το ολόκληρο σύστημα του B. F. Skinner είναι βασισμένο στην αποτελεσματική συνθήκη. Ο οργανισμός είναι στο στάδιο «διαχείρισης» στο περιβάλλον, το οποίο υπό τους συνηθισμένους όρους σημαίνει ότι αναπηδά γύρω από το περιβάλλον του κάνοντας, ότι ξέρει να κάνει. Κατά τη διάρκεια της «διαχείρισης», ο οργανισμός αντιμετωπίζει ένα ειδικό είδος ερεθίσματος, αποκαλούμενο **ερέθισμα ενίσχυσης**, ή απλά ανταμοιβής. Αυτό το ειδικό ερέθισμα έχει την επίδραση της αύξησης της αποτελεσματικότητας -- δηλαδή η συμπεριφορά που εμφανίζεται αμέσως πριν από την ανταμοιβή.

**Αποτελεσματική Συνθήκη:** « Η συμπεριφορά ακολουθείται από μια συνέπεια, και η φύση της συνέπειας τροποποιεί την τάση των οργανισμών να επαναλάβουν την συμπεριφορά στο μέλλον.

Φανταστείτε έναν αρουραίο σε ένα κλουβί. Αυτό είναι ένα ειδικό κλουβί (αποκαλούμενο, στην πραγματικότητα, το κουτί του Skinner ) που έχει μία μπάρα ή ένα πεντάλ σε έναν τοίχο που, όταν πιέζεται, αναγκάζει έναν μικρό μηχανισμό να απελευθερώσει έναν σβόλο τροφίμων στο κλουβί. Ο αρουραίος αναπηδά γύρω από το κλουβί, κάνοντας ότι κάνει ένας οποιοσδήποτε αρουραίος, όταν πιέζει τυχαία το φραγμό τότε ένας σβόλος τροφίμων πέφτει στο κλουβί. Το αποτέλεσμα είναι η συμπεριφορά ακριβώς πριν από την ανταμοιβή, που είναι ο σβόλος τροφίμων, φυσικά. Αμέσως, χωρίς να χάνει χρόνο, ο αρουραίος στριφογυρίζει μακριά από την μπάρα συσσωρεύοντας το σωρό σβόλων του στη γωνία του κλουβιού. Μια συμπεριφορά που ακολουθείται από ένα ερέθισμα ενίσχυσης οδηγεί σε μια αυξανόμενη πιθανότητα εκείνης της συμπεριφοράς που εμφανίζεται στο μέλλον.

Τι εάν εσείς δεν δίνετε στον αρουραίο άλλους σβόλους; Προφανώς, δεν είναι κανένας ανόητος, και μετά από μερικές ανώφελες προσπάθειες, σταματά την συμπεριφορά του να πιέζει την μπάρα. Αυτό καλείται **εξάλειψη** της αποτελεσματικής συνθήκης.

Μια συμπεριφορά που ακολουθείται όχι άλλο από το ερέθισμα ενίσχυσης οδηγεί σε μια μειωμένη πιθανότητα εκείνης της συμπεριφοράς που εμφανίζεται στο μέλλον.

Τώρα, εάν επρόκειτο να ανοίξετε τη μηχανή σβόλων πίσω, έτσι ώστε η συμπίεση της μπάρας να παρέχει πάλι στον αρουραίο τους σβόλους, η συμπεριφορά της μπάρας-ώθησης θα επανέλθει πίσω στην ύπαρξη, γρηγορότερα από ότι πήρε για τον αρουραίο να μάθει τη συμπεριφορά την πρώτη φορά. Αυτό είναι επειδή η επιστροφή της ανταμοιβής πραγματοποιείται στα πλαίσια μιας ιστορίας ενίσχυσης που πηγαίνει πίσω στον πρωταρχικό χρόνο που ο αρουραίος ενισχύθηκε για την ώθηση στο φραγμό!

## 7. Η θεωρία της Προσδοκίας

Ο Victor Vroom διαπίστωσε ότι η μέθοδος του Maslow και Herzberg, δεν επαρκεί για να εξηγήσει τις διαφορές μεταξύ των ατόμων. Ο Vroom εξετάζει και ερμηνεύει τους στόχους ενός ατόμου και τις προσδοκίες του για την επίτευξη αυτών των στόχων. Η θεωρία της προσδοκίας υποθέτει ότι τα άτομα μπορούν να προσδιορίσουν τα αποτελέσματα που προτιμούν και κάνουν ρεαλιστικές εκτιμήσεις των πιθανοτήτων να τα πετύχουν.

Η παραπάνω θεωρία προϋποθέτει διοίκηση με στόχους και τον ορισμό του χώρου δράσης του κάθε υφισταμένου, που θα του επιτρέψει την επίτευξη των στόχων.

### Η διοίκηση με στόχους και η παρακίνηση

Το σύστημα αυτό προβλέπει την καθιέρωση στόχων και σκοπών. Γίνεται ο προσδιορισμός του χώρου δράσης του υφισταμένου, που θα του επιτρέψει την επίτευξη των στόχων. Με τον καθορισμό στόχων αυξάνεται η ελευθερία δράσης του υφιστάμενου αλλά και δίνεται ένα προκαθορισμένο μέτρο μέτρησης της απόδοσης του υφισταμένου

Οι θεωρίες προσδοκίας της υποκίνησης πρόκειται για μια κατηγορία θεωριών υποκίνησης, οι οποίες βασίζονται στην υποκίνηση εργασίας, με τη βοήθεια των οποίων μπορούμε να διαμορφώσουμε ένα πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο ανάλυσης των τουριστικών κινήτρων. Οι περισσότερες από τις θεωρίες υποκίνησης εργασίας είναι μερικές, υπό την έννοια ότι τείνουν να επικεντρώνονται σε μια ειδική πτυχή της συμπεριφοράς, δηλ. τις ανάγκες, τους στόχους, τις πεποιθήσεις, τις ανταμοιβές, κλπ. Ωστόσο, υφίσταται μια εξαίρεση, μια προσέγγιση στην ανάλυση της υποκίνησης για εργασία η οποία είναι γνωστή ως θεωρία προσδοκίας ή θεωρία VIE (valence-instrumentality-expectance). Αυτή η θεωρία θα μπορούσε να παρέχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο, στο οποίο θα ήταν δυνατό να ενσωματωθούν όλες οι θεωρίες υποκίνησης της εργασίας.

Το κύριο υπόβαθρο της θεωρίας προσδοκίας είναι ότι: «η δύναμη μίας τάσης για να προβούμε σε μία ενέργεια εξαρτάται αφενός μεν από τη δύναμη της προσδοκίας ότι η ενέργεια αυτή θα αποφέρει ένα δεδομένο αποτέλεσμα και αφετέρου δε, από την αξία ή ελκυστικότητα αυτού του αποτελέσματος για το άτομο που ενεργεί.» (Lawler E.E. (1973), *Motivation in Work Organizations*, Montesey, CA: Brooks/Cole, σ. 45).

Η πρώτη εκδοχή της θεωρίας αυτής, ειδικά προτεινόμενη για την ανάλυση της υποκίνησης σε εφαρμοσμένα πλαίσια, ήταν η θεωρία της υποκίνησης της ερευνητικής εργασίας του V. Vroom, ο οποίος διατύπωσε δύο εξισώσεις:

Η πρώτη εξίσωση στόχευε στο να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι, ενώ κάποια αποτελέσματα μπορεί να είναι ελκυστικά ή επιθυμητά από μόνα τους (για δική τους απόλαυση), υφίστανται κάποια άλλα τα οποία είναι ελκυστικά όχι από μόνα τους, αλλά ως ένα μέσο επίτευξης άλλων αποτελεσμάτων, τα οποία είναι ελκυστικά *per se*. Η εξίσωση σημαίνει ότι η αξία ή ελκυστικότητα ενός αποτελέσματος εξαρτάται, αφενός από τις ατομικές πεποιθήσεις σχετικά με τη δυνατότητα του να χρησιμεύσει ως εργαλείο επίτευξης άλλων αποτελεσμάτων και αφετέρου, από την αξία ή ελκυστικότητα των αποτελεσμάτων αυτών για το άτομο.

Η δεύτερη εξίσωση αναφέρεται στη δύναμη η οποία ασκείται σε ένα άτομο για να ενεργήσει. Η δύναμη ενός ατόμου να προβεί σε μια ενέργεια εξαρτάται από τη δύναμη της ατομικής προσδοκίας ότι η ενέργεια θα οδηγήσει σε ένα αποτέλεσμα και από την αξία αυτού του αποτελέσματος (το οποίο έχει εκτιμηθεί στην πρώτη εξίσωση) για το άτομο.

Κατά κανόνα, η πρώτη εξίσωση έχει χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση ή πρόβλεψη της προτίμησης για μια θέση εργασίας, ενώ η δεύτερη για την ανάλυση ή πρόβλεψη της επιλογής μίας εργασίας και της προσπάθειας στην εργασία.

### 8. Θεωρίες X, Y, Z, C

Ενδιαφέρουσα για το θέμα αυτό είναι η θεωρία του Douglas McGregor. Συμφωνά με αυτή, η αδυναμία των ασχολουμένων με διοικητικά και οργανωτικά θέματα συνίσταται στην ανικανότητα τους να χρησιμοποιήσουν ικανοποιητικά το ανθρώπινο δυναμικό και την ιδιοφυία του. Δηλαδή, το βασικό πρόβλημα δεν έγκειται τόσο στην οργάνωση των δομών ή στην τελειοποίηση των μεθόδων διοίκησης, όσο στον τρόπο χρησιμοποίησης της πολυτιμότερης δύναμης που διαθέτει ένας οργανισμός, το ανθρώπινο δυναμικό του με τις δυνατότητες και ικανότητες του. Έτσι διατύπωσε δυο θεωρίες οργάνωσης και διοίκησης: Θεωρία X και Θεωρία Y.

**Η θεωρία X** βασίζεται στην υπόθεση, ότι ο άνθρωπος από τη φύση του έχει την τάση να εργάζεται όσο το δυνατόν λιγότερο και να αποφεύγει την προσπάθεια. Επομένως, αυτός πρέπει να διοικείται, να διευθύνεται, να επιβλέπεται, να ελέγχεται, να αμείβεται ή να τιμωρείται. Οι περισσότεροι αποφεύγουν τις ευθύνες, έχουν μικρές φιλοδοξίες και επιθυμούν μόνο την ασφάλεια τους. Η απαισιόδοξη αυτή υπόθεση είναι και η γενικά επικρατούσα, που αποτελεί τη βάση διαφόρων αυταρχικών συστημάτων καθώς και ορισμένων συστημάτων αποκεντρωτικής οργάνωσης, στα οποία συνηθίζεται η παροχή αμοιβών ή κυρώσεων. Κατά την άποψη του McGregor, παρόμοιος τρόπος συμπεριφοράς της διοίκησης παραγνωρίζει τον πραγματικό χαρακτήρα των κινήτρων που θα μπορούσαν να επιδράσουν θετικά, τουλάχιστον στο εξελιγμένο και επιστημονικό προσωπικό.

**Η θεωρία Y** αντίθετα βασίζεται στις ακόλουθες υποθέσεις:

— Η προσπάθεια αποτελεί κάτι το φυσικό για τον άνθρωπο, για τον οποίο η εργασία δεν είναι απεχθής εκ των προτέρων.

----Ο εξαναγκασμός και ο φόβος της τιμωρίας δεν αποτελούν τα μόνα μέσα κινητοποίησης της ενεργητικότητας του ανθρώπου για την εκτέλεση μιας εργασίας. Υπάρχει και ο ελεύθερος αυτοέλεγχος στην προσπάθεια πραγματοποίησης καθορισμένων σκοπών.

— Η ένταση και προσήλωση του ανθρώπου στην επίτευξη ορισμένου σκοπού εξαρτάται από την αμοιβή του. Το αίσθημα της συμμετοχής στην επιτυχία αποτελεί ίσως μια από τις μεγαλύτερες αμοιβές.

— Ο άνθρωπος είναι ικανός, όταν βρεθεί σε κατάλληλο περιβάλλον, όχι μόνο να δέχεται αλλά και να επιζητεί ευθύνες.

— Η δημιουργική ικανότητα των ανθρώπων προς τα οργανωτικά θέματα είναι μέγιστη. Αρκεί μόνο οι άνθρωποι να τοποθετηθούν σε συνθήκες που θα μπορούσαν να αναπτύξουν τις πνευματικές, οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες τους.

Η θεωρία αυτή στηρίζεται σε μια βαθιά αισιοδοξία για τον άνθρωπο. Βασιζόμενος στις υποθέσεις της θεωρίας Y, ο McGregor διατύπωσε την περίφημη αρχή περί «ενσωμάτωσης»: Η μέγιστη αποτελεσματικότητα επιτυγχάνεται, όταν τα μέλη μπορούν να ικανοποιούν κατά τον καλύτερο τρόπο τις επιδιώξεις τους, συμβάλλοντας όσο το δυνατόν περισσότερο στην επιτυχία του οργανισμού, όταν η πραγμάτωση των προσωπικών σκοπών ενσωματώνονται στην προσπάθεια πραγματοποίησης των σκοπών του οργανισμού".

Ο Ιαπωνικός τύπος της συμμετοχικής διοίκησης είναι γνωστός ως **θεωρία Z**. Οι εργαζόμενοι σε κύριες ή δορυφορικές εταιρίες τοποθετούνται σε μικρές οργανωτικές μονάδες για να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο και να επικοινωνούν.

Οι αποφάσεις αυτές μεταβιβάζονται κλιμακωτά προς τα άνω) με αμφίδρομη όμως επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διοίκησης. Η φροντίδα για τον εργαζόμενο είναι μεγάλη. Οι εργαζόμενοι στις Ιαπωνικές εταιρίες δημιουργούν προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ τους με μεγάλη κοινωνική υποστήριξη που τις προωθούν οι διοικήσεις τους. Το προσωπικό εξασφαλίζει διατήρηση των σχέσεων αυτών για όλη του τη ζωή, επομένως είναι προσεκτικό και αποφεύγει τις συγκρούσεις.

Τονίζεται πολύ η συνεργασία και οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις. Η συλλογική λήψη αποφάσεων εφαρμόζεται και αυξάνει η εμπιστοσύνη με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται τα προβλήματα τα οποία μεταβιβάζονται. Η ποιότητα και η παραγωγικότητα της εργασίας αποτελεί κίνητρο για αντίστοιχη αμοιβή.

Συμφωνά με τη θεωρία Z, η διοίκηση επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στο προσωπικό, στις δεξιότητες του, στον τύπο και στην επιδίωξη του μέγιστου στόχου. Προσωπικό είναι οι εργαζόμενοι. Δεξιότητες, οι δυνατότητες του οργανισμού ή το προσωπικό -κλειδί. Ο τύπος αναφέρεται στην πολιτιστική εικόνα του οργανισμού και στο πώς κατορθώνει την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών. Οι μέγιστοι στόχοι είναι οι οδηγητικές θέσεις που προσδιορίστηκαν από το προσωπικό. Εξ άλλου δίνεται λιγότερη προσοχή στο σύστημα, δηλαδή στο μηχανισμό με τον οποίο κυκλοφορούν οι πληροφορίες στον οργανισμό, στη δομή που είναι ο οργανισμός και στη στρατηγική που αποτελεί το σχέδιο δράσης.

Οι αναφερθείσες θεωρίες X, Y και Z επικεντρώνονται όλες στο προσωπικό. Διατυπώθηκε όμως και η θεωρία C, η οποία ενδιαφέρει ιδιαίτερα το χώρο της υγείας. Η θεωρία C:

- \* Αρχίζει από τον άρρωστο και όχι από τον εργαζόμενο
- \* Τοποθετεί τον άρρωστο ως κύριο άξονα του ιδρύματος και προόδου των εργαζομένων
- \* Θεωρεί κάθε εργαζόμενο, συμπεριλαμβανομένου και του προέδρου, ως το μεγαλύτερο κόστος

\* Θεωρεί ότι η ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους εξαρτάται από την ικανοποίηση των ασθενών για τις υπηρεσίες που δέχονται

Προωθεί την ιδέα ότι η παροχή υπηρεσίας είναι χρέος και όχι υποτίμηση. Είναι μεγάλη τιμή γι' αυτόν που την προσφέρει. Συμπεραίνει ότι: Αν ο εργαζόμενος επικεντρώνεται μόνο στην τεχνική της εργασίας θα βρίσκει απασχόληση. Αν συγκεντρώνεται στον άρρωστο θα έχει μέλλον.

Ο manager θα πρέπει να δημιουργήσει συνθήκες ασφάλειας και κλίματος εμπιστοσύνης στους υπαλλήλους Είναι αυτονόητο ότι εάν δεν καλύψει τις παραπάνω συνθήκες δεν μπορεί να υποκινήσει τις ανάγκες που αντιστοιχούν στα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοολοκλήρωσης (Στην πυραμίδα του Maslow δεν μπορείς να παρακινήσεις μια ανάγκη αν δεν έχει καλυφθεί σε μεγάλο ποσοστό η προηγούμενη.)

Να τονώσει το αίσθημα της ομαδικότητας και της συλλογικότητας.

Να δημιουργεί το αίσθημα της νέας επιτυχίας και του νέου επιτεύγματος προσθέτοντας έναν νέο στόχο κάθε φορά. Αυτό προϋποθέτει νέα μέσα, νέες μεθόδους, ή νέους προσανατολισμούς στον τρόπο της ενημέρωσης.

Στους υπαλλήλους που δείχνουν ιδιαίτερη επιμέλεια και ενδιαφέρον για ένα project, να τους δοθούν επιτελικοί ρόλοι δίδοντας ώθηση στις προσδοκίες τους για συμμετοχή, ανάπτυξη και αναγνώριση.

Ένας σημαντικός παράγοντας υποκίνησης είναι η μείωση του χρόνου διεκπεραίωσης της διαδικασίας κάθε εργασίας.



Επίλογος

Πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι όταν αναφερόμαστε σε κίνητρα πρέπει να εννοούμε ένα σύστημα δυναμικό που να εξελίσσεται παράλληλα με τον ανθρώπινο παράγοντα. Ένα σύστημα κινήτρων δεν μπορεί να εφαρμόζεται συνέχεια και να είναι πάντα αποτελεσματικό.

Στους εργαζόμενους θα πρέπει να δίνονται ευκαιρίες ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες τους και η εργασία τους να περιέχει συνθήκες που θα τους οδηγήσουν σε υποκίνηση.

Η ομαδική ή ατομική επιτυχία δημιουργούν αισθήματα αυτοολοκλήρωσης, αναγνώρισης και δημιουργικότητας που είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες υποκίνησης του ανθρώπου.

### **9. Μοντέλο Χαρακτηριστικών εργασίας**

Υπήρξε ουσιαστικό ενδιαφέρον από τους ερευνητές και τους επαγγελματίες για το σχέδιο εργασίας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90. Μια έρευνα που πηγάζει από 181 ανώτερα επαγγέλματα ανθρώπων αναφέρει ότι το σχέδιο εργασίας στις ΗΠΑ διακρίνεται σε κλίμακες, αντικείμενο, και αφοσίωση και εμπειρία στην επιτυχία (McCann & Buckner, 1994). Η εμπειρική έρευνα για το σχέδιο εργασίας πρώτιστα εστιαστεί από Hackman και Oldham's (1976, 1980) Θεωρία εργασιακών χαρακτηριστικών (JCT).

