



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**<<Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ. ΜΕΛΕΤΗ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ>>**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ

ΒΑΜΠΟΥΛΑΣ ΘΩΜΑΣ

ΤΣΙΟΥΝΤΣΙΟΥΡΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ ΕΛΕΝΗ

Καλαμάτα 2011

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	6
1.1 ΓΕΝΙΚΑ	6
1.2 ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	8
1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	11
<i>1.3.1 Σύγχρονη οργάνωση επαγγελματικής ικανοποίησης</i>	<i>12</i>
1.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ - ΘΕΩΡΙΕΣ MANAGEMENT ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	15
<i>1.4.1 Θεωρίες ικανοποίησης</i>	<i>15</i>
1.5 ΆΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ MANAGEMENT	15
<i>1.5.1 Η θεωρία του Taylor και το επιστημονικό management</i>	<i>16</i>
<i>1.5.2 Ο Mayo και οι μελέτες Hawthorne</i>	<i>16</i>
<i>1.5.3 Ο McGregor και η θεωρία του X και του Y</i>	<i>17</i>
<i>1.5.4 Η θεωρία των τριών αναγκών του McClelland (1961)</i>	<i>18</i>
1.6 ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ	19
<i>1.6.1 Οι έρευνες ικανοποίησης στην Ελλάδα</i>	<i>19</i>
<i>1.6.2 Οι έρευνες ικανοποίησης σε διεθνές επίπεδο</i>	<i>23</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	27
2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ	27
2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	28
<i>2.2.1 Καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών</i>	<i>30</i>
2.3 ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	31
<i>2.3.1 Ατομικές διαφορές ασθενών και μέτρια αποτελέσματα</i>	<i>31</i>
2.4 ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	32
2.5 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΛΑΤΗ - ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ	34
<i>2.5.1 Οι συνέπειες του να έχεις δυσαρεστημένους ασθενείς</i>	<i>34</i>
<i>2.5.2 Όψεις της ικανοποίησης του ασθενή</i>	<i>35</i>
<i>2.5.3 Μερικοί τρόποι χρήσης των στοιχείων ικανοποίησης του ασθενή</i>	<i>37</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	39
3.1 ΓΕΝΙΚΑ	39
3.2 ΚΑΘΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	39
3.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	45
3.4 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΛΑΤΗ - ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΤΡΙΚΑΛΩΝ» - ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	51
4.1 Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικαλών.....	51
4.1.1 <i>Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου.....</i>	<i>51</i>
4.1.2 <i>Στελέχωση νοσοκομείου.....</i>	<i>51</i>
4.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	60
4.2.1 <i>Σκοπός της έρευνας.....</i>	<i>60</i>
4.2.2 <i>Μεθοδολογία - Όργανο μέτρησης.....</i>	<i>61</i>
4.2.3 <i>Συλλογή δεδομένων.....</i>	<i>62</i>
4.2.4 <i>Κριτήρια επιλογής δείγματος.....</i>	<i>62</i>
4.3. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	63
4.3.1. <i>Δημογραφικά ασθενών.....</i>	<i>63</i>
4.3.2. <i>Δημογραφικά προσωπικό.....</i>	<i>67</i>
4.3.3. <i>Περιγραφικά αποτελέσματα ασθενών.....</i>	<i>73</i>
4.3.4. <i>Περιγραφικά αποτελέσματα προσωπικό.....</i>	<i>85</i>
4.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	88
4.4.1 <i>ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</i>	<i>88</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	93

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και την ικανοποίηση των ασθενών, από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα θα καταγραφούν και θα συγκριθούν τα χαρακτηριστικά της ικανοποίησης τόσο των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας, όσο και των ασθενών, θα διερευνηθούν χαρακτηριστικά επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων και θα προταθούν μέτρα βελτίωσης στην εργασία των νοσηλευτών – ιατρών.

Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίχθηκε στη συλλογή πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων. Τα δευτερογενή δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιώντας πληθώρα πηγών όπως το διαδίκτυο, βιβλία, άρθρα και περιοδικά, τα οποία αφορούσαν στην επαγγελματική ικανοποίηση και την ικανοποίηση των ασθενών. Τα πρωτογενή στοιχεία συλλέχθηκαν μέσα από τη διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας, στο νοσοκομείο Τρικάλων χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δημογραφικές ερωτήσεις, προκειμένου να εκτιμηθεί η κοινωνικό-δημογραφική κατάσταση του δείγματος, αλλά και ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο, την άφιξη στο νοσοκομείο, το νοσηλευτικό προσωπικό, το ιατρικό προσωπικό, το υπόλοιπο προσωπικό, το φαγητό, το εσωτερικό περιβάλλον, τις διαδικασίες, την έξοδο από το νοσοκομείο, και την συνολική ικανοποίηση.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων έλαβε επαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του και τη θεραπευτική αγωγή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενώ ένα μικρό ποσοστό χρειάστηκε να πληρώσει παραπάνω για κάποια υπηρεσία, άτυπα ή για κάποιον υπάλληλο, παρόλο που δε θα έπρεπε. Αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, ένα μικρό ποσοστό ανέφερε ότι οι νοσοκόμες έδειξαν ενδιαφέρον και τους περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και δεν ήταν αγενής μαζί τους. Οι ιατροί από την πλευρά τους, βάσει των ερωτώμενων, τους εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες και ήταν πρόθυμοι να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους.

Συμπερασματικά οι ασθενείς φαίνονται ικανοποιημένοι από τις παροχές του νοσοκομείου, και από την ιατρική και νοσηλευτική θεραπεία που έλαβαν. Οι εργαζόμενοι από την πλευρά τους δεν είναι ικανοποιημένοι από τις αποδοχές, τη γραφειοκρατία, και από τις πέρα από το μισθό απολαβές. Είναι όμως ικανοποιημένοι

από τη δουλειά τους, από την τη διοίκηση, από τους ανώτερους τους και από τις
ικανότητές τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία μελετά την επαγγελματική ικανοποίηση και την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, ως παράγοντα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η εργασία αποτελείται συνολικά από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η επαγγελματική ικανοποίηση, αποσαφηνίζοντας εννοιολογικά το περιεχόμενό της και επιχειρώντας μια σύντομη ιστορική αναδρομή. Στη συνέχεια παρατίθενται διάφορες θεωρίες μανάτζμεντ αναφορικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, αλλά και μελέτες μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης στην Ελλάδα και διεθνώς. Στο τέλος του κεφαλαίου παρουσιάζονται τα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών, παραθέτοντας τον ορισμό της ικανοποίησης των ασθενών, τους παράγοντες που αυξάνουν το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών, την αναγκαιότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αλλά και τις συνέπειες από την ικανοποίηση αυτή.

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει την ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτη της ποιότητας φροντίδας, καθορίζοντας την έννοια της ποιότητας φροντίδας αλλά και την εκτίμηση του ασθενή- πελάτη για την ποιότητα της φροντίδας.

Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει συνοπτικά το νοσοκομείο Τρικάλων, στο οποίο διεξάγεται η παρούσα έρευνα, τη μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η διεξαγωγή της έρευνας και τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται το οργανόγραμμα του νοσοκομείου, η στελέχωσή του, ο σκοπός της έρευνας, το όργανο μέτρησης της ικανοποίησης, τα κριτήρια επιλογής του δείγματος αλλά και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε. Στο τέλος του κεφαλαίου παρουσιάζεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και τα βασικά της συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

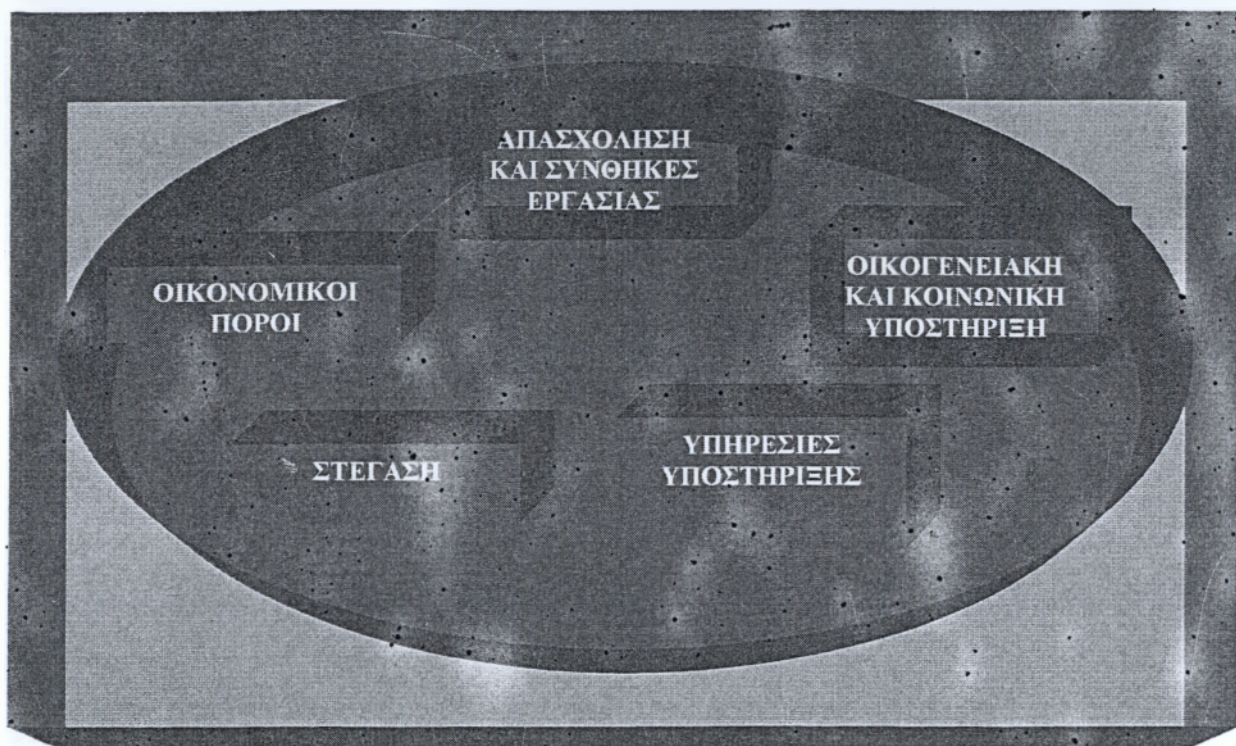
1.1 Γενικά

Το αίσθημα της ευχαρίστησης και της επιτυχίας, το οποίο βιώνει ένας εργαζόμενος στη δουλειά του, προέρχεται πρωτίστως από την αξία της δουλειάς που κάνει και μετά από τα αισθήματα που τον βοηθάει να βιώσει¹.

Θα ξεκινήσουμε την εισαγωγή μας στην επαγγελματική ικανοποίηση, χρησιμοποιώντας το άρθρο της Danielle Hollar (2003). Η συγκεκριμένη συγγραφέας θεωρεί πως ο σχεδιασμός και στη συνέχεια η αξιολόγηση μερικών κοινωνικών μεταρρυθμίσεων στηρίζονται σε ένα οικονομικό πρίσμα. Το πρίσμα αυτό περιλαμβάνει σημαντικές πτυχές της κοινωνικής ζωής του ατόμου (ή των κοινωνικών ομάδων). Το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργήσει ονομάζεται «Ποιότητα Ζωής». Το συγκεκριμένο μοντέλο της «Ποιότητας Ζωής», μας δίνει ένα ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο μπορούμε να κινηθούμε και να καθορίσουμε τις μεταβλητές του θεωρητικού μέρους της μελέτης μας. Σχηματικά τα πέντε συστατικά της ποιότητας ζωής είναι τα ακόλουθα:

¹ Daniel Hollar (2003) A holistic Theoretical Model for Examining Welfare Reform: Quality of Life, Public Administration Review, January/February 2003, Vol. 63, No.1 (pp. 90-101)

Σχήμα 1-1 Τα πέντε συστατικά της ποιότητας ζωής



Πηγή: Daniel Hollar (2003) A holistic Theoretical Model for Examining Welfare Reform: Quality of Life, Public Administration Review, January/February 2003, Vol. 63, No.1 (pp. 90-101)

Το επάγγελμα του κάθε ανθρώπου, παίζει σημαίνοντα ρόλο στη ζωή του. Το βασικό για το άτομο είναι να νοιώθει ικανοποίηση στο χώρο εργασίας του. Ανάλογα με το είδος της εργασίας και τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτήν, το άτομο αναπτύσσει αντίστοιχη στάση απέναντί της.

Η επαγγελματική ικανοποίηση απασχολεί και τους ψυχολόγους, αλλά και τους εργοδότες. Αυτή είναι που επηρεάζει την ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού και ενδιαφέρει την εργοδοσία, διότι μέσω αυτής αυξάνεται η αποδοτικότητα των εργαζομένων². Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι άμεσα συνυφασμένη, με την αύξηση της παραγωγικότητας αλλά και με την εξασφάλιση της υψηλής ποιότητας παρασκευής.

² Κάντας Α. (1998) Οργανωτική – Βιομηχανική –ψυχολογία.: Κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση- Ηγεσία 9 Γ' έκδοση) Αθήνα: Ελληνικά γράμματα

1.2 Γενικές έννοιες επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι απαραίτητα συνυφασμένη με τα κίνητρα. Η πρώτη έχει να κάνει με συναισθήματα που νοιώθει ο εργαζόμενος στο χώρο εργασίας του, ενώ τα δεύτερα εξετάζουν την πρόθεση του εργαζομένου να επιτύχει τους στόχους του. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2000)³, η επαγγελματική ικανοποίηση είναι το συγκινησιακό στοιχείο της στάσης του ατόμου προς την εργασία του. Η επαγγελματική ικανοποίηση περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Τη φύση της εργασίας.
2. Τις οικονομικές αμοιβές.
3. Τις συνθήκες εργασίας.
4. Τις προοπτικές προαγωγών και επαγγελματικής εξέλιξης.
5. Τις σχέσεις με τους συνεργάτες .
6. Τη σχέση με τον προϊστάμενο.
7. Τις διαδικασίες και πολιτικές της οργάνωσης.
8. Την προσωπικότητα του ατόμου.

Σύμφωνα με τους Maier και Verser (1982), η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να προσδιοριστεί μέσα από μια λίστα συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, τα οποία πηγάζουν από τους ίδιους τους εργαζόμενους⁴:

1. τη δίκαιη αντιμετώπιση των παραπόνων.
2. τις προοπτικές ενός ικανοποιητικού μέλλοντος.
3. την επίγνωση της εταιρείας για τα προσόντα και την πρόοδο του εργαζόμενου.
4. την αναγνώριση των προτάσεων.

³Μπουραντάς, Δ., Μάνιατζμεντ, 2000

⁴ Maier, N.R.F., Verser, G.C.(1982) *Psychology in industrial organizations* (5th ed) Boston: Houghton Mifflin Company

5. την προσπάθεια επίλυσης των λαθών, μέσα από τη συμβουλευτική προσέγγιση.
6. την αύξηση της αμοιβής, όταν κάποιος το αξίζει.
7. την αναγνώριση και τον έπαινο σε ασυνήθιστα καλή εργασία.
8. την προαγωγή, βάση των προσόντων.
9. τη λογική σε σχέση με την ποσότητα εργασίας.
10. τη δυνατότητα υποστήριξης από την εταιρεία.
11. το σταθερό, με μικρές αποκλείσεις, ωράριο,.
12. τις άδειες.

Η επαγγελματική ικανοποίηση, ορίστηκε και μέσα από τις ακόλουθες προσεγγίσεις:

1. Οι εργασιακές στάσεις και η επαγγελματική ικανοποίηση υπάρχουν στη φύση του ανθρώπου.
2. Η επαγγελματική ικανοποίηση ως στάση καθορίζεται μέσω εμπειριών και σωστής πληροφόρησης.
3. Η επαγγελματική ικανοποίηση δεν επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά και το φόρτο εργασίας.

Η επαγγελματική ικανοποίηση σύμφωνα με τον Κάντα (1998) φαίνεται ότι συνδέεται με την ψυχική υγεία των εργαζομένων, την υψηλή αποδοτικότητα και παραγωγικότητα και τα υψηλά ποσοστά παραμονής στον ίδιο εργασιακό χώρο (Κάντας, 1998).

Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τη σχέση της με την επαγγελματική εξουθένωση. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διαμόρφωση ενός γενικά αποδεκτού ορισμού της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Ο Locke (1976, 1984) αναφέρει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια από την εργασία έχει άμεση σχέση με το σύστημα αξιών του εκάστοτε ατόμου και ορίζει την επαγγελματική ικανοποίηση ως θετική συναισθηματική απόκριση προς το συγκεκριμένο έργο που πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει πλήρωση ή επιτρέπει την πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου.

Ορισμένοι ερευνητές κάνουν λόγο για πλήθος χαρακτηριστικών της επαγγελματικής ικανοποίησης. Ο Smith (1969) θεωρεί ότι οι στάσεις απέναντι στο μισθό, στην προοπτική επαγγελματικής εξέλιξης, στο αντικείμενο της εργασίας και στους συναδέλφους αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τον προσδιορισμό της επαγγελματικής ικανοποίησης, την οποία ορίζει ως συναισθήματα ή αποτελεσματικές αποκρίσεις απέναντι στις πτυχές- συνθήκες μιας κατάστασης (Smith et. al,1969). Οι Dewis and Lofguist (1984) ορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση ως το αποτέλεσμα της συνολικής εκτίμησης του εργαζομένου αναφορικά με το βαθμό στον οποίο το επαγγελματικό περιβάλλον ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου.

Η επαγγελματική ικανοποίηση σύμφωνα με τον Allport μπορεί να θεωρηθεί ως η στάση που έχει ο εργαζόμενος απέναντι στην εργασία του. Η στάση σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό θεωρείται η νευρική και νοητική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσα από την εμπειρία, που ασκεί κατευθυντική ή δυναμική επίδραση στην απόκριση του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα στα οποία αυτή αναφέρεται. Η επαγγελματική ικανοποίηση, λοιπόν, είναι η συνολική στάση του ατόμου προς την εργασία του.

Σήμερα, επικρατεί η άποψη ότι η επαγγελματική ικανοποίηση πρέπει να θεωρηθεί ως συνολική και ενιαία στάση, που αποτελείται από διαφορετικά επιμέρους στοιχεία, απέναντι στη συγκεκριμένη εργασία. Ωστόσο, υπάρχει και η αντίθετη άποψη, σύμφωνα με την οποία η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια συνολική στάση, αλλά πολλές επιμέρους στάσεις για διαφορετικές πτυχές της εργασίας. Έτσι, ο εργαζόμενος μπορεί να είναι ικανοποιημένος από ορισμένες πλευρές της εργασίας του και δυσαρεστημένος από κάποιες άλλες (Κάντας, 1998).

Ο Wagr αναφέρεται στη διάκριση ανάμεσα σε εσωγενή και εξωγενή ικανοποίηση. Η εσωγενής ικανοποίηση έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας και αναφέρεται σε πτυχές της εργασίας που αφορούν την διεξαγωγή της, όπως είναι η ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης έργου, ο βαθμός υπευθυνότητας, η ποικιλία δραστηριοτήτων, η χρήση δεξιοτήτων και άλλα. Από την άλλη πλευρά, η εξωγενής ικανοποίηση αφορά το πλαίσιο, όπου διεξάγεται η εργασία και περιλαμβάνει τις εργασιακές συνθήκες, το ωράριο, την ασφάλεια, τις οικονομικές απολαβές και άλλα (Κάντας 1998).

Ο Κάντας (1998) αναφέρει ότι η εν λόγω έννοια μπορεί να εξεταστεί ως ανεξάρτητη μεταβλητή, οπότε και θεωρείται ως αίτιο ή καθοριστικός παράγοντας και στην περίπτωση αυτή, οι κύριες επιπτώσεις στη συμπεριφορά του ατόμου, εντός του

εργασιακού του περιβάλλοντος, αφορούν την παραγωγικότητα και την απόδοση του, τις απουσίες και την κινητικότητα του προσωπικού.

Στην περίπτωση που η επαγγελματική ικανοποίηση εξεταστεί ως εξαρτημένη μεταβλητή, τότε θεωρείται ως αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων που αφορούν τις εργασιακές συνθήκες, το ωράριο εργασίας, τις οικονομικές απολαβές και άλλους παράγοντες.

1.3 Ιστορική εξέλιξη επαγγελματικής ικανοποίησης

Από τις αρχές της δεκαετίας του '30, εμφανίζονται οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες, που μελετούν την επαγγελματική ικανοποίηση⁵. Οι μελετητές αυτής της περιόδου διατυπώνουν την υπόθεση πως η επαγγελματική ικανοποίηση οδηγεί σε υψηλότερα κίνητρα και επομένως σε αυξημένη παραγωγικότητα. Παρόλο που οι έρευνές τους δεν έδειξαν καμία απολύτως συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και παραγωγικότητας, κατάφεραν να εντείνουν το ενδιαφέρον για περαιτέρω έρευνα και μελέτη γύρω από την επαγγελματική ικανοποίηση. Στη συνέχεια η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέθηκε με την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τον Claudette E.S. Coombs⁶, ο οποίος ασχολήθηκε με την Ποιότητα στην προσωπική ζωή, ο σημαντικότερος παράγοντας για την ύπαρξη ικανοποίησης στην προσωπική μας ζωή είναι η στάση μας (attitude) απέναντι στα γεγονότα. Η υγεία μας, οι σχέσεις, η καριέρα, οι ευθύνες, όλα παίζουν σημαντικό ρόλο, όμως όλα επηρεάζονται από τη στάση μας. Ο Lawler (1983)⁷, ισχυρίστηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ένα μέτρο για την ποιότητα της ζωής στις επιχειρήσεις και αξίζει κανείς να την κατανοήσει και να την αυξήσει ακόμα και αν δε συνδέεται με την παραγωγικότητα. Η σχολή των Ανθρωπίνων Σχέσεων, στη δεκαετία του '70, παρακινούσε τους ερευνητές να μελετούν την επαγγελματική ικανοποίηση, ενδιαφέρον που εξαλείφθηκε από τη δεκαετία του 1980, δεδομένου ότι η επαγγελματική ικανοποίηση δε συνδέονταν με

⁵ Mayo ,E. (1945). *The social problems of an industrial civilization*. Boston: Harvard University, Graduate School of Business Administration.

⁶ Coombs, C.,(2003) "Quality of Personal Life",[http://www.nlta.nf.ca/HTML Files](http://www.nlta.nf.ca/HTML%20Files), pp. 1-2

⁷ Arnold, J. Cooper, C. L. (1998). "Understanding human behavior in the workplace". *Work Psychology*.

την παραγωγικότητα και παράλληλα η ανεργία και η οικονομική ύφεση γίνονταν πραγματικότητα.

1.3.1 Σύγχρονη οργάνωση επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με τα κίνητρα της εργασίας, τις στάσεις και τις αξίες. Αρκετές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί γύρω από αυτούς τους τρεις άξονες. Φαίνεται να επικρατεί η άποψη ότι η επαγγελματική ικανοποίηση πρέπει να θεωρηθεί ως συνολική και ενιαία στάση απέναντι στη συγκεκριμένη εργασία που αποτελείται από επί μέρους στοιχεία. Προκειμένου λοιπόν να μετρηθεί η επαγγελματική ικανοποίηση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όλα τα επί μέρους στοιχεία, μερικά από τα οποία είναι η υποκειμενική άποψη του ατόμου για το τι αποκομίζει από το επάγγελμα του, πόσο επιθυμεί αυτά που αποκομίζει, το σύστημα αξιών του ατόμου καθώς και το πλαίσιο της εργασίας.

Ειδικότερα, το περιεχόμενο της εργασίας αναφέρεται σε ότι αφορά τη διεκπεραίωση της εργασίας, όπως:

- ❖ Η σπουδαιότητα του έργου, δηλαδή πόσο σημαντικό είναι αυτό για το «άτομο».
- ❖ Ο βαθμός υπευθυνότητας που απαιτείται για την εκπλήρωση του έργου
- ❖ Οι δυνατότητες προαγωγής
- ❖ Η αναγνώριση ή μη από τους συναδέλφους και το κοινωνικό σύνολο
- ❖ Η χρήση πολλών δεξιοτήτων
- ❖ Η αυτονομία και ανεξαρτησία κατά την επιτέλεση του έργου
- ❖ Η διαφορετικότητα και ποικιλία των δραστηριοτήτων των σχετικών με την εργασία
- ❖ Η ύπαρξη ή μη ανατροφοδότησης για την αποτελεσματικότητα του έργου που προσφέρει το άτομο
- ❖ Οι συνθήκες εργασίας (υγιεινή, ασφάλεια, εγκαταστάσεις)
- ❖ Το ωράριο και ο βαθμός σιγουριάς για παραμονή στη συγκεκριμένη εργασία
- ❖ Η μορφή διοίκησης και η εποπτεία από τον προϊστάμενο

Υπάρχει ένα πλήθος θεωρητικών προσεγγίσεων και μελετών σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση και τα κίνητρα για την εργασία. Οι Miner & Dachler (1973) ξεχώρισαν τις θεωρίες σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει αυτές που εστιάζονται κυρίως στη διαδικασία κινητοποίησης και ικανοποίησης, ενώ

η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει προσεγγίσεις που έχουν ως κύριο άξονα το περιεχόμενο της κινητοποίησης και της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Πιο συγκεκριμένα στην πρώτη ομάδα θεωριών ανήκει το μοντέλο του Vroom (μοντέλο του σθένους, της συντελεστικότητας και της προσδοκίας / Valence – Instrumentality – Expectancy ή VIE), σύμφωνα με το οποίο η επαγγελματική ικανοποίηση είναι συνάρτηση των υποκειμενικών αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με τη συντελεστικότητα της συγκεκριμένης εργασίας στο να εξασφαλίσει στον εργαζόμενο τα επιθυμητά αποτελέσματα. Με άλλα λόγια αποτελεί συνάρτηση του σθένους (ελκυστικότητας) της εργασίας για το άτομο. Η ελκυστικότητα της εργασίας και κατά συνέπεια η ικανοποίηση του ατόμου από αυτή εξαρτάται από όσα πιστεύει το άτομο ότι αποκομίζει από την εργασία του και από το βαθμό που πιστεύει ότι αυτά που παίρνει είναι πράγματι αυτά που επιθυμεί.

"Οι Latham και Locke" στη θεωρία στοχοθέτησης τους συνδέουν την επαγγελματική ικανοποίηση και τη δυσαρέσκεια στο χώρο εργασίας με το σύστημα αξιών του ατόμου. Έτσι υποστηρίζουν ότι "η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μία θετική συναισθηματική απόκριση προς το συγκεκριμένο έργο (εργασία) η οποία πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει πλήρωση ή επιτρέπει την πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου" (στο Κάντας, 1998). Στην αντίθετη περίπτωση το άτομο είναι δυσαρεστημένο από την εργασία του, όταν βιώνει ματαίωση των εργασιακών του αξιών. Στην ίδια θεωρία αναφέρεται ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο στόχος που έχει θέσει ο εργαζόμενος και η εταιρεία φυσικά. Όσο πιο δύσκολος, σαφής και συγκεκριμένος ο στόχος του ατόμου, τόσο καλύτερη η επίδοσή του.

Το άτομο επίσης θεωρεί ανάλογα με τις ικανότητες του ότι μπορεί να πετύχει αυτούς τους στόχους. Επομένως η θεωρία της στοχοθέτησης έχει τις ρίζες της στην κοινωνιογνωστική θεωρία του Bandura και ειδικότερα συνδέεται με την έννοια της αυτεπάρκειας, όπως την έχει ο ίδιος περιγράψει. Οι στόχοι ενεργούν παρορμητικά για το άτομο μέσω των αυτοαξιολογήσεων που κάνει. Όσο περισσότερο δυσαρεστημένα είναι τα άτομα από την επίδοσή τους τόσο πιο πολύ εντείνουν τις προσπάθειές τους σε σχέση με τον επιδιωκόμενο στόχο.

Στη δεύτερη κατηγορία θεωριών για τα κίνητρα της εργασίας και την επαγγελματική ικανοποίηση ανήκει η θεωρία του Maslow για την ιεραρχία των αναγκών. Σύμφωνα με αυτή και ειδικά στο χώρο της εργασίας οι εργαζόμενοι, με βασική προϋπόθεση ότι έχουν εξασφαλίσει τις βασικές τους ανάγκες για τροφή,

στέγη και ασφάλεια, αναζητούν κίνητρα για εργασία που σχετίζονται με την αναγνώριση και την αυτοεκτίμηση, δηλαδή με ανώτερης μορφής ανάγκες. Γι' αυτό το λόγο η επιχείρηση θα πρέπει να στρέψει το ενδιαφέρον της στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών, αν θέλει να δημιουργήσει κίνητρα στους εργαζόμενους παρέχοντας τους διακρίσεις, ευκαιρίες για μετεκπαίδευση και προοπτικές εξέλιξης (Κάντας, 1998).

Επίσης στη δεύτερη κατηγορία κατά τον Miner & Dachler (1973) αναφέρεται η θεωρία για τα κίνητρα επίτευξης (achievement motivation) των Atkinson & McClelland. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή (στο Κάντας, 1998) η ανάγκη για επίτευξη που ορίζεται ως η γενική προδιάθεση του ατόμου για την επιδίωξη της επιτυχίας αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό του ατόμου που διαμορφώνεται από την πρώτη παιδική ηλικία. Όσοι έχουν υψηλή ανάγκη επίτευξης επιδιώκουν τέτοιας δυσκολίας στόχους και αποφεύγουν τους πολύ δύσκολους και τους πολύ εύκολους.

Στην ίδια ομάδα θεωριών ανήκει και η προσέγγιση των δύο παραγόντων ή των κινήτρων του "Herzberg". Σύμφωνα με αυτή διακρίνονται δύο διαφορετικά σύνολα παραγόντων που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση και είναι τα κίνητρα και οι παράγοντες υγιεινής. Ο Κάντας (1998) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι οι θετικές στάσεις προς την εργασία που οδηγούν και στην επαγγελματική ικανοποίηση συνδέονται με στοιχεία που έχουν σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, όπως η επίτευξη, η αναγνώριση, η υπευθυνότητα, οι δυνατότητες προαγωγής και η ίδια η φύση της εργασίας. Οι αρνητικές στάσεις για την εργασία, από την άλλη που οδηγούν σε δυσαρέσκεια, συνδέονται με το περιέχον πλαίσιο της εργασίας που περιλαμβάνει τη διοίκηση, τις εργασιακές σχέσεις, την εποπτεία καθώς και τις εργασιακές συνθήκες. Επομένως οι παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τις θετικές στάσεις προς την εργασία και κατά συνέπεια και με την επαγγελματική ικανοποίηση είναι εσωγενείς. Δηλαδή αναφέρονται στο περιεχόμενο της εργασίας. Αντίθετα όσοι συντελούν στη δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων είναι εξωγενείς παράγοντες, δηλαδή αναφέρονται στο περιβάλλον της εργασίας.

Ακόμα σύμφωνα με το μοντέλο των Porter & Lawler η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί προϊόν της επίδοσης, η οποία οδηγεί σε εσωγενείς και εξωγενείς αμοιβές, αλλά και η ίδια η επαγγελματική ικανοποίηση προσδιορίζει μέσω της ανατροφοδότησης της επίδοσης του εργαζόμενου. Εσωγενείς (intrinsic) είναι οι αμοιβές οι οποίες ικανοποιούν τις ανώτερες ανάγκες του ατόμου, όπως π.χ. το αίσθημα της επίτευξης και πηγάζουν από το ίδιο το άτομο. Οι εξωγενείς αμοιβές

(extrinsic) χορηγούνται για την επίτευξη του έργου, όπως για παράδειγμα οι χρηματικές αμοιβές του εργαζόμενου. Οι ίδιοι ερευνητές θεωρούν ότι σημαντική πηγή ικανοποίησης από την εργασία είναι η χρηματική αμοιβή. Μάλιστα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το ύψος των μισθών έχει είτε θετική είτε αρνητική σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση.

Οι Landy & Warr υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αποτελεί μία σταθερή έννοια. Ο πρώτος ερευνητής θεωρεί ότι οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί του νευρικού συστήματος επεμβαίνουν και επιφέρουν την επαγγελματική ικανοποίηση.

Έρευνα όμως του Cary Cooper (2005) σε 25.000 άτομα αποκάλυψε ότι η εργασιακή ικανοποίηση επιδρά στη φυσική και πνευματική ευεξία των εργαζομένων θέτοντας σε κίνδυνο την ψυχική υγεία του ατόμου.

1.4 Θεωρητική εξέλιξη - Θεωρίες Management και επαγγελματική ικανοποίηση

1.4.1 Θεωρίες ικανοποίησης

Η Θεωρία Ικανοποίησης Βασιζόμενη στις Ανάγκες του McClelland (1985), υποστηρίζει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση εξαρτάται από το βαθμό ικανοποίησης μιας ανάγκης μέσα στην εργασία. Η αποστέρηση οδηγεί σε αισθήματα έντασης και δυσφορίας. Εάν μία εργασία μπορεί να ικανοποιήσει αρκετές, σημαντικές για το άτομο, ανάγκες, τότε μπορεί να θεωρηθεί ότι προσφέρει ικανοποίηση στο άτομο. Η εργασία του προπονητή ικανοποιεί την ανάγκη για επίτευξη, και άτομα που νιώθουν ισχυρή την ανάγκη αυτή, σύμφωνα με τις θεωρίες αναγκών, μπορούν να αντλήσουν ικανοποίηση από την εργασία τους.

1.5 Άλλες θεωρίες Management

Μια βασική παράμετρος η οποία επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση είναι η υποκίνηση. Συγκεκριμένα σε μία οργάνωση, οι εργαζόμενοι για να λειτουργούν σωστά θα πρέπει να έχουν κίνητρα. Έτσι λοιπόν, προκειμένου να

υπάρχει επαγγελματική ικανοποίηση μέσα σε μια οργάνωση πρέπει οι εργαζόμενοι, να έχουν τα σωστά κίνητρα. Σ' αυτό το σημείο, θα ασχοληθούμε με την υποκίνηση, σαν μια έννοια η οποία αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της οργάνωσης αλλά και της διαμόρφωσης της επαγγελματικής ικανοποίησης, γιατί κατευθύνει τη συμπεριφορά και τη δράση των ατόμων σε σχέση με τους σκοπούς μίας οργάνωσης.

1.5.1 Η θεωρία του Taylor και το επιστημονικό management

Σύμφωνα με τον Taylor, ο καταμερισμός της εργασίας αποτελεί βασικό στοιχείο της οργάνωσης. Προκειμένου να επιτύχει ώστε οι εργαζόμενοι σε μια Αγγλική βιομηχανία, να έχουν καλύτερες αποδόσεις συνδυασμένες και με επαγγελματική ικανοποίηση από μέρους τους δημιούργησε σε κάθε μονάδα «υπηρεσίες σχεδιασμού» τις οποίες και επιφόρτισε με την υποχρέωση :

1. να αναπτύξουν επιστημονικές μεθόδους για να γίνεται η κάθε εργασία
2. να ορίσουν στόχους για την παραγωγικότητα
3. να ορίσουν σύστημα ανταμοιβών για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων
4. να εκπαιδεύσουν το προσωπικό στις μεθόδους που πρέπει να χρησιμοποιεί για να επιτευχθούν οι στόχοι.

1.5.2 Ο Mayo και οι μελέτες Hawthorne

Ο Mayo, υποστηρίζει ότι καθοριστικό παράγοντα στην επαγγελματική ικανοποίηση, αποτελούν οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι όχι μόνο μεταξύ τους αλλά και με τη διοίκηση του οργανισμού, στον οποίο εργάζονται. Βάσει ενός πειράματος ο Mayo, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η ισχύς μιας ομάδας όταν δεν υποεκτιμάται, επαγγελματική ικανοποίηση. Συγκεκριμένα μαζί με την ομάδα των ερευνητών του πήραν μία ομάδα έξι γυναικών από τη Western Electric Company στο Σικάγο τις οποίες απομόνωσαν από τους υπόλοιπους εργαζομένους και άλλαξαν τις συνθήκες εργασίας τους, με διάφορους τρόπους,(καινούριο σύστημα αμοιβών, μεγαλύτερα διαλείμματα, φαγητό και

αναψυκτικά κ.α.), για διάστημα πέντε ετών και παρακολούθησαν τις επιπτώσεις στην παραγωγικότητα και το ηθικό της ομάδας.

Σε όλες τις περιπτώσεις η παραγωγικότητα βελτιώθηκε. Στο τέλος του πειράματος ο Mayo πίστευε ότι απέδειξε αυτό που ήθελε και επέστρεψε τις εργαζόμενες στις προηγούμενες συνθήκες εργασίας τους(εργασία έξι συνεχόμενες μέρες την εβδομάδα, χωρίς διαλείμματα για ξεκούραση, φαγητό κ.τ.λ.).Με έκπληξη διαπίστωσε ότι η αποδοτικότητα των γυναικών έφτασε στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα και έτσι άρχισε να αναθεωρεί τα συμπεράσματά του. Τελικά διαπίστωσε ότι αρχικά οι γυναίκες αισθάνθηκαν σπουδαίες απλά γιατί είχαν διαχωριστεί από τους υπόλοιπους εργαζομένους. Στη συνέχεια όμως ανέπτυξαν μεταξύ τους πολύ καλές διαπροσωπικές σχέσεις, απέκτησαν αυτοτέλεια στη δουλειά τους και δημιούργησαν ένα ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον.

1.5.3 Ο McGregor και η θεωρία του X και του Y

Ο McGregor, με βάση την πυραμίδα του Maslow, ερεύνησε το θέμα της υποκίνησης μέσα από τους διευθύνοντες, συγκεκριμένα ποια ήταν η δική τους θεωρία για να δώσουν κίνητρα στους υφισταμένους τους, προσδίδοντας έτσι επαγγελματική ικανοποίηση και αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων.

ΘΕΩΡΙΑ X

Ο άνθρωπος απεχθάνεται την εργασία και προσπαθεί να την αποφύγει για αυτό και ο καλύτερος τρόπος υποκίνησης είναι η τιμωρία και οι κυρώσεις. Άλλωστε, οι περισσότεροι άνθρωποι επιθυμούν να διοικούνται και να μη λαμβάνουν ευθύνες. Σε αυτή την περίπτωση αν ένας οργανισμός εφαρμόζει τη Θεωρία X μπορεί μεν με τη «βία» να διατηρεί μια εσωτερική ισορροπία , αλλά είναι βέβαιο ότι κανείς εργαζόμενος δεν θα είναι ευχαριστημένος, γεγονός που στο μέλλον θα δημιουργήσει σίγουρα προβλήματα στην εταιρεία.

ΘΕΩΡΙΑ Ψ

Οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την εργασία σαν κάτι αυτονόητο που τους ευχαριστεί και γι'αυτό δε χρειάζονται κάποιον να τους καθοδηγεί ή να τους τιμωρεί.

Άρα από μόνοι τους εργάζονται με το σωστότερο τρόπο. Στην συγκεκριμένη περίπτωση οι εργαζόμενοι όταν θεωρούν την εργασία σαν κάτι το αυτονόητο νοιώθουν και ικανοποιημένοι.

Ο McGregor κάλεσε τους διοικούντες να ακολουθήσουν τη θεωρία Ψ γιατί μόνο έτσι θα επιτύχουν τους στόχους της οργάνωσης και θα εξασφαλίσουν την ικανοποίηση των υφισταμένων τους. Το μειονέκτημα της συγκεκριμένης θεωρίας είναι ότι είναι περισσότερο περιγραφική, χωρίς να συμβουλεύει ή να προτείνει πρακτικές εφαρμογές⁸.

1.5.4 Η θεωρία των τριών αναγκών του McClelland (1961)

Η σύγχρονη αντίληψη σε σχέση με την ηγεσία αναφέρει ότι είναι μια θετική έννοια και ότι διαχωρίζεται από την επιβολή εξουσίας και από την οριοθέτηση νόμων και κανονισμών. Ουσιαστικά η ηγεσία είναι η προσπάθεια ένωσης των υφιστάμενων σ' ένα κοινό όραμα αλλά και στην επίτευξη αλλαγών⁹. Το 1985 οι θεωρητικοί Bennis και Nanus, ανέφεραν ότι οι ηγέτες είναι οι άνθρωποι οι οποίοι προσπαθούν να κάνουν πάντα το σωστό, οριοθετώντας ένα μελλοντικό όραμα, επικοινωνώντας αποτελεσματικά, εμπνέοντας στους υφιστάμενους τους το αίσθημα της εμπιστοσύνης ενώ συγχρόνως διδάσκουν συνεχώς νέες φιλοσοφίες. Η δημιουργία οράματος αποτελεί ουσιαστικά αντικείμενο ενασχόλησης των ηγετών, η δημιουργία οραμάτων οδηγεί στην επαγγελματική ικανοποίηση τους εργαζόμενους, που έχουν στόχους και θέλουν να πετύχουν επαγγελματικά.

Ο ίδιος συγγραφέας το 1989 ανέπτυξε τις δικές του προηγούμενες θέσεις αναφέροντας ότι οι ηγέτες είναι προοδευτικοί, οριοθετούν μακροπρόθεσμα σχέδια, χρησιμοποιούν δημιουργικά τις σκέψεις τους και τις ιδέες τους. Ο όρος που χρησιμοποιήθηκε από το συγγραφέα για να αποδώσει τις προαναφερόμενες έννοιες είναι η ηγεσία που μεταμορφώνεται συνεχώς. Ο όρος αυτός ουσιαστικά δηλώνει και το θετικό πρόσωπο του ηγέτη.

Το θετικό πρόσωπο του ηγέτη δηλώνεται μέσα από το κοινωνικό του πρόσωπο, δηλαδή από την προσπάθεια του να εμπνέει τους άλλους δίνοντας τους μ'

⁸ Μπουραντάς Δ (2000), Μάνατζμεντ, Σταμούλης

⁹ Washbush B.J(1999), Two faces of leadership, Career Development International, 146-148

αυτό τον τρόπο επαγγελματική ικανοποίηση, να παρακινεί τους υφιστάμενους του να τον ακολουθούν, να δημιουργεί αποτελεσματικό εργασιακό περιβάλλον, ενώ τέλος να μη χρησιμοποιεί το χάρισμα του προς δικό του όφελος.

Ο McClelland μελέτησε ηγέτες οι οποίοι αποτέλεσαν αρνητικά παραδείγματα μέσα στην ιστορία διότι δε διοίκησαν βασιζόμενοι σε κοινωνικά πρότυπα, δεν έβλεπαν δηλαδή του υφισταμένους τους σαν ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο που έπρεπε οι ίδιοι να διοικήσουν. Αντίθετα λειτούργησαν αυταρχικά για να ικανοποιηθούν δικά τους συμφέροντα. (παραδείγματα τέτοιων ηγετών έχουμε το Λένιν, το Χίτλερ, το Ναπολέοντα, το Σαντάμ). Ο καθένας από αυτούς τους ηγέτες διοίκησαν τους υφισταμένους τους με βάση αυτό που οι ίδιοι είχαν στο μυαλό τους, αδιαφορώντας για τις ανάγκες των τελευταίων. Η αδιαφορία φυσικά και έφερνε αποστροφή προς το πρόσωπο τους, ειδικά όταν οι τελευταίοι απέτυχαν το στόχο τους.

1.6 Μελέτες μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας - πρόνοιας

1.6.1 Οι έρευνες ικανοποίησης στην Ελλάδα

Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι αρκετά σύνθετη και αποτελείται από πολλά επιμέρους στοιχεία. Συχνά διαχωρίζεται στην εσωγενή και την εξωγενή. Η εσωγενής, ειδικότερα, έχει σχέση με το καθαυτό περιεχόμενο της εργασίας, το βαθμό αυτονομίας του ατόμου, την ποικιλία των δραστηριοτήτων, την ελευθερία επιλογών, τη χρήση δεξιοτήτων. Η εξωγενής ικανοποίηση αναφέρεται στο πλαίσιο της εργασίας, δηλαδή στις συνθήκες εργασίας, τα ωράρια, τις αμοιβές και την ασφάλεια.

Σύμφωνα με τους Λαμπίρη και άλλους, ο παράγοντας «πίεση στην εργασία» επιδρά αρνητικά στην ικανοποίηση των εργαζομένων στα νοσοκομεία, και αντίστοιχα η αναγνώριση της προσπάθειας τους τόσο από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους όσο και από τους συναδέλφους τους και η πρόοδος που εμφανίζουν παρουσιάζει θετική συνάφεια με την επαγγελματική ικανοποίηση

Σε ανασκοπικές μελέτες από τη σύγχρονη Ελληνική βιβλιογραφία από τους παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, που συσχετίζονται με την ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, αυτοί που συστηματικά αναδεικνύονται ως οι πλέον σημαντικοί περιλαμβάνουν το φόρτο εργασίας και τα υψηλά επίπεδα

stress¹⁰. Από τους διοικητικούς παράγοντες, πολλές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η αμοιβή των εργαζόμενων επηρεάζει την Επαγγελματική ικανοποίηση.

Ο De Troyer (2000)¹¹ έχει χαρακτηρίσει την εργασία των Νοσηλευτών της Ευρώπης ως καταπονημένο και ανεπαρκές προσωπικό που πληρώνεται ανεπαρκώς. Η συντριπτική πλειοψηφία (92,3 %), σε έρευνα σε 155 Επαγγελματίες Υγείας (νοσηλευτικό, γιατροί, λοιπό επιστημονικό προσωπικό) από γενικά νοσοκομεία της Αθήνας (δημόσια και ιδιωτικά)¹², δηλώνει μη ικανοποιημένη από τις οικονομικές απολαβές του επαγγέλματος, φαινόμενο που δεν παρατηρείται μόνο στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως ιδιαίτερα δε στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες.

Η οικονομική κατάσταση και ευχέρεια είναι γνωστό ότι επηρεάζει την ποιότητα της ζωής είτε προσωπικής – οικογενειακής είτε της κοινωνικής. Για τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες σημαντικό ρόλο στην καλή ψυχική τους κατάσταση παίζει η διασφάλιση της θέσης τους και η οικονομική τους κατάσταση. Αυτοί που δεν αισθάνονται ασφαλείς και οικονομικά ικανοποιημένοι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Αυτοί που είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους άλλους εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα και στις τρεις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης¹³. Με τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και άλλες έρευνες¹⁴.

¹⁰ Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1):94-101, Διομήδους Μ., Ζήκος Δ, Λιάσκος Ι, Ρουμελιώτου Ι., Φωκά Α., Πιστόλης Ι , (2009), «Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης και Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 48(2): 190–199

¹¹ De Troyer, M. (2000), «The hospital sector in Europe – Introductory report. Draft, presentation at 'Working without limits'», TUTB-SALTSA Conference, Brussels 25-27 September 2000

¹² Καλογιάννη Α., Χήρα Σ., Βαρζελιώτη Κ., Δημητριάδου Σ., Ηλιάδου Ε., Μόνιου Α., (2007), «Επίδραση της εργασίας στη ζωή των επαγγελματιών υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):262-267

¹³ Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1):94-101

¹⁴ Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.

Σύμφωνα επίσης με την έρευνα των Λαμπίρη (2008), ο μισθός των εργαζομένων σε ένα νοσοκομείο συμβάλλει στην ικανοποίησή τους, όπως και η έρευνα της Ποζουκίδου Α., (2007)¹⁵, που έδειξε ότι, οι οικονομικές απολαβές θεωρούνται ως ένα από τα βασικά αίτια δυσαρέσκειας στους εργαζομένους. Το ίδιο αποτέλεσμα βρέθηκε και σε έρευνα των Πιεράκου και συναδέλφων. (2005)¹⁶, όπου αναφέρουν ότι η υλική επιβράβευση ενδυναμώνει και αυξάνει την ικανοποίηση, αλλά και σε ερευνητική αναθεώρηση των Nakakis K., & Ouzouni C., (2008)¹⁷, όπου οι μειωμένες αποδοχές και δυνατότητες για προαγωγή, βρέθηκε να έχουν ισχυρή συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση.

Μελέτη των Παππά Ε. (2008)¹⁸, αναφέρει ότι από τους παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, που συσχετίζονται με την Επαγγελματική Ικανοποίηση του προσωπικού που εργάζεται στην υγεία, είναι και οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους ή τους συγγενείς των ασθενών, η κοινωνική υποστήριξη που παίρνουν από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους, η ικανοποίηση από την εργασία, η ισορροπία μεταξύ δουλειάς, οικογένειας και προσωπικής ανάπτυξης, η αίσθηση ελέγχου, η οργανωτική υποστήριξη, η αυτονομία, ο ανεπαρκής χρόνος μελέτης, η επάρκεια σε προσωπικό, η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες. Επίσης ανασκοπική μελέτη αναφέρει ότι σημαντικό ρόλο στην Ε.Ε. παίζει η μη υποστήριξη του εργαζόμενου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη¹⁹.

¹⁵ Ποζουκίδου Α., Θεοδώρου Μ., Καϊτελίδου Δ., (2007), «Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο», *Νοσηλευτική*, 46(4):537-544

¹⁶ Πιεράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Πολύζος Ν., Μπαρτζώκας Δ., Μούγια Β., (2005), «Διερεύνηση της ικανοποίησης των εργαζομένων σε δύο Νοσοκομεία της Αττικής», *Νοσηλευτική*, 44(1):98-105.

¹⁷ Nakakis Konstantinos, Ouzouni Christina, (2008), "Factors influencing stress & job satisfaction of nurses working in psychiatric units: A research review" *HSJ*, V. 2, I. 4

¹⁸ Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1):94-101

¹⁹ Διομήδους Μ., Ζήκος Δ., Λιάσκος Ι., Ρουμελιώτου Ι., Φωκά Α., Πιστόλης Ι., (2009), «Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης και Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας», *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(2): 190-199

Η έρευνα των Ποζουκίδου (2007) στο νοσηλευτικό προσωπικό, τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια (ποσοστό 60,8%) την εκφράζει η ηλικιακή ομάδα 36–45 ετών, ενώ περισσότερο ευχαριστημένοι φαίνονται να είναι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία (46–58 ετών) (ποσοστό 80%) ίσως γιατί έχουν απαλλαχθεί σε μεγάλο βαθμό από το κοπιαστικό κυκλικό ωράριο ή έχουν αναπτύξει, λόγω της πολυετούς πλέον εμπειρίας τους, αποτελεσματικότερους μηχανισμούς αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους ή έχουν ικανοποιηθεί οι φιλοδοξίες τους με την προαγωγή τους σε θέσεις ευθύνης και ακολούθως οι μικρότεροι των 35 ετών (ποσοστό 55,6%)²⁰.

Έρευνα σε 155 Επαγγελματίες Υγείας (νοσηλευτικό, γιατροί, λοιπό επιστημονικό προσωπικό) από γενικά νοσοκομεία της Αθήνας (δημόσια και ιδιωτικά) δείχνει ότι το 84,4% εργάζεται σε κυκλικό ωράριο ή εφημερεύει και το 96,4% γενικά θεωρεί ότι επηρεάζεται αρνητικά η κοινωνική ζωή του. Το 72,6% πιστεύει ότι εξαιτίας αυτής της ιδιαιτερότητας μειώνονται οι κοινωνικές επαφές του και επομένως επηρεάζουν την κοινωνική του ζωή μάλλον αρνητικά²¹. Κάτι ανάλογο έδειξε και μία μελέτη που έγινε πρόσφατα σε Έλληνες νοσηλευτές²².

Σε έρευνα επίσης επαγγελματικής ικανοποίησης σε 386 επαγγελματίες υγείας σε 2 Γενικά Νοσοκομεία και σε Κέντρα Υγείας της Λαμίας & Λάρισας, καθώς και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, αναφέρετε ότι οι ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας του νοσηλευτή, τα εξαντλητικά ωράρια, το άγχος που αντιμετωπίζει, αλλά και οι οργανωτικές αδυναμίες του συστήματος υγείας αποτελούσαν βασικές συνιστώσες του όλου προβλήματος. Το γεγονός αυτό ενοχοποιείται για τις αποχωρήσεις και την επαγγελματική κινητικότητα των νοσηλευτών, οι οποίοι είτε εξολοκλήρου εγκαταλείπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα, είτε αναζητούν αλλαγή τμήματος και εργασιακού περιβάλλοντος²³. Το 58,3% των νοσηλευτών δήλωσε

²⁰ Ποζουκίδου Α., Θεοδώρου Μ., Καϊτελίδου Δ., (2007), «Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο», *Νοσηλευτική*, 46(4):537–544

²¹ Καλογιάννη Α., Χήρα Σ., Βαρζελιώτη Κ., Δημητριάδου Σ., Ηλιάδου Ε., Μόνιου Α., (2007), «Επίδραση της εργασίας στη ζωή των επαγγελματιών υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):262–267

²² Κορόμπηλη Α, Κτενάς Ε. Κικεμένη Α. (2006), «Κυκλικό ωράριο και επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών», *Νοσηλευτική*, 45 (1) Ιαν-Μαρ: 98-106

²³ Μπόρου Α., Βόσνιακ Γ., Υφαντής Α., Τηνιακού Ι., Μαχειράς Ν., Τσιικιτάρα Α., Παπαδημητρίου Βάια, Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Μουζάς Ο., (2010), «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις

καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας, ενώ το 57,5% δήλωσε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από τη θέση εργασίας, σε έρευνα 120 νοσηλευτών νεφρολογικών κέντρων της 6^{ης} ΔΥΠΕ. Ελλάδας²⁴.

1.6.2 Οι έρευνες ικανοποίησης σε διεθνές επίπεδο

Από τους εργασιακούς παράγοντες και τον προσδιορισμό των πηγών ικανοποίησης και πίεσης εργασίας στο περιβάλλον εργασίας νοσηλευτών, ανέκυψε ότι ο φόρτος εργασίας υπήρξε σημαντική αιτία και μετά και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις²⁵. Σε μελέτη επίσης των Zangaro G. & Soeken K.L. (2007)²⁶, η ικανοποίηση σχετίστηκε με την πίεση εργασίας ακολουθούμενη από τη συνεργασία των νοσοκόμων και την αυτονομία, ενώ η μείωση των ωρών νυχτερινής βάρδιας σε μηνιαίο επίπεδο, είναι ένας από τους παράγοντες που θα μπορούσαν να αυξήσουν την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού²⁷. Επίσης αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι το άγχος που προκαλείται στην εργασία του ατόμου έχει μια ισχυρή αρνητική σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση²⁸, ενώ από τις αναλύσεις των Flanagan N.A. & Flanagan T.J., (2002), προέκυψε αντίστροφη σχέση μεταξύ της πίεσης και την ικανοποίησης εργασίας. Επηρεάσθηκαν από την αμοιβή και την αυτονομία. Σημαντική πηγή ικανοποίησης η επαγγελματική θέση και η αλληλεπίδραση με τους υπαλλήλους.

υπηρεσίες υγείας. Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών», *Ιατρικά Χρονικά βορειοδυτικής Ελλάδος*, Τόμ. 6, Τεύχος 1, σελ. 39-46

²⁴ Μαρνέρας Χ., Θεοδωρακοπούλου Γ., Αλμπάνη Ε., Γκούβα Μ., Δημοπούλου Ε., Κοτρώτσιου Ε., (2010), «Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα», *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2010, 49(1): 83-90

²⁵ Healy, C., McKay, M. (1999). "Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment". *Australian Journal of Advanced Nursing* 1999 Dec-Feb;17 (2):30 – 35.

²⁶ Zangaro, G.A., Soeken, K.L.,(2007) "A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction". *Research in Nursing & Health*, 2007 Aug;30(4):445-58.

²⁷ Brokalaki, H., Matziou, V., Thanou, J., Ziropiannis, P., Dafni, U. & Papadatou, D. "Job related stress among Nursing personnel in Greek Dialysis Units", *Edtna Erka J.* 2001; 27(4): 181-6.

²⁸ Kreither, R. & Kinicki, A. (1998). *Organizational behaviour*, 4th edition, Irwin Inc. Craw-Hill, International edition.

Πολύ μεγάλη έρευνα που έγινε το 1998–1999 σε 43.000 νοσηλεύτριες σε περισσότερα από 700 νοσοκομεία στις Η.Π.Α., στον Καναδά, την Αγγλία, τη Σκωτία, και τη Γερμανία²⁹, με διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, βρέθηκε και στις πέντε χώρες, ότι η έλλειψη προσωπικού και ο εργασιακός φόρτος επιδρούν στην ικανοποίησή τους.

Πανεθνική διατομεακή έρευνα σε 569 νοσηλεύτριες/τες που εργαζόντουσαν σε Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία της Νοτίου Αφρικής, ανέφεραν ότι είναι γενικά δυσαρεστημένοι με την αμοιβή τους και τους διαθέσιμους πόρους του κράτους και περισσότερο αυτές που εργαζόντουσαν στο δημόσιο τομέα και αυτό, στη συνέχεια, έχει επιπτώσεις στην αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και την ικανότητα υποστήριξης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψής τους³⁰. Επίσης οι Brown & Macintosh, (2003) αναφέρουν ότι υψηλότερη και μακροπρόθεσμη ικανοποίηση αναφέρθηκε απ' αυτούς που λαμβάνουν σχετικά υψηλό μισθό σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονται περισσότερες ώρες³¹.

Οι απόψεις των ερευνητών σχετικά με την επιρροή της ηλικίας στην επαγγελματική ικανοποίηση του ατόμου δίστανται. Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές³², ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι υπάρχει καμπυλόγραμμη ή μη σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την επαγγελματική ικανοποίηση.

Επίσης η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των τέκνων και η επαγγελματική εμπειρία, που έχουν μελετηθεί σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση, τα ευρήματα των ερευνών είναι αντιφατικά. Έτσι κάποιοι ερευνητές αναφέρουν ότι η ικανότητα των ανθρώπων να αντιμετωπίσουν υποχρεώσεις της

²⁹ Aiken et al, (2001), «Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries», Health Affairs, Nurses' Reports V. 20, N.(3), P.43.

³⁰ Pillay Rubin, (2009), «Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors», Human Resources for Health 2009, 7:15doi:10.1186/1478-4491-7-15

³¹ Brown, D., Mcintosh, S. (2003). "Job satisfaction in the low Wage Service Sector" Applied Economic 35; 1241-1254.

³² Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of three dimensions of job burnout. Journal of Applied Psychology, 81,pp. 123-133.

οικογένειας, όπως είναι η φροντίδα των μικρών παιδιών ή των μεγαλύτερων μελών της επιδρά σημαντικά στην ικανοποίησή τους από την εργασία³³.

1.7 Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι απαντούν σε ερωτήσεις αναφορικά με το βαθμό ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας στην εργασία τους. Η μέτρηση της ικανοποίησης, γίνεται μέσω απαντήσεων σε μία ή περισσότερες ερωτήσεις που δίνει ο ερωτώμενος για τα συναισθήματα που τρέφει για την εργασία του. Υπάρχουν και άλλες μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης, οι οποίες όμως δε χρησιμοποιούνται πολύ. Γενικά κάθε ερευνητής, υιοθετεί ένα παλιό εργαλείο μέτρησης ή κατασκευάζει ένα καινούργιο για τις ανάγκες της δικής του έρευνας, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει σύγκριση μεταξύ δύο ή και περισσότερων μελετών. Παράλληλα με τον τρόπο αυτό πλήττεται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας.

Η Smith και οι συνεργάτες της (Smith, 1963; Hulin, Smith, Kendall, and Locke, 1963; Macaulay, Smith, Locke, Kendall and Hulin, 1963; Kendall, Smith, Hulin, and Locke, 1963; Locke, Smith, Hulin, and Kendall, 1963; Smith and Kendall, 1963), πραγματοποίησαν ένα εντυπωσιακό ερευνητικό πρόγραμμα για τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης. Αποτέλεσμα του ερευνητικού προγράμματος, υπήρξε το εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης, το λεγόμενο Job Descriptive Index (JDI). Μέχρι και σήμερα το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελεί ένα από τα πιο προσεκτικά κατασκευασμένα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης. Παρακάτω περιγράφουμε το εργαλείο.

³³ Kossek, E.E., Noe, R.A., & DeMart, B.J. (1999). "Work-family role synthesis: Individual and organizational determinants". *The International Journal of Conflict Management*, 10, 102-129., Kafetsios, K. (2007). "Work-family conflict and its relationship with job satisfaction and psychological distress: The role of affect at work and gender". *Hellenic Journal of Psychology*, 4, 15-35

Αποτελείται συνολικά από 5 κατηγορίες: την εργασία, το μισθό, τις δυνατότητες προαγωγής, την επίβλεψη και τους συναδέλφους. Συνολικά οι ερωτήσεις είναι 72 και κάθε υποκλίμακα αποτελείται από 9 ή 18 ερωτήματα. Κάθε ερώτημα αναφέρεται είτε σε ένα επίθετο είτε σε μία σύντομη φράση η οποία περιγράφει την εργασία. Οι απαντήσεις συνίστανται στο “Ναι”, “Δεν είμαι σίγουρος-η”, ή στο “Όχι”. Για κάθε τομέα της κλίμακας, παρέχεται μία σύντομη επεξήγηση, η οποία ακολουθείται από ερωτήματα που την αφορούν. Μεταξύ άλλων, παρέχονται ερωτήματα που προδιαθέτουν θετικά και αρνητικά αντίστοιχα.

Ο περιορισμός της συγκεκριμένης κλίμακας έγκειται στο ότι αποτελείται μόνο από πέντε τομείς. Επίσης κριτική στο συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης ασκήθηκε αναφορικά με κάποια ερωτήσεις, οι οποίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις εργασιακές ομάδες.

Το εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης JDI, βελτιώθηκε από τη Smith και τους συνεργάτες της, οι οποίοι αντικατέστησαν κάποιες ερωτήσεις. Επίσης πρόσθεσαν μία εξαβάθμια κλίμακα υπολογισμού της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης γνωστή ως Job in General Scale (JIG). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 18 στοιχεία που άλλοτε έχουν τη μορφή επιθέτων και άλλοτε τη μορφή σύντομων φράσεων για την εργασία σε γενικές γραμμές. Η κλίμακα αυτή έχει καλή αξιοπιστία και συνδέεται επαρκώς με άλλες κλίμακες μέτρησης της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1 Ορισμοί ικανοποίησης ασθενών - Εννοιολογικός ορισμός

Η Νοσηλευτική αποτελεί μια υπεύθυνη και κοινωνική επιστήμη που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη της ασθένειας, τη νοσηλεία των ασθενών, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας. Είναι προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο, σε πολλά στάδια υγείας και ασθένειας καθ' όλη την πορεία της ζωής του, από τη σύλληψη και τη γέννηση, μέχρι τα γηρατειά και το θάνατο. Προσφέρεται πάντα σε κλίμα συνεργασίας, διαλόγου, αγάπης και επικοινωνίας.

Ένας από τους σημαντικότερους σκοπούς της Νοσηλευτικής είναι η επίτευξη του αισθήματος της ασφάλειας, της ευχαρίστησης, της σιγουριάς και της ικανοποίησης του ασθενή. Δίνοντας έμφαση στην ικανοποίηση του ασθενή, είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης αποτελεσματικότητας της ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών, η ικανοποίηση δεν είναι απλώς μέτρο αποτελέσματος της ποιότητας, αλλά σκοπός της φροντίδας υγείας που επηρεάζει άλλους σκοπούς και αποτελέσματα.

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που επιβάλλουν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Αρχικά με βάση αυτήν αξιολογούνται οι προσφερόμενες υπηρεσίες, ενώ σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, η ικανοποίηση των ασθενών είναι σημαντική πηγή πληροφοριών για την ποιοτική βελτίωση της φροντίδας. Παράλληλα, άλλοι ερευνητές πιστεύουν, ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις Νοσηλευτικές υπηρεσίες αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εφόσον το Νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας και βρίσκεται συνεχώς στο πλευρό των ασθενών, προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους.

Η ικανοποίηση του ασθενή εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό, από την ποιότητα της Νοσηλευτικής Φροντίδας που του παρέχεται. Η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας αλλά και από την

ικανοποίηση του ασθενή του είναι αναπόσπαστο στοιχείο. Σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση ενός ασθενή παίζει και το μορφωτικό του επίπεδο. Ένας μορφωμένος άνθρωπος με τις γνώσεις που διαθέτει, μπορεί να αξιολογήσει, να κρίνει και να αποφασίσει ο ίδιος για τα αγαθά που του παρέχονται. Αντίθετα, ένα άτομο χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, συνήθως έχει λιγότερες απαιτήσεις, κι έτσι αποδέχεται παθητικά όσα του προσφέρονται. Σύμφωνα με την έρευνα του Obers και των συνεργατών του, ο μέσος ασθενής δεν έχει την πείρα ή τις γνώσεις να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των Νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων. Για αυτόν το λόγο χρησιμοποιεί αντιπροσωπευτικά στοιχεία που μπορεί ο ίδιος να κατανοήσει, ώστε να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μια από τις σημαντικότερες ανάγκες των ασθενών είναι η επαρκής και συστηματική πληροφόρηση γύρω από την κατάσταση της υγείας τους και η επαρκής φροντίδα από το προσωπικό Υγείας. Εξίσου σημαντική ανάγκη για τον ασθενή είναι η συναισθηματική υποστήριξη και η διατήρηση της ελπίδας. Στο πλαίσιο της συναισθηματικής υποστήριξης εμπεριέχεται και η ανάγκη για ασφάλεια και σιγουριά.

2.2 Παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών

Στις περισσότερες δυτικές χώρες τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αλλάζουν. Παράδοξα, σε μια εποχή παγκόσμιας επικοινωνίας βρισκόμαστε αντιμέτωποι με μια διαταραχή στην επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των γιατρών, με αποτέλεσμα την αυξανόμενη δυσαρέσκεια των ασθενών, τον συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό καταγγελιών και μηνύσεων για κακή ιατρική πρακτική (medical malpractice), καθώς και την εγκατάλειψη της συμβατικής ιατρικής για εναλλακτικές μορφές θεραπείας που είναι συχνά αντιεπιστημονικές. Μελέτες που χρησιμοποιούν διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις έχουν δείξει ότι η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας δεν είναι το μόνο πράγμα που οδηγεί τους ασθενείς σε καταγγελίες κατά των ιατρών. Εκτιμάται ότι 70-80% της παραπομπής ιατρών σε δικαστήρια αφορούν στη σχέση ιατρού- ασθενή ή σε προβλήματα επικοινωνίας³⁴.

³⁴ Lussier M and Richard C. Complaints and legal actions. Role of doctor-patient communication. Can Fam Physician 2005; 51: 37-39

Η επικοινωνία είναι η αρχή και το τέλος κάθε επαφής του γιατρού με τον ασθενή καθώς και ένα από τα κριτήρια με τα οποία οι ασθενείς αξιολογούν τους γιατρούς τους ή ακόμα και να στραφούν σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας³⁵.

Μια ανοικτή και άνετη ατμόσφαιρα για τον ασθενή και για τον ιατρό είναι ένα ουσιαστικό μέρος στη θεραπευτική διαδικασία. Οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ποιότητα της επικοινωνίας επηρεάζει έντονα την προθυμία του ασθενή να συμμορφωθεί με τις διαδικασίες της θεραπείας και να δοκιμάσει νέες θεραπευτικές μεθόδους. Τα δύο βασικά συστατικά που οδηγούν προς την ικανοποίηση του ασθενή περιλαμβάνουν τη δυνατότητα του ασθενή να καταλάβει και να απομνημονεύσει τι λέει ο γιατρός³⁶.

Τη δεκαετία του '70 υπήρξε δραματική αλλαγή στην τακτική ενημέρωσης των ασθενών, με το μεγαλύτερο ποσοστό των θεραπόντων να ακολουθούν την μέθοδο της λεπτομερούς και αναλυτικής ενημέρωσης³⁷. Αυτό βέβαια ίσχυσε κυρίως για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπου η δεοντολογική αρχή της αυτονομίας των ασθενών διέπει τη σχέση ιατρού- ασθενή, με αποτέλεσμα οι θεράποντες να ενημερώνουν τους ασθενείς χωρίς υπεκφυγές. Η κλινική επικοινωνία του ιατρού με τον ασθενή είναι πρωταρχικής σημασίας για την αρμονική και αποτελεσματική σχέση μεταξύ τους. Καλύπτει όλες τις μορφές της σχέσης γιατρού- ασθενή και από την ποιότητα της εξαρτάται ο βαθμός συνεργασίας των δύο μερών για την επίτευξη της διάγνωσης και την εφαρμογή της προτεινόμενης θεραπείας. Έτσι δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι πολλές φορές η επικοινωνία επηρεάζει ακόμα και την έκβαση της νόσου³⁸.

³⁵ Παπαγιάννης Α, Μιλώντας με τον Άρρωστο, Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003, 15-16, 18-19

³⁶ Carroll G. The Importance of Enhancing Patient-Physician Communication. <http://www.rci.rutgers.edu/~goeller/bpw/235-255.pdf>

³⁷ Carroll G. The Importance of Enhancing Patient-Physician Communication. <http://www.rci.rutgers.edu/~goeller/bpw/235-255.pdf>

³⁸ Παπαγιάννης Α, Μιλώντας με τον Άρρωστο, Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003, 15-16, 18-19

2.2.1 Καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών

Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα της κλινικής πρακτικής. Σύμφωνα με επικυρωμένες μελέτες όταν γίνεται με σωστό τρόπο μια τέτοια επικοινωνία έχει θεραπευτική επίδραση για τον ασθενή³⁹.

Η σχέση ιατρού-ασθενή έχει αναγνωριστεί από καιρό ως σύνθετη και πολύπλευρη. Ενώ οι διάφορες πτυχές αυτής της σχέσης έχουν εξερευνηθεί, οι μορφές επικοινωνίας δεν εξετάστηκαν στο πλαίσιο της επιστημονικής έρευνας μέχρι την δεκαετία του '60 όταν μια μελέτη από τους Korsch et al (1968) κατέδειξε έναν άμεσο συσχετισμό μεταξύ των μορφών επικοινωνίας των γιατρών και της σε σχέση τους με την πορεία της θεραπείας⁴⁰. Οι μορφές επικοινωνίας των γιατρών βρέθηκαν να είναι σημαντικές όχι μόνο στην συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές αγωγές αλλά επίσης βρέθηκαν ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή ως προς την προσοχή απέναντι στον ιατρό και την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών⁴¹.

Ο τρόπος με τον οποίο ένας ιατρός μεταβιβάζει τις πληροφορίες σε έναν ασθενή είναι τόσο σημαντικός όσο και οι πληροφορίες που μεταβιβάζονται σ' αυτόν. Οι ασθενείς που καταλαβαίνουν τους γιατρούς τους είναι πιθανότερο να αποδεχθούν τα προβλήματα υγείας τους, να καταλάβουν τις επιλογές τους σε σχέση με την θεραπεία και να ακολουθήσουν πιστά το πρόγραμμα της φαρμακευτικής τους αγωγής⁴².

Στη σύγχρονη ιατρική εκπαίδευση οι δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων δεν αντιμετωπίζονται πλέον ως αμετάβλητα προσωπικά χαρακτηριστικά του καθενός αλλά αντίθετα, ως σύνολο μετρήσιμων και τροποποιήσιμων συμπεριφορών που μπορούν να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν παράλληλα⁴³.

Από τη λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενή μέχρι την οριστικοποίηση ενός θεραπευτικού σχήματος η κάποιας άλλης ιατρικής πράξης, η σχέση του ιατρού με τον ασθενή του στηρίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία. Αν και κατά ένα μεγάλο μέρος η επικοινωνία αναφέρεται σε πληροφορίες για τη διάγνωση

³⁹ John M. Travaline, Robert Ruchinskas, Gilbert E. D'Alonzo, Patient-Physician Communication, Why and How. JAOA • Vol 105 • No 1, January 2005, 13-17.

⁴⁰ L. Råstam, S. Selander and M. Troein, Communication in Care: A Structural Framework, The European Journal of Public Health 1992 2(2):123-127, European Journal of Public Health

⁴¹ Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-Patient Communication in Managed Care. West J Med 1995; 163: 527-31.

⁴² Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. BMJ 2005; 330: 374-375.

⁴³ Teutsch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am 2003; 87: 1115-45.

και την θεραπεία, οι περισσότεροι ιατροί θα διαπιστώσουν ότι η επαφή δεν περιορίζεται μόνο στα παραπάνω αλλά μπορεί να περιλαμβάνει επίσης συζητήσεις ψυχοκοινωνικού και γενικού ενδιαφέροντος. Αυτή η πτυχή της σχέσης ασθενή - ιατρού είναι δύσκολο να καθορισθεί, όμως με προσπάθεια και θέληση μπορεί να βρεθεί η χρυσή τομή μίας αληθινά θεραπευτικής σχέσης. Αυτή η θεραπευτική σχέση θα αποτελέσει επίσης τη βάση για μια ποιοτική φροντίδα υγείας⁴⁴.

2.3 Σφαιρικός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών

2.3.1 Ατομικές διαφορές ασθενών και μέτρια αποτελέσματα

Σύμφωνα με την έρευνα των Σουλζώτη κ.α. (2002), τα άτομα που προέρχονται από τις χαμηλές κοινωνικά τάξεις επιλέγουν υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ, σε αντίθεση με τα μεσαία και υψηλά κοινωνικά στρώματα, τα οποία επιλέγουν ιδιωτικές κλινικές. Αναφορικά με την ικανοποίηση, προέκυψαν από την έρευνα τα κάτωθι:

(α) Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων ενώ οι ασθενείς των υψηλών κοινωνικών τάξεων εκφράζουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια.

(β) Οι ιδιωτικές κλινικές παρουσιάζουν ένα πολύ υψηλό ποσοστό ικανοποίησης σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και βέβαια στο σύνολο του δείγματος.

Σε γενικές γραμμές από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υστερούν σημαντικά και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και οι προσδοκίες των χρηστών, η μέτρηση της ικανοποίησης από τις φροντίδες που παρέχουν, οδηγεί σε αντίθετα συμπεράσματα. Έτσι, η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία υφίσταται σημαντική επιβάρυνση, από την απορρόφηση

⁴⁴ Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? BMJ 2002; 325: 707-710.

ενός μεγάλου μέρους των υλικών και ανθρώπινων πόρων στα εξωτερικά ιατρεία - τα οποία επισκέπτεται περίπου το 30% του πληθυσμού - για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους πολίτες, αν και όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες τα βαρύτερα περιστατικά αντιμετωπίζονται κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι η ικανοποίηση από την πλευρά των χρηστών αφορά κυρίως στις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας και λιγότερο σε αυτή καθ' αυτή την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και το ιατρικό έργο.

Ανεξάρτητα πάντως από τους επιμέρους παράγοντες ικανοποίησης, η συνεχής ανάπτυξη ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, φαίνεται πως αντανακλά την αυξημένη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες, ως απόρροια της γενικότερης αίσθησης των πολιτών ότι στον ιδιωτικό τομέα θα καταναλώσουν υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας.

Μια άλλη διάσταση της έρευνας που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, είναι η διαφαινόμενη συσχέτιση της κοινωνικής τάξης και της εκφρασμένης ικανοποίησης από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, από την έρευνα επιβεβαιώνεται η υπόθεση ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών αυξάνονται όσο κινούμαστε προς τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και ως εκ τούτου, αυτά αξιολογούν με αυστηρότερα κριτήρια τις παρεχόμενες φροντίδες. Η διάσταση αυτή των ερευνών ικανοποίησης έχει επιβεβαιωθεί και από αντίστοιχες ευρωπαϊκές έρευνες απ' όπου προκύπτει ότι οι προσδοκίες των ασθενών για τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας, συνιστούν τον σημαντικότερο παράγοντα της εκφρασμένης ικανοποίησης από αυτές⁴⁵.

2.4 Χρησιμότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενή έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των

⁴⁵ Σουλιώτης, Α. Δόλγερας, Δ. Κόντος, Χ. Οικονόμου Η (2002). Ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερης περιοχής Αθηνών. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 14, Τεύχος 3, 114-118

πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian⁴⁶, η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται, σύμφωνα με τους Ware et al⁴⁷, στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με

(α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία,

(β) τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος,

(γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενή συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται.

Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει. Ανάλογα, τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη.

Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois

⁴⁶ Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J* 1997, 11:1145-1150

⁴⁷ Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983, 6:247-263

et al⁴⁸, μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ό,τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους.

2.5 Η ικανοποίηση του πελάτη - ασθενή και οι συνέπειές της

2.5.1 Οι συνέπειες του να έχεις δυσαρεστημένους ασθενείς

Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των διαγνωστικών κέντρων υψηλής τεχνολογίας και της ιδιωτικής δευτεροβάθμιας περίθαλψης έχει αυξηθεί. Η διεύρυνση αυτή οφείλεται στην αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Γι' αυτό και οι επενδυτικές δραστηριότητες κατευθύνθηκαν προς την εξωνοσοκομειακή φροντίδα και στην ίδρυση ιατρικών διαγνωστικών κέντρων, τα οποία λειτουργούν, είτε ως αυτόνομες μονάδες, είτε ως ανεξάρτητες εταιρείες που συνιστούν τον εργαστηριακό τομέα των ιδιωτικών κλινικών.

Σήμερα, τα ιατρικά κέντρα που λειτουργούν στην Ελλάδα, διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό τον οποίο αντικαθιστούν σε μικρό σχετικά χρονικό διάστημα, κυρίως μέσα από την πρακτική της χρηματοδοτικής μίσθωσης, και απασχολούν εξειδικευμένο και άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Έτσι πραγματοποιούνται και οι πιο σπάνιες εξετάσεις και γι' αυτό το λόγο δαπανούν και σημαντικά κεφάλαια για επενδύσεις υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας. Συγκεκριμένα, τα διαγνωστικά κέντρα έχουν μια πληθώρα κατηγοριών ιατρικών μηχανημάτων όπως, αξονικοί, μαγνητικοί, μηχανήματα λιθοτριψίας, συστήματα αγγειογραφιών κ.λπ. Καθώς όμως οι εισαγωγές του ιατρικού εξοπλισμού δεν ελέγχονται από το κράτος, εισάγονται μηχανήματα αμφιβόλου ποιότητας. Παρά ταύτα, η αύξηση των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα και η ραγδαία αύξηση της ιατρικής τεχνολογίας διεύρυναν τον κλάδο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων εν αντιθέσει με το δημόσιο κλάδο της δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης όπου προσανατολίστηκε στην ανέγερση κτιρίων και την ίδρυση νοσηλευτικών μονάδων..

⁴⁸ Levois M, Nguyen TD, Attkisson CC. Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning* 1981, 4:139-150

Σημειώνεται όμως ότι η απουσία νομοθετικού πλαισίου, το οποίο θα ορίζει τις προδιαγραφές των διαγνωστικών κέντρων, έχει σαν αποτέλεσμα να λειτουργούν διαγνωστικά κέντρα που η ποσότητα και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών τους είναι αμφιλεγόμενη. Ένα άλλο ζήτημα που χρήζει νομοθετικής ρυθμίσεως, είναι αυτό της χορήγησης αδειάς για την ίδρυση και τη λειτουργία των διαγνωστικών κέντρων. Το υφιστάμενο καθεστώς προβλέπει ότι αποκλειστικά υπεύθυνος για εργαστήριο ή τμήμα που λειτουργεί σε διαγνωστικό κέντρο είναι ο γιατρός στο όνομα του οποίου έχει εκδοθεί η άδεια λειτουργίας του. Αυτό όμως δημιουργεί σημαντικές εμπλοκές, τόσο στα ίδια τα διαγνωστικά κέντρα, όσο και στα συμβεβλημένα με αυτά ασφαλιστικά ταμεία, αφού οι σχετικές συμβάσεις υπογράφονται στο όνομα του υπεύθυνου ιατρού.

Επιπλέον, η ελλιπής παρακολούθηση των παραπόνων των ασφαλιστικών ταμείων, και οι χαμηλές κρατικές τιμές των ιατρικών πράξεων και η έλλειψη οικονομικών φραγμών από την πλευρά των ασφαλισμένων, οδηγούν σε προκλητική ζήτηση και υπερκατανάλωση υπηρεσιών.

Πάντως, ανεξάρτητα από τα νομοθετικά κενά, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, παρέχουν ικανοποιητικές υπηρεσίες γι' αυτό και οι κυριότεροι πελάτες τους είναι τα διάφορα ταμεία υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών, που συνάπτουν συμβάσεις με αυτά, αμείβοντας τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους τους κατά πράξη και κατά περίπτωση⁴⁹.

2.5.2 Όψεις της ικανοποίησης του ασθενή

Σύμφωνα με τον Vuori⁵⁰ η ικανοποίηση του ασθενή είναι:

- (α) ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα,
- β) δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας και

⁴⁹ Σουλιώτης, Γ, 2000, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση

⁵⁰ Vuori H. Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? Quality Review Bulletin 1999; 13(3):106-8.

(γ) προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Στην πραγματικότητα, όπως αναφέρει στην διδακτορική του διατριβή και ο Μερκούρης, σύμφωνα με την άποψη του French, η σχέση ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης αναγκών των ασθενών είναι αλληλοεπιδρώμενη. Συνεπώς, οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής. Αντιστρόφως, το ελάχιστο που απαιτεί ένα βασικό μοντέλο για την αξιολόγηση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, θα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής πέντε διαστάσεις: καταλληλότητα θεραπείας, χρόνο νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων, θνησιμότητα, κατάσταση υγείας και τέλος ικανοποίηση ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η άποψη των ασθενών για την ποιότητα είναι η δεύτερη πιο συχνή άποψη στην ποιότητα φροντίδας. Η ουσία για τους ασθενείς, όπως την περιγράφουν οι Pfeffer και Coote⁵¹, είναι «πώς νιώθουν για την παροχή φροντίδας». Στη μελέτη του Von Essens⁵², οι κλινικές ικανότητες εκτιμήθηκαν ως προτεραιότητα για τους ασθενείς. Η Frost⁵³ γράφει ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με το περιεχόμενο της φροντίδας, για παράδειγμα τι γίνεται και πώς, ενώ η δυσαρέσκεια σχετίζεται με τις οργανωτικές απόψεις της φροντίδας, π.χ. κτήρια και εξοπλισμός. Παρόλα αυτά, μια έρευνα των Κουμανδράκη, Θεοδώρου και Κατελίδου⁵⁴ έδειξε υψηλό βαθμό ικανοποίησης τόσο για το έργο και τη συμπεριφορά του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, όσο και για την ξενοδοχειακή υποδομή, την καθαριότητα και τους κοινόχρηστους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων ενός νοσοκομείου. Πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι η κριτική των ασθενών σχετίζεται κυρίως με την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και λιγότερο με τα οργανωτικά αποτελέσματα. Οι ασθενείς είναι οι πιο σημαντικοί και αξιόπιστοι κριτές. Εάν όμως η άποψή τους είναι διαφορετική από την επιστημονική και διοικητική άποψη, τότε θα υπερισχύσει η επιστημονική. Σύμφωνα με τον Wright⁵⁵, η άποψη των ασθενών

⁵¹ Pfeffer N, Coote A. Is quality good for you? *Policy and Politics* 1991, 10:50–55

⁵² Von Essens L. The importance of nurse caring behaviour as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *Int J Nurs Studies* 1991, 28:267–281

⁵³ Frost M. Quality: a concept of importance to nursing. *J Nurs Care Qual* 1992, 7:64–69

⁵⁴ Κουμανδράκη Α, Θεοδώρου Μ, Κατελίδου Δ. Ικανοποίηση ασθενών από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του ΓΠΝΘ «Παπαγεωργίου». *Νοσηλευτική* 2004, 43:237–245

⁵⁵ Wright S. Consuming interests. *Senior Nurse* 1987, 6:24–25

σχετικά με την ποιότητα φροντίδας θεωρείται υποκειμενική και ως εκ τούτου είναι υποδεέστερη της επιστημονικής.

2.5.3 Μερικοί τρόποι χρήσης των στοιχείων ικανοποίησης του ασθενή

Το ενδιαφέρον στην ποιότητα των υπηρεσιών είναι μεγάλο για όλους όσοι εργάζονται σε ένα νοσοκομείο που θέλουν να λειτουργεί εύρυθμα. Η χαμηλή ποιότητα οδηγεί σε ανταγωνιστικά μειονεκτική θέση, επειδή εάν οι πελάτες δεν μείνουν ευχαριστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών, δεν θα αργήσουν να γυρίσουν τις πλάτες τους. Αιτία είναι ότι μαζί με τις υλικοτεχνικές βελτιώσεις έχουν αυξηθεί και οι απαιτήσεις των πελατών, όσον αφορά τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Το κυρίως στρατηγικό θέμα είναι το εάν οι πελάτες – ασθενείς, θα αντιληφθούν αυτές τις αλλαγές στην ποιότητα των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου. Ο Gale το 1993 μας λέει ότι «Αξία είναι η ποιότητα, παρόλα αυτά ο καταναλωτής την αξιολογεί την στιγμή που θα του δοθεί». Εξαιτίας του μη απτού των υπηρεσιών είναι δύσκολο να αξιολογήσουμε την υπηρεσία. Οι Parasuraman et al το 1990 δώσανε τις βασικές ερμηνείες που δίνουν οι καταναλωτές στη ποιότητα υπηρεσιών. Συγκεκριμένα⁵⁶:

- Αξιοπιστία (Reliability). Αν το όνομα είναι αξιόπιστο και τα αισθήματα που προκαλεί το άκουσμα του ονόματός του. Επίσης το πόσο τίμιος φαίνεται αυτός που προσφέρει τις υπηρεσίες. Μπορεί ο καταναλωτής-ασθενής να ρωτήσει 'τι φήμη έχει το νοσοκομείο;'
- Ασφάλεια (Safety). Το πόσο ασφαλής είναι ο καταναλωτής-ασθενής από οποιαδήποτε κίνδυνο, ρίσκο ή αμφιβολία.
- Πρόσβαση (Access). Το πόσο εύκολο είναι να πάει κάποιος και το πόσο εύκολο να έχει επαφή με το προσωπικό του νοσοκομείου. Δείγμα ερωτήσεων που μπορούν να γίνουν είναι 'Πόσο θα ανταποκριθεί το προσωπικό αν τους ρωτήσω κάτι;'
- Επικοινωνία (Communication). Είναι το κατά πόσο ακούν τους πελάτες-ασθενείς και ο τρόπος που τους κρατούν σε επαφή. Ο καταναλωτής-ασθενής

⁵⁶ Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1990 "Delivering quality service: Balancing Customer Perceptions and Expectations, New York: The Free Press.

μπορεί να αναρωτηθεί 'έχει την διάθεση ο εργαζόμενος-ιατρός ή νοσηλευτής να με ακούσει;'

- Κατανόηση του πελάτη-ασθενή (Comprehension). Το πόσο προσπαθούν να κατανοήσουν τους ασθενείς και τις ανάγκες τους. Ο ασθενής μπορεί να αναρωτηθεί 'ξέρουν τι ζητάω;'
- Απτά (Tangibly). Η εμφάνιση φυσικών αντικειμένων και προσώπων, όπως τα μηχανήματα.
- Υπευθυνότητα (Responsibility). Η ικανότητα να ανταποκριθούν σε αυτά που λένε με ακρίβεια και αξιοπιστία. Εδώ ο πελάτης-ασθενής μπορεί να αναρωτηθεί 'όταν λένε ότι θα με αναλάβουν εννοούν ότι θα προσπαθήσουν να λυθεί το θέμα που με απασχολεί;'
- Αντανακλαστικά (Reflexives). Η πρόθεση και η ικανότητα να ανταποκριθούν και να βοηθήσουν σε τυχόν προβλήματα και να προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες.
- Ικανότητα (Ability). Το πόσο ικανό και εκπαιδευμένο είναι το προσωπικό για να προσφέρει τις αναμενόμενες υπηρεσίες στην επιθυμητή ποιότητα.
- Ευγένεια (Politeness). Η εξυπηρέτηση, οι τρόποι, ο σεβασμός στον πελάτη-ασθενή και η φιλικότητα στην επικοινωνία μεταξύ των ιατρών, νοσηλευτών και των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

3.1 Γενικά

Στη σύγχρονη ιατρική, όλο και περισσότερη έμφαση δίνεται στην άποψη των ασθενών σε σχέση με το τι αποτελεί κατάλληλη θεραπεία και είναι ευρέως αποδεκτό, ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφεθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Στις Η.Π.Α, το 1990, το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) είχε συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας.

3.2 Καθορίζοντας την ποιότητα φροντίδας

Η εξέλιξη της παροχής φροντίδων υγείας στη χώρα μας δεν έχει πρωτοτυπήσει μέχρι σήμερα, σε σύγκριση με τα προαναφερθέντα. Η κύρια διαφορά είναι η μεγαλύτερη καθυστέρηση στη μεταπολεμική κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και στην υιοθέτηση των νέων αντιλήψεων για την υγεία. Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 η ιδέα για την υιοθέτηση ενός συστήματος υγείας άρχισε να ωριμάζει και έγινε γεγονός με το νόμο 1397/83 για το ΕΣΥ. Στο νόμο αυτό η Π.Φ.Υ. αναγνωρίζεται ως η βασική φροντίδα υγείας και τίθενται οι βάσεις για την ανάπτυξή της. Τα κέντρα υγείας θεσπίστηκαν ως η βασική μονάδα παροχής φροντίδων υγείας, ενώ ο Γενικός Γιατρός και η ομάδα Π.Φ.Υ. ως οι φορείς πραγμάτωσής της, παρ' όλο που η υλοποίηση, ειδικά της επαρκούς στελέχωσης και λειτουργίας, ποτέ μέχρι σήμερα δεν επιτεύχθηκε.

Η ποιότητα της υγείας και στη χώρα μας έχει αποτελέσει πεδίο σκέψης και συζήτησης από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 αν και μέχρι πρόσφατα ο όρος που χρησιμοποιείτο για να την ορίσει ήταν αυτός της Αγωγής Υγείας⁵⁷. Πιο πρόσφατα άρχισε να χρησιμοποιείται ο περιφραστικός όρος Ποιότητα και Αγωγή της Υγείας,

⁵⁷ Υπ. Υγείας & Πρόνοιας, Υφυπ. Νέας Γενιάς & Αθλητισμού: "Αγωγή Υγείας. Στόχοι, Περιεχόμενο, Μέθοδοι". Αθήνα, 1985

όπου γίνεται και αναφορά στην Ποιότητας Υγείας όπως αυτή ορίζεται από τον Π.Ο.Υ. στον καταστατικό χάρτη της Ottawa.

Ο νόμος 2071/9235 αναφέρεται στην Αγωγή Υγείας και από τον τρόπο που αυτή ορίζεται φαίνεται να διατηρείται η παλαιότερη αντίληψη ότι ο ρόλος της αγωγής υγείας εστιάζει στην πρόληψη της νόσου. Το 1994 συστάθηκε επιτροπή για τη μελέτη της ανάπτυξης της Ποιότητας και Αγωγής Υγείας στη Χώρα μας. Οι προτάσεις της επιτροπής κατατέθηκαν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και συμπεριλαμβάνουν μετονομασία της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας σε Ποιότητας και Αγωγής Υγείας, καθώς και τη δημιουργία Εθνικού Κέντρου Ποιότητας και Αγωγής Υγείας. Το Κέντρο αυτό προτείνεται να είναι αυτόνομο και ως σκοπό να έχει την υποστήριξη, το συντονισμό και την ανάπτυξη της Ποιότητας και Αγωγής Υγείας. Φαίνεται ότι μέρος αυτών των προτάσεων γίνεται προσπάθεια να υλοποιηθούν με τα δίκτυα Π.Φ.Υ. που θεσμοθετούνται με το νόμο 2519/1997. Αναλυτικά οι διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις επέδρασαν στη ποιότητα και στη διοίκηση ως εξής⁵⁸:

1. Ο Ν.2519/1997 προάγει για πρώτη φορά τον εκσυγχρονισμό της υγείας. Η επίδραση του στη ποιότητα ήταν μεγάλος, μια και βοηθά μέσα από τον εκσυγχρονισμό, στη ποιοτική αναβάθμιση της υγείας. Από την άλλη σε σχέση με την οργάνωση των νοσοκομείων αναφέρει ότι τα Δ.Σ, όλων των Νοσοκομείων καθίστανται επταμελή, με διαφορετική σύνθεση. Συγκεκριμένα θεωρεί το γενικό διευθυντή ως μέλος του Δ.Σ. Η μεταρρύθμιση αυτή δίνει μια ισοτιμία μεταξύ των μελών του Δ.Σ και του Γενικού Διευθυντή ενώ καθιστά πιο ευέλικτη την οργανωτική δομή των νοσοκομείων. Σύμφωνα με το νόμο του 1997, αναπτύσσεται μεγαλύτερη αξιοκρατία στην επιλογή των προέδρων του Δ.Σ, οι οποίοι έχουν ξεχωριστές ικανότητες, ιδιαίτερη πείρα, γνώσεις και επιστημονική συγκρότηση. Ο ρόλος του Γενικού διευθυντή αλλάζει πρόσωπο, μια και για πρώτη φορά αποκτά την υπόσταση του μάνατζερ, όπως σε μια επιχείρηση. Οι αρμοδιότητες του είναι ξεχωριστές και πολύ πιο συγκεκριμένες⁵⁹.
2. Ο Ν.2889/2001 βελτίωσε τη κατάσταση στην υγεία εστιάζοντας στην εύρυθμη λειτουργία των ΠΕΣΥ, στην αναδιοργάνωση και στη λειτουργική κατανομή

⁵⁸ <http://www.bdtype-cm.gr/index.php?option=content&task=view&id=118&Itemid>

⁵⁹ Αλεξιάδης Α(2000), Ιστορική Επισκόπηση Συστημάτων Διοίκησης Νοσοκομείων, ΕΑΠ

ρόλων στα νοσοκομεία προκειμένου τα τελευταία να είναι πιο αποτελεσματικά και πιο ανταγωνιστικά. Συγχρόνως καθιερώθηκε η ολοήμερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Η απογευματινή απασχόληση εξειδικευμένων ιατρών σίγουρα βελτίωσε τη ποιότητα υγείας στην Ελλάδα. Καθιερώνονται πειθαρχικές ποινές, οι οποίες βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να βελτιωθούν, ενώ εξασφαλίζουν και τους ασθενείς.

3. Ο Ν.3172/2003 εστίασε και αυτό στην αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, στην εύρυθμη κατανομή καθηκόντων και αρμοδιοτήτων στα στελέχη των νοσοκομείων. Συγχρόνως ο συγκεκριμένο νόμος εστίασε στη βελτίωση της ποιότητας στους χώρους του Νοσοκομείου, καθιερώνοντας για παράδειγμα το πιστοποιητικό ποιότητας HACCP ως μέσω ελέγχου σε σχέση με την υγιεινή, τη καθαριότητα αλλά και την ασφάλεια στους διάφορους χώρους του Νοσοκομείου. Συγχρόνως καθιερώθηκε ειδική εκπαίδευση σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας. Αυξήθηκαν οι μήνες εκπαίδευσης και προετοιμασίας των ιατρών, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματικοί σε σχέση με τα καθήκοντα τους.
4. Ο Ν.3235/2004 ενισχύει τη ποιότητα στην υγεία μέσα από την ενίσχυση των τοπικών κέντρων υγείας αλλά και τη καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, στη βάση της τομεοποίησης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ειδικά ο θεσμός του προσωπικού γιατρού ενισχύει την ασφάλεια που νοιώθει ο ασθενής σε σχέση με το εθνικό σύστημα υγείας αφού για πρώτη φορά έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό, από εκείνους που υπηρετούν ή εργάζονται στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Επίσης, δύναται να επιλέξει ιατρό που υπηρετεί ή εργάζεται σε άλλη περιοχή του ίδιου Πε.Σ.Υ.Π. μετά από έγκριση του ασφαλιστικού του φορέα. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π., καθορίζεται ο ανώτατος αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό. Από την άλλη έχουμε το πλήρη εκσυγχρονισμό στην υγεία αφού για πρώτη φορά υπάρχει ο λεγόμενος ηλεκτρονικός φάκελος, ο οποίος αποτελεί μια βάση δεδομένων στην οποία το κάθε Νοσοκομείο διατηρεί εκεί το αρχείο του κάθε ασθενή με το ιστορικό του. Ακόμα Εισάγεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας,

την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας.

5. Μέσα στο 2005 έχουμε διάφορα νέα ΦΕΚ, τα οποία αναφέρονται κυρίως στην ενίσχυση των Νοσοκομείων σε προσωπικό αλλά στην ενίσχυση των υπερωριών αλλά και των βραδιών από τους γιατρούς. Η αύξηση των ωρών εργασίας, σχετίζονται και με την αύξηση των αμοιβών των γιατρών. Οι ρυθμίσεις του 2005 εξασφαλίζουν τον ασθενή, ενώ συγχρόνως δίνουν τη δυνατότητα στο γιατρό να αυξήσει τις αποδοχές του οπότε να στηρίζει με περισσότερη διαφάνεια τους ασθενές του. Τα ΦΕΚ του 2005 εστίασαν περισσότερο στη ποιότητα και λιγότερο στην οργανωτική λειτουργία αν και είχαμε κάποιες ρυθμίσεις και στο συγκεκριμένο πεδίο.

Στη χώρα μας, αν και με μια σχετική καθυστέρηση, η εγκαθίδρυση ενός καθολικού συστήματος υγείας είχε ως αποτέλεσμα και την υιοθέτηση της ποιότητας στην υγεία ως βασικής φροντίδας υγείας μέσω των κέντρων υγείας. Η έλλειψη όμως πόρων και πολιτικής βούλησης, παράλληλα με την έλλειψη στελεχών, κυρίως Γενικών Γιατρών, μέχρι σήμερα και παρά τις διαδοχικές νομοθετικές παρεμβάσεις έχει εμποδίσει την πλήρη ανάπτυξη της ποιότητας. Η ποιότητα υγείας που στοχεύει στη βελτίωση της υγείας και στην ελάττωση των διαφορών μεταξύ ατόμων μέσα σ' ένα κοινωνικό σύνολο, θεωρείται και στη χώρα μας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη της ποιότητας. Προς το παρόν όμως περιορίζεται σε νομοθετικές ρυθμίσεις από την πλευρά της πολιτείας αφ' ενός και αφ' ετέρου στις μεμονωμένες προσπάθειες ομάδων που λειτουργούν είτε στα πλαίσια του ΕΣΥ είτε ιδιωτικών φορέων. Η πλήρης ανάπτυξη των δικτύων όπως προβλέπεται στην πρόσφατη νομοθεσία, θα μπορούσε ν' αποτελέσει το αισιόδοξο μέλλον για την ποιότητα, αλλά και για την ανάπτυξη της ποιότητας υγείας και στη χώρα μας. Η ποιότητα υγείας όμως για να αναπτυχθεί και να καρποφορήσει και στη χώρα μας έχει ανάγκη από συντονισμένες ενέργειες. Κεντρικές υπηρεσίες ποιότητας υγείας χρειάζονται για να συντονίζουν περιφερειακά και εθνικά προγράμματα, αλλά και για τη δημιουργία και παροχή των απαραίτητων πόρων για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων. Βασικοί συντελεστές σ' αυτή την προσπάθεια πρέπει να είναι ο Γενικός Γιατρός και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που

απαρτίζουν την ομάδα υπηρεσιών υγείας. Μονάδες δε αναφοράς πρέπει να γίνουν τα κέντρα υγείας και τα προγράμματα που θα αναπτύσσονται και εφαρμόζονται θα πρέπει να βασίζονται στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού που κάθε κέντρο υγείας εξυπηρετεί. Τέλος, να τονίσουμε ότι η συμμετοχή του πληθυσμού θα πρέπει να είναι ενεργός σε όλα τα στάδια ανάπτυξης των προγραμμάτων ποιότητας υγείας, από τη διαπίστωση των αναγκών τους, έως την αξιολόγηση των προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν.

Ο Lalonde εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου. Αυτά τα στοιχεία είναι⁶⁰:

- α) οι ανεπάρκειες των υπαρχόντων συστημάτων υγείας,
- β) ο μη υγιεινός τρόπος ζωής,
- γ) οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και,
- δ) οι ανθρώπινοι βιολογικοί παράγοντες.

Αυτό το κείμενο θεωρείται το σημαντικότερο στην ανάπτυξη του κινήματος Ποιότητας Υγείας, διότι ήταν το πρώτο επίσημο έγγραφο στις μέρες μας, που αποδέχτηκε τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ως συνυπεύθυνους για την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου, επιπλέον των ήδη αποδεκτών από τη βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική θεώρηση. Αντίθετα, η έκθεση του υπουργού υγείας των ΗΠΑ, κατέληγε στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος ζωής αποτελούσε τον πρωταρχικό και σημαντικότερο παράγοντα στην πρόκληση της νόσου και επομένως προτεραιότητα θα έπρεπε να δοθεί στην πρόληψή της. Αυτή η αναφορά διέκρινε την ποιότητα υγείας από τη θεραπεία και την πρόληψη της νόσου και εξακολουθεί έως σήμερα να επηρεάζει την επιστημονική σκέψη στις ΗΠΑ. Η ποιότητα υγείας, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έκθεση αναφέρεται σε υγιείς ανθρώπους που επιδιώκουν να διατηρήσουν και να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τους, πράγμα που έρχεται σε αντίθεση με την αντίληψη ότι κάθε υπηρεσία που στοχεύει σε καλύτερη υγεία πρέπει να αποτελεί πανανθρώπινο δικαίωμα.

Κατά τη δεκαετία του 1980 η ποιότητα υγείας έγινε το αντικείμενο εθνικών και διεθνών πολιτικών καθώς και διεθνών συνεδρίων. Κείμενα όπως το “ στόχοι για υγεία για όλους το 2000” από το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Π.Ο.Υ. και ο Χάρτης της

⁶⁰ M. Lalonde(1980). “A New perspective on the Health of Canadians”. Ottawa: Information Canada

Ottawa για την ποιότητα υγείας ήταν το αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής. Σ' όλα αυτά τα κείμενα η ποιότητα της υγείας δεν εξετάζεται μόνον ως υπηρεσία υγείας, ως μία ευρύτερη κίνηση που εμπεριέχει ένα σύνολο δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά την ανθρώπινη υγεία και ζωή. Συγκεκριμένα⁶¹:

1. Ως το έτος 2000, προωθήθηκε σε όλα τα κράτη-μέλη ευρεία και αποτελεσματική εκπαίδευση και πρακτική πάνω στην Ποιότητα της Υγείας με σκοπό τη βελτίωση του δημόσιου και επαγγελματικού επιπέδου υγείας και την ενίσχυση της ενημέρωσης πάνω στην υγεία σε άλλους τομείς.

2. Υγιεινή ζωή Ως το έτος 2000, σε όλα τα κράτη-μέλη υπήρξε μια συνεχής προσπάθεια να προαχθούν δραστικά και να στηριχθούν υγιείς τρόποι ζωής με τη σωστή διατροφή, κατάλληλη φυσική άσκηση, υγιή σεξουαλική ζωή, συγκράτηση του άγχους και άλλων θεωρήσεων για μια υγιή συμπεριφορά. Ο ορισμός που δόθηκε στο συνέδριο της Ottawa "ποιότητα υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους", δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους αλλά και στις φυσικές δυνατότητες του ατόμου και θεωρείται ως πηγή για την καθημερινή ζωή, όχι ο κύριος σκοπός της.

Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Ottawa είναι να⁶²:

- το να προστίθενται χρόνια στη ζωή,
- να προστίθεται ζωή στα χρόνια".

Για να γίνει πραγματικότητα αυτή η φιλοσοφία απαιτείται όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε:

- δημόσια πολιτική: από τους υπεύθυνους για την υιοθέτηση πολιτικών σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο στην κυβέρνηση αλλά και άλλες δημόσιες αρχές και τη βιομηχανία, να λαμβάνεται υπόψη η υγεία κατά το σχεδιασμό αυτών των πολιτικών,

⁶¹ U. McKie, M. Al-Bashir, T. Anagnostopoulou, P. Csepe, A. El-Asfahani, H. Fonseca et al: Defining and assessing risky health behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1911-1916, 1993

⁶² WHO(1999): "The Ottawa Charter for Health Promotion", in Kaplun A (ed.): "Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health" Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Series No: 44, p: 2

1.υγιές περιβάλλον: με τη συνεχή βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος -στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στο δρόμο, στις διακοπές και στον ελεύθερο χρόνο, σε δημόσιους χώρους- ώστε να συμβάλει στην ποιότητα της υγείας,

2.υγιή τρόπο ζωής: με την αύξηση της γνώσης και κατανόησης για τον τρόπο που οι συνήθειες της ζωής επηρεάζουν την υγεία οικογενειών και ατόμων, ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να το επιτύχουν,

3.υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας: με την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την εξασφάλιση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ ποιότητας της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης”.

Η πολιτική ποιότητας της υγείας του Π.Ο.Υ. συνεχίζεται αδιάκοπα και επιβεβαιώθηκε πρόσφατα στο Διεθνές Συνέδριο της Jacarta. Είναι επομένως φανερό ότι το κίνημα ποιότητας υγείας έχει αρχίσει να ριζώνει βαθιά, τουλάχιστο στις χώρες που έχουν λύσει τα προβλήματα που σχετίζονται με τις βασικές ανάγκες της ζωής και όλο και με μεγαλύτερη συχνότητα βλέπουμε την υιοθέτηση εθνικών και διεθνών πολιτικών που βασίζονται στα προαναφερόμενα.

3.3 Ποιότητα φροντίδας και ικανοποίηση

Προκειμένου οι ασθενείς σε ένα νοσοκομείο να είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται το νοσοκομείο οφείλει να εξυπηρετεί τους παρακάτω στόχους:

- Να παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ανώτερη φροντίδα, στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, σε αυτά που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία και στα κέντρα υγείας του νοσοκομείου, καθώς και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης,
- Να έχει εξασφαλίσει ετοιμότητα σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και μαζικών καταστροφών,
- Να διαθέτει επαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και σε σύνθεση επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού σε εικοσιτετράωρη βάση των νοσηλευτικών αναγκών,

- Να ασκεί αποτελεσματική διοίκηση σε νοσοκομειακούς τομείς, στον προγραμματισμό και έλεγχο των παρεχόμενων, ανάλογα με τα υπάρχοντα δεδομένα της ποιότητας και ασφάλειας,
- Να λειτουργεί προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων,
- Να συνεργάζεται από κοινού με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.

Σύμφωνα επίσης με το μοντέλο της διοίκησης ολικής ποιότητας η παραγωγή και η παροχή υπηρεσιών εξαρτάται από την ατομικότητα. Η επιτυχία του νοσοκομείου στηρίζεται στη γνώση και την υπευθυνότητα των ατόμων. Το προσωπικό ενθαρρύνεται να δημιουργήσει διότι υπάρχει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του.

Επίσης, στηρίζεται στην ύπαρξη ευκρινών ορίων του οργανισμού, στην ανοικτή οδό, οριζόντια και κάθετη επικοινωνία, στην ικανοποίηση αναγκών, στην ανάπτυξη ανθρώπινων πηγών, στο στατιστικό έλεγχο με ηλεκτρονικό υπολογιστή και στην επαναπληροφόρηση.

Παράμετροι που προτείνονται να χρησιμοποιηθούν από την νοσοκομειακή υπηρεσία είναι:

- Καθορισμός ατόμων (πελατών)

Εξωτερικοί πελάτες είναι οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και γενικά η κοινωνία. Ενώ οι εσωτερικοί πελάτες είναι όλα τα τμήματα τα οποία ανταλλάσσουν εισροές και εκροές,

- Δημιουργία στόχων

Οι στόχοι πρέπει να αναπτύσσονται και να κατανοούνται από όλα τα μέλη σε όλα τα επίπεδα οργάνωση,

- Αναγνώριση υπευθυνότητας

Ο Διευθυντής του νοσοκομείου, διαμορφώνει κλίμα συνεργασίας και υπευθυνότητας στα πλαίσια του οποίου παρέχεται η νοσοκομειακή φροντίδα.

- Κατάργηση φραγμών επικοινωνίας

Οι ιεραρχικοί φραγμοί σε κάθετη και οριζόντια επικοινωνία, είναι ανασταλτικοί παράγοντες ανάπτυξης του management. Ενώ η ικανότητα ενός στελέχους να ακούει και να διευκρινίζει συντελεί στη δημιουργία περιβάλλοντος επικοινωνίας,

- Εκπαίδευση και προετοιμασία

Συντελεί σε σπατάλη μικρότερου χρόνου και υλικού από πλευράς νοσηλευτικού προσωπικού, σε επάρκεια και αύξηση παραγωγικότητας σε αποφυγή λαθών και σε σωστές ενέργειες,

- Στατιστικές μετρήσεις

Επιβεβαιώνουν την παροχή ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας, με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή,

- Άσκηση πολιτικής και προγραμματισμός

Θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις στους τομείς management,

- Συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού:

Είναι σημαντικό να συμμετέχει, στις δραστηριότητες που συμβάλλουν στην αποδοτικότητα του οργανισμού. Η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα λήψης αποφάσεων και η γνώση του τρόπου επίλυσης προβλημάτων, συντελεί στην αύξηση παραγωγικότητας και επιφέρει θετικά αποτελέσματα,

- Κοινής αποδοχής πολιτισμικές αντιλήψεις:

Τα νοσηλευτικά τμήματα είναι μέρος ενός ευρύτερου οργανωτικού συστήματος. Γι' αυτό το λόγο δεν επιτρέπεται η προσαρμογή άρθρων σε οργανωτικά συστήματα, αν δεν έχει προηγουμένως εκτιμηθεί η κοινή πολιτισμική παράμετρος που ισχύει στο περιβάλλον άσκησης της διοίκησης.

3.4 Ποια είναι η εκτίμηση του πελάτη - ασθενή για την ποιότητα

Βάσει έρευνας, η οποία δημοσιεύθηκε στο ηλεκτρονικό περιοδικό Επιστήμη και Τεχνολογία και διεξήχθη από τους Χαραλάμπους, Κλεισιάρη και Αγά, την

χρονική περίοδο 20/06/07 έως 20/08/07 σχετικά με την ικανοποίηση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα.

Ο Έλληνας ασθενής φάνηκε να έχει ανάγκη για περισσότερη επαφή και πληρέστερη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό του, γεγονός που πιθανώς θα του αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση στον θεράποντα. Όταν η επικοινωνία αυτή είναι ελλιπής, πολλές φορές δεν διστάζει να αλλάξει γιατρό. Επιδιώκει τις περισσότερες φορές να είναι συμμετοχός στη θεραπευτική διαδικασία και όχι παθητικός αποδέκτης αποφάσεων που άλλοι έχουν πάρει γι' αυτόν. Η συμμετοχή της οικογένειας δεν παύει να υπάρχει, αλλά φαίνεται η τάση των ασθενών να έχουν τον κύριο λόγο και να επιζητούν την ενημέρωση για τη φύση της νόσου τους, όσο επώδυνα κι αν είναι αυτά που πρόκειται να ακούσουν.

Ο χρόνος που διαθέτει ο γιατρός για ενημέρωση των ασθενών φάνηκε ότι δεν είναι επαρκής, και σε πολλές περιπτώσεις η ανεπάρκεια αυτή αποτελεί και ένα λόγο για τον οποίο ο ασθενής επιλέγει να αλλάξει θεράποντα ιατρό. Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς δίνουν μεγάλο βάρος στον τρόπο με τον οποίο ο γιατρός επικοινωνεί μαζί τους και πόσο ανθρώπινος είναι στη συμπεριφορά του. Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές είναι δύσκολο για τους γιατρούς των νοσοκομείων, που εργάζονται με συνθήκες μεγάλου φόρτου εργασίας και ελλιπούς προσωπικού, να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για επικοινωνία με τον κάθε ασθενή. Ωστόσο πρέπει να γνωρίζουμε ότι η ικανοποίηση δεν έχει πάντα να κάνει με τη χρονική διάρκεια της ενημέρωσης, αλλά και με το περιεχόμενό της και τη συμπεριφορά του γιατρού προς τον ασθενή και τους οικείους του (ενδιαφέρον, ευγένεια, κατανόηση), κάτι που δεν εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη.

Στο σύνολό τους οι ασθενείς δηλώνουν προτίμηση στην προφορική ενημέρωση, αλλά θα πρέπει να υπογραμμισθεί η ανάγκη που φάνηκε σε πολλές περιπτώσεις για συμπληρωματική πληροφόρηση (έντυπα, γραπτές οδηγίες κτλ.), κάτι που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Οι ιατροί θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών τους για καλύτερη επικοινωνία και πληρέστερη ενημέρωση, και να επιδιώξουν τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους με επιμόρφωση σε ειδικά προγράμματα, κάτι που έχει αποφέρει καρπούς σε άλλες χώρες. Η διδασκαλία του μαθήματος της επικοινωνίας με τον ασθενή θα πρέπει κάποτε να ενσωματωθεί

στα προγράμματα ιατρικών σπουδών, τόσο για τη λήψη του πτυχίου όσο και στην ειδίκευση. Κλινικές ειδικότητες με αυξημένες απαιτήσεις (π.χ. ογκολόγοι ή χειρουργοί) θα πρέπει να δώσουν περισσότερη έμφαση στη σωστή επικοινωνία, και ιδιαίτερα στην αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων στον ασθενή και την οικογένειά του.

Στην εποχή μας υπάρχει μια αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών για όλο και περισσότερη ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία. Η διασπορά ιατρικών πληροφοριών από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (όχι πάντα με ορθό και ακριβή τρόπο) και η πρόσβαση στο διαδίκτυο έχουν καταστήσει τον ασθενή πιο ενημερωμένο, αλλά ταυτόχρονα και πιο απαιτητικό απέναντι στο προσωπικό υγείας. Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός δεν παύει να αποτελεί την κύρια πηγή πληροφόρησης, και κατά συνέπεια σ' αυτόν ανήκει η κύρια ευθύνη για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Η άρτια επιστημονική κατάρτιση και συνεχής επιμόρφωση, αλλά και η σωστή τεχνική της επικοινωνίας θα τον βοηθήσουν να ανταποκρίνεται με επάρκεια, αλλά και ανθρωπιά στις προσδοκίες τους.

Βάσει της αγγλικής βιβλιογραφίας οι περισσότερες καταγγελίες από τους ασθενείς των ευρωπαϊκών νοσοκομείων και τους οικείους τους αναφέρονται σε προβλήματα επικοινωνίας και όχι τόσο στην κακή κλινική πρακτική. Η πιο κοινή καταγγελία είναι ότι οι γιατροί δεν ακούνε τους ασθενείς τους. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιατροί και οι ασθενείς έχουν τις δικές τους απόψεις σχετικά με αυτό που κάνει καλή και αποτελεσματική μια επικοινωνία. Αυτές οι διαφορές επηρεάζουν την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γιατρών και των ασθενών, καθώς και τη συμμόρφωση, την εκπαίδευση των ασθενών, και την έκβαση της υγείας τους⁶³. Η συμμετοχή των ασθενών είναι κάτι που σήμερα θεωρείται θεμελιώδες στην σύγχρονη ιατρική διαδικασία. Η όλη αυτή διαδικασία τον καθιστά υπεύθυνο, αναπτύσσει την συνεργασία, μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη προς τον θεράποντα ιατρό του⁶⁴.

Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή του έχει ιδιαίτερη σημασία για την επιτυχία οποιασδήποτε θεραπείας. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα ή με καρκίνο, η σχέση με το γιατρό αποκτά μια άλλη διάσταση. Η συνεχής και

⁶³ Skelton JR. Everything you were afraid to ask about communication skills. *British Journal of General Practice*, Volume 55, Number 510, January 2005, pp. 40-46(7).

⁶⁴ Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327: 542-545

μακρόχρονη σχέση που επιβάλλεται μεταξύ τους λόγω της φύσης της ασθένειας παράλληλα με το γεγονός ότι η ζωή του ασθενή μπορεί να απειλείται, περιέχει μια ξεχωριστή συναισθηματική ιδιομορφία που χρήζει μεγάλης προσοχής⁶⁵.

Η εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας πρέπει να είναι καθήκον και υποχρέωση κάθε ιατρού στις μέρες μας αλλά και μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης όλων των ιατρικών σχολών. Η διδασκαλία της σωστής επικοινωνίας πρέπει να συμπεριληφθεί σε όλα τα επίπεδα της ιατρικής εκπαίδευσης και να γίνει μάθημα υποχρεωτικής φύσεως στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση. Στις αναπτυγμένες χώρες θεωρείται υποχρεωτική η παρακολούθηση μαθημάτων επικοινωνίας και βασικό στοιχείο για την λήψη του τίτλου του ιατρού⁶⁶.

⁶⁵ Back AL, Curtis JR. Communicating bad news. *West J Med* 2002; 176: 177-80.

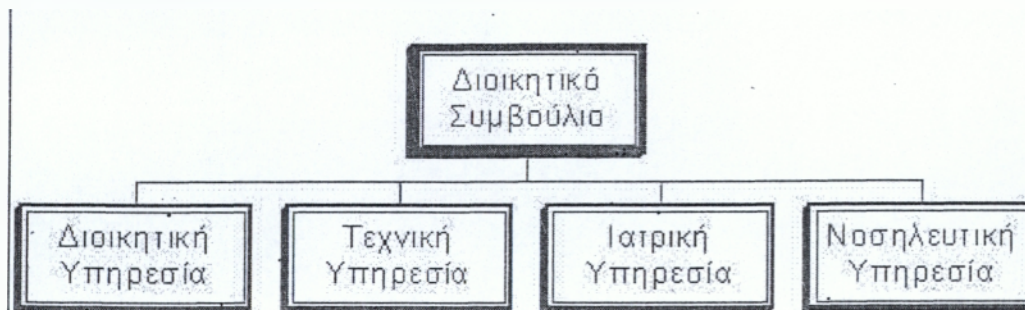
⁶⁶ Unger J-P, Ghilbert P, Fisher JP. Doctor-patient communication in developing countries. *BMJ* 2003 ;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΤΡΙΚΑΛΩΝ» - ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Το γενικό νοσοκομείο Τρικάλων είναι ένα από τα νεότερα νοσοκομεία της χώρας μας. Η κατασκευή του ολοκληρώθηκε το 2007 όπου ξεκίνησε και η λειτουργία του. Είναι συνολικού εμβαδού 26.000 τμ. και το κόστος ανέγερσης ανέρχεται στα 26.000.000 ευρώ. Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός ανέρχεται στα 7.000.000 ευρώ (αξονικός τομογράφος, εξοπλισμός ΜΕΘ, ηπηρεχοτομογράφοι, μηχανήματα αιμοκάθαρσης κλπ.) ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός στις 505.000 ευρώ και ο λοιπός εξοπλισμός (μαγειρεία, πλυντήρια κλπ.) στις 850.000 ευρώ.

4.1.1 Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου



4.1.2 Στελέχωση νοσοκομείου

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ (ΕΠΑΣ)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ			ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΩΝ	ΚΕΝΕΣ	ΑΠΟΣΠΑΣΗ		ΜΕΤΑ ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ
		ΜΟΝΙΜΟΙ	ΠΡΟΣΩΠΟΠΑΓΕΙΣ	ΙΔΑΧ			ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ	ΑΠΟ Γ.Ν.Τ.	
ΠΕ14 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	4	1			1	3			
ΠΕ17 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	5	2			2	3			
ΠΕ18 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	5	5			5	0			
ΤΕ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ	1					1			
ΔΕ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ	4					4			
ΣΥΝΟΛΟ	19	8			8	11			

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΠΑΡΑΓΓΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ			ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΩΝ	ΚΕΝΕΣ	ΑΠΟΣΠΑΣΗ		ΜΕΤΑΚΙΝ	
		ΜΟΝΙΜΟΙ	ΠΡΟΣΩΠΟΠΑΓΕΙΣ	ΙΔΑΧ			ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ	ΑΠΟ Γ.Ν.Τ.	ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ	ΑΠΟ Γ.Ν.Τ.
ΠΕ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	4				0	4				
ΠΕ ΧΗΜΕΙΑΣ- ΒΙΟΧ.ΒΙΟΛ	4	2			2	2				
ΠΕ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ	2					2				
ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	3				0	3				
ΠΕ ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΗΣ	1					1				
ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	7	3			3	4			1	
ΤΕ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ	20	9	4		13	7				1
ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	17	8			8	9	2			
ΤΕ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	6	4			4	2				
ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ ΓΡΟΦΙΜΩΝ	2	2			2	0			1	
ΤΕ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	2	1			1	1				
ΤΕ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2					2				
ΤΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1	1			1	0				
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΑΤ.&ΒΙΟΛ.ΕΡΓΩΝ	15	8	4		12	3	1			
ΔΕ ΕΙΡ.ΙΑΤΡ.ΣΥΣΚΕΥΩΝ	15	7	4		11	4	1			
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	6	3			3	3				
ΔΕ ΕΙΡ.ΙΑΤΡ.ΜΗΧΑΝ.	2	1			1	1				
ΔΕ ΜΑΓΕΙΡΩΝ	5	3			3	2				
ΣΥΝΟΛΟ	114	52	12	0	64	50	0	4	2	1

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ			ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΩΝ	ΚΕΝΕΣ	ΑΠΟΣΠΑΣΗ		ΜΕΤΑΚ
		ΜΟΝΙΜΟΙ	ΠΡΟΣΩΠΟΠΑΓΕΙΣ	ΙΔΑΧ			ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ	ΑΠΟ Γ.Ν.Τ.	
ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	15	3			3	12			
ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	160	138	9		147	13	9	2	2
ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΩΝ	10	7			7	3			
ΤΕ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	20	11			11	9			1
ΔΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	170	104			104	66	23	1	2
ΔΕ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ			21		21	0			
ΔΕ ΝΟΣ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ			52		52	0			
ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	57	33	2		35	22	1	0	0
ΕΙΔ. ΒΟΗΘΟΙ ΘΑΛΑΜΟΥ	20	14	1		15	5	1		
ΝΟΣΟΚΟΜΟΙ	7	3			3	4			
ΜΕΤΑΦΟΡΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	28	14	1		15	13			0
ΝΕΚΡΟΤΟΜΟΣ	2	2			2	0			
ΣΥΝΟΛΟ	432	296	84	0	380	125	33	3	5

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΜΟΝΙΜΟΙ	ΠΡΟΣΩΠΟΠΑΓΕΙΣ	ΙΔΑΧ	ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡ/ΤΩΝ	ΚΕΝΕΣ	ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ	ΑΠΟ Γ.Ν.Τ.	ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ	ΑΠΟ Γ.Ν.Τ.
ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ										
ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΩΝ-ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ	3	3			3	0				
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ	1					1				
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ	1					1				
ΣΥΝΟΛΟ	5	3	0	0	3	2	0	0	0	0

ΤΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ										
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	1	1				0				
ΤΕ ΤΕΧΝ.ΙΑΤΡ.ΟΡΓΑΝΩ Ν	1					1				
ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΩΝ	1					1				
ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ	1					1				
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ	1	1			1	0				
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ	1	1			1	0				
ΣΥΝΟΛΟ	6	3	0	0	3	3	0	0	0	0
ΔΕ ΤΕΧΝΙΚΟΥ										
ΔΕ ΜΗΧΑΝΟΤΕΧΝΙΤΩΝ	2	2			2	0				
ΗΛΕΚΤΡΟΤΕΧΝΙΤΩ Ν	9	7			7	2			1	
ΕΡΓΟΔΗΓΩΝ	1	1			1	0				
ΥΔΡΑΥΛΙΚΩΝ	9	6			6	3				
ΘΕΡΜΑΣΤΩΝ	7	4			4	3				
ΕΛΑΙΟΧΡΩΜΑΤΙΣΤΩ Ν	3	2			2	1				
ΕΥΛΟΥΡΓΩΝ	2	1			1	1				
ΚΑΙΒΑΝΙΣΤΩΝ- ΑΠΟΛΥΜΑΝΤΩΝ- ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΤΩΝ	8	4	1		5	3			3	
ΚΟΠΤΡΙΕΣ- ΡΑΠΤΡΙΕΣ- ΓΑΖΩΤΡΙΕΣ	6	4	1		5	1				
ΣΙΔΗΡΟΥΡΓΟΙ	2	1	1		2	0				
ΨΥΚΤΙΚΟΙ	3	2			2	1				
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ	3	1			1	2				
ΣΥΝΟΛΟ	55	35	3	0	38	17	0	0	4	0
ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ	10	6			6					
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	76	47	3	0	50	22	0	0	4	0

ΣΥΝΟΛΑ (ΠΑΛΗΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΜΟΝΙΜΟΙ	ΠΡΟΣΩΠΟΠΛΑΓΕΣ	ΙΔΑΧ	ΜΙΣΘΟΕΝΤΟΛΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡ/ΤΩΝ	ΚΕΝΕΣ	ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ.	ΑΠΟ Γ.Ν.Τ.	ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ.
ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ	114	52	12	0		64	50	0	4	2
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	432	296	84	0		380	125	33	3	5
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	201	118	1	1	1	120	80	1	0	1
ΤΕΧΝΙΚΟ	76	47	3			50	22		0	4
ΣΥΝΟΛΟ	823	513	100	1	1	614	277	34	7	12

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ	Σ	Σ	ΚΕΝΕΣ	Σ	ΕΠΙΚΟΥ	ΕΙΔΙΚΕ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΙ
		Υ	Υ		Υ	-ΡΙΚΟΙ	Υ-	Υ-
		Ν	Ν		Ν		ΟΜΕΝΟ	ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟ

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Δ/ντης	Ε.Α.	Ε.Β.	Δ/ντης	Ε.Α.	Ε.Β.	Προσ	Δ/ντης	Ε.Α.	Ε.Β.				
Παθολογίας	2	4	5	1	4	5	1	1	0	0	1	1	10	
Καρδιολογίας	1	2	4	1	2	2	5	0	0	2	2	1	2	
Παιδιατρικής	1	1	3	1	1		1	3	0	0	3		4	
Νευρολογίας	1	1	1	3	1		1	1	0	1	2			
Δερματολογίας	1		1	2	1	1	2	0	0	0	0			
Πνευμονολογίας	1	1	1	3		1	1	1	1	1	0	2		
Νεφρολογίας	1	1	2	4	1		2	3	0	1	0	1		
Χειρουργικής	2	3	5	1	2	4	8	0	1	1	2		5	2
Ορθοπαιδικής	2	1	2	5	2	1	1	4	0	0	1	1	2	
Ουρολογίας	1	1	2	4	1	1	1	2	1	0	1	2	1	
Οφθαλμολογίας	1	1	2	4	1	1		2	0	0	2	2	1	2
ΩΡΛ	1	1	2	4	1		1	2	0	1	1	2	1	1
Μαιευτικής	1	2	2	5		1	1	2	1	1	1	3	1	2
Αναισθησιολογίας	1	4	4	9	1	4	1	6	0	0	3	3	1	4
Ιατρική	1	1	2	4	1	1		2	0	0	2	2	2	3
Βιοπαθ. (Μικροβιολογία)														
Παθολογοανατομικό	1	1	1	3			1	1	1	0	2			
Ακτινοδιαγνωστικής	2	2	4	8		2	1	3	2	0	3	5	1	3
Οδοντιατρικής	1	1	1	3		1		1	2	1	0	1	2	
Ιατρική εργασία		1	1					0	0	1	0	1		
Γαστρεντερολογίας		1	1	2				0	0	1	1	2		
Ψυχιατρικής	1	1	3	5		1		1	1	0	3	4		
Ιατρικής	1		1	2				0	1	0	1	2		
Βιοπαθολογίας ή														
Αιματολογίας(αιματολογικό)														
Αιματολογίας ή		1	1	2			1	1	0	1	0	1		
Παιδιατρικής ή														
Παθολογίας (Μ.Μ.Α)														
Αιματολογίας ή	1	1	1	3	1	1		2	0	0	1	1		
Βιοπαθ. ή Παθολογίας														
(Αιμοδοσία)														
Παθολογία με εξειδ.			1	1				0	0	0	1	1		
- Λοιμωξιολογία														
Παθολογικής ή	1	1	1	3				0	1	1	1	3		
Ογκολογίας														
Κυτταρολογίας	1		1	2				0	1	0	1	2		
Ενδοκρινολογίας			1	1				0	0	0	1	1		
Παθολογίας ή	1	2	2	5	1	1	2	4	0	1	0	1		
Καρδιολογίας ή														
Πνευμονολογίας ή														
Ανασθ. ή Χ/κης ΜΕΘ														
Αλλεργιολογίας			1	1				0	0	0	1	1		
Ρευματολογίας			1	1				0	0	0	1	1		
ΤΕΠ	1		1					0	1	0	0	1		
ΤΕΠ		1	1	2				0	0	1	1	2		
Φυσικής Ιατρικής και			1	1				0	0	0	1	1		
Αποκατάστασης														
Γεν. Ιατρικής									0	0	0		8	
ΣΥΝΟΛΟ:	29	37	61	1	15	25	25	2	6	14	12	36	6	47
				2				7				2		4

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓΑΝΙΚ ΕΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ		ΜΙΣΘΟ ΕΝΤΟΛΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡ/ΤΩΝ	ΚΕΝΕ Σ	ΑΠΟΣΠΑΣΗ		ΜΕΤΑΚΙΝΗΣ	
		ΜΟΝΙΜΟΙ	ΠΡΟΣΩΠΟ- ΠΑΓΕΙΣ				ΙΔΑΧ	ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ.	ΑΠΟ Γ.Ν.Τ	ΠΡΟΣ Γ.Ν.Τ.
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ	10	5	1		6	4				
ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	5	1		1	2	3				
ΠΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ	2				0	2				
ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	10	7			7	3				
ΤΕ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ	5	4			4	1				
ΤΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ	1				0	1				
ΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	5	1			1	4				
ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Η/Υ	8	3			3	5				
ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ	45	39			39	6				1
ΔΕ ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΩΝ	2	2			2	0				
ΔΕ ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΩΝ	8	6			6	2				
ΔΕ ΚΗΠΟΥΡΩΝ	2	1			1	1				
ΣΥΝΟΛΟ:	103	69	1	1	71	32	0	0	1	
ΥΕ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ										
ΚΑΘΑΡΙΣΤΩΝ-ΣΤΡΙΩΝ	13	3			3	10				
ΠΛΥΝΤΩΝ-ΝΤΡΙΩΝ	11	1			1	10				
ΠΡΕΣΣΑΔΟΡΩΝ-ΣΙΔΗ.-ΤΡΙΩΝ	10	4			4	6	1			
ΕΠΙΜΕΛΕΙΑΣ ΚΗΠΩΝ	1					1				
ΣΥΝΟΛΟ:	35	8			8	27	1	0	0	
ΥΕ ΒΟΗΘ.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ										
ΚΛΗΤΗΡΕΣ	7	4			4	3				
ΘΥΡΩΡΟΙ	5	3			3	2				
ΤΑΞΙΝΟΜΟΙ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ	2	1			1	1				
ΣΥΝΟΛΟ:	14	8			8	6	0	0	0	
ΥΕ ΕΡΓΑΤΩΝ	8	5			5	3				
ΥΕ ΦΥΛΑΚΩΝ-ΝΥΧΤΟΦΥΛΑΚΩΝ	5	5			5	0				
ΣΥΝΟΛΟ:	13	10			10	3	0	0	0	
ΠΡΟΣ.ΕΣΤΙΑΣΗΣ										
ΤΡΑΠΕΖΟΚΟΜΩΝ	23	18			18	5				
ΒΟΗΘΩΝ ΜΑΓΕΙΡΩΝ	6	4			4	2				
ΠΛΥΝΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΣΚΕΥΩΝ ΜΑΓΕΙΡΕΙΟΥ	6	1			1	5				
ΣΥΝΟΛΟ:	35	23			23	12	0	0	0	
ΔΙΚΗΓΟΡΟΥ ΠΑΡ ΑΡΕΙΩ ΠΑΓΩ	1					1				
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:	201	118	1	1	1	120	80	1	0	1

ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

Κλίνες	Αριθμός Νοσ/μενων v	Ημέρες Νοσηλείας	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Κάλυψη Κλινών %	ΚΛΙΝΙΚΕΣ	Κλίνες	Αριθμός Νοσ/μενων	Ημέρες Νοσηλείας	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Κά. Κλιν
33	276	784	2.84	76.64%	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	33	3,107	8,915	2.87	74,
33	356	1,014	2.85	99.12%	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ/ΠΑΝΕΠ. Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΣΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΝΕΠ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΘΑΛΑΜΟΣ ΑΥΞΗΝΗΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΘ.ΤΟΜΕΑ	33	3,626	10,367	2.86	86,
27	151	386	2.56	46.12%	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ / Μ.Σ.Ν ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΝΕΠ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ	27	1,599	4,443	2.78	45,0
19	53	144	2.72	24.45%	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	19	912	2,434	2.67	35,1
112	836	2,328	2.78	67,05%	ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	112	9,244	26,159	2.83	63,9
6	18	174	9.67	93,55%	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΑΛΑΜΟΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ - ΧΕΙΡ.ΤΟΜΕΑΣ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Μ.Α.Φ.ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	6	232	1,764	7.60	80,5%
12	72	205	2.85	55,11%	Μ.Ε.Θ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΚΟΗΣ Κ ΟΜΟΛΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΝΕΠ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	12	633	1,974	3.12	45,0%
27	176	466	2.65	55,68%	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	27	1,94	6,611	3.41	67,0%
27	286	436	1.52	52,09%	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	27	3,678	5,839	1.59	59,25

14	95	176	1.85	40,55%	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	14	1,417	2,67	1.88	52
27	94	455	4.84	54,36%	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Α/ΠΑΝΕΠ.	27	1,391	5,81	4.18	58
27	105	306	2.91	36,56%	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Β	27	1,278	3,316	2.59	33
12	63	187	2.97	50,27%	Ω.Ρ.Α.	12	737	2,235	3.03	51
152	909	2,405	2.65	51,04%	ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	152	11,306	30,219	2.67	54
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ										
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ										
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ										
ΣΥΝΟΛΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ										
264	1,745	4,733	2.71	57,83%	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΜΕΩΝ	264	20,55	56,378	2.74	58
ΜΟΝΑΔΕΣ										
6	96	96	1.00	51,61%	ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	6	1,203	1,203	1.00	54,
ΜΟΝΑΔΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ										
7	285	280	0.98	129,03%	ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	7	3,453	3,448	1.00	134
20	88	1,077	12.24	99,72%	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	20	1,031	12,174	11.8	96,
ΤΕΠ										
33	469	1,453			ΣΥΝΟΛΟ ΜΟΝΑΔΕΣ	33	5,687	16,825		
297	2,214	6,186	2.71	57,83%	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	297	26,237	73,203	2.74	58,

4.2 Υλικό και μέθοδος

4.2.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός των ερευνητών είναι να μελετήσουν και να συγκρίνουν την επαγγελματική ικανοποίηση και την ικανοποίηση των ασθενών ως παράγοντα ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Από τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας προκύπτουν χρήσιμα συγκριτικά αποτελέσματα αναφορικά με την επαγγελματική ικανοποίηση και πως αυτή επηρεάζει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Ειδικότερα οι μελετητές προσπαθούν να καταγράψουν και να συγκρίνουν τα γενικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ιατρών – νοσηλευτών και των ασθενών, να αναδείξουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες ικανοποίησης ή δυσαρέσκειάς τους, να διερευνήσουν την τυχόν επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και να καταγράψουν τις προτάσεις τους για την βελτίωση της δραστηριότητάς τους.

Η έρευνα έγινε στο νοσοκομείο Τρικάλων με αριθμό κλινών (297 κλίνες).

Στην παρούσα έρευνα μελετώνται οι έννοιες της εξουθένωσης του ιατρικού προσωπικού (νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) και της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων που εισάγονται στον χώρο της υγείας και πως αυτό επηρεάζει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών

Είναι γνωστό ότι σε επαγγέλματα, που έχουν ως άξονα τον άνθρωπο, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης. Γι' αυτό το λόγο έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες σε αυτό το πεδίο

Με βάση τα παραπάνω, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνηθεί ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών από τις διάφορες ιατρικές υπηρεσίες και ο βαθμός εξουθένωσης των εργαζομένων στο νοσοκομείο Τρικάλων και πως αυτές συσχετίζονται μεταξύ τους

Τα κύρια διερευνητικά ερωτήματα που τίθενται είναι τα εξής:

- 1) Υπάρχουν διαφορές στο επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης των ασθενών από τις διάφορες υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων;
- 2) Υπάρχουν διαφορές στο επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων αναφορικά με τον τρόπο εισαγωγή των ασθενών, το προσωπικό του νοσοκομείου, το φαγητό, το

εσωτερικό περιβάλλον, τις διαδικασίες αλλά και την έξοδό τους από το νοσοκομείο;

- 3) Είναι εξουθενωμένο το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων;
- 4) Σχετίζεται η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών - νοσηλευτών με την ποιότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου;
- 5) Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία)

4.2.2 Μεθοδολογία - Όργανο μέτρησης

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα μοιράστηκαν δύο ερωτηματολόγια ένα για τους ασθενείς και ένα για τους εργαζόμενους. Αρχικά σε κάθε ερωτηματολόγιο υπήρχε μία επιστολή προς τον συμμετέχοντα στην έρευνα όπου ενημερώνεται για το σκοπό της έρευνας, την ανάγκη της συμβολής των ερωτώμενων προκειμένου να πραγματοποιηθεί με επιτυχία αυτό το έργο. Ακολουθούσαν οι ευχαριστίες.

Το ερωτηματολόγιο των ασθενών χωρίζεται σε 11 μέρη και αποτελείται συνολικά από 64 ερωτήσεις. Το πρώτο αφορά τα δημογραφικά στοιχεία και περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στον τρόπο εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Το τρίτο αφορά στην άφιξή τους στο νοσοκομείο και περιέχει 4 ερωτήσεις. Το τέταρτο μέρος αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό και έχει 9 ερωτήσεις, το πέμπτο στο ιατρικό προσωπικό με 9 ερωτήσεις, το έκτο μέρος στο λοιπό προσωπικό με 5 ερωτήσεις. Το έβδομο μέρος αφορά στο φαγητό και περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις, το όγδοο μέρος στο εσωτερικό περιβάλλον και έχει 10 ερωτήσεις, το ένατο μέρος στις διαδικασίες με 4 ερωτήσεις, το δέκατο μέρος στην έξοδο από το νοσοκομείο με 3 ερωτήσεις και το ενδέκατο και τελευταίο μέρος αφορά στη συνολική ικανοποίηση με 1 ερώτηση.

Το ερωτηματολόγιο των ιατρών χωρίζεται σε δύο μέρη και αποτελείται συνολικά από 25 ερωτήσεις. Το πρώτο μέρος αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους με 7 ερωτήσεις και το δεύτερο μέρος αφορά στην επαγγελματική τους ικανοποίηση με 18 ερωτήσεις.

4.2.3 Συλλογή δεδομένων

Πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, ζητήθηκε άδεια εκπόνησης της συγκεκριμένης μελέτης από το αρμόδιο Διοικητικό Συμβούλιο του γενικού νοσοκομείου Τρικάλων.

Τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα επελέγησαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας σε όλες τις βάρδιες της εργασίας τους όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης. Η έρευνα ξεκίνησε με τη διανομή των ερωτηματολογίων.

Κατά τη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων επισημάνθηκαν δυσκολίες όπως: Προφανής απροθυμία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων ιδίως των ασθενών, κυρίως λόγω «έλλειψης χρόνου». Αρκετοί ήταν διστακτικοί σχετικά με το περιεχόμενο. Οι περισσότεροι ήταν σίγουροι για τα αποτελέσματα πριν καν το συμπληρώσουν. Υπήρχαν άτομα που έπεισαν και άλλους να λάβουν μέρος στην έρευνα.

4.2.4 Κριτήρια επιλογής δείγματος

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσε :

Α. Οι νοσηλευόμενοι στο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων., όπου στο χρονικό διάστημα από 20-30 Ιουνίου 2010, μοιράστηκαν 80 ερωτηματολόγια (40 από το νοσηλευτικό , διοικητικό , ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου και 40 από τους ασθενείς του νοσοκομείου),

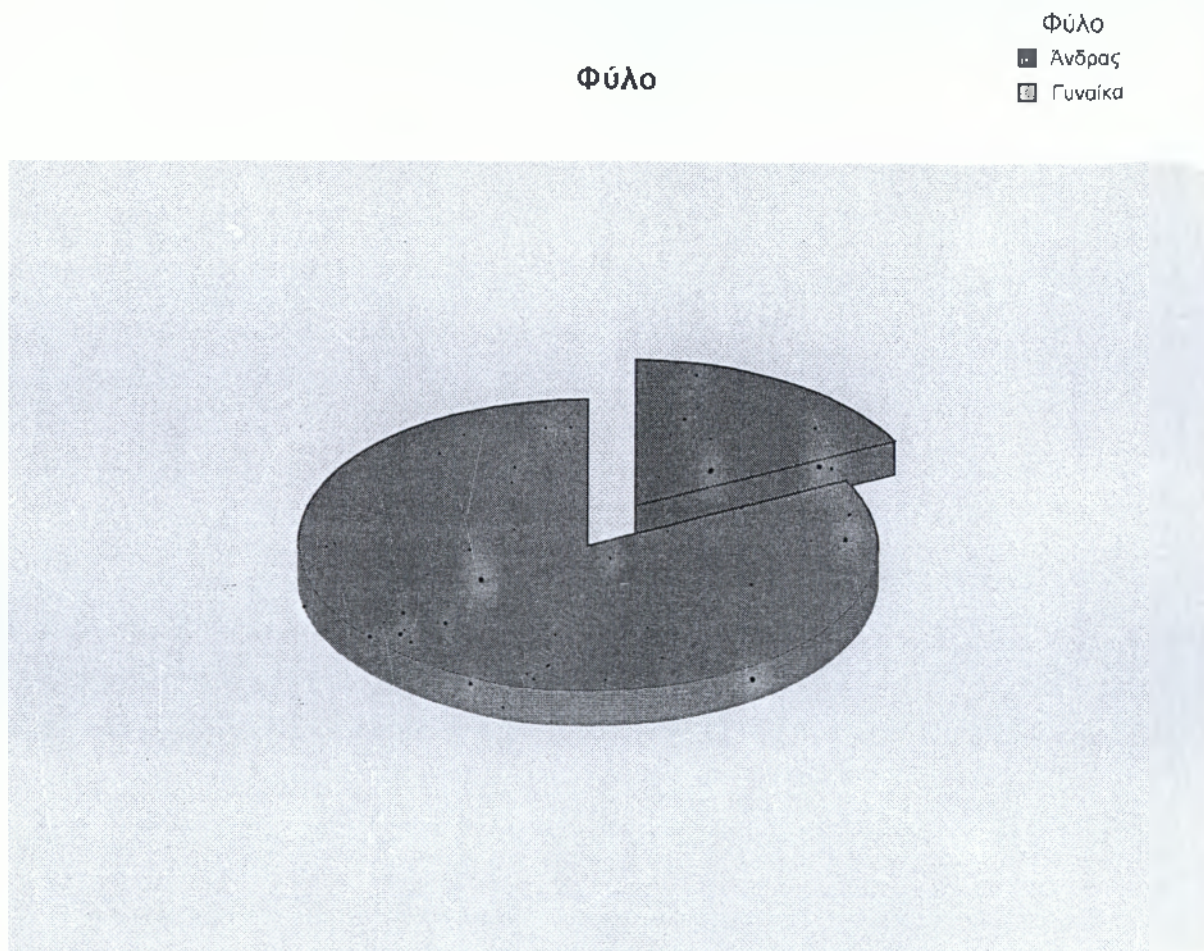
Συνολικά δηλαδή μοιράστηκαν 80 ερωτηματολόγια και που αποτελούν και το δείγμα – πληθυσμό της εργασίας.

4.3. Δημογραφικά στοιχεία της έρευνας.

4.3.1. Δημογραφικά ασθενών

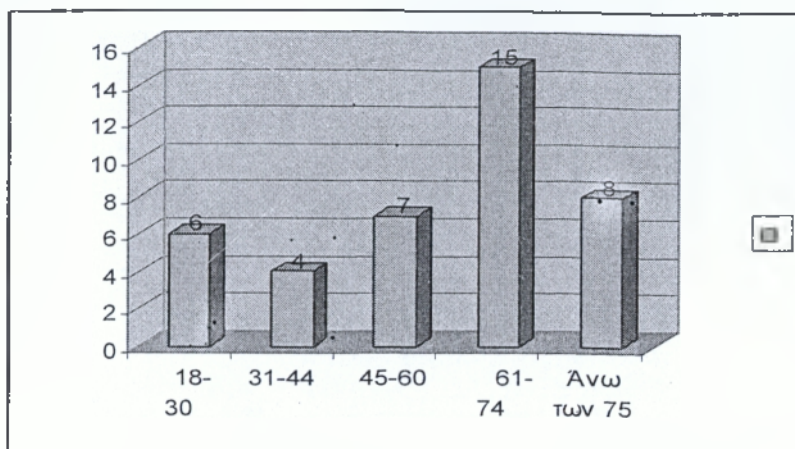
Ο στατιστικός πληθυσμός παρουσιάζει ανομοιογενή κατανομή ασθενών ανά φύλο, αφού το ποσοστό των γυναικών υπερτερεί έναντι εκείνου των ανδρών

Γράφημα 1: Φύλο



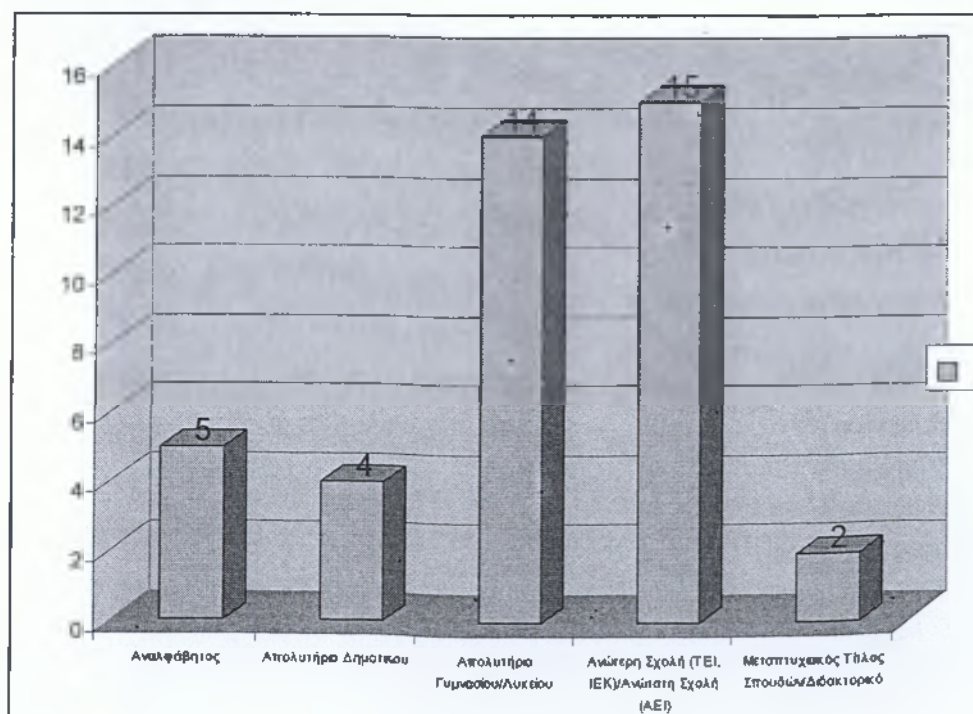
Από το παραπάνω γράφημα συμπεραίνουμε ότι το 25% των ασθενών που απάντησαν ήταν άνδρες και το 75% γυναίκες.

Γράφημα 2 Ηλικία



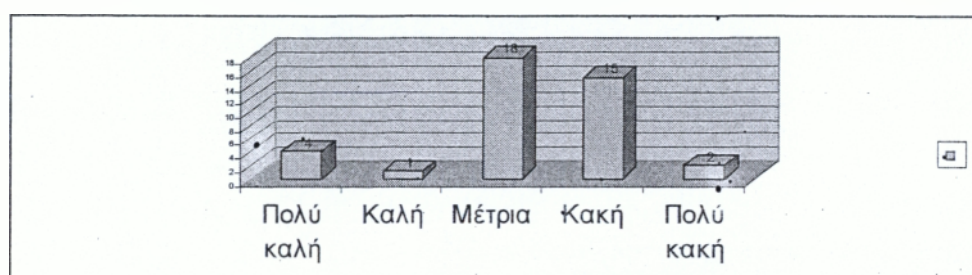
Με βάση το γράφημα 6 άτομα είναι ηλικίας από 18 έως 30, 4 άτομα βρίσκονται στην ηλικία των 31-44 ετών, 7 άτομα είναι μεταξύ 45-60 ετών, 15 άτομα βρίσκονται μεταξύ 61-74 ετών και 8 άτομα είναι πάνω από 75 ετών. Επομένως η πλειονότητα των ερωτώμενων είναι μεταξύ 61-74 ετών.

Γράφημα 3 Μορφωτικό επίπεδο



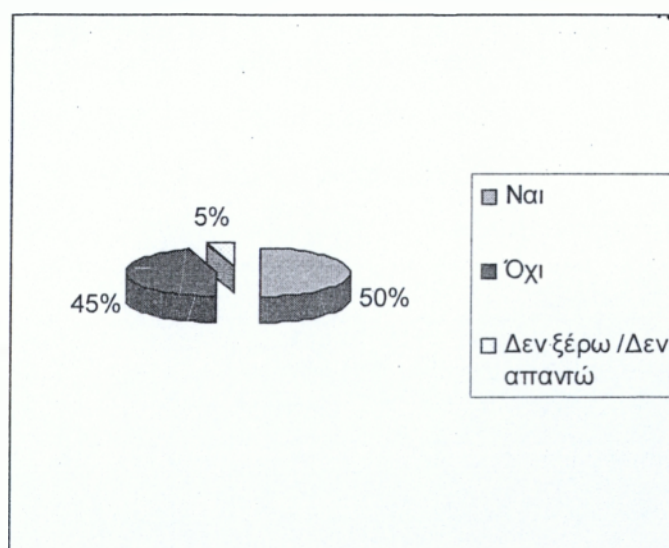
Οι περισσότεροι ασθενείς που εισήχθησαν (15) ήταν απόφοιτοι μιας ανώτερης Σχολής (ΤΕΙ, ΙΕΚ)/Ανώτατη Σχολή (ΑΕΙ). Αναλφάβητοι ήταν 5 ασθενείς, απόφοιτου του δημοτικού 4, απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου 14 ενώ 2 είχαν μεταπτυχιακούς τίτλους.

Γράφημα 4 Κατάσταση υγείας



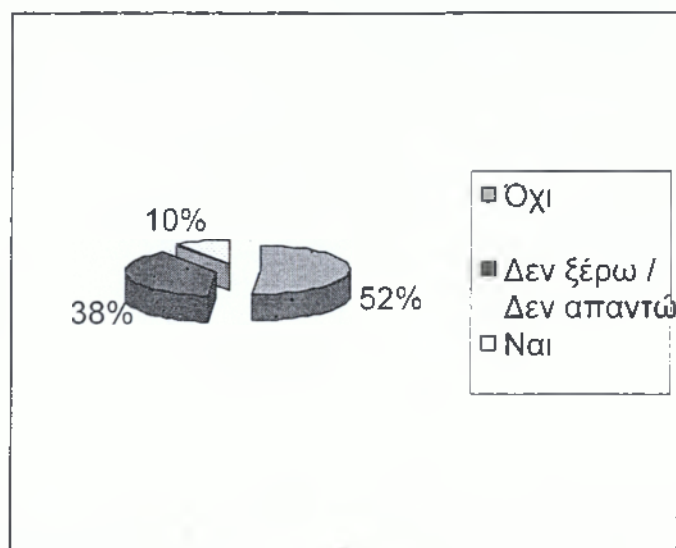
Οι περισσότεροι ασθενείς (18)θα χαρακτήριζαν την κατάσταση της υγείας τους μέτρια 15 θα τη χαρακτήριζαν κακή, 4 πολύ καλή, 1 καλή και 2 πολύ κακή.

Γράφημα 5 Γνωστό άτομο στο νοσοκομείο



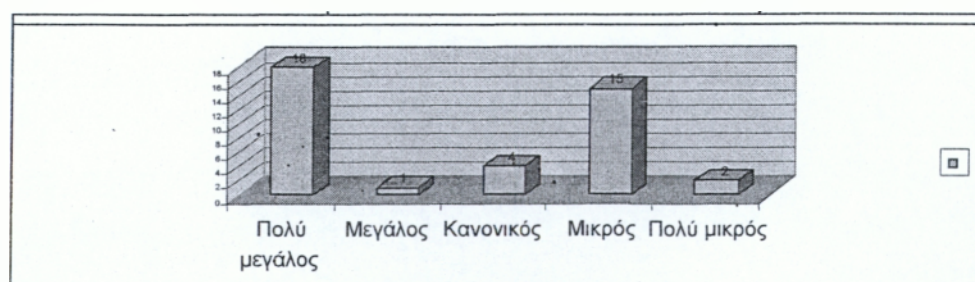
Από το γράφημα παρατηρούμε ότι το 50% είχε κάποιο γνωστό του άτομο στο νοσοκομείο (από το προσωπικό), που τον βοήθησε. Το 45% δεν είχε κάποιο γνωστό άτομο ενώ το 5% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Γράφημα 6 Επιπρόσθετη άτυπη πληρωμή



Με βάση το παραπάνω γράφημα, το 52% των ερωτώμενων δε χρειάστηκε να πληρώσει επιπλέον άτυπα χρήματα, σε αντίθεση με ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 10%, το οποίο αναγκάστηκε να πληρώσει για κάποια υπηρεσία, άτυπα, επιπλέον χρήματα σε κάποιον υπάλληλο του νοσοκομείου (π.χ. γιατρό, νοσοκόμα), ενώ κανονικά δεν έπρεπε. Το 38% των ερωτώμενων δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Γράφημα 7 Χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου



Σύμφωνα με την πλειονότητα των ερωτώμενων 18 ασθενείς, ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν πολύ μεγάλος. Ένας ασθενής θεώρησε ότι ήταν μεγάλος,

4 ασθενείς τον θεώρησαν κανονικό, 14 ασθενείς μικρό και οι υπόλοιποι 3 τον θεώρησαν πολύ μικρό.

4.3.2. Δημογραφικά προσωπικού

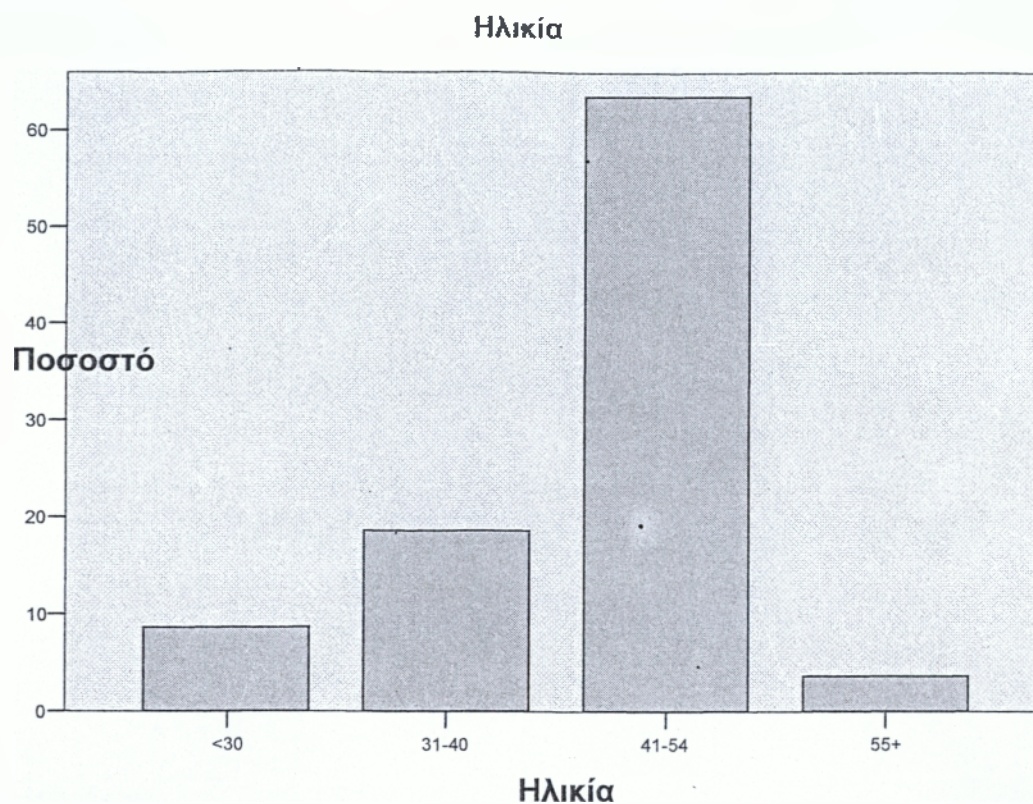
Ο στατιστικός πληθυσμός παρουσιάζει ανομοιογενή κατανομή εργαζομένων ανά φύλο, αφού το ποσοστό των γυναικών υπερτερεί έναντι εκείνου των ανδρών

Γράφημα 8: Φύλο



Με βάση το γράφημα το 25,6% των νοσηλευτών, ιατρών και διοικητικών που απάντησαν ήταν άνδρες και το 74,3% γυναίκες.

Γράφημα 9: ηλικία

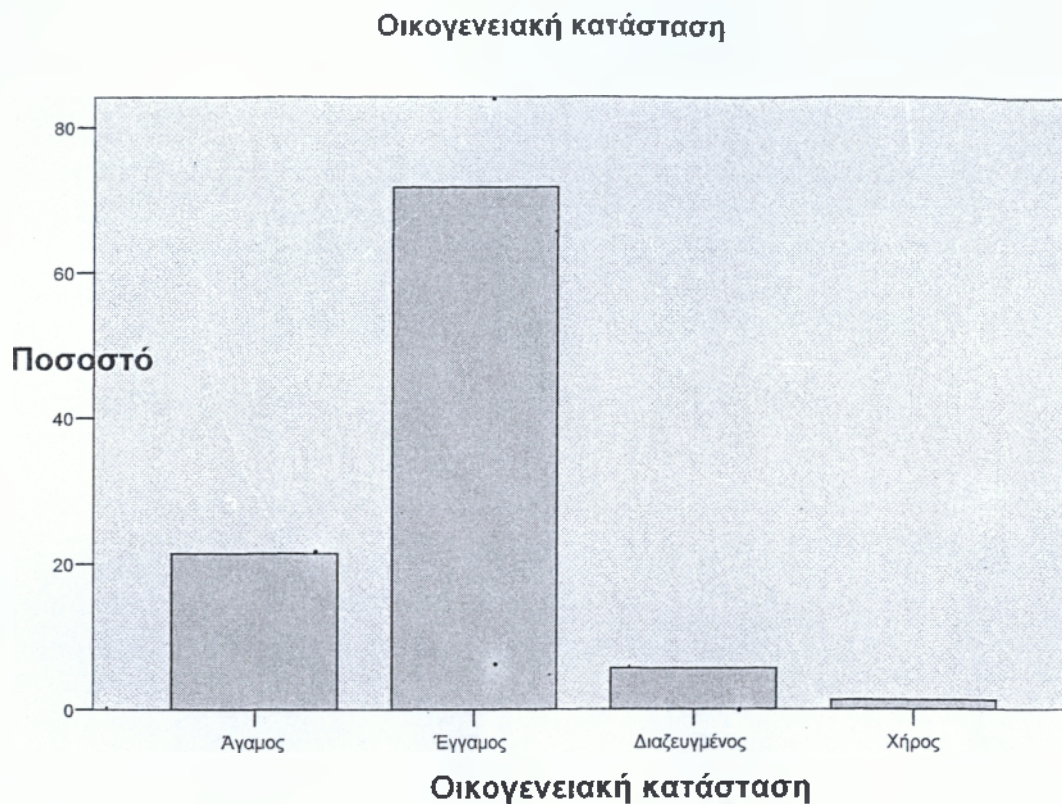


Με βάση το γράφημα παρατηρούμε ότι 3 εργαζόμενοι είναι κάτω των 30 ετών, 7 είναι μεταξύ 31-40 ετών, 25 βρίσκονται στην ηλικία των 41-54 ετών και οι υπόλοιποι 2 είναι πάνω από 55 ετών. 3 ερωτώμενοι δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Οικογενειακή κατάσταση

Από τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι, η πλειονότητα των ερωτηθέντων σε 66,5% των απαντήσεων είναι έγγαμοι, το 25,6% ήταν άγαμοι, το 5,1% διαζευγμένοι και το 2,5% χήροι

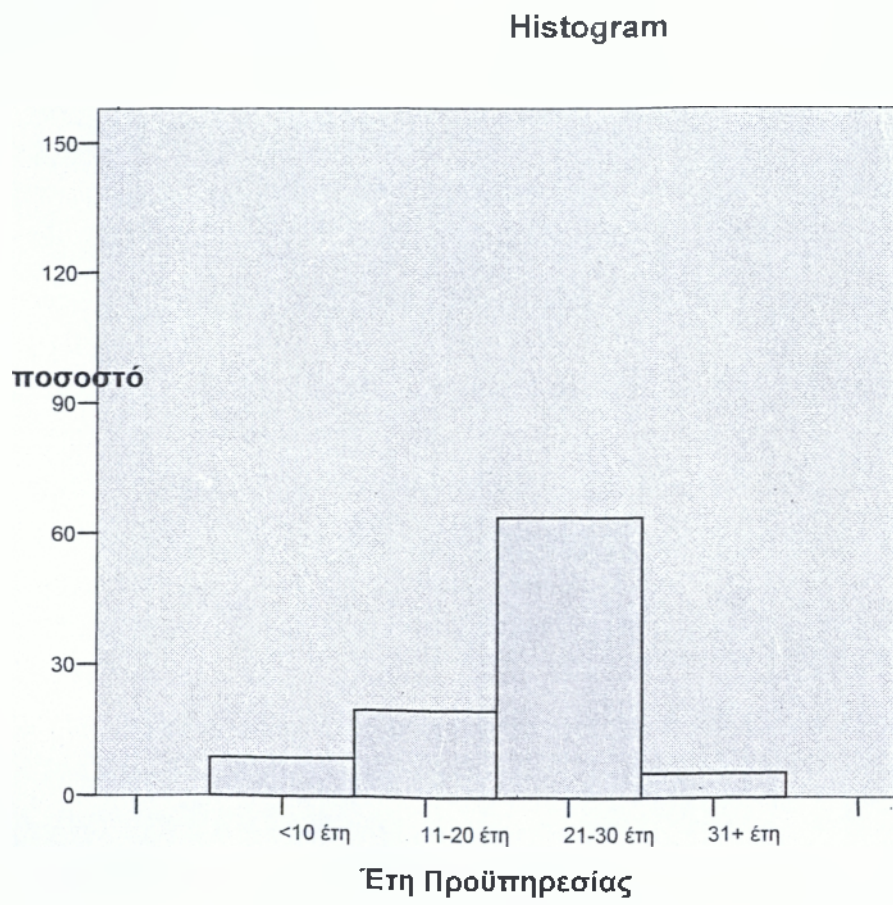
Γράφημα 10: Οικογενειακή κατάσταση



Έτη προϋπηρεσίας

Επίσης, προέκυψε ότι το 7,5% εργάζεται στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (είτε ως διοικητικοί είτε ως νοσηλευτές) λιγότερο από 10 έτη, το 17,9% 11-20 έτη, το 69,1% 21-30 έτη, και το 5,1% πάνω από 31 έτη

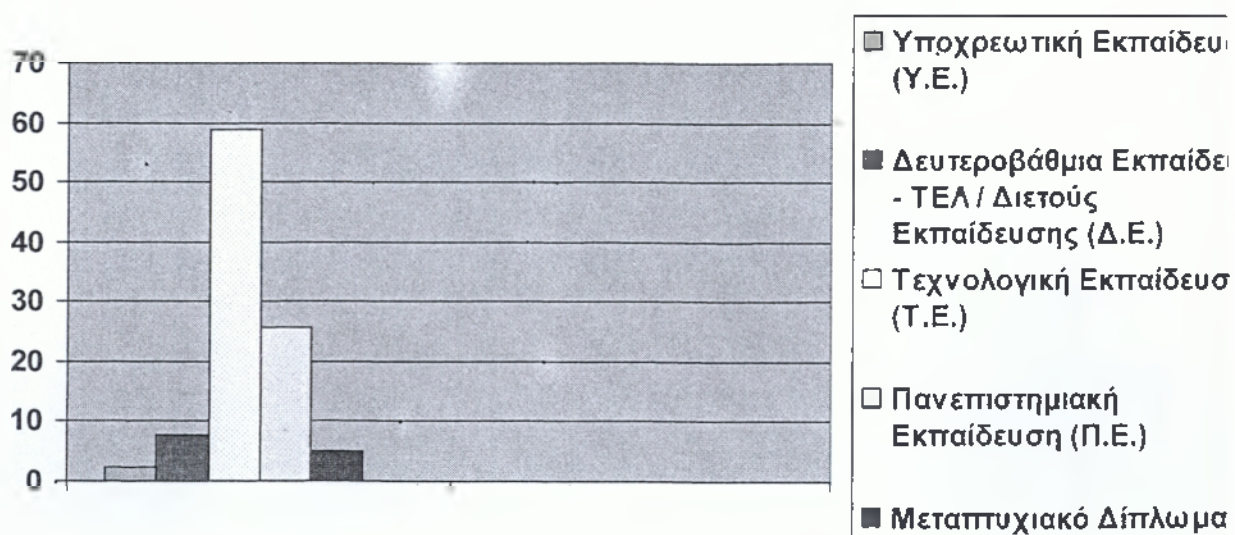
Γράφημα 11: Συνολικά Έτη προϋπηρεσίας



Επίπεδο Εκπαίδευσης

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης προκύπτει ότι το 2,5% του προσωπικού έχει υποχρεωτική εκπαίδευση, το 7,7% δευτεροβάθμια εκπαίδευση (διετή εκπαίδευση) το 58,8% Τεχνολογική Εκπαίδευση, το 25,6% Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση, το 5,1% έχει Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης και το 0,0% έχει Διδακτορικό Δίπλωμα

Γράφημα 12: Συνολικό Επίπεδο Εκπαίδευσης



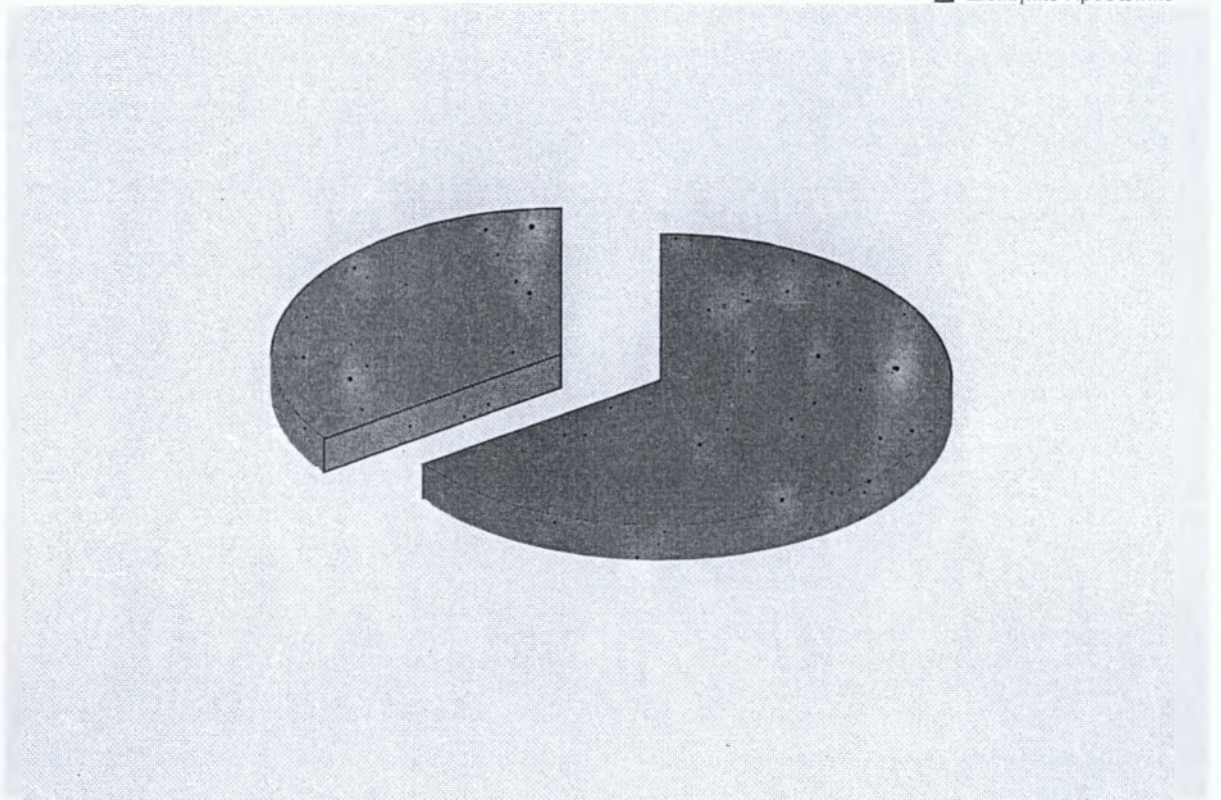
Υπηρεσία

Από τα στοιχεία του παρακάτω γραφήματος προκύπτει ότι το 65% είναι νοσηλευτικό προσωπικό στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται και το 35% διοικητικό προσωπικό.

Γράφημα 13: Υπηρεσία

Υπηρεσία που εργάζεστε

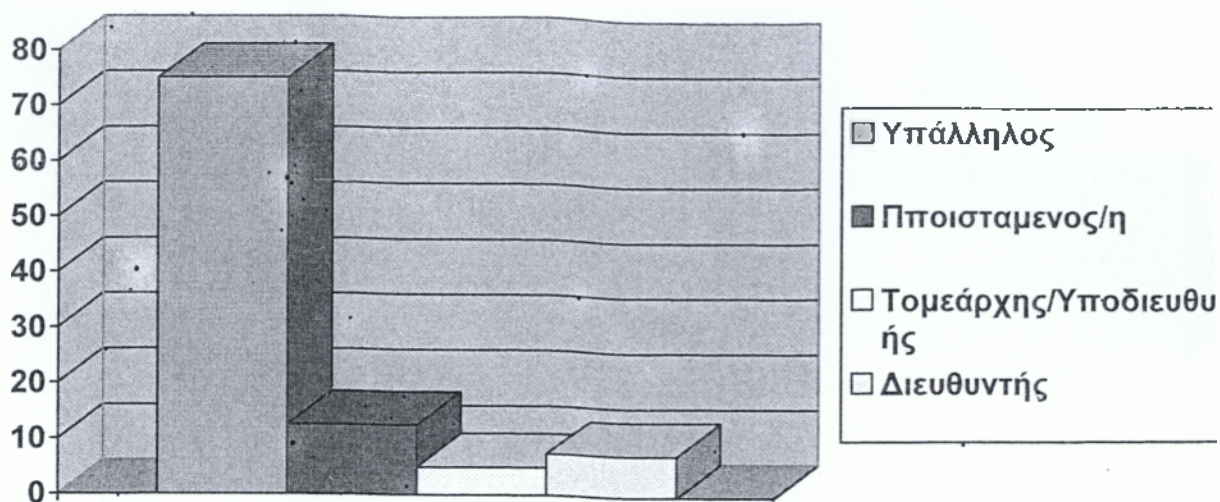
- Υπηρεσία που εργάζεστε
- Νοσηλευτικό Προσωπικό
 - Διοικητικό Προσωπικό



Θέση στην ιεραρχία

Αναφορικά με τη θέση στην ιεραρχία προκύπτει ότι το 75% είναι υπάλληλοι, το 12,5% είναι προϊστάμενοι, το 5% τομεάρχες / υποδιευθυντές και το 7,5% διευθυντές

Γράφημα 14: Θέση στην ιεραρχία



4.3.3. Περιγραφικά αποτελέσματα ασθενών

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 40 ασθενείς του νοσοκομείου

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έγκυρα	Ναι	40	100,0

Α. ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

Ως προς τον τρόπο εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο προέκυψε ότι στο νοσοκομείο εισήχθηκε το 72,5% επειγόντως με άμεση παραπομπή και το 27,5% με Λίστα αναμονής ή προσχεδιασμένα

a2

		Συχνότητα	Ποσοστό(%)
Έγκυρα	ΤΕΠ	29	72,5
	Ραντεβού	11	27,5
	Σύνολο	40	100,0

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σ
1. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λάβατε ανεπαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας σας και τη θεραπευτική αγωγή		1	7	25	4	
		2,7	18,9	67,6	10,8	1
2. Η φροντίδα που λάβατε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ήταν καλά οργανωμένη			23	8	6	
			62,2	21,6	16,2	

Το 67,6% διαφωνεί ότι έλαβε ανεπαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του και τη θεραπευτική αγωγή Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Ενώ, το 62,2% είναι ουδέτερο ότι η φροντίδα που έλαβε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ήταν καλά οργανωμένη

3. Πόσο διάστημα περιμένατε στη λίστα αναμονής, από την ημέρα που μάθατε ότι πρέπει να νοσηλευθείτε στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα που έγινε η εισαγωγή σας;

a5

	Συχνότητα	Ποσοστό(%)
Έγκυρα		
Λιγότερο από 1 εβδομάδα	5	13,1
Μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων	24	63,1
Μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων	7	18,4
Περισσότερο από 1 μήνα	1	2,6
δεν θυμάστε	1	2,6
Σύνολο	38	100
Αναπάντητα	2	
Σύνολο	40	

Το 63,1% περίμενε από 1 έως 2 εβδομάδες στη λίστα αναμονής, από την ημέρα που έμαθε ότι πρέπει να νοσηλευθείτε στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα που έγινε η εισαγωγή

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σ
4.Νοιώθετε ότι ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που θελήσατε να νοσηλευθείτε στο νοσοκομείο έως την ημέρα που έγινε η εισαγωγή σας ήταν υπερβολικά μεγάλος	Συχνότητα					
	Ποσοστό	1	5	24	7	
5.Το κλείσιμο του ραντεβού για εισαγωγή έγινε εύκολα στη Γραμματεία (τηλεφωνικώς ή με επίσκεψη στο νοσοκομείο)	Συχνότητα	2,7	13,5	64,8	18,9	
	Ποσοστό	26	7	1	4	
6.Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	Συχνότητα	68,4	18,4	2,6	10,5	
	Ποσοστό	1	7	26	5	
7.Το προσωπικό της Γραμματείας σας είχε εξηγήσει επαρκώς πριν την εισαγωγή σας τι ακριβώς θα γινόταν στο νοσοκομείο	Συχνότητα	2,6	17,9	66,7	12,8	
	Ποσοστό	23	7	1	9	
		57,5	17,5	2,5	22,5	

Το 64,8% διαφωνεί ότι ένοιωθε ότι ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που θελήσατε να νοσηλευθείτε στο νοσοκομείο έως την ημέρα που έγινε η εισαγωγή σας ήταν υπερβολικά μεγάλος

Το 68,4% συμφωνεί ότι κλείσιμο του ραντεβού για εισαγωγή έγινε εύκολα στη Γραμματεία (τηλεφωνικώς ή με επίσκεψη στο νοσοκομείο)

Το 66,7% διαφωνεί ότι το προσωπικό της Γραμματείας ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει

Το 57,5% συμφωνεί ότι το προσωπικό της Γραμματείας τους είχε εξηγήσει επαρκώς πριν την εισαγωγή τους τι ακριβώς θα γινόταν στο νοσοκομείο

B. ΑΦΙΞΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

8. Πόση ώρα έκαναν να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο;

b10

		Συχνότητα	Ποσοστό(%)
Έγκυρα	Λιγότερο από 10 λεπτά	6	15,0
	11 λεπτά έως μισή ώρα	21	52,5
	μισή έως μία ώρα	7	17,5
	Περισσότερο από 2 ώρες	4	10,0
	Δεν θυμάστε	2	5,0
	Σύνολο	40	100,0

Το 52,5% μας απαντά πως έκαναν από 11 λεπτά έως μισή ώρα να του βρουν κρεβάτι σε θάλαμο

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
9.Η αναμονή σε καρέκλα ή καροτσάκι μέχρι να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο ήταν περισσότερη από ότι θα έπρεπε	Συχνότητα					
	Ποσοστό		1	6	26	5
10.Στο εσωτερικό του νοσοκομείου υπήρχαν ταμπέλες ή άλλη σηματοδότηση με την οποία μπορούσατε εύκολα να πάτε εκεί όπου θέλατε	Συχνότητα					
	Ποσοστό		2,6	15,8	68,4	13,2
11.Η διαδικασία εισαγωγής σας στο νοσοκομείο ήταν δυσάρεστη	Συχνότητα					
	Ποσοστό		10	18	7	5
			25	45	17,5	12,5

Το 68,4% διαφωνεί ότι η αναμονή σε καρέκλα ή καροτσάκι μέχρι να βρουν κρεβάτι σε θάλαμο ήταν περισσότερη από ότι θα έπρεπε. Αλλά στο εσωτερικό του νοσοκομείου δεν υπήρχαν ταμπέλες ή άλλη σηματοδότηση με την οποία μπορούσατε εύκολα να πάτε εκεί όπου θέλατε (54,1%). Γενικά η διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο δεν ήταν δυσάρεστη αλλά ούτε και ευχάριστη καθώς έχουμε ένα ποσοστό 45% που είναι ουδέτερο.

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύν
12. Οι νοσοκόμες έδειξαν ενδιαφέρον και σας περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	Συχνότητα						
	Ποσοστό	3	10	18	6	0	
13. Οι νοσοκόμες ήταν συχνά αγενείς	Συχνότητα	8,1	27	48,6	16,2	0,0	1
	Ποσοστό		7	7	20	5	
14. Οι νοσοκόμες σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες (εξετάσεις από γιατρούς, ακτινογραφίες κ.λ.π.)	Συχνότητα						
	Ποσοστό		20	11	5	1	
15. Οι νοσοκόμες ήταν απρόθυμες να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας	Συχνότητα						
	Ποσοστό		54,1	29,7	12,8	2,7	11
16. Οι νοσοκόμες συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας	Συχνότητα						
	Ποσοστό		1	7	24	5	
17. Οι νοσοκόμες καθυστερούσαν να έλθουν, όταν τις ζητούσατε	Συχνότητα						
	Ποσοστό		2,7	18,9	64,9	13,5	10
18. Οι νοσοκόμες σας φέρθηκαν με σεβασμό	Συχνότητα	1	5	17	14	3	4
	Ποσοστό	2,5	12,5	42,5	35	7,5	10
19. Οι νοσοκόμες ήταν ανίκανες να κάνουν σωστά τη δουλειά τους	Συχνότητα						
	Ποσοστό	5	7	20	2	4	3
20. Οι νοσοκόμες ήταν διακριτικές	Συχνότητα	13,1	18,4	52,6	5,2	10,5	10
	Ποσοστό		16	7	9	5	3
19. Οι νοσοκόμες ήταν ανίκανες να κάνουν σωστά τη δουλειά τους	Συχνότητα						
	Ποσοστό		43,2	18,9	24,3	13,5	10
20. Οι νοσοκόμες ήταν διακριτικές	Συχνότητα						
	Ποσοστό		1	7	24	5	3
20. Οι νοσοκόμες ήταν διακριτικές	Συχνότητα						
	Ποσοστό		2,7	18,9	64,9	13,5	10
20. Οι νοσοκόμες ήταν διακριτικές	Συχνότητα						
	Ποσοστό		18	8	8	5	3
			46,2	20,5	20,5	12,8	10

Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι πως το 48,6% πιστεύει πως οι νοσοκόμες έδειξαν ενδιαφέρον και τους περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και δεν ήταν αγενής μαζί τους (51,2%). Εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο στους ασθενείς τις ιατρικές διαδικασίες (54,1%) και ήταν πρόθυμες να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους (64,9%). Όσον αφορά το αν καθυστερούσαν να έρθουν όταν τις ζητούσε ο ασθενής βλέπουμε πως είναι μεγάλο ποσοστό (52,6%) είναι ουδέτερο. Μία σημαντική πληροφορία αυτού του πίνακα είναι πως οι ασθενείς πιστεύουν πως οι νοσοκόμες δεν είναι ανίκανες να κάνουν σωστά τη δουλειά τους (64,9%). Γενικά οι νοσοκόμες φέρθηκαν με σεβασμό (43,2%) και ήταν διακριτικές (46,2%).

Δ. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
21. Οι γιατροί περνούσαν σπάνια για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας	Συχνότητα		1	6	24	8	
	Ποσοστό		2,6	15,4	61,5	20,5	1
22. Οι γιατροί έδειχναν ενδιαφέρον για εσάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	Συχνότητα		3	4	22	6	2
	Ποσοστό	8,1	10,8	59,5	16,2	5,4	10
23. Οι γιατροί ήταν ανίκανοι να κάνουν σωστά τη δουλειά τους	Συχνότητα		2	7	23	6	3
	Ποσοστό		5,2	18,4	60,5	15,7	10
24. Οι γιατροί σας κράτησαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας	Συχνότητα		3	1	26	6	4
	Ποσοστό	7,5	2,5	65	15	10	10
25. Οι γιατροί ήταν συχνά αγενείς	Συχνότητα		1	7	24	5	3
	Ποσοστό		2,7	18,9	64,9	13,5	10
26. Οι γιατροί ήταν διακριτικοί	Συχνότητα		24	7	2	5	3
	Ποσοστό		63,1	18,4	5,2	13,1	10
27. Οι οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες	Συχνότητα		1	0	26	13	4
	Ποσοστό		2,5	0,0	65	32,5	10
28. Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό	Συχνότητα		1	7	24	5	3
	Ποσοστό		2,7	18,9	64,9	13,5	10

29.Οι γιατροί σας έδωσαν λάθος Συχνότητα διάγνωση και θεραπευτική αγωγή	1	32	7
Ποσοστό	2,5	80	17,5

Οι γιατροί δεν περνούσαν σπάνια για να ελέγξουν την πορεία της υγείας των ασθενών (61,5%) δεν ήταν ικανοί να κάνουν σωστά τη δουλειά τους (60,5%) και δεν ήταν συχνά αγενείς (64,9%).

Οι γνώμες για το εάν οι γιατροί έδειχναν ενδιαφέρον για εσάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας και εάν οι γιατροί σας κράτησαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας είναι ουδέτερες. Για το εάν οι γιατροί σας έδωσαν λάθος διάγνωση και θεραπευτική αγωγή το (80%) διαφωνεί.

Οι οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν επαρκείς αλλά δεν ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό

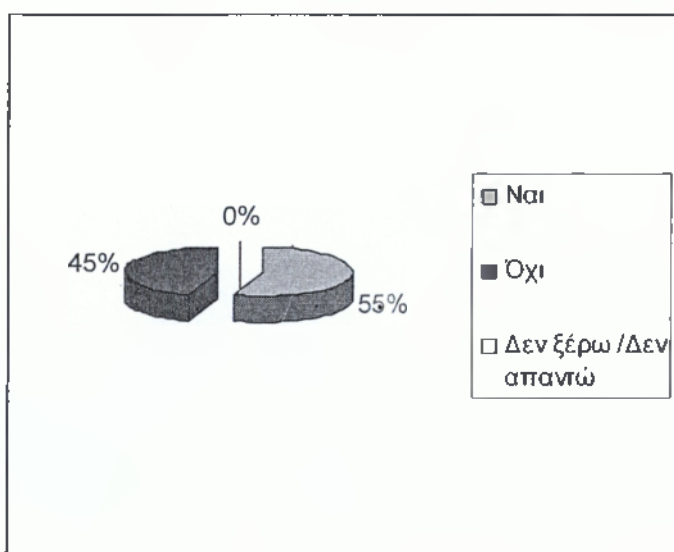
Ε. ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
30.Το προσωπικό του νοσοκομείου που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό						
Συχνότητα						
Ποσοστό	5	24	8	2	0	39
31.Οι καθαρίστριες ήταν αγενείς	12,8	61,5	20,5	5,1	0,0	100
Συχνότητα	0	4	9	25	2	40
Ποσοστό	0,0	10	22,5	62,5	5	40
32.Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν επαρκές						
Συχνότητα		1	7	24	5	37
Ποσοστό		2,7	18,9	64,9	13,5	100
33.Το υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, υπάλληλοι κυλικείου) ήταν αγενές	0	0	4	29	7	40
Συχνότητα						
Ποσοστό	0,0	0,0	10	72,5	17,5	100

Αναφορικά με το υπόλοιπο προσωπικό προέκυψε ότι το προσωπικό του νοσοκομείου που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό (61,5%). Οι καθαρίστριες δεν ήταν αγενείς (62,5%).

Επίσης οι ασθενείς διαφωνούν ότι το προσωπικό του νοσοκομείου επαρκούσε (64,9%) και ότι το υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, υπάλληλοι κυλικείου) δεν ήταν αγενείς (72,5%).

34. Χρειάστηκε να σας μεταφέρει τραυματιοφορέας;



Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα το 55% μεταφέρθηκε από τραυματιοφορέα και το υπόλοιπο 45% μεταφέρθηκε χωρίς τραυματιοφορέα.

ΣΤ. ΦΑΓΗΤΟ

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
35. Η ποιότητα του φαγητού ήταν κακή	Συχνότητα		1	6	24	8	39
	Ποσοστό		2,6	15,4	61,5	20,5	100
36. Η θερμοκρασία του φαγητού ήταν αυτή που έπρεπε (π.χ. δεν ήταν υπερβολικά καυτό ή κρύο)	Συχνότητα		6	1	24	8	39
	Ποσοστό		15,4	2,7	61,5	20,5	100
37. Το φαγητό σερβιριζόταν με καθυστέρηση	Συχνότητα		18	8	8	5	39
	Ποσοστό		46,2	20,5	20,5	12,8	100

Η ποιότητα του φαγητού δεν ήταν κακή(61,5%), αλλά η θερμοκρασία του φαγητού δεν ήταν αυτή που έπρεπε (π.χ. δεν ήταν υπερβολικά καυτό ή κρύο)(61,5%). Επίσης το φαγητό σερβιριζόταν με καθυστέρηση (46,2%).

Z. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο
38.Ο θάλαμος ήταν καθαρός	Συχνότητα	3	6	21	7	3	
	Ποσοστό	7,5	12,5	52,5	17,5	7,5	
39.Στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο), όπου μένατε είχε φασαρία	Συχνότητα		7	8	19	6	
	Ποσοστό		17,5	20	47,5	15	
40.Τα σεντόνια του κρεβατιού σας τα άλλαζαν όσο συχνά έπρεπε	Συχνότητα		20	11	1	5	
	Ποσοστό		54,1	29,7	2,7	13,5	
41.Η θερμοκρασία του θαλάμου ήταν ακατάλληλη (έκανε κρύο ή πολύ ζέστη)	Συχνότητα		1	7	24	8	
	Ποσοστό		2,5	17,5	60	20	1
42.Οι χώροι υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες) ήταν καθαροί	Συχνότητα		1	19	10	10	
	Ποσοστό		2,5	47,5	25	25	1
43.Στο θάλαμό σας νοιώθατε άβολα γιατί υπήρχαν περισσότεροι ασθενείς από ότι έπρεπε	Συχνότητα	3	2	22	7	3	
	Ποσοστό	8,1	5,4	59,4	18,9	8,1	1
44.Νοιώθατε ότι τα προσωπικά σας πράγματα ήταν επαρκώς ασφαλισμένα από πιθανή κλοπή	Συχνότητα	2	5	24	9	0	
	Ποσοστό	5	12,5	60	22,5	0,0	10
45.Νοιώθατε άβολα γιατί οι συγγενείς και φίλοι των ασθενών έμεναν στο θάλαμο πολύ ώρα	Συχνότητα	5	1	24	8	0	
	Ποσοστό	13	2,6	62,4	20,8	0,0	10
46.Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου π.χ. (διάδρομοι, κυλικεία, γραφεία, χώροι αναμονής) ήταν καθαροί	Συχνότητα		18	8	8	5	3
	Ποσοστό		46,2	20,5	20,5	12,8	10

47.Νοιώθατε συνεχώς άβολα στο θάλαμο, επειδή υπήρχαν ασθενείς του αντίθετου φύλου

Συχνότητα

Ποσοστό

24	7	1	5
64,9	18,9	2,7	13,5

Στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο) δεν είχε φασαρία (47,5%), η θερμοκρασία του θαλάμου δεν ήταν ακατάλληλη (δεν έκανε κρύο ή πολύ ζέστη) (60%) ενώ για το εάν υπήρχαν πολλοί ασθενείς ώστε να νοιώθετε άβολα οι απαντήσεις είναι ουδέτερες (59,4%). Επίσης ουδέτεροι είναι για το εάν ένοιωθαν ότι τα προσωπικά τους πράγματα ήταν επαρκώς ασφαλισμένα από πιθανή κλοπή (60%) Όπως και για το εάν ένοιωθαν άβολα γιατί οι συγγενείς και φίλοι των ασθενών έμεναν στο θάλαμο πολύ ώρα (62,4%).

Επίσης τα σεντόνια των κρεβατιών τα άλλαζαν όσο συχνά έπρεπε (54,1%).

Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου π.χ. (διάδρομοι, κυλικείο, γραφεία, χώροι αναμονής) ήταν καθαροί (46,2%) όμως ένοιωθαν συνεχώς άβολα στο θάλαμο, επειδή υπήρχαν ασθενείς του αντίθετου φύλου (64,9%).

Η. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ.

48.Οι προγραμματισμένες διαδικασίες (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξέταση αίματος, ούρων κτλ) γινόταν χωρίς καθυστέρηση

Συχνότητα

Ποσοστό

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολ
	24	7	3	5	
	61,4	17,9	7,6	12,8	1

49.Η παραμονή σας στο νοσοκομείο ήταν ανοργάνωτη και έγιναν λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (π.χ. σας ζητήθηκε ξανά το ιατρικό ιστορικό ή επαναλήφθηκε εξέταση, επειδή χάθηκε)

Συχνότητα

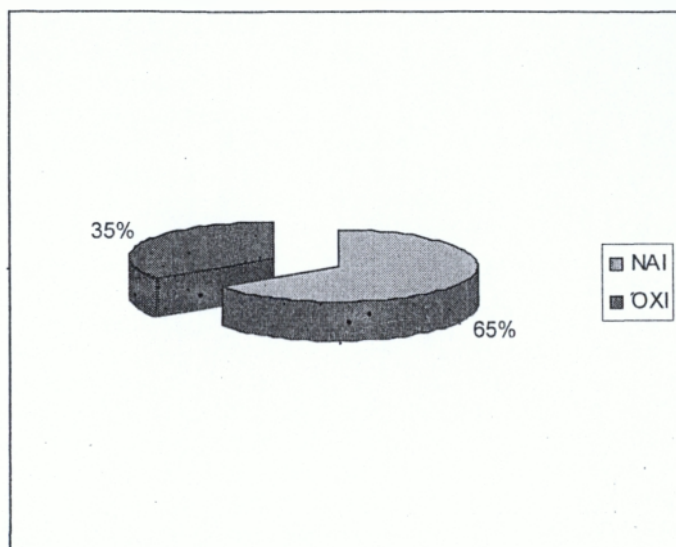
Ποσοστό

3	4	1	22	10	
7,5	10	2,5	55	25	10

Πράγματι, οι προγραμματισμένες διαδικασίες (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξέταση αίματος, ούρων κτλ) γινόταν χωρίς καθυστέρηση (61,4%).

Η παραμονή στο νοσοκομείο δεν ήταν ανοργάνωτη και δεν έγιναν λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (π.χ. σας ζητήθηκε ξανά το ιατρικό ιστορικό ή επαναλήφθηκε εξέταση, επειδή χάθηκε)(55%).

50. Νοιώσατε πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;



Όπως παρατηρείται στο παραπάνω γράφημα, το 65% των ασθενών ένιωσαν πόνο κατά τη διάρκεια της παραμονής του, ενώ το υπόλοιπο 35% δεν ένοιωσε.

51. Το προσωπικό του νοσοκομείου ενδιαφέρθηκε για τον πόνο που νοιώθατε και φρόντισε να σας ανακουφίσει	Συχνότητα	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
		Ποσοστό	Ποσοστό	Ποσοστό	Ποσοστό	Ποσοστό
		1	16	10	8	5
		2,5	40	25	20	12,5

Το προσωπικό του νοσοκομείου ενδιαφέρθηκε για τον πόνο που ένιωσε ο ασθενής και φρόντισε να τον ανακουφίσει (40%).

Θ. ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
52.Την ημέρα που βγήκατε από το νοσοκομείο, η έξοδος σας καθυστέρησε λόγω γραφειοκρατίας	Συχνότητα		8	6	24	1
	Ποσοστό		20,5	15,4	61,5	2,6
53.Την ημέρα που βγήκατε από το νοσοκομείο σας ενημέρωσαν επαρκώς για το τι έπρεπε να κάνετε πριν να φύγετε	Συχνότητα	3	4	22	6	2
	Ποσοστό	8,1	10,8	59,4	16,2	5,4
54.Πιστεύετε ότι βγήκατε από το νοσοκομείο νωρίτερα από ότι έπρεπε	Συχνότητα		2	8	23	7
	Ποσοστό		5	20	57,5	17,5

Η έξοδος από το νοσοκομείο δεν είναι και τόσο γραφειοκρατική (61,5%) και δεν ήταν νωρίτερα από ότι έπρεπε (57,5%).Ουδέτεροι όμως είναι οι ασθενείς (59,4%) όσον αφορά αν ενημερώθηκαν επαρκώς για το τι έπρεπε να κάνουν πριν φύγουν.

I. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
55.Γενικά από την παραμονή σας στο νοσοκομείο είστε πολύ ικανοποιημένος /η	Συχνότητα		5	19	8	5
	Ποσοστό		12,5	47,5	20	12,5
						3
						40
						7,5
						100

Γενικά από την παραμονή στο νοσοκομείο οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι /ες (47,5%).

4.3.4. Περιγραφικά αποτελέσματα προσωπικού

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	Σύνολο
Πιστεύω ότι αμείβομαι δίκαια για την εργασία που κάνω.			24	1	6		8	
	%		61,5	2,6	15,4		20,5	
Υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στη δουλειά μου.			6	4	22	6	2	
	%		15	10	55	15	5	
Ο/Η προϊστάμενός μου είναι πολύ ικανός/ή στη δουλειά του.				2	7	23	5	
	%			5,4	18,9	62,2	13,5	
Δεν είμαι ικανοποιημένος από τις πρόσθετες παροχές (ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδοχών, συνταξιοδοτικές προοπτικές) που λαμβάνω, πέραν του μισθού.				1	7	24	5	
	%			2,7	18,9	64,9	13,5	1
Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, αναγνωρίζεται όπως θα έπρεπε.			5	11	15	9	0	
	%		12,5	27,5	37,5	22,5	0,0	1
Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες μας, καθιστούν την διεκπεραίωση μία σωστής δουλειάς, δύσκολη.			5	2	3	7	23	
	%		12,5	5	7,5	17,5	57,5	1
Συμπαθώ τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύω μαζί.				9	7	16	5	
	%			24,3	18,9	43,2	13,5	1
Μερικές φορές αισθάνομαι πως η εργασία μου δεν έχει νόημα.			5	7	24	1	3	

	%		12,5	17,5	60	2,5	7,5	
Η επικοινωνία φαίνεται καλή σ' αυτόν τον οργανισμό.				8	18	8	5	
	%			20,5	46,2	20,5	12,8	
Οι αυξήσεις του μισθού είναι πολύ λίγες και σπάνιες.				24	7	1	5	
	%			64,9	18,9	2,7	13,5	
Αυτοί που εργάζονται σωστά έχουν αρκετές πιθανότητες προαγωγής.				11	20	1	5	
	%			29,7	54,1	2,7	13,5	
Ο προϊστάμενός μου είναι άδικος μαζί μου.				1	7	24	5	
	%			2,7	18,9	64,9	13,5	
Οι πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού, είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν οι περισσότεροι άλλοι οργανισμοί.			11	16	11	1	1	
	%		27,5	40	27,5	2,5	2,5	
Δεν θεωρώ πως η δουλειά μου εκτιμάται.				6	12	20	2	
	%			15	30	50	5	
Οι προσπάθειες για να κάνω σωστά τη δουλειά μου σπάνια εμποδίζονται από τη γραφειοκρατία.				6	5	20	8	
	%			15,3	12,8	51,3	20,5	1
Θεωρώ ότι πρέπει να δουλέω πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών μου.				1	24	7	5	
	%			2,7	64,9	18,9	13,5	1
Μου αρέσουν αυτά που κάνω στην εργασία μου.				8	18	8	5	
	%			20,5	46,2	20,5	12,8	1
Οι στόχοι του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι ξεκάθαροι.		5	22	12	1			

	%	12,5	55	30	2,5			10
--	---	------	----	----	-----	--	--	----

Από τον έλεγχο της εργασιακής ικανοποίησης προέκυψαν τα εξής:

Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου δεν είναι αρκετά ικανοποιημένοι για τις αμοιβές τους ως προς την εργασία που κάνουν και όταν κάνουν καλά τη δουλειά τους, συμφωνούν ελάχιστα για το αν αναγνωρίζεται αρκετά όπως άλλωστε θα έπρεπε.

Δεν είναι ικανοποιημένοι γιατί υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στη δουλειά μου (55%), αλλά συμφωνούν αρκετά ότι ο/η προϊστάμενός τους είναι πολύ ικανός/ή στη δουλειά του, και διαφωνούν ελάχιστα ότι οι αυξήσεις του μισθού είναι πολύ λίγες και σπάνιες. Οι πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού, δεν είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν οι περισσότεροι άλλοι οργανισμοί.

Επίσης αυτοί που εργάζονται σωστά συμφωνούν ελάχιστα πως έχουν πιθανότητες προαγωγής

Επίσης, δεν είναι ικανοποιημένοι από τις πρόσθετες παροχές (ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδοχών, συνταξιοδοτικές προοπτικές) που λαμβάνω, πέραν του μισθού. και μερικές φορές αισθάνονται πως η εργασία τους δεν έχει νόημα (60%)

Επιπλέον, πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες μας, καθιστούν την διεκπεραίωση μία σωστής δουλειάς δύσκολη, αλλά και η επικοινωνία φαίνεται αρκετά καλή σ' αυτόν τον οργανισμό. Επιπλέον, οι προσπάθειες για να κάνουν σωστά τη δουλειά τους εμποδίζονται από τη γραφειοκρατία (51,3%)

Συμπαθούν αρκετά τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύουν μαζί, όμως θεωρούν ότι πρέπει να δουλεύουν πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών τους (64,9%)

Είναι ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους (46,2%) και θεωρούν πως η δουλειά εκτιμάται (50%)

Επίσης φαίνεται πως οι στόχοι του οργανισμού στον οποίο εργάζονται είναι ξεκάθαροι.

4.4. Αποτελέσματα

4.4.1 Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν συνοπτικά τα αποτελέσματα, από την ανάλυση του ερωτηματολογίου των ασθενών και των εργαζομένων στο νοσοκομείο. Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς του νοσοκομείου Τρικάλων ήταν 61-74 ετών και απόφοιτοι μιας ανώτερης (ΤΕΙ, ΙΕΚ)/ Ανώτατης Σχολής (ΑΕΙ). Σήμερα θα χαρακτήριζαν την κατάσταση της υγείας τους μέτρια. Επίσης, πολύ λίγοι (10%) αναγκάστηκαν να πληρώσουν για κάποια υπηρεσία, άτυπα, επιπλέον χρήματα σε κάποιον υπάλληλο του νοσοκομείου (π.χ. γιατρό, νοσοκόμα), ενώ κανονικά δεν έπρεπε.

Αναφορικά με τη δεύτερη κατηγορία - τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο- προέκυψε ότι στο νοσοκομείο εισήχθηκε το 72,5% επειγόντως με άμεση παραπομπή και το 27,5% με Λίστα αναμονής ή προσχεδιασμένα. Το 67,6% διαφωνεί ότι έλαβε ανεπαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του και τη θεραπευτική αγωγή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Αντίθετα το 62,2% ήταν ουδέτερο αναφορικά με τη φροντίδα που έλαβε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Ως προς το διάστημα που οι ασθενείς παρέμειναν στη λίστα αναμονής, από την ημέρα που έμαθαν ότι πρέπει να νοσηλευθούν στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα που έγινε η εισαγωγή τους προέκυψαν τα κάτωθι:

- ✓ Το 63,1% περίμενε από 1 έως 2 εβδομάδες στη λίστα αναμονής.
- ✓ Το 64,8% θεώρησε ότι ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που θέλησε να νοσηλευθεί στο νοσοκομείο έως την ημέρα που έγινε η εισαγωγή του δεν ήταν υπερβολικά μεγάλος.
- ✓ Το 68,4% συμφωνεί ότι το κλείσιμο του ραντεβού για εισαγωγή έγινε εύκολα στη Γραμματεία (τηλεφωνικώς ή με επίσκεψη στο νοσοκομείο)
- ✓ Το 66,7% θεώρησε ότι το προσωπικό της Γραμματείας ήταν πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει
- ✓ Το 57,5% συμφωνεί ότι το προσωπικό της Γραμματείας τους είχε εξηγήσει επαρκώς πριν από την εισαγωγή τους τι ακριβώς θα γινόταν στο νοσοκομείο.

Αναφορικά με την τρίτη κατηγορία - άφιξη στο νοσοκομείο- προέκυψαν τα εξής:

Το 52,5% περίμενε σε θάλαμο μέχρι να του βρουν κρεβάτι από 11 λεπτά έως μισή ώρα

Το 68,4% διαφωνεί ότι η αναμονή σε καρέκλα ή καροτσάκι μέχρι να του βρουν κρεβάτι σε θάλαμο ήταν περισσότερη από ότι θα έπρεπε. Ωστόσο στο εσωτερικό του νοσοκομείου δεν υπήρχαν ταμπέλες ή άλλη σηματοδότηση με την οποία μπορούσε εύκολα να πάει εκεί όπου ήθελε (54,1%). Γενικά η διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο ήταν ουδέτερη (45%)

Ως προς την τέταρτη κατηγορία -το νοσηλευτικό προσωπικό-, προέκυψε ότι το 48,6% των ερωτηθέντων, πιστεύει πως οι νοσοκόμες έδειξαν ενδιαφέρον και τους περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και δεν ήταν αγενής μαζί τους. Εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο στους ασθενείς τις ιατρικές διαδικασίες (54,1%) και ήταν πρόθυμες να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους (64,9%). Όσον αφορά το αν καθυστερούσαν να έρθουν όταν τις ζητούσε ο ασθενής βλέπουμε πως ένα μεγάλο ποσοστό (52,6%) είναι ουδέτερο. Μία σημαντική πληροφορία είναι πως οι ασθενείς πιστεύουν πως οι νοσοκόμες δεν είναι ανίκανες να κάνουν σωστά τη δουλειά τους (64,9%). Γενικά οι νοσοκόμες φέρθηκαν με σεβασμό (43,2%) και ήταν διακριτικές (46,2%).

Ως προς την πέμπτη κατηγορία -το ιατρικό προσωπικό-, προέκυψε ότι οι γιατροί περνούσαν συχνά για να ελέγξουν την πορεία της υγείας των ασθενών (61,5%) ήταν ικανοί να κάνουν σωστά τη δουλειά τους (60,5%) και δεν ήταν αγενείς (64,9%). Οι γνώμες για το εάν οι γιατροί έδειχναν ενδιαφέρον για τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και εάν οι γιατροί τους κράτησαν ενήμερους για την κατάσταση της υγείας τους είναι ουδέτερες. Για το εάν οι γιατροί τους έδωσαν λάθος διάγνωση και θεραπευτική αγωγή η πλειονότητα των ερωτηθέντων διαφωνεί. Οι οδηγίες που τους έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν επαρκείς αλλά δεν ήταν διαθέσιμοι, όταν οι ασθενείς ήθελαν να τους ρωτήσουν κάτι σημαντικό.

Ως προς την έκτη κατηγορία -το υπόλοιπο προσωπικό-, προέκυψε ότι το προσωπικό του νοσοκομείου που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό (61,5%). Οι καθαρίστριες συγκεκριμένα δεν ήταν αγενείς (62,5%). Επίσης οι ασθενείς διαφωνούν ότι το προσωπικό του νοσοκομείου επαρκούσε (64,9%) και ότι το υπόλοιπο

προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, υπάλληλοι κυλικείου) δεν ήταν αγενείς (72,5%).

Αναφορικά με την έβδομη κατηγορία – το φαγητό- προέκυψε ότι η ποιότητα του φαγητού δεν ήταν κακή (61,5%), αλλά η θερμοκρασία του φαγητού δεν ήταν αυτή που έπρεπε (π.χ. δεν ήταν υπερβολικά καυτό ή κρύο) (61,5%). Επίσης το φαγητό σερβιριζόταν με καθυστέρηση (46,2%).

Ως προς την όγδοη κατηγορία – το εσωτερικό περιβάλλον- προέκυψε ότι στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο) δεν είχε φασαρία (47,5%), η θερμοκρασία του θαλάμου ήταν κατάλληλη (δεν έκανε κρύο ή πολύ ζέστη) (60%) ενώ για το εάν υπήρχαν πολλοί ασθενείς ώστε να νιώθουν άβολα οι απαντήσεις είναι ουδέτερες (59,4%). Επίσης ουδέτεροι είναι για το εάν ένοιωθαν ότι τα προσωπικά τους πράγματα ήταν επαρκώς ασφαλισμένα από πιθανή κλοπή (60%), όπως και για το εάν ένοιωθαν άβολα γιατί οι συγγενείς και φίλοι των ασθενών έμεναν στο θάλαμο πολύ ώρα (62,4%). Επίσης τα σεντόνια των κρεβατιών τα άλλαζαν όσο συχνά έπρεπε (54,1%). Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου π.χ. (διάδρομοι, κυλικείο, γραφεία, χώροι αναμονής) ήταν καθαροί (46,2%) όμως ένοιωθαν συνεχώς άβολα στο θάλαμο, επειδή υπήρχαν ασθενείς του αντίθετου φύλου (64,9%).

Αναφορικά με την ένατη κατηγορία – διαδικασίες-, οι προγραμματισμένες διαδικασίες (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξέταση αίματος, ούρων κτλ) γινόταν χωρίς καθυστέρηση (61,4%). Η παραμονή στο νοσοκομείο δεν ήταν ανοργάνωτη και δεν έγιναν λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (π.χ. σας ζητήθηκε ξανά το ιατρικό ιστορικό ή επαναλήφθηκε εξέταση, επειδή χάθηκε) (55%). Το 65% ένοιωσε πόνο κατά τη διάρκεια της παραμονής του, ενώ το 35% δεν ένοιωσε

Τέλος αναφορικά με την κατηγορία -έξοδος από το νοσοκομείο- προέκυψε ότι αυτή δεν είναι και τόσο γραφειοκρατική (61,5%) και δεν ήταν νωρίτερα από ότι έπρεπε (57,5%). Ουδέτεροι όμως είναι οι ασθενείς (59,4%) όσον αφορά αν ενημερώθηκαν επαρκώς για το τι έπρεπε να κάνουν πριν φύγουν.

Από τον έλεγχο της εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων προέκυψαν τα εξής: Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου δεν είναι αρκετά ικανοποιημένοι για τις αμοιβές τους ως προς την εργασία που κάνουν και όταν κάνουν καλά τη δουλειά τους, συμφωνούν ελάχιστα για το αν αναγνωρίζεται αρκετά όπως άλλωστε θα έπρεπε.

Δεν είναι ικανοποιημένοι γιατί υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στη δουλειά τους (55%), αλλά συμφωνούν αρκετά ότι ο/η προϊστάμενός τους είναι πολύ ικανός/ή στη δουλειά του, και διαφωνούν ελάχιστα ότι οι αυξήσεις του μισθού είναι πολύ λίγες και σπάνιες. Οι πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού, δεν είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν οι περισσότεροι άλλοι οργανισμοί. Επίσης αυτοί που εργάζονται σωστά συμφωνούν ελάχιστα πως έχουν πιθανότητες προαγωγής

Επίσης, οι εργαζόμενοι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις πρόσθετες παροχές (ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδοχών, συνταξιοδοτικές προοπτικές) που λαμβάνουν, πέραν του μισθού και μερικές φορές αισθάνονται πως η εργασία τους δεν έχει νόημα (60%). Επιπλέον, πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες που έχουν, καθιστούν την διεκπεραίωση μία σωστής δουλειάς δύσκολη, αλλά και η επικοινωνία φαίνεται αρκετά καλή σ' αυτόν τον οργανισμό. Επιπλέον, οι προσπάθειες για να κάνουν σωστά τη δουλειά τους εμποδίζονται από τη γραφειοκρατία (51,3%)

Οι εργαζόμενοι συμπαθούν αρκετά τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύουν μαζί, όμως θεωρούν ότι πρέπει να δουλεύουν πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών τους (64,9%). Είναι ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους (46,2%) και θεωρούν πως η δουλειά εκτιμάται (50%). Τέλος, φαίνεται πως οι στόχοι του οργανισμού στον οποίο εργάζονται είναι ξεκάθαροι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συζήτηση - Συμπεράσματα - Προτάσεις

Σε γενικές γραμμές οι ασθενείς του νοσοκομείου Τρικάλων, φαίνονται ικανοποιημένοι από τις παροχές του νοσοκομείου, και από την ιατρική και νοσηλευτική θεραπεία που έλαβαν.

Βέβαια οι γιατροί του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι περισσότερο διαθέσιμοι (ερώτηση 28) για τους ασθενείς, όπως απάντησαν 24 ασθενείς στους 37. Αυτό κυρίως οφείλεται στην ανεπάρκεια του προσωπικού που υπάρχει στο νοσοκομείο, το οποίο κάνει ότι είναι ανθρωπίνως δυνατόν για να εξυπηρετεί τους ασθενείς.

Επίσης θα πρέπει να διαχωριστούν οι θάλαμοι σε ανδρών και γυναικών για να μη νιώθουν άβολα οι ασθενείς (ερώτηση 47), δεδομένου ότι 24 ασθενείς στους 37 δήλωσαν ότι αισθάνονται άβολα, με άτομα του αντίθετου φύλου μέσα στο θάλαμό τους. Ως προς το φαγητό, αυτό πρέπει να δίνεται μόλις παραχθεί ώστε να μην είναι κρύο (ερώτηση 36, 37). Συγκεκριμένα 24 ασθενείς στους 39 δήλωσαν ότι το φαγητό δεν βρίσκεται στη σωστή θερμοκρασία και 18 στους 39 δήλωσαν ότι το φαγητό σερβίρεται με καθυστέρηση. Σε γενικές γραμμές η παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο είναι ικανοποιητική.

Επίσης, οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο Τρικάλων και συγκεκριμένα 24 ερωτώμενοι στους 37, δε φαίνονται ικανοποιημένοι από τις αποδοχές, τη γραφειοκρατία, και από τις πέρα από το μισθό απολαβές (ερώτηση 4). Είναι όμως ικανοποιημένοι (23 στους 37) από τη δουλειά τους, από την τη διοίκηση, από τους ανώτερους τους και από τις ικανότητές τους (ερώτηση 3).

Από τα ανωτέρω εξάγεται ότι για να αυξηθεί το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης του προσωπικού του νοσοκομείου θα πρέπει να αυξηθούν οι απολαβές τους και να μειωθεί η γραφειοκρατία. Παράλληλα θα πρέπει να αυξηθεί και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου ώστε να είναι περισσότερο διαθέσιμοι οι ιατροί στους ασθενείς και να γίνουν αλλαγές στη διαρρύθμιση των θαλάμων για να εξυπηρετούν ξεχωριστά άνδρες και γυναίκες ασθενείς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Aiken et al, (2001), «Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries», Health Affairs, Nurses' Reports V. 20, N.(3), P.43.
- Arnold, J. Cooper, C. L. (1998). "Understanding human behavior in the workplace". Work Psychology.
- Back AL, Curtis JR. Communicating bad news. West J Med 2002; 176: 177-80.
- Brokalaki, H., Matziou, V., Thanou, J., Ziropiannis, P., Dafni, U. & Papadatou, D. "Job related stress among Nursing personnel in Greek Dialysis Units", Edtna Erka J. 2001; 27(4): 181-6.
- Brown, D., McIntosh, S. (2003). "Job satisfaction in the low Wage Service Sector" Applied Economic 35; 1241-1254.
- Carroll G. The Importance of Enhancing Patient-Physician Communication. <http://www.rci.rutgers.edu/~goeller/bpw/235-255.pdf>
- Coombs, C.,(2003) "Quality of Personal Life",[http://www.nlta.nf.ca/HTML Files](http://www.nlta.nf.ca/HTML%20Files), pp. 1-2
- Daniel Hollar (2003) A holistic Theoretical Model for Examining Welfare Reform: Quality of Life, Public Administration Review, January/February 2003, Vol. 63, No.1 (pp. 90-101)
- De Troyer, M. (2000), «The hospital sector in Europe – Introductory report. Draft, presentation at 'Working without limits'», TUTB-SALTSA Conference, Brussels 25-27 September 2000

Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.

Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J* 1997, 11:1145–1150

Frost M. Quality: a concept of importance to nursing. *J Nurs Care Qual* 1992, 7:64–69

General Practice, Volume 55, Number 510, January 2005 , pp. 40-46(7).

Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-Patient Communication in Managed Care. *West J Med* 1995; 163: 527-31.

Healy, C., McKay, M. (1999). "Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment". *Australian Journal of Advanced Nursing* 1999 Dec-Feb;17 (2):30 – 35.

<http://www.bdtype-cm.gr/index.php?option=content&task=view&id=118&Itemid>

John M. Travaline, Robert Ruchinskas, Gilbert E. D'Alonzo, Patient-Physician Communication, Why and How. *JAOA • Vol 105 • No 1*, January 2005, 13-17.

Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. *BMJ* 2005; 330: 374-375.

Kossek, E.E., Noe, R.A., & DeMarr, B.J. (1999). "Work-family role synthesis: Individual and organizational determinants". *The International Journal of Conflict Management*, 10, 102–129.,

Kafetsios, K. (2007). "Work-family conflict and its relationship with job satisfaction and psychological distress: The role of affect at work and gender". *Hellenic Journal of Psychology*, 4, 15-35

- Kreither, R. & Kinicki, A. (1998). *Organizational behaviour*, 4th edition, Irwin Inc. Craw-Hill, International edition.
- L. Råstam, S. Selander and M. Troein, *Communication in Care: A Structural Framework*, *The European Journal of Public Health* 1992 2(2):123-127, *European Journal of Public Health*
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, pp. 123-133.
- Levois M, Nguyen TD, Attkisson CC. Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning* 1981, 4:139-150
- Lussier M and Richard C. Complaints and legal actions. Role of doctor-patient communication. *Can Fam Physician* 2005; 51: 37-39
- M. Lalonde(1980). "A New perspective on the Health of Canadians". Ottawa: Information Canada
- Maier, N.R.F., Verser, G.C.(1982) *Psychology in industrial organizations* (5th ed) Boston: Houghton Mifflin Company
- Mayo ,E. (1945). *The social problems of an industrial civilization*. Boston: Harvard University, Graduate School of Business Administration.
- Mc Daniel, C & Gates,R (1995) "Marketing Research Essentials", West Publishing Company
- Nakakis Konstantinos, Ouzouni Christina, (2008), "Factors influencing stress & job satisfaction of nurses working in psychiatric units: A research review" *HSJ*, V. 2, I. 4

- Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ* 2002; 325: 707–710.
- Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1990 “Delivering quality service: Balancing Customer Perceptions and Expectations, New York: The Free Press.
- Pfeffer N, Coote A. Is quality good for you? *Policy and Politics* 1991, 10:50–55
- Pillay Rubin, (2009), «Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors», *Human Resources for Health* 2009, 7:15doi:10.1186/1478-4491-7-15
- Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327: 542-545
- Skelton JR. Everything you were afraid to ask about communication skills. *British Journal of General Practice*, Volume 55, Number 510, January 2005 , pp. 40-46(7).
- Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-45.
- U. McKie, M. Al-Bashir, T. Anagnostopoulou, P. Csepe, A. El-Asfahani, H. Fonseca et al: Defining and assessing risky health behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1911-1916, 1993
- Unger J-P, Ghilbert P, Fisher JP. Doctor-patient communication in developing countries. *BMJ* 2003 ; 327
- Von Essens L. The importance of nurse caring behaviour as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *Int J Nurs Studies* 1991, 28:267–281
- Vuori H. Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin* 1999; 13(3):106-8.

Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983, 6:247–263

Washbush B.J.(1999), Two faces of leadership, *Career Development International*, 146-148

WHO(1999): “The Ottawa Charter for Health Promotion”, in Kaplun A (ed.): “Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health” Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Series No: 44, p: 2

Wright S. Consuming interests. *Senior Nurse* 1987, 6:24–25

Zangaro, G.A., Soeken, K.L.,(2007) “A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction”. *Research in Nursing & Health*, 2007 Aug;30(4):445-58.

Ελληνόγλωσση

Αλεξιάδης Α(2000),Ιστορική Επισκόπηση Συστημάτων Διοίκησης Νοσοκομείων, ΕΑΠ

Διομήδους Μ., Ζήκος Δ, Λιάσκος Ι., Ρουμελιώτου Ι, Φωκά Α., Πιστόλης Ι , (2009), «Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης και Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας», *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(2): 190–199

Καλογιάννη Α., Χήρα Σ., Βαρζελιώτη Κ., Δημητριάδου Σ., Ηλιάδου Ε., Μόνιου Α., (2007), «Επίδραση της εργασίας στη ζωή των επαγγελματιών υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):262-267

Κάντας Α. (1998) *Οργανωτική – Βιομηχανική –ψυχολογία.:* Κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση- Ηγεσία 9 Γ' έκδοση) Αθήνα: Ελληνικά γράμματα

Κορόμπελη Α, Κτενάς Ε. Κικεμένη Α. (2006), «Κυκλικό ωράριο και επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών», *Νοσηλευτική*, 45 (1) Ιαν-Μαρ: 98-106

- Κουμανδράκη Α, Θεοδώρου Μ, Καϊτελίδου Δ. Ικανοποίηση ασθενών από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του ΓΠΝΘ «Παπαγεωργίου». Νοσηλευτική 2004, 43:237–245
- Μαρνέρας Χ., Θεοδωρακοπούλου Γ., Αλμπάνη Ε., Γκούβα Μ., Δημοπούλου Ε., Κοτρώτσιου Ε., (2010), «Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010, 49(1): 83–90
- Μπόρου Α., Βόσνιακ Γ., Υφαντής Α., Τηνιακού Ι., Μαχαίρας Ν., Τσικλιτάρα Α., Παπαδημητρίου Βάια, Σαπουντζή-Κρέπα Δ., Μουζάς Ο., (2010), «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών», Ιατρικά Χρονικά βορειοδυτικής Ελλάδος, Τόμ. 6, Τεύχος 1, σελ. 39-46
- Μπουραντάς Δ (2000), Μάνατζμεντ, Σταμούλης
- Παπαγιάννης Α, Μιλώντας με τον Άρρωστο, Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003, 15-16, 18-19
- Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., (2008), «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1):94-101
- Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Πολύζος Ν., Μπαρτζώκας Δ., Μούγια Β., (2005), «Διερεύνηση της ικανοποίησης των εργαζομένων σε δύο Νοσοκομεία της Αττικής», Νοσηλευτική, 44(1):98-105.
- Ποζουκίδου Α., Θεοδώρου Μ., Καϊτελίδου Δ., (2007), «Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο», Νοσηλευτική, 46(4):537–544
- Σουλιώτης, Α. Δόλγερας, Δ. Κόντος, Χ. Οικονόμου Η (2002). Ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας

γνώμης στην ευρύτερης περιοχής Αθηνών. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,
Τόμος 14, Τεύχος 3, 114-118

Σουλιώτης, Γ, 2000, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα Υγείας,
εκδόσεις Παπαζήση

Υπ. Υγείας & Πρόνοιας, Υφυπ. Νέας Γενιάς & Αθλητισμού: “Αγωγή Υγείας. Στόχοι,
Περιεχόμενο, Μέθοδοι”. Αθήνα, 1985