



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ

«ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ



ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ»

Φοιτητές: Χαραλαμποπούλου Ελένη Μαρία

Δαραμούσκας Αναστάσιος Θεόδωρος

Δορλής Βασίλειος

Επιβλέπων καθηγητής: Νικόλαος Ρίκος

Job satisfaction survey in intensive care units

ABSTRACT

The purpose of this dissertation was to investigate the level of satisfaction of doctors and nurses in Intensive Care Units at Athena, Patras and Heraklion hospitals in a country facing serious financial problems.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iii
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.2 ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	3
ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	3
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	3
ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	4
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	4
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	7
2.1 ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Μ.Ε.Θ.)	7
2.1.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	10
2.1.2 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	12
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ	12
3.1.1 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	12
3.1.2 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	23
4.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	23
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	24
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	25
4.1.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	29
4.2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	31
4.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	38
5.1 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	38
5.2 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	41
5.3 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	46
6.1 ΣΚΟΠΟΣ	46
6.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	46
6.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	47
6.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ	48
6,5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ “JOB SATISFACTION SURVEY (JSS)”	50
6.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	53
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	53
Πίνακας 1	53
Πίνακας 2.	56
Πίνακας 3	59
Πίνακας 4.	62
Πίνακας 5.	64
Πίνακας 6.	66
Πίνακας 7.	68
Πίνακας 8.	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	71
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75
ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	84
1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	84
2. ΠΙΝΑΚΕΣ	88
Πίνακας 1	88
Πίνακας 2.	90

Πίνακας 3	92
Σχήμα 1.	93
Πίνακας 4.	94
Πίνακας 5.	95
Πίνακας 6.	95
Πίνακας 7.	96
Πίνακας 8.	97

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας και όλους όσους μας στήριξαν προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτή η πτυχιακή εργασία. Ευχαριστούμε επίσης την κυρία Ε. Ματάπα για την βοήθεια της και το προσωπικό όλων των νοσοκομείων που πήραν μέρος για την διεξαγωγή αυτής της έρευνας. Τέλος θα θέλαμε να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέποντα καθηγητή μας, κύριο Νίκο Ρίκο που ανέλαβε την επίβλεψη της πτυχιακής εργασίας και που ήταν καθ' όλη τη διάρκεια της δίπλα μας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ!!!

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης ολοένα και περισσότερο απαιτεί ειδικευμένο εργατικό δυναμικό κυρίως λόγω της ταχείας προόδου της ιατρικής τεχνολογίας, της ηθικής διάστασης της ιατρικής περίθαλψης και της ζήτησης για περισσότερο εξελιγμένες μεθόδους φροντίδας των ασθενών. Με σκοπό την κάλυψη των παραπάνω απαιτήσεων η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την προσέλκυση και τη διατήρηση άρτια καταρτισμένου προσωπικού (Mosadeghrad *et al.*, 2008; Mosadeghrad & De Moraes, 2009). Οι ανησυχίες σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία είναι εξίσου, αν όχι περισσότερο, ουσιώδεις στους κλάδους που βασίζονται στη γνώση, για παράδειγμα στον τομέα της υγείας, και ιδίως σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών, όπως τα νοσοκομεία, όπου η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο κυρίως μέσω της εκπαίδευσης και της συνεχούς επιμόρφωσης πραγματοποιείται σε βάθος χρόνου.

Η εργασιακή ικανοποίηση έχει μελετηθεί και έχει συζητηθεί ευρέως στο πλαίσιο πολλών επιστημονικών ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των Οικονομικών, της Νοσηλευτικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, των Ανθρώπινων Πόρων, καθώς και του Management (Zeytinoglu, 2007). Ο ορισμός της παραπάνω έννοιας ποικίλλει από άτομο σε άτομο και από μία χρονική περίοδο σε άλλη (Ma *et al.*, 2003).

Η ικανοποίηση από την εργασία είναι η στάση που οι άνθρωποι έχουν για τις θέσεις εργασίας τους και τους οργανισμούς όπου ασκούν το επάγγελμά τους. Σύμφωνα με τον Spector (1997) ως εργασιακή ικανοποίηση ορίζεται «ο βαθμός στον οποίο αρέσει ή όχι στα άτομα η θέση εργασίας τους». Ένας άλλος ευρύτατα αποδεκτός ορισμός της εργασιακής ικανοποίησης διατυπώθηκε από τον Locke (1983) ο οποίος την ορίζει ως «μια ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση που προκύπτει από την εκτίμηση της θέσης απασχόλησης ή την εργασιακή εμπειρία».

Η ικανοποίηση των εργαζομένων πηγάζει από τις αντιλήψεις του ατόμου ότι «η εργασία του πληροί ή επιτρέπει την ικανοποίηση των σημαντικών αξιών της θέσης απασχόλησης». Θεώρησε δηλαδή την εργασιακή ικανοποίηση ως την αξιολόγηση που κάνει ο εργαζόμενος για τις διάφορες διαστάσεις της εργασίας του και για το περιβάλλον της δουλειάς του (Locke, 1969). Οι Smith *et al.* (1975) όρισαν την εργασιακή ικανοποίηση ως τα συναισθήματα που ένας εργαζόμενος έχει για τη δουλειά του γενικότερα.

1.2 ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η μοναδική λειτουργία του νοσηλευτή είναι να βοηθάει τον άνθρωπο, υγιή ή ασθενή, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή την ανάρρωση (ή τον ειρηνικό θάνατο) τις οποίες θα εκτελούσε χωρίς βοήθεια εάν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση. Πρέπει δε ο νοσηλευτής να λειτουργεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να τον βοηθήσει να αποκτήσει την ανεξαρτησία του όσο πιο γρήγορα γίνεται. Ωστόσο κάθε χώρα έχει τον δικό της ορισμό που καθορίζουν με σαφήνεια τις δραστηριότητες που πρέπει να εκτελεί ο νοσηλευτής. (Lemone, Lillis, Taylor, 2010 p.35)

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η υγεία πλέον ως τρισδιάστατο σύστημα, που περιλαμβάνει την σωματική, την κοινωνική και την ψυχική ευεξία ως προϊόν καθίσταται ιδιαίτερα πολύπλοκο τόσο στο περιεχόμενο του όσο και στη περιγραφή του. Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται

μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. (Σληρού, 2010).

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ (1989) σύστημα υγείας είναι ένα θεσμικά οργανωμένο σύστημα για έναν δεδομένο πληθυσμό, του οποίου η χρηματοδότηση, η διοίκηση, η αποστολή και οι επιμέρους υπηρεσίες, καθορίζονται μέσω της νομοθεσίας και άλλων επίσημων κειμένων και διατάξεων. Το σύστημα διασφαλίζει υπηρεσίες οι οποίες αποσκοπούν στην βελτίωση της υγείας και παρέχονται στον πληθυσμό, σε συγκεκριμένους χώρους, όπως κατ' οίκων, σε ακαδημαϊκά ιδρύματα, εργασιακούς χώρους, δημόσιους χώρους, στην κοινότητα, σε νοσοκομεία και κλινικές. 12 Στόχος των συστημάτων, η παροχή υπηρεσιών υγείας αυξημένης ποιότητας με μειωμένο κόστος μέσω περιφερειακοποίησης των υπηρεσιών (Σκληρού,2010).

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η επαγγελματική ικανοποίηση και η παρακίνηση συντελούν από κοινού στην αύξηση των επιδόσεων των εργαζομένων και οι οργανισμοί υγείας μπορούν να προβούν σε πολλές ενέργειες για την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία, κατά κύριο λόγο με επίκεντρο την παροχή κινήτρων στο υφιστάμενο και μελλοντικό προσωπικό (Paleologou et al., 2006). Η εργασιακή ικανοποίηση αναφέρεται στη γενική στάση και συμπεριφορά που έχει ο εργαζόμενος για την εργασία του και πρέπει να θεωρηθεί, κυρίως, σαν το αποτέλεσμα της εμπειρίας που έχει το άτομο από αυτήν. Η στάση αυτή μπορεί να είναι θετική ή αρνητική (Ζαβλανός, 2002).

Σύμφωνα με τον Weiss (2002), μια μεγάλη μερίδα ερευνητών ισχυρίζεται ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση του ατόμου στην εργασία του, η οποία απορρέει από την υποχρεωτική σύγκριση των πραγματικών αποτελεσμάτων της με τα αναμενόμενα ή τα επιθυμητά. (Weiss, 2002).

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση. Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία.

«...Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη...» (Κουτράκος, Κατσίλης, 2013).

Επιπροσθέτως κρίση είναι: η διατάραξη της ομαλής πορείας μιας διαδικασίας, η κακή λειτουργία ή η έμπρακτη αμφισβήτηση καθιερωμένων δομών, αξιών, θεσμών κλπ. (Μπαμπινιώτης, 2005).

Επανερχόμενοι σε καθαρά οικονομικούς ορούς βλέπουμε ότι σύμφωνα με τον Sharpe στο βιβλίο του *a simplified Model For Portfolio Analysis Management*

Science: μια κρίση είναι μια χρονική περίοδος όπου υπάρχει μια μεγάλη πτωτική κίνηση στην αγορά (Σερετίδου, 2012).

Η Ελλάδα από τον Μάιο του 2010 τελεί υπό δημοσιονομικής επιτήρησης από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο εξαιτίας των υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων, του μεγάλου δημόσιου χρέους και τελικά της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές. Έτσι όπως εξελιχτήκαν τα γεγονότα παρατηρήθηκαν φαινόμενα δημοσιονομικού εκτροχιασμού, απορρύθμιση της πραγματικής οικονομίας και τελικά χρηματοδοτική εμπλοκή της κοινωνικής πολιτικής. Οι κρίσιμοι παράγοντες που αναδεικνύονται είναι η ύφεση και η ανεργία και διαμορφώνουν το κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο, που έχει δυσμενείς επιδράσεις στο επίπεδο της υγείας, του πληθυσμού και στο υγειονομικό σύστημα (Κυριόπουλος, Αθανασάκης, Πάβη ,2012).

Η οικονομική κρίση δημιουργεί προβλήματα στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί την βιωσιμότητα των ιδιωτικών εταιριών, επιβαρύνει τη λειτουργία των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης, επηρεάζει την αποτελεσματικότητα τους άλλα και την ποιότητα των υπηρεσιών τους καθώς και τους ίδιους τους ασθενείς που παραμελούν ή καθυστερούν την φροντίδα τους αναλογιζόμενοι τα επιπλέον κόστη (Stuckler , 2009).

Επιπλέον σύμφωνα με τον Stuckler (2009) η οικονομική ύφεση αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία. Η ισότητα στην υγεία είναι μια έννοια η οποία αντανακλά ίσες ευκαιρίες στην διανομή και στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας. Έχει βρεθεί ότι η υγειονομικές ανισότητες συνδέονται με κοινωνικούς δείκτες όπως κοινωνική τάξη, η ανεργία πράγμα που αποδεικνύει την σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης των πολιτών και της υγείας τους. Η ανεργία, η μερική απασχόληση, η

εισοδηματικές ισότητες, η επισφάλεια στην εργασία, η έλλειψη στέγης οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων που αποτελεί πηγή για διαφορές ψυχολογικές διαταραχές (στρες - κατάθλιψη).(Χαραλάμπους, Τσίτση, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Μ.Ε.Θ.)

Στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εξαντλούνται όλες οι θεραπευτικές δυνατότητες για την υποκατάσταση διαταραγμένων ή κατεσταλμένων ζωτικών λειτουργιών με σκοπό την επαναφορά των λειτουργιών αυτών ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή. Η ιδιαίτερη έμφαση στις ζωτικά απαραίτητες λειτουργίες (αναπνοή, κυκλοφορία, ομοιόσταση) είναι αναγκαία γιατί, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της βασικής πάθησης που μπορεί να είναι παθολογική, χειρουργική ή άλλης φύσης, οι επιπλοκές που εμφανίζουν οι ασθενείς βαδίζουν πάνω σε συγκεκριμένα πρότυπα και απαιτούν πολυδύναμη 24ωρη παρακολούθηση και αντιμετώπιση (Ζακυνθινός ,2015).

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούν για να για την είσοδο των ασθενών στη Μ.Ε.Θ. είναι:

1. Το μοντέλο προτεραιότητας.
2. Το μοντέλο διάγνωσης.
3. Το μοντέλο φυσιολογικών μεταβλητών.

Το μοντέλο προτεραιότητας ξεχωρίζει για αυτούς που θα ωφεληθούν περισσότερο στη Μ.Ε.Θ. έως αυτούς που δεν θα ωφεληθούν καθόλου από αυτή.

Το μοντέλο διάγνωσης σχετίζεται με τις κλινικές καταστάσεις ή νόσους για τον προσδιορισμό της καταλληλότητας εισόδου στη ΜΕΘ.

Το μοντέλο φυσιολογικών μεταβλητών βασίζεται σε αντικειμενικές παραμέτρους των οποίων οι τιμές έχουν προκαθοριστεί εν μέρει αυθαίρετα από συγκεκριμένα νοσοκομεία και μπορούν να τροποποιηθούν ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες (Ζακυνθινός,2015).

Η μονάδα εντατικής θεραπείας είναι ένα αυτόνομο, πολυδύναμο τμήμα στο χώρο του νοσοκομείου, το οποίο στελεχώνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και διαθέτει εξελιγμένη ιατρική τεχνολογία στοχεύοντας στην συντονισμένη φροντίδα και περίθαλψη των βαρέως πασχόντων ασθενών (Αδάμου και συν, 2011).

Εντατική θεραπεία σημαίνει εξάντληση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανασταλμένων ζωτικών λειτουργιών, με σκοπό την επαναφορά των λειτουργιών αυτών ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με την ζωή (Διαμαντοπουλος,1995).

Στην κρίσιμη φάση, η βασική πάθηση είναι δευτερεύουσας σημασίας και η νοσηλεία συγκεντρώνεται στις ζωτικά απαραίτητες στοιχειώδεις λειτουργίες (Γιαννουλης, 1999).

Επίσης υπάρχουν και οι ειδικές Μ.Ε.Θ. (ειδικές μονάδες) ανάλογα με τις επιμέρους ειδικεύσεις του νοσοκομείου, οι οποίες αφορούν:

- 1) οξείες καρδιολογικές καταστάσεις (μονάδες Στεφανιαίων),
- 2) βαριά εγκαύματα,
- 3) νευρολογικά νοσήματα,
- 4) λευχαιμίες, απλαστικές αναιμίες, κλπ.
- 5) μεταμοσχεύσεις,

6) αποσυμπίεση,

7) παιδιά,

8) νεογνά.

Επί προσθέτως, η μονάδα αυξημένης φροντίδας (Μ.Α.Φ.) είναι ένας κατάλληλα οργανωμένος χώρος όπου νοσηλεύονται οι ασθενείς που χρειάζονται αυξημένη επαγρύπνηση, χωρίς να απειλείται άμεσα η ζωή τους. Συνήθως, μεταφέρονται εκεί σε μετεγχειρητικό στάδιο ή πριν και μετά τη νοσηλεία τους στην Μ.Ε.Θ. αφού δε μπορούν να νοσηλευτούν σε κάποιο κλινικό τμήμα. Το εν λόγω τμήμα είναι παρακείμενο της Μ.Ε.Θ. και συναρτημένο σε αυτήν. Στην Μ.Α.Φ. , οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα στενής νοσηλευτικής παρακολούθησης, άμεσης αναζωογόνησης και μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής (Ασκητοπούλου, 1991).

2.1.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας είναι τμήματα, τα οποία:

- Σώζουν ζωές, που με τη συμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση αποδεδειγμένα θα ήταν καταδικασμένες,
- Παρέχουν άμεση και διαρκή περίθαλψη από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- Παρέχουν πολύπλευρη και πολυδύναμη νοσηλεία με σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς,
- Συγκεντρώνουν όλους τους προβληματικούς ασθενείς και διευκολύνουν το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου,
- Παρέχουν εξαιρετικές συνθήκες εκπαίδευσης για γιατρούς και νοσηλευτές,
- Κάνουν καθημερινή πράξη πολύπλοκες νοσηλευτικής και θεραπευτικές μεθόδους,
- Προωθούν την εφαρμοσμένη και ελεγχόμενη κλινική έρευνα και εκπαίδευση,
- Μεταφράζουν εργαστηριακά και πειραματικά ευρήματα σε άμεση θεραπευτική πράξη,
- Συγκεντρώνουν και συγχρόνως μπορούν να αποσβέσουν, λόγω συνεχούς και όχι ευκαιριακής χρήσης, ακριβό τεχνικό εξοπλισμό

(Θανόγλου , Παπαμανώλη, 2007).

2.1.2 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι περισσότερες από τις μονάδες αυτές παρουσιάζουν τα εξής μειονεκτήματα:

- προβλήματα ιατρικής αρμοδιότητας,
- πτώση της ποιότητας νοσηλείας των άλλων τμημάτων από την απουσία του ερεθίσματος που προσφέρει ο προβληματικός ασθενής,
- βαριές συνθήκες εργασίας του προσωπικού,
- τάση για «υπερθεραπεία» του ασθενούς,
- υποκατάσταση της έννοιας της επιβίωσης του ασθενούς με εκείνη της τεχνικά και φυσικά δυνατής,
- κίνδυνο διασποράς λοιμώξεων (ιδιαίτερα οι ΜΕΘ):
- υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας, γιατί οι μονάδες αυτές απαιτούν:
 - υπεύθυνη, συνεχή και κατ' αποκλειστικότητα ιατρική παρουσία,
 - ελάχιστη σχέση συνεχούς 24ωρης παρουσίας νοσηλευτών ανά κρεβάτι 1:1 έως 1:3,
 - εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νοσηλευτές και γιατρούς συστηματικό , συνεχές και υψηλού επιπέδου,
 - συνεχή παρουσία ή κάλυψη από παρασκευαστές και τεχνικούς,
 - πολλούς βοηθητικούς χώρους,
 - πολυδάπανο τεχνικό εξοπλισμό για προωθημένη διερεύνηση και αντιμετώπιση του προβληματικού ασθενούς (π.χ. αναπνευστική βοήθεια, αιμοδυναμικό monitoring, κλπ.) .

(Θανόγλου , Παπαμανώλη, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Οι εργασιακές σχέσεις μπορούν να οριστούν ως «κάθε πλευρά των επίσημων και ανεπίσημων σχέσεων ανάμεσα στους μισθωτούς, τους εργοδότες και τους εργασιακούς εκπροσώπους του κράτους» (Κατσανέβας, 2007).

3.1.1 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ο τομέας της υγείας απασχολεί έναν μεγάλο αριθμό ατόμων που ασχολούνται με την υγειονομική περίθαλψη. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), περισσότερο από το 60% των δαπανών υγείας διατίθεται για το ανθρώπινο δυναμικό. Οπότε ζητήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας είναι μείζονος σημασίας.

Ένα από αυτά τα ζητήματα είναι οι σχέσεις/συνεργασίες αλλά και οι εντάσεις που μπορούν να προκληθούν ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και πως μπορεί να επηρεάσει ολόκληρη την απόδοση μιας ομάδας. Απαραίτητη προϋπόθεση στην αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας είναι η ομαλή και ισότιμη συνεργασία στον κλινικό και εργασιακό χώρο.

Συνεργασία είναι η συνένωση των γνώσεων, ικανοτήτων και πείρας πολλών προσώπων προς ένα κοινό σκοπό, χωρίς την εξαφάνιση της πρωτοβουλίας των συνεργαζόμενων ατόμων. Η συνεργασία είναι μια μορφή διαλόγου, ευκαιρία υπηρεσίας, προσφοράς και διακονίας. Ενδυναμώνει τους αδύναμους σε σχέση με τους μη συνεργάσιμους δυνατούς. Στους επαγγελματίες υγείας παρατηρούμε πως μια

καλή συνεργασία και μια συλλογική δράση προς έναν κοινό σκοπό δίνει την δυνατότητα στους ίδιους να δημιουργήσουν ένα καλύτερο περιβάλλον εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου, είναι οι ίδιοι πιο ικανοποιημένοι από την εργασία τους καθώς και πιο αποδοτική.

Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ. σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κ.τ.λ.), αλλά και την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας (Μλατσάκη, 2014).

Για μια επιτυχημένη συνεργασία σύμφωνα με τον κ. Λεμονάκη θα πρέπει να ισχύουν κάποιες προϋποθέσεις όπως:

- Αυτογνωσία και σεμνότητα
- Σεβασμός του άλλου προσώπου και αναγνώριση των προσόντων του
- Καλή επικοινωνία, μέτρο και ιερότητα στο λόγο
- Ευγένεια
- Διάκριση
- Μετριοφροσύνη
- Ανωτερότητα

Ο καθένας που θα συνεργαστεί θα πρέπει να έχει στο νου του:

- Να αφήνω χώρο και χρόνο στους άλλους να εκφραστούν
- Να ακούω προσεκτικά, με ανοιχτό μυαλό και με ενδιαφέρον τους άλλους

- Να έχω γνήσιο ενδιαφέρον για τους ανθρώπους
- Να μπω στη διαδικασία να τους συναισθανθώ και να τους συμμεριστώ
- Να έχω υπομονή και επιμονή

(Μαλτσάκη, 2014).

Ωστόσο η συνεργασία στο χώρο του νοσοκομείου δεν είναι πάντοτε καλή. Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν σε κακή συνεργασία είναι κυρίως ο μεγάλος φόρτος εργασίας που μπορεί να δέχεται το τμήμα εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού και προσωπικές προστριβές και αντιπαραθέσεις. Όπως καταλαβαίνουμε αυτοί οι λόγοι συμβάλλουν στη κλιμάκωση μιας έντασης μεταξύ του προσωπικού η οποία οδηγεί σε κακή συνεννόηση και γενική αταξία του τμήματος. Ο μόνος και περισσότερο ζημιωμένος από μια τέτοια κατάσταση είναι ο ίδιος ο ασθενής μιας και αυτός βρίσκεται στη θέση του ανήμπορου, του ευάλωτου και ίσως του περισσότερο εκτεθειμένου σε οτιδήποτε μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας του. Κακή συνεργασία σημαίνει κακή νοσηλεία και κατά συνέπεια κακή κατάσταση υγείας του ασθενή και καθυστερημένη ανάρρωση, υπολειτουργία του τμήματος και υποβάθμιση του συστήματος υγείας (Μαλτσάκη, 2014).

Σύμφωνα με τους Sullivan και Decker (2005), η σύγκρουση (conflict) ορίζεται ως η συνέπεια των πραγματικών ή των αντιλαμβανόμενων διαφορών σε αμοιβαία αποκλειόμενους στόχους, αξίες, ιδέες, στάσεις, πεποιθήσεις, συναισθήματα ή ενέργειες.

Όπως αναφέρουν οι Marquis και Huston (1994), ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο εκδηλώνεται η σύγκρουση, οι συγκρούσεις διακρίνονται σε:

- Οριζόντιες : Συγκρούσεις μεταξύ ατόμων ή τμημάτων που έχουν παρόμοια εξουσία μέσα στον οργανισμό.
- Κατακόρυφες : Συγκρούσεις μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης.

Μια άλλη διάκριση των συγκρούσεων που κάνει ο Porter (1996), μπορεί να γίνει με βάση τα εμπλεκόμενα μέρη. Διακρίνονται οι :

- Ενδοπροσωπικές συγκρούσεις : Ψυχολογικές συγκρούσεις που εκδηλώνονται μέσα στο ίδιο το άτομο και αφορούν κίνητρα, επιλογές και πιστεύω.
- Διαπροσωπικές συγκρούσεις : Μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων.
- Ενδοομαδικές συγκρούσεις : Σχετίζονται με τη διάρθρωση των σχέσεων και την κατανομή των ρόλων μέσα στην ομάδα
- Διαομαδικές συγκρούσεις : Συνήθως αφορούν ζητήματα κατανομής πόρων και οριοθέτησης ης περιοχής ελέγχου της κάθε ομάδας.

Επιπλέον, ο Filley (1975) όρισε ακόμη δύο κατηγορίες συγκρούσεων, την ανταγωνιστική σύγκρουση (competitive conflict) και τη διασπαστική σύγκρουση (disruptive conflict). Στην πρώτη παρατηρείται η νίκη της μιας πλευράς και η ήττα της άλλης. Η διαδικασία με την οποία επιλύεται η σύγκρουση καθορίζεται από ένα σύνολο κανόνων. Οι στόχοι κάθε πλευράς είναι αμοιβαία ασύμβατοι, αλλά η έμφαση

δίνεται στη νίκη και όχι στην ήττα ή τη μείωση του αντιπάλου. Όταν μια πλευρά έχει σαφώς νικήσει, ο ανταγωνισμός τερματίζεται.

Με βάση τις συνέπειες των συγκρούσεων στον οργανισμό (θετικές ή αρνητικές), έχουμε τη λειτουργική (εποικοδομητική) και τη μη λειτουργική (καταστρεπτική) σύγκρουση. Ο πρώτος τύπος σύγκρουσης, δηλαδή ο λειτουργικός ή εποικοδομητικός, εξυπηρετεί το συμφέρον του οργανισμού και βελτιώνει την απόδοσή του. Αποτελεί μία εποικοδομητική διαφωνία μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων, μία υγιή διαδικασία, κατά την οποία παράγονται νέες ιδέες και ευνοείται η δημιουργικότητα αλλά και η διεργασία της μάθησης. Ο δεύτερος τύπος σύγκρουσης, δηλαδή ο μη λειτουργικός ή καταστρεπτικός, βάζει σε κίνδυνο το συμφέρον του οργανισμού και μειώνει την απόδοσή του, αφού δημιουργεί αρνητικό κλίμα και καταστρέφει τη συνοχή της ομάδας (Παπαδοπούλου, 2014).

Η σύγκρουση στους νοσηλευτές είναι αρκετά συχνό φαινόμενο. Φαίνεται ότι οδηγεί στο στρες, το φόβο, την αγωνία και την καταστροφή των επαγγελματικών σχέσεων. Οι συνθήκες αυτές ευνοούν την αύξηση των πιθανοτήτων για σύγκρουση. Ανάμεσα στους στρεσογόνους παράγοντες, συμπεριλαμβάνονται: η έλλειψη διοικητικής υποστήριξης, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η υποχρέωση για επίτευξη ολοένα αυξανόμενων προτύπων απόδοσης και η ταχεία προσαρμογή στις τεχνολογικές αλλαγές. Το στρες οδηγεί στη μείωση της παραγωγικότητας, εξαιτίας των λαθών, της ασθένειας και των τραυματισμών, με σημαντικά μεγάλο κόστος ετησίως. Οι αντιπαραθέσεις, οι διαμάχες και ο θυμός είναι εκδηλώσεις του στρες και της σύγκρουσης, που προκαλούνται από κακώς εκφρασμένες σχέσεις μεταξύ των ατόμων. Μερικοί επαγγελματίες βιώνουν περισσότερο στρες απ' ό,τι βιώνουν άλλοι.

Σε αυτούς συγκαταλέγονται κι επαγγελματίες που η εργασία τους έχει κυκλικό ωράριο (βάρδιες) ή εργάζονται σε επικίνδυνο, για την υγεία τους, περιβάλλον.

Οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό, βιώνουν πολύ έντονο εργασιακό στρες, λόγω της φύσης της εργασίας, της ιδιαιτερότητας του περιβάλλοντος, των συνθηκών (του κυκλικού ωραρίου, της υποστελέχωσης, του φόρτου εργασίας), αλλά και των περιορισμένων πόρων. Οι συγκρούσεις που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να προκύψουν μεταξύ:

- των νοσηλευτών και της διοίκησης του νοσοκομείου,
 - των νοσηλευτών και των ιατρών, λόγω της επικάλυψης των ρόλων και της αλλαγής των σχέσεων των ρόλων, αφού οι νοσηλευτές επιτυγχάνουν υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης (μεταπτυχιακά διπλώματα ειδίκευσης και διδακτορικούς τίτλους),
 - των νοσηλευτών και των ασθενών,
 - των νοσηλευτών και επαγγελματιών άλλων ειδικοτήτων (δηλαδή διεπιστημονική σύγκρουση),
 - των νοσηλευτών και του βοηθητικού προσωπικού και, τέλος,
 - των ίδιων των νοσηλευτών (δηλαδή ενδοεπιστημονική σύγκρουση)
- (Παπαδοπούλου, 2014).

Η σύγκρουση είναι ένα φαινόμενο πολύ συχνό και παρατηρείται ευρέως σε οργανισμούς, τόπους δουλειάς και κοινωνικές ομάδες ανθρώπων. Πολλοί ισχυρίζονται ότι μια σύγκρουση σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι ωφέλιμη και να αυξήσει τη δημιουργικότητα και την παραγωγή ιδεών. Τα είδη των

συγκρούσεων χωρίζονται ανάλογα με τα εμπλεκόμενα μέρη και τα αίτια οφείλονται σχεδόν πάντα σε προγενέστερες συνθήκες μεταξύ ατόμων ή ομάδων αλλά και σε πεποιθήσεις, αξίες, στόχους, ιδανικά και προσωπικότητες. Στην ομάδα τα μέλη πρέπει να λειτουργούν συλλογικά και να τους ενώνει ο σκοπός τους. Ο καθένας θα πρέπει να συμπληρώνει τον άλλο και να υπάρχει αλληλεγγύη. Όταν δεν υπάρχει λοιπόν αυτή η αλληλεγγύη και η συνοχή, τότε θα δημιουργηθούν συγκρούσεις και η ομάδα δεν θα έχει πια αποτέλεσμα. Υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, από τα οποία φαίνεται αν η ομάδα είναι επιτυχής ή όχι. Φυσικά σε αυτό παίζει σημαντικό ρόλο και ο ηγέτης, ο οποίος πρέπει να παρακινεί και να συμβουλεύει τους υπόλοιπους για την επίτευξη του στόχου (Ζαφειράκη, Μητράκη, 2013).

3.1.2 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

Οι συχνότερες αιτίες των συγκρούσεων που προκαλούνται μέσα στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι συνήθως αποτέλεσμα των διαφωνιών που προκύπτουν σχετικά με τους στόχους και τα αποτελέσματα της ακολουθούμενης θεραπείας. Τέτοιες συγκρούσεις μπορούν να συμβούν για πολλούς και διάφορους λόγους ένας από αυτούς είναι και οι συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών.

Ανάμεσα στους ασθενείς και τους συγγενείς τους, αλλά και στην πλειοψηφία του κόσμου, οι γνώσεις των οποίων σχετικά με το χώρο του νοσοκομείου και ειδικότερα των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι αρκετά περιορισμένες, επικρατεί μια γενική αντίληψη αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας τους, που τις περισσότερες φορές απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Οι περισσότερες και σοβαρότερες αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία των ασθενών λαμβάνονται όταν η κατάστασή τους είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και σε στιγμές όπου ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του. Η παράταση της διαδικασίας του θανάτου ή ακόμη και η παρεμπόδιση της επέλευσής του μπορεί να επιτείνουν το ψυχικό και το σωματικό άλγος του ασθενούς, να υπονομεύσουν την αξιοπρέπειά του και συνεπώς να επιβαρύνουν ποικιλοτρόπως την οικογένειά του. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να απευθυνθεί προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο επιφορτίζεται με την ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην πρόγνωση και στη θεραπεία του νοσηλευόμενου, και που πολύ συχνά αποτελούν την αιτία δημιουργίας στρεσογόνων καταστάσεων όταν τους ζητηθεί η συγκατάθεση για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η τέλεση τραχειοτομίας, που όταν ανακοινώνεται

στο συγγενή του ασθενούς, συνήθως έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονου άγχους και αναποφασιστικότητας για το αν θα πρέπει να πραγματοποιηθεί, ιδιαίτερα τη στιγμή που ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει μόνος του αυτή την απόφαση και ο συγγενής του καλείται να δώσει τη συγκατάθεσή του ή όχι (Κούρτη,2011).

Οι συγγενείς των ασθενών ζητούν συνεχή πληροφόρηση για κάθε είδους φροντίδα που παρέχεται στον οικείο τους αλλά και επεξηγήσεις για την ίδια την θεραπευτική αγωγή (Verhaeghe et al, 1996).

Η επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συγγενείς ενός ασθενούς, του οποίου η ζωή βρίσκεται σε κίνδυνο, προκαλεί έντονο στρες στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διατρέχουν τον κίνδυνο να δεθούν συναισθητικά τόσο με τον ίδιο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του (Cullen et al. 2003, Rochard et al. 2001).

Πολλές φορές η άγνοια των συγγενών του ασθενή επηρεάζει τον ιατρό και τον τρόπο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα του ασθενή καθώς οι πιέσεις που του ασκούνται είναι μεγάλες (π.χ. μηχανική υποστήριξη).

Σύμφωνα με τον Breen και τους συνεργατες του, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει συγκρούσεις με τους συγγενείς σε ποσοστό που φθάνει το 48% των περιπτώσεων, ενώ τα 2/3 των συγκεκριμένων συγκρούσεων αφορούσαν σε προτελευταία διλήμματα.

Όταν η θεραπεία δεν έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα στον ασθενή σε μια μη ιάσιμη νόσο το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή δύσκολα δέχεται μια τέτοια εξέλιξη με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διαφωνίες και συγκρούσεις αφού ο

καθένας θα ήθελε να εφαρμοστεί ότι είναι δυνατόν μέχρι και την τελευταία στιγμή ώστε να βοηθήσει το αγαπημένο του πρόσωπο.

Η ώρα της μεταφοράς του ασθενούς από τη ΜΕΘ σε κάποιο εξωτερικό τμήμα του νοσοκομείου αποτελεί τη συχνότερη αιτία διαπληκτισμών μεταξύ συγγενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Δεν είναι λίγες οι φορές εκείνες κατά τις οποίες, ενώ έχει αποφασιστεί ότι ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να μεταφερθεί εκτός Μονάδας για περαιτέρω παρακολούθηση, το οικογενειακό του περιβάλλον φέρει αντιρρήσεις, προβάλλοντας ως δικαιολογία το γεγονός ότι στη ΜΕΘ ο ασθενής θα έχει καλύτερη παρακολούθηση, λόγω μηχανικού εξοπλισμού, και καλύτερη νοσηλεία και φροντίδα, λόγω μικρότερης αναλογίας ασθενούς-νοσηλευτή συγκριτικά με τις υπόλοιπες κλινικές. Κάποιο τέτοιο φαινόμενο δημιουργεί stress στο προσωπικό, το οποίο, από τη μια πλευρά επιθυμεί να προσφέρει όσο το δυνατόν καλύτερη περίθαλψη στον ασθενή, από την άλλη όμως πρέπει να εξυπηρετήσει και άλλους ασθενείς που χρήζουν άμεσης μεταφοράς στη ΜΕΘ. Ακόμη, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις κατά τις οποίες οι συγγενείς των ασθενών επιδεικνύουν επιθετική συμπεριφορά, όταν πληροφορούνται ότι δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί κάτι περισσότερο για τον ασθενή, και παρά τις προσπάθειες που γίνονται, επιρρίπτουν ευθύνες στους ιατρούς και τους νοσηλευτές, αμφισβητώντας τις γνώσεις και τις ικανότητές τους.

Συγκρούσεις μεταξύ συγγενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού επίσης μπορούμε να έχουμε σε σχέση με το επίπεδο εμπειρίας του προσωπικού λόγω των ιατρών που βρίσκονται στη φάση εκπαίδευσης διότι μπορεί να μην έχουν την κατάλληλη κλινική εμπειρία αλλά παίρνουν μέρος στη συζήτηση για την νοσηλεία του ασθενή και τη λήψη μιας συνολικής τελικής απόφασης που είναι γενικά αποδεκτή.

Οι συγγενείς συχνά θεωρούν με κάποιο παράπονο ότι ο ιατρός δεν τους καταλαβαίνει, αμφιβάλουν για την προσήλωσή του στο σκοπό της ίασης και, τελικά, βιώνουν μοναξιά, καταπίεση ή εγκατάλειψη. Παρ' όλα αυτά, αρκετές φορές η εν λόγω σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική, όταν αποκαλύπτει διαφορές αξιών και προβλημάτων που δεν έχουν προηγουμένως συζητηθεί επαρκώς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη (Κουφάρης, 2010).

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση (European Commission, 2009).

Η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε ταχύτατα στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, με δραματικές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης (Birdsall, 2009).

Η αντίδραση των χωρών ανά τον κόσμο ήταν άμεση σ' ό,τι αφορά στη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης. Τα μέτρα αυτά, αν και διέφεραν από χώρα σε χώρα, ωστόσο είχαν έναν κοινό στόχο, τη βελτίωση της ρευστότητας, την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση έχει χαρακτηριστεί ως η σοβαρότερη των τελευταίων ετών. Οι επιπτώσεις της έχουν επηρεάσει μεγάλο μέρος του κόσμου ακόμα και οικονομίες που ήταν δυνατές. Το δημοσιονομικό χρέος της Ελλάδας έφτασε σε υψηλότερα επίπεδα, με αποτέλεσμα η χώρα να καταφύγει στην οικονομική υποστήριξη του ΔΝΤ.