Η JCT δίνει έμφαση στη σημασία πέντε χαρακτηριστικών εργασίας (1. ποικιλία ικανοτήτων, 2. ταυτότητα στόχου, 3. σημασία στόχου, 4. ανατροφοδότηση, και 5. αυτονομία) ώστε να προκαλέσει ψυχολογικές καταστάσεις που οδηγούν στις θετικές ατομικές και επιχειρησιακές αποδόσεις (π.χ., υψηλή εργασιακή ικανοποίηση). Το μέγεθος αυτής της έρευνας εμφανίζεται στις αρχές της δεκαετίας του '90. Από τα δεκαεπτά άρθρα που αναγνωρήθηκαν, 82,4% των άρθρων δημοσιεύθηκαν το 1990-1992, και 17,6% δημοσιεύθηκαν 1993-1997.

Τα άρθρα που αναθεωρούνται μπορούν να ταξινομηθούν ευρέως σε τρεις περιοχές:

- α. σαφή τεστ του μοντέλου,
- β. εφαρμογές της θεωρίας, και
- γ. επεκτάσεις της θεωρίας.

Σαφή τεστ του μοντέλου. JCT παρήγαγε πάνω από 200 μελέτες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και της δεκαετίας του '80 (Fried & Ferris, 1987). Διάφορες αναθεωρήσεις και μετα-αναλύσεις έχουν συνθέσει αυτά τα αποτελέσματα (Fried & Ferris, 1987; Griffin & McMahan, 1994; Taber and Taylor, 1990; Wall & Martin, 1994).

Fried και Ferris (1987) παρέχουν μια περιεκτική αναθεώρηση και μετα-ανάλυση της σχετικής έρευνας για JCT. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι:

- (1) τα χαρακτηριστικά εργασίας συσχετίζονται και με τις ψυχολογικές και συμπεριφοριστικές εκβάσεις
- (2) κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις μεσολαβούν στο ρόλο μεταξύ των χαρακτηριστικών εργασίας και των εκβάσεων και
- (3) η ανάπτυξη ανάγκης ισχύς (GNS) μετριάξει τη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών εργασίας και της απόδοσης.

Εντούτοις, Fried και Ferris επίσης σημειώνουν ότι:

- (1) οι συσχετισμοί μεταξύ των χαρακτηριστικών εργασίας και των ψυχολογικών καταστάσεων ήταν λιγότερο ενθαρρυντικοί για το πρότυπο και

(2) αν και τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την πολυδιάστατη ιδιότητα των χαρακτηριστικών εργασίας, δεν υπήρξε καμία συμφωνία για τον ακριβή αριθμό διαστάσεων.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, η έρευνα συνέχισε να παρέχει τα σαφή τεστ JCT. Αρκετές από αυτές τις μελέτες εξετάζουν τη μεσολάβηση (ψυχολογικών καταστάσεων) και την εξισορρόπηση (GNS, γνώση και δυνατότητα, ικανοποιήσεις περιβάλλοντος) σχέσεων που προσδιορίζονται από τη θεωρία.

### **Χαρακτηριστικά εργασίας.**

Αν και υπάρχει λίγη έρευνα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 που να εστιάζει πρώτιστα στη μέτρηση των χαρακτηριστικών εργασίας, τρεις μελέτες αντιμετώπισαν αυτό το ζήτημα.

Οι Spector και Jex (1991) σύγκριναν τη χρησιμότητα εκθέσεων αξιωματούχων για τα χαρακτηριστικά εργασίας (το μέτρο που βασικά χρησιμοποιήθηκε στην JCT έρευνα), που εκτιμήθηκαν από τις περιγραφές εργασίας, και το Λεξικό των Επαγγελματικών Τίτλων. Εξέθεσαν μόνο τους αξιοπρεπείς συσχετισμούς μεταξύ των επιβεβλημένων εκτιμήσεων και των άλλων πηγών. Επιπλέον, μόνο οι υποχρεωτικές εκτιμήσεις συσχετίστηκαν σημαντικά με διάφορες μεταβλητές έκβασης (π.χ., εργασιακή ικανοποίηση, προθέσεις φυγής από την εργασία).

Οι Spector και Jex (1991) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι επιβεβλημένες εκτιμήσεις δεν μπορούν από μόνες τους να χρησιμοποιηθούν σε εκτενή τεστ JCT. Σύστησαν ότι περισσότερη έρευνα να εξετάσει τις αντικειμενικές εκτιμήσεις των χαρακτηριστικών εργασίας για να ερευνήσουν γιατί η σχέση τους με τις εκβάσεις των υπαλλήλων διαφέρει τόσο πολύ από τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ανωτέρων.

Εντούτοις, η δεύτερη μελέτη προτείνει ότι τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις εκβάσεις. Οι Dodd και Ganster (1996) εξέτασαν τη διαλογική σχέση μεταξύ των εργασιακών χαρακτηριστικών της ανατροφοδότησης, της αυτονομίας, και της ποικιλίας χειραγωγώντας τα χαρακτηριστικά στο εργαστήριο. Και οι αντιλήψεις για τα χαρακτηριστικά εργασίας και οι αντικειμενικοί χειρισμοί είχαν επιπτώσεις στην ικανοποίηση.

Επιπλέον, η αντικειμενική ποικιλία και η αντικειμενική αυτονομία αλληλεπίδρασαν για να επηρεάσουν την ικανοποίηση και την απόδοση. Η αντικειμενική ανατροφοδότηση και η αντικειμενική αυτονομία αλληλεπίδρασαν επίσης για επηρεάσουν την απόδοση.

Η τρίτη μελέτη από τον Fried (1991) εστίασε στα όργανα που χρησιμοποιήθηκαν συχνότερα για να αξιολογήσουν τις ανώτερες αντιλήψεις για τα χαρακτηριστικά εργασίας - η Διαγνωστική Έρευνα Εργασίας (JDS, Hackman & Oldham, 1975) και η απογραφή των χαρακτηριστικών εργασίας (EE, Sims, Szilagyi, & Keller, 1976). Ο Fried (1991) χρησιμοποίησε την μετα-ανάλυση για να συγκρίνει τις σχέσεις των αντίστοιχων κλιμάκων του JDS και της JO με την ικανοποίηση και την απόδοση εργασίας. Ανέφερε ότι οι κλίμακες ταυτότητας και ανατροφοδότησης στόχου από τα δύο όργανα κατέδειξαν τις παρόμοιες σχέσεις με ικανοποίηση και απόδοση. Υπήρξε επίσης σύγκλιση μεταξύ των κλιμάκων αυτονομίας για την απόδοση και των κλιμάκων ποικιλίας ικανότητας για την ικανοποίηση. Εντούτοις, οι κλίμακες αυτονομίας και οι κλίμακες ποικιλίας κατέδειξαν τις διαφορετικές σχέσεις με ικανοποίηση και απόδοση (αντίστοιχα).

Fried (1991) σημείωσε ότι αυτές οι διαφορές πρέπει να εξεταστούν κατά τη συναγωγή των συμπερασμάτων για τις αφηγηματικές ή μετα-αναλυτικές αναθεωρήσεις.

Λογικά αποτελέσματα. Moderating effects.

Αν και υπήρξαν διάφορες μεταanalύσεις που εξέτασαν την επίδραση GNS κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 (που Fried & Ferris, 1987 Loher, Noe, Moeller, & Fitzgerald, 1985 Spector, 1985), μια σαφής εικόνα έχει ακόμα να αναδυθεί. Η έρευνα για GNS στη δεκαετία του '90 προσπάθησε να υπερνικήσει μερικούς από τους περιορισμούς της προηγούμενης εργασίας (που αναθεωρείται στις μετα-αναλύσεις). Παραδείγματος χάριν, ο Champroux (1991) σημείωσε ότι οι σχέσεις που προσδιορίζονται από JCT είναι πολλών μεταβλητών. Κατά συνέπεια, διεύθυνε τις πολλών μεταβλητών δοκιμές του προτύπου χρησιμοποιώντας την κανονική ανάλυση συσχετισμού και την ιεραρχική πολλαπλής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματά του ήταν γενικά ενθαρρυντικά για τη θεωρητική σχέση ότι GNS συγκρατεί τη σχέση μεταξύ του πυρήνα των χαρακτηριστικών εργασίας και των κρίσιμων ψυχολογικών καταστάσεων, και μεταξύ των κρίσιμων ψυχολογικών κρατών και των συναισθηματικών απαντήσεων. Πράγματι, Champroux (1991) ανέφερε ότι όχι μόνο τα άτομα που είναι υψηλά σε GNS αποκρίνονται θετικότερα όταν τα χαρακτηριστικά εργασίας οι ψυχολογικές καταστάσεις αυξάνονται, αλλά τα χαμηλότερα σε GNS αποκρίνεται πιο αρνητικά σε τέτοιες αυξήσεις. Οι Evans και Ondrack (1991) εξέτασαν την λογική επίδραση GNS χρησιμοποιώντας και τις πρόσθετες και πολλαπλάσιες διατυπώσεις του υποκινούμενου πιθανού αποτελέσματος (MPS). Διαπίστωσαν ότι ο καλύτερος τύπος για την πρόβλεψη της γενικής ικανοποίησης και της ικανοποίησης της ίδιας της εργασία ήταν ένα απλό πρόσθετο πρότυπο. Αυτός ο τύπος παρουσίασε μια μικρή, αλλά σημαντική, αλληλεπίδραση με GNS.

Καμία τέτοια αλληλεπίδραση δεν εμφανίστηκε για τον πολλαπλασιαστικό τύπο. Οι Johns, Xie, και Fang (1992) σημείωσαν ότι η πιο πρόσφατη έρευνα για GNS στηρίχθηκε στη συσχετιστική ανάλυση υποομάδας - όχι η πιο κατάλληλη δοκιμή για τα αποτελέσματα αλληλεπίδρασης. Σε μια μελέτη της ωφελιμότητας των διευθυντών επιχείρησης, Johns et al (1992) εξέθεσαν τα αποτελέσματα μεσολαβητών λόγω GNS, της ικανοποίησης περιβάλλοντος, της γνώσης/των δεξιοτήτων, και των απρόβλεπτων απόδοσης-ανταμοιβής. Εντούτοις, τα αποτελέσματα GNS ήταν λογικά στην καλύτερη περίπτωση και μόνο μερικά από τα άλλα αποτελέσματα ήταν όπως προβλέπονται από το πρότυπο. Παραδείγματος χάριν, οι λιγότερο μορφωμένοι διευθυντές ήταν πιο ευαίσθητοι σε ψυχολογικές καταστάσεις: οι χαμηλότεροι διευθυντές στην ασφάλεια και την κοινωνική ικανοποίηση ανέφεραν ότι οι εργασίες υψηλότερου σκοπού δημιούργησαν θετικότερες ψυχολογικές καταστάσεις. Σε αντίθεση τα συμπεράσματα Champroux, Johns et al (1992) πρότειναν ένα πιο κατάλληλο πρότυπο είναι.

Μια τρίτη μελέτη από Tieg, Tetrick, και Fried (1992) επίσης εξέτασε τα αποτελέσματα μεσολαβητών του GNS και περιβαλλοντικές ικανοποιήσεις.

Το Tieg et al (1992) αξιολόγησαν τις απαντήσεις 6405 υπαλλήλων στις διάφορα εργασίες και τα επαγγέλματα και δεν βρήκαν καμία υποστήριξη για τα αποτελέσματα μετριάσμου είτε GNS είτε των ικανοποιήσεων πλαισίου. Τέλος, ο Champroux (1992) εξέτασε την υπόθεση ότι η πολυπλοκότητα της εργασίας και οι συναισθηματικές εκβάσεις συσχετίζονται curvilinearly (καμπυλόγραμμη), και ότι και GNS και οι περιβαλλοντικές ικανοποιήσεις αλληλεπιδρούν με αυτήν την καμπυλόγραμμη επίδραση. Ο Champroux (1992) ολοκλήρωσε ότι η προσθήκη μιας καμπυλόγραμμης επίδρασης του πεδίου εργασίας JCT επιτρέπεται, αν και τα αποτελέσματα μετριάσμου GNS και των περιβαλλοντικών ικανοποιήσεων σε αυτήν την σχέση είναι περίπλοκα.

Ενδιάμεσα αποτελέσματα.

Αρκετές από τις μελέτες που απαριθμήθηκαν παραπάνω εξέτασαν επίσης την ενδιάμεση επίδραση των τριών κρίσιμων ψυχολογικών καταστάσεων. Ο Champroux (1991) βρήκε την υποστήριξη για τη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών εργασίας και των ψυχολογικών καταστάσεων, και μεταξύ των ψυχολογικών καταστάσεων και των συναισθηματικών εκβάσεων (που μετριάζουν από GNS).

Εντούτοις, δεν εξέτασε άμεσα εάν οι ψυχολογικές καταστάσεις μεσολάβησαν πλήρως στη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών εργασίας και των συναισθηματικών εκβάσεων. Οι Johns et al (1992) ρητά εξέτασαν το μεσάζον ρόλο των ψυχολογικών καταστάσεων και βρήκαν ότι συναντούν τα κριτήρια των Baron και Kenny (1986) για τη "τέλεια μεσολάβηση. Οι Renn και Vandenberg (1995) εξέτασαν επίσης το μεσάζοντα ρόλο των κρίσιμων ψυχολογικών καταστάσεων και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ψυχολογικές καταστάσεις είναι μόνο μερικοί μεσολαβητές των αποτελεσμάτων χαρακτηριστικών εργασίας. Εφαρμογές της θεωρίας. Πέντε μελέτες αναφέρουν ευθύς σχετιζόμενες εφαρμογές του μοντέλου των Hackman και Oldham. Το αρχικό συμπέρασμα αυτών των άρθρων είναι ότι οι αντιλήψεις για τα χαρακτηριστικά εργασίας έχουν επιπτώσεις στις συμπεριφοριστικές και συμπεριφοριστικές εκβάσεις. Διάφορες μελέτες αξιολόγησαν τον αντίκτυπο της νέας τεχνολογίας στα χαρακτηριστικά εργασίας.

Παραδείγματος χάριν, Wall, Corbett, Martin, Clegg, και Τζάκσον (1990) εξέτασαν την επίδραση δύο εναλλακτικών εφαρμογών ανώτερης τεχνολογικής κατασκευής: (1) ειδικός έλεγχος και (2) έλεγχος χειριστών. Στο σύστημα ειδικού ελέγχου, οι χειριστές έχουν την ελάχιστη συμμετοχή. Είναι πρώτιστα αρμόδιοι για τη φόρτωση, που ελέγχει, και που ξεφορτώνει τη μηχανή και που προειδοποιεί έναν ειδικό (συνήθως έναν μηχανικό) σε περίπτωση δυσλειτουργίας. Στο σύστημα ελέγχου χειριστών, οι χειριστές αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη συντήρηση και τον προγραμματισμό εκτός από τους άλλους στόχους τους. Κατά συνέπεια, αυτό το τελευταίο σύστημα αυξάνει την αυτονομία του χειριστή, την ποικιλία ικανότητας, την ταυτότητα στόχου, και τη σημασία στόχου. Επιπλέον, επιτρέπει τον έλεγχο της μηχανικής-παραγωγικής διαφοράς απόδοσης στην πηγή. Όπως προβλέφθηκε στον Wall et al. (1990) αναφορά αύξησαν την απόδοση (για τα υψηλά συστήματα στατιστικών διακυμάνσεων), αύξησαν την εγγενή εργασιακή ικανοποίηση, και μείωσαν την εργασιακή πίεση υπό τον έλεγχο των χειριστών.

Σε μια εξέταση παρόμοιας τεχνολογίας, ο Adler (1991) αξιολόγησε την επίδραση τριών εύκαμπτων συστημάτων κατασκευής. Διαπίστωσε ότι συστήματα στα οποία οι υπάλληλοι εξέθεσαν υψηλότερες αντιλήψεις για την ποικιλία ικανότητας, μεγάλη σημασία στόχου, αυτονομία, και ανατροφοδότηση ανέφεραν πιο υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και εσωτερικού κινήτρου εργασίας (και σε μια εγκατάσταση, υψηλότερη αποδοτικότητα).

Μια μελέτη από Shafer, Tepper, Meredith, και Marsh (1995) πρότεινε ότι η κυψελοειδής κατασκευή έχει και τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα στις τοποθετήσεις εργασίας υπαλλήλων. Τα χαρακτηριστικά εργασίας μεσολάβησαν θετικά στη σχέση μεταξύ των κυψελοειδών τοποθετήσεων κατασκευής και υπαλλήλων. Εντούτοις, υπήρξε επίσης μια άμεση αρνητική επίπτωση της κυψελοειδούς κατασκευής στις τοποθετήσεις εργασίας.

Ο Griffin (1991) πραγματοποίησε μια διαχρονική μελέτη βασισμένη στην τεχνολογία επανασχεδιασμού εργασίας για τους ταμίες τραπεζών. Η εργασία του Griffin είναι ξεχωριστή για την διάρκεια της μελέτης (4 έτη) και την αλλαγή στα μέτρα συμπεριφοράς και απόδοσης κατά τη διάρκεια εκείνου του χρόνου. Κατόπιν πολλής μελέτης επανασχεδιασμών εργασίας, ο Griffin διαπίστωσε ότι οι συμπεριφορές βελτίωσαν τους έξι-μήνες παρακολούθησης τον επανασχεδιασμό, αν και δεν υπήρξε μια ανάλογη αλλαγή στην απόδοση. Εντούτοις, σε 24 μήνες και 48 μήνες, ο Griffin αναφέρει ότι συμπεριφορές επέστρεψαν στο αρχικό επίπεδο και η απόδοσή τους βελτιώθηκε σημαντικά. Αυτή η αλλαγή στην απόδοση κατά τη διάρκεια του χρόνου είναι σύμφωνη με τα αποτελέσματα του Wall et al. (1990). Τέλος, ο Kelly (1992) αξιολογεί τριάντα μια ανάλογες μελέτες για JCT. Τα συμπεράσματά του δεν είναι σύμφωνα με τις τρεις μελέτες που απαριθμούνται παραπάνω. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όταν επανασχεδιάζεται η εργασία οδηγεί σε αντιλήψεις βελτιωμένου επιπέδου εργασίας, οι υπάλληλοι γενικά βίωσαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Εντούτοις, οι αλλαγές στις τοποθετήσεις δεν συσχετίζονται γενικά με τα υψηλότερα επίπεδα απόδοσης εργασίας. Προτείνει ένα πρότυπο "δίδυμο-ίχθυος" και προτείνει ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της απόδοσης είναι διαφορετικοί από τους καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης.

Επεκτάσεις της θεωρίας.

