

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ  
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Κ. ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΝΙΑΚΑΣ**

**« ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ  
ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ  
ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ  
-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ »**

**ΔΗΜΗΤΡΗΣ Χ. ΚΑΡΑΦΕΡΗΣ  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΑΘΗΝΑ, 2023**



Ημερομηνία αρχικής αιτήσεως : 18-01-2019

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής : 25-02-2019

Μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Νιάκας Δημήτριος, Καθηγητής Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης  
Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και  
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Επιβλέπων)

Αλετράς Βασίλειος, Καθηγητής του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων  
του Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Ράϊκου Μαρία, Καθηγήτρια Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου  
Πειραιώς

Ημερομηνία ορισμού του θέματος : 22-05-2019

Ημερομηνία κατάθεσης Α' προόδου διδακτορικής διατριβής : 19-02-2020

Ημερομηνία κατάθεσης Β' προόδου διδακτορικής διατριβής : 22-02-2021

Ημερομηνία κατάθεσης Γ' προόδου διδακτορικής διατριβής : 15-02-2022

Ημερομηνία κατάθεσης της διδακτορικής διατριβής:

Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

Νιάκας Δημήτριος , Καθηγητής

Αλετράς Βασίλειος , Καθηγητής

Ράϊκου Μαρία , Καθηγήτρια

Ευσταθόπουλος Ευστάθιος , Καθηγητής

Μακρυλάκης Κωνσταντίνος , Καθηγητής

Ράπτης Αθανάσιος , Καθηγητής

Τεντολούρης Νικόλαος , Καθηγητής

Ημερομηνία δημόσιας υποστήριξης της διδακτορικής διατριβής : 09-06-2023

Βαθμός: « ΑΡΙΣΤΑ »



## ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

### Αρχαίο κείμενο

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε. Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ οὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξῃν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρῆσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξῃν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἀγνῶς δὲ καὶ ὀσιῶς διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωματῶν καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπιῆς κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων.

### Απόδοση στη νεοελληνική γλώσσα

Ορκίζομαι στο θεό Απόλλωνα τον ιατρό και στο θεό Ασκληπιό και στην Υγεία και στην Πανάκεια και επικαλούμενος τη μαρτυρία όλων των θεών ότι θα εκτελέσω κατά τη δύναμη και την κρίση μου τον ὄρκο αυτόν και τη συμφωνία αυτή. Να θεωρώ τον διδάσκαλό μου της ιατρικής τέχνης ἴσο με τους γονεῖς μου και την κοινωνία του βίου μου. Και ὅταν χρειάζεται χρήματα να μοιράζομαι μαζί του τα δικά μου. Να θεωρώ την οικογένειά του ἀδελφία μου και να τους διδάσκω αυτήν την τέχνη αν θέλουν να την μάθουν χωρίς διδάκτρα ἢ ἄλλη συμφωνία. Να μεταδίδω τους κανόνες ηθικής, την προφορική διδασκαλία και ὅλες τις ἄλλες ιατρικές γνώσεις στους γιους μου, στους γιους του δασκάλου μου και στους εγγεγραμμένους μαθητές που πήραν τον ιατρικό ὄρκο, ἀλλά σε κανέναν ἄλλο. Θα χρησιμοποιῶ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενεῖς κατὰ τη δύναμη και την κρίση μου, ἀλλά ποτέ για να βλάψω ἢ να ἀδικήσω. Ούτε θα δίνω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει, ούτε θα του κάνω μια τέτοια ὑπόδειξη. Παρομοίως, δεν θα ἐμπιστευτώ σε ἐγκυρό μέσο που προκαλεῖ ἐκτρωση. Θα διατηρῶ ἀγνή και ἀσπίλη και τη ζωὴ και την τέχνη μου. Δεν θα χρησιμοποιῶ νυστέρι ούτε σε αὐτούς που πάσχουν ἀπὸ λιθίαση, ἀλλά θα παραχωρῶ την εργασία αὐτή στους ἐιδικούς της τέχνης. Σε ὅσα σπίτια πηγαίνω, θα μπαίνω για να βοηθήσω τους ασθενεῖς και θα ἀπέχω ἀπὸ οποιαδήποτε ἐσκεμμένη βλάβη και φθορά, και ἰδίως ἀπὸ γενετήσιες πράξεις με ἀνδρες και γυναῖκες, ἐλευθέρους και δούλους. Και ὅσα τυχόν βλέπω ἢ ἀκούω κατὰ τη διάρκεια της θεραπείας ἢ και πέρα ἀπὸ τις ἐπαγγελματικές μου ἀσχολίες στην καθημερινή μου ζωὴ, αὐτά που δεν πρέπει να μαθευτοῦν παραέξω δεν θα τα κοινοποιῶ, θεωρώντας τα θέματα αὐτά μυστικά. Αν τηρῶ τον ὄρκο αὐτό και δεν τον παραβῶ, ἀς χαίρω πάντοτε ὑπολήψεως ἀνάμεσα στους ἀνθρώπους για τη ζωὴ και για την τέχνη μου. Αν ὁμως τον παραβῶ και ἐπιορκήσω, ἀς πάθω τα ἀντίθετα.



*«Στην καρδιά της Ιατρικής βρίσκεται πάντα η ανθρώπινη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή. Αυτή αποτελεί διαχρονικά τον πυρήνα της ιατρικής εργασίας, που παραμένει ανεπηρέαστος από τις οποιεσδήποτε επιστημονικές και τεχνικές εξελίξεις.»*

(Balint E, 1993)

*Αφιερώνεται*

*στη σύζυγο μου, Άννα,  
που με στηρίζει σε όλα τα βήματα μου*

*και*

*στον πατέρα μου Χαράλαμπο, που έχασα  
κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας αυτής.*





## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα Διδακτορικής Διατριβής εκπονήθηκε στα πλαίσια λειτουργίας του «Εργαστηρίου Οικονομικών της Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, υπό την επίβλεψη του Καθηγητή και Δημήτρη Νιάκα.

Με το πέρας της διατριβής αυτής, θα ήθελα πρωτίστως, να εκφράσω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη και να ευχαριστήσω από καρδιάς, τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Καθηγητή και Δημήτρη Νιάκα, για την σύλληψη της κεντρικής ιδέας του συγκεκριμένου πονήματος, την εμπιστοσύνη, το ενδιαφέρον, την πολύτιμη καθοδήγηση, τις ευκαιρίες που μου προσέφερε στους τομείς της έρευνας, το σεβασμό που επέδειξε στις ερευνητικές μου επιλογές, την ελευθερία που μου παρείχε και τη διακριτική επίβλεψη του, υπόδειγμα ανθρωπιάς και «μέντορα» μου.

Επίσης, ευχαριστώ βαθύτατα τον Καθηγητή του Τμήματος Οργάνωσης & Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και Βασίλη Αλετρά, που με την καθοδήγησή του, τις εύστοχες παρατηρήσεις του, τις ενδιαφέρουσες τοποθετήσεις του, την ανεξάντλητη υπομονή και κατανόηση του και τη γενναϊόδωρη διάθεση του χρόνου του, συνέβαλε καθοριστικά στο σχεδιασμό των ερωματολογίων που αναπτύχθηκαν και την εκπόνηση αυτής της διατριβής. Επιπλέον, την Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Πειραιώς και Μαρία Ράϊκου, για την ουσιαστική συμβολή της στην τριμελή συμβουλευτική επιτροπή, την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο μου και τη γόνιμη συνεργασία.

Ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω και στα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής και συγκεκριμένα τους καθηγητές κ.κ. Ευσταθόπουλο Ευστάθιο, Μακρυλάκη Κωνσταντίνο, Ράπη Αθανάσιο και Τεντολούρη Νικόλαο για την τιμή που μου έκαναν να συμμετέχουν στην κρίση της διατριβής και την εποικοδομητική συνεισφορά τους.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς την Ιατρική Σχολή Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και την 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς που χωρίς τη συμβολή τους, η εκτέλεση του συγκεκριμένου πονήματος θα ήταν αδύνατη.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου, για τη διαρκή στήριξη και τη συμπαράσταση που απλόχερα μου χαρίζουν, την αγάπη και την υπομονή τους.

*Αθήνα, Ιούνιος 2023  
Δημήτρης Καραφέρης*



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ.....	15
ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ .....	17
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	18
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	19
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	22
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	23
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	24
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> - ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ .....	27
1.1. Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction) .....	27
1.1.1. Εισαγωγή στην Εργασιακή Ικανοποίηση.....	27
1.1.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός της Εργασιακής Ικανοποίησης .....	28
1.1.3. Ιστορική Αναδρομή της Εργασιακής Ικανοποίησης.....	31
1.1.4. Ιστορική Αναδρομή της Εργασιακής Ικανοποίησης στην Ελλάδα.....	33
1.1.5. Ικανοποίηση των εργαζομένων, εργασιακές στάσεις και συμπεριφορές .....	35
1.1.6. Διακρίσεις της εργασιακής ικανοποίησης.....	38
1.1.7. Επιδράσεις της εργασιακής ικανοποίησης.....	39
1.1.8. Διακρίσεις των αντιδράσεων από τη μη εργασιακή ικανοποίηση .....	41
1.2. Παρακίνηση (Motivation) .....	42
1.2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της Παρακίνησης .....	42
1.2.2. Εργασιακή Παρακίνηση (Job Motivation).....	43
1.2.3. Η διατήρηση της Εργασιακής Παρακίνησης .....	45
1.2.4. Κατηγορίες της παρακίνησης.....	46
1.2.5. Σχέση παρακίνησης και εργασιακής ικανοποίησης.....	47
1.2.6. Η παρακίνηση στο δημόσιο τομέα.....	48
1.2.7. Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας στην παρακίνηση .....	51
1.2.8. Παρακίνηση μέσω των Ομάδων Εργασίας (Team Building) .....	53
1.2.9. Παρακίνηση μέσω της Ηγεσίας .....	57
1.2.10. Παρακίνηση μέσω της Επικοινωνίας.....	58
1.2.11. Παρακίνηση σε Περιόδους Κρίσης.....	60
1.2.12. Ο ρόλος της διοίκησης αλλαγών στη βιωσιμότητα των οργανισμών.....	61
1.3. Θεωρίες Εργασιακής Ικανοποίησης και Παρακίνησης.....	62
1.3.1. Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Abraham Maslow .....	63



1.3.2. Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg .....	65
1.3.3. Σύγκριση θεωριών Maslow και Herzberg.....	67
1.3.4. Η Θεωρία παρακίνησης ERG του Alderfer .....	68
1.3.5. Η θεωρία X και Y του McGregor .....	68
1.3.6. Η Θεωρία κάλυψης των επίκτητων αναγκών του McClelland.....	69
1.3.7. Σημεία ταύτισης των θεωριών παρακίνησης .....	70
1.3.8. Αξιολόγηση των θεωριών παρακίνησης .....	71
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....</b>	<b>72</b>
2.1. Βασικοί παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης και παρακίνησης .....	72
2.2. Δημογραφικές μεταβλητές .....	72
2.2.1. Φύλο.....	73
2.2.2. Ηλικία.....	73
2.2.3. Οικογενειακή κατάσταση.....	74
2.2.4. Εκπαιδευτικό επίπεδο.....	75
2.2.5. Κατάσταση απασχόλησης .....	75
2.2.6. Επίπεδο Επαγγέλματος.....	76
2.2.7. Εργασιακή Εμπειρία-Προϋπηρεσία (Seniority).....	76
2.2.8. Εισόδημα.....	77
2.3. Ενδογενείς παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης.....	77
2.3.1. Επιτεύγματα .....	77
2.3.2. Αναγνώριση και Εκτίμηση.....	78
2.3.3. Η φύση και το αντικείμενο της εργασίας.....	78
2.3.4. Ο βαθμός υπευθυνότητας και η προσωπική ανάπτυξη.....	79
2.3.5. Ευθύνη και ελευθερία επιλογών .....	79
2.3.6. Ανάπτυξη και εξέλιξη .....	79
2.3.7. Συμπεράσματα λειτουργίας των ενδογενών παραγόντων της εργασιακής ικανοποίησης.....	80
2.4. Εξωγενείς ή Περιβαλλοντικοί παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης.....	80
2.4.1. Αμοιβή.....	81
2.4.2. Προαγωγή και Ευκαιρίες προώθησης σταδιοδρομίας .....	81
2.4.3. Οργανωσιακή Πολιτική .....	82
2.4.4. Εργασιακές Σχέσεις.....	82
2.4.5. Εποπτεία.....	83
2.4.6. Συνθήκες εργασίας.....	84
2.4.7. Εργασιακή Ασφάλεια.....	84



2.4.8. Δικαιοσύνη και ισότητα .....	85
2.5. Επιπτώσεις της χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης και της μη αποτελεσματικής παρακίνησης .....	85
2.5.1. Εργασιακό Άγχος .....	86
2.5.2. Επαγγελματική εξουθένωση (σύνδρομο burn-out) .....	88
2.5.3. Απουσιασμός και Καθυστερημένη προσέλευση.....	89
2.5.4. Πρόθεση αποχώρησης.....	90
2.5.5. Διαρροή επιστημονικού δυναμικού (Brain drain).....	90
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> - ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ .....</b>	<b>92</b>
3.1. Ο ρόλος της μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης .....	92
3.2. Εργαλεία μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης.....	92
3.2.1. Job Satisfaction Measure (JSM).....	93
3.2.2. Job In General Scale (JIG) .....	93
3.2.3. Job Satisfaction Index (JDI) .....	94
3.2.4. Job Satisfaction Survey (JSS) .....	95
3.2.5. Job Diagnostic Survey (JDS) .....	95
3.2.6. Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) .....	96
3.2.7. McCloskey / Mueller Satisfaction Scale (MMS) .....	98
3.2.8. Michigan Organizational Assessment Questionnaire (MOAQ) .....	98
3.2.9. Employee Satisfaction Inventory (ESI) .....	98
3.2.10. Λοιπά εργαλεία μέτρησης εργασιακής ικανοποίησης .....	99
3.2.11. Συμπεράσματα .....	99
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ.....</b>	<b>101</b>
4.1. Σκοπός και Ερευνητικό ενδιαφέρον.....	101
4.2. Ερευνητικό Εργαλείο .....	101
4.3. Κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου.....	108
4.4. Μετάφραση του ερευνητικού εργαλείου.....	109
4.5. Εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου .....	110
4.6. Στατιστική ανάλυση .....	111
4.7. Αποτελέσματα της έρευνας για τους Επαγγελματίες Υγείας στα Νοσοκομεία.....	112
4.7.1. Έγκριση της μελέτης στα Νοσοκομεία .....	112
4.7.2. Ρυθμίσεις και συμμετέχοντες.....	112
4.7.3. Ανάλυση Κανονικότητας .....	115
4.7.4. Κοινωνικοδημογραφική ανάλυση επαγγελματιών υγείας στα Νοσοκομεία .....	115
4.7.5. Η εργασιακή ικανοποίηση ως προς τις διαστάσεις της εργασίας .....	116



4.7.5.1. Αποτελέσματα της διάστασης «αμοιβές» στα Νοσοκομεία.....	116
4.7.5.2. Αποτελέσματα της διάστασης «προαγωγή» στα Νοσοκομεία .....	118
4.7.5.3. Αποτελέσματα της διάστασης «εποπτεία» στα Νοσοκομεία .....	119
4.7.5.4. Αποτελέσματα της διάστασης «πρόσθετες παροχές» στα Νοσοκομεία...	120
4.7.5.5. Αποτελέσματα της διάστασης «ενδεχόμενες ανταμοιβές και αναγνώριση» στα Νοσοκομεία.....	121
4.7.5.6. Αποτελέσματα της διάστασης «ισχύουσες διαδικασίες» στα Νοσοκομεία .....	122
4.7.5.7. Αποτελέσματα της διάστασης «συνάδελφοι» στα Νοσοκομεία.....	123
4.7.5.8. Αποτελέσματα της διάστασης «φύση της εργασίας» στα Νοσοκομεία ...	124
4.7.5.9. Αποτελέσματα της διάστασης «επικοινωνία» στα Νοσοκομεία .....	125
4.7.6. Ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης στα Νοσοκομεία.....	127
4.7.7. Ανάλυση συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων του JSS.....	129
4.7.8. Ανάλυση Αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου JSS .....	129
4.7.9. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στα Νοσοκομεία.	131
4.7.9.1. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση σύμφωνα με τις κατανομές συχνοτήτων και ποσοστών .....	131
4.7.9.2. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση σύμφωνα με τις κατανομές των Μέσων τιμών και Τυπικών Σφαλμάτων.....	131
4.7.10. Exploratory factor analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) ....	135
4.7.10.1. Exploratory Factor Analysis (EFA).....	135
4.7.10.2. Confirmatory Factor Analysis (CFA).....	141
4.7.11. Παρακίνηση στα Νοσοκομεία.....	143
4.7.11.1. Εισαγωγή ως προς την παρακίνηση στα νοσοκομεία.....	143
4.7.11.2. Ανάλυση κανονικότητας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας .....	143
4.7.11.3. Σύγκριση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και παραγόντων κινήτρων .....	146
4.7.11.4. Κίνητρα εργασίας ανά κατηγορία προσωπικού στα Νοσοκομεία.....	148
4.7.11.4.1. Κίνητρα εργασίας Ιατρικού προσωπικού στα Νοσοκομεία .....	148
4.7.11.4.2. Κίνητρα εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία .....	149
4.7.11.4.3. Κίνητρα εργασίας λοιπού προσωπικού στα νοσοκομεία.....	151
4.7.11.4.4. Σύγκριση κινήτρων παρακίνησης μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού στα νοσοκομεία.....	152
4.7.12. Συμπεράσματα ως προς την έρευνα στα Νοσοκομεία .....	156
4.8. Αποτελέσματα της έρευνας για τους Επαγγελματίες Υγείας στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).....	159
4.8.1. Μελέτη εργασιακής ικανοποίησης στα Κέντρα Υγείας.....	159



4.8.2. Ρυθμίσεις και συμμετέχοντες.....	160
4.8.3. Ανάλυση Κανονικότητας .....	161
4.8.4. Κοινωνικοδημογραφική Ανάλυση .....	161
4.8.5. Η εργασιακή ικανοποίηση για τις διαστάσεις της εργασίας στα Κέντρα Υγείας ..	162
4.8.5.1. Αποτελέσματα της διάστασης «αμοιβές» στα Κέντρα Υγείας.....	162
4.8.5.2. Αποτελέσματα της διάστασης «προαγωγή» στα Κέντρα Υγείας.....	163
4.8.5.3. Αποτελέσματα της διάστασης «εποπτεία» στα Κέντρα Υγείας .....	165
4.8.5.4. Αποτελέσματα της διάστασης «πρόσθετες παροχές» στα Κέντρα Υγείας	166
4.8.5.5. Αποτελέσματα της διάστασης «ενδεχόμενες ανταμοιβές και η αναγνώριση» στα Κέντρα Υγείας .....	167
4.8.5.6. Αποτελέσματα της διάστασης «ισχύουσες διαδικασίες» στα Κέντρα Υγείας .....	168
4.8.5.7. Αποτελέσματα της διάστασης «συνάδελφοι» στα Κέντρα Υγείας .....	169
4.8.5.8. Αποτελέσματα της διάστασης «φύση της εργασίας» στα Κέντρα Υγείας	170
4.8.5.9. Αποτελέσματα της διάστασης «επικοινωνία» στα Κέντρα Υγείας.....	171
4.8.6. Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικές Αποκλίσεις (ΤΑ) ικανοποίησης από την εργασία στα Κέντρα Υγείας .....	172
4.8.7. Ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης.....	172
4.8.8. Ανάλυση συσχετίσεων του Spearman.....	175
4.8.9. Ανάλυση αξιοπιστίας παραγόντων .....	175
4.8.10. Πολυμεταβλητή Ανάλυση.....	176
4.8.11. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στα Κέντρα Υγείας.....	179
4.8.11.1. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση".....	179
4.8.11.2. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση σύμφωνα με τις κατανομές των Μέσων τιμών και Τυπικών Σφαλμάτων .....	179
4.8.12. Συζήτηση ως προς την έρευνα στα Κέντρα Υγείας της Π.Φ.Υ. ....	182
4.8.13. Κίνητρα εργασίας ανά κατηγορία προσωπικού στα Κέντρα Υγείας .....	186
4.8.13.1. Κίνητρα εργασίας Ιατρικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας .....	186
4.8.13.2. Κίνητρα εργασίας Νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας .....	187
4.8.13.3. Κίνητρα εργασίας λοιπού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας .....	188
4.8.13.4. Σύγκριση κινήτρων μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού στα Κέντρα Υγείας .....	189
4.9. Συγκριτικός πίνακας κινήτρων παρακίνησης στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.....	190



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	192
5.1. Οργανωτική Δομή των Συστημάτων Υγείας .....	192
5.1.1. Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα .....	193
5.1.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) .....	193
5.1.3. Δευτεροβάθμια Περίθαλψη .....	196
5.1.4. Τριτοβάθμια Περίθαλψη .....	197
5.1.5. Ο ρόλος των Υγειονομικών Περιφερειών στην Ελλάδα.....	197
5.2. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	198
5.2.1. Βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας στο χώρο της υγείας .....	201
5.2.2. Επίπεδα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	204
5.2.3. Διαστάσεις της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας .....	206
5.2.4. Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας .....	209
5.2.5. Συσχέτιση της ποιότητας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας .....	209
5.3. Μέτρηση της ποιότητας στην υγεία .....	210
5.3.1. Δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	212
5.3.2. Κριτήρια επιλογής δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ...	214
5.3.3. Επίπεδα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας .....	216
5.3.4. Οφέλη που απορρέουν από την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσιών υγείας .....	216
5.3.5. Η Διασφάλιση της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	218
5.3.6. Το κόστος της «μη ποιότητας» στις υπηρεσίες υγείας.....	220
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> – ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	222
6.1. Εισαγωγή για την ικανοποίηση των ασθενών .....	222
6.2. Ορισμός της έννοιας Ικανοποίησης των Ασθενών .....	224
6.3. Θεωρίες της ικανοποίησης των ασθενών .....	226
6.3.1. Η θεωρία της ποιότητας της φροντίδας υγείας .....	226
6.3.2. Η θεωρία της Ασυμφωνίας.....	226
6.3.3. Η Θεωρία των Προσδοκιών–Αξιών .....	226
6.3.4. Η θεωρία των πολλαπλών μοντέλων .....	227
6.4. Παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών .....	227
6.5. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών .....	231
6.6. Τα οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών για τους οργανισμούς.	231
6.7. Περιορισμοί των μετρήσεων της ικανοποίησης ασθενών.....	232
6.8. Διαφορές μεταξύ της ικανοποίησης ασθενών και της μέτρησης της εμπειρίας τους	233





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 <sup>ο</sup> - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	235
7.1. Ερευνητικό Μέρος της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Νοσοκομεία .....	235
7.1.1. Είδος έρευνας, μεθοδολογία και συλλογή δεδομένων .....	235
7.1.2. Στατιστική ανάλυση του δείγματος.....	238
7.1.3. Ικανοποίηση ασθενών από τα Νοσοκομεία .....	238
7.1.3.1. Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά ασθενών .....	238
7.1.3.2. Ικανοποίηση των ασθενών από την Αναμονή-Αφιξη-Εισαγωγή .....	243
7.1.3.3. Ικανοποίηση των ασθενών από το Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	245
7.1.3.4. Ικανοποίηση των ασθενών από το Ιατρικό Προσωπικό .....	247
7.1.3.5. Ικανοποίηση των ασθενών από το Υπόλοιπο Προσωπικό .....	249
7.1.3.6. Ικανοποίηση των ασθενών από το Φαγητό .....	251
7.1.3.7. Ικανοποίηση των ασθενών από το Εσωτερικό Περιβάλλον.....	251
7.1.3.8. Ικανοποίηση των ασθενών από τις Διαδικασίες.....	255
7.1.3.9. Συνολική αξιολόγηση των Νοσοκομείων.....	256
7.1.3.10. Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών του δείγματος.....	258
7.1.3.11. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.....	258
7.1.3.12. Έλεγχος της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ικανοποίηση .....	258
7.1.3.13. Έρευνες της ικανοποίησης ασθενών στα νοσοκομεία στην Ελλάδα.....	260
7.1.3.14. Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων .....	263
7.1.3.14.1. Βασικοί Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων .....	263
7.1.3.14.2. Αναλυτικοί Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων .....	264
7.1.3.15. Συμπεράσματα και προτάσεις βελτίωσης για τα Νοσοκομεία .....	265
7.2. Ερευνητικό Μέρος της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ .....	266
7.2.1. Είδος έρευνας, μεθοδολογία και συλλογή δεδομένων .....	267
7.2.2. Στατιστική ανάλυση .....	268
7.2.3. Ικανοποίηση ασθενών από τα Κέντρα Υγείας .....	269
7.2.3.1. Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά ασθενών .....	269
7.2.3.2. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από το Κλείσιμο Ραντεβού-Υποδοχή .....	271
7.2.3.3. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από την αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις.....	273
7.2.3.4. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από το ιατρείο και την ιατρική εξέταση .....	274





7.2.3.5. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από τη.....	276
7.2.3.6. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από τις.....	277
7.2.3.7. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας για την Αναχώρηση	278
7.2.3.8. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από τη συνεισφορά τους και την τήρηση ησυχίας.....	279
7.2.3.9. Συνολική αξιολόγηση των Κέντρων Υγείας της ΠΦΥ.....	280
7.2.3.10 Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας .....	281
7.2.3.10.1. Βασικοί Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας .....	281
7.2.3.10.2. Αναλυτικοί Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας.....	282
7.2.3.11. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.....	283
7.2.3.12 Συμπεράσματα και προτάσεις βελτίωσης για τα Κέντρα Υγείας.....	283
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	285
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 <sup>ο</sup> - ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	286
8.1. Σχέσεις Επαγγελματιών Υγείας-Ασθενών .....	286
8.2. Θεωρίες συσχέτισης ικανοποίησης εργαζομένων και ικανοποίησης ασθενών .....	289
8.2.1. Θεωρίες επιρροής της ικανοποίησης των εργαζομένων στην ικανοποίηση των ασθενών.....	290
8.3. Βασικοί παράγοντες που διαμορφώνουν τη σχέση επαγγελματιών υγείας-ασθενών	291
8.3.1. Ο ρόλος της επικοινωνίας .....	293
8.3.2. Ο ρόλος της εμπιστοσύνης και των διαπροσωπικών σχέσεων .....	297
8.3.3. Ο ρόλος της κλινικής ενσυναίσθησης.....	300
8.3.4. Ο ρόλος της ενημέρωσης των ασθενών .....	302
8.3.5. Λοιποί παράγοντες που καθορίζουν τη σχέση ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών.....	304
8.5. Η επίδραση της ικανοποίησης των εργαζομένων στην ικανοποίηση των ασθενών ..	305
8.6. Η επίδραση της ικανοποίησης των ασθενών στην ικανοποίηση των εργαζομένων ..	306
8.7. Εμπειρική διερεύνηση της αλληλεπίδρασης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού-ασθενών .....	307
8.8. Μελέτες που διερεύνησαν την αλληλεπίδραση επαγγελματιών υγείας-ασθενών .....	312
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 <sup>ο</sup> – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	314
9.1. Συμπεράσματα της έρευνας ως προς τους επαγγελματίες υγείας.....	314
9.2. Συμπεράσματα της έρευνας ως προς τους ασθενείς στα Νοσοκομεία .....	318
και τους επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας .....	318
9.2.1. Συμπεράσματα της έρευνας ως προς τους ασθενείς στα Νοσοκομεία .....	318
9.2.2. Συμπεράσματα της έρευνας ως προς τους επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας.....	319



9.3. Συζήτηση ως προς τα αποτελέσματα .....	320
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	325
ABSTRACT.....	326
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	327
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ .....	357
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' - ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	374



## ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

### Προσωπικά Στοιχεία

Επώνυμο: **Καραφέρης**  
Όνομα: **Δημήτριος**  
Όνομα Πατρός: **Χαράλαμπος**  
Ημερομηνία Γέννησης: **20 Μαρτίου 1974**  
Τόπος Γέννησης: **Αθήνα**  
e-mail: **karafedis@yahoo.gr**  
Οικογενειακή Κατάσταση: **Έγγαμος με δύο παιδιά**

### Επαγγελματική Εμπειρία

- 04/2020:** Υπάλληλος του τμήματος Απολογισμού και Ισολογισμού της Κεντρικής Διοίκησης, της Διεύθυνσης Θησαυροφυλακίου και Δημοσιονομικών Κανόνων του Υπουργείου Οικονομικών, με αρμοδιότητα τη σύνταξη του Ισολογισμού και των Λοιπών Χρηματοοικονομικών Καταστάσεων του Κράτους.
- 02/2019-03/2020:** Υπάλληλος Οικονομικής Δ/σης 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, με αρμοδιότητα έκδοση μηνιαίων προϋπολογισθέντων και Απολογισθέντων Έσοδων-Έξοδων και σωρευτικών, Στατιστικά στοιχεία και ενημέρωση Διοίκησης, Υπουργείου Υγείας (B.I. Forms), ΕΛΣΤΑΤ, Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, κ.α.
- 12/2017-01/2019:** Προϊστάμενος Τμήματος Οικονομικής Διαχείρισης και Αναπληρωτής του Διευθυντή της Διεύθυνσης Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης (ΑΔΑ:6ΛΓΑ469Η26-ΦΨ7)
- 07/2015-11/2017:** Υπάλληλος Οικονομικής Δ/σης 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, με αρμοδιότητα έκδοση μηνιαίων προϋπολογισθέντων & Απολογισθέντων Εσόδων-Εξόδων και σωρευτικών, ενσωμάτωση των Κέντρων Υγείας στην Υ.ΠΕ., Στατιστικά στοιχεία και ενημέρωση Διοίκησης, Υπουργείου Υγείας (B.I. Forms), ΕΛΣΤΑΤ, Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, κ.α.
- 03/2013-06/2015:** Υπάλληλος Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας & Ανάπτυξης (ΕΛΚΕΑ), ενταλματοποίηση και πληρωμές, συμφωνία λογαριασμών πελατών-προμηθευτών-τρίτων-τραπεζών, ενημέρωση Υπουργείου Υγείας, Διοίκησης, ΕΛΣΤΑΤ.
- 11/2005-02/2013:** Διορισμένος μέσω του Γραπτού Διαγωνισμού 2/1Γ/2004 ως Μόνιμος Τακτικός Δημόσιος Υπάλληλος σε κενή οργανική θέση του κλάδου ΤΕ Λογιστικής

### Ανώτατες-Ανώτερες Σπουδές-Λοιπές Αναγνωρίσεις

- 12/2018:** Μεταπτυχιακό στη Διοίκηση Οικονομικών Μονάδων (MSc) με κατεύθυνση το «Στρατηγικό Μάνατζμεντ» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Βαθμός Πτυχίου: 8,67 (Άριστα και 1<sup>ος</sup> στο Τμήμα), Εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο: “Στρατηγικό Μάνατζμεντ & Εφαρμογή της Balanced Scorecard”



**07/2015:**Πτυχίο στη Διοίκηση Επιχειρήσεων και Οργανισμών της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Βαθμός Πτυχίου: 8,76 (Άριστα)

**07/1997:**Πτυχίο στη Λογιστική της Σχολής Διοίκησης & Οικονομίας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας, Βαθμός Πτυχίου: 7,50 (Λίαν Καλώς)

### **Ξένες Γλώσσες**

**12/2022:**ESB Level 3 Certificate in ESOL International All Modes (C2)

### **Λοιπές Πιστοποιήσεις**

**02/2022:**CIPFA - The Chartered Institute of Public Finance and Accountancy Diploma in International Public Sector Accounting Standards 2021

**08/2018:**ΕΟΠΠΕΠ - Πιστοποιημένος Εκπαιδευτής Ενηλίκων Μη Τυπικής Εκπαίδευσης

### **Δημοσιεύσεις σε Διεθνή Περιοδικά**

- Balaska, Dimitra & Pollalis, Yannis & Dimogerontas, George & Bitsori, Zoi & Karaferis, Dimitrios & Malisiova, Vasiliki, December 2020. "Cost-Utility study for operative methods in spinal surgery" MPRA Paper 104308, University Library of Munich, Germany.
- Balaska, Dimitra & Pollalis, Yannis & Dimogerontas, George & Bitsori, Zoi & Karaferis, Dimitrios, April 2020. "Cost-utility analysis of treatment methods in spinal diseases" MPRA Paper 99886, University Library of Munich, Germany.

### **Ομιλίες-Ελεύθερες Ανακοινώσεις-Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις**

13 Προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις σε ελληνικά συνέδρια

### **Σεμινάρια-Συνέδρια-Επιμόρφωση**

Παρακολούθηση 42 ελληνικών και διεθνών συνεδρίων, ημερίδων και διημερίδων



## ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Η παρούσα Διδακτορική Διατριβή υποστηρίχθηκε από τέσσερις δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά που περιλαμβάνονται στις βάσεις PubMed, Medline, Scopus, the Elsevier, DOAJ, EBSCO, CrossRef, κ.α., συγκεκριμένα:



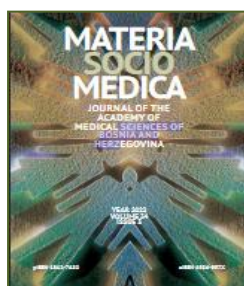
Karaferis D, Aletras V, Niakas D. Job satisfaction and associated factors in Greek public hospitals. Acta Biomed. 2022; 93(5):e2022230. doi:10.23750/abm.v93i5.13095.

Impact Factor:3,79 / Cit. Ind. (Scopus): 2,8



Karaferis D, Aletras V, Niakas D. Determining Dimensions of Job Satisfaction in Healthcare using Factor Analysis. BMC Psychol. 2022; 10:240. doi:10.1186/s40359-022-00941-2.

Impact Factor:2,58 / Cit. Ind. (Scopus): 3,2



Karaferis D, Aletras V, Raikou M, Niakas D. Factors Influencing Motivation and Work Engagement of Healthcare Professionals. Mater Sociomed. 2022 Sep; 34(3): 216-224. doi:10.5455/msm.2022.34.216-224.

Impact Factor:0,9 / Cit. Ind. (Scopus): 4,2



Karaferis D, Aletras V, Niakas D. Job satisfaction of primary healthcare professionals: a cross-sectional survey in Greece. Acta Biomed. 2023; 94(3):e2023077. doi:10.23750/abm.v94i3.13878

Impact Factor:3,79 / Cit. Ind. (Scopus): 2,8





## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

### Ελληνικές

ΔΥΠΕ	Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδα
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΦΠΥΥΚΑ	Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

### Διεθνής

COVID-19	Corona virus disease 2019
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
WHO	World Health Organisation



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

		Σελίδα
Πίνακας 1.1.	Παράγοντες Υγιεινής και Παρακίνησης του Herzberg	66
Πίνακας 2.1.	Συνέπειες εργασιακής ασφάλειας	85
Πίνακας 4.1.	Περιγραφή των στοιχείων του ερωτηματολογίου JSS	104
Πίνακας 4.2.	Ομαδοποίηση διατυπωμένων ερωτήσεων του JSS ανά κατηγορία	105
Πίνακας 4.3.	Παράγοντες Παρακίνησης κατά Herzberg	108
Πίνακας 4.4.	Διαστάσεις της Έρευνας Εργασιακής Ικανοποίησης, Περιγραφές και Cronbach's Alpha	111
Πίνακας 4.5.	Πληθυσμός της έρευνας ανά νοσοκομείο και κατηγορία. Διανεμημένα Ερωτηματολόγια και Ποσοστό Απόκρισης	114
Πίνακας 4.6.	Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά επαγγελματική κατηγορία	115
Πίνακας 4.7.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με τις "Αμοιβές"	117
Πίνακας 4.8.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με την "Προαγωγή"	118
Πίνακας 4.9.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με την "Εποπτεία"	119
Πίνακας 4.10.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με τις "Πρόσθετες παροχές"	120
Πίνακας 4.11.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με τις "Ενδεχόμενες ανταμοιβές / Αναγνώριση"	121
Πίνακας 4.12.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με τις "Ισχύουσες Διαδικασίες"	122
Πίνακας 4.13.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με τους "Συναδέλφους"	124
Πίνακας 4.14.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με τη "Φύση της Εργασίας"	125
Πίνακας 4.15.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με την "Επικοινωνία"	126
Πίνακας 4.16.	Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικές Αποκλίσεις (ΤΑ) δημογραφικών και σχετικών με την εργασιακή ικανοποίηση μεταβλητών	128
Πίνακας 4.17.	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων JSS	129
Πίνακας 4.18.	Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας JSS	130
Πίνακας 4.19.	Split-Half Ανάλυση αξιοπιστίας	130
Πίνακας 4.20.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με την "Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση"	131
Πίνακας 4.21.	Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικά Σφάλματα (ΤΣ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της στα Νοσοκομεία	134
Πίνακας 4.21α	Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικά Σφάλματα (ΤΣ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της < 13/03/2020 στα Νοσοκομεία	134
Πίνακας 4.21β	Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικά Σφάλματα (ΤΣ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της > 14/03/2020 στα Νοσοκομεία	134
Πίνακας 4.22.	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του ερωτηματολογίου	136
Πίνακας 4.23.	Ιδιοτιμές και η επεξηγημένη συνολική διακύμανση των εξαγόμενων παραγόντων	139





Πίνακας 4.24.	Τυποποιημένες φορτώσεις ειδών για κάθε παράγοντα	140
Πίνακας 4.25.	Ανάλυση αξιοπιστίας παραγόντων	141
Πίνακας 4.26.	Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των παραγόντων	144
Πίνακας 4.27.	Εσωτερικοί και Εξωτερικοί Παράγοντες Παρακίνησης - Μέσες Τιμές (ΜΤ)	145
Πίνακας 4.28.	Συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και παραγόντων παρακίνησης	146
Πίνακας 4.29.	Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά επαγγελματική κατηγορία στα Κέντρα Υγείας	162
Πίνακας 4.30.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τις "Αμοιβές"	163
Πίνακας 4.31.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Προαγωγή"	164
Πίνακας 4.32.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Εποπτεία"	165
Πίνακας 4.33.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τις "Πρόσθετες παροχές"	166
Πίνακας 4.34.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τις "Ενδεχόμενες ανταμοιβές / Αναγνώριση"	167
Πίνακας 4.35.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τις "Ισχύουσες Διαδικασίες"	168
Πίνακας 4.36.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τους "Συναδέλφους"	169
Πίνακας 4.37.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Φύση της Εργασίας"	170
Πίνακας 4.38.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Επικοινωνία"	171
Πίνακας 4.39.	Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικές Αποκλίσεις (ΤΑ) ικανοποίησης από την εργασία	174
Πίνακας 4.40.	Ανάλυση συσχετίσεων του Spearman μεταξύ των διαστάσεων του JSS	175
Πίνακας 4.41.	Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας και Split-Half ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου JSS	176
Πίνακας 4.42.	Πολυμεταβλητή Ανάλυση (Multivariate Analysis)	178
Πίνακας 4.43.	Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση"	179
Πίνακας 4.44.	Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικά Σφάλματα (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της στα Κέντρα Υγείας	180
Πίνακας 4.44α	Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικά Σφάλματα (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της <13/03/2020 στα Κέντρα Υγείας	181
Πίνακας 4.44β	Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικά Σφάλματα (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της >14/03/2020 στα Κέντρα Υγείας	181
Πίνακας 4.45.	T-test για τις διαφορές στη μέση τιμή για τους νοσηλευτές	182
Πίνακας 4.46.	Συγκριτικός πίνακας κινήτρων επαγγελματιών υγείας στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας	190
Πίνακας 5.1.	Η βαρύτητα των επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας στην υγεία από κάθε ενδιαφερόμενο μέρος	208
Πίνακας 7.1.	Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών στα Νοσοκομεία	239





Πίνακας 7.2.	Οικονομική κατάσταση των ασθενών στα Νοσοκομεία	240
Πίνακας 7.3.	Μέσο μεταφοράς για την προσέλευση των ασθενών στα Νοσοκομεία	240
Πίνακας 7.4.	Είχατε κάποιο γνωστό σας άτομο στο νοσοκομείο (από το προσωπικό), που σας βοήθησε;	240
Πίνακας 7.5.	Κατανομή Ασθενών ανά Νοσοκομείο	241
Πίνακας 7.6.	Κατανομή Ασθενών ανά Κλινική στα Νοσοκομεία	241
Πίνακας 7.7.	Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τον τρόπο εισαγωγής στα νοσοκομεία	242
Πίνακας 7.8.	Διάστημα Αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο	242
Πίνακας 7.9.	Περίοδος νοσηλείας ασθενών	243
Πίνακας 7.10.	Ικανοποίηση των ασθενών από την Αναμονή-Αφιξη-Εισαγωγή	243
Πίνακας 7.11.	Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων Αναμονής-Αφιξης-Εισαγωγής των Ασθενών στα Νοσοκομεία	244
Πίνακας 7.12.	Διάστημα αναμονής για εισαγωγή σε θάλαμο	245
Πίνακας 7.13.	Ικανοποίηση των ασθενών από τη Νοσηλευτική Φροντίδα	245
Πίνακας 7.14.	Στατιστική ανάλυση ερωτήσεων σχετικά με τη Νοσηλευτική Φροντίδα	247
Πίνακας 7.15.	Ικανοποίηση των ασθενών από τη Ιατρική Φροντίδα	247
Πίνακας 7.16.	Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με τη Ιατρική Φροντίδα	249
Πίνακας 7.17.	Ικανοποίηση των ασθενών από το Υπόλοιπο Προσωπικό	250
Πίνακας 7.18.	Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίηση από το Υπόλοιπο Προσωπικό	250
Πίνακας 7.19.	Ικανοποίηση των ασθενών από το Φαγητό	251
Πίνακας 7.20.	Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με το Φαγητό	251
Πίνακας 7.21.	Ικανοποίηση των ασθενών από το Εσωτερικό Περιβάλλον	252
Πίνακας 7.22.	Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με το Εσωτερικό Περιβάλλον	254
Πίνακας 7.23.	Ικανοποίηση των ασθενών από τις Διαδικασίες	255
Πίνακας 7.24.	Ικανοποίηση των ασθενών από τις αντιδράσεις του προσωπικού για τον πόνο που ένοιωσαν κατά τη νοσηλεία	255
Πίνακας 7.25.	Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με τις Διαδικασίες	255
Πίνακας 7.26.	Ανάλυση βαθμολογιών που έλαβαν τα Νοσοκομεία	256
Πίνακας 7.27.	Πρόθεση ασθενών να επιλέξουν ξανά το Νοσοκομείο για τη νοσηλεία τους	257
Πίνακας 7.28.	Πρόθεση ασθενών να συστήσουν το Νοσοκομείο	257
Πίνακας 7.29.	Συντελεστές Cronbach's alpha	258
Πίνακας 7.30.	Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών και φύλου ως προς την αξιολόγηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών	259
Πίνακας 7.31.	Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών και φύλου ως προς την αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών	260
Πίνακας 7.32.	Δημογραφικά στοιχεία ασθενών στα Κέντρα Υγείας	269
Πίνακας 7.33.	Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας για το Κλείσιμο Ραντεβού-Υποδοχή	271
Πίνακας 7.34.	Τρόπος κλεισίματος ραντεβού στο Κέντρο Υγείας	272
Πίνακας 7.35.	Διάστημα Αναμονής για την πραγματοποίηση της επίσκεψης	272
Πίνακας 7.36.	Μέσο μεταφοράς για την πραγματοποίηση της επίσκεψης στα ΚΥ	272
Πίνακας 7.37.	Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας για την αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις	273



Πίνακας 7.38.	Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας για την καθαριότητα και τη φροντίδα των τουαλετών	274
Πίνακας 7.39.	Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας για το Ιατρείο και την Ιατρική εξέταση	275
Πίνακας 7.40.	Διάρκεια της επίσκεψης στο ιατρείο	276
Πίνακας 7.41.	Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας	276
Πίνακας 7.42.	Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας ως προς τις εργαστηριακές εξετάσεις	277
Πίνακας 7.43.	Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας όσον αφορά την Αναχώρηση	278
Πίνακας 7.44.	Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας σχετικά με τη συνεισφορά τους και την τήρηση ησυχίας	279
Πίνακας 7.45.	Συνολική αξιολόγηση των Κέντρων Υγείας	280
Πίνακας 7.46.	Πρόθεση επισκεπτών να επιλέξουν ξανά το Κέντρο Υγείας	281
Πίνακας 7.47.	Πρόθεση επισκεπτών να συστήσουν το Κέντρο Υγείας	281
Πίνακας 7.48.	Συντελεστές Cronbach's alpha για τις διαστάσεις της ικανοποίησης των επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ	283
Πίνακας 8.1.	Εμπειρική διερεύνηση της αλληλεπίδρασης ιατρών-ασθενών	311

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελίδα	
Διάγραμμα 1.1.	Διακύμανση επιπέδου των αναγκών του ατόμου	65
Διάγραμμα 2.1.	Η καμπύλη της εξουθένωσης	86
Διάγραμμα 4.1.	Confirmatory Factor Analysis (CFA)	142
Διάγραμμα 4.2.	Κατάταξη των κινήτρων παρακίνησης μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού στα Νοσοκομεία	152
Διάγραμμα 4.3.	Κατάταξη των κινήτρων παρακίνησης μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού στα Κέντρα Υγείας	189
Διάγραμμα 5.1.	Η πυραμίδα της φροντίδας υγείας	192
Διάγραμμα 5.2.	Αλληλεξάρτηση των συστατικών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	195
Διάγραμμα 5.3.	Επίπεδα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με την προσέγγιση του Donabedian	204
Διάγραμμα 5.4.	Επίπεδα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης	205
Διάγραμμα 6.1.	Βασικές συνιστώσες της ικανοποίησης ασθενών	230
Διάγραμμα 7.1.	Οι διαστάσεις ικανοποίησης ασθενών στα Νοσοκομεία	237
Διάγραμμα 7.2.	Βασικοί Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων	263
Διάγραμμα 7.3.	Αναλυτικοί Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων	264
Διάγραμμα 7.4.	Οι διαστάσεις ικανοποίησης επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας	268
Διάγραμμα 7.5.	Βασικοί Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας	281
Διάγραμμα 7.6.	Αναλυτικοί Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας	282
Διάγραμμα 8.1.	Βασικοί παράγοντες παραμονής των επαγγελματιών στον τομέα υγείας	287
Διάγραμμα 8.2.	Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και την πρόθεσή τους να επαναλάβουν την εμπειρία τους	289



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελίδα
Ιστόγραμμα 4.1. Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Ιατρικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία	149
Ιστόγραμμα 4.2. Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία	150
Ιστόγραμμα 4.3. Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Λοιπού Προσωπικού στα Νοσοκομεία	151
Ιστόγραμμα 4.4. Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Ιατρικού Προσωπικού στα Κέντρα Υγείας	186
Ιστόγραμμα 4.5. Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Κέντρα Υγείας	187
Ιστόγραμμα 4.6. Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Λοιπού Προσωπικού στα Κέντρα Υγείας	188



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Βασικός σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής αποτελεί η εκτίμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στο δημόσιο σύστημα υγείας, η εξέταση της σχέσης της με τους παράγοντες που την καθορίζουν και, με τη σειρά της, η συσχέτισή της με την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης. Η διατριβή αποτελείται από δύο κύρια μέρη, το Γενικό και το Ειδικό μέρος, και συνολικά εννέα κεφάλαια.

Το Γενικό μέρος, αποτελείται από επτά κεφάλαια (1<sup>ο</sup> – 7<sup>ο</sup>), στα κεφάλαια 1<sup>ο</sup> – 4<sup>ο</sup> παρουσιάζεται η εργασιακή ικανοποίηση και η παρακίνηση των εργαζομένων στο σύστημα υγείας, στα κεφάλαια 5<sup>ο</sup> – 7<sup>ο</sup> πραγματοποιείται μια προσέγγιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αναλυτικά:

Στο Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>, παρουσιάζεται η εννοιολογική προσέγγιση της εργασιακής ικανοποίησης και της παρακίνησης. Περαιτέρω, προβάλλεται το θεωρητικό υπόβαθρο των δύο εννοιών και οι βασικές θεωρίες που αναπτύχθηκαν, σύμφωνα πάντοτε με την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία. Επίσης, αναπτύσσεται η σημασία και ο ρόλος της εργασιακής ικανοποίησης.

Στο Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>, αναλύονται οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση και τα κίνητρα των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις που επέρχονται από την χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και την μη αποτελεσματική παρακίνηση.

Στο Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>, περιγράφεται ο ρόλος και οι αιτίες μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας και τα εργαλεία που μπορούν να αναπτυχθούν για την πραγματοποίηση αυτής.

Στο Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>, παρουσιάζονται οι στόχοι και η μεθοδολογία της μελέτης, περιγράφονται τα ερευνητικά ερωτήματα και αναλύονται στοιχεία της δειγματοληψίας, της συλλογής των δεδομένων, του δείγματος, τα ερωτηματολόγια και οι μέθοδοι της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας τόσο στα Νοσοκομεία όσο και στα Κέντρα Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής.



Στο Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>, πραγματοποιείται ανάλυση και εννοιολογική προσέγγιση της οργάνωσης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ενώ παρατίθενται αναλυτικά τα στοιχεία που συνδέονται με τη μέτρηση και τα μοντέλα αξιολόγησης της ποιότητας στον τομέα της υγείας.

Στο Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>, αναλύεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών και αναπτύσσονται όλα εκείνα τα στοιχεία που αναδεικνύουν την υποκειμενική εκτίμηση των ασθενών ως βασικό διεθνή δείκτη της ποιοτικής φροντίδας. Με απώτερο σκοπό οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σε μελλοντικό τους σχεδιασμό να λαμβάνουν υπόψη τους, τις απόψεις και τις προσδοκίες των ασθενών, την ενεργή συμμετοχή τους στην θεραπευτική διαδικασία, καθώς και τις ίσες ευκαιρίες πρόσβασης σ' αυτές τις υπηρεσίες.

Στο Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>, παρατίθεται ο σκοπός αλλά και η μεθοδολογία της έρευνας, που αναφέρονται τα ερευνητικά ερωτήματα και αναλύεται η δειγματοληψία, η συλλογή των δεδομένων, το δείγμα, τα ερωτηματολόγια της παρούσας έρευνας και οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την ικανοποίηση των ασθενών στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής.

Το Ειδικό μέρος, αποτελείται από δύο κεφάλαια (8<sup>ο</sup> – 9<sup>ο</sup>), όπου πραγματοποιείται η συσχέτιση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και παρουσιάζονται τα τελικά αποτελέσματα, συγκεκριμένα:

Στο Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>, πραγματοποιείται η διερεύνηση της σχέσης ικανοποίησης των επαγγελματιών και της ικανοποίησης των ασθενών στον τομέα της υγείας.

Στο Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup>, παρουσιάζονται αναλυτικά τα συμπεράσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε.



**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**  
**ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ**  
**ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ**  
**(ΚΕΦΑΛΑΙΑ 1<sup>ο</sup> – 4<sup>ο</sup>)**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> - ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ

### 1.1. Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction)

#### 1.1.1. Εισαγωγή στην Εργασιακή Ικανοποίηση

Η έννοια και η σημασία της εργασιακής ικανοποίησης, κερδίζει όλο και μεγαλύτερη προσοχή στη διεθνή έρευνα και βιβλιογραφία τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως λόγω του αντίκτυπού της στην αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα. Η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται επίσης με την ποιότητα και το κόστος των υπηρεσιών, που αποτελούν βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη θεμελίωση ενός επιτυχημένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα, η ικανοποίηση από την εργασία σχετίζεται άμεσα και συγκρίνεται με μια σειρά άλλων εννοιών της οργάνωσης, όπως αυτές της οργανωτικής δέσμευσης, της οργανωτικής κουλτούρας, της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Αν και οι έννοιες αυτές φαινομενικά διαφέρουν μεταξύ τους, διαπιστώθηκε η ύπαρξη ορισμένων διασυνδέσεων μεταξύ αυτών και της εργασιακής ικανοποίησης. Ο εντοπισμός και η επίλυση τους, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη πολλών αρνητικών καταστάσεων στο εργασιακό περιβάλλον.

Σε ερευνητικό επίπεδο, η προσοχή εστιάζεται στη διερεύνηση και ανάλυση εκείνων των παραγόντων που κατευθύνουν την εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Οι βασικοί παράγοντες που έχουν σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση ή την έλλειψή αυτής, μπορούν να χωριστούν σε ατομικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς, πολιτιστικούς και οργανωτικούς παράγοντες.<sup>1</sup> Έχοντας υπόψη τα ανωτέρω, δύναται να ειπωθεί ότι οι παράγοντες επίδρασης στους προσδιοριστικούς παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης, είναι πολυσήμαντοι, πολύπλοκοι, σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικοί και δεν μπορούν να προσδιοριστούν με ακρίβεια.<sup>2</sup>

Ο τομέας της υγείας είναι πολύπλοκος, εξειδικευμένος και ταυτόχρονα ευαίσθητος, καθώς σχετίζεται άμεσα με το πιο πολύτιμο αγαθό των ανθρώπων, την υγεία τους. Το έργο όλων των επαγγελματιών υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί αδιαμφισβήτητα ως λειτούργημα και, ως εκ τούτου, απαιτεί υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων, συνεχόμενη κατάρτιση και ανάπτυξη ορισμένων ειδικών προσωπικών χαρακτηριστικών.<sup>3, 4</sup> Με αυτόν τον τρόπο, οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν σημαντικό σύνδεσμο μεταξύ του απρόσωπου συστήματος



υγείας και των πολιτών, οι οποίοι αναζητούν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στον υγειονομικό τομέα, παρουσιάζει ιδιαίτερη σημαντικότητα ως προς την καλύτερη λειτουργία ενός συστήματος και ταυτόχρονα στη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς. Συμπερασματικά, οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι με κίνητρα στον υγειονομικό τομέα, αρμόζει να συγκροτούν ύψιστη προτεραιότητα για τους οργανισμούς που επιδιώκουν να επιτύχουν τους στόχους τους.<sup>5</sup>

Οι επαγγελματίες που αισθάνονται ικανοποιημένοι από την εργασία τους (job satisfaction), πιστεύεται ότι δείχνουν αυξημένη εμπιστοσύνη και αφοσίωση στον οργανισμό τους, είναι περισσότερο παραγωγικοί, παρέχουν εργασία υψηλότερης ποιότητας, έχουν θετικά συναισθήματα, επιδεικνύουν ευτυχία, ευζωία, σωματική και ψυχική υγεία, ενώ αντλούν συνολική ικανοποίηση από τη ζωή.<sup>6, 7</sup> Σε τέτοιες περιπτώσεις, έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και της εργασίας, η οποία αντανακλάται στα συναισθήματα και τους τρόπους συμπεριφοράς των ατόμων, όπως είναι η συμμετοχή και η απόδοση στην εργασία, που με τη σειρά τους δύνανται να επηρεάσουν την οργανωτική δέσμευση. Αντίθετα, στην περίπτωση που η ικανοποίηση από την εργασία απουσιάζει ή χάνεται, δηλαδή όταν οι εργαζόμενοι φτάνουν σε ένα επίπεδο που έχουν εξαντλήσει πλήρως την υπομονή τους, εμφανίζεται το φαινόμενο της εργασιακής δυσαρέσκειας (job dissatisfaction), που σχετίζεται με το εργασιακό στρες (stress) και την επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Επιπλέον, θεωρείται ότι η περιορισμένη εργασιακή ικανοποίηση, συνδέεται με μια σειρά δυνητικά επιβλαβών επαγγελματικών και προσωπικών συμπτωμάτων. Περαιτέρω, πιστεύεται ότι οι επαγγελματίες υγείας, αλλοτριώνονται και στη συνέχεια χάνουν τη δέσμευσή τους προς την εργασία, μειώνεται η αίσθηση της προσφοράς προς τους συναδέλφους τους, παγώνουν τα συναισθήματά, οι σχέσεις και η επικοινωνία με τους ασθενείς τους, με άμεση επίπτωση τη μείωση της συνέπειας και της αποδοτικότητας τους και, ακόμη χειρότερα, διαμορφώνεται μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους.<sup>8-12</sup> Όχι μόνο η ικανοποίηση, αλλά και η δυσαρέσκεια θεωρούνται το αποτέλεσμα μιας αντιλαμβανόμενης σχέσης ανάμεσα στο τι επιθυμούν οι άνθρωποι από την εργασία τους και του τι ουσιαστικά τους παρέχεται.<sup>13, 14</sup>

### **1.1.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός της Εργασιακής Ικανοποίησης**

Οι πρώτες αναφορές για τη μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης, ξεκίνησαν πολύ νωρίς στις αρχές του 20ου αιώνα και έκτοτε μελετήθηκε κάτω από το πρίσμα πολλών





επιστημονικών κλάδων, όπως η διοίκηση, η κοινωνιολογία και η ψυχολογία, χωρίς ωστόσο να έχει βρεθεί ένας γενικά αποδεκτός ορισμός. Αντίθετα, οι ερευνητές στον τομέα αυτό έχουν αναπτύξει αρκετούς διαφορετικούς ορισμούς, γεγονός που οφείλεται στο ότι η εργασιακή ικανοποίηση ως εννοιολογική κατασκευή συγκροτεί μια πολυδιάστατη και εννοιολογικά πολύπλοκη μεταβλητή που επηρεάζεται από παράγοντες εργασιακούς, όσο και από χαρακτηριστικά ατομικά. Ως εκ τούτου, μόνο πολύπλευρους και πολυειδείς ορισμούς της έννοιας συναντά κανείς στη διεθνή βιβλιογραφία και αρθρογραφία.<sup>15</sup>

Το 1935, ο Horrock όρισε για πρώτη φορά την επαγγελματική ικανοποίηση ως το αποτέλεσμα ενός συνταιριάσματος φυσιολογικών, περιβαλλοντικών και συναισθηματικών καταστάσεων που παρέχουν τη δυνατότητα στα άτομα, να δείξουν με ευθύτητα ότι αντλούν ικανοποίηση από την εργασία τους.<sup>16</sup> Ως προς αυτή την ερμηνεία, θεωρείται ότι ακόμη και όταν η εργασιακή ικανοποίηση δέχεται επιρροές από πολλούς εξωτερικούς παράγοντες, εξακολουθεί πάντοτε να είναι αποτέλεσμα εσωτερικών παραγόντων, δηλαδή ενός συνόλου συναισθημάτων, γνώσεων και πεποιθήσεων που έχουν συγκεντρώσει τα άτομα για την εργασία τους.<sup>17</sup> Στη συνέχεια, ο Locke (1976) διατύπωσε έναν από τους πιο αποδεκτούς ορισμούς της εργασιακής ικανοποίησης, ορίζοντας την ως την ευνοϊκή συναισθηματική κατάσταση του εργαζομένου για την εργασία του ή μια συγκεκριμένη πτυχή της, καθώς και το κατά πόσον η εργασία παρέχει την ευκαιρία να επιτύχει τις επαγγελματικές του φιλοδοξίες. Εμβαθύνοντας, διατύπωσε μια προσέγγιση που αφορούσε τα αίτια των εργασιακών συμπεριφορών. Οι συμπεριφορές αυτές είναι αποτέλεσμα: α) της διαφοράς μεταξύ των προσδοκιών του ατόμου και αυτών που τελικά λαμβάνει από την εργασία, β) του βαθμού στον οποίο γίνονται πραγματικότητα οι επιθυμίες του ατόμου και γ) του βαθμού κατά τον οποίο οι αξίες του ατόμου βρίσκουν ικανοποίηση. Σε γενικές γραμμές, υποστηρίζεται ότι η ικανοποίηση από την εργασία έχει σχέση με τα συναισθήματα που τα άτομα βιώνουν απέναντι στην εργασία τους και τις αντιδράσεις τους σε αυτά.<sup>18</sup>

Σε μια άλλη προσέγγιση αυτής της έννοιας, ο Alderfer (1972) υποστήριξε ότι ένα άτομο είναι ικανοποιημένο εφόσον οι συνθήκες εργασίας, τα χαρακτηριστικά και οι ανάγκες του ταυτίζονται, μειώνοντας έτσι όσο το δυνατόν περισσότερο το κενό που μπορεί να δημιουργείται, μεταξύ των προσδοκιών του και της πραγματικότητας στην εργασία. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η εργασιακή ικανοποίηση προϋποθέτει ότι οι φιλοδοξίες, οι ανάγκες και οι προσδοκίες του ατόμου ικανοποιούνται σε σχέση με την ανταμοιβή.<sup>19</sup> Όσο περισσότερο επαληθεύονται οι προσδοκίες ενός ατόμου, τόσο πιο πολύ ικανοποιημένος θα



είναι από την εργασία του και τόσο μικρότερο θα είναι το κενό μεταξύ προσδοκιών και πραγματικότητας, ισχύει ωστόσο και το αντίθετο, δηλαδή όσο λιγότερη ικανοποίηση το άτομο αισθάνεται από την εργασία που εκτελεί, τόσο μεγαλύτερο θα είναι το χάσμα που θα υπάρχει μεταξύ προσδοκιών και πραγματικότητας, γεγονός που πιστεύεται ότι μειώνει την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα του οργανισμού.<sup>20</sup> Οι Warr (1987) και Landy (1989), θεώρησαν πρώτοι πως η εργασιακή ικανοποίηση δεν παραμένει σταθερή, γεγονός που επιβεβαιώθηκε αργότερα από πολλές άλλες μελέτες, που υποστήριξαν ότι δεν πρέπει να αναμένεται από τους εργαζόμενους να βρουν απόλυτη ικανοποίηση, διότι ακόμη και αν την βρουν, αυτή είναι μόνο προσωρινή και αμέσως μετά αρχίζουν οι ανατροπές εξαιτίας παραγόντων που επενεργούν και επηρεάζουν τις καταστάσεις στο εργασιακό περιβάλλον. Τέλος, η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να ποικίλλει μεταξύ ατόμων και από περίοδο σε περίοδο.<sup>21-23</sup>

Ο Schaffer (1953), συνέδεσε την εργασιακή ικανοποίηση με τις προσμονές και τις φιλοδοξίες που τα άτομα έχουν για τις ανάγκες που θέλουν να ικανοποιήσουν, ακολουθώντας το επάγγελμα τους. Γενικότερα, θεωρείται ότι ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν οι προσωπικοί παράγοντες, όπως η στάση απέναντι στην εργασία, τα χαρακτηριστικά των ατόμων, οι προσωπικές προσδοκίες, το ιδιαίτερο προφίλ τους, οι εσωτερικές εκφράσεις και επιθυμίες, η ιδιοσυγκρασία και οι επιθυμίες τους.<sup>1</sup> Στο ίδιο πλαίσιο, η προσέγγιση του Saiyadain (2007) θεωρεί πως η επαγγελματική ικανοποίηση προκύπτει ως το συναισθηματικό αποτέλεσμα, θετικό ή αρνητικό, που βιώνεται από το άτομο μετά το πέρας μιας εργασίας που ολοκληρώθηκε. Επιπλέον, πρέπει να δίνεται έμφαση στην αυτοαξιολόγηση του ατόμου και στο πώς οι επιδιωκόμενοι στόχοι του ατόμου έχουν πραγματοποιηθεί ή όχι.<sup>25</sup>

Πολλοί μελετητές, υιοθετώντας μια ολιστική θεώρηση της εργασιακής ικανοποίησης, την προσεγγίζουν ως ένα καθολικό συναίσθημα (global approach), πιστεύοντας ότι η ικανοποίηση της εργασίας, συγκροτεί συνολικά μια ατομική τοποθέτηση απέναντι στην εργασία του. Αντίθετα, αναπτύχθηκε μια άλλη θεώρηση υποστηρίζοντας ότι δεν υφίσταται μια μόνο συνολική στάση ή τοποθέτηση, αλλά πολλές στάσεις απέναντι σε διάφορες εργασιακές πτυχές (facet approach). Με άλλα λόγια, είναι δυνατόν ένα άτομο να είναι ικανοποιημένο από συγκεκριμένες πτυχές της εργασίας του, αλλά δυσαρεστημένο από κάποιες άλλες. Ως προς τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης, είναι σκόπιμο να εξετάζονται οι διαφορετικές πτυχές της εργασίας, όπως το είδος και η πολυπλοκότητα της,



οι πολιτικές, οι διαδικασίες που διέπουν τον οργανισμό, οι ευκαιρίες εμπάθυνσης σε γνώσεις, οι ευκαιρίες για δημιουργικότητα, η αυτονομία, οι συνάδελφοι, οι προϊστάμενοι, ο μισθός κ.α.<sup>26</sup> Έτσι, η αξιολόγηση της εργασίας ενός ατόμου, δεν είναι δυνατόν να διαχωριστεί από τις στάσεις, τις αξίες, τα κίνητρα και τα συναισθήματα του, που συνδέονται με την εργασία αυτή.<sup>27, 28</sup>

Σύμφωνα με πιο πρόσφατες προσεγγίσεις, υποστηρίζεται ότι τα άτομα είναι πιθανότερο να ικανοποιούνται από την εργασία τους, εάν δημιουργηθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις, όπως να αναγνωρίζονται οι προσπάθειες τους, να τους δίνονται οι ευκαιρίες να εκφράζουν τις προτάσεις τους, να εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων, να έχουν θέση στη διαχείριση των εργασιακών ζητημάτων, να είναι αποσαφηνισμένα τα καθήκοντα και οι ευθύνες τους, να τους εξασφαλίζονται ίσες ευκαιρίες προαγωγής, να τους παρέχεται ασφάλεια και κοινωνική προστασία, να προωθείται η επικοινωνία και, τελικά, να υπάρχει μια ατμόσφαιρα εργασιακής ικανοποίησης. Πιστεύεται επίσης, ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχει διαφοροποιηθεί η στάση των οργανισμών για το πως σκέφτονται για τους εργαζομένους τους, αφού οι εργαζόμενοι εντάσσονται πλέον στα άυλα περιουσιακά στοιχεία του οργανισμού και, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, μπορούν να προσθέσουν ιδιαίτερη αξία στον οργανισμό.<sup>29, 30</sup>

Είναι λοιπόν σαφές ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συγκροτεί μια πολύπλευρη και σύνθετη έννοια που εξελίσσεται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Διαφορετικοί μελετητές, παρουσιάζουν διαφορετικούς τρόπους εξήγησης της επαγγελματικής ικανοποίησης, αλλά όλες οι προσπάθειες προσέγγισης της επαγγελματικής ικανοποίησης περιλαμβάνουν όλα αυτά τα συνθετικά δεδομένα που απαρτίζουν το επίκεντρο της γενικής ερμηνευτικής προσέγγισης. Δεδομένου ότι η επαγγελματική ικανοποίηση, διαφοροποιείται μεταξύ των ατόμων και τα κριτήριά της είναι υποκειμενικά, η ικανοποίηση πρέπει να προσεγγίζεται διακριτά, λαμβάνοντας υπόψη πολλά διαφορετικά ατομικά δεδομένα. Ορισμένα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής ικανοποίησης παραμένουν τα ίδια με τα χρόνια και άλλα φαίνεται να προσαρμόζονται σύμφωνα με τις περιστάσεις και τις συνθήκες.