Ως αποτέλεσμα αυτού, ακολούθησε η μεγάλη και απότομη αύξηση της ανεργίας σε συνδυασμό με τη συνεχή μείωση των μισθών και των συντάξεων όπου έφεραν αντιμέτωπο τον ελληνικό πληθυσμό με τη φτώχεια και την αδυναμία εξυπηρέτησης των βασικών του ανθρώπινων αναγκών. Η απώλεια εργασίας καθώς και η μείωση των ωραρίων, σε συνδυασμό με την εκμετάλλευση και τις αντίξοες συνθήκες εργασίας κατέστησαν την Ελλάδα στη χώρα με τους χειρότερους οικονομικούς δείκτες. Τα περισσότερα συστήματα υγείας και ιδίως τα ευρωπαϊκά, δεν έχουν επαρκή χρηματοδότηση και χαρακτηρίζονται από αναποτελεσματικότητα και περιττές δαπάνες.

Μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος δοκιμάζουν τα όρια της αντοχής τους προσπαθώντας να διαχειριστούν τους μειωμένους προϋπολογισμούς για την υγεία. Η υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου και η επιβάρυνση της δημόσιας υγείας και της ψυχικής υγείας ασκούν δυσμενή επιρροή στη ζωή των Ελλήνων. Οι δύσκολες

συνθήκες διαβίωσης καθιστούν τους ανθρώπους ευάλωτους τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Η επιδείνωση της υγείας των πολιτών σε συνδυασμό με την αύξηση των νοσημάτων λόγω της κρίσης καθιστούν ένα κράτος «άρρωστο». Η επίδραση της δεδομένης οικονομικής συγκυρίας στη ψυχολογία και στο ψυχισμό των ατόμων μπορεί να αποβεί αρνητική. Η χρήση απαγορευμένων ουσιών, το αλκοόλ, οι απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και ο καλπάζων ρυθμός αύξησης των ψυχολογικών και ψυχιατρικών νοσημάτων είναι μερικά από τα αντίκτυπα που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας, τον Αύγουστο συνολικά 24,642 εκατ. άνθρωποι ήταν άνεργοι και από αυτούς 18,326 εκατ. (11,5%) στον χώρο της Ευρωζώνης, ενώ σε σχέση με τον Ιούλιο ο αριθμός των ανέργων στην μεν ΕΕ φέρεται να μειώθηκε κατά 134.000 (10,1%) στη δε Ευρωζώνη κατά 137.000. Ενώ ο τιμάριθμος υποχώρησε στο 0,3% τον Σεπτέμβριο στο σύνολο της Ευρωζώνης.

Στην κορυφαία έρευνά του για την παγκόσμια οικονομία, World Economic Outlook, το ΔΝΤ προβλέπει διεθνείς ρυθμούς ανάπτυξης 3,3% στο 2014 και 3,8% για το 2015. Οι προβλέψεις είναι χαμηλότερες από τις εκτιμήσεις του Ιουλίου, όταν ο διεθνής οργανισμός περίμενε ανάπτυξη 0,1% υψηλότερη για το 2014 και 0,2% για το 2015. Το χαμηλότερο ποσοστό ανεργίας ανάμεσα σε όλες τις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μόλις 4,7%, εξακολουθεί να καταγράφει η Αυστρία, σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιοποιήθηκαν από τη Στατιστική Υπηρεσία, βάσει των

οποίων το μέσο ποσοστό ανεργίας στο χώρο της ΕΕ είναι στο 10,1% και στην Ευρωζώνη στο 11,5%. Την Αυστρία ακολουθεί η Γερμανία, η χώρα με τη δεύτερη μικρότερη ανεργία (4,9%), η Μάλτα στην τρίτη θέση (5,9%), ενώ τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας έχουν η Ελλάδα (27%), η Ισπανία (24,4%) και η Κροατία (16,5%).

Τέλος, η μεγαλύτερη αύξηση της ανεργίας μέσα σε ένα χρόνο καταγράφεται στην Κύπρο (από 15,6% σε 16,4%) και στην Ολλανδία (από 6,5% σε 7,2%). 40 Όπως συμπεραίνεται και από το σχήμα 1.4 που ακολουθεί και απεικονίζει το χρέος στην ευρωζώνη το 2014 και τις προβλέψεις για τα επίπεδα που θα κυμανθεί το 2015, η Κύπρος μαζί με την Ισπανία αποτελούν τις χώρες με το μεγαλύτερο χρέος, ενώ ακολουθούν η Πορτογαλία με τη Γαλλία. Σε χαμηλότερα επίπεδα κυμαίνονται η Ιταλία & η Ελλάδα, με τη Γερμανία να παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά χρέους
(Αριολα, Μπουνου ΕΤΟΣ)

Ελλάδα: είναι βιώσιμο το σύστημα υγείας και ποιοι οι στόχοι για τη διασφάλιση της βιωσιμότητάς του; Η απάντηση στο παραπάνω ερώτημα δεν είναι ούτε εύκολη ούτε αυτονόητη. Η χώρα μας, το 2009 βυθίστηκε στη σημαντικότερη οικονομική κρίση στην περίοδο της μεταπολίτευσης. Σε 4 μόλις χρόνια έχασε το 25% του ΑΕΠ της, η ανεργία εκτοξεύτηκε στο 27,3% για το έτος 2013, ο αριθμός των ανασφάλιστων ατόμων έφθασε τα 2 εκατομμύρια (Υπουργείο Εργασίας, 2014), ενώ το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, το 2012 υπερέβη το 34,5% του πληθυσμού (το υψηλότερο ποσοστό της τελευταίας δεκαετίας). Βέβαια, η κρίση δεν άφησε ανεπηρέαστο τον υγειονομικό τομέα, αφού κατά το χρονικό διάστημα 2009–2012 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δις € (23,7%).

Η αντίδραση του τομέα υγείας στην οικονομική κρίση, ωστόσο, παρουσιάζει δύο διαφορετικές όψεις. Από τη μια πλευρά περιλαμβάνει μέτρα που ελήφθησαν για την αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και την εισαγωγή διαρθρωτικών αλλαγών που εν πολλοίς ήταν αναγκαία και πολύ πριν από την οικονομική κρίση. Τέτοια μέτρα περιλαμβάνουν την εκλογίκευση των προμηθειών των νοσοκομείων, τον έλεγχο της συνταγογράφησης, την καλύτερη οργάνωση και το συντονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), την καταγραφή, την ανάλυση και τη μελέτη των οικονομικών μεγεθών της υγείας μέσω του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας. Από την άλλη πλευρά, όμως, ελήφθησαν μέτρα οριζόντιων περικοπών, τα οποία απέρρεαν κυρίως από τις υποχρεώσεις που ανέλαβε η χώρα μέσω των δανειακών συμβάσεων, τις οποίες υπέγραψε (Καιτελίδου, 2007).

Αξίζει να σημειωθεί, για παράδειγμα, ότι παρατηρείται αύξηση στην επίπτωση διαφόρων λοιμωδών νοσημάτων σύμφωνα με τα Δελτία Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕΕΛΠΝΟ (αύξηση στην επίπτωση της φυματίωσης κατά 37,5%, κατά το χρονικό διάστημα 2011–2013, αύξηση κατά 187,5% η ηπατίτιδα Α, ενώ η μηνιγγίτιδα (βακτηριακή, άσηπτη) και η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος αυξήθηκαν κατά 87% και 35%). Σημαντική αύξηση καταγράφηκε και όσον αφορά στα διαγνωσμένα περιστατικά λοίμωξης HIV, κυρίως μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών που αυξήθηκε περισσότερο από 11 φορές (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

Τέλος, αύξηση έχει καταγραφεί και όσον αφορά στους δείκτες θνησιμότητας, όπως για παράδειγμα στους θανάτους από λοιμώδη, από υπερτασική νόσο, καθώς και συγγενείς ανωμαλίες ενώ σημαντική αύξηση παρουσιάζουν και οι θάνατοι από επιπλοκές και συμβάματα κατά την ιατρική περίθαλψη κατά 58%.5 Όσον αφορά τώρα στην επίπτωση ασθενειών που σχετίζονται με συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και εν γένει με τον τρόπο ζωής, πιθανότατα αναμένεται αύξηση τα επόμενα έτη,

δεδομένου ότι η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων μεταξύ των χωρών μελών του ΟΟΣΑ (55,7% του πληθυσμού το 2010), ενώ και στην παιδική παχυσαρκία βρίσκεται ανάμεσα στις υψηλότερες θέσεις, με το ποσοστό των υπέρβαρων ή των παχύσαρκων παιδιών να ξεπερνά το 24% στα παιδιά, ηλικίας 11 ετών (41% για τα αγόρια και 24% για τα κορίτσια). Την ίδια στιγμή, η χώρα μας διατηρεί το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στην Ευρώπη (39,7% του πληθυσμού ηλικίας 15+ είναι καθημερινοί καπνιστές) και ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά όσον αφορά στο ποσοστό του πληθυσμού που ασκείται (OECD Health Database, 2014; Καιτελίδου, 2007).

4.1.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Για πρώτη φορά η Ελλάδα βρίσκεται στη δίνη μιας διεθνούς οικονομικής κρίσης. Διανύουμε μια δύσκολη εποχή. Η διεθνής κοινότητα αντιμετωπίζει σήμερα την πιο μεγάλη οικονομική σήμερα της μεταπολεμικής περιόδου. Ο πληθωρισμός της ευρωζώνης υπερδιπλασιάστηκε. Η ακρίβεια εξελίχθηκε σε μείζον κοινωνικό πρόβλημα για όλες τις χώρες. Η ανεργία απειλεί σοβαρά τις κοινωνίες. Οι ρυθμοί ανάπτυξης της Ε.Ε. έπεσαν στο μισό.

Η χρηματοοικονομική κρίση έφτασε στην καρδιά της Ευρώπης και χρηματοοικονομικοί οργανισμοί κλονίζονται. Κάποιοι έχασαν κάθε επαφή με τη διεθνή πραγματικότητα και ισχυρίζονται ότι για όλα φταίει η Ελληνική Κυβέρνηση. Η οικονομία δεν αποτελεί μεμονωμένη υπόθεση. Είναι συνδεδεμένη με την πολιτική, με την ανθρώπινη φύση και με το τι θεωρείται ορθή συμπεριφορά. Σήμερα, η

τρέχουσα οικονομική κρίση ξεπερνά τα διαθέσιμα μέσα και δύσκολα μπορεί να υπάρξει λύση από τις αγορές και από το κράτος ξεχωριστά (Κουφάρης, 2010).

Τα πραγματικά όμως προβλήματα της κρίσης τα οποία επεκτάθηκαν και στο σύνολο των πολιτών, είναι η άνοδος των επιτοκίων, η δύσκολη λήψη δανείων, η άνοδος των τιμών των εμπορευμάτων και των καυσίμων που επέφεραν ακρίβεια και τη μείωση της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών. Δημιουργήθηκε πτώση των καταναλωτικών δαπανών, άρα και πτώση των κύκλων των εργασιών. Η ελληνική οικονομία, πρώτη φορά μετά από δεκαέξι χρόνια, βρίσκεται παγιδευμένη ανάμεσα στην οικονομική ύφεση και τη δημοσιονομική κατάρρευση (Κουφάρης, 2010)

Έτσι όπως εξελίχθηκαν τα γεγονότα παρατηρήθηκαν φαινόμενα δημοσιονομικού εκτροχιασμού, απορρύθμιση της πραγματικής οικονομίας και τελικά χρηματοδοτικής εμπλοκής της κοινωνικής πολιτικής. Οι κρίσιμοι παράγοντες που αναδεικνύονται είναι η ύφεση και η ανεργία και διαμορφώνουν το κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο, που έχει δυσμενείς επιδράσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στο υγειονομικό σύστημα (Κυριόπουλος, 2012).

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα προϋπήρχε και επιδεινώνεται ποσοτικά και ποιοτικά από τη διεθνή οικονομική κρίση. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είναι σοβαρότερη από αυτή στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης γιατί πλήττονται σε βάθος οι τρεις βασικές διαστάσεις της ελληνικής οικονομίας.

Έτσι, η κρίση στην Ελλάδα είναι:

- 1) οικονομική (μηδενική ή αρνητική αύξηση του ΑΕΠ, μείωση των επενδύσεων, μείωση βιομηχανικής παραγωγής, μείωση εξαγωγών, μείωση

κύκλου εργασιών, μείωση ζήτησης, μείωση μισθών, μείωση απασχόλησης, αύξηση των απολύσεων, αύξηση της ανεργίας),

- 2) δημοσιονομική (αύξηση των δημοσίων ελλειμμάτων, αύξηση δημοσίου χρέους, κατάρρευση των δημοσίων εσόδων και των οικονομικών των ασφαλιστικών ταμείων)
- 3) κοινωνική (αύξηση ιδιωτικών δαπανών υγείας, υποχρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, μείωση συντάξεων και κοινωνικών παροχών, δυσχέρειες Ταμείων και Νοσοκομείων να εκπληρώσουν έγκαιρα τις υποχρεώσεις τους προς τους ασφαλισμένους- συνταξιούχους και προς τους προμηθευτές, κ.ά.).

Η κατάσταση της ελληνικής οικονομίας κρίνεται πολύ σοβαρή εξαιτίας του διογκωμένου δημόσιου ελλείμματος και δημόσιου χρέους, της τεχνολογικής καθίζησης της παραγωγικής βάσης, τη μείωση των εξαγωγών και το κλείσιμο μεγάλου αριθμού μικρομεσαίων επιχειρήσεων που είναι η ραχοκοκαλιά της ελληνικής οικονομίας.

Τα αποτελέσματα αυτής της κατάστασης είναι η υψηλή ανεργία, οι μαζικές απολύσεις και διαθεσιμότητες των εργαζομένων στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, οι ευέλικτες μορφές απασχόλησης και η εκ περιτροπής εργασία, η μείωση των συντάξεων με αποτέλεσμα την αποδόμηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης στη χώρα μας (Μέμος, 2015).

Το Φεβρουάριο του 2015 το εποχικά διορθωμένο ποσοστό ανεργίας ανήλθε στο 25,4% έναντι 27,2% τον Φεβρουάριο του 2014 και 25,6% τον Ιανουάριο του 2015. Το σύνολο των απασχολουμένων κατά το Φεβρουάριο του 2015 εκτιμάται ότι ανήλθε σε 3.549.166 άτομα. Οι άνεργοι ανήλθαν σε 1.205.857 άτομα, ενώ ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός ανήλθε σε 3.347.358 άτομα (Μέμος, 2015).

4.2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες (Stuckler, 2009).

Κατά την φάση της οικονομικής κρίσης, σημειώνονται επιπτώσεις και στο σύστημα της υγείας. Οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα, γίνονται η μοναδική πηγή υγειονομικής περίθαλψης, καθότι μειώνεται η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Την ίδια στιγμή όμως, τα έσοδα των κυβερνήσεων για την χρηματοδότηση της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, είναι μειωμένα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση βασικών ελλείψεων και την ανεπάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών (Ευθυμίου, 2013).

Η υποτίμηση των τοπικών νομισμάτων, οδηγεί στην αύξηση του κόστους των εισαγωγών. Μεταξύ των προϊόντων των οποίων οι τιμές κινούνται αυξητικά, συγκαταλέγονται και τα φάρμακα. Ως αποτέλεσμα αυτής της αύξησης, είναι η μη διάθεση βασικών φαρμάκων, λόγω του ότι η απόκτηση τους γίνεται απαγορευτική εξαιτίας του υψηλού κόστους.

Στην Ελλάδα ειδικότερα, που διανύει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας, παρόλο που οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από το 5,3% του Ακαθόριστου Εγχωρίου Προϊόντος το 1991 , στο 9,7% το 2008 (ένα ποσοστιαίο σημείο υψηλότερο από το μέσο όρο του 8,9% των χωρών του ΟΟΣΑ), η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας μειώθηκε (Ευθυμίου, 2013).

Η ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι υψηλά κατακερματισμένη καθώς εμπλέκονται αρκετοί διαφορετικοί δημόσιοι και ιδιωτικού επαγγελματίες υγείας δίχως συντονισμό και έλεγχο του συστήματος. Περαιτέρω επιδείνωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αναμένεται με τη δημοσιονομική κρίση.

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματος τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτελέσματα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς (WHO-b,2009; Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν 52 λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009).

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του (American Hospital Association, 2008).

Πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα.

Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός λόγω της μείωσης των δαπανών συνεπεία της οικονομικής στενότητας, αφετέρου λόγω τη διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους (WHO-a, 2009, WHO-b, 2009)

4.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Είναι πολύ σημαντικό σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας να είναι ικανοποιημένο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί είναι πολλά με την νέα οικονομική κατάσταση της χώρας. Τα προβλήματα μπορεί να σχετίζονται με την επικοινωνία των εργαζομένων, με την δυσκολία της εργασίας που καλούνται να διεκπεραιώσουν σε σχέση με την αμοιβή που δέχονται για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Διάφορες έρευνες έχουν γίνει κατά καιρούς που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα.

Σε έρευνα των Σαρίδη, Καρρά και Σουλιώτη το 2015 που σχετίζονταν με την εκτίμηση του εργασιακού στρες στους εργαζομένους των υπηρεσιών παροχής φροντίδας στη Κόρινθο στην οικονομική κρίση, τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 57,5% πιστεύουν πως βασικός στρεσογόνος παράγοντας είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας ενώ το 51,9% θεωρούν πως είναι οι αντίξοες συνθήκες και το 44,5% θεωρούν το κυλιόμενο ωράριο (Καρρά, Σαρίδη, Σουλιώτης, 2015).

Στις ημέρες μας και ιδιαίτερα στη χώρα μας, όπου η οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των δαπανών και στον τομέα της υγείας, έχουν παρατηρηθεί πολύ σοβαρές αλλαγές όσον αφορά στην καθημερινότητα του εργαζόμενου, σε ψυχολογικό αλλά και σε σωματικό επίπεδο. Οι νοσηλευτές και οι ιατροί είναι αναγκασμένοι να εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης, με υποστελεχωμένα τμήματα (γεγονός το οποίο συνεπάγεται περισσότερες εφημερίες, λιγότερες άδειες, μεγαλύτερη εξουθένωση), με μικρότερη αποζημίωση λόγω μείωσης αποδοχών, ενώ αντιμετωπίζουν πλέον αυξημένο όγκο ασθενών (αύξηση έως και 30%) λόγω της

οικονομικής αδυναμίας των ασθενών να επισκέπτονται εξωτερικούς ιατρούς για ήσσονος σημασίας προβλήματα υγείας (Πελέχας, Αντωνιάδης, 2013).

Σύμφωνα με τον Νιάκα (1994) , η βασική μεταβλητή ,που επηρεάζει την προσφορά εργασίας του ιατρονοσηλευτικού επαγγέλματος, όπως και κάθε επαγγέλματος , είναι ο μισθός. Ο μισθός αξιολογείται ως σημαντικός παράγοντας στη ζωή του ατόμου, επειδή μέσω αυτού ικανοποιούνται οι βασικές και άλλες ανάγκες του, ενώ συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική ικανοποίηση, αφού οι εργαζόμενοι συχνά τον υπολογίζουν ως ενδεικτικό παράγοντα αναγνώρισης των υπηρεσιών τους. Όταν μάλιστα οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται το δίκαιο τρόπο κατανομής της αμοιβής, τότε αισθάνονται ικανοποίηση (Νιάκας ,1994).

Η οργανωτική και διοικητική δομή του δημόσιου τομέα, όπου ανήκει η υγειονομική περίθαλψη έχει πολλές ελλείψεις, πράγμα που σήμαινε ότι δεν θα μπορούσε να δημιουργηθεί ο ακριβής αριθμός των νοσηλευτών που χρειάζονται. Οι Έλληνες νοσηλευτές ανέφεραν επίσης χαμηλούς μισθούς και περικοπές αποδοχών (περίπου 40%), το οποίο, σε συνδυασμό με την αύξηση κατά 30% σε φόρους, επηρέασε σημαντικά τις γενικότερες συνθήκες του επαγγέλματος. Λόγω των αλλαγών στο συνταξιοδοτικό σύστημα, την επιβολή ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης, και υπό την απειλή της μείωσης των συντάξεων πολλοί νοσηλευτές επέλεξαν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα (Ματάπα ,2015).

Πολύ σημαντικό ρόλο για την ικανοποίηση των νοσηλευτών παίζει και το πόσο καλά είναι δομημένη η στελέχωση μιας κλινικής και συγκεκριμένα της μονάδας. Έχουν γίνει αρκετές έρευνες για αυτό το ζήτημα, και ενισχύεται το συμπέρασμα πως η χαμηλή στελέχωση οδηγεί πράγματι σε χαμηλότερα ποσοστά

ικανοποίησης τόσο για το προσωπικό όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς (Χατζηπαντελής, Σιγάλας, 2010).

Σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης έχουν ληφθεί αρκετά μέτρα σχετικά με την μείωση των δαπανών του δημοσίου , ώστε να ελέγχουν οι δαπάνες. Μελέτες έχουν τεκμηριώσει μια συσχέτιση ανάμεσα στα χαμηλότερα επίπεδα νοσηλευτικής στελέχωσης και υψηλότερα ποσοστά ορισμένων ανεπιθύμητων εκβάσεων των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Needleman, 2002).

Στην έκθεση του WHO(2010) το εισόδημα είναι το πιο σημαντικό κίνητρο για την μετανάστευση των επαγγελματιών υγείας , ακολουθούμενη από την δυσαρέσκεια από την εργασία , τις ευκαιρίες σταδιοδρομίας και πολιτικής αστάθειας.

Παρατηρείται λοιπόν πως η οικονομική κρίση στη χώρα μας έχει επηρεάσει αρκετούς φορείς, ένας από αυτούς είναι και το σύστημα υγείας. Πολίτες και επαγγελματίες υγείας βρίσκονται δυσαρεστημένοι καθώς από την μια δεν υπάρχουν κατάλληλα μέσα ώστε οι πολίτες να έχουν μια σωστή περίθαλψη ,τακτική και με λιγότερους κινδύνους για την ζωή τους και από την άλλη παρατηρούμε επαγγελματίες υγείας να προσπαθούν να δουλέψουν όσο καλύτερα γίνεται με όποιους πόρους έχουν χωρίς να αμείβονται όπως θα έπρεπε για το έργο που προσφέρουν. Δυσκολότερη γίνεται η δουλειά τους όταν μιλάμε για ορισμένα τμήματα, κλειστά τμήματα όπως η Μ.Ε.Θ., τα οποία δεν μπορούν να λειτουργήσουν με λιγότερα άτομα ή με ακόμα λιγότερους πόρους διότι όποιο άτομο βρίσκεται σε ένα τέτοιο τμήμα και οποιοδήποτε υλικό χρησιμοποιεί είναι ζωτικής λειτουργίας για τον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η εργασία έχει προσδιοριστικό ρόλο στη ζωή του ανθρώπου. Καταλαμβάνει μεγάλο μέρος του χρόνου του, τον χαρακτηρίζει και τον κατατάσσει σε οικονομικά και κοινωνικά στρώματα γι' αυτό και η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα από τα κύρια θέματα μελέτης των επιστημών που ασχολούνται με τον άνθρωπο, με τις ανάγκες του και τη σχέση του με την εργασία.

Η μελέτη του φαινομένου της επαγγελματικής ικανοποίησης αποτελεί μια από τις πιο δημοφιλείς περιοχές έρευνας της Οργανωτικής/Βιομηχανικής Ψυχολογίας γιατί έχει συνδεθεί με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων για υψηλή αποδοτικότητα, σταθερότητα και ικανοποίηση του εργατικού δυναμικού. Επιστήμες, όπως η Κοινωνιολογία της Εργασίας και η Διοίκηση Επιχειρήσεων, δίνουν έμφαση στη μελέτη του θέματος, επειδή θεωρούν ότι η ικανοποίηση των εργαζομένων σχετίζεται άμεσα με την αύξηση ή τη μείωση της αποδοτικότητας και κατ' επέκταση της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Ο βαθμός ικανοποίησης ενός ατόμου από το επάγγελμά του ή το εργασιακό του περιβάλλον, θεωρείται καθοριστικός παράγων της κοινωνικής, οικογενειακής κατάστασής του και της ψυχικής υγείας του ιδίου αλλά και των ατόμων του άμεσου περιβάλλοντος του (Γαλακούτη, Ηλιόπουλος ,2011).

Ο πιο δημοφιλής ορισμός της εργασιακής ικανοποίησης των ερευνητών και των μελετητών είναι αυτός του Locke, ο οποίος στο άρθρο του «Τι είναι εργασιακή ικανοποίηση» το 1969 είχε υποστηρίξει ότι η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση στην οποία το άτομο περιέχεται όταν έχοντας εκτελέσει και αποτιμήσει το έργο που προσφέρει στην εργασία του, βρίσκει τις συνθήκες σύμφωνες με τα αξιακά του πρότυπα. Αντίθετα η εργασιακή δυσαρέσκεια εκδηλώνεται όταν εμφανίζονται συγκρουσιακά και ασύμφωνα στοιχεία.

Αντίθετα ο Spector (1997) προσεγγίζει την εργασιακή ικανοποίηση μέσα από μια συμπεριφοριστική μεταβλητή αναφέροντας ότι το πώς αισθάνονται οι άνθρωποι για τις θέσεις και τις διαφορές πτυχές των θέσεων εργασίας τους καθορίζει και την έννοια της ικανοποίησης από την εργασία (Οικονομοπούλου, 2011).

Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει θεωρητικά συσχετιστεί με τα κίνητρα, τις στάσεις και τις αξίες της εργασίας. Στο θεωρητικό μοντέλο των Porter και Lawler (1968) η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αποτελεί απλώς αποτέλεσμα της επίδοσης και της παρώθησης προς επίδοση, αλλά και προσδιοριστικό παράγοντα αυτών.

Κατά τον Vroom (1964), η επαγγελματική ικανοποίηση είναι συνάρτηση του ασθενούς - της ελκυστικότητας - της εργασίας για το άτομο. Έτσι, αν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό για τον εργαζόμενο, η αύξηση της συντελεστικότητας συνεπάγεται μείωση του σθένους της εργασίας. Εάν αυτό το αποτέλεσμα είναι αδιάφορο για το

άτομο, η αύξηση της συντελεστικότητας δε θα έχει καμία επίπτωση στο σθένος, ενώ αν το αποτέλεσμα έχει θετικό σθένος αυξάνεται και το σθένος της εργασίας.

Αυτό σημαίνει ότι η ελκυστικότητα της εργασίας, και άρα η ικανοποίηση που αποκομίζει από αυτή το άτομο, αποτελούν συνάρτηση όσων το άτομο θεωρεί ότι αποκομίζει από την εργασία του και του βαθμού στον οποίο αυτά τα αποτελέσματα είναι επιθυμητά για το ίδιο. Η θεωρία του Vroom όταν διερευνήθηκε εμπειρικά, δε στηρίχτηκε ικανοποιητικά (Vroom, 1964).

Η θεωρία του Herzberg (1959) συσχετίζει τα κίνητρα και τους παράγοντας υγιεινής με την επαγγελματική ικανοποίηση. Κατ' αυτόν, οι θετικές στάσεις προς την εργασία οι οποίες είναι αυτές που οδηγούν σε επαγγελματική ικανοποίηση συνδέονται με παράγοντες που έχουν σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, όπως η επίτευξη, η αναγνώριση, η υπευθυνότητα, οι δυνατότητες προαγωγής και η φύση της εργασίας. Αντίστοιχα οι αρνητικές στάσεις οι οποίες οδηγούν στην επαγγελματική δυσαρέσκεια συνδέονται με το περιέχον πλαίσιο, δηλαδή, τη διοίκηση, την εποπτεία και τις εργασιακές συνθήκες.

Υποστηρίζοντας ότι στην επαγγελματική ικανοποίηση αντικατοπτρίζονται τόσο οι σκέψεις, όσο και τα συναισθήματα κάποιου ως προς μία θέση εργασίας ή ως προς τις εκφάνσεις αυτής, ο Brief (1998) προτείνει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μία εσωτερική κατάσταση η οποία εκφράζεται με συναισθηματική ή/και γνωστική

αξιολόγηση της βιωμένης εργασίας με κάποιο βαθμό ευμένειας ή δυσμένειας προς αυτή.

Οι Lofquist and Davis (1969) όρισαν την επαγγελματική ικανοποίηση ως μια λειτουργία αντιστοίχισης ανάμεσα στο ενισχυτικό σύστημα του περιβάλλοντος εργασίας και των αναγκών του ατόμου (Αρβανιτάκης, Λώλου, 2013).

5.2 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Είναι γνωστό ότι το ιατρικό προσωπικό των μονάδων εντατικής θεραπείας καθημερινά αντιμετωπίζει πολυάριθμες και απαιτητικές εργασίες στον επαγγελματικό τους χώρο. Η δυσαρέσκεια των γιατρών από την εργασία τους έχει βρεθεί να σχετίζεται με το στρες, τα ιατρικά λάθη, την επαγγελματική εξουθένωση, την επιθυμία αποχώρησης από την εργασία, τη μείωση της ποιότητας και την αύξηση του κόστους της παρεχόμενης φροντίδας, τη μειωμένη συμμόρφωση του ασθενή με τις ιατρικές οδηγίες (Bogue et al, 2006). Η δυσαρέσκεια αυτή είναι ένα επίκαιρο θέμα προς συζήτηση στα ιατρικά περιοδικά, και φαίνεται να υπάρχει μια γενική ομολογία τουλάχιστον στους κόλπους του ίδιου του κλάδου – ότι η ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ των γιατρών μειώνεται διαχρονικά (Nylenna et al., 2005).

Συμφώνα, με τον Kaarna et al (2004), ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ικανοποίησης των ιατρών από την εργασία τους είναι οι σχέσεις τους με τον προϊστάμενο. Ομοίως, παρατηρείτε ότι η θετική ανατροφοδότηση και η αναγνώριση της προσπάθειας αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν την

επαγγελματική ικανοποίηση ενώ όταν από την πλευρά του προϊστάμενου υπάρχει αδιαφορία, αντίστοιχα υπάρχει δυσαρέσκεια από την εργασία από την πλευρά των υφιστάμενων (Hofoss et al., 1997).

Σήμερα, η ικανοποίηση των γιατρών θεωρείται συχνά ως ένας από τους τέσσερις κρίσιμους δείκτες της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, μαζί με την κατάσταση της υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και το κόστος (Qian & Lim, 2008). Σε μια εποχή σημαντικών αναδιοργανώσεων των συστημάτων υγείας περίθαλψης και τεράστιας πίεσης στους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τα στοιχεία που επηρεάζουν την εργασιακή τους ικανοποίηση για τους ίδιους, τους ιατρικούς συλλόγους καθώς και για τους ασθενείς γενικότερα (Bovier & Perneger, 2003). Και αυτό διότι η ικανοποίηση των γιατρών δεν συνδέεται μόνο με την υγεία και την ευημερία τους, αλλά και με την πολιτική συνταγογράφησης που ακολουθούν, την πειθαρχία των ασθενών σε σχέση με τη φαρμακευτική τους αγωγή, την ικανοποίηση των ασθενών, το ηθικό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας καθώς και την ποιότητα της περίθαλψης εν γένει (Κρεμέτη, 2010).

Η θέση των γιατρών, συγκριτικά με τις θέσεις των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας, χαρακτηρίζεται από υψηλότερο βαθμό ανεξαρτησίας στον σχεδιασμό της εργασίας

και στην λήψη αποφάσεων ωστόσο αυτό συνεπάγεται και μεγαλύτερο βαθμό ευθιγής (Arnetz, 2001). Σύμφωνα, με τους Dunstone και Reames (2001) οι γιατροί για να είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους χρειάζονται πληροφόρηση για την οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου, που θα τους επιτρέψει να σχεδιάσουν την βέλτιστη θεραπεία για τους ασθενείς τους.

5.3 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται μια από τους σημαντικότερους δείκτες ποιότητας στα συστήματα υγείας. Έχει διαπιστωθεί ότι η εργασιακή ικανοποίηση ταυτίζεται έμμεσα με την ποιότητα της υγείας που εξασφαλίζεται. Έρευνες δείχνουν ότι η αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα στον κλινικό χώρο και μειώνει την διάρκεια παραμονής στις νοσηλευτικές μονάδες που είναι στενά συνδεδεμένη με την ποιότητα φροντίδας.

Επί προσθέτως, η ποιότητα της φροντίδας υγείας δείχνει σημάδια βελτίωσης όταν οι νοσηλευτές έχουν αυτονομία και αναμένεται να εργαστούν στο επίπεδο για το οποίο έχουν προετοιμαστεί. Οι μεταβιβάσεις αυτονομίας και υπευθυνότητας αναφέρονται ως απόψεις που επηρεάζουν τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Αυτές οι απόψεις συχνά συμπεριλαμβάνονται στις κλίμακες καταμέτρησης που ερευνούν την ικανοποίηση των νοσηλευτών με την ποιότητα εργασίας τους και το εργασιακό περιβάλλον.

Η πρώτη σημαντική μελέτη ικανοποίησης των νοσηλευτών πραγματοποιήθηκε από τον Nahm στο πανεπιστήμιο της Μινεσότα το 1940, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία περιλαμβάνουν το εισόδημα, τις ώρες εργασίας, τις σχέσεις με τους ανώτερους, το ενδιαφέρον για την εργασία, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις, καθώς και τις ευκαιρίες για πρόοδο. Επίσης, τα αποτελέσματα της μελέτης του Kangas συσχετίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση με το γόητρο ή το κύρος της εργασίας, την ανεξαρτησία στην λήψη αποφάσεων, στον έλεγχο, στην πρακτική της νοσηλευτικής και την λήψη της κοινωνικής υποστήριξης (Kangas, 1999).

Μια μελέτη των Weissman και Nathanson (1985) ανέφερε ότι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν ο καθοριστικός παράγοντας για το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υγείας. Μια μεγάλη μελέτη του 2007 στις ΗΠΑ που εκπονήθηκε από τον Robert wood Johnson Foundation διαπίστωσε ότι οι παρακάτω μεταβλητές σχετίζονται με την ικανοποίηση των νοσηλευτριών στο χώρο εργασίας :

1. οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ότι είχαν πολύ καλή υγεία ήταν περισσότερο ικανοποιημένες, σε σχέση με αυτές που ανέφεραν καλή υγεία.
2. οι νοσηλεύτριες λευκής φυλής ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τις νοσηλεύτριες μαύρης φυλής.
3. οι νοσηλεύτριες που είχαν σπουδάσει στις ΗΠΑ δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες,
4. οι νοσηλεύτριες καριέρας δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες,
5. οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ως ευχάριστο το περιβάλλον που εργάζονται, με φιλικές σχέσεις με συναδέλφους, ήταν περισσότερο ικανοποιημένες.
6. οι νοσηλεύτριες που θεωρούσαν ότι ανταμείβονται δίκαια στη δουλειά τους ήταν ευχαριστημένες.
7. οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ότι τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του οργανισμού που εργάζονται δεν παρεμβαίνουν στην καθημερινή εργασία τους ήταν πιο ικανοποιημένες,
8. οι νοσηλεύτριες που αισθάνονται ότι η δουλειά τους δεν εμποδίζει ή παρεμβαίνει στην οικογενειακή τους ζωή ήταν περισσότερο ευχαριστημένες.
9. οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν μικρότερο φορτίο εργασίας ήταν περισσότερο ευχαριστημένες.

Η απόδοση του προσωπικού εξαρτάται από το επίπεδο κινήτρων. Ωστόσο, τα κίνητρα επηρεάζουν μόνο τις πτυχές της απόδοσης, οι οποίες μπορούν να ελεγχθούν από τους εργαζόμενους προσωπικά. Η απόδοση όμως εξαρτάται και από τη δομή του οργανισμού και από το περιβάλλον.

Η επαγγελματική ικανοποίηση, ιδιαίτερα στον τομέα των νοσηλευτών, είναι μια κρίσιμη πρόκληση για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, καθώς το κόστος εργασίας είναι υψηλό και οι ελλείψεις σημαντικές. Έτσι, καθώς η ζήτηση για νοσηλευτές αυξάνεται η προσφορά δεν επαρκεί για να ικανοποιήσει τη ζήτηση αυτή (Zangaro & Soeken, 2007). Οι οργανισμοί δαπανούν τεράστια ποσά για την πρόσληψη νοσηλευτών, αλλά μόλις εκείνοι προσλαμβάνονται η διατήρησή τους είναι δύσκολη. Οι νοσηλευτές παρέχουν ζωτικής σημασίας υπηρεσίες και υποστήριξη σε όλη τη διάρθρωση των οργανισμών παροχής ιατρικής φροντίδας, επομένως είναι ουσιαστική η παραμονή τους σε έναν οργανισμό (Zangaro & Soeken, 2007).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας ήταν η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης ιατρών και νοσηλευτών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε νοσοκομεία της Αθηνάς, Πάτρας και του Ηρακλείου σε μια χώρα που αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα.

6.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- 1)** Πως είναι η συνεργασία μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις μονάδες εντατικής θεραπείας.
- 2)** Ποιο είναι το επίπεδο ευχαρίστησης για την φύση της εργασίας στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

6.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα είναι μια συγχρονική περιγραφική μελέτη συσχέτισης, η οποία πραγματεύεται όλα τα επίπεδα ικανοποίησης όπως σε οικονομικό, συνεργατικό και εργασιακό καθώς και μεταξύ του προσωπικού. Η συσχετική προσέγγιση μας έδωσε την δυνατότητα διερεύνησης των σχέσεων που υπήρχαν μεταξύ των μεταβλητών. Η μέθοδος αυτή συνιστάτε στην συλλογή δεδομένων για την καταγραφή της συνδιακύμανσης μεταξύ μεταβλητών προκειμένου να οδηγηθεί ο ερευνητής σε συμπεράσματα για την σχέση που υπάρχει μεταξύ του. Εξετάστηκε η σχέση μεταξύ των διαφορετικών τιμών μια μεταβλητής με την συστηματική διακύμανση των τιμών μιας άλλης μεταβλητής (Bowling, 2014).

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο έως τον Μάιο του 2017.

Το πεδίο μελέτης μας ήταν:

- 1) Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
- 2) Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
- 3) Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “ ο Ευαγγελισμός ”
- 4) Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “ Γ. Γεννηματάς”

Υποσημείωση : Να σημειωθεί ότι τα Νοσοκομεία: Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “Ιπποκράτειο” , Βενιζέλειο – Πανάνιο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου δεν συνεργάστηκαν στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και κατ’ επέκταση στην μελέτη μας για την ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα τις κρίσης.

6.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο “ job satisfaction survey” (Spector,1994) το οποίο αποτελείτε από 36 ερωτήσεις – ββαθμια κλίμακα likert (συμφωνώ απόλυτα «”- διαφωνώ απόλυτα) το αντικείμενο μέτρησης είναι: ο μισθός, η προαγωγή, η επίβλεψη, πρόσθετες ανταμοιβές, λειτουργικές διαδικασίες, συνεργάτες, φύση της εργασίας, επικοινωνία. Στο ερωτηματολόγιο προστεθήκαν 10 επιπλέον ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (φύλο, ηλικιακή κατηγορία,

κλίμακα μισθού, ειδίκευση, διάρκεια υπηρεσίας στο νοσοκομείο, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση). Τα στοιχεία αυτά θα βοηθήσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την πιθανή σύνδεση της εργασιακής ικανοποίησης με τα εν λόγω χαρακτηριστικά.

Η απάντηση στις ερωτήσεις γίνεται με την χρήση μιας εξαβάθμιας κλίμακας με επιλογές που κυμαίνονται από το “ διαφωνώ απόλυτα” (1) έως το “ συμφωνώ απόλυτα” (6). Τα διαστήματα μεταξύ των επιλογών απαντήσεις μιας ερώτησης είναι περίπου ίσα ψυχολογικά σύμφωνα με τον Spector (1976). Επίσης οι μισές από τις ερωτήσεις είναι θετικά διατυπωμένες και οι υπόλοιπες αρνητικά έτσι ώστε από την αξιολόγηση της καθεμίας να προκύπτει είτε θετική είτε αρνητική στάση απέναντι στην δουλειά. Η χρήση της εξαβάθμιας κλίμακας για την αποτύπωση των απαντήσεων έχει πολλαπλά πλεονεκτήματα όπως το ότι είναι εύκολα κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας της από τον ερωτώμενο, συμβάλει στην μείωση του χρόνου που απαιτείται για την συμπλήρωση ολοκλήρου του ερωτηματολογίου και αποφεύγετε ο κίνδυνος θετικής η αρνητικής μεροληψίας με την εναλλαγή των θετικά και αρνητικά διατυπωμένων ερωτήσεων (Αλετράς και συν. , 2009).

6,5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ “JOB SATISFACTION SURVEY (JSS)”

Κατά την ανάλυση των ερωτηματολόγιων πραγματοποιήθηκε αντίστροφη της αρχικής κωδικοποίησης στις απαντήσεις των αρνητικά διατυπωμένων ερωτήσεων ώστε σε όλες τις ερωτήσεις μεγαλύτερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερους βαθμούς ικανοποίησης και αντίστροφα.

Οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις είναι 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 29, 31, 32, 34, 36.

Οι απαντήσεις αθροιστήκαν σε 4 στοιχεία για κάθε βαθμολογία και όλα τα στοιχεία για το συνολικό σκορ μετά τις αντιστροφές.

Τα στοιχεία εισέρχονται στις υποκλίμακες όπως φαίνεται στον πίνακα.

Υποκλίμακες	Αριθμοί στοιχείων
Μισθός και αποζημίωση	1, 10, 19, 28
Ευκαιρίες προαγωγής	2, 11, 20, 33
Άμεσος προϊστάμενος	3, 12, 21, 30
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	4, 13, 22, 29
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	5, 14, 23, 32
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	6, 15, 24, 31
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	7, 16, 25, 34
Καθήκοντα εργασίας	8, 17, 27, 35
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	9, 18, 26, 36
Συνολική Ικανοποίηση	1-36

6.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS 23.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 104 συμμετεχόντων. Υπολογίστηκε επίσης ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α για τις υποκλίμακες της κλίμακας JSS. Χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι Mann-Whitney & Kruskal Wallis για τον έλεγχο των διαφορών στα επίπεδα των κλιμάκων ικανοποίησης ως προς συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Στις συσχετίσεις ποσοτικών κατανομών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Spearman. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά 104 συμμετεχόντων στην έρευνα

		v	%
Φύλο	<i>άνδρες</i>	26	25,0
	<i>γυναίκες</i>	78	75,0
Ηλικία, χρόνια	<i>22-29</i>	9	8,7
	<i>30-39</i>	44	42,3
	<i>40-49</i>	40	38,5
	<i>50-60</i>	11	10,5
	<i>μέση τιμή (τυπ. αποκλ.)</i>	40,2 (7,8)	
Ειδικότητα	<i>ιατρός</i>	26	25,0
	<i>νοσηλεύτης/τρια</i>	78	75,0
Εκπαίδευση	<i>2-ετούς σχολής</i>	7	6,7
	<i>ΤΕΙ</i>	49	47,2
	<i>ΑΕΙ</i>	13	12,5
	<i>μεταπτυχιακό</i>	28	26,9
	<i>διδακτορικό</i>	7	6,7
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμος/η</i>	53	51,0
	<i>άγαμος/η</i>	42	40,3
	<i>διαζευγμένος/η - χήρος/α</i>	9	8,7

Αριθμός παιδιών	<i>0</i>	42	40,4
	<i>1</i>	15	14,4
	<i>2+</i>	47	45,2
Χρόνια εργασίας	<i>0-2</i>	10	9,6
	<i>3-5</i>	17	16,4
	<i>6-10</i>	31	29,8
	<i>11-20</i>	33	31,7
	<i>21+</i>	13	12,5
Μηνιαίο εισόδημα	<i>έως €1000</i>	42	40,4
	<i>1001-1500</i>	52	50,0
	<i>1501-2000</i>	7	6,7
	<i>2001-2500</i>	3	2,9
Νοσοκομείο (ΜΕΘ)	<i>Πα.Γ.Ν.Η.</i>	26	25,0
	<i>Ευαγγελισμού</i>	32	30,8
	<i>Γεννηματά</i>	22	21,2
	<i>Ρίου</i>	24	23,1

Αυτό που παρατηρούμε σε αυτόν τον πίνακα είναι το μεγάλο ποσοστό των γυναικών (75%) σε σχέση με τον αντρικό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (25%). Τα χρόνια εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κυμαίνεται κατά κύριο λόγο στην ηλικιακή ομάδα 30-39 (42,3%) και μέση τιμή (τυπική απόκλιση) 40,2 (7.8). Επίσης, βλέπουμε ότι το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων αυτών είναι κυρίως είναι απόφοιτοι Ανώτατων τεχνολογικών ιδρυμάτων (47,2%) και πολλοί από αυτούς κατέχουν

μεταπτυχιακό τίτλο σε ποσοστό (26,9%). Τα χρόνια εργασίας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι κατά κύριο λόγο 11-20 (31,7%) και το μηνιαίο εισόδημα τους ανέρχεται στα 1001 - 1500 (50%).

Πίνακας 2. Κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Κλίμακα Ικανοποίησης από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα.

	διαφωνώ			συμφωνώ		
	απόλυτα	αρκετά	ελάχιστα	ελάχιστα	αρκετά	απόλυτα
1. Πιστεύω ότι αμείβομαι δίκαια για την εργασία που κάνω.	52,9%	24,0%	7,7%	4,8%	7,7%	2,9%
2. Υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στη δουλειά μου.	3,8%	15,4%	7,7%	8,7%	36,5%	27,9%
3. Ο/Η προϊστάμενός μου είναι πολύ ικανός/ή στη δουλειά του.	1,9%	5,8%	12,5%	14,4%	41,3%	24,0%
4. Δεν είμαι ικανοποιημένος από τις πρόσθετες παροχές (ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδοχών, συνταξιοδοτικές προοπτικές) που λαμβάνω, πέραν του μισθού.	7,7%	8,7%	7,7%	10,6%	29,8%	35,6%
5. Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, αναγνωρίζεται όπως θα έπρεπε.	21,2%	26,0%	17,3%	15,4%	12,5%	7,7%
6. Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες μας, καθιστούν την διεκπεραίωση μία σωστής δουλειάς, δύσκολη.	4,8%	10,6%	9,6%	12,5%	28,8%	33,7%
7. Συμπαθώ τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύω μαζί.	1,9%	3,8%	3,8%	14,4%	50,0%	26,0%
8. Μερικές φορές αισθάνομαι πως η εργασία μου δεν έχει νόημα.	23,1%	16,3%	9,6%	20,2%	20,2%	10,6%
9. Η επικοινωνία φαίνεται καλή σ' αυτόν τον οργανισμό.	10,6%	26,9%	14,4%	21,2%	23,1%	3,8%
10. Οι αυξήσεις του μισθού είναι πολύ λίγες και σπάνιες.	7,7%	1,0%	4,8%	1,9%	13,5%	71,2%
11. Αυτοί που εργάζονται σωστά έχουν αρκετές πιθανότητες προαγωγής.	38,5%	30,8%	9,6%	6,7%	7,7%	6,7%
12. Ο προϊστάμενός μου είναι άδικος μαζί μου.	32,7%	32,7%	11,5%	11,5%	8,7%	2,9%
13. Οι πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού, είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν οι περισσότεροι άλλοι οργανισμοί.	50,0%	22,1%	14,4%	4,8%	4,8%	3,8%
14. Δεν θεωρώ πως η δουλειά μου εκτιμάται.	8,7%	7,7%	8,7%	11,5%	26,0%	37,5%

15. Οι προσπάθειες για να κάνω σωστά τη δουλειά μου σπάνια εμποδίζονται από τη γραφειοκρατία.	21,2%	20,2%	5,8%	20,2%	16,3%	16,3%
16. Θεωρώ ότι πρέπει να δουλεύω πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών μου.	12,5%	15,4%	16,3%	19,2%	20,2%	16,3%
17. Μου αρέσουν αυτά που κάνω στην εργασία μου.	4,8%	4,8%	8,7%	22,1%	29,8%	29,8%
18. Οι στόχοι του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι ξεκάθαροι.	4,8%	12,5%	18,3%	14,4%	23,1%	26,9%
19. Όταν σκέπτομαι την αμοιβή μου, αισθάνομαι ότι ο οργανισμός στον οποίο δουλεύω δεν με εκτιμά.	1,9%	7,7%	8,7%	7,7%	27,9%	46,2%
20. Το προσωπικό του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι προάγεται τόσο γρήγορα όσο γίνεται και αλλού.	29,8%	37,5%	10,6%	12,5%	6,7%	2,9%
21. Ο προϊστάμενός μου ενδιαφέρεται ελάχιστα για τα συναισθήματα των υφισταμένων του.	16,3%	24,0%	16,3%	22,1%	13,5%	7,7%
22. Το πακέτο πρόσθετων παροχών πέραν του μισθού που έχουμε είναι δίκαιο.	52,9%	23,1%	3,8%	9,6%	8,7%	1,9%
23. Υπάρχουν λίγες ανταμοιβές για όσους εργάζονται εδώ.	4,8%	1,0%	10,6%	5,8%	29,8%	48,1%
24. Έχω περισσότερα από ότι θα έπρεπε να κάνω στη δουλειά μου.	5,8%	7,7%	2,9%	18,3%	32,7%	32,7%
25. Περνάω ευχάριστα με τους συνεργάτες μου.	2,9%	7,7%	7,7%	14,4%	40,4%	26,9%
26. Συχνά αισθάνομαι ότι δεν ξέρω τι συμβαίνει με τον οργανισμό στον οποίο εργάζομαι.	3,8%	14,4%	11,5%	21,2%	24,0%	25,0%
27. Αισθάνομαι υπερήφανος κατά την εκτέλεση της εργασίας μου.	0,0%	6,7%	8,7%	11,5%	34,6%	38,5%
28. Αισθάνομαι ικανοποιημένος από τις ευκαιρίες μισθολογικών αυξήσεων, που μου παρέχονται.	55,8%	24,0%	6,7%	5,8%	3,8%	3,8%
29. Υπάρχουν πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού που θα έπρεπε να λαμβάνουμε αλλά αυτό δεν συμβαίνει.	6,7%	6,7%	7,7%	10,6%	21,2%	47,1%
30. Συμπαθώ τον προϊστάμενό μου.	2,9%	3,8%	9,6%	11,5%	38,5%	33,7%
31. Έχω περισσότερη από ότι θα έπρεπε γραφική εργασία να κάνω.	9,6%	12,5%	5,8%	20,2%	16,3%	35,6%
32. Δεν θεωρώ ότι οι προσπάθειές μου ανταμείβονται όπως θα έπρεπε.	3,8%	2,9%	5,8%	12,5%	25,0%	50,0%

33. Είμαι ικανοποιημένος από τις ευκαιρίες προαγωγής που μου παρέχονται.	42,3%	26,9%	11,5%	10,6%	4,8%	3,8%
34. Υπάρχουν πολλοί διαπληκτισμοί και διαμάχες στη δουλειά.	3,8%	11,5%	17,3%	26,0%	26,0%	15,4%
35. Η εργασία μου είναι ευχάριστη.	10,6%	16,3%	9,6%	21,2%	30,8%	11,5%
36. Οι εργασίες ανατίθενται χωρίς να επεξηγούνται πλήρως.	6,7%	14,4%	20,2%	22,1%	19,2%	17,3%

Έλεγχος χ^2 (ομοιογένειας). Διαπιστώθηκε σημαντική ($p < 0.05$) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις εκτός τις: 8, 15, 16, 21 και 36.

Από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι το προσωπικό διαφωνεί σε ποσοστό 55,8% ότι αισθάνεται ικανοποιημένο από τις ευκαιρίες μισθολογικών αυξήσεων που του παρέχονται. Επίσης, παρατηρούμαι σε ποσοστό 52,9% ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διαφωνεί ότι αμείβεται δίκαια για την εργασία που κάνει. Παράλληλα σε ίδιο ποσοστό 52,9% θεωρούν ότι το πακέτο πρόσθετων παροχών πέραν του μισθού που έχουν δεν είναι δίκαιο.

Αντίθετα, διακρίνουμε ότι το προσωπικό συμφωνεί σε μεγάλο ποσοστό (71,2%) ότι οι αυξήσεις του μισθού του είναι πολύ λίγες και σπάνιες. Με ποσοστό 50% το προσωπικό συμφωνεί ότι συμπαθεί τους ανθρώπους του οποίους δουλεύει μαζί του. Καθώς και σε ποσοστό 50% δεν θεωρεί ότι οι προσπαθείς του ανταμείβονται όπως θα έπρεπε.

Πρέπει να σημειωθεί ότι από τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας μας, είναι ότι το προσωπικό συμφωνεί σε ποσοστό 41,3% ότι ο/η προϊστάμενος του είναι πολύ ικανός/η στην δουλειά του. Ακόμη, σε ποσοστό 50 % διαφωνεί ότι οι πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν άλλοι οργανισμοί. Τέλος, στο ερώτημα αν η εργασία τους είναι ευχάριστη το προσωπικό συμφώνησε σε ποσοστό 30,8%.

Πίνακας 3. Επίπεδα 9 υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα

Υποκλίμακες	Ελάχ.	Μέγ.	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ασυμμετρία	Cronbach's α
Μισθός και αποζημίωση	4	24	7,7	4,2	7,0	1,636	0,729
Ευκαιρίες προαγωγής	4	23	9,5	4,2	9,0	0,983	0,673
Άμεσος προϊστάμενος	5	24	17,8	4,2	18,0	-0,779	0,765
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	4	23	8,8	4,2	9,0	0,986	0,659
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	4	24	9,4	4,1	8,0	1,262	0,648
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	4	19	11,0	3,6	10,5	0,180	0,534
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	4	23	15,7	3,6	16,0	-0,496	0,569
Καθήκοντα εργασίας	7	24	17,0	3,9	17,0	-0,211	0,560
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	5	23	12,0	4,1	12,0	0,329	0,609
Συνολική Ικανοποίηση	63	202	109,0	23,0	106,0	1,266	0,877

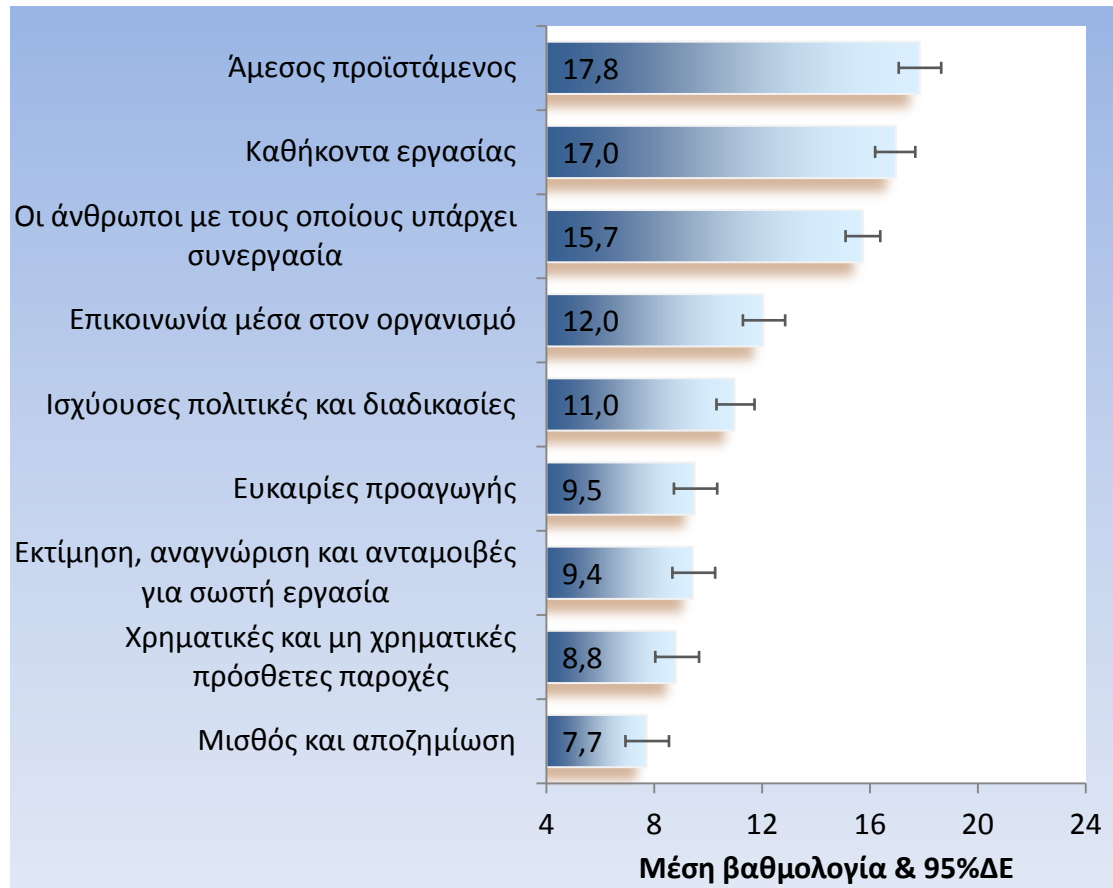
Υψηλή βαθμολογία εκτιμά υψηλή ικανοποίηση.

Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι υπάρχει υψηλή ικανοποίηση στην υποκλίμακα μισθός και αποζημίωση (0,729), όπως επίσης υψηλή ικανοποίηση συγκεντρώνει και η υποκλίμακα άμεσος προϊστάμενος (0,765). Επιπροσθέτως αρκετά μεγάλη βαθμολογία έχουν συγκεντρώσει οι κλίμακες: ευκαιρίες προαγωγής (0,673), Οι άνθρωποι με τους

οποίους υπάρχει συνεργασία (0,659), Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία (0,648) και τέλος επικοινωνία μέσα στον οργανισμό (0,609).

Τέλος αξίζει να σημειώσουμε ότι η συνολική ικανοποίηση λαμβάνει την μεγαλύτερη βαθμολογία (0,877).

Σχήμα 1. Σύγκριση επιπέδων 9 υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα.



Σημείωση: η υποκλίμακα «άμεσος προϊστάμενος» έχει σημαντικά ($p < 0.05$) την υψηλότερη βαθμολογία ή ικανοποίηση από όλες (εκτός την «καθήκοντα εργασίας»).

Πίνακας 4. Συσχετίσεις υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τους.

	Ηλικία	Εκπαίδευση	Χρόνια εργασίας	Μηνιαίο εισόδημα
	rho-Spearman			
Μισθός και αποζημίωση	-0,125	0,186	-0,259*	0,087
Ευκαιρίες προαγωγής	0,008	0,180	-0,107	0,141
Άμεσος προϊστάμενος	0,135	-0,066	0,276*	0,052
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	0,007	0,198*	-0,159	0,160
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	-0,095	0,169	-0,138	0,141
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	0,055	-0,165	0,182	-0,046
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	-0,174	0,280*	-0,006	-0,009
Καθήκοντα εργασίας	-0,091	0,154	-0,174	0,170
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	-0,171	0,186	-0,105	0,135
Συνολική Ικανοποίηση	-0,072	0,210*	-0,034	0,152

* p-value≤0.05

Στον πίνακα 4 βλέπουμε ότι υπάρχουν συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες που αφορούν ικανοποίηση σε σχέση με κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τους. Αρχικά το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται σημαντικά και με υψηλότερη ικανοποίηση σε χρηματικές πρόσθετες παροχές (rho=0.198, p<0.05) και με την συνεργασία με άλλους (rho=0.280,

$p < 0.05$) ή τη συνολική ικανοποίηση ($\rho = 0.210$, $p < 0.05$). Επίσης τα περισσότερα χρόνια εργασίας σχετίζεται σημαντικά με την υποκλίμακα άμεσος προϊστάμενος ($\rho = 0.276$, $p < 0.05$) . Αντίθετα τα περισσότερα χρόνια εργασίας σχετίζονται σημαντικά (αρνητικά) με χαμηλότερη ικανοποίηση σε μισθό και αποζημίωση ($\rho = -0.259$, $p < 0.05$).

Πίνακας 5. Συγκρίσεις επιπέδων υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς το φύλο τους.

	φύλο		p-value
	άνδρες	γυναίκες	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση		
Μισθός και αποζημίωση	10,0±5,0	7,0±3,6	0,002
Ευκαιρίες προαγωγής	11,7±4,4	8,8±3,8	0,002
Άμεσος προϊστάμενος	18,3±3,9	17,7±4,3	0,598
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	11,2±4,6	8,0±3,8	0,001
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	11,5±4,4	8,7±3,8	0,001
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	11,0±3,2	11,0±3,7	0,916
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	16,4±3,6	15,5±3,6	0,156
Καθήκοντα εργασίας	17,5±4,1	16,8±3,8	0,384
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	13,7±4,4	11,5±3,8	0,026
Συνολική Ικανοποίηση	121,4±27,0	104,9±20,1	0,001

Έλεγχοι Mann-Whitney.

Στον πίνακα 5 γίνεται μια σύγκριση των επιπέδων των υποκλιμάκων σύμφωνα με το φύλο του δείγματος. Γενικά διαπιστώνετε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το φύλο και την ικανότητα ανεξάρτητα αν είναι άντρας ή γυναίκα. Η συσχέτιση είναι 1-1.

Ειδικότερα βλέπουμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην υποκλίμακα μισθός αποζημίωση στην οποία οι γυναίκες φαίνονται λιγότερο ικανοποιημένες από ότι οι άνδρες (άνδρες= 10,0±5,0 και γυναίκες= 7,0±3,6, $p<0.05$). Όπως επίσης και στην υποκλίμακα Ευκαιρίες προαγωγής οι άντρες φαίνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι οι γυναίκες (άνδρες= 11,7±4,4 και γυναίκες= 8,8±3,8 , $p<0.05$). Η ίδια ακριβώς παρατήρηση υπάρχει και στην υποκλίμακα Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές (άνδρες= 11,2±4,6

και γυναίκες= 8,0±3,8 , $p<0.05$). Στην υποκλίμακα Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία οι άνδρες δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι οι γυναίκες (άνδρες= 11,5±4,4 και γυναίκες= 8,7±3,8 , $p<0.05$). Τέλος, πρέπει να σημειωθεί και η συνολική ικανοποίηση του ανδρικού φύλου ότι είναι στατιστικά μεγαλύτερη (121,4±27,0 , $p<0.05$) από ότι ο πληθυσμός του γυναικείου φύλου (104,9±20,1, $p<0.05$)

Πίνακας 6. Συγκρίσεις επιπέδων υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς την ειδικότητα τους.

	ειδικότητα		p-value
	ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση		
Μισθός και αποζημίωση	11,3±5,6	6,5±2,7	<0,001
Ευκαιρίες προαγωγής	12,6±5,2	8,5±3,2	<0,001
Άμεσος προϊστάμενος	17,2±4,2	18,1±4,2	0,384
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	12,1±4,9	7,7±3,3	<0,001
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	13,0±5,3	8,3±2,9	<0,001
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	10,2±3,8	11,2±3,5	0,153
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	16,2±3,8	15,6±3,6	0,472
Καθήκοντα εργασίας	18,8±3,6	16,4±3,8	0,008
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	14,3±4,9	11,3±3,5	0,004
Συνολική Ικανοποίηση	125,6±31,8	103,5±16,0	<0,001

Έλεγχοι Mann-Whitney.

Στον πίνακα 6 γίνεται μια ακόμη σύγκριση των επιπέδων εργασιακής ικανοποίησης σύμφωνα με την ειδικότητα των εργαζομένων (ιατρός- νοσηλεύτης) σε σχέση με το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης. Η ιατρική ειδικότητα συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ικανοποίηση.

Παρατηρώντας τον πίνακα 6 βλέπουμε αρχικά ότι υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό σχεδόν σε όλες τις υποκλιμένες και ειδικότερα στις στατιστικά σημαντικές υποκλιμένες ($p < 0,005$). Ειδικότερα στις υποκλίμακες

«μισθός και αποζημίωση» (Ιατρός = $11,3 \pm 5,6$ και Νοσηλευτής = $6,5 \pm 2,7$, $p < 0.05$), «ευκαιρίες προαγωγής» (Ιατρός = $12,6 \pm 5,2$ και Νοσηλευτής = $8,5 \pm 3,2$, $p < 0.05$), «Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές» (Ιατρός = $12,1 \pm 4,9$ και Νοσηλευτής = $7,7 \pm 3,3$, $p < 0.05$), «Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία» (Ιατρός = $13,0 \pm 5,3$ και Νοσηλευτής = $8,3 \pm 2,9$, $p < 0.05$) και «Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό» (Ιατρός = $14,3 \pm 4,9$ και Νοσηλευτής = $11,3 \pm 3,5$, $p < 0.05$). Τέλος, στην συνολική ικανοποίηση των δυο αυτών ειδικοτήτων βλέπουμε μια σημαντικά στατιστική διάφορα (Ιατρός = $125,6 \pm 31,8$ και Νοσηλευτής = $103,5 \pm 16,0$, $p < 0.05$).

Πίνακας 7. Συγκρίσεις επιπέδων υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.

	Οικογενειακή κατάσταση			p-value
	<i>έγγαμος/η</i>	<i>άγαμος/η</i>	<i>διαζευγμένος/ η - χήρος/α</i>	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση			
Μισθός και αποζημίωση	7,5±4,1	7,9±4,2	8,0±4,6	0,856
Ευκαιρίες προαγωγής	9,3±4,0	9,3±4,0	11,4±5,6	0,527
Άμεσος προϊστάμενος	18,6±3,6	17,2±4,8	16,1±4,3	0,174
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	8,3±4,0	9,5±4,5	8,2±4,2	0,396
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	9,3±4,1	9,8±4,4	8,3±2,7	0,804
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	11,1±3,4	10,9±3,8	10,9±4,0	0,965
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	15,7±3,2	15,6±4,1	16,6±3,9	0,810
Καθήκοντα εργασίας	17,4±3,7	17,1±3,8	13,3±3,9	0,029
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	11,6±4,1	12,7±4,2	11,8±3,0	0,495
Συνολική Ικανοποίηση	109,0±22,6	110,0±25,0	104,7±17,0	0,911

^{*}Έλεγχοι Kruskal-Wallis.

Στο παραπάνω πίνακα γίνεται μια σύγκριση σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συμμετείχαν στην ερευνά. Στην συγκεκριμένη

σύγκριση διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διάφορα ανάμεσα στο έγγαμο, άγαμο ή διαζευγμένο/ χήρο προσωπικό.

Πίνακας 8. Συγκρίσεις επιπέδων υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς τις μονάδες όπου εργάζονται.

	Νοσοκομείο (ΜΕΘ)				p-value
	<i>Πα.Γ.Ν.Η.</i>	<i>Ευαγγελισμός</i>	<i>Γεννηματά</i>	<i>Ρίου</i>	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση				
Μισθός και αποζημίωση	7,6±3,5	6,9±3,0	10,3±6,3	6,5±2,7	0,152
Ευκαιρίες προαγωγής	9,8±4,2	8,5±3,4	12,2±4,8	8,0±3,5	0,006
Άμεσος προϊστάμενος	17,1±4,4	19,3±3,4	15,7±4,7	18,8±3,7	0,018
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	8,0±3,4	7,8±3,7	11,6±5,2	8,4±3,8	0,022
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	9,5±4,0	9,6±2,8	11,2±5,9	7,6±3,0	0,048
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	11,7±3,4	10,8±3,7	9,5±3,9	11,9±3,1	0,090
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	15,0±3,6	16,8±3,2	15,0±4,3	15,9±3,4	0,146
Καθήκοντα εργασίας	16,0±3,6	16,8±3,5	18,6±4,0	16,8±4,4	0,141
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	12,0±4,0	13,0±3,7	13,7±4,6	9,3±2,7	0,001
Συνολική Ικανοποίηση	106,5±19,9	109,3±15,7	117,8±36,9	103,4±15,8	0,459

Έλεγχος Kruskal-Wallis.

Στον παραπάνω πίνακα γίνεται σύγκριση των επιπέδων των υποκλιμάκων που αφορούν την ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με τις μονάδες εντατικής θεραπείας όπου εργάζονται.

Παρατηρείτε ότι η μονάδα εντατικής θεραπείας του “Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Γεώργιος Γεννηματάς εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση ως προς τις υποκλίμακες : «ευκαιρίες προαγωγής» ($12,2 \pm 4,8$, $p= 0,006$), «Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές» ($11,6 \pm 5,2$, $p=0,022$), «Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία» ($11,2 \pm 5,9$, $p=0,048$) και τέλος η υποκλίμακα «Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό» ($13,7 \pm 4,6$, $p=0,001$).

Ως προς το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ” στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς την ικανοποίηση από την εργασία σε μονάδες εντατικής θεραπείας παρατηρούμε την υποκλίμακα «άμεσος προϊστάμενος» ($19,3 \pm 3,4$, $p=0,018$).

Τέλος, ως προς την συνολική ικανοποίηση των μονάδων εντατικής θεραπείας των νοσοκομείων : Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ”, “Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς"”, “Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου” και “Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών” δεν παρατηρείτε κάποια στατιστική διάφορα στις σχέσης εργασιακής ικανοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια μέτρησης των κυριότερων διαστάσεων που επηρεάζουν στην περίοδο της οικονομικής κρίσης την ικανοποίηση από την εργασία και διερεύνησης της εργασιακής ικανοποίησης του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε δημόσια νοσοκομεία των Αθηνών , της Πάτρας και της Κρήτης. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης Job Satisfaction Survey (JSS), το οποίο περιλαμβάνει 36 στοιχεία-ερωτήσεις με ενδεχόμενες απαντήσεις τύπου Likert, στο τέλος του οποίου προστέθηκαν 10 επιπλέον ερωτήσεις για την κάλυψη των δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε συνολικά από 104 άτομα (26 ιατρούς και 78 νοσηλευτές). Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά ως προς την ικανοποίηση από μισθό, τις παροχές και την προαγωγή ανάμεσα στους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές είναι πιο δυσαρεστημένοι, σε σχέση με τους γιατρούς. Επίσης παρατηρείτε πως ολόκληρο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι δυσαρεστημένο ως προς την επικοινωνία εντός του οργανισμού αλλά είναι αρκετά ευχαριστημένοι ως προς την επικοινωνία μεταξύ τους αλλά και με τους ανώτερους τους.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δυο δειγμάτων διαφέρουν μεταξύ τους. Διαφορές σε σχέση με την έρευνα του 2014 (Ματάπα) παρατηρούμε στις ηλικιακές ομάδες, στο επίπεδο εκπαίδευσης ,στο μισθό και στα έτη εργασίας.

Ποιο συγκεκριμένα στην παραπάνω έρευνα το ποσοστό των γυναικών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο συνολικά ανέρχεται στο 75% παρόμοιο ποσοστό με την έρευνα του 2010 (Κρεμέτη) το 72,5% ενώ στην έρευνα του 2014 (Ματάπα) οι γυναίκες νοσηλεύτριες ήταν 91% ενώ οι γυναίκες γιατροί στο 42,7%. Παρόλο που οι γυναίκες είναι περισσότερες όπως βλέπουμε παραπάνω, στην έρευνα μας φαίνεται πως οι άντρες ιατροί και νοσηλευτές είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τις γυναίκες στις συναρτήσεις «ευκαιρίες προαγωγής» και «εκτίμηση – αναγνώριση- ανταμοιβές».

Επιπλέον στην έρευνα αυτή παρατηρούμε πως το εισόδημα είναι ένα μεγάλο πρόβλημα για όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς επίσης θεωρούν πως δεν είναι δίκαιο το πακέτο πρόσθετων παροχών του μισθού. Έτσι παρατηρούμε πως το μηνιαίο εισόδημα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την παραπάνω έρευνα κυμαίνεται 1001-1500 ευρώ σε ποσοστό 50% , παρόμοιο ποσοστό με την έρευνα του 2010 (Κρεμένη) 51,8% αλλά και με την έρευνα του 2014 (Ματάπα) 50,9%.

Επίσης από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε πως ο μισθός και η αποζημίωση δεν ικανοποιούν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για το χρόνια εργασίας τους κατά 52,9%. Κάτι παρόμοιο παρατηρούμε στη μελέτη του 2014 (Ματάπα) πως ο βαθμός ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για το μισθό-παροχές-προαγωγή σχετίζεται με το μηνιαίο εισόδημα τους όπως επίσης και από το φύλο καθώς επίσης και από την έρευνα του 2010 (Σκληρού) όπου το 49% δεν είναι ικανοποιημένο από το μισθό και τις αποζημιώσεις που λαμβάνουν.

Παρατηρώντας την μελέτη γίνεται κατανοητό πως η ιατρική ειδικότητα συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ικανοποίηση. Γενικά παρατηρούμε πως οι ιατροί σε υποκλίμακες όπως «μισθός και αποζημίωση», «ευκαιρίες προαγωγής» και «επικοινωνία μέσα στον οργανισμό» είναι πολύ πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους

νοσηλευτές. Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίστηκαν στην έρευνα του 2014 (Ματάπα) όπου στο σύνολο περισσότερο ικανοποιημένοι βρέθηκαν οι ιατροί σε σχέση με τους νοσηλευτές. Στη μελέτη του 2014 τονίζεται πως η ιατρική ειδικότητα σε σχέση και με την έρευνα του 2009 (Γεροβασιλείου) ότι δεν υπάρχει κάποια μεταβολή στο βαθμό ικανοποίησης με αποτέλεσμα μέχρι και σήμερα να παραμένει σταθερός.

Ωστόσο σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνα αλλά και της έρευνας του 2014 παρατηρούμε πως στο νοσηλευτικό προσωπικό αυξάνεται η ικανοποίηση τους σταδιακά.

Επίσης από την παραπάνω έρευνα παρατηρούμε πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι αρκετά ικανοποιημένο από την φύση της εργασίας τους κατά 30,8% κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα του 2010 (Σκληρού) όπου η ικανοποίηση για την φύση της εργασίας βρίσκεται στο 78%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Γενικότερα, παρατηρείται ότι ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται σήμερα σε μια διαδικασία αλλαγών σε όλο το δυτικό κόσμο. Η δημογραφική δομή του πληθυσμού αλλάζει, οι απαιτήσεις των ασθενών λόγω της γήρανσης του πληθυσμού αυξάνονται και γίνονται πολύπλοκότερες, συνεπώς απαιτούνται και πιο εξειδικευμένες γνώσεις από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, οι κυβερνήσεις πιέζουν για μείωση του κόστους ενώ ταυτόχρονα ζητούν βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το προσωπικό των νοσοκομείων αντιμετωπίζει δυσκολίες στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών τους εάν δεν πληρούνται οι δικές τους ανάγκες. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων έχουν τη δυνατότητα να δημιουργήσουν εργασιακά περιβάλλοντα που προσελκύουν, παρακινούν και διατηρούν σκληρά εργαζόμενα άτομα, ώστε να είναι σε καλύτερη θέση να επιτύχουν στο ανταγωνιστικό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, όπου απαιτείται ισορροπία μεταξύ ποιότητας, κόστους και αποτελεσματικότητας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει η ανάγκη να αντιμετωπιστούν με ιδιαίτερη σοβαρότητα θέματα που σχετίζονται με το μηνιαίο εισόδημα των εργαζομένων, τις έκτακτες ανταμοιβές, τις πρόσθετες παροχές, καθώς και με τις ευκαιρίες και δυνατότητες ανέλιξης των εργαζομένων στην οργανωτική δομή του νοσοκομείου.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να ενσωματώσουν στο ίδιο πλαίσιο έρευνας την επαγγελματική ικανοποίηση των γιατρών και των νοσηλευτών με ευρήματα σχετικά με άλλα συναφή θέματα όπως η ικανοποίηση των ασθενών, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, τα ιατρικά σφάλματα, η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και η ποιότητα ζωής. Τέλος, θα ήταν ίσως σκόπιμο να προτείνουμε οι μελλοντικές έρευνες να χρησιμοποιήσουν ακόμη μεγαλύτερο δείγμα και η έρευνα να επεκταθεί

τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα ώστε τα συμπεράσματα να είναι άμεσα γενικεύσιμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδάμου Ε., Γιακουμιδακης Κ., Καδδά Ο., Καπάδοχος Θ., Βασιλόπουλος Γ., Μαρβάκη Χ., (2011), «Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας», Το βήμα του Ασκληπίου.10(2),σς. 221-239

Αλετράς Β. Ο, Μπασιουρη Φ. Ν., Κοντοδημοπουλος Ν., Ιωαννιδου Δ. Μ., Νιακας Δ. Α. (2009), “Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης Νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών ψυχομετρικών ιδιοτήτων”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Vol.26 (1) 79-89

Αρβανιτάκης Δ., Λώλου Β., (Νοέμβριος 2013) «Βιβλιογραφική ανασκόπηση της σχέσης της οργανωσιακής κουλτούρας, της εργασιακής ικανοποίησης και της ικανοποίησης των ασθενών» Πτυχιακή εργασία

Ασκητοπούλου, (1991) «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Εκδ. Λίτσας, Αθήνα.

Αντωνιάδης Α., Πελέχας Σ., (2013) «Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε δυο νοσοκομεία της Ελλάδας» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30:325-334

Γαλακούτη Ι., Ηλιόπουλος Α., (Οκτώβριος 2011) «Διερεύνηση απόψεων νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού του Π.Γ.Ν. “Αττικον” σχετικά με την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας», Πτυχιακή εργασία

Γιαννουλης, Ν., (1999) «Η ανάγκη επικοινωνίας του ασθενή στη ΜΕΘ», 2η Επιστημονική Ημερίδα Η Νοσηλευτική στις ΜΕΘ στον 21^ο αιώνα.

Δάφνη, Θεοδώρου, Μάμας και Καιτελίδου (Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2007), «Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραιατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο», Hellenic Journal of Nursing ,τόμος 46, τεύχος 4

Διαμαντόπουλος, Α., Στρατακος, Ε., «Η ιστορία ενός μουσείου ιστορίας της ιατρικής», Αχαικές εκδοσεις

Ευθυμιου, Κ, Αργαλια Ε., Κασκαμπα, Ε., Μακρη, Α., «Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;», ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 50, 22-30, 2013

Ζαβλανός, Μ. Μ. (2002). Οργανωτική Συμπεριφορά, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.

Ζακυνθινός Σ. (2009) «Εισαγωγή για τη Μονάδα Έντατικής Θεραπείας»

Ζαφειράκη Β.Κ., Μητράκη Α.Ε., (2013) «Διαχείριση συγκρούσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του χειρουργείου» Πτυχιακή Εργασία

Θανόγλου Γ., Παπαμανώλη Α., (2007) «Νοσηλευτική παρακολούθηση ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας» Πτυχιακή Εργασία

Καιτελιδου Δ., Θεόδωρου Μ., (2007) «Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο» Hellenic journal of nursing, τομος 46, τευχος 4, Οκτωβριος- Δεκεμβριος 2007.

Κατσανέβας Θ., Οικονομική της Εργασίας & Εργασιακές Σχέσεις, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα 2007, σελ. 44.

Κατσίλης Δ. , Κουτράκος Κ. (2013) «Εργασιακές σχέσεις και οικονομική κρίση», Πτυχιακή εργασία

Κουφάρης Γ., (2010) «Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές» Περιοδικό :ΧΡΗΜΑ

Κρεμετη Μαρια (2010) «Ικανοποίηση των εργαζομένων στο γενικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο Λάρισας», Διπλωματική Εργασία

Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε.,(2012) «Οικονομική κρίση και υγεία: ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα» Εκδόσεις Παπαζήσης

Μαλτσάκη Ε. (2014) «Διεπαγγελματική Συνεργασία των επαγγελματιών υγείας» Πτυχιακή Εργασία

Ματάπα Ε., (2015) «Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Ιπποκράτειου γενικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης» Διπλωματική Εργασία

Μέμας Κ. (2015) «Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις στο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

Νίακας Δ., (1994) «Η αγορά εργασίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα: Η νοσηλευτική στην Ελλάδα, εξελίξεις και προοπτικές» Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας ,σελ.25-40

Οικονομοπούλου Μ. (2011) «Μελέτη για την εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού στο γενικό νοσοκομείο Πατρών "Άγιος Αντρέας"» Διπλωματική εργασία μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης

Παπαδοπούλου Δ. (2014) «Συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας» Επιστημονικά Χρονικά, 19(4), σελ.332-344

Σκληρού Α. (2010), «Η επαγγελματική ικανοποίηση (job satisfaction) στις μονάδες υγείας ως παράγοντας ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών» ,Μελέτη περίπτωσης γενικού νοσοκομείου Ελευσίνας Θριασιου

Σερετίδου Νικολάου Δ. , (2012) «Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: πως φτάσαμε και που πάμε;» Διπλωματική εργασία

Τσίτσης Θ., Χαραλάμπους Α., (2010) «Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , τεύχος 27 , τομος 1 , σελ.106-112

Χατζηπαντελής Ε.Σ., Σιγάλα Ι. , (2010) «Η εργασιακή ικανοποίηση (job satisfaction) του νοσηλευτικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας , Στρατηγικές βελτιώσεις της ικανοποίησης στο χώρο εργασίας», Ιατρικά θέματα,51 , σελ.20-25

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Hospital Association (2008), Rapid Response Survey. «The Economic Crisis: Impact on Hospitals». Trendwatch.

Arnetz BB., (2001) “Psychological challenges facing physicians of today”, Social Science and Medicine, Vol 525:203-213

Birdsall N. (2009) “How to unlock the \$1trillion that developing countries urgently need to cope with the crisis” Center for Global development, p.1-5

Bogue, R.J., Guarneri, J.G., Reed, M., Bradley, K. & Hughes, J. (2006), "Secrets of Physician Satisfaction", The physician executive, pp. 30-39.

Bovier, P.A. & Perneger, T.V. (2003), "Predictors of work satisfaction among physicians", The European Journal of Public Health, vol. 13, no. 4, pp. 299-305.

Bowling A.,(2014) “Μεθοδολογία έρευνας στην υγεία: Μελέτη της υγείας και των υπηρεσιών υγείας”.

BURCHELL B. “The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health. In: Gallie D, Marsh C, Vogler C (eds) Social change and the experience of unemployment”. Oxford University Press, Oxford, 1994:188–212

Dunstone DC, Reames HR, (2001) : “Physicial satisfaction revisited” ,Soc Sci Med, Vol 52(6):825-837.

Erman J. (2009), «Economic Crisis: Impact to Hospitals». All Nursing - Sense and More.<http://allnursingsense.blogspot.com/2009/12/economiccrisis-impact-to-hospitals.html> (5/1/11).

European Commission (2009) “Economic and Financial Affairs: Causes, consequences and responses” European Economy , Brussels, p.1-87

Filey, A., 1975 . Interpersonal conflict resolution. scott: Forsman.

Hoffoss D, Falkum E, Gjerberg E., (1997) “Positive feedback for good medical work-a short supply commodity?” Tidsskr bor Laegeforen, 117:1094-1098

Kaarna M. Polluse K. Lpnum R, Thetloff M. (2004) . “Theprogress of reforms: Job satisfaction in a typical hospital in Estonia” International Journal of Quality Health Care, Vol.16:253-261.

Kangas S., Kee CC, McKee-Waddle R., (1999), “Organizational Factors, Nurses Job Satisfaction and Patient Satisfaction with Nursing Care”, Journal of Nursing Administration, Vol 29(1):32-42.

Locke, E.A. (1969), "What is job satisfaction?", *Organizational behavior and human performance*, vol. 4, no. 4, pp. 309-336.

Ma, C., Samuels, M.E.D.H. & Alexander, J.W. (2003), "Factors That Influence Nurses'

Job Satisfaction", *Journal of Nursing Administration. Research in Nursing*

Administration, vol. 33, no. 5, pp. 293-299.

Marquis, B. & Jorgesen, C., 1994. Management decision making for nurses. Στο: s.l.: Lippincott Co, pp. 285, 287,291..

Mosadeghrad, A.M. & De Moraes, A. (2009), "Factors affecting employees' job satisfaction in public: Implications for recruitment and retention", *Journal of General Management*, vol. 34, no. 4, pp. 51-66.

Mosadeghrad, A.M., Ferlie, E. & Rosenberg, D. (2008), "A study of the relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees", *Health Services Management Research*, vol. 21, no. 4, pp. 211-227.

Needleman J., Buerhaus P., MAttke S., Stewart M., Zelevinsky K., (2002) «Nurse staffing levels and the quality of care in Hospitals» ,*N.Eugl J. Med*, vol: 346, p. 1715-1722

Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Forde, R. & Aasland, O.G. (2005), "Job satisfaction among Norwegian general practitioners", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 23, pp. 198-202.

Paleologou, V., Kontodimopoulos, N., Stamouli, A., Aletras, V. & Niakas, D. (2006), "Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector", *BMC Health Services Research*, vol. 6, no. 1, pp. 118

Porter, L., 1996. Conflict. *Seminars in Perioperative Nursing*, Issue 5, pp. 199-126.

Qian, F. & Lim, M.K. (2008), "Professional satisfaction among Singapore physicians", *Health Policy*, vol. 85, no. 3, pp. 363-371.

Smith, P., Kendall, L.M. & Hulin, C.L. (1975), "*The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement*". Chicago, Ill: Rand McNally.

Spector, P.E. (1997), "Job Satisfaction: Application, Assessment, Cause and Consequences", London, UK: *Sage Publications*.

Strickler D., Basy S.,Suhrcke M., Coutts A., McKee M., (2009) "The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis", *Lancet* , vol.374, p.315-323

STUCKLER D, BASU S, SUHRCKE M, COUTTS A, McKEE M. "The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis". *Lancet* 2009, 374:315–323

Taylor C., Lillis C., Lemone P.,(2012) "Θεμελιώδης αρχές της νοσηλευτικής ,η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας", τόμος 1,σελ. 35

Vroom Victor H. (1964) "Work and Motivation New York: John Wiley and Sons",
Ins

Weiss, H. M. (2002). Deconstructing job Satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences, *Human Resource Management Review*, 12(2), 173-194

Weissman, C.A., & Nathanson, C.A. (1985) Professional satisfaction and client outcomes, *Medical Care*, 23, p.1 179-1192.

WHO (2009-a), «Health amid a financial crisis: a complex diagnosis». *Bull. World Health Organ.*, 87:1–80. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109/en/index.html> (19/1/11).

WHO (2009-b), «The financial crisis and global health: report of a high-level consultation». World Health Organization, Geneva.

http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf(19/1/11).

Zangaro, G.A. & Soeken, K.L. (2007), "A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction", *Research in nursing & health*, vol. 30, no. 4, pp. 445-458.

Zeytinoglu, I.U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J. & Boos, L. (2007), "Associations between Work Intensification, Stress and Job Satisfaction: The Case of Nurses in Ontario", *Relations Industrielles / Industrial Relations*, vol. 62, no. 2, pp. 201-225.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

	<p align="center">ΕΡΕΥΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ</p> <p align="center">Paul E. Spector Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο της Νότιας Φλόριντας</p> <p>Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved</p>	
	<p>Σας παρακαλούμε αφιερώστε λίγο από τον χρόνο σας για να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο.</p> <p>Για κάθε ερώτηση κυκλώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο την άποψή σας σχετικά με αυτήν.</p>	<p align="center">Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ αρκετά Συμφωνώ ελάχιστα Διαφωνώ ελάχιστα Διαφωνώ αρκετά Διαφωνώ απόλυτα</p>
1	Πιστεύω ότι αμείβομαι δίκαια για την εργασία που κάνω.	1 2 3 4 5 6
2	Υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στη δουλειά μου.	1 2 3 4 5 6
3	Ο/Η προϊστάμενός μου είναι πολύ ικανός/ή στη δουλειά του.	1 2 3 4 5 6
4	Δεν είμαι ικανοποιημένος από τις πρόσθετες παροχές (ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδοχών, συνταξιοδοτικές προοπτικές) που λαμβάνω, πέραν του μισθού.	1 2 3 4 5 6
5	Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, αναγνωρίζεται όπως θα έπρεπε.	1 2 3 4 5 6
6	Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες μας, καθιστούν την διεκπεραίωση μία σωστής δουλειάς, δύσκολη.	1 2 3 4 5 6
7	Συμπαθώ τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύω μαζί.	1 2 3 4 5 6
8	Μερικές φορές αισθάνομαι πως η εργασία μου δεν έχει νόημα.	1 2 3 4 5 6
9	Η επικοινωνία φαίνεται καλή σ' αυτόν τον οργανισμό.	1 2 3 4 5 6
10	Οι αυξήσεις του μισθού είναι πολύ λίγες και σπάνιες.	1 2 3 4 5 6
11	Αυτοί που εργάζονται σωστά έχουν αρκετές πιθανότητες προαγωγής.	1 2 3 4 5 6
12	Ο προϊστάμενός μου είναι άδικος μαζί μου.	1 2 3 4 5 6

13	Οι πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού, είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν οι περισσότεροι άλλοι οργανισμοί.	1	2	3	4	5	6
14	Δεν θεωρώ πως η δουλειά μου εκτιμάται.	1	2	3	4	5	6
15	Οι προσπάθειες για να κάνω σωστά τη δουλειά μου σπάνια εμποδίζονται από τη γραφειοκρατία.	1	2	3	4	5	6
16	Θεωρώ ότι πρέπει να δουλεύω πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών μου.	1	2	3	4	5	6
17	Μου αρέσουν αυτά που κάνω στην εργασία μου.	1	2	3	4	5	6
18	Οι στόχοι του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι ξεκάθαροι.	1	2	3	4	5	6

19	Όταν σκέπτομαι την αμοιβή μου, αισθάνομαι ότι ο οργανισμός στον οποίο δουλεύω δεν με εκτιμά.	1	2	3	4	5	6
20	Το προσωπικό του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι προάγεται τόσο γρήγορα όσο γίνεται και αλλού.	1	2	3	4	5	6
21	Ο προϊστάμενός μου ενδιαφέρεται ελάχιστα για τα συναισθήματα των υφισταμένων του.	1	2	3	4	5	6
22	Το πακέτο πρόσθετων παροχών πέραν του μισθού που έχουμε είναι δίκαιο.	1	2	3	4	5	6
23	Υπάρχουν λίγες ανταμοιβές για όσους εργάζονται εδώ.	1	2	3	4	5	6
24	Έχω περισσότερα από ότι θα έπρεπε να κάνω στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
25	Περνάω ευχάριστα με τους συνεργάτες μου.	1	2	3	4	5	6
26	Συχνά αισθάνομαι ότι δεν ξέρω τι συμβαίνει με τον οργανισμό στον οποίο εργάζομαι.	1	2	3	4	5	6
27	Αισθάνομαι υπερήφανος κατά την εκτέλεση της εργασίας μου.	1	2	3	4	5	6
28	Αισθάνομαι ικανοποιημένος από τις ευκαιρίες μισθολογικών αυξήσεων, που μου παρέχονται.	1	2	3	4	5	6
29	Υπάρχουν πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού που θα έπρεπε να λαμβάνουμε αλλά αυτό δεν συμβαίνει.	1	2	3	4	5	6
30	Συμπαθώ τον προϊστάμενό μου.	1	2	3	4	5	6
31	Έχω περισσότερη από ότι θα έπρεπε γραφική εργασία να κάνω.	1	2	3	4	5	6
32	Δεν θεωρώ ότι οι προσπάθειές μου ανταμείβονται όπως θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
33	Είμαι ικανοποιημένος από τις ευκαιρίες προαγωγής που μου παρέχονται.	1	2	3	4	5	6
34	Υπάρχουν πολλοί διαπληκτισμοί και διαμάχες στη δουλειά.	1	2	3	4	5	6
35	Η εργασία μου είναι ευχάριστη.	1	2	3	4	5	6

36	Οι εργασίες ανατίθενται χωρίς να επεξηγούνται πλήρως.	1	2	3	4	5	6
-----------	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Οι πληροφορίες που ζητούνται παρακάτω θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για στατιστική επεξεργασία και για κανένα άλλο σκοπό.

37. Ποια είναι η ηλικία σας;

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22-29 ετών | 30- 39 | 40-49 | 50-60 | 60 και πάνω |

38. Ποιο είναι το φύλο σας;

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Άρρεν | Θήλυ |

39. Είστε γιατρός ή νοσηλεύτης/ρια;.....

40. Ποια είναι η ειδικότητά σας;.....

41. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο νοσοκομείο:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1-2 χρόνια | 3 - 5 | 6 – 10 | 11-20 | πάνω από 20 |

42. Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από το νοσοκομείο (μετά φόρων και ασφαλιστικών κρατήσεων):

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| έως 1000€ | 1001€- 1500€ | 1501€-2000€ | 2001€-2500€ | 2501€-3000€ |

43. Επίπεδο εκπαίδευσης:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Κάτοχος | Κάτοχος | Κάτοχος | Κάτοχος | Κάτοχος |

πτυχίου Α.Ε.Ι πτυχίου Τ.Ε.Ι πτυχίου σχολής μεταπτυχιακού τίτλου διδακτορικού τίτλου
2ετούς φοίτησης

44. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Έγγαμος

Άγαμος

Χήρος /α

Διαζευγμένη /ος

45. Αριθμός Παιδιών:.

0-1

2-3

4-5

πανώ από 6

46. Έχετε συμπληρώσει άλλη φορά στο παρελθόν ερωτηματολόγια ερευνών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

2. ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά 104 συμμετεχόντων στην έρευνα

		v	%
Φύλο	<i>άνδρες</i>	26	25,0
	<i>γυναίκες</i>	78	75,0
Ηλικία, χρόνια	<i>22-29</i>	9	8,7
	<i>30-39</i>	44	42,3
	<i>40-49</i>	40	38,5
	<i>50-60</i>	11	10,5
	<i>μέση τιμή (τυπ. αποκλ.)</i>	40,2 (7,8)	
Ειδικότητα	<i>ιατρός</i>	26	25,0
	<i>νοσηλεύτης/τρια</i>	78	75,0
Εκπαίδευση	<i>2-ετούς σχολής</i>	7	6,7
	<i>ΤΕΙ</i>	49	47,2
	<i>ΑΕΙ</i>	13	12,5
	<i>μεταπτυχιακό</i>	28	26,9
	<i>διδακτορικό</i>	7	6,7
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμος/η</i>	53	51,0
	<i>άγαμος/η</i>	42	40,3
	<i>διαζευγμένος/η - χήρος/α</i>	9	8,7
Αριθμός παιδιών	<i>0</i>	42	40,4

	<i>1</i>	15	14,4
	<i>2+</i>	47	45,2
Χρόνια εργασίας			
	<i>0-2</i>	10	9,6
	<i>3-5</i>	17	16,4
	<i>6-10</i>	31	29,8
	<i>11-20</i>	33	31,7
	<i>21+</i>	13	12,5
Μηνιαίο εισόδημα			
	<i>έως €1000</i>	42	40,4
	<i>1001-1500</i>	52	50,0
	<i>1501-2000</i>	7	6,7
	<i>2001-2500</i>	3	2,9
Νοσοκομείο (ΜΕΘ)			
	<i>Πα.Γ.Ν.Η.</i>	26	25,0
	<i>Ευαγγελισμού</i>	32	30,8
	<i>Γεννηματά</i>	22	21,2
	<i>Ρίου</i>	24	23,1

Πίνακας 2. Κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Κλίμακα Ικανοποίησης από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα

	διαφωνώ			συμφωνώ		
	απόλυτα	αρκετά	ελάχιστα	ελάχιστα	αρκετά	απόλυτα
1. Πιστεύω ότι αμείβομαι δίκαια για την εργασία που κάνω.	52,9%	24,0%	7,7%	4,8%	7,7%	2,9%
2. Υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στη δουλειά μου.	3,8%	15,4%	7,7%	8,7%	36,5%	27,9%
3. Ο/Η προϊστάμενός μου είναι πολύ ικανός/ή στη δουλειά του.	1,9%	5,8%	12,5%	14,4%	41,3%	24,0%
4. Δεν είμαι ικανοποιημένος από τις πρόσθετες παροχές (ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδογών, συνταξιοδοτικές προοπτικές) που λαμβάνω, πέραν του μισθού.	7,7%	8,7%	7,7%	10,6%	29,8%	35,6%
5. Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, αναγνωρίζεται όπως θα έπρεπε.	21,2%	26,0%	17,3%	15,4%	12,5%	7,7%
6. Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες μας, καθιστούν την διεκπεραίωση μία σωστής δουλειάς, δύσκολη.	4,8%	10,6%	9,6%	12,5%	28,8%	33,7%
7. Συμπαθώ τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύω μαζί.	1,9%	3,8%	3,8%	14,4%	50,0%	26,0%
8. Μερικές φορές αισθάνομαι πως η εργασία μου δεν έχει νόημα.	23,1%	16,3%	9,6%	20,2%	20,2%	10,6%
9. Η επικοινωνία φαίνεται καλή σ' αυτόν τον οργανισμό.	10,6%	26,9%	14,4%	21,2%	23,1%	3,8%
10. Οι αυξήσεις του μισθού είναι πολύ λίγες και σπάνιες.	7,7%	1,0%	4,8%	1,9%	13,5%	71,2%
11. Αυτοί που εργάζονται σωστά έχουν αρκετές πιθανότητες προαγωγής.	38,5%	30,8%	9,6%	6,7%	7,7%	6,7%
12. Ο προϊστάμενός μου είναι άδικος μαζί μου.	32,7%	32,7%	11,5%	11,5%	8,7%	2,9%
13. Οι πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού, είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν οι περισσότεροι άλλοι οργανισμοί.	50,0%	22,1%	14,4%	4,8%	4,8%	3,8%
14. Δεν θεωρώ πως η δουλειά μου εκτιμάται.	8,7%	7,7%	8,7%	11,5%	26,0%	37,5%

15. Οι προσπάθειες για να κάνω σωστά τη δουλειά μου σπάνια εμποδίζονται από τη γραφειοκρατία.	21,2%	20,2%	5,8%	20,2%	16,3%	16,3%
16. Θεωρώ ότι πρέπει να δουλεύω πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών μου.	12,5%	15,4%	16,3%	19,2%	20,2%	16,3%
17. Μου αρέσουν αυτά που κάνω στην εργασία μου.	4,8%	4,8%	8,7%	22,1%	29,8%	29,8%
18. Οι στόχοι του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι ξεκάθαροι.	4,8%	12,5%	18,3%	14,4%	23,1%	26,9%
19. Όταν σκέπτομαι την αμοιβή μου, αισθάνομαι ότι ο οργανισμός στον οποίο δουλεύω δεν με εκτιμά.	1,9%	7,7%	8,7%	7,7%	27,9%	46,2%
20. Το προσωπικό του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι προάγεται τόσο γρήγορα όσο γίνεται και αλλού.	29,8%	37,5%	10,6%	12,5%	6,7%	2,9%
21. Ο προϊστάμενός μου ενδιαφέρεται ελάχιστα για τα συναισθήματα των υφισταμένων του.	16,3%	24,0%	16,3%	22,1%	13,5%	7,7%
22. Το πακέτο πρόσθετων παροχών πέραν του μισθού που έχουμε είναι δίκαιο.	52,9%	23,1%	3,8%	9,6%	8,7%	1,9%
23. Υπάρχουν λίγες ανταμοιβές για όσους εργάζονται εδώ.	4,8%	1,0%	10,6%	5,8%	29,8%	48,1%
24. Έχω περισσότερα από ότι θα έπρεπε να κάνω στη δουλειά μου.	5,8%	7,7%	2,9%	18,3%	32,7%	32,7%
25. Περνάω ευχάριστα με τους συνεργάτες μου.	2,9%	7,7%	7,7%	14,4%	40,4%	26,9%
26. Συχνά αισθάνομαι ότι δεν ξέρω τι συμβαίνει με τον οργανισμό στον οποίο εργάζομαι.	3,8%	14,4%	11,5%	21,2%	24,0%	25,0%
27. Αισθάνομαι υπερήφανος κατά την εκτέλεση της εργασίας μου.	0,0%	6,7%	8,7%	11,5%	34,6%	38,5%
28. Αισθάνομαι ικανοποιημένος από τις ευκαιρίες μισθολογικών αυξήσεων, που μου παρέχονται.	55,8%	24,0%	6,7%	5,8%	3,8%	3,8%
29. Υπάρχουν πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού που θα έπρεπε να λαμβάνουμε αλλά αυτό δεν συμβαίνει.	6,7%	6,7%	7,7%	10,6%	21,2%	47,1%
30. Συμπαθώ τον προϊστάμενό μου.	2,9%	3,8%	9,6%	11,5%	38,5%	33,7%
31. Έχω περισσότερη από ότι θα έπρεπε γραφική εργασία να κάνω.	9,6%	12,5%	5,8%	20,2%	16,3%	35,6%
32. Δεν θεωρώ ότι οι προσπάθειές μου ανταμείβονται όπως θα έπρεπε.	3,8%	2,9%	5,8%	12,5%	25,0%	50,0%

33. Είμαι ικανοποιημένος από τις ευκαιρίες προαγωγής που μου παρέχονται.	42,3%	26,9%	11,5%	10,6%	4,8%	3,8%
34. Υπάρχουν πολλοί διαπληκτισμοί και διαμάχες στη δουλειά.	3,8%	11,5%	17,3%	26,0%	26,0%	15,4%
35. Η εργασία μου είναι ευχάριστη.	10,6%	16,3%	9,6%	21,2%	30,8%	11,5%
36. Οι εργασίες ανατίθενται χωρίς να επεξηγούνται πλήρως.	6,7%	14,4%	20,2%	22,1%	19,2%	17,3%

Έλεγχος χ^2 (ομοιογένειας). Διαπιστώθηκε σημαντική ($p < 0,05$) διαφοροποίηση αποκρίσεων σε όλες τις ερωτήσεις εκτός τις: 8, 15, 16, 21 και 36.

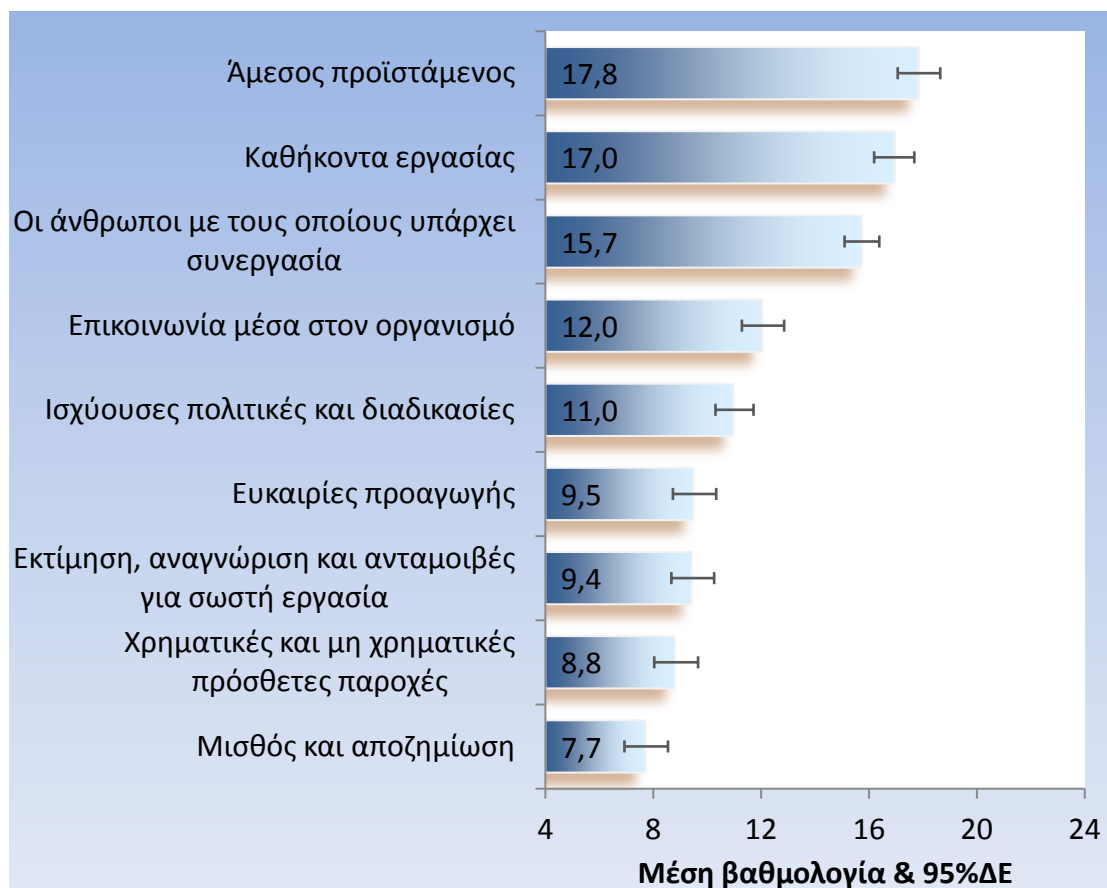
Πίνακας 3. Επίπεδα 9 υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα

<i>Υποκλίμακες</i>	Ελάχ.	Μέγ.	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ασυμμετρία	Cronbach's α
Μισθός και αποζημίωση	4	24	7,7	4,2	7,0	1,636	0,729
Ευκαιρίες προαγωγής	4	23	9,5	4,2	9,0	0,983	0,673
Άμεσος προϊστάμενος	5	24	17,8	4,2	18,0	-0,779	0,765
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	4	23	8,8	4,2	9,0	0,986	0,659
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	4	24	9,4	4,1	8,0	1,262	0,648
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	4	19	11,0	3,6	10,5	0,180	0,534
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	4	23	15,7	3,6	16,0	-0,496	0,569
Καθήκοντα εργασίας	7	24	17,0	3,9	17,0	-0,211	0,560

Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	5	23	12,0	4,1	12,0	0,329	0,609
Συνολική Ικανοποίηση	63	202	109,0	23,0	106,0	1,266	0,877

Υψηλή βαθμολογία εκτιμά υψηλή ικανοποίηση.

Σχήμα 1. Σύγκριση επιπέδων 9 υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα



Πίνακας 4. Συσχετίσεις υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τους

	Ηλικία	Εκπαίδευση	Χρόνια εργασίας	Μηνιαίο εισόδημα
	rho-Spearman			
Μισθός και αποζημίωση	-0,125	0,186	-0,259*	0,087
Ευκαιρίες προαγωγής	0,008	0,180	-0,107	0,141
Άμεσος προϊστάμενος	0,135	-0,066	0,276*	0,052
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	0,007	0,198*	-0,159	0,160
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	-0,095	0,169	-0,138	0,141
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	0,055	-0,165	0,182	-0,046
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	-0,174	0,280*	-0,006	-0,009
Καθήκοντα εργασίας	-0,091	0,154	-0,174	0,170
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	-0,171	0,186	-0,105	0,135
Συνολική Ικανοποίηση	-0,072	0,210*	-0,034	0,152

* p-value≤0.05

Πίνακας 5. Συγκρίσεις επιπέδων υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς το φύλο τους

	φύλο		p-value
	άνδρες	γυναίκες	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση		
Μισθός και αποζημίωση	10,0±5,0	7,0±3,6	0,002
Ευκαιρίες προαγωγής	11,7±4,4	8,8±3,8	0,002
Άμεσος προϊστάμενος	18,3±3,9	17,7±4,3	0,598
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	11,2±4,6	8,0±3,8	0,001
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	11,5±4,4	8,7±3,8	0,001
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	11,0±3,2	11,0±3,7	0,916
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	16,4±3,6	15,5±3,6	0,156
Καθήκοντα εργασίας	17,5±4,1	16,8±3,8	0,384
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	13,7±4,4	11,5±3,8	0,026
Συνολική Ικανοποίηση	121,4±27,0	104,9±20,1	0,001

Έλεγχοι Mann-Whitney.

Πίνακας 6. Συγκρίσεις επιπέδων υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς την ειδικότητα τους

	ειδικότητα		p-value
	ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση		
Μισθός και αποζημίωση	11,3±5,6	6,5±2,7	<0,001
Ευκαιρίες προαγωγής	12,6±5,2	8,5±3,2	<0,001
Άμεσος προϊστάμενος	17,2±4,2	18,1±4,2	0,384
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	12,1±4,9	7,7±3,3	<0,001
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	13,0±5,3	8,3±2,9	<0,001
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	10,2±3,8	11,2±3,5	0,153
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	16,2±3,8	15,6±3,6	0,472
Καθήκοντα εργασίας	18,8±3,6	16,4±3,8	0,008
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	14,3±4,9	11,3±3,5	0,004
Συνολική Ικανοποίηση	125,6±31,8	103,5±16,0	<0,001

Έλεγχοι Mann-Whitney.

Πίνακας 7. Συγκρίσεις επιπέδων υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.

	Οικογενειακή κατάσταση			p-value
	έγγαμος/η	άγαμος/η	διαζευγμένος/ η - χήρος/α	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση			
Μισθός και αποζημίωση	7,5±4,1	7,9±4,2	8,0±4,6	0,856
Ευκαιρίες προαγωγής	9,3±4,0	9,3±4,0	11,4±5,6	0,527
Άμεσος προϊστάμενος	18,6±3,6	17,2±4,8	16,1±4,3	0,174
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	8,3±4,0	9,5±4,5	8,2±4,2	0,396
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	9,3±4,1	9,8±4,4	8,3±2,7	0,804
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	11,1±3,4	10,9±3,8	10,9±4,0	0,965
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	15,7±3,2	15,6±4,1	16,6±3,9	0,810
Καθήκοντα εργασίας	17,4±3,7	17,1±3,8	13,3±3,9	0,029
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	11,6±4,1	12,7±4,2	11,8±3,0	0,495
Συνολική Ικανοποίηση	109,0±22,6	110,0±25,0	104,7±17,0	0,911

Έλεγχοι Kruskal-Wallis.

Πίνακας 8. Συγκρίσεις επιπέδων υποκλιμάκων που αφορούν την Ικανοποίηση από την Εργασία (Job Satisfaction Survey scale) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, ως προς τις μονάδες όπου εργάζονται.

	Νοσοκομείο (ΜΕΘ)				p-value
	<i>Πα.Γ.Ν.Η.</i>	<i>Ευαγγελισμός</i>	<i>Γεννηματά</i>	<i>Ρίου</i>	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση				
Μισθός και αποζημίωση	7,6±3,5	6,9±3,0	10,3±6,3	6,5±2,7	0,152
Ευκαιρίες προαγωγής	9,8±4,2	8,5±3,4	12,2±4,8	8,0±3,5	0,006
Άμεσος προϊστάμενος	17,1±4,4	19,3±3,4	15,7±4,7	18,8±3,7	0,018
Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές	8,0±3,4	7,8±3,7	11,6±5,2	8,4±3,8	0,022
Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για σωστή εργασία	9,5±4,0	9,6±2,8	11,2±5,9	7,6±3,0	0,048
Ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες	11,7±3,4	10,8±3,7	9,5±3,9	11,9±3,1	0,090
Οι άνθρωποι με τους οποίους υπάρχει συνεργασία	15,0±3,6	16,8±3,2	15,0±4,3	15,9±3,4	0,146
Καθήκοντα εργασίας	16,0±3,6	16,8±3,5	18,6±4,0	16,8±4,4	0,141
Επικοινωνία μέσα στον οργανισμό	12,0±4,0	13,0±3,7	13,7±4,6	9,3±2,7	0,001
Συνολική Ικανοποίηση	106,5±19,9	109,3±15,7	117,8±36,9	103,4±15,8	0,459

Έλεγχοι Kruskal-Wallis.