Το τελικό σύνολο μελετών σε αυτήν την περιοχή επεκτείνει την έρευνα σχεδίου εργασίας σε νέες κατευθύνσεις. Οι Wong και Campion (1991) σημείωσαν ότι αν και Hackman και Oldham (1980) παρείχαν μερικές γενικές αρχές για το πώς να σχεδιαστούν οι εργασίες με κίνητρο (π.χ., να διαμορφώσουν τις φυσικές μονάδες εργασίας), ελάχιστα είναι γνωστό για το πώς ο συγκεκριμένος συνδυασμός στόχων έχει επιπτώσεις στο κίνητρο εργασίας. Οι Wong και Campion (1991) εξέτασαν πώς οι κινητήριες τιμές των συνδυασμών στόχου συσχετίζονται με τις κινητήριες τιμές των εργασιών [ δηλ., που αφορούν τα μέρη (στόχοι) το σύνολο (εργασίες) ]. Ερεύνησαν πώς οι κινητήριες τιμές των στόχων, της αλληλεξάρτησης στόχου, και της ομοιότητας στόχου είχαν επιπτώσεις στο σχέδιο εργασίας. Διαπίστωσαν ότι το κινητήριο σχέδιο στόχου αφορούσε θετικά το κινητήριο σχέδιο εργασίας. Η αλληλοεξάρτηση στόχου κατέδειξε μια σχέση αναστροφής- U με το κινητήριο σχέδιο εργασίας: οι εργασίες με τη μέση αλληλεξάρτηση στόχου είχαν τις υψηλότερες κινητήριες τιμές από τις εργασίες με τη χαμηλή ή υψηλή αλληλοεξάρτηση στόχου. Η επίδραση της ομοιότητας στόχου ήταν μικρή και μικτή και δεν συνέβαλε τη σημαντική αυξητική διαφορά στο κινητήριο σχέδιο εργασίας. Τέλος, τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι το κινητήριο σχέδιο εργασίας μεσολάβησε τη σχέση μεταξύ του κινητηρίου σχεδίου στόχου και των συναισθηματικών μεταβλητών έκβασης. Oldham, Kulik, και Stepina (1991) ενδιαφέρθηκαν για τις μεταβλητές που επεμβαίνουν μεταξύ των εκβάσεων πολυπλοκότητας και απόδοσης εργασίας. Εξέτασαν τα διαλογικά αποτελέσματα του φυσικού περιβάλλοντος και της μεμονωμένων διαφορών, της διαλογής ερεθισμάτων, και της πολυπλοκότητας εργασίας στην ικανοποίηση και την απόδοση. Όπως Spector και Jex (1991), των Oldham et al (1991) χρησιμοποίησαν το λεξικό των επαγγελματικών τίτλων για να παράγουν τα αποτελέσματα πολυπλοκότητας εργασίας. Βρήκαν ότι οι υπάλληλοι είχαν τη χαμηλότερη απόδοση και ικανοποίηση όταν οι εργασίες τους ήταν χαμηλής πολυπλοκότητας, οι δεξιότητες διαλογής τους ήταν αδύνατες, και εργάζονταν σε συνοστησμένες περιοχές (μικρά όρια χώρου ή κοντά σε άλλους υπαλλήλους).

εκείνων εκ των οποίων στόχοι ήταν λιγότερο σύνθετοι από ότι οι υφιστάμενοί τους ήταν.

Τέλος, οι Campion και McClelland (1991) εξέτασαν τις δαπάνες και τα κέρδη της διεύρυνσης εργασίας. Σημείωσαν ότι η περισσότερη έρευνα για το σχέδιο εργασίας χρησιμοποιεί μια κινητήρια προσέγγιση στις αξιολογημένες εκβάσεις - εστιάζοντας στα οφέλη όπως η ικανοποίηση και το κίνητρο. Εντούτοις, Campion και McClelland σημείωσαν τη σχετικότητα τριών άλλων προσεγγίσεων: μηχανιστικός (εστιάζοντας στις αποδοτικότητες), βιολογικός (εστιάζοντας στα οφέλη της φυσικών άνεσης και της υγείας), και αντιληπτικός-κινητήρας (εστιάζοντας στην αξιοπιστία και τη δυνατότητα χρησιμοποίησης). Πρότειναν ότι οι διευρυμένες εργασίες θα είναι υψηλότερες στις κινητήριες ιδιότητες, αλλά χαμηλώνουν σε μηχανιστικό και αντιληπτικός-μηχανή. Τα αποτελέσματά τους υποστήριξαν γενικά αυτές τις προβλέψεις. Εντούτοις, απροσδόκητα, το κινητήριο σχέδιο εργασίας σχετιζόταν θετικά με την αποδοτικότητα και αρνητικά με το περιβάλλον εργασίας. (Αυτή η επίδραση είναι σύμφωνη με τους Oldham et al, το 1991.) Οι Campion και McClelland κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια ευρύτερη εκτίμηση των δαπανών και των κερδών πρέπει να περιληφθεί κατά το εφαρμογή του σχεδίου εργασίας.

Ερευνητικά επιτεύγματα

Η έρευνα για το σχέδιο εργασίας παρέμεινε ενεργή κατά την αρχή της δεκαετίας του '90. Μια συνεχής δύναμη στην περιοχή είναι η χρήση των τοποθετήσεων τομέων. Αν και μερικές από αυτές τις εργασίες εστιάζουν σε απλές εφαρμογές των JCT, το περισσότερο μέρος της εργασίας απεικονίζει τις συγκεκριμένες δοκιμές των πρότυπων ή θεωρητικών επεκτάσεων. Οι εφαρμογές του προτύπου βρίσκουν γενικότερα υποστήριξη στις προβλέψεις της σχετικά με τις στάσεις και συμπεριφορές υπαλλήλων, και οι δοκιμές της θεωρίας παρέχουν τη συνεπή υποστήριξη για τη μεσάζον επίδραση των κρίσιμων ψυχολογικών καταστάσεων. Εντούτοις τα αποτελέσματα για GNS παραμένουν αναποτελεσματικά, με τον όγκο των ερευνών είναι καλύτερο να προταθεί ένα μη μετριάζον πρότυπο. Οι επεκτάσεις του προτύπου εξετάζουν τις βασισμένες στα συμφραζόμενα μεταβλητές όπως το φυσικό περιβάλλον στο οποίο η εργασία εκτελείται και

στην πηγή των χαρακτηριστικών εκτιμήσεων εργασίας. Συνολικά, JCT συνεχίζει να λαμβάνει την υποστήριξη και παρέχει ένα χρήσιμο πλαίσιο για το σχέδιο εργασίας.

Ερευνητικές προκλήσεις.

Η επιτυχία JCT της έρευνας απεικονίζει επίσης την πρόκλησή της. Έχει υπάρξει λίγη έρευνα για JCT από το 1993, και αυτή η πτώση στην έρευνα μπορεί να είναι κατάλληλη. Μετά από είκοσι έτη έρευνας, μια σαφής εικόνα των ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών αποτελεσμάτων του σχεδίου εργασίας έχει προκύψει. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι περισσότερες από τις μελέτες τομέων κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 εστίασαν στην εργασία που προσέκρουσε με την τεχνολογία. Ο αντίκτυπος της τεχνολογίας παρέχει μια καρποφόρο περιοχή για τη μελλοντική εμπειρική ανάπτυξη έρευνας και θεωρίας. Η μελλοντική έρευνα πρέπει να συνεχίσει να υπογραμμίζει τις βασισμένες στις ποιοτικές μεταβλητές (π.χ., το φυσικό περιβάλλον, τοποθετήσεις ομάδας, δομές μισθών) που να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα των αποτελεσμάτων του σχεδίου. Επιπλέον, η έρευνα πρέπει να συνεχίσει να εξερευνά τις πιθανές οικονομικές και αποδοτικές ανταλλαγές που προκύπτουν από το σχεδιασμό των εργασιών μετά από τις αρχές JCT.

Για να επέλθει εργασιακή ικανοποίηση:

1. Η εργασία που καλείται να επιτελέσει ο εργαζόμενος πρέπει να είναι «πρόκληση» και όχι μια εργασία ρουτίνας και κοπιαστική.
2. Η αμοιβή του εργαζόμενου είναι αναγκαίο να είναι ανάλογη με την απόδοση του ατόμου και να υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ απόδοσης και αμοιβής. Αμοιβή είναι οτιδήποτε είναι είδος παροχής προς τον εργαζόμενο (αμοιβή = φροντίδα).
3. Είναι απαραίτητο μετά από κάθε επιτυχημένη εργασία να του δίνεται θετική ενίσχυση, όπως είναι η λεκτική αναγνώριση, ο έπαινος και γενικά, όλες οι μη χρηματικές απολαβές.
4. Είναι απαραίτητο η ύπαρξη καλών συνθηκών στον εργασιακό χώρο, όσον αφορά το περιβάλλον και τη διαμόρφωση του χώρου (ακόμα και η θέση παρκαρίσματος).
5. Η σωστή εποπτεία είναι αυτή που βασίζεται στο ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους και στην προσφορά βοήθειας κατά την διάρκεια της εργασίας και η ύπαρξη είναι απαραίτητη.
6. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων στον εργασιακό χώρο, μεταξύ των συναδέλφων και των εποπτών και των εργαζόμενων.
7. Είναι απαραίτητη η πολιτική να είναι αποτελεσματική από την πλευρά της επιχείρησης που στόχο να έχει την βοήθεια των εργαζομένων στην εργασία τους.
8. Η εργασία είναι αναγκαίο να διασφαλίζει την εργασία και να καλλιεργεί στους εργαζόμενους το αίσθημα της ασφάλειας όσον αφορά το αίσθημα της διατήρησης της εργασίας.
9. Πρέπει να αισθάνονται το αίσθημα ότι οι χρηματικές αμοιβές μοιράζονται δίκαια.
10. Οι εργαζόμενοι είναι απαραίτητο να έχουν την δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων, και κυρίως σε τομείς που γνωρίζουν πολύ καλά.
11. Είναι αναγκαίο ο εργαζόμενος να έχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας και υπευθυνότητας.
12. Οι ρόλοι πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένοι, όσον αφορά στις προσδοκίες της επιχείρησης από τον εργαζόμενο.

Ο Goleman (2000) αναφέρει ότι πηγή ικανοποίησης μπορεί να είναι η ίδια η εργασία, καθώς, επίσης,

1. η ικανοποίηση για το γεγονός ότι κάτι ολοκληρώνεται,
2. οι φιλίες που αναπτύσσονται μεταξύ των συναδέλφων και
3. η παροχή βοήθειας ή εκπαίδευσης άλλων στον εργασιακό χώρο.

## ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΝΕΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Για μια σφαιρική προσέγγιση "της ικανοποίησης" κατά την εργασία

Η κοινοτική πολιτική της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία πρέπει να έχει στόχο τη συνεχή βελτίωση "της ικανοποίησης" κατά την εργασία, τόσο σε σωματικό όσο και σε ηθικό και κοινωνικό επίπεδο. Πολλοί συμπληρωματικοί στόχοι πρέπει λοιπόν να επιδιωχθούν από κοινού από το σύνολο των ενδιαφερόμενων φορέων :

1. Μια συνεχής μείωση των ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών. Πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο να οριστούν ποσοτικοί στόχοι, τόσο σε κοινοτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κρατών μελών, ειδικότερα στους τομείς δραστηριοτήτων που γνωρίζουν υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης από το μέσο όρο, ιδίως στο πλαίσιο εφαρμογής της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την απασχόληση.
2. Η ένταξη της διάστασης του φύλου στην αξιολόγηση των κινδύνων, στα μέτρα πρόληψης καθώς και στους μηχανισμούς επανόρθωσης και αποζημίωσης, για να ληφθούν υπόψη οι ιδιαιτερότητες των γυναικών όσον αφορά την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία.
3. Η πρόληψη των κοινωνικών κινδύνων. Το στρες, η παρενόχληση στην εργασία, η κατάθλιψη και το άγχος, οι κίνδυνοι που συνδέονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και τα φάρμακα, αναμένεται να αποτελέσουν αντικείμενο ειδικών μέτρων, που εντάσσονται σε μια σφαιρική προσέγγιση για τη σύνδεση των συστημάτων υγείας.
4. Η ενισχυμένη πρόληψη των επαγγελματικών ασθενειών. Αναμένεται να δοθεί προτεραιότητα στις ασθένειες που οφείλονται στον αμίαντο, στην απώλεια της ακοής και στις μυοσκελετικές διαταραχές.
5. Η συνεκτίμηση των δημογραφικών εξελίξεων όσον αφορά τους κινδύνους, τα ατυχήματα και τις ασθένειες. Τα προληπτικά μέτρα αναμένεται να εντάξουν περισσότερο τη διάσταση της ηλικίας, αποσκοπώντας ειδικότερα στους νέους και τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας.
6. Η συνεκτίμηση των αλλαγών όσον αφορά τις μορφές απασχόλησης και τους τρόπους οργάνωσης της εργασίας και του χρόνου εργασίας. Οι εργαζόμενοι με άτυπες ή επισφαλείς εργασιακές σχέσεις αποτελούν μια ευαίσθητη ομάδα.

7. Η συνεκτίμηση του μεγέθους των επιχειρήσεων. Οι ΜΜΕ και οι πολύ μικρές επιχειρήσεις, καθώς και οι αυτοαπασχολούμενοι ή τα άμισθα συμβοηθούντα μέλη, αναμένεται να ωφεληθούν από ειδικά μέτρα στα προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και πρόληψης των κινδύνων.

8. Η ανάλυση των νέων ή των αναδυόμενων κινδύνων, ειδικότερα των κινδύνων που συνδέονται με τη διάδραση μεταξύ των χημικών, φυσικών και βιολογικών παραγόντων καθώς και των κινδύνων που συνδέονται με το γενικό περιβάλλον εργασίας (εργονομικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί κίνδυνοι).

(ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, Βρυξέλλες, 11.03.2002 COM(2002) 118 τελικό, ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Προσαρμογή στις αλλαγές της εργασίας και της κοινωνίας : μια νέα κοινοτική στρατηγική υγείας και ασφάλειας 2002-2006,σελ 9-10)

### **Η σημαντικότητα της νοσηλευτικής έρευνας**

Οι Polit και Hungler (1993) παραθέτουν μερικούς από τους λόγους που κάνουν απαραίτητη τη νοσηλευτική έρευνα. Η νοσηλευτική έρευνα βοηθά τη Νοσηλευτική:

- Να ορίσει τις παραμέτρους της και τον τελείως καθορισμένο και μοναδικό ρόλο της στην παροχή φροντίδας υγείας.
- Να δείξει στους άλλους την κοινωνική σχετικότητα και αποτελεσματικότητα της πρακτικής της.
- Να αποκαλύπτει αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες για διάφορες ομάδες πληθυσμού.
- Να εξαλείφει νοσηλευτικές πράξεις που δεν είναι αποτελεσματικές στην επίτευξη επιθυμητών εκβάσεων.
- Να αναγνωρίζει μεθόδους νοσηλευτικής φροντίδας που βελτιώνουν την κατάσταση υγείας και είναι αποτελεσματικές σε κόστος.
- Επίσης, η νοσηλευτική έρευνα καθιστά ικανούς τους νοσηλευτές:
- Να περιγράφουν τα χαρακτηριστικά μιας κατάστασης για την οποία λίγα είναι γνωστά.
- Να ερμηνεύουν φαινόμενα που πρέπει να μελετώνται στο σχεδιασμό νοσηλευτικής φροντίδας.
- Να προλέγουν πιθανά αποτελέσματα ορισμένων νοσηλευτικών αποφάσεων σε σχέση με τη φροντίδα αρρώστου/πελάτη.
- Να ελέγχουν το συμβάν ανεπιθύμητων εκβάσεων σε άρρωστο/πελάτη.
- Να εισηγούνται, με αρκετό βαθμό εμπιστοσύνης, δραστηριότητες που θα πετύχουν επιθυμητή συμπεριφορά του πελάτη.

### **Κώδικες ηθικής της έρευνας**

Ο πρώτος διεθνώς αναγνωρισμένος κώδικας ηθικής της έρευνας είναι ο Κώδικας Νυρεμβέργης ή Άρθρα Νυρεμβέργης. Αναπτύχθηκε από τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύνδεσμο, προκειμένου να κριθούν τα σαδιστικά πειράματα των Ναζί γιατρών στους κρατούμενους των στρατοπέδων συγκέντρωσης, στη δίκη της Νυρεμβέργης.

Η Διακήρυξη του Ελσίνκι είναι ο δεύτερος διεθνώς αναγνωρισμένος κώδικας ηθικής της έρευνας. Αναπτύχθηκε από το Διεθνές Ιατρικό Σύνδεσμο το 1964 ως οδηγός για γιατρούς



που ενασχολούνται με κλινική έρευνα. Η Διακήρυξη, που αναθεωρήθηκε το 1974, διακρίνει δύο μεγάλους τύπους έρευνας: (α) εκείνη που βασικά είναι θεραπευτική και (β) εκείνη που ουσιαστικά κατευθύνεται προς ανάπτυξη επιστημονικής γνώσης και δεν έχει θεραπευτική αξία για το υποκείμενο. Η σύγχρονη εφαρμογή αυτής της Διακήρυξης στη νοσηλευτική έρευνα τονίζει την ανάγκη να πληροφορούνται τα υποκείμενα έρευνας όταν μια κλινική ή μη κλινική έρευνα δεν θα έχει προσωπικό όφελος γι' αυτά και να αποφεύγεται κάθε υπαινιγμός για το αντίθετο. Και οι δύο αυτοί κώδικες χρησιμοποιήθηκαν ως η βάση για πολιτικές και κανονισμούς που εκδόθηκαν στις ΗΠΑ το 1966.

Ο Σύνδεσμος Αμερικανών Νοσηλευτών (ANA) ήταν ο πρώτος εθνικός νοσηλευτικός σύνδεσμος που ανέπτυξε και εξέδωσε το 1968 κατευθυντήριες οδηγίες για ηθικές ερευνητικές μελέτες στη Νοσηλευτική. Αυτές οι οδηγίες συμπληρώθηκαν από ένα άλλο ντοκουμέντο, το 1975, με τον τίτλο «Κατευθυντήριες οδηγίες ανθρώπινων δικαιωμάτων για νοσηλευτές σε κλινική και άλλη έρευνα» (Πλαίσιο 2.1).

Ακολούθησε ο Σύνδεσμος Καναδών Νοσηλευτών (CNA), με ανάπτυξη και δημοσίευση κατευθυντήριων οδηγιών, που κύρια αφορούν τους ερευνητές, το 1972.

Πλαίσιο 2.1. Κατευθυντήριες οδηγίες ανθρώπινων δικαιωμάτων για νοσηλευτές σε κλινική και άλλη έρευνα.

Οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες επιχειρούν να ορίσουν: (α) τον τύπο των δραστηριοτήτων που περιλαμβάνονται, (β) τα δικαιώματα που πρέπει να προστατεύονται, (γ) τα άτομα που πρέπει να προστατεύονται και (δ) τους απαραίτητους μηχανισμούς που εγγυώνται ότι η προστασία είναι επαρκής.

Οδηγία 1: Απασχόληση σε πλαίσια όπου διενεργείται έρευνα

Οι συνθήκες απασχόλησης σε πλαίσια όπου διενεργείται κλινική ή άλλη έρευνα πρέπει να εκθέτονται με λεπτομέρεια για όλους τους εργαζόμενους στο χώρο της έρευνας... Οποιοσδήποτε απασχολείται σε εργασία που ενέχει δυνητικό κίνδυνο για άλλους, πρέπει να ενημερώνεται σε ό,τι αφορά τους τύπους κινδύνων που περιλαμβάνονται, τους τρόπους αναγνώρισης και τις σωστές ενέργειες που πρέπει να κάνει για να αντιμετωπίσει βλαβερά αποτελέσματα και περιττούς κινδύνους.

Οδηγία 2: Ευθύνες των νοσηλευτών για άγρυπνη προστασία των δικαιωμάτων ανθρώπινων υποκειμένων

Σ' όλες τις περιπτώσεις, στο πιθανό υποκείμενο πρέπει να παρέχεται όλη η σχετική πληροφορία, πριν από τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες που ξεπερνούν εγκαταστημένες και αποδεκτές διαδικασίες, που είναι απαραίτητες για κάλυψη των προσωπικών του αναγκών... Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί προκειμένου για υποκείμενα και αρρώστους που, εξαιτίας της κατάστασης και/ή της αρρώστιας τους, δεν μπορούν να προστατέψουν τους εαυτούς τους αποτελεσματικά από εξωτερικά επιβαλλόμενη απειλή ή βλάβη. Πρέπει να είναι ευαίσθητοι στην τάση για εκμετάλλευση του πληθυσμού ιδρυμάτων, όπως σπουδαστές, άρρωστοι, έγκλειστοι σε ιδρύματα και φυλακές. Όλα τα σχέδια έρευνας που θα χρησιμοποιηθούν είναι ανάγκη να συζητούνται με τα υποψήφια υποκείμενα και με κάθε εργαζόμενο που αναμένεται να λάβει μέρος ως υποκείμενο ή συλλέκτης δεδομένων ή και τα δύο. Πρέπει να αναπτυχθούν ειδικοί μηχανισμοί για περιφρούρηση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών και για προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Οδηγία 3: Έκταση εφαρμογής

Τα άτομα για τα οποία οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες ανθρώπινων δικαιωμάτων έχουν ισχύ, περιλαμβάνουν όλους εκείνους που εμπλέκονται στις ερευνητικές δραστηριότητες και που ανήκουν στις ακόλουθες ομάδες: άρρωστοι, δότες οργάνων και ιστών, πληροφοριοδότες, κανονικοί εθελοντές, συμπεριλαμβανομένων σπουδαστών, ευάλωτοι πληθυσμοί, όπως οι ψυχικά διαταραγμένοι, οι διανοητικά καθυστερημένοι και οι φυλακισμένοι.

Οδηγία 4: Ευθύνη των νοσηλευτών να υποστηρίζουν την αύξηση γνώσης Ακριβώς όπως οι νοσηλευτές έχουν υποχρέωση να προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των αρρώστων, έχουν επίσης υποχρέωση να υποστηρίζουν την αύξηση της γνώσης που διευρύνει την επιστημονική βάση της νοσηλευτικής πρακτικής και της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Οδηγία 5: Πληροφορημένη συγκατάθεση

Για την περιφρούρηση του βασικού δικαιώματος της αυτοαπόφασης, πρέπει να υπογράφεται πληροφορημένη συγκατάθεση από το υποψήφιο υποκείμενο ή νόμιμο αντιπρόσωπο του, για συμμετοχή σε έρευνα ή σε ασυνήθεις κλινικές δραστηριότητες. Στο υποκείμενο πρέπει να δοθεί:

Μια περιγραφή οποιασδήποτε ωφέλειας για το ίδιο ή για ανάπτυξη νέας γνώσης, που θα μπορούσε να αναμένεται.

Μια ευκαιρία για συζήτηση ή απάντηση τυχόν ερωτήσεων που αφορούν την έρευνα.

Επιβεβαίωση ότι είναι ελεύθερο να διακόψει τη συμμετοχή του στην έρευνα οποτεδήποτε το θελήσει.

Πλήρης ελευθερία από άμεση ή έμμεση πίεση ή απάτη.

Οδηγία 6: Εκπροσώπηση σε επιτροπές ανθρώπινων δικαιωμάτων

Υπάρχει μια αυξανόμενη δημόσια υποστήριξη για συστηματική ευθύνη προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι τα υποκείμενα, που συμμετέχουν σε ερευνητικές μελέτες, δεν αποστερούνται των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο προστατευτικός μηχανισμός κινείται μέσω επιτροπής που κρίθηκε ικανή να επιθεωρεί μελέτες και άλλες ερευνητικές δραστηριότητες που εμπλέκουν ανθρώπινα υποκείμενα. Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει υποχρέωση να υποστηρίζει δημόσια την ανάγκη να συμπεριλαμβάνονται νοσηλευτές ως τακτικά μέλη τέτοιων επιτροπών επιθεώρησης των ιδρυμάτων.

Πηγή: Wilson HS (1987). *Introducing Research in Nursing*

## Θεμελιώδεις αρχές ηθικής.

Το 1977, αναπτύχθηκαν οδηγίες από το Βασιλικό Κολέγιο Νοσηλευτικής (Royal College of Nursing) του Ηνωμένου Βασιλείου. Αφορούν όχι μόνο τον ερευνητή, αλλά και εκείνους που κατέχουν υπεύθυνες θέσεις και εκείνους που εργάζονται σε χώρους όπου εκτελείται έρευνα.

Τα κύρια ηθικά θέματα στην εκτέλεση έρευνας βασίζονται στις θεμελιώδεις αρχές ηθικής.

Το 1978, η Εθνική Επιτροπή για την Προστασία των Ανθρώπινων Υποκειμένων

Βιοϊατρικής και Συμπεριφορικής Έρευνας των ΗΠΑ, υιοθέτησε και εξέδωσε έναν πολύ σπουδαίο κώδικα ηθικής, το Belmont Report. Το Report χρησιμοποιήθηκε ως μοντέλο για πολλές από τις κατευθυντήριες οδηγίες που υιοθετήθηκαν από ορισμένα επιστημονικά επαγγέλματα. Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από αυτό το Report: η αρχή οφέλους και μη βλάβης, η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή δικαιοσύνης. Πάνω σ' αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα.

Η ισορροπία ανάμεσα στην υποχρέωση για μια αυστηρά επιστημονική μελέτη και στην υποχρέωση για φρούρηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων των υποκειμένων δεν είναι εύκολο έργο και εμπλέκει τους ερευνητές και αναθεωρητές των ερευνητικών πρωτοκόλλων σε θυελλώδη ηθικά διλήμματα. Σε όλες τις περιπτώσεις, ωστόσο, από ηθική άποψη πρέπει να προστατεύονται τέσσερα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας, που στηρίζονται στις τρεις αρχές του Belmont Report.

## **Μέρος Δεύτερο**

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Περίληψη

Έχει παρατηρηθεί φυγή σημαντικού αριθμού νοσηλευτών από τα νοσοκομεία παγκοσμίως, Σουηδία 2005: 54% νοσοκομειακών νοσηλευτών ήθελε να εγκαταλείψει την δουλειά του, 35% είχε ξεκινήσει τις απαραίτητες διαδικασίες Hyrkas K. Issues Ment Health Nurs. 2005 Jun, Ιαπωνία 2003: 4% νεοπροσλαμβανόμενοι κλινικοί νοσηλευτές είχαν ήδη παραιτηθεί.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομειακά τμήματα είναι ένα κομμάτι το οποίο συμβάλει σε ένα εργασιακό περιβάλλον το οποίο επαγγελματικά εξαντλεί (σύνδρομο burnout )το έμπειρο προσωπικό και αποθαρρύνει νέους συναδέλφους( Jackson Organization USA).

Το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα νοσοκομείο είναι καθοριστικός παράγοντας για το επίπεδο της συνολικής ικανοποίησης των αποδεχόμενων νοσηλευτικής περίθαλψης. Η ικανοποίηση βελτιώνεται με καταλλήλως διαχειρίζοντα επαγγελματικά βάρη και όταν οι εργοδότες διευκολύνουν να ισορροπήσουν εργασία και προσωπική ζωή. Οι νοσηλευτές από την φύση της εργασίας τους στα νοσοκομεία είναι περισσότερο στρεσαρισμένοι (stressed) και ευπαθής σε τραυματισμούς, τους οποίους καθιστά υψηλά στην κατάταξη εργαζομένων με τον μεγαλύτερο βαθμό απουσίας και ανικανότητας από οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα, το οποίο διαλύει την φροντίδα, δυσκολεύει την οργανωτικότητα και προκαλεί υψηλά κόστη στο σύστημα υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται καλύτερα και αφοσιώνεται περισσότερο στην εργοδοσία όταν η ιδιότητά τους αποδέχεται σεβασμού, να έχουν κάποιον έλεγχο στην ζωή τους (όπως το να ορίζουν το ωράριό τους) και είναι ελεύθερη να εξασκούν στο έπακρο το αντικείμενο της εκπαίδευσής τους. Η διατήρηση του προσωπικού είναι ευκολότερη σε λιγότερο-στρεσαρισμένο, πιο υποστηρικτικό περιβάλλον, και συνεργαζόμενο υγειονομικό προσωπικό, οι οποίοι είναι προνομιακοί παράγοντες για τους ασθενείς. Υπάρχουν πολλοί τρόποι βελτίωσης του νοσηλευτικού περιβάλλοντος, απλές πρακτικές ιδέες όπως η δημιουργία κλειστού χώρου στάθμευσης για την ασφάλεια βραδινών και νυχτερινών νοσηλευτών.

Η φυγή αυτή έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές οικονομικές συνέπειες και απρόσμενη υψηλή εργασιακή επιβάρυνση στο σύστημα υγείας, ενώ συμβάλει στην ελάττωση της παραγωγικότητας. Η αντιμετώπιση της προσφέρει διατήρηση των θέσεων εργασίας στα νοσοκομεία, μείωση των κοστών πρόσληψης και εκπαίδευσης προσωπικού, αύξηση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών σε ποιότητα και συνεχή φροντίδα. Τέλος αποβλέπει σε μείωση εργατικών ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων, όπως μυοσκελετικοί τραυματισμοί, ατυχήματα, σύνδρομο burnout, ασθένειες-συμπεριφορικής διαταραχής, άγχος.

Στατιστικά η αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης μειώνει την εργασιακή φυγή και τάση προς αυτήν (turn over). Η μείωση της εργασιακής φυγής και τάσης της αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών. Η αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών αυξάνει την κερδοφορία της αποδοτικότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών(Jackson Organization USA)

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που οδηγούν στην φυγή των νοσηλευτών από την κλινική εργασία ή και στην απόφαση να αλλάξουν χώρο εργασίας και να προταθούν τρόποι αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου. Ποιο συγκεκριμένα θα αξιολογηθούν δημογραφικοί και άλλοι παράγοντες καθώς και τα χαρακτηριστικά της εργασίας του νοσηλευτή σε δημόσια νοσοκομεία που σχετίζονται με την επιλογή αυτή.

Το ερευνητικό κομμάτι στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγια και στην ποιοτική ανάλυση των σχολίων των νοσηλευτών, το οποίο βασίζεται στο **Job Characteristics Model** (μοντέλο εργασιακών χαρακτηριστικών) (JCM) των Hackman και Oldham οι οποίοι επηρεάστηκαν από την δουλειά του Herzberg. Το δείγμα αποτελέσαν νοσηλευτές που έχουν εγκαταλείψει την κλινική νοσηλευτική, ενώ η ανεύρεσή τους θα γίνει με την μέθοδο Snowball (χιονοστιβάδας). Η ανάλυση ήταν περιγραφική στατιστική T Test x συντελεστή του Pierson αλλά και με μεθόδους ποιοτικής ανάλυσης.

Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώθηκε εντός εννέα (9) μηνών. Από τον Μάιο έως τον Ιούλιο έγινε η συλλογή των πληροφοριών, Αύγουστο έως Οκτώβριο η ανάλυση και επεξεργασία των πληροφοριών, ενώ από Νοέμβρη έως Ιανουάριο έγινε η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας.

Παρατηρήθηκε ότι εργασιακοί παράγοντες οι οποίοι δυσχέραιναν τον εργαζόμενο τόσο στην συνεργασία του μέσα στο χώρο εργασίας όσο και την προσωπική του ζωή τον οδήγησαν στην παραίτησή του. Βρέθηκε στατιστικά διαφορά ( $p < 0.01$ ) ως προς το συνολικό σκόρ (MPS) σε ερώτηση σχετικά με το κυκλικό ωράριο ( $mps = 52,92 \pm 42,02$ ) Αποκαλύφθηκε ότι κυρίως τα εσωγενή κίνητρα που είναι σε άμεση συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά, με την **αυτονομία** και την **ανατροφοδότηση** να είναι τα πιο σημαντικά από τα υπόλοιπα βασικά χαρακτηριστικά.

## Ανά τον κόσμο

### Η ΦΥΓΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Οι νοσηλευτές παραιτούνται από το επάγγελμα τους παγκοσμίως σε ποσοστιαία αυξανόμενο αριθμό με το πέρασμα του χρόνου.

Έχει καταγραφεί σε:

- **ΑΜΕΡΙΚΗ:** 12% το 1996, 15% 1999 (WHO)  
16.9% το 2005 (by Bernard Hodes Group)
- **ΣΟΥΗΔΙΑ:** 54%, 2005 ήθελε να παραιτηθεί εκ των οποίων  
35% είχε προβεί στις απαραίτητες ενέργειες
- **ΙΑΠΩΝΙΑ:** 4%, 2005 νεοπροσλαμβανόμενων κλινικών  
νοσηλευτών παραιτήθηκε

### Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)

Τα αυξανόμενα ποσοστά τάσης φυγής είναι μια πρόκληση που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό επάγγελμα και χρησιμοποιούνται συχνά ως δείκτης δυσκολίας στρατολόγησης/διατήρησης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα αυξανόμενα ποσοστά τάσης φυγής έχουν σημειωθεί, ιδιαίτερα στην νοσηλευτική και στην φαρμακολογία. Οι τάσεις φυγής μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείων ανήλθε από 12% το 1996 σε 15% το 1999 (the Nursing Executive Center, 2000). Μεταξύ του προσωπικού των φαρμακείων, η τάση φυγής αυξήθηκε από 14,6% σε 21,3% μεταξύ 1998 και 2000 (Hospital & Health Care Compensation Service, 2000a). Η τάση φυγής είναι επίσης σημαντική στους κατ' οίκων νοσηλευτές από ιδιωτικά πρακτορεία για την εγχώρια υγειονομική περίθαλψη. Μια εθνική έρευνα των Η.Π.Α του 2000 για τα πρακτορεία κατ' οίκων νοσηλευτών (αποκλειστικών στο σπίτι) εξέθεσαν ένα ποσοστό τάσης φυγής 21% για τις εγγεγραμμένες νοσηλεύτριες Hospital & Health Care Compensation Service, 2000b). Αντίθετα, στοιχεία από την Σκωτία δείχνουν, για τα τελευταία έτη, έναν σχετικά σταθερό κύκλο εργασιών του ποσοστού του 8% περίπου ετησίως για τους νοσηλευτές, σύμφωνα με τις Scottish Executive στατιστικές μισθοδοτικών καταστάσεων. Τα υψηλά ποσοστά τάσης φυγής μπορούν να οδηγήσουν σε υψηλότερες δαπάνες επάνδρωσης του προσωπικού και εκπαίδευσης του νέου προσωπικού, υπερωριών, και χρήσης προσωρινού προσωπικού από πρακτορεία για να καλύψουν τα κενά (Ηνωμένες Πολιτείες-United States General Accounting Office, 2001b). Οι άμεσες δαπάνες της τάσης φυγής περιλαμβάνουν την επάνδρωση και την κατάρτιση του νέου προσωπικού, τις υπερωρίες, και την χρήση-του προσωρινού προσωπικού των πρακτορείων για να καλύψουν τα κενά. Οι δαπάνες που συνδέονται έμμεσα με την τάση φυγής περιλαμβάνει μια αρχική μείωση της αποδοτικότητας του νέου προσωπικού και του ηθικού και μείωση της παραγωγικότητας της ομάδας. Αν και είναι απλό να μετρηθούν τα ποσοστά τάσης φυγής, το επίπεδο τάσης φυγής μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες που μπορεί να μην απεικονίζουν τις όποιες αλλαγές στους όρους αγοράς εργασίας, την εργασιακή ικανοποίηση ή τις επαγγελματικές ευκαιρίες (Buchan 2001).

## Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που οδηγούν στην φυγή των νοσηλευτών από την κλινική εργασία ή και στην απόφαση να αλλάξουν χώρο εργασίας και να προταθούν τρόποι αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου. Ποιο συγκεκριμένα θα αξιολογηθούν δημογραφικοί και άλλοι παράγοντες καθώς και τα χαρακτηριστικά της εργασίας του νοσηλευτή σε δημόσια νοσοκομεία που σχετίζονται με την επιλογή αυτή.

### Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα αποτελέσαν νοσηλευτές που έχουν εγκαταλείψει την κλινική νοσηλευτική, ενώ η ανεύρεσή τους θα γίνει με την μέθοδο Snowball (χιονοστιβάδας). Η ανάλυση ήταν περιγραφική στατιστική T Test x συντελεστή του Pierson αλλά και με μεθόδους ποιοτικής ανάλυσης.

Το ερευνητικό κομμάτι στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγια και στην ποιοτική ανάλυση των σχολίων των νοσηλευτών, το οποίο βασίζεται στο **Job Characteristics Model** (μοντέλο εργασιακών χαρακτηριστικών) (JCM) των Hackman και Oldham οι οποίοι επηρεάστηκαν από την δουλειά του Herzberg.

Συλέχθηκαν σαράντα (40) ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα τριάντα (30) ήταν στο Ηράκλειο Κρήτης και δέκα (10) της Αθήνας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν είτε μέσω προσωπικής συνέντευξης ή τηλεφωνικής. Στην κλίμακα 1-7 ελάχιστη ικανοποίηση θεωρείται το 1 και μέγιστη το 7.

Το αποτέλεσμα των ερωτήσεων συμπεραίνεται:

(MPS) motivating potential score =  $Q\#3Q\#2Q\#4 - Q\#1 \times Q\#5 = ?$

Αν το score (MPS) είναι: 200-343, είναι υψηλού δυναμικού κινήτρου

120-199, είναι μεσαίου δυναμικού κινήτρου

0-119, είναι χαμηλού δυναμικού κινήτρου.

(J.R.Hackman and G.R.Oldman, "The Job Diagnostic Survey: An Instrument for the Diagnosis of Jobs and the Evaluation of Job Redesign Projects", Technical Report No. 4 New Haven, Conn., Department of Administrative Sciences, Yale University, 1974), 2-3 of the Short Form.)

# Εισαγωγή

## Η ΦΥΓΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΙΑ

### ΓΙΑΤΙ ΠΑΡΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Λόγοι:

- ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ

1. Προσωπικές Αποφάσεις (π.χ αλλαγή επαγγέλματος)
2. Οικογενειακοί (π.χ υποχρεώσεις, ηλικία νεότερου παιδιού)
3. (συνήθως λόγω έλλειψης παροχών)
4. Ικανοποίηση του εργαζόμενου

- ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

1. Οικονομικοί λόγοι – Μισθός
2. Επαγγελματική σταδιοδρομία - Καριέρα
3. Δυνατότητες Επιμόρφωσης
4. Ποικιλία δεξιοτήτων
5. Αυτονομία
6. Σπουδαιότητα και ταυτότητα έργου
7. Συνθήκες Εργασίας (ασθενής ανά νοσ/τη, χώρος εργασίας- πληρεί εργασιακές προδιαγραφές)
8. Δυσαρέσκεια με την εργασία (συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό)
9. Ανατροφοδότηση
10. Σύνδρομο Burn Out (έλλειψη ανταμοιβής - σε επίπεδο υλικό αλλά και ηθικό, αίσθηση αδυναμίας - δεν ελπίζει, δεν μπορεί να αλλάξει κάτι προς το καλύτερο).

Προσωπικοί και περιβαλλοντικοί (σχετικοί με την εργασία) παράγοντες αλληλοεπηρεάζονται και συμβάλουν ταυτόχρονα στην απόφαση του νοσηλευτή της εγκατάλειψης του κλινικού επαγγέλματος από τα δημόσια νοσοκομεία.

Ο παράγοντας άνθρωπος ως μέλος μιας κοινωνίας χαρακτηρίζεται από διάφορους ρόλους όπως του γονέα, του συζύγου, του προστάτη αδερφού/ής ή κόρης/υιού ή και θρησκευτικούς ρόλους που τον προσδιορίζουν ως προσωπικότητα και οποιαδήποτε μεταβολή έστω και ενός από αυτούς τους ρόλους καθορίζουν τις αποφάσεις του στο επάγγελμα.

Όπως προαναφέρεται παραπάνω προσωπικές αποφάσεις όπως το «κυνήγι » ενός χαμένου ονείρου (το επάγγελμα δεν ήταν η πρώτη επιλογή στις προτιμήσεις του ), με αποτέλεσμα αλλαγή επαγγέλματος.

Ο οικογενειακός παράγοντας καθορίζεται από τα καθήκοντα του ατόμου ως προς τον αντίστοιχο ρόλο του. Αυξημένες υποχρεώσεις μιας μητέρας με παιδί νεαρής ηλικίας ή η υποχρέωση ως μέλος μιας οικογένειας ως προς ένα βαριά ασθενές μέλος της, θα συμβάλουν καταλυτικά στην αποχώρηση ή μη από την εργασία. Διότι ο νοσηλευτής προσδιορίζεται ως άτομο από τις εργασιακές του παραμέτρους. Δηλαδή στο τελευταίο παράδειγμα ο νοσηλευτής εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου ή μη διευκόλυνσής του να αναγκαστεί να πάρει ανάλογες αποφάσεις.



## BURN OUT SYNDROME

Σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης ή εργασιακής κατάθλιψης.

Σύνολο συμπτωμάτων λόγω καταστροφής των κίνητρων για εργασία.

(καθημερινή δυσφορία, ευερεθιστότητα, καταβολή δυνάμεων, αίσθημα «κενού», απογοήτευση

→ Παράδοση στο σύστημα → Πτώση αυτοεκτίμησης → κατάρρευση ψυχικών εφεδρειών στις καθημερινές δυσκολίες.

Ασθένεια της εποχής, το burnout δεν θεραπεύεται με τη βοήθεια του ειδικού.

Έχει να κάνει με το πώς ο καθένας στέκεται απέναντι στα γεγονότα της ζωής.

- Η θετική σκέψη και άποψη για τη ζωή,
- η συνεχής διεκδίκηση των στόχων και
- η μάχη για την εκπλήρωση των ονείρων είναι η θεραπεία του burnout.

Ευπαθή επαγγέλματα είναι:

- ιατροί επειδή λαμβάνουν αποφάσεις ζωής και θανάτου (κυρίως οι καρδιοχειρουργοί, νευροχειρουργοί, χειρουργοί),
- επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί)
- δημοσιογράφοι (λόγω των πιεσμένων ωραρίων)
- δημόσιοι υπάλληλοι (λόγω κοινωνικο-οικονομικο-πολιτικών καταστάσεων),
- εκπαιδευτικοί, αστυνομικοί, νομικοί, σωφρονιστικοί υπάλληλοι κ.α.

## ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ BURNOUT;

Η αλληλεπίδραση του ατόμου με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος.

Κυριότερα αίτια

1. έλλειψη ανταμοιβής (σε επίπεδο υλικό αλλά και ηθικό)
2. αίσθηση αδυναμίας (δεν ελπίζει, δεν μπορεί να αλλάξει κάτι προς το καλύτερο).

Μια περισσότερο ή λιγότερο θετική αντίδραση προσαρμογής, σε ένα συνεχές εργασιακό στρες

- δημιουργικού στρες (eustress)
- αντιπαραγωγικού στρες (distress) ή
- σύνδρομο burnout.

Επιδρούν

- η προσωπικότητα του εργαζομένου, τα κίνητρα και τα ενδιαφέροντα του.
- η οργανωτική δομή και η ιεραρχία
- το είδος της δραστηριότητας που ασκείται.

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

- Απουσία αίσθησης του «ανήκειν», συγκρουση αξιών
- Άτομα ιδιαίτερα σχολαστικά, σχεδόν ψυχαναγκαστικά, με ανάγκη να αποδεικνύουν στον εαυτό τους (και όχι μόνο) ότι είναι ικανά και καλοπροαίρετα,
- (πιστεύουν ότι κατ' αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να απολαμβάνουν την επιδοκιμασία, την εκτίμηση και την αγάπη των συνανθρώπων τους)
- άτομα με υψηλά επίπεδα συναίσθησης,

- πρόθυμα, αφοσιωμένα σε ανθρωπιστικά ιδεώδη,
- αγχώδη, εσωστρεφή,
- σε υπερβολικό βαθμό ενθουσιώδη με τάση ταύτισης προς τον πάσχοντα συνάνθρωπό τους.

#### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.

- Δυσκολία αναχώρησης από τη οικία για το χώρο εργασίας,
- Απώλεια θετικών συναισθημάτων προς τους “πελάτες”, κυνισμός, αλλαγές στο χρόνο επαφών με τους πελάτες,
- Αδυναμία συγκέντρωσης και ακρόασης,
- Ακαμψία σκέψης και αντίσταση στην αλλαγή,
- Αποφυγή συζητήσεων με συναδέλφους στην εργασία,
- Απομόνωση, απόσυρση και αρνητισμός,
- Αίσθηση αποτυχίας, κόπωσης και εξάντλησης,
- Οργή, μνησικακία, καχυποψία και παράνοια,
- Αίσθημα ενοχής, χαμηλή αυτοεκτίμηση,
- Συχνό κοίταγμα του ρολογιού,
- Μεγάλος αριθμός απουσιών από την εργασία,
- Συχνά συνάχεια, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές,
- Πιο εύκολη χρήση φάρμακων,
- Οικογενειακές συγκρούσεις, ανησυχία, αϋπνίες.

Ο αντίκτυπος αυτής της Φυγής:

#### Οικονομικές Συνέπειες

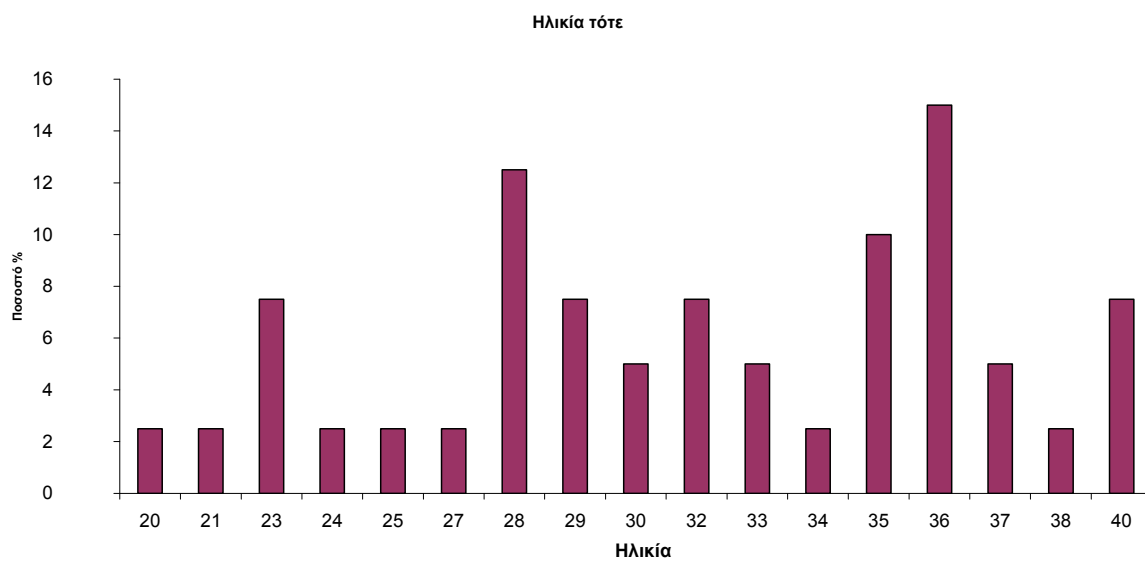
Μείωση του παραγωγικού έργου  
Αύξηση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών  
Αύξηση κόστων πρόσληψης και εκπαίδευσης νέου προσωπικού

#### Ανθρωποκοινωνικές Συνέπειες

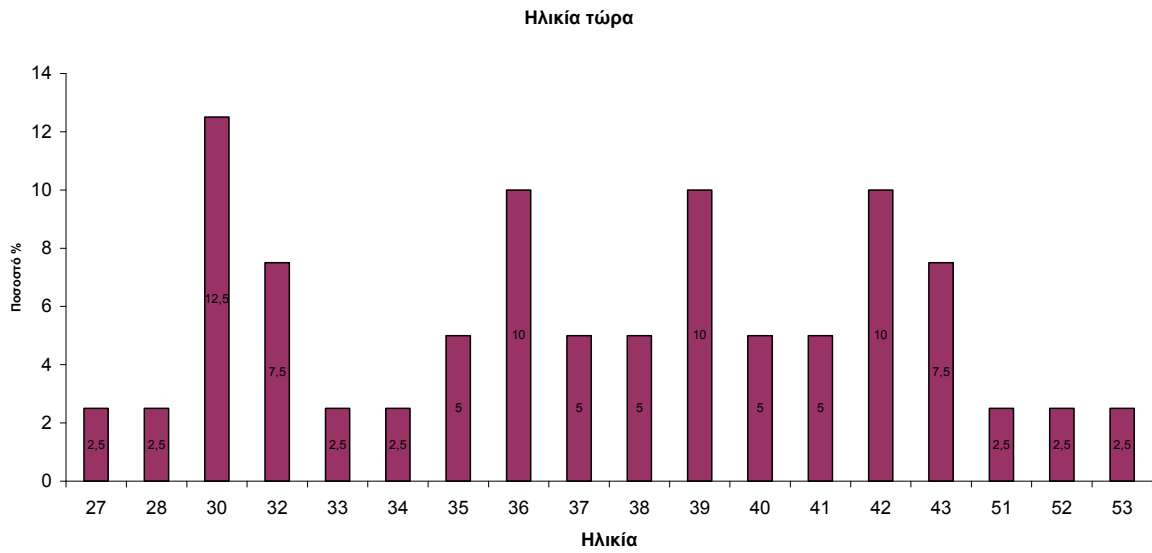
Μείωση ποιοτικών υπηρεσιών  
Μείωση ικανοποίησης των ασθενών  
Αύξηση ρίσκου σφαλμάτων  
Μείωση ικανοποίησης εναπομένοντος νοσηλευτικού προσωπικού  
Αύξηση κρουσμάτων του συνδρόμου Burn Out (εξάντλει)  
Αύξηση εργασιακών επιβαρύνσεων (ωράριο, σωματικές επιβαρύνσεις)

Ο αντίκτυπος της φυγής των νοσηλευτών είναι πολύπλευρος, διότι επηρεάζονται τόσο ο παράγοντας άνθρωπος, ως προσωπικότητα όπου αναγκάζεται να επαναπροσδιορίσει τις ικανότητές του στην αναζήτηση νέας θέσης εργασίας, κοινωνικό μέλος ενός ευρύτερου συνόλου, όσο ο κλάδος του επαγγέλματος ως προς την αξιοπιστία του, την παροχή υπηρεσιών και το κόστος της «επιχείρησης» στην οποία εργάζεται.

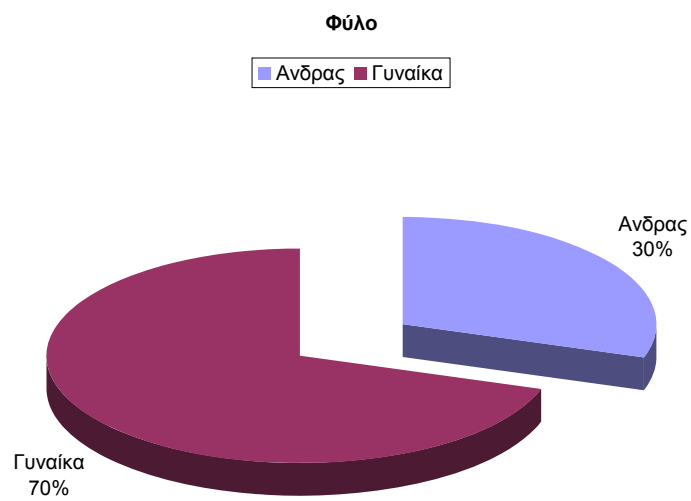
## Αποτελέσματα



Το 50% όταν παραιτήθηκαν από το δημόσιο νοσοκομείο είναι ηλικίας 20 έως 30 χρόνων.  
Ενώ το υπόλοιπο 50% είναι ηλικίας 31 έως 40 χρόνων

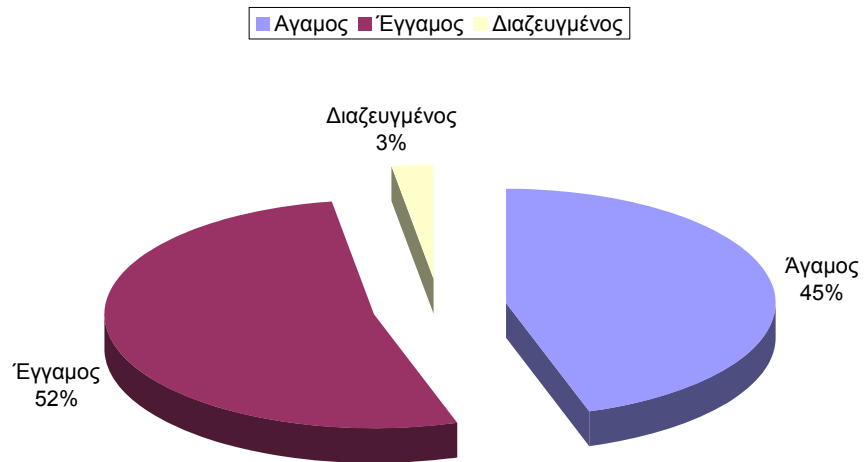


Τώρα το 50% των ατόμων που παραιτήθηκαν είναι ηλικίας 27-36 χρόνων  
 Ενώ το υπόλοιπο 50% είναι ηλικίας 37-53 χρόνων.



Σε ποσοστό 70% είναι γυναίκες.  
Ενώ άντρες το υπόλοιπο 30%.

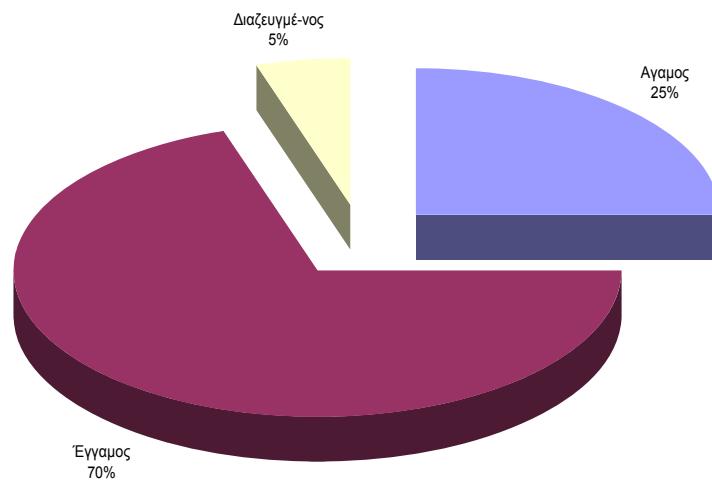
Οικογενειακή κατάσταση πριν



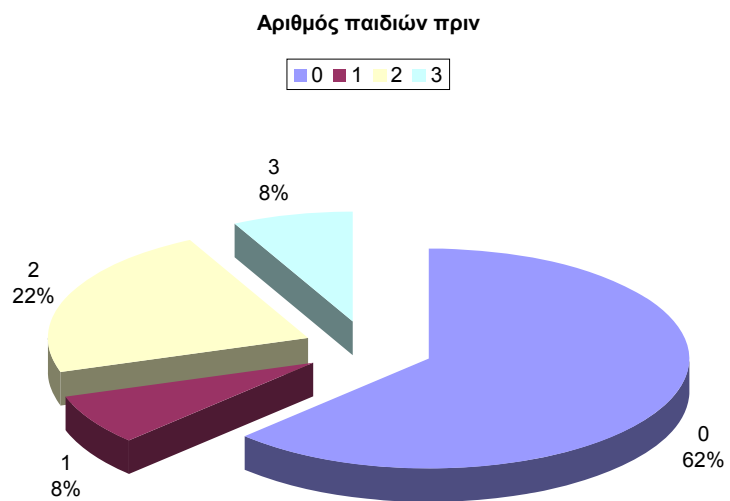
Ένα στους δύο όταν παραιτήθηκε ήταν έγγαμος.

Οικογενειακή κατάσταση μετά

■ Άγαμος ■ Έγγαμος ■ Διαζευγμένος



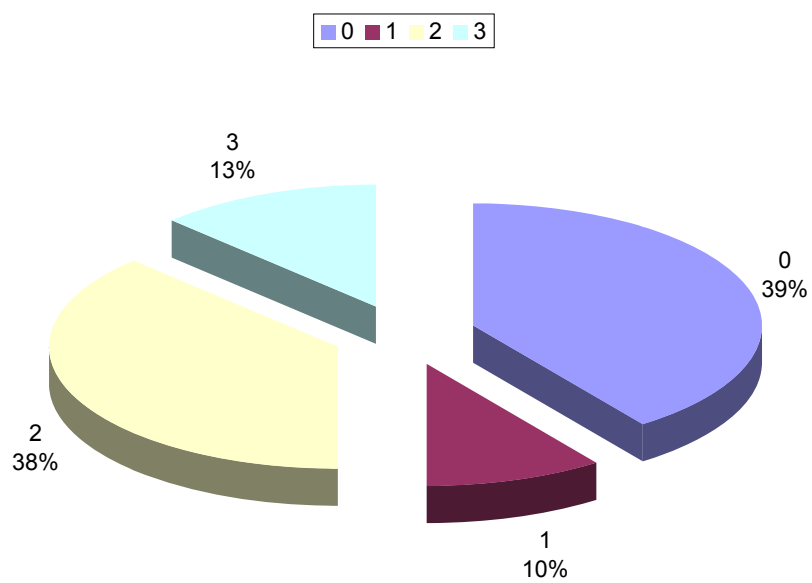
Το 70% όσων παραιτήθηκαν τώρα είναι έγγαμος.



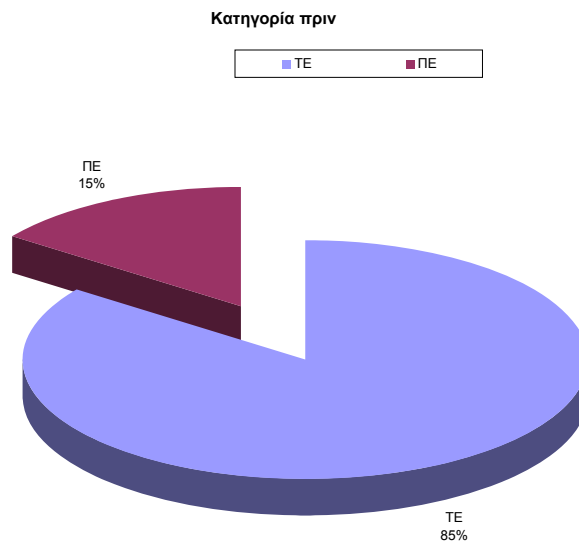
Πριν την παραίτηση παραπάνω από τούς μισούς 62% δεν είχε παιδιά.



Αριθμός παιδιών μετά

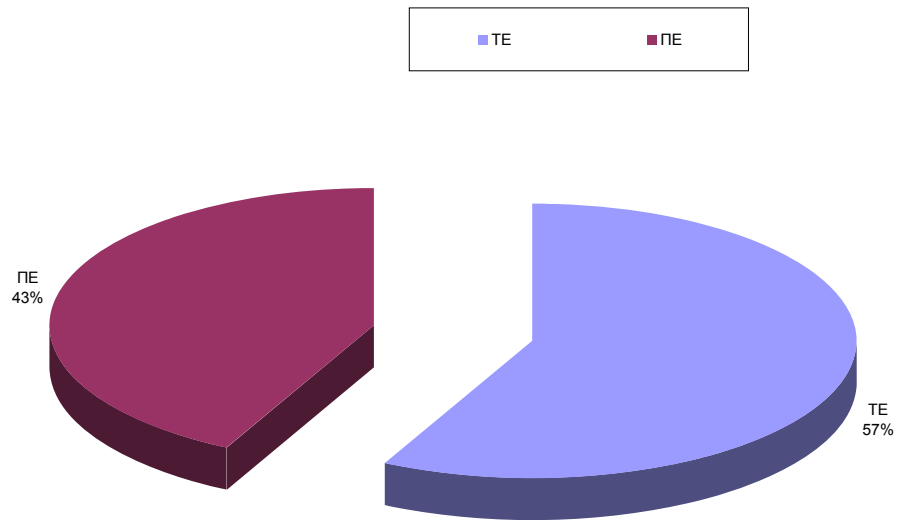


Μετά την παραίτηση 59% είχαν παιδιά.



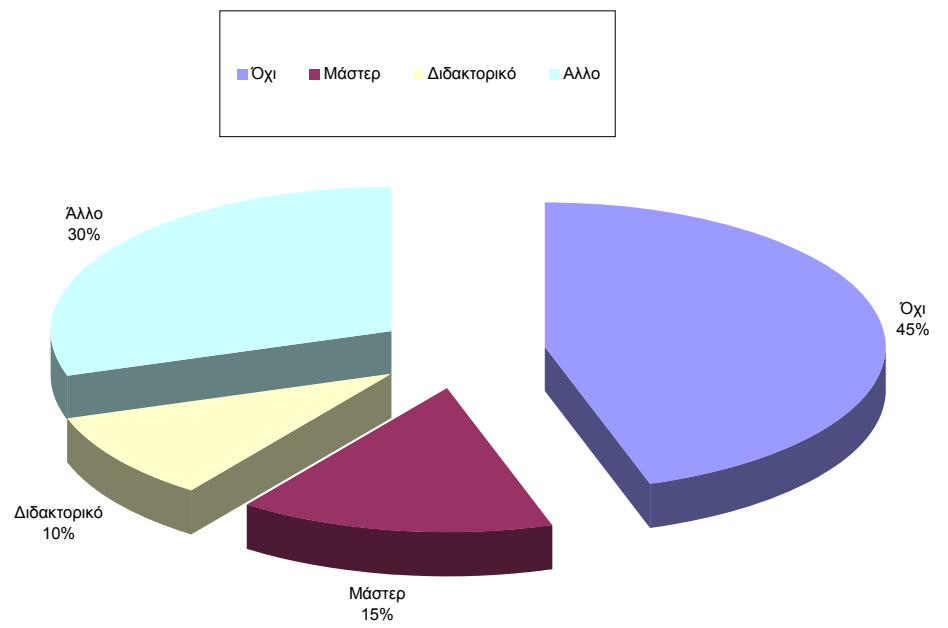
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης (TE)

Κατηγορία μετά

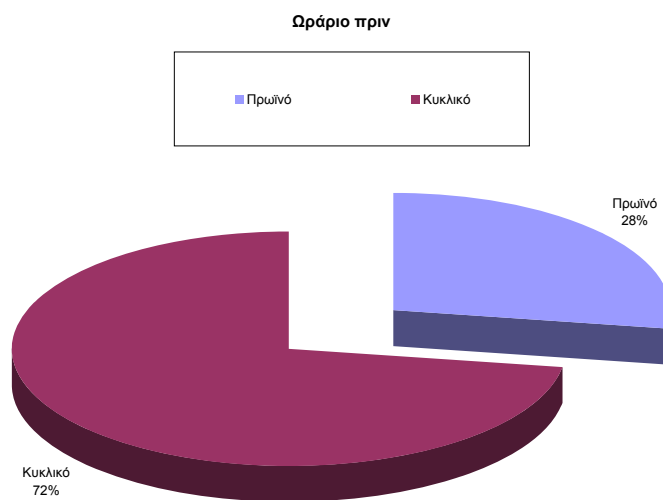


Ένας στους δύο μετά την παραίτηση ήταν πανεπιστημιακής πλέον εκπαίδευσης.

### Μεταπτυχιακές σπουδές

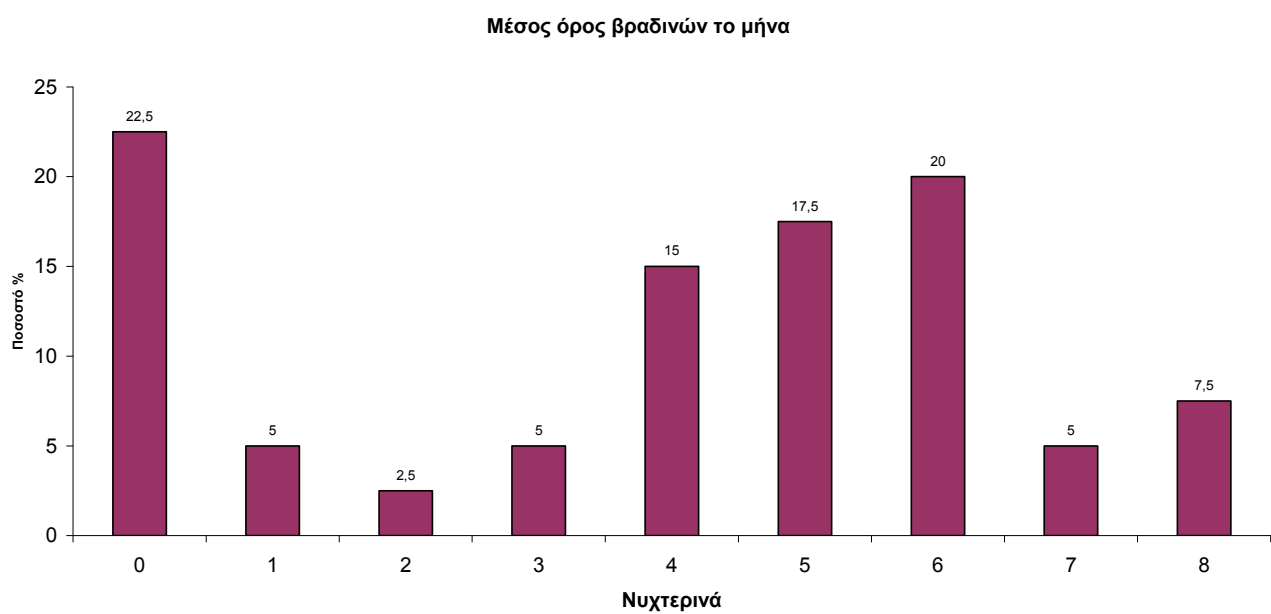


Το 45% δεν είχε κάνει περαιτέρω σπουδές όταν προσελήφθηκε.

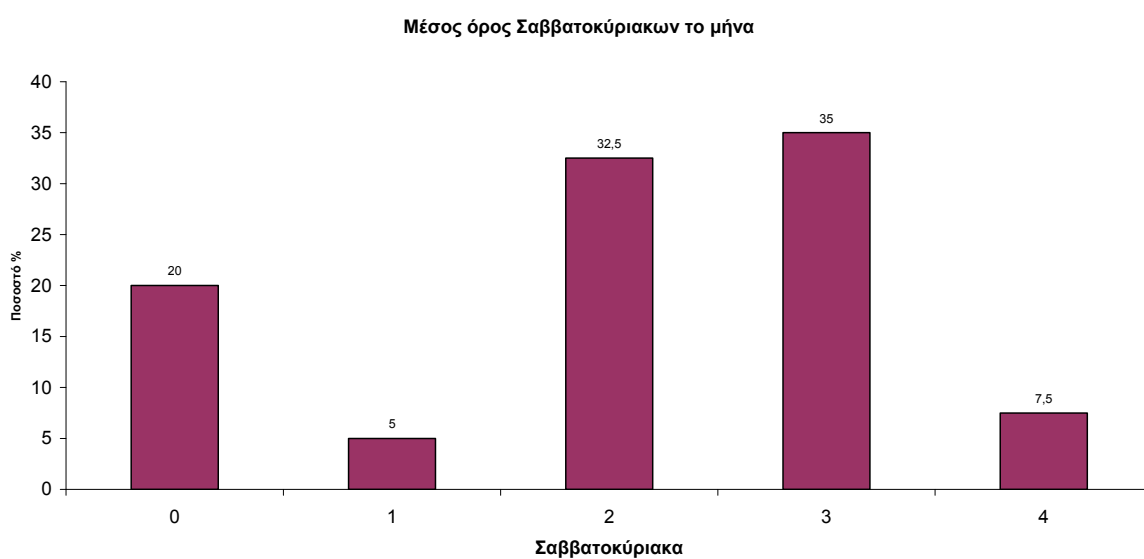


Η πλειοψηφία των εργαζομένων δούλεψε κυκλικό ωράριο.

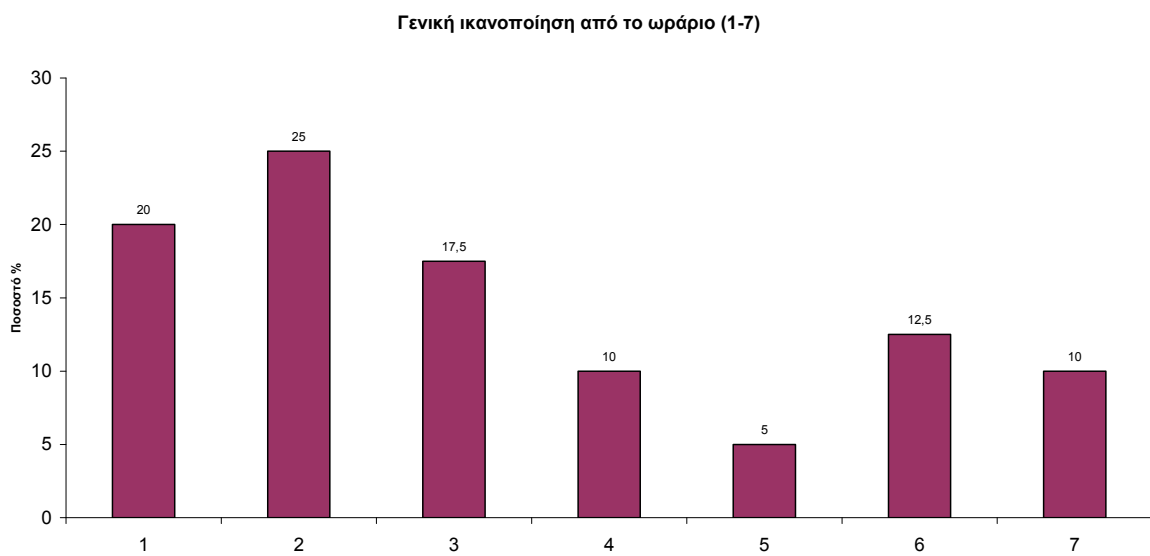
Βρέθηκε στατιστικά διαφορά ( $p < 0.02$ ) ως προς το συνολικό σκόρ (MPS) σε ερώτηση σχετικά με το κυκλικό ωράριο (κυκλικό mps = 52,9 πρωινό mps = 111,18).



Η πλοιηφία έκανε βραδινά στο νοσοκομείο.



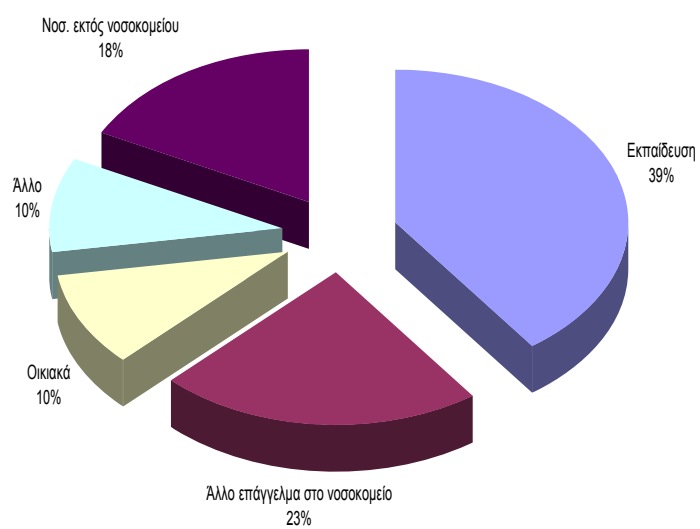
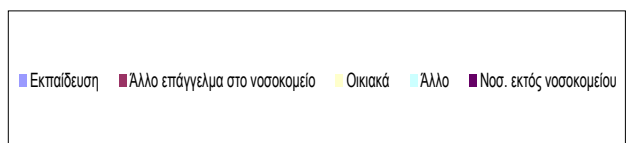
Οι τρεις στους τέσσερις έκαναν παραπάνω από ένα σαββατοκύριακο το μήνα.



Η γενική ικανοποίηση από το ωράριο είναι ελάχιστη.  
Με έναν στους τέσσερις να το θεωρεί απλά ανεκτό.

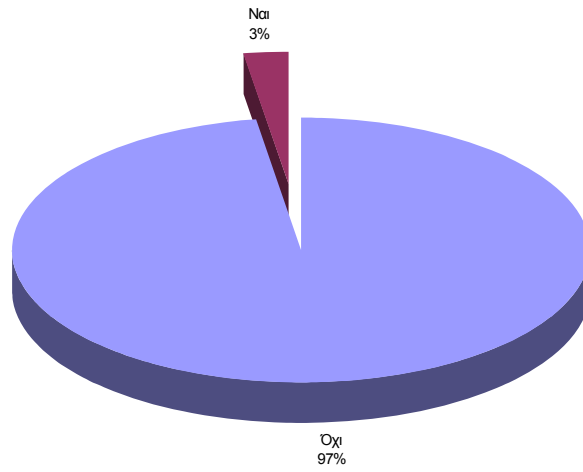


Θέση εργασίας τώρα



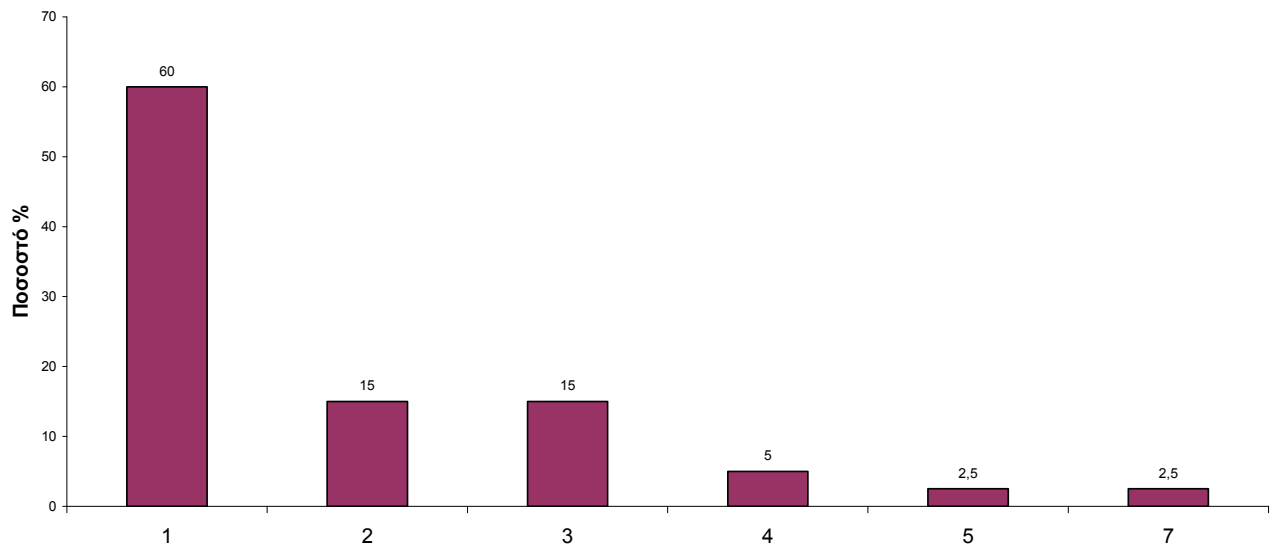
Το μεγαλύτερο ποσοστό των παραιτηθέντων είχε προβεί στην εκπαίδευση.

Πρόθεση επιστροφής στο νοσοκομείο

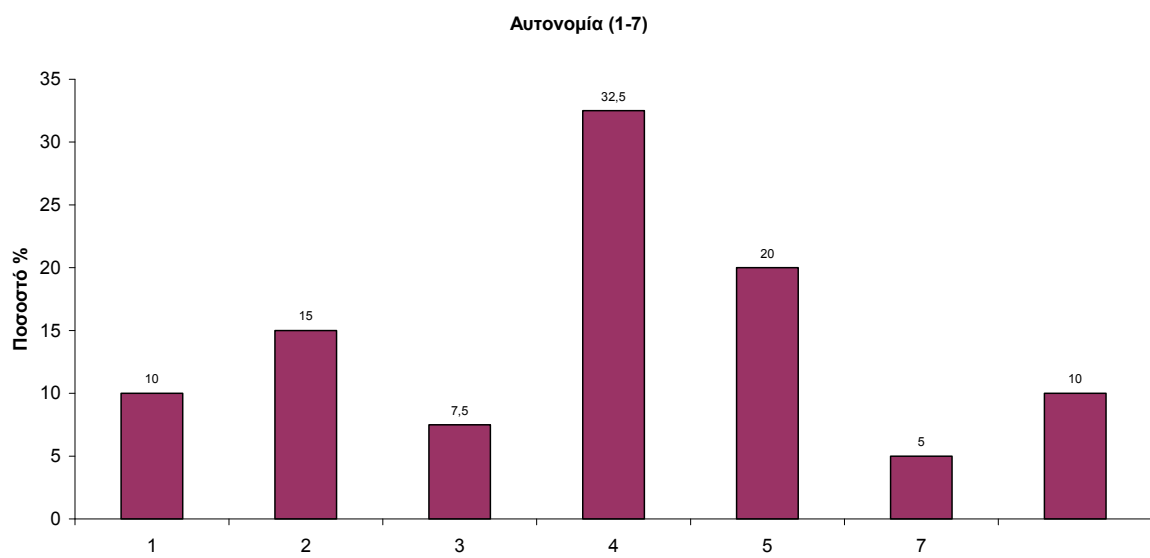


Το 97% δεν επιθυμεί να επιστρέψει

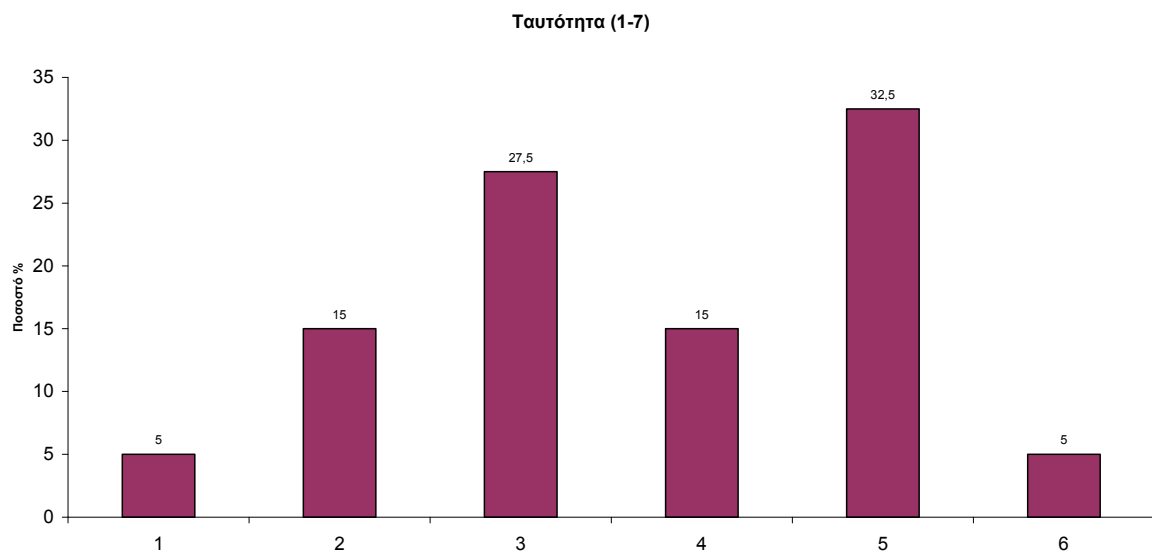
Σαφήνεια θέσης (1-7)



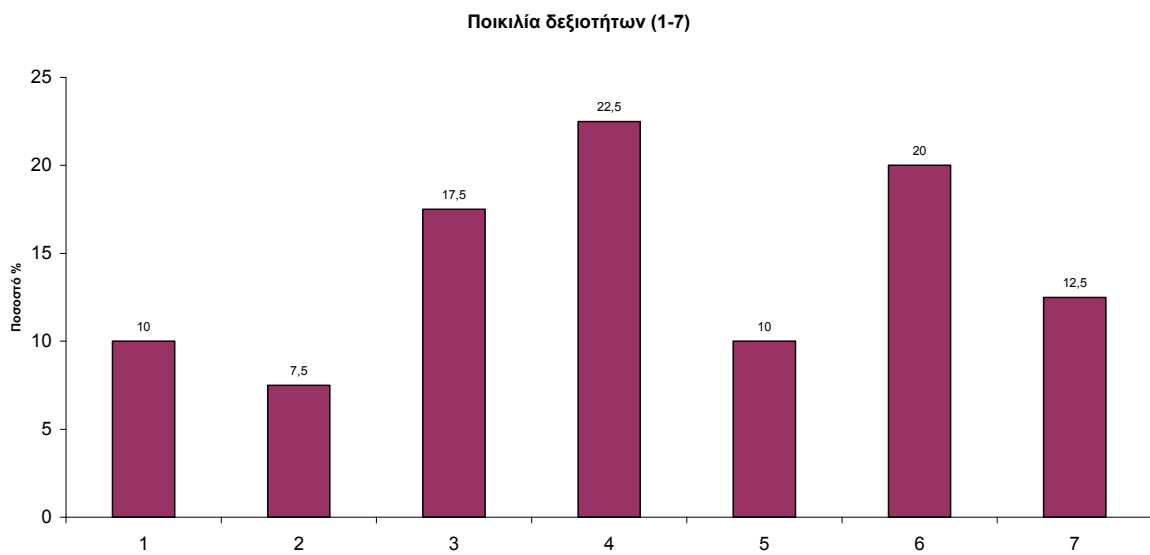
Ένας στους δύο δεν ήξερε τι θέση τον περιμένει στο νοσοκομείο.



Η αυτονομία εμφανίζεται ικανοποιητική.

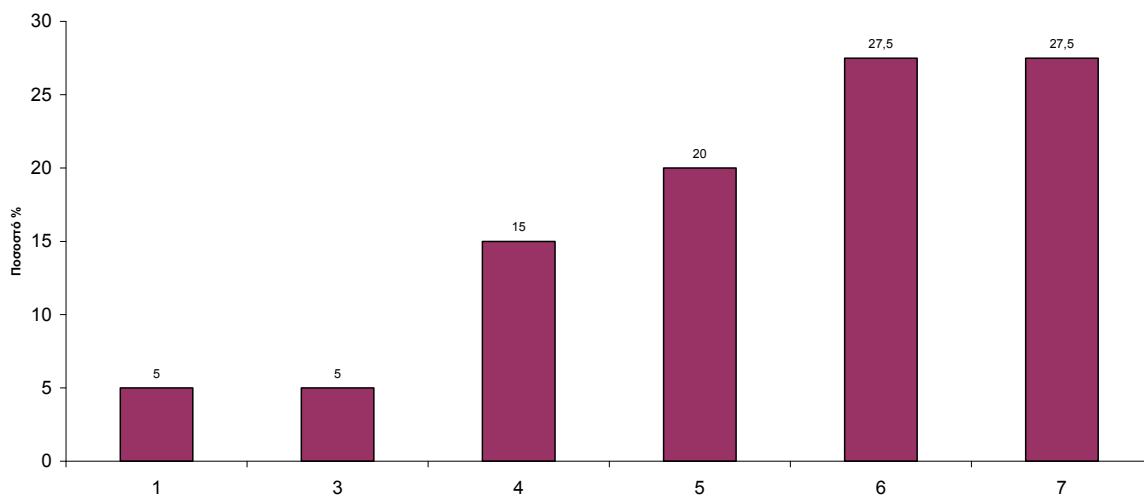


Η ταυτότητα εμφανίζεται μέτρια, όπου επικρατεί μία ισορροπία.

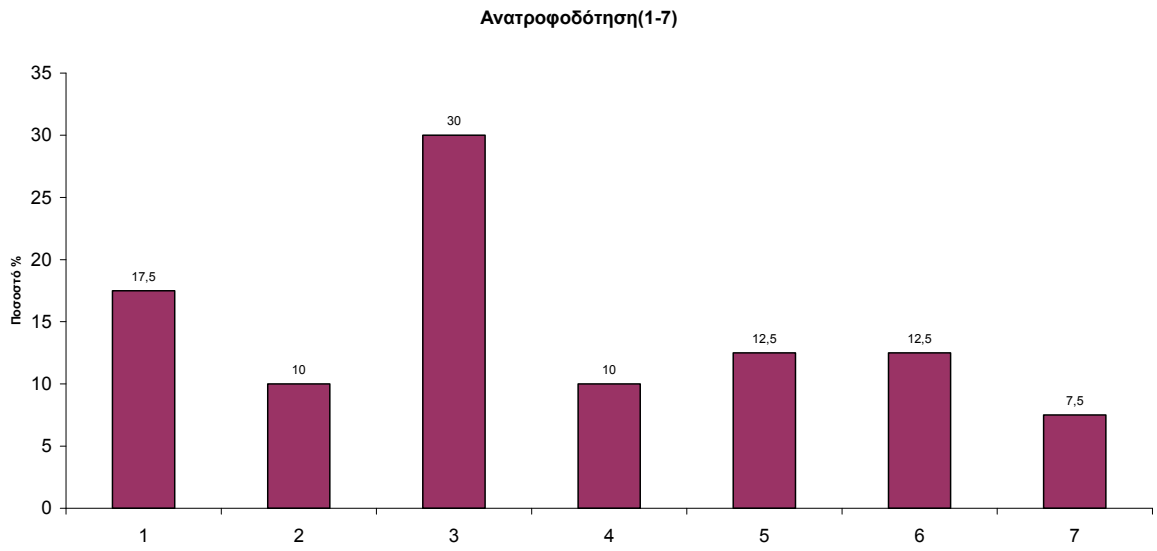


Αναγνωρίζεται από τους πρώην εργαζομένους ότι είναι επάγγελμα με πολλές δεξιότητες και στην πράξη.

Σημαντικότητα εργασίας (1-7)

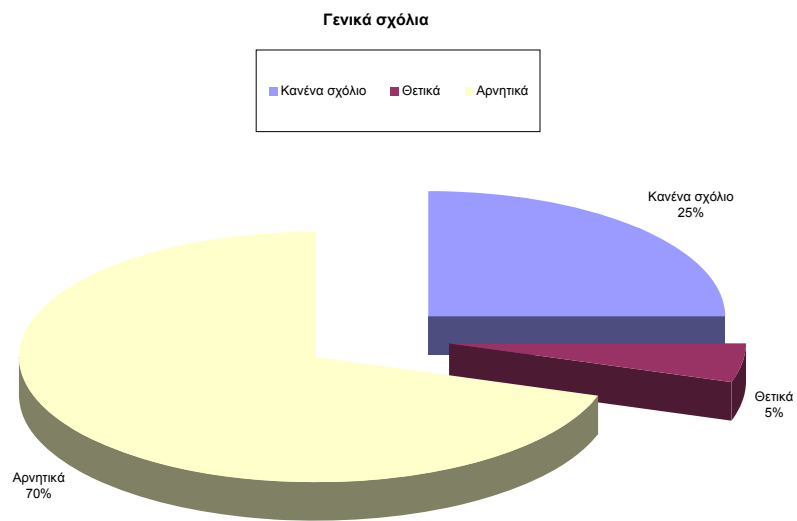


Συνολικά αναγνωρίζεται η σημαντικότητα της εργασίας.  
Αθροιστικά περισσότεροι από τους μισούς θεωρούν πολύ σημαντικό το έργο που είχαν να προσφέρουν ως νοσηλευτές.



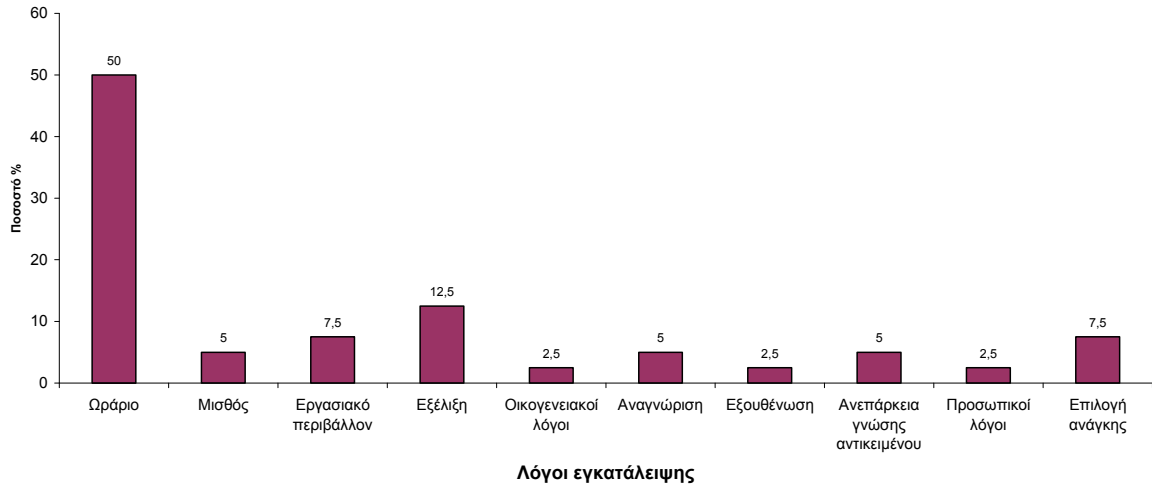
Η γνώση της αποτελεσματικότητας της εργασίας του, σε σταθερή βάση στα δημόσια νοσοκομεία είναι χαμηλή.





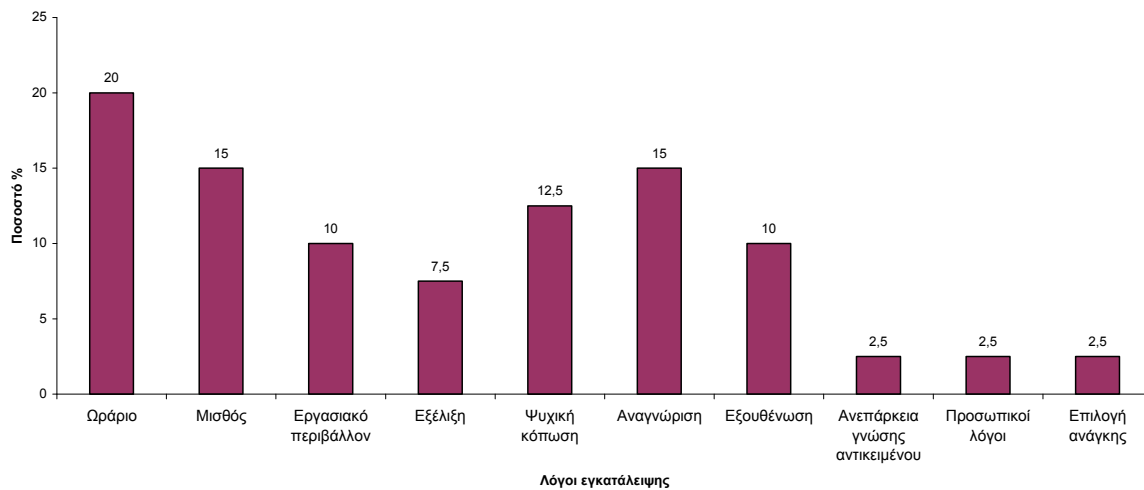
Το σύνολο των ερωτηθέντων έκανε αρνητικά σχόλια για την εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο.

### Α΄ Βασικός λόγος εγκατάλειψης



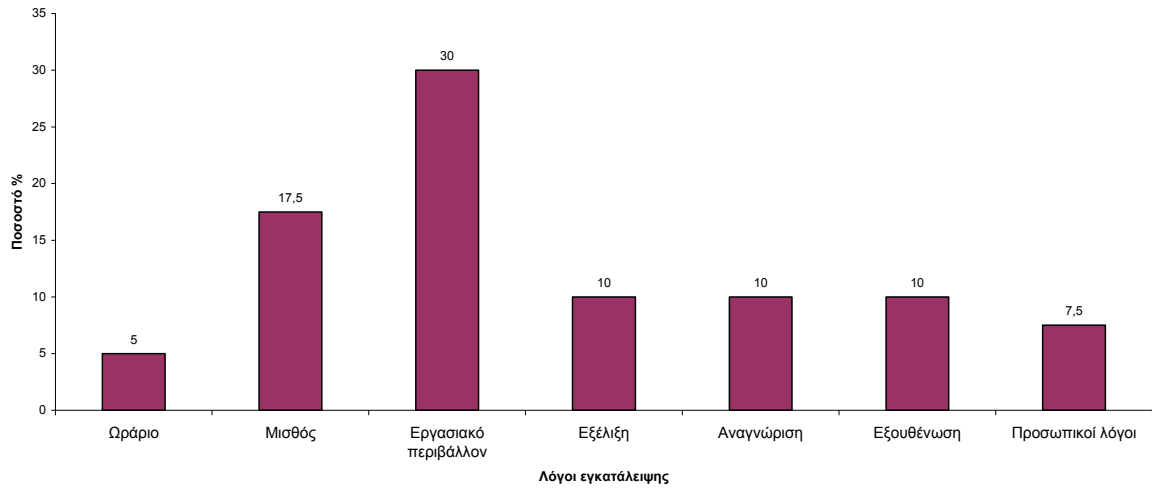
Πρωταρχικός λόγος παραίτησης εμφανίζεται το ωράριο.

### Β' Βασικός λόγος εγκατάλειψης



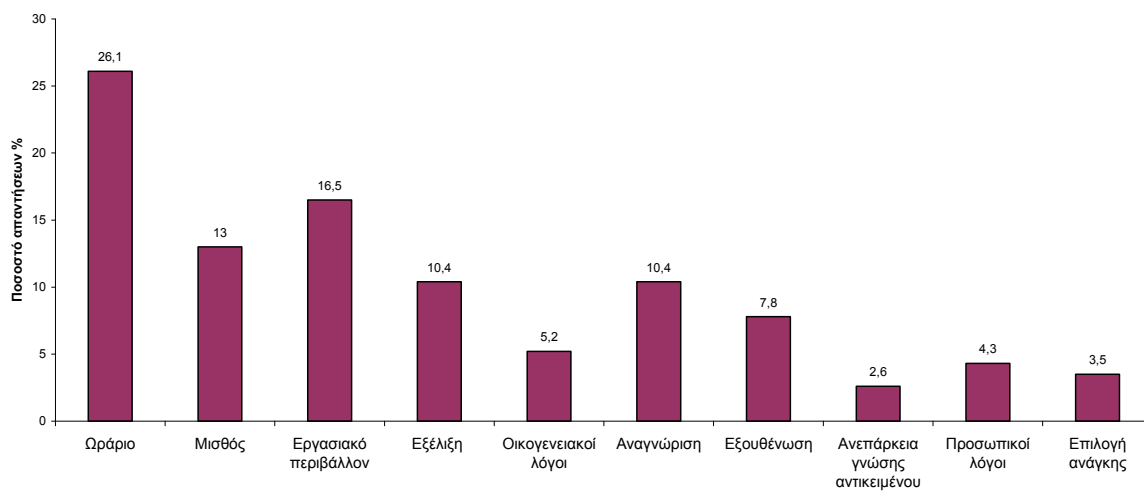
Ως δεύτερος λόγος παραίτησης απαντήθηκε πάλι στην πλειοψηφία του το ωράριο.

### Γ΄ Βασικός λόγος εγκατάλειψης



Ως τρίτος βασικότερος λόγος παραίτησης εμφανίζεται να είναι το ωράριο.

### Λόγοι εγκατάλειψης συνολικά



Με βασικότερο λόγο παραίτησης το ωράριο, ακολουθεί το εργασιακό περιβάλλον  
Με ισοψηφία ως προς την εξέλιξη και αναγνώριση.

## Ερώτηση 18

<Τι άλλα σχόλια σχετικά με το θέμα έχετε να κάνετε;>

Στην ερώτηση 18 του ερωτηματολογίου μας θέτουμε ως 0 όταν δεν υπάρχουν σχόλια, ως 1 όταν τα σχόλια είναι θετικά και ως 2 σε αρνητικά σχόλια έτσι διαπιστώνουμε ότι 11 από τους 40 ερωτηθέντες νοσηλευτές που εγκατέλειψαν το επάγγελμα τους δεν σχολίασαν καθόλου το θέμα, (ποσοστό 27,5%), 2 από τους 40 (ποσοστό 5%) έκαναν θετικά σχόλια και 27 από τους 40 ερωτηθέντες (ποσοστό 67,5%) απάντησαν στο ερώτημα με αρνητικά σχόλια. Το 5%, με τα θετικά σχόλια πρόσθεσε, «Πολλή μεγάλη σημασία έχει το πώς οι ίδιοι οι νοσηλευτές βλέπουν το ρόλο τους και πώς οι ίδιοι αναγνωρίζουν την εργασία τους». «Στη νοσηλευτική το μεγαλύτερο κίνητρο και η ηθική ικανοποίησή μας είναι η προσφορά μας στην υγεία του ανθρώπου πράγμα εντελώς ανιδιοτελές».

Η αλήθεια είναι ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ένα πολύ ενδιαφέρον επάγγελμα με μεγάλη προσφορά στην κοινωνία. Ένα επάγγελμα που πέφτει όμως από το βάθρο που του αξίζει λόγω της απομύζησης των δυνάμεων και των δυνατοτήτων του νοσηλευτή λόγω της κακής οργάνωσης των περισσότερων νοσοκομείων, της κακής κρατικής αντιμετώπισης των νοσηλευτών, αλλά και του ιατροκεντρικού συστήματος που επικρατεί όπως προκύπτει από τους 27 από τους 40 ερωτηθέντες (ποσοστό 67,5%) που απάντησαν στο ερώτημα με αρνητικά σχόλια... Μερικά από αυτά που ίσως τελικά καθόρισαν και το λόγο φυγής τους από το δημόσιο νοσοκομείο και συγκεκριμένα από το επάγγελμα του νοσηλευτή...

«Αν δεν αλλάξουν τα δεδομένα στο νοσοκομείο και δεν βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας ολόένα και περισσότερο προσωπικό θα φεύγει από τα νοσοκομεία».

«Η νοσηλευτική ήταν κλάδος που νόμιζα πως θα μπορούσα να παραμείνω σ' αυτόν μια ζωή, αλλά έπεσα έξω... Είναι ένας κλάδος που δίνεις χωρίς να παίρνεις... Θα ψάξω κάποια άλλη δουλειά...»

«Είναι μια πάρα πολύ σημαντική δουλειά με πτώση όμως του επιπέδου της λόγω έλλειψης προσωπικού».

«Είναι λυπηρό το φαινόμενο εν έτη 2007 να εξακολουθεί η νοσηλευτική να είναι ένα μη καταξιωμένο επάγγελμα, μη καλοπληρωμένο και κοινωνικά μη αναγνωρισμένο σε σχέση με την παροχή εργασίας που προσφέρει».

«Επικίνδυνο το περιβάλλον εργασίας TBC, χημειοθεραπείες, λοιμώδη κ.λ.π, κακή αντιμετώπιση της μητρότητας».

«Αν φτάσουμε τα ευρωπαϊκά πρότυπα θα μπορούσα να εργαστώ στο νοσοκομείο».

«Η ανυπαρξία αξιολόγησης, οι εξαντλητικές βάρδιες, η έλλειψη προσωπικού, τα μη διακριτά όρια μεταξύ της ευθύνης των επαγγελματιών υγείας και η αίσθηση ότι πολλές φορές δεν εργάζεσαι στον δημόσιο τομέα αλλά είσαι υπάλληλος του εκάστοτε ιατρού που για οικονομικούς λόγους υπηρετεί κατ' επιλογήν τους ασθενείς, με οδήγησαν στην απόφαση να εγκαταλείψω το επάγγελμα».

## Συμπεράσματα

Βρέθηκε ως βασικότερος λόγος εγκατάλειψης ήταν το ωράριο, έπειτα το εργασιακό περιβάλλον, ο μισθός, η εξέλιξη και η αναγνώριση, μετά η εξουθένωση, οι οικογενειακοί λόγοι, η επιλογή ανάγκης και τέλος η ανεπάρκεια γνώσης του αντικειμένου.

Η εργασία σε δημόσιο νοσοκομείο δίνει έντονη την αίσθηση της ανικανοποίησης στους εργαζόμενους της, με αποτέλεσμα να την εγκαταλείπουν.

Ο εργαζόμενος είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό γυναίκα η οποία είναι ταυτόχρονα σύζυγος και μητέρα. Οι κοινωνικοί αυτοί ρόλοι είναι παράγοντες που δυσχεραίνουν την γυναίκα ως εργαζόμενη κυρίως λόγω της ελλιπής συνεργασίας που αντιμετωπίζει στο τμήμα. Διότι το ωράριο αν και αρκετά εύλεκτο, σε μη δίκαιη κατανομή του εργασιακού δυναμικού στις βάρδιες, εύκολα δυσχεραίνει την καθημερινότητά της.

Εργαζόμενοι με υψηλές ικανότητες και πλήθος γνώσεων δεν αναγνωρίζονταν από την εργασία τους. Δεν μεταχειρίζονταν ανάλογα των προσόντων τους αφήνοντας το επάγγελμα μεγάλο κενό στην ικανοποίηση του εργαζομένου που οδηγούσε σε απογοήτευση, ως προς την εργασία του.

Η ανατροφοδότηση η οποία είναι η γνώση ή κατανόηση της αποτελεσματικότητας της εργασίας του, σε σταθερή βάση τροφοδοτείται κυρίως από τους ίδιους τους ασθενείς και συνοδούς τους, παρά έμπρακτα από τους ανώτερους του προσωπικού.

Οι εργαζόμενοι δεν <<αμείβονταν>> ικανοποιητικά τόσο ως προς την φύση του επαγγέλματος όσο και ηθικά, ως προς την αναγνώριση των προσόντων τους. Η αμοιβή δεν εστιάζεται μονάχα στο χρηματικό ποσό αλλά υπάρχουν και τα λεγόμενα <μπόνους- bonus> που μπορούν να είναι υλικά και ηθικά.

Τελικό αποτέλεσμα πρόθεση επιστροφής των παραιτούντων εργαζομένων ήταν αρνητική σχεδόν σε όλο το ποσοστό των ερωτηθέντων, το οποίο μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι αναμνήσεις είναι πολύ βαθιές και οι αλλαγές της διοίκησης στα δημόσια νοσοκομεία ανεπαρκείς.

## Προτάσεις

Βρέθηκε στατιστικά διαφορά ( $p < 0.02$ ) ως προς το συνολικό σκορ (MPS) σε ερώτηση σχετικά με το κυκλικό ωράριο (κυκλικό mps = 52,9 πρωινό mps = 111,18).

Αν το επάγγελμα εστιάζει περισσότερο στον εργαζόμενο και τις ανάγκες του θα καταφέρει να αυξήσει την ικανοποίηση του εργαζόμενου και κατ' επέκταση την απόδοσή του. Αποτέλεσμα της μέγιστης απόδοσης είναι τα μεγαλύτερα κέρδη στην επιχείρηση και προπάντων στην ικανοποίηση του ασθενούς.

Ο σωστός καταμερισμός του εργατικού δυναμικού γίνεται με ορθή και δίκαιη κατανομή του σε θέσεις ανάλογες των ικανοτήτων και ιδιοτήτων που έχει.

Για να επέλθει εργασιακή ικανοποίηση:

1. Η εργασία που καλείται να επιτελέσει ο εργαζόμενος πρέπει να είναι «πρόκληση» και όχι μια εργασία ρουτίνας και κοπιαστική.
2. Η αμοιβή του εργαζόμενου είναι αναγκαίο να είναι ανάλογη με την απόδοσή του ατόμου και να υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ απόδοσης και αμοιβής. Αμοιβή είναι οτιδήποτε είναι είδος παροχής προς τον εργαζόμενο (αμοιβή = φροντίδα).
3. Είναι απαραίτητο μετά από κάθε επιτυχημένη εργασία να του δίνεται θετική ενίσχυση, όπως είναι η λεκτική αναγνώριση, ο έπαινος και γενικά, όλες οι μη χρηματικές απολαβές.
4. Είναι απαραίτητο η ύπαρξη καλών συνθηκών στον εργασιακό χώρο, όσον αφορά το περιβάλλον και τη διαμόρφωση του χώρου (ακόμα και η θέση παρκαρίσματος).
5. Η σωστή εποπτεία είναι αυτή που βασίζεται στο ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους και στην προσφορά βοήθειας κατά την διάρκεια της εργασίας και η ύπαρξη είναι απαραίτητη.
6. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων στον εργασιακό χώρο, μεταξύ των συναδέλφων και των εποπτών και των εργαζόμενων.
7. Είναι απαραίτητη η πολιτική να είναι αποτελεσματική από την πλευρά της επιχείρησης που στόχο να έχει την βοήθεια των εργαζομένων στην εργασία τους.
8. Η εργασία είναι αναγκαίο να διασφαλίζει την εργασία και να καλλιεργεί στους εργαζόμενους το αίσθημα της ασφάλειας όσον αφορά το αίσθημα της διατήρησης της εργασίας.
9. Πρέπει να αισθάνονται το αίσθημα ότι οι χρηματικές αμοιβές μοιράζονται δίκαια.
10. Οι εργαζόμενοι είναι απαραίτητο να έχουν την δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων, και κυρίως σε τομείς που γνωρίζουν πολύ καλά.



11. Είναι αναγκαίο ο εργαζόμενος να έχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας και υπευθυνότητας.

12. Οι ρόλοι πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένοι, όσον αφορά στις προσδοκίες της επιχείρησης από τον εργαζόμενο.

Ο Goleman (2000) αναφέρει ότι πηγή ικανοποίησης μπορεί να είναι η ίδια η εργασία, καθώς, επίσης,

- η ικανοποίηση για το γεγονός ότι κάτι ολοκληρώνεται,
- οι φιλίες που αναπτύσσονται μεταξύ των συναδέλφων και
- η παροχή βοήθειας ή εκπαίδευσης άλλων στον εργασιακό χώρο.

## **Παράρτημα**

## **Βιβλιογραφία**

### **Ελληνική**

Σαχίνη, Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος α'.εκδόσεις Βήτα,Αθήνα 2002

Νοσηλευτικές Θεωρίες, M. McEwen, E.M.Wills, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2002Βασιλική

Ανδρ.Λανάρα, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών,ΙΑ'έκδοσηΑθήνα 2004

Ελένη Θ.Κυριακάδου, Κοινωνική Νοσηλευτική,εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 2004.

Edwin Manshfield,Επιχειρησιακή Οικονομία,τόμος α' ,εκδόσεις Μπένου,1990

George J.Borjas, Τα οικονομικά της εργασίας, εκδόσεις Κριτική, Αθήνα 2003

Μάνατζμεντ Patrick J. Montana και Bruce H. Charnov, σελ. 298

Η Ανθρώπινη Πλευρά του Μάνατζμεντ, Μάριος Μακρυγιωργάκης, σελ 178

Patrick J. Montana και Bruce H. Charnov «Μάνατζμεντ», Τρίτη Αμερικάνικη Έκδοση, Εκδοτικός Οίκος : Κλειδάριθμος, 2002

Θεμιστοκλή Κόντη, «Διοικητική Ψυχολογία», Εκδόσεις Σύγχρονη εποχή, 1994

Μάριος Μακρυγιωργάκης, Η Ανθρώπινη Πλευρά του Μάνατζμεντ, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001

Patrick J. Montana και Bruce H. Charnov, Μάνατζμεντ σελ. 297

Θεμιστοκλή Κόντη, Διοικητική Ψυχολογία εκδόσεις Αθ.Σταμούλης,2000

## Ξένη

Organizational Behavior, Basingstoke: Macmillan, (1991), σσ. 77-102.

Wright P.L. “Motivation and job satisfaction”, στο Molander C. (ed), Human Resource Management, Bromley: Chartwell-Bratt, (1989), σσ. 96-118.

Wright P.L. “Motivation in organizations”, στο Smith M. (ed), Analyzing Organizational Behavior, Basingstoke: Macmillan, (1991), σσ. 77-102.

Lawler E.E.), Motivation in Work Organizations, Montese, CA: Brooks/Cole, (1973)σ. 45

Tumulty G. Head nurse role redesign: Improving satisfaction and performance. Journal of nursing administration, 1992, 22:41–8.

Bass B, Avolio B. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks, California, Sage Publications, 1994.

Aber CS, Hawkins JW. Portrayal of nurses in advertisements in medical and nursing journals' image. Journal of nursing scholarship, 1992, 24:289–93.

Dahl M. Nurses: an image change still needed. International nursing review, 1992, 39:121–7.

Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The elements of nursing. London, Churchill Livingstone, 1990.

MacRobert M, Schmele JA, Henson R. An analysis of job morale factors of community health nurses who reported a low turnover rate. Journal of nursing administration, 1998, 23:22–8.

## Διαδυκτιακός τόπος

<http://nikpanag.tripod.com/index4.htm> ,25/05/2006

[www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingShortage](http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingShortage), 12/05/2006

[www.bls.gov/oco/ocos083](http://www.bls.gov/oco/ocos083), 02/05/2006

[www.nursingworld.org/](http://www.nursingworld.org/), 05/09/2009

[www.massnurses.org/safe\\_care/toolkit/story8](http://www.massnurses.org/safe_care/toolkit/story8) 06/10/2006

[www.nysna.org/departments/communications/publications/report/2005/feb/turnover](http://www.nysna.org/departments/communications/publications/report/2005/feb/turnover)  
15/11/2006

[www.chsrf.ca/funding\\_opportunities/ogc/2003/pallas\\_e.php](http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/ogc/2003/pallas_e.php), 23/11/0/2005

<http://nursing.earnmydegree.com/blog/> 23/09/2006

<http://www.nonprofithealthcare.org/documentView.asp?docID=635>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>, 06/09/2006

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/fprender.fcgi?tabindex=4>, 29/10/2009

<http://www.ga.unc.edu/NCCN/research/empsurv2004/turnover%20-%20statewide.pdf>  
3/12/2006

[http://www.chsrf.ca/funding\\_opportunities/ogc/2003/pallas\\_e.php](http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/ogc/2003/pallas_e.php), 07/12/2006

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0197457299000658>, 09/12/2006

<http://www.wha.org/workForce/pdf/aone-surveyrnvacancy.pdf> 12/12/2006

[www.medscape.com/viewarticle/406884\\_4](http://www.medscape.com/viewarticle/406884_4) 03/09/2006

[www.dailyutahchronicle.com/news/2004/02/11/News/Retention03/09/2006](http://www.dailyutahchronicle.com/news/2004/02/11/News/Retention03/09/2006)

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list\\_uids=17179644&query\\_hl=1&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=17179644&query_hl=1&itool=pubmed_docsum) 03/09/2006

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list\\_uids=16553697&query\\_hl=1&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=16553697&query_hl=1&itool=pubmed_docsum)05/09/2006

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list\\_uids=16581885&query\\_hl=1&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=16581885&query_hl=1&itool=pubmed_docsum)05/09/2006

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list\\_uids=16953125&query\\_hl=1&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=16953125&query_hl=1&itool=pubmed_docsum)06/09/2006

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list\\_uids=16449044&query\\_hl=1&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=16449044&query_hl=1&itool=pubmed_docsum)06/09/2006

<http://repositories.cdlib.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1051&context=iir>06/09/2006

<http://www.legis.state.ia.us/lsadocs/IssReview/1999/IR126C.PDF>25/09/2006

<http://www.aging.unc.edu/research/winastepup/reports/ShortTurnoverReport2003.pdf>25/09/2006

<http://ppn.sagepub.com/cgi/content/refs/7/3/169> 26/09/2006

<http://ppn.sagepub.com/cgi/content/refs/7/3/169> 26/09/2006

<http://www.extendedcarenews.com/article/6475> 26/09/2006

[http://www.bcf.nhs.uk/about\\_the\\_trust/race\\_equality/docs/workforce\\_monitoring.doc](http://www.bcf.nhs.uk/about_the_trust/race_equality/docs/workforce_monitoring.doc)

[www.versant.org/item.asp?id=63](http://www.versant.org/item.asp?id=63) 26/09/2006

[www.eric.ed.gov/sitemap/html\\_0900000b8034c3ad.html](http://www.eric.ed.gov/sitemap/html_0900000b8034c3ad.html) 26/09/2006

[www.mdhospitals.org/mha/Ideas\\_in\\_Action/September\\_2004/Washington%20County.htm](http://www.mdhospitals.org/mha/Ideas_in_Action/September_2004/Washington%20County.htm)26/09/2006

[www.nursingworld.org/ojin/topic14/tpc14\\_1.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic14/tpc14_1.htm) 26/09/2006

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Σας ευχαριστούμε που δεχθήκατε να συμπληρώσετε τις παρακάτω ερωτήσεις. Σας υπενθυμίζουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο και από τα αποτελέσματα** πρόκειται να βγουν πολύτιμα συμπεράσματα για το επάγγελμα και τον εργασιακό μας χώρο.

1. Ηλικία: Τότε..... έτη  
Τώρα .....έτη
2. Φύλο: άνδρας  γυναίκα
3. Οικογενειακή κατάσταση: Τότε Άγαμος  Έγγαμος  Διαζευγμένος  Χήρος   
Τώρα Άγαμος  Έγγαμος  Διαζευγμένος  Χήρος
4. Αριθμός παιδιών: Τότε .....παιδιά  
Τώρα .....παιδιά
5. Κατηγορία προσωπικού: Τότε ΔΕ  ΤΕ  Π Ε   
Τώρα ΔΕ  ΤΕ  Π Ε
6. Μεταπτυχιακά: Όχι ο Μάστερ  Διδακτορικό   
Άλλο.....
7. Θέση εργασίας πριν (νοσοκομείο, τμήμα, ιδιότητα):.....
8. Θέση εργασίας τώρα:
9. Ωράριο (το τελευταίο έτος): Ολόκληρο  Μειωμένο
10. Ωράριο (το τελευταίο έτος): Πρωινό  Απογευματινό  Βραδινό  Κυκλικό
11. Μέσος όρος βραδινών τον μήνα (το τελευταίο έτος): .....
12. Μέσος όρος Σαββατοκύριακων τον μήνα (το τελευταίο έτος): .....  
( Γενική ικανοποίηση από το ωράριο 1 2 3 4 5 6 7 )
13. Πόση αυτονομία είχατε στην εργασία σας; (Δηλαδή κατά πόσο σας επιτρεπόταν στον εργασιακό χώρο να παίρνατε μόνοι σας αποφάσεις ως προς τις παρεμβάσεις σας;)  
12 3 4 5 6 7

12. Κατά πόσο η εργασία σας αποτελούσε ολοκληρωμένη και αναγνωρίσιμη δουλειά; (Δηλαδή κατά πόσο η εργασία σας αποτελούσε ένα ολοκληρωμένο κομμάτι με εμφανή αρχή και τέλος; Ή ήταν ένα μικρό κομμάτι μιας συνολικής προσπάθειας που ολοκληρώνεται από άλλους ή μηχανήματα;) 1 2 3 4 5 6 7

13. Πόση ποικιλία υπήρχε στην δουλειά σας (Δηλαδή σε ποιο βαθμό η εργασίας παιτούσε να κάνετε διαφορετικά πράγματα χρησιμοποιώντας μια ποικιλία δεξιοτήτων και ικανοτήτων); 1 2 3 4 5 6 7

14. Γενικά πόσο σπουδαία ή σημαντική ήταν η δουλειά σας (Δηλαδή ότι το αποτέλεσμα των παρεμβάσεων σας επηρέαζε σημαντικά τη ζωή ή την ποιότητα της ζωής των άλλων ανθρώπων); 1 2 3 4 5 6 7

15. Κατά πόσο η εργασία σας αυτή καθ' αυτή σας προσέφερε πληροφορίες σχετικά με την απόδοσή σας (Δηλαδή ότι κατά την άσκηση της εργασίας σας είχατε στοιχεία και πληροφόρηση feedback, ανατροφοδότηση για την απόδοσή σας από την εργασία αυτή καθ' αυτή, τους συναδέλφους ή τους προϊσταμένους σας). 1 2 3 4 5 6 7

16. Πείτε μας τους τρεις βασικότερους λόγους που εγκαταλείψατε την εργασία σας

A)

B)

Γ)

17. Αν σας δινόταν η ευκαιρία να επιστρέψετε στην προηγούμενη θέση εργασίας σας στο νοσοκομείο θα το κάνατε; Όχι  Ναι



18. Τι άλλα σχόλια σχετικά με το θέμα έχετε να κάνετε:

19. Κατά πόσο σαφής ήταν η προκήρυξη της θέσης εργασίας σας ως προς το τμήμα, τα καθήκοντά σας, απαραίτητα προσόντα, δικαιώματά σας ως εργαζόμενος, ωράριο.

1 2 3 4 5 6 7