### **1.1.3. Ιστορική Αναδρομή της Εργασιακής Ικανοποίησης**

Στις αρχές του 20ού αιώνα, και συγκεκριμένα το 1912, ο Frederick W. Taylor ο οποίος ενδιαφερόταν για την ανάπτυξη της βιομηχανικής ικανότητας, συνέδεσε τον όρο εργασιακή ικανοποίηση με υψηλότερους μισθούς για τους εργαζόμενους. Το γεγονός αυτό άσκησε



ιδιαίτερη επιρροή στη σύνδεση της ικανοποίησης από την εργασία με την ευρύτερη έννοια της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της ευημερίας των εργαζομένων στον εργασιακό χώρο. Κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα, ότι υπάρχει πάντα μια ενεργητική προσέγγιση σε όλες τις εργασίες και ότι οι εργαζόμενοι παρακινούνται από την αμοιβή και από τις παροχές. Επιπλέον, η έρευνα του Hawthorne (1924-1933) συνέβαλε στην αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο συγκεκριμένες καταστάσεις που εκτυλίσσονται στο εργασιακό περιβάλλον επηρεάζουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων, διαπιστώνοντας ότι η παραγωγικότητα συνδέεται με τη διαμόρφωση βελτιωμένων συνθηκών εργασίας και ότι ο ρόλος των ανταμοιβών έχει ιδιαίτερη επιρροή στην κατηγορία των κινήτρων.<sup>31, 32</sup>

Στα επόμενα χρόνια που ακολούθησαν, η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης μελετήθηκε περισσότερο επιτακτικά. Ο Horrock το 1935, υποστήριξε ότι παρουσιάζεται συσχέτιση ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση ενός ατόμου και στην ικανότητα προσαρμογής του στην καθημερινή ζωή, στα ενδιαφέροντα του, στις δυνατότητες του για συνεργασία με άλλους εργαζόμενους, στη φύση της εργασίας του και των λοιπών ικανοτήτων του.<sup>1</sup> Ο Mayo το 1945, προσδιόρισε τον βαθμό αλληλεπίδρασης της ομάδας ως βασικό παράγοντα ικανοποίησης.<sup>33</sup> Το 1958, η έρευνα του Wherry επιβεβαίωσε ότι οι άνθρωποι που αντλούν ικανοποίηση από τον εργασιακό τους χώρο, βρίσκουν ικανοποίηση και σε άλλους τομείς της ζωής τους.<sup>34</sup> Το 1969, οι Smith, Kendall και Hulin όρισαν την εργασιακή ικανοποίηση ως μια ανθρώπινη αντίδραση βασισμένη στο συναίσθημα σε διάφορες πτυχές μιας κατάστασης. Υποστήριξαν επίσης, ότι οι δυσκολίες που συνδέονται με τη μέτρηση της ικανοποίησης ήταν αλληλένδετα παραδείγματα των δυσκολιών που συναντώνται στη μέτρηση μιας οποιασδήποτε συμπεριφοράς.<sup>35</sup>

Μεταξύ των δεκαετιών 1970-1990, παρουσιάζεται μια εντατικότερη και ιδιαίτερα σημαντική προσέγγιση της έννοιας της εργασιακής ικανοποίησης. Ο Locke το 1976, υποστήριξε ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί μια συναισθηματική κατάσταση ευχαρίστησης, που καταλήγει το άτομο αφού έχει αποτιμήσει το έργο που παρέχει και εντοπίζοντας τις συνθήκες που είναι σύμφωνες με τα αξιακά του πρότυπα και δίνοντας προσοχή στην αποτίμηση των εμπειριών που έχει ο εργαζόμενος. Τα αξιακά πρότυπα, σύμφωνα με τον Locke, ορίζονται ως ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα συμπεριφέρονται όταν ο βασικός τους στόχος είναι να επιτύχουν ή να διατηρήσουν κάτι. Θεωρήθηκε επίσης ότι οι αξίες κάθε ατόμου είναι επίκτητες, ιδιαίτερες και υποκειμενικές, παγιωμένες στο συνειδητό ή υποσυνείδητο του ατόμου και κατατάσσονται ανάλογα με τη σημασία τους. Περαιτέρω,



προσέγγισε την εργασιακή δυσαρέσκεια, ως μια δύσκολη συναισθηματική κατάσταση που ανακύπτει όταν παρουσιάζονται αντικρουόμενα, ανακόλουθα και αντιφατικά δεδομένα ή στην περίπτωση που ακυρώνονται οι εργασιακές αξίες του ατόμου.<sup>16</sup> Οι Hackman & Oldham το 1976, υποστήριξαν ότι η ποικιλομορφία των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων του ατόμου, η δυνατότητα αυτονομίας, η σπουδαιότητα του έργου, η ανατροφοδότηση και η ταύτιση με την εργασία, αποτελούν τους κύριους παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης.<sup>36</sup> Το 1986, οι Staw, Bell και Clausen αποκάλυψαν το ρόλο των θετικών και αρνητικών συναισθηματικών διαθέσεων σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση.<sup>37</sup> Ο Warr το 1987, υποστήριξε ότι η εργασιακή ικανοποίηση διακρίνεται σε εσωτερική και εξωτερική και αποτελείται από διάφορες επιμέρους συνιστώσες.<sup>38</sup> Οι Granny, Smith και Stone, το 1992 δήλωσαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα άθροισμα συναισθηματικών αντιδράσεων που έχουν τα άτομα απέναντι στην εργασία τους.<sup>39</sup> Επίσης, οι Agho et al. το 1993, υποστήριξαν πως οι εδρασμένες στον εργασιακό χώρο σχέσεις, όπως η προσφορά, οι συγκρούσεις και ο φόρτος εργασίας, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ικανοποίηση.<sup>40</sup> Το 1997, ο Spector παρουσίασε ίσως την πιο επιδραστική διαχρονικά θεωρητική προσέγγιση της εργασιακής ικανοποίησης, δηλώνοντας ότι η ικανοποίηση από την εργασία, αποτελεί το πώς αισθάνεται κανείς για τις πτυχές της εργασίας, και όχι μόνο για τη θέση εργασίας τους.<sup>41</sup>

Σε νεότερες προσεγγίσεις, οι Christen, Iyer και Soberman το 2006 υποστήριξαν την ανάπτυξη ενός μοντέλου ικανοποίησης από την εργασία με τα βασικά χαρακτηριστικά της απόδοσης των εργαζομένων, της αντίληψης του ρόλου, της οργανωτικής απόδοσης και της φύσης της εργασίας.<sup>42</sup> Το 2009, ο Stamm προσέγγισε την εργασιακή ικανοποίηση ως ένα ευχάριστο συναίσθημα, που απορρέει από την ορθή εκτέλεση της εργασίας, ενώ σημαντικός παρουσιάστηκε και ο ρόλος των καλών εργασιακών συνθηκών και της συμβολής στην κοινωνία.<sup>43</sup> Το 2011, οι Robbins και Judge υποστήριξαν πως η επαγγελματική ικανοποίηση προκύπτει από τα ατομικά συναισθήματα για την εργασία, τα οποία λειτουργούν ως παράγοντες παρακίνησης.<sup>44</sup> Τέλος, πολλοί ερευνητές θεώρησαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί πρόδρομο της δέσμευσης στον οργανισμό.<sup>45</sup>

#### **1.1.4. Ιστορική Αναδρομή της Εργασιακής Ικανοποίησης στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, αρκετές μελέτες συγκέντρωσαν το ενδιαφέρον τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), έχοντας ως βασικό σκοπό τη αναβάθμιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών αφού στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρήθηκαν έντονα προβλήματα οργάνωσης,



αναποτελεσματικής διαχείρισης της παραγωγικότητας και ελλιπούς απόδοσης των εργαζομένων.<sup>46</sup> Γεγονός που κατά κύριο λόγο επιρρίπτεται στο συγκεντρωτικό τρόπο διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, αφού η μεν στελέχωση και επιλογή προσωπικού των Νοσοκομείων βρίσκεται κάτω από την επίβλεψη του Ανωτάτου Συμβουλίου Επιλογής Προσωπικού (ΑΣΕΠ), ενώ τόσο η μισθολογική, όσο και η υπαλληλική πρόοδος των εργαζομένων υπάγεται σε καθορισμένο θεσμικό πλαίσιο. Στο ΕΣΥ, το ιατρικό προσωπικό είναι περισσότερο από το νοσηλευτικό. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000, υπήρχε αντιστοιχία περισσότερων από έξι ιατρών και λιγότερων από τεσσάρων νοσηλευτών ανά χίλιους κατοίκους. Η αντιστοιχία των νοσηλευτών προς τους ιατρούς στη χώρα ήταν 0,6:1, όταν στα υπόλοιπα κράτη της ΕΕ είναι 2,6:1. Η Ελλάδα το 2013, παρουσιάζεται να στελεχώνεται από τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών ανάμεσα στα κράτη της ΕΕ, με 6,3 ανά χίλιους κατοίκους. Όταν, το 2012 το νοσηλευτικό προσωπικό καταλάμβανε τη χαμηλότερη θέση σε αντιπαράβολή με τα υπόλοιπα κράτη της ΕΕ, με μόλις 3,6 ανά 1.000 κατοίκους.<sup>47</sup>

Τη δεκαετία 2009-2019, η Ελλάδα αντιμετώπισε το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης, γεγονός που προκάλεσε μεγάλες αλλαγές στη ζωή και στους χώρους εργασίας των ανθρώπων. Με δεδομένες την ύφεση, την ανεργία και την αβεβαιότητα να ταλαιπωρούν την εργασιακή πραγματικότητα στην Ελλάδα και τις υγειονομικές δαπάνες να βρίσκονται σε καταρράκωση, το ενδιαφέρον των επιστημόνων μετατοπίστηκε στη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης, αφού παρά τις όποιες τεχνολογικές εξελίξεις που πραγματοποιούνται στον τομέα της υγείας, η ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας είναι πάντοτε σημαντικότερη. Όσον αφορά την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας, είναι επίσης ουσιαστικό να διασφαλίζεται ότι παρέχονται οι καλύτερες δυνατές υπηρεσίες υγείας στους αποδέκτες.<sup>11</sup>

Σε μια μελέτη 335 ιατρών νεότερης ηλικίας που εργάζονταν στο ΕΣΥ, οι Antoniou, Davidson και Cooper (2003) διαπίστωσαν χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση λόγω της φύσης του ιατρικού επαγγέλματος, του αγχωτικού περιβάλλοντος, της ανάγκης για προαγωγή και της ανάγκης εξισορρόπησης οικογένειας και εργασίας.<sup>48</sup> Το 2009, οι Kondodimopoulos, Palaeologou & Niakas αποκάλυψαν την ανάγκη για αντικειμενική αξιολόγηση, τη διαμόρφωση καλών σχέσεων με τους συναδέλφους και την ύπαρξη καλών ανταμοιβών σε μια νοσοκομειακή έρευνα.<sup>49</sup> Το 2010, οι Alexias et al. διερευνώντας την εργασιακή ικανοποίηση και την εξουθένωση του ιατρικού προσωπικού, αποδίδοντας τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης του ιατρικού προσωπικού στο επίπεδο των αμοιβών και στις λίγες ευκαιρίες προαγωγής.<sup>50</sup> Το 2011, μια μελέτη που εκπονήθηκε σε δημόσια νοσοκομεία





της Βόρειας Ελλάδας από τους Plioroulos & Priporas, παρουσίασε ότι το ιατρικό προσωπικό ήταν περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του (σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό) λόγω της φύσης της εργασίας του, ενώ από τα δεδομένα που προέκυψαν, ανέκυψε ότι οι άνδρες ιατροί ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τις γυναίκες ιατρούς.<sup>51</sup> Μια μελέτη του 2013, από τη Ματράκη στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης έδειξε χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση σε δείγμα 152 εργαζομένων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων 52 ιατρών, 80 νοσηλευτών και 20 διοικητικών υπαλλήλων. Μια μελέτη του 2013, που αναπτύχθηκε σε νοσοκομεία της Κέρκυρας και των Φιλιππίνων από τους Πελέχα και Αντωνιάδη, διαπιστώθηκε ότι τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό σημείωσαν χαμηλά έως μέτρια επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, με την αμοιβή να αποτελεί την κύρια παράμετρο αυτής της δυσαρέσκειας.<sup>11</sup> Το 2016, σε μια έρευνα με δείγμα 115 ιατρονοσηλευτών που αναπτύχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών από τη Βαγγέλη, διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό παρουσίαζε οριακή ικανοποίηση ως προς την εργασία του. Γενικότερα, σε ότι αφορά το ιατρικό επάγγελμα, οι μελέτες που εκπονήθηκαν συγκρίνοντας τους ιατρούς με άλλους επαγγελματίες υγείας, διαπίστωσαν ότι τα πιο πολλά επιστημονικά δεδομένα συγκλίνουν στην άποψη ότι οι ιατροί είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας και ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι λιγότερο ικανοποιημένο από την εργασία του.<sup>3, 11, 49</sup>

Συνολικά, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει ένα ιδιαίτερα σημαντικό και συνάμα ευαίσθητο πεδίο για περαιτέρω διερεύνηση, γύρω από τα ζητήματα της ικανοποίησης και ευρύτερα της εργασιακής συμπεριφοράς. Για κάθε οργανισμό στην υγεία που επιθυμεί επιτυχή αποτελέσματα, η γνώση των κινήτρων ή εκείνων των αντικινήτρων που επηρεάζουν και κατευθύνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά στην εργασία είναι απαραίτητη. Με δεδομένο ότι οι παράγοντες που προσδιορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια έχουν σχέση είτε με το περιεχόμενο της εργασίας, είτε με το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή παρέχεται, στόχος της παρούσης μελέτης τέθηκε να επεκτείνει την ήδη υπάρχουσα γνώση, και περαιτέρω να αποτελέσει μια σημαντική βάση για έρευνα στο μέλλον, με σκοπό να διερευνήσει τα ζητήματα αυτά και να εμβαθύνει στη γνώση σε σχέση με τα αναφερόμενα.

### **1.1.5. Ικανοποίηση των εργαζομένων, εργασιακές στάσεις και συμπεριφορές**

Η συμπεριφορά των ατόμων στην εργασία, εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το πώς νιώθουν στο χώρο εργασίας τους. Έτσι, η κατανόηση του τρόπου συμπεριφοράς των ατόμων



εξαρτάται από την κατανόηση της εργασιακής τους στάσης. Η στάση αναφέρεται σε απόψεις, πεποιθήσεις, προδιαθέσεις, αλλά και στα συναισθήματά του ατόμου να ανταπεξέλθει (θετικά ή αρνητικά) σε κάτι ή κάποιον και ευρύτερα στο προσωπικό του περιβάλλον. Όσον αφορά την εργασία, δύο συγκεκριμένες στάσεις εργασίας έχουν τη μεγαλύτερη δυνατότητα να επηρεάσουν τον τρόπο που συμπεριφερόμαστε, η επαγγελματική ικανοποίηση και η οργανωτική δέσμευση. Η ικανοποίηση της εργασίας συνδέεται με τα συναισθήματα που έχουν τα άτομα για την εργασία τους, ενώ η οργανωτική δέσμευση αποτελεί τη συναισθηματική προσκόλληση που παρουσιάζουν τα άτομα προς τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται. Υπάρχει μεγάλος βαθμός επικάλυψης μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της οργανωτικής δέσμευσης, αφού πράγματα που ικανοποιούν τα άτομα και τα κάνουν χαρούμενα με την εργασία τους, συχνά οδηγούν τα άτομα να είναι περισσότερο αφοσιωμένα στον οργανισμό. Οι οργανισμοί θεωρούν ότι αυτές οι συμπεριφορές αξίζει να παρακολουθούνται, αφού συχνά συνδέονται με σημαντικά αποτελέσματα, όπως η απόδοση, η αφοσίωση, η βοήθεια προς τους άλλους, ο απουσιασμός και ο κύκλος εργασιών.

Το εργασιακό περιβάλλον των περισσότερων ανθρώπων τείνει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις αξίες τους.<sup>52</sup> Ωστόσο, το πόσο ισχυρή είναι μια σχέση ανάμεσα σε στάσεις και συμπεριφορές εξαρτάται από μια σειρά στάσεων. Κατ' αρχάς, η στάση ενός ατόμου απέναντι στους συναδέλφους του, ενδέχεται να επηρεάσει το κατά πόσον μπορεί πραγματικά να βοηθήσει σε ένα έργο, ωστόσο, μπορεί να μην αποτελεί καλό προγνωστικό παράγοντα για το αν τελικά θα εγκαταλείψει τη δουλειά του. Δεύτερον, αξίζει να επισημανθεί ότι οι στάσεις σχετίζονται περισσότερο με την πρόθεση των ατόμων να συμπεριφερθούν με συγκεκριμένο τρόπο, παρά με την πραγματική συμπεριφορά. Εάν τα άτομα δηλώνουν ότι είναι δυσαρεστημένα με τη δουλειά τους, μπορεί να έχουν την πρόθεση να φύγουν, αλλά το αν τελικά αποφασίσουν να φύγουν, είναι μια άλλη ιστορία! Ο κύκλος εργασιών τους, βρίσκεται σε συνάρτηση με διάφορους παράγοντες, όπως η διαθεσιμότητα εναλλακτικών θέσεων εργασίας στην αγορά και οι θυσίες που απαιτούνται για την αλλαγή θέσης εργασίας. Με άλλα λόγια, οι στάσεις δίνουν μια ένδειξη για το πώς θα συμπεριφερθεί ένα άτομο, αλλά η συμπεριφορά επηρεάζεται έντονα από τους περιορισμούς κατάστασης.

Οι Robbins και Judge (2011) υποστήριξαν ότι τα άτομα στον εργασιακό χώρο έχουν ποικίλες στάσεις, αλλά ασχολήθηκαν με δύο σημαντικές εργασιακές στάσεις που είναι ιδιαίτερα επιθυμητές για τους οργανισμούς: α) την οργανωτική δέσμευση (organizational





commitment) και β) την εργασιακή ικανοποίηση (job satisfaction).<sup>42</sup> Πολύ νωρίτερα, οι Moynihan και Pandey (2007) είχαν υποστηρίξει ότι οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την οργανωσιακή συμπεριφορά θα πρέπει να εστιάζουν στην εργασιακή ταύτιση (job involvement), εκτός από τις δύο παραπάνω εργασιακές στάσεις.<sup>53</sup> Άλλες ιδιαίτερα επιθυμητές εργασιακές στάσεις αποτελούν η αφοσίωση των εργαζομένων (employee engagement) και η αντιλαμβανόμενη οργανωτική υποστήριξη (Perceived Organisational Support-POS). Αντίθετα, η εργασιακή δυσαρέσκεια αποτελεί μια ανεπιθύμητη στάση ή στάσεις που μειώνουν την ατομική απόδοση και έχουν αρνητικές συνέπειες, όπως μειωμένη παραγωγικότητα, απουσίες και εγκατάλειψη της εργασίας.<sup>54</sup>

Με βάση την ανάπτυξη του μοντέλου των πέντε παραγόντων της προσωπικότητας (Big Five Personality Model), οι εργασιακές στάσεις που οδηγούν στην έκφραση διαφορετικών συμπεριφορών και σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση, είναι:<sup>55</sup>

- α) ο ευσυνείδητος, συνδέεται στενά με την εργασιακή ικανοποίηση, καθώς η στάση αυτή αντιπροσωπεύει μία τάση συμμετοχής στην εργασία. Αυτή η διαγωγή οδηγεί το άτομο σε αυξημένες πιθανότητες για ικανοποιητικές ανταμοιβές (π.χ., μισθό, bonus, προαγωγή, σεβασμό, αυτοεκπλήρωση, αναγνώριση κ.α.)
- β) ο προσήνης, που έχει υψηλότερη παρακίνηση και δύναται να επιτύχει διαπροσωπική οικειότητα, γεγονός που πιθανότατα θα τον οδηγήσει έτσι σε υψηλότερα επίπεδα ευημερίας. Ωστόσο, η ικανοποίηση της εργασίας στην περίπτωση αυτή σχετίζεται θετικά, αλλά σε μικρό βαθμό.
- γ) ο δεκτικός, είναι αυτός που έχει προδιάθεση και δύναται να διαχωρίζει τι είναι καλό από τι είναι κακό, αλλά η στάση αυτή δεν συνδέεται με την επαγγελματική ικανοποίηση.
- δ) ο εξωστρεφής, πρόκειται για εκείνον που διατηρεί φιλίες και κοινωνικές διασυνδέσεις, έχει την προδιάθεση να δείχνει θετικά συναισθήματα και να βιώνει ικανοποίηση ως αποτέλεσμα.
- ε) ο νευρωτικός, περιγράφει εκείνο το άτομο που έχει χαρακτήρα αρνητικό και εξαιτίας αυτού, είναι πιθανό να εμπλακεί σε δυσάρεστες καταστάσεις βιώνοντας αρνητικές εμπειρίες ως επακόλουθο αυτού, με αποτέλεσμα να εμφανίσει μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση.



### 1.1.6. Διακρίσεις της εργασιακής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση, συγκροτείται από τα εσωτερικά και τα εξωτερικά χαρακτηριστικά της εργασίας. Ως εκ τούτου, το 1968, οι Porter & Lawler τη διέκριναν μεταξύ εσωτερικής (intrinsic) και εξωτερικής (extrinsic) εργασιακής ικανοποίησης. Η εσωτερική επαγγελματική ικανοποίηση ορίζεται από τα στοιχεία που συνδέονται άμεσα με την επαγγελματική ικανοποίηση, προκύπτουν δε από τις μη χρηματικές πτυχές της εργασίας, αλλά συνδέονται με τις ποιοτικές πτυχές της εργασίας (π.χ. αίσθηση επίτευξης, χρήση των ιδιαίτερων ικανοτήτων και κλίσεων του ατόμου, δημιουργικότητα, ανεξαρτησία, ευκαιρίες για προσωπική και επαγγελματική βελτίωση, προσωπική ανάπτυξη και αυτοεκτίμηση). Η εξωτερική επαγγελματική ικανοποίηση, έχει σχέση με τις οικονομικές και όχι με τις πτυχές της ποιότητας της απασχόλησης. Περιλαμβάνει κυρίως στοιχεία όπως τη μηνιαία αμοιβή, τα επιδόματα, τις συνθήκες εργασίας, τις πολιτικές διαχείρισης του ανθρωπίνου δυναμικού και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων. Ωστόσο, η ένταση της εσωτερικής ή εξωτερικής εργασιακής ικανοποίησης ποικίλλει μεταξύ των ατόμων και είναι άμεσα εξαρτώμενη από το πώς αξιολογεί τους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες της εργασίας του.<sup>57, 58</sup> Αυτές οι διαφορές στην εσωτερική και εξωτερική εργασιακή ικανοποίηση αντιστοιχούν στη θεωρία της ιεραρχίας των αναγκών του Maslow, όπως επίσης και στη θεωρία της υγιεινής και των κινήτρων του Herzberg.<sup>12</sup>

Μια άλλη διαφοροποίηση της εργασιακής ικανοποίησης, τη διαχωρίζει σε δύο κύριες κατηγορίες, τη συναισθηματική και τη γνωστική, λεπτομερέστερα:

- α) η συναισθηματική ικανοποίηση, ορίζεται ως το σύνολο των συναισθημάτων ενός ατόμου απέναντι στην εργασία του, δηλαδή ενσαρκώνει μια θετική συναισθηματική ανταπόκριση στην εργασία στο σύνολό της.<sup>59</sup> Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί σημαντική πτυχή της ευημερίας των εργαζομένων, έχοντας τρεις βασικές διαστάσεις: τη συναισθηματική, τη γνωστική και τη συμπεριφορική. Η μεν συναισθηματική διάσταση συσχετίζεται με τα εργασιακά συναισθήματα, η γνωστική διάσταση περιλαμβάνει τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις σε σχέση με την εργασία, ενώ η συμπεριφορική διάσταση αναφέρεται στον τρόπο συμπεριφοράς των ατόμων σε σχέση με την εργασία.<sup>60</sup>
- β) η γνωστική ικανοποίηση δεν βασίζεται στις συναισθηματικές κρίσεις των εργαζομένων, αλλά σε συγκρίσεις που βασίζονται σε αξιολογήσεις των συνθηκών, των ευκαιριών και των αποτελεσμάτων.<sup>57</sup> Ο Spector θεώρησε ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί δείκτη της αποτελεσματικότητας των εργαζομένων και, σε αντίθεση με τη δυσαρέσκεια από την



εργασία, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη συναισθηματική και γνωστική σταθερότητα. Επιπλέον, θεώρησε ότι μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση, η οποία παρέχει μια πιο λεπτομερή εικόνα της εργασιακής ικανοποίησης ενός ατόμου, θα ήταν περισσότερο επωφελής σε σύγκριση με μια συνολική προσέγγιση. Τέλος, υποστήριξε ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί σημαντικό κριτήριο για τους οργανισμούς προκειμένου να αξιολογήσουν και να εφαρμόσουν μια σειρά από οργανωτικές πρακτικές για τη βελτίωση της απόδοσης του προσωπικού.<sup>39</sup>

Τέλος, μια άλλη διαφοροποίηση της εργασιακής ικανοποίησης, τη διαχωρίζει σε δύο κύριες κατηγορίες: α) τη γενική ικανοποίηση, που προσδιορίζεται ως το σύνολο των αξιολογήσεων της θέσης εργασίας, και β) την ειδική ικανοποίηση, που ορίζεται ως η αξιολόγηση των διαφορετικών πτυχών που προσδιορίζουν την εργασία.<sup>61</sup>

### 1.1.7. Επιδράσεις της εργασιακής ικανοποίησης

Η σημασία της εργασιακής ικανοποίησης, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο ως προς το βαθμό απόδοσης στην εργασία, είναι αναμφίβολα σημαντική και ταυτόχρονα ιδιαίτερη. Εκτός του ότι συνδέεται αιτιολογικά με πολλές πτυχές της εργασιακής ζωής του ατόμου, η εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται επίσης με την οργανωτική συμπεριφορά που οδηγεί στην ομαλή και βέλτιστη λειτουργία του οργανισμού και συνεπώς στην ευρύτερη κοινωνική ευημερία. Πιο συγκεκριμένα, η εργασιακή ικανοποίηση έχει τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- στην αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα της εργασίας, που η ικανοποίηση έχει άμεση σχέση με την απόδοση στην εργασία και αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες της οργανωτικής απόδοσης. Πολλοί ερευνητές, υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες που αισθάνονται ικανοποιημένοι, εργάζονται σκληρότερα με συνέπεια να είναι πιο παραγωγικοί.<sup>62</sup> Το 1959, οι Herzberg, Maunser & Snyderman υποστήριξαν ότι η αύξηση του ηθικού των εργαζομένων θα είχε ως άμεσο επακόλουθο την αύξηση της παραγωγικότητας.<sup>63</sup> Αρκετές μελέτες έχουν επίσης επισημάνει τη θετική συσχέτιση ενδιάμεσα στην ευαρέσκεια που προκύπτει από την εργασία και της απόδοσης των εργαζομένων και του οργανισμού.<sup>64, 65</sup> Συμπερασματικά, οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι ενός οργανισμού, είναι περισσότερο πιθανό να επιτύχουν υψηλότερα επίπεδα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Ο αρνητικός αντίκτυπος της έλλειψης επαγγελματικής ικανοποίησης, στην παραγωγικότητα και τη λειτουργία του οργανισμού φαίνεται περισσότερο κατανοητός και σαφής εάν ληφθεί υπόψη ο αντίκτυπος της δυσαρέσκειας και της απογοήτευσης στην ατομική εργασιακή συμπεριφορά και την



ψυχολογία. Έτσι, τα δυσαρεστημένα άτομα από την εργασία τους, είναι πιθανότερο να αισθάνονται καταρράκωση από το άγχος, να κάνουν συχνά λάθη, να γίνονται απαθή, να λαμβάνουν λανθασμένες αποφάσεις σε σχέση με την εκτέλεση των καθηκόντων τους και να επηρεάζουν αρνητικά τους συναδέλφους τους και την ατμόσφαιρα εντός του οργανισμού, γεγονός που με τη σειρά του επιδρά αρνητικά στη συνολική παραγωγικότητα και την εικόνα του οργανισμού.<sup>66</sup>

- στην παρουσία στο πεδίο εργασιακής δραστηριότητας, που η εργασιακή ικανοποίηση εκφράζεται ενεργά στο χώρο εργασίας μέσω της επίσημης και συχνής συμμετοχής των ατόμων. Πολλοί ερευνητές διατείνονται ότι όταν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι, παρουσιάζουν την τάση να εκφράζουν θετικά λόγια για τον οργανισμό τους, ο τρόπος συμπεριφοράς τους υπερβαίνει τα προβλεπόμενα από την εργασία τους, συμμετέχουν πιο ενεργά και είναι πρόθυμοι να προσφέρουν εθελοντικά πέρα από τα προβλεπόμενα για την προώθηση της θέσης του οργανισμού.<sup>60, 62</sup> Άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι είναι πιθανότερο να μεσολαβήσουν για την επίλυση αντιρρήσεων και ανησυχιών από συναδέλφους και να υπερασπιστούν τον οργανισμό ενώπιον των άλλων με υπερηφάνεια για την εργασία που επιτελείται και τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται. Αντίθετα, οι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι, είναι πιθανότερο να εκφράσουν τις αρνητικές σκέψεις τους έξω από τον οργανισμό και όχι στους συναδέλφους ή τους προϊσταμένους τους, επειδή φοβούνται τις επιπτώσεις που μπορεί να δεχθούν, γεγονός που έχει αρνητικό αντίκτυπο στη φήμη του οργανισμού.<sup>67</sup> Τέλος, οι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι συνήθως απουσιάζουν από την εργασία τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από το συνηθισμένο, είτε για νόμιμους είτε για αδικαιολόγητους λόγους.<sup>68, 69</sup>
- στο ρυθμό αποχώρησης (turnover) από την εργασία, πρόκειται για εκείνες τις περιπτώσεις που επεκτείνονται πέραν των φυσιολογικών και αναμενόμενων ορίων, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις οργανωσιακές λειτουργίες και επιδόσεις. Ορισμένες έρευνες έχουν παρουσιάσει ότι υφίσταται ισχυρός θετικός συσχετισμός μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της οργανωσιακής δέσμευσης, όπως και των συναισθημάτων αφοσίωσης και δέσμευσης, αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι δεσμευμένοι εργαζόμενοι φαίνεται να έχουν λιγότερες πιθανότητες να φύγουν.<sup>66, 67</sup> Ο Robbins (2001) υποστηρίζει ότι οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι δεσμεύονται, εργάζονται σκληρότερα ως προς την επίτευξη των στόχων που απαιτείται να υλοποιηθούν και μένουν στην ίδια θέση



εργασίας και τον ίδιο οργανισμό μακροπρόθεσμα.<sup>70</sup> Μια άλλη επίπτωση των αποχωρήσεων, αποτελεί το επιπρόσθετο κόστος που προκαλείται στον οργανισμό από την απορρύθμιση της φυσιολογικής του λειτουργίας. Αυτό το κόστος διακρίνεται σε άμεσο κόστος, που αναφέρεται στην εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού και το έμμεσο κόστος, που συνδέεται με την προσέλκυση και επιλογή νέων εργαζομένων. Επιπροσθέτως, επηρεάζεται σαφώς η φήμη του οργανισμού στην περίπτωση πολλών αποχωρήσεων.<sup>64</sup>

- στην οργανική, συναισθηματική και συμπεριφοριστική ευεξία ενός ατόμου, που παρουσιάζεται με συμπτώματα στους εργαζόμενους, όπως: υπέρταση, ημικρανίες, αϋπνίες, υπερένταση, χρόνια κόπωση, διατροφικές ανωμαλίες ή μυοσκελετικούς πόνους. Επιπρόσθετα, αποτέλεσμα της χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης των ατόμων, αποτελούν οι συγκρούσεις και οι εντάσεις, στις προσωπικές και τις κοινωνικές τους σχέσεις. Μια άλλη προσέγγιση, διαχωρίζει τα συμπτώματα σε αρνητικά (παράπονα, θυμό, έλλειψη ικανοποίησης, ανασφάλεια, δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, συναισθηματική ανεπάρκεια, κατάθλιψη) και άλλα προβλήματα προσωπικά (αδιαφορία, μειωμένη απόδοση, απόσυρση, δυσχέρεια στις σχέσεις, επιθετικότητα). Αυτά τα συμπτώματα, εκδηλώνονται όχι μόνο στο χώρο εργασίας, αλλά στον προσωπικό και οικογενειακό τομέα, με επακόλουθο οι άνθρωποι να αισθάνονται απομονωμένοι ή αποξενωμένοι, καθώς το περιβάλλον τους μοιάζει εχθρικό ή απρόσιτο. Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει μειωμένη προθυμία για μάθηση, ανάπτυξη δεξιοτήτων και ανάληψη νέων καθηκόντων.<sup>71</sup>

Ο Spector ανέφερε ότι οι βασικοί λόγοι, σύμφωνα με τους οποίους η εργασιακή ικανοποίηση πρέπει να μας απασχολεί, είναι: α) οι οργανισμοί απαιτείται να αντιμετωπίζουν όλους τους εργαζόμενους δίκαια και με σεβασμό, πάντα με βάση τις ανθρώπινες αξίες και να τους συμπεριφέρονται όπως τους αξίζει, β) η εργασιακή ικανοποίηση, συνδέεται με την εργασιακή συμπεριφορά, τη λειτουργικότητα και την ενεργοποίηση του οργανισμού και γ) η εργασιακή ικανοποίηση υπό προϋποθέσεις είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί ως έγκυρος δείκτης για την αξιολόγηση της λειτουργίας ενός οργανισμού.<sup>39</sup>

### **1.1.8. Διακρίσεις των αντιδράσεων από τη μη εργασιακή ικανοποίηση**

Όπως διατυπώθηκε από τον Farrell (1983), η υψηλή εργασιακή ικανοποίηση δημιουργεί περισσότερο ικανοποιημένους, ενεργούς και παραγωγικούς εργαζόμενους. Ωστόσο, οι



εργαζόμενοι που πλήττονται από τη δυσανασχέτηση στην εργασία τείνουν να αντιδρούν ως εξής:<sup>72</sup>

- Έξοδος (Exit), η γενική τάση στις αντιδράσεις αυτών των εργαζομένων είναι να εγκαταλείψουν τον οργανισμό και να αναζητήσουν άλλη εργασία.
- Φωνή (Voice), η αντίδραση αυτή του εργαζόμενου χαρακτηρίζεται από τη διάθεση του να καταβάλει προσπάθεια βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών. Η αντίδραση αυτή στηρίζεται σε συζητήσεις, επιχειρήματα και προτάσεις βελτίωσης, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται η περίπτωση εμπλοκής του εργαζόμενου σε έντονες συζητήσεις και καβγάδες.
- Αφοσίωση (Loyalty), στη περίπτωση αυτή ο εργαζόμενος περιμένει τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών, δείχνει αισιοδοξία, εμπιστοσύνη και συνεχίζει να εκτελεί τα ανατιθέμενα καθήκοντα.
- Αδιαφορία ή Παραμέληση (Neglect), στην περίπτωση αυτή ο εργαζόμενος αξιολογεί παθητικά την κατάσταση. Αφήνει την κατάσταση να επιδεινωθεί περαιτέρω, οι προσπάθειες και η αποδοτικότητά του μειώνεται και συχνά απουσιάζει αδικαιολόγητα από την εργασία του.

## 1.2. Παρακίνηση (Motivation)

### 1.2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της Παρακίνησης

Η έννοια της παρακίνησης αποτελεί μια ψυχολογική διαδικασία, άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανθρώπινη συμπεριφορά και τη βαθιά κατανόησή της. Ωστόσο, είναι συνυφασμένη όχι μόνο με την συμπεριφορά των ανθρώπων, αλλά με την ευημερία και την απόδοση στο εργασιακό περιβάλλον. Ως εκ τούτου, η παρακίνηση (motivation) ορίζεται ως μια ψυχοκοινωνική διαδικασία που αποσκοπεί στην αλλαγή και στον έλεγχο της ατομικής συμπεριφοράς στον εργασιακό χώρο, δηλαδή μια διαδικασία υπεύθυνη για την κατεύθυνση, την ένταση και τη βιωσιμότητα των προσπαθειών των εργαζομένων στην υλοποίηση των στόχων.<sup>73, 74</sup> Η έννοια της παρακίνησης θεωρείται επίσης ότι ταυτίζεται ή σχετίζεται με τις έννοιες «στόχος», «βούληση», «κίνητρο» και «επιθυμία». Η παρακίνηση αποτελεί βασικό στοιχείο της οργανωσιακής διαδικασίας, διότι ένας οργανισμός δεν μπορεί να αναγκάσει τους εργαζόμενους να προσφέρουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους, εάν δεν προθυμοποιούνται αυτοί να το πράξουν.<sup>70</sup> Επιπλέον, η παρακίνηση είναι ένα πολυδιάστατο και πολύπλοκο φαινόμενο και διαφέρει από άτομο σε άτομο, με πολλούς εργαζόμενους να



παρακινούνται από τους υψηλούς μισθούς, κάποιους άλλους από τις ευκαιρίες προαγωγής, κάποιους από το σταθερό ωράριο εργασίας κλπ., ενώ ακόμη και μέσα στα ίδια τα άτομα, τα κίνητρα ποικίλλουν μεταξύ διαφορετικών χρονικών περιόδων. Ο ρόλος και η σημασία της παρακίνησης στην οργανωσιακή συμπεριφορά και ψυχολογία, σε σύγκριση με την πολυπλοκότητα της διαστασιακής της διαμόρφωσης, δικαιολογεί τις πολυάριθμες θεωρίες που αναπτύχθηκαν για την ανάλυση του φαινομένου αυτού.<sup>75</sup> Όσον αφορά την αποτύπωση της αγγλικής λέξης *motivation*, η ελληνική λέξη «παρακίνηση» θεωρείται καλύτερη από τη λέξη «υποκίνηση». Το γεγονός αυτό δικαιολογείται διότι η λέξη «υποκίνηση» παραπέμπει στην αρνητική πτυχή της παρακίνησης των ατόμων προς εγωιστικούς σκοπούς. Με βάση την ετυμολογία, η λέξη «*motivation*» προέρχεται από την λατινική λέξη «*movere*», που ερμηνεύεται ως «να κινήσω».<sup>76</sup> Η διαδικασία της παρακίνησης ξεκινά με μια ανεκπλήρωτη ανάγκη, άλλοτε συνειδητή και άλλοτε υποσυνείδητη, η οποία διαμορφώνει ένα κίνητρο που με τη σειρά του οδηγεί σε μια συμπεριφορά ή τη συμπεριφορά που προβλέπεται για την ικανοποίηση της ανάγκης αυτής. Η συμπεριφορά του ατόμου αποσκοπεί πρωτίστως στην ικανοποίηση των δικών του αναγκών και μόλις η συμπεριφορά κριθεί επιτυχής, το άτομο λαμβάνει μια ανταμοιβή. Η ανταμοιβή αυτή πιστοποιεί στο άτομο, ότι συμπεριφέρεται κατάλληλα για την επίτευξη παρόμοιου αποτελέσματος, γεγονός που το ωθεί να συμπεριφέρεται ομοιοτρόπως στο μέλλον. Η σημασία της παρακίνησης έγκειται στη συμβολή της στην επιβίωση και τη συνέχεια του οργανισμού. Επειδή έχει διαπιστωθεί ότι οι εργαζόμενοι με κίνητρα είναι περισσότερο παραγωγικοί και αποδοτικοί, ο Meyer το 1946 όρισε τη σχεσιακή ισότητα στην εργασία ως εξής:<sup>77, 78</sup>

$$\text{Εργασιακή Απόδοση} = \text{Ικανότητες Εργαζομένου} \times \text{Παρακίνηση Εργαζομένου}$$

Η ισότητα εξηγεί τον ιδιαίτερο ρόλο της παρακίνησης στην εργασιακή απόδοση και συνάμα το λόγο που αποτελεί αντικείμενο μελέτης της οργανωσιακής συμπεριφοράς, της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων και της βιομηχανικής ψυχολογίας. Τέλος, αναφέρεται ότι οι παρακινημένοι εργαζόμενοι, είναι περισσότερο ελεύθεροι, αυτόνομοι και αυτό-ελεγχόμενοι.<sup>79</sup>

### 1.2.2. Εργασιακή Παρακίνηση (Job Motivation)

Από πολύ νωρίς, η ανάλυση της οργανωσιακής συμπεριφοράς επικεντρώθηκε στην παρακίνηση των εργαζομένων, ψάχνοντας απαντήσεις στο πολυσύνθετο ερώτημα τι παρακινεί τους εργαζόμενους και υπό ποιες συνθήκες και μέσω ποιων διαδικασιών





πραγματοποιήθηκε αυτή η διαδικασία. Φυσικά, η παρακίνηση διαφέρει από εργαζόμενο σε εργαζόμενο, ως προς το είδος και την έντασή της παρακίνησης που επιφέρει σε ένα άτομο.<sup>77</sup>

Το είδος, αναφέρεται στην προέλευση της παρακίνησης, τα αίτια δηλαδή ή εκείνους τους υποκειμενικούς λόγους που ενεργοποιούν τη συμπεριφορά ενός ατόμου. Η ανάγκη για παρακίνηση γίνεται αντιληπτό ότι βασίζεται στην πρωτόγονη ανθρώπινη ανάγκη προς επιβίωση και, κατά συνέπεια, τα άτομα που διαθέτουν υψηλά κίνητρα ενισχύουν την επιβίωση του οργανισμού στον οποίο εργάζονται. Βασικές οργανωσιακές μεταβλητές όπως η απόδοση, η ικανοποίηση, η αφοσίωση και δέσμευση, η ανθεκτικότητα και η οργανωσιακή φήμη στην εργασία είναι στενά συνυφασμένες έννοιες με την παρακίνηση των εργαζομένων. Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τα κίνητρα αξιολογούνται ως ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες που επιδρά στην ποιότητα και το περιεχόμενο των αποτελεσμάτων στην εργασία.<sup>80</sup> Έτσι, η διαδικασία ανάλυσης των κινήτρων αποτελεί μια εσωτερική διαδικασία που είναι διαφορετική και έχει τη δική της ιδιαιτερότητα για κάθε εργαζόμενο, καθώς τα κίνητρα που τον ωθούν διαφέρουν και οι ανάγκες που επιδιώκουν να ικανοποιήσουν είναι διαφορετικές.

Η ένταση, από την άλλη πλευρά, αντιπροσωπεύει τη δύναμη που ασκεί κάποιος ή τη σκληρότητα με την οποία προσπαθεί, πρόκειται για το ευκολότερα κατανοητό τμήμα της παρακίνησης, αλλά και η διάσταση που δέχεται τη μεγαλύτερη επιμέλεια και προσοχή σε καθημερινή βάση. Παραταύτα, η ένταση της προσπάθειας των εργαζομένων δεν είναι δυνατόν από μόνη της να εξασφαλίσει την επίτευξη των επικείμενων οργανωτικών αποτελεσμάτων και πρέπει πάντα να συνδυάζεται με τη σωστή κατεύθυνση, δηλαδή οι προσπάθειες του εργαζομένου να κατευθύνονται προς τους οργανωτικούς στόχους και να ευθυγραμμίζονται με αυτούς.<sup>42, 70</sup> Επομένως, η επίτευξη των οργανωτικών στόχων απαιτεί από τους διευθυντές να παρακινούν τους υφισταμένους τους να ενεργούν πρόθυμα σύμφωνα με αυτό που τους ανατίθεται. Η ισχύς της παρακίνησης σχετίζεται άμεσα με την δεξιοσύνη του διευθυντή στον εντοπισμό των αναγκών των υφισταμένων τους και τις προσπάθειές του να ικανοποιεί τις ανάγκες αυτές. Η παρακίνηση αυτή εξαρτάται άμεσα από την πολιτική του οργανισμού που αποτελείται από τους πόρους, τις δομές, τις διαδικασίες, τις πολιτικές διαχείρισης, την παροχή υποστήριξης και προστασίας, την κουλτούρα, την αυτονομία, την ανάθεση ευθυνών, την επικοινωνία και την ανατροφοδότηση κλπ.<sup>72, 81</sup> Η διάσταση της επιμονής, που σχετίζεται χρονικά με το διάστημα που οι εργαζόμενοι μπορούν να διατηρήσουν τη συγκεκριμένη κατεύθυνση που ακολουθούν και την ένταση των





προσπαθειών τους, είναι επίσης σημαντική. Ωστόσο, οι παράγοντες παρακίνησης ποικίλλουν ανάλογα με τις διάφορες φάσεις της ζωής ενός εργαζομένου (κατά την είσοδο, κατά τη δημιουργία οικογένειας, κατά την ωρίμανση, στην κορύφωση της καριέρας του και λίγο πριν από τη συνταξιοδότηση). Το 2002, οι Montana & Charmon υποστήριξαν ότι η παρακίνηση οφείλεται σε εντάσεις που προκαλούνται από τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των ατόμων, οι οποίες οδηγούν σε καθορισμένες συμπεριφορές που αποσκοπούν στη μείωσή τους. Επιπλέον, μετά από πολυετή έρευνα, διαπίστωσαν ότι οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στη ζωή του ατόμου επηρεάζουν τους παράγοντες παρακίνησης.<sup>82</sup> Ως εκ τούτου, συμπέραναν ότι υπάρχουν τρεις παράγοντες καθορισμού της παρακίνησης σε ένα εργασιακό περιβάλλον: οι ατομικές ανάγκες, η προσπάθεια και οι οργανωτικοί στόχοι.<sup>83</sup>

### 1.2.3. Η διατήρηση της Εργασιακής Παρακίνησης

Ένας οργανισμός που έχει καταφέρει να επιτύχει την επιθυμητή συμπεριφορά των εργαζομένων του, πρέπει αρχικά να διατηρήσει αυτή τη συμπεριφορά. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι θα αυξήσουν το επίπεδο των προσδοκιών τους. Έχοντας επιτύχει ένα επίπεδο προσδοκιών, τα άτομα τείνουν να μετακινούνται σε υψηλότερα επίπεδα προσδοκιών, στοχεύοντας να ικανοποιήσουν την πλήρη κλίμακα των αναγκών τους, οι οποίες θεωρητικά είναι απεριόριστες, καθώς τα άτομα δεν ικανοποιούνται ποτέ πλήρως. Θεωρείται ότι υπάρχουν τέσσερις σημαίνοντες παράγοντες, που οι οργανισμοί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη για να συμβάλλουν στην διατήρηση της παρακίνησης των εργαζομένων τους:<sup>84, 85</sup>

- την ικανοποίηση (job satisfaction), που έχει σχέση με την πεποίθηση των εργαζομένων ότι ο οργανισμός αντιλαμβάνεται τις προσδοκίες τους και είναι διαθέσιμος να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους. Το βασικό κίνητρο που έχει σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση είναι το κίνητρο της απόκτησης (acquire), που πραγματοποιείται μέσω της ανάπτυξης ενός ικανοποιητικού συστήματος ανταμοιβών (reward system), που μπορεί να συνδέσει τις ανταμοιβές με την απόδοση στην εργασία και παρέχει ευκαιρίες ανάπτυξης για τους αποδοτικούς εργαζόμενους.
- την αφοσίωση (loyalty), που συνδέεται με το επίπεδο πίστης ή αφοσίωσης και ικανοποίησης που επιδεικνύουν οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό. Σχετίζεται άμεσα με τα κίνητρα δέσμευσης (bond) και ενεργοποιείται από την κουλτούρα (culture) στην εργασία, που μπορεί να ενισχύσει τη συνεργασία, την ανάπτυξη φιλικών σχέσεων, και την ομαδικότητα. Η συνεργασία, η συνοχή και η ομαδική εργασία που μπορεί να αναπτύξει



ένας οργανισμός, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε υψηλές επιδόσεις και παραγωγικότητα. Περαιτέρω, ο παράγοντας που ενεργοποιεί τα άτομα φαίνεται ότι είναι η πνευματική χαρά που αναπτύσσει την εσωτερική παρακίνηση και βασίζεται σε ένα μεγάλο βαθμό στην ηγετική συμπεριφορά των προϊσταμένων.

- την δέσμευση (commitment), που σχετίζεται με ενέργειες, προσπάθειες και πρωτοβουλίες που μπορούν να αναλάβουν οι εργαζόμενοι. Επιπλέον, συνδέεται με τα κίνητρα κατάκτησης (comprehend) που ενεργοποιούνται μέσω του σχεδιασμού της εργασίας (job design). Οι εργαζόμενοι ενεργοποιούνται όταν αισθάνονται δέσμευση απέναντι στον οργανισμό και όταν τα καθήκοντα που τους ανατίθενται είναι ενδιαφέροντα, κατανοητά, οι ρόλοι τους είναι σαφώς καθορισμένοι και προκαλούνται να τα κερδίσουν. Οι εργαζόμενοι θεωρείται ότι δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον όταν συμμετέχουν στο σχεδιασμό της εργασιακής τους ζωής. Θεωρείται επίσης, ότι οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει τη συμμετοχή εκτιμούν την αξία και τα οφέλη της, καθώς δημιουργεί την αίσθηση της ιδιοκτησίας (ownership) και της δέσμευσης (commitment).
- την πρόθεση αποχώρησης (intention to quit), που συνδέεται με τα κίνητρα της υπεράσπισης (defend). Η ενεργοποίηση αυτών των κινήτρων, συνδέεται απευθείας με τη δίκαιη και ισότιμη κατανομή των πόρων και τη διαφάνεια στην οργανωτική διαχείριση. Εάν το κίνητρο της υπεράσπισης δεν εκπληρώνεται, η πρόθεση αντίστασης των εργαζομένων ως προς τις αλλαγές που πραγματοποιούνται στην εργασία τους θα αυξάνονται, ενώ η ίδια αύξηση παρατηρείται ως προς την πρόθεσή τους να αποχωρήσουν.

#### **1.2.4. Κατηγορίες της παρακίνησης**

Την παρακίνηση μπορούμε να τη διακρίνουμε σε δύο κύριες κατηγορίες. Η πρώτη είναι η εξωγενής ή εξωτερική (extrinsic), η οποία προκύπτει στην περίπτωση που οι εργαζόμενοι επιδιώκουν να ευχαριστήσουν με έμμεσο τρόπο τις δικές τους ανάγκες και συνδέεται με τις επικρατούσε συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον και τις απολαβές. Συγκεκριμένα, η εξωγενής παρακίνηση επιτυγχάνεται μέσω της παροχής ανταμοιβών, όπως χρήματα, παροχές, ασφάλεια, προαγωγή σε υψηλότερη θέση εργασίας, εργασιακή ασφάλεια, άδειες, επιδόματα, καλές συνθήκες εργασίας και κατάλληλες εγκαταστάσεις. Η εξωγενής παρακίνηση εμφανίζεται όταν ένας εργαζόμενος εκτελεί μια εργασία για να επιτύχει έναν στόχο διαφορετικό από την ίδια την εργασία. Μπορεί επίσης να παράγει άμεσα επιθυμητά



αποτελέσματα, αλλά δεν επιμένει για σημαντικό χρονικό διάστημα.<sup>86, 87</sup> Αντίθετα, η ενδογενής ή εσωτερική παρακίνηση (intrinsic) προσανατολίζεται στην ικανοποίηση των ψυχολογικών εσωτερικών αναγκών του εργαζομένου και όχι στην αναζήτηση υλικών ανταμοιβών. Επομένως, εάν οι εργαζόμενοι αντλούν αισθήματα εκπλήρωσης και ικανοποίησης από το περιεχόμενο της εργασίας τους, αυτό θα οδηγήσει σε ισχυρή δέσμευση, με αποτέλεσμα την ικανοποίηση της ανάγκης για αυτοπραγμάτωση. Τα βασικά στοιχεία της εσωτερικής παρακίνησης είναι η ικανότητα να δοκιμάζουν νέα καθήκοντα, η λήψη αποφάσεων, η συνεργασία, η εμπιστοσύνη και η εργασιακή ικανοποίηση. Συνιστάται η εξωτερική παρακίνηση να μην υπερτερεί της εσωτερικής, καθώς η εξωτερική παρακίνηση είναι βραχύβια, συνοδεύεται από συνεχή μείωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων και έχει αρνητικό αντίκτυπο στην εσωτερική παρακίνηση.<sup>77, 84</sup>

### **1.2.5. Σχέση παρακίνησης και εργασιακής ικανοποίησης**

Η παρακίνηση (motivation) και η εργασιακή ικανοποίηση (job satisfaction), είναι στενά συνδεδεμένες έννοιες, οι οποίες συχνά συγχέονται λόγω της κοινής θεωρητικής τους προέλευσης και της έλλειψης σαφήνειας στον ορισμό και των δύο εννοιών. Οι δύο έννοιες σχετίζονται με την εξασφάλιση των αναγκών του εργαζομένου, ενώ η ενδυνάμωση τους από τους οργανισμούς στοχεύει στην προώθηση της εργασιακής αποδοτικότητας. Στην πραγματικότητα οι δύο έννοιες δεν ταυτίζονται.<sup>88</sup> Η μεν παρακίνηση αποτελεί μια διαδικασία στην οποία οι ανάγκες ενεργοποιούνται ενθαρρύνοντας τα άτομα να συμπεριφερθούν με καθορισμένο τρόπο και με πρωταρχικό στόχο την πλήρη ή την μερική ικανοποίηση αυτών των αναγκών. Η δε ικανοποίηση από την εργασία απαρτίζει πιο πολύ μια στάση ή με άλλα λόγια μια κατάσταση εσωτερική που κατευθύνει τα άτομα να συμπεριφέρονται με καθορισμένο τρόπο. Επιπλέον, τα κίνητρα και η επαγγελματική ικανοποίηση διαφοροποιούνται, αφού τα κίνητρα είναι μια έννοια που αποβλέπει στο μέλλον, ενώ η ικανοποίηση αποτελεί μια έννοια προσανατολισμένη στο παρελθόν, αυτό σημαίνει ότι ακόμη και αν ένα άτομο είναι ικανοποιημένο από την εργασία και το μισθό που λαμβάνει, τούτο δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα παραμείνει παρακινημένος στην εν λόγω εργασία.<sup>89</sup> Το 1994, ο Chess υποστήριξε ότι υπάρχουν σημαντικοί παρακινητικοί παράγοντες μέσω των οποίων μπορεί να προβλεφθεί η εργασιακή ικανοποίηση, ενώ το 1997 οι Brown & Shepherd θεώρησαν ότι η παρακίνηση βελτιώνει όχι μόνο την ικανοποίηση από την εργασία, αλλά και την απόδοση. Το 2003, οι Hoole & Vermeulen υποστήριξαν ότι ο βαθμός που τα άτομα παρακινούνται από τα εξωτερικά χαρακτηριστικά της εργασίας και το κύρος που αυτή τους προσδίδει, έχει θετικό αντίκτυπο στην εργασιακή ικανοποίηση. Έτσι, η



εργασιακή ικανοποίηση αν και κάποιες φορές συγγέεται με την παρακίνηση, δεν μπορεί να την υποκαταστήσει. Υπάρχει ωστόσο, μια ιδιότυπη στενή σχέση ανάμεσα στις δύο έννοιες, αφού οι εργαζόμενοι με υψηλά κίνητρα είναι επίσης ιδιαίτερα ικανοποιημένοι.<sup>83</sup>

### 1.2.6. Η παρακίνηση στο δημόσιο τομέα

Στο δημόσιο τομέα, η παρακίνηση προσδιορίζεται ως η διάθεση των ατόμων που αντιστοιχεί σε αναπτυσσόμενα κίνητρα από τους οργανισμούς και τις υπηρεσίες του τομέα αυτού. Επομένως, τα κίνητρα των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα περιλαμβάνουν πάντα έννοιες του καθήκοντος και της δημόσιας ηθικής, που συνδέονται με την επιδίωξη του δημόσιου συμφέροντος. Οι Perry & Wise (1990) θεώρησαν ότι τα κίνητρα που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα μπορούν να χωριστούν σε:<sup>90</sup>

- α) κίνητρα ορθολογικά (rational public service motives), πρόκειται για τις προθέσεις των εργαζομένων να αυξήσουν το προσωπικό όφελος τους, μέσω της δέσμευσης εντός των πλαισίων και στόχων επίτευξης που έχουν τεθεί από τον οργανισμό. Έτσι, το προσωπικό όφελος των εργαζομένων ταυτίζεται με εκείνο του κοινωνικού συνόλου.
- β) κίνητρα προτύπων (norm based motives), που σχετίζονται με τη βούληση των εργαζομένων να συνεισφέρουν στο δημόσιο συμφέρον, το ενδιαφέρον για την κοινωνική ηθική και ισότητα, αλλά και την προθυμία εξυπηρέτησης του κοινού.
- γ) κίνητρα συναισθηματικά (affective motives), που συνδέονται με την προθυμία που έχουν οι εργαζόμενοι να βοηθήσουν τους άλλους. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει την αγάπη και την εξυπηρέτηση προς τον συνάνθρωπο, αλλά και την πίστη στις αξίες.

Συμπεραίνεται λοιπόν, πως η παρακίνηση των ατόμων στο δημόσιο τομέα είναι συνδεδεμένη με την ικανοποίηση των αναγκών υψηλότερου επιπέδου που συνδέονται με τον κάθε εργαζόμενο μεμονωμένα. Ο Wright (2001), υποστήριξε ότι η παρακίνηση των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα είναι επίσης αλτρουιστική και επομένως υπάρχει έντονη η επιθυμία ικανοποίησης των αναγκών που προσδιορίζονται στα υψηλότερα επίπεδα της πυραμίδας του Maslow.<sup>91</sup> Ως ακολούθως, στα άτομα που επιδεικνύουν υψηλό βαθμό παρακίνησης από ανώτερες ανάγκες, πέρα από τις ικανοποιητικές απολαβές, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο: α) η προσωπικότητά τους, β) οι ικανότητες των προϊσταμένων, γ) το κλίμα συνεργασίας και αλληλεγγύης στο χώρο εργασίας, δ) η αμοιβαία δέσμευση στους στόχους



και κανόνες του οργανισμού, ε) η εργασιακή ασφάλεια, ζ) οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης και η) η ποιοτική ιατρική περίθαλψη.<sup>92, 93</sup>

Σύμφωνα με μια άλλη προσέγγιση για τη διάκριση των κινήτρων στο δημόσιο τομέα, εκτός από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου, τη φύση των αρμοδιοτήτων, το εργασιακό περιβάλλον, το στυλ διοίκησης και το αντικείμενο εργασίας, σημαντικός είναι και ο ρόλος: α) των υλικών απολαβών, όπως ο μισθός και οι πρόσθετες παροχές, β) των κοινωνικών παραγόντων, όπως το εργασιακό κλίμα και το στυλ ηγεσίας, γ) των παραγόντων αυτοέκφρασης, όπως η συνεχής βελτίωση μέσω σεμιναρίων, δ) των παραγόντων αναγνώρισης (π.χ. βραβεία, δημόσιοι έπαινοι, ευχαριστίες), ε) των παραγόντων ασφάλειας (π.χ. κοινωνική ασφάλιση, συνθήκες εργασίας), ζ) των παραγόντων ανάληψης ευθυνών και την προοπτική ανέλιξης στην ιεραρχία.<sup>94</sup> Φαίνεται επίσης, ότι τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της διοικητικής και πολιτικής ηγεσίας σχετίζονται θετικά με την παρακίνηση στη δημόσια διοίκηση, ιδίως στις περιπτώσεις όπου οι ηγέτες έχουν ισχυρές διοικητικές δεξιότητες διαχείρισης και δύνανται να συμπαρασύρουν θετικά τους εργαζόμενους να εκτελούν τα ανατιθέμενα καθήκοντα.<sup>95</sup> Τελικά, ο βαθμός που οι εργαζόμενοι ταυτίζονται και δεσμεύονται με την κουλτούρα ενός οργανισμού, επηρεάζεται έντονα όχι μόνο από τις συναδελφικές σχέσεις, αλλά και από τις δεξιότητες των ηγετών τους.<sup>83, 96</sup>

Η δυσκολία εξεύρεσης κινήτρων για την παρακίνηση των εργαζομένων στην ελληνική δημόσια διοίκηση, οφείλεται κυρίως στη γραφειοκρατία, τις αυστηρές και άκαμπτες διαδικασίες και τον φορμαλισμό. Οι εγκύκλιοι και οι κανονισμοί που εκδίδονται ως αποτέλεσμα της υφιστάμενης νομοθεσίας θεωρείται αναγκαίο να ακολουθούνται αυστηρά εντός των προβλεπόμενων ορίων και χωρίς παρεκκλίσεις, γεγονός που περιορίζει σημαντικά την προώθηση καινοτόμων ιδεών, δημιουργικότητας και πρωτοβουλιών, οδηγώντας σε στασιμότητα και απογοήτευση. Οι οικονομικές ανταμοιβές, από μόνες τους δεν δύνανται να παρακινήσουν τους εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα, γεγονός που στην πραγματικότητα οφείλεται, στο ότι τόσο οι μισθολογικές, όσο και οι βαθμολογικές προαγωγές γίνονται χωρίς κρίσεις, με βάση αποκλειστικά τη διάρκεια της υπηρεσίας (προϋπηρεσία) και χωρίς καμία σύνδεση με την απόδοση. Ως εκ τούτου, στο πλαίσιο της δημόσιας διοίκησης, δεν είναι δυνατόν να ανταμείβονται οι εργαζόμενοι για τις προσπάθειες και την αποτελεσματικότητά τους με ειδικά επιδόματα, αλλά μόνο για κάποιες άδειες και σε ορισμένες περιπτώσεις.



Τα επιμορφωτικά προγράμματα αποτελούν ένα βασικό μέσο ενίσχυσης της παρακίνησης στη δημόσια διοίκηση και μπορούν να βοηθήσουν στην ενθαρρυντική διαχείριση (supporting management), καθώς η γνώση που είναι επακόλουθο της συνεχούς επιμόρφωσης και εκπαίδευσης είναι δυνατόν να βοηθήσει στην αποφυγή λαθών και παραλείψεων, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται ποιοτική πρόοδος, όμως και αυτά επαφίενται στη βούληση των εργαζομένων και δεν υπάρχει ειδικός σχεδιασμός και παρότρυνση.<sup>97-99</sup> Ιδιαίτερα, τα τελευταία χρόνια, η ανάπτυξη των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα δεν αποτελεί παράγοντα παρακίνησης, αφού οι αξιολογήσεις (κρίσεις) των θέσεων ευθύνης πραγματοποιούνται σε ιδιαίτερα αραιά διαστήματα ή καλύπτονται μέσω αναθέσεων και συχνά υπάρχουν πολλά ερωτηματικά σχετικά με την αξία των διαδικασιών. Οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι φαίνεται ότι μπορούν να ασκήσουν σημαντική επιρροή στους εργαζόμενους, ωστόσο δεν έχουν τη δύναμη να τους εξαναγκάσουν να δράσουν. Μπορούν να προωθήσουν μια σχετική σειρά κινήτρων στην προσπάθεια να επηρεάσουν τους εργαζόμενους με διάφορους τρόπους, όπως η αλλαγή του εύρους των καθηκόντων, η καλύτερευση των συνθηκών εργασίας, η αλλαγή των ωρών εργασίας, και η αναδιάρθρωση των ομάδων εργασίας.<sup>95, 100</sup> Οι δημόσιοι υπάλληλοι γενικά, διαθέτουν μεγαλύτερη ευελιξία στο δίλημμα εργασία ή οικογένεια, αλλά συνήθως εργάζονται λιγότερες ώρες χωρίς ωστόσο να διατίθενται ευμενώς να προσπαθήσουν υπερβολικά για λογαριασμό του οργανισμού, όχι επειδή είναι τεμπέληδες και δεν τους αρέσει να υπερβάλλουν εαυτόν για τον οργανισμό, αλλά επειδή είναι ευχαριστημένοι με τις επιλογές τους, όπως μια ισορροπημένη ζωή μεταξύ εργασίας και οικογένειας. Έτσι δικαιολογείται και το γεγονός ότι οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των δημοσίων υπαλλήλων.<sup>101-103</sup>

Στο δημόσιο τομέα, το βασικό κίνητρο συνδέεται άμεσα με το λειτούργημα που επιτελείται, συνεπώς καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν το κοινωνικό έργο που υλοποιείται, η άποψη των πολιτών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες, η εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος, οι προσφερόμενες ποιοτικές υπηρεσίες, η βελτίωση της κοινωνίας, η κοινωνική δικαιοσύνη, αλλά και η προσωπική αναγνώριση και επαγγελματική ανάπτυξη.<sup>95, 104</sup> Στην περίπτωση που υπάρξουν χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης στις δημόσιες υπηρεσίες, φαίνεται ότι αυτά επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό παρουσιάζεται, όχι μόνο επειδή οι λιγότερο κινητοποιημένοι υπάλληλοι παρέχουν υπηρεσίες χαμηλότερης ποιότητας, αλλά και επειδή μειώνεται η ελκυστικότητα του δημόσιου τομέα ως εργοδότη.<sup>83, 105</sup>



Διαπιστώθηκε από μελέτες για τους δημοσίους υπαλλήλους, ότι οι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην παρακίνηση τους, περιλαμβάνουν: α) τα χαρακτηριστικά και το περιεχόμενο της εργασίας (π.χ. η μη ύπαρξη ποικιλομορφίας και σημαντικότητας στην εργασία, η έλλειψη αυτονομίας και ανατροφοδότησης), β) η σύγχυση και η σύγκρουση ρόλων, πολιτικών και διαδικασιών, γ) η ανεπάρκεια σύνδεσης ανάμεσα στην αλυσίδα: προσπάθεια-απόδοση-ανταμοιβή, δ) η έλλειψη αναγνώρισης της εργασιακής προσπάθειας, ε) η ποιοτικά κακή ηγεσία σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, ζ) η κακή απόδοση του προσωπικού, ως αποτέλεσμα της έλλειψης ευκαιριών για να πράξουν. Σε αντίθεση με τα παραπάνω χαρακτηριστικά, σημαντικά είναι τα εξωτερικά κίνητρα, όπως: η ασφάλεια της εργασίας, η μονιμότητα, η υγειονομική περίθαλψη και η συνταξιοδότηση.<sup>95, 98, 106, 107</sup>

### **1.2.7. Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας στην παρακίνηση**

Η οργανωσιακή κουλτούρα ως έννοια, αποτέλεσε αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης ήδη από τη δεκαετία του 1940, όταν στα πλαίσια προσπάθειας αρκετών ερευνητών να κατανοήσουν καλύτερα το εργασιακό περιβάλλον, εξακριβώθηκε ότι η αφοσίωση, η οργανωσιακή δέσμευση, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία διαδραματίζουν ουσιαστικότερο ρόλο σε σχέση με τον έλεγχο και τις απρόσωπες διαδικασίες.<sup>70</sup> Η οργανωσιακή κουλτούρα θεωρείται μια από τις ουσιαστικότερες έννοιες που υπάρχουν στη σύγχρονη διοίκηση, αφού από το σύστημα κοινού νοήματος που φέρουν τα μέλη, διακρίνεται ένας οργανισμός από τους άλλους, προσδιορίζοντας τις κοινές αξίες και πεποιθήσεις που είναι αποδεκτές και καθορίζουν τη συμπεριφορά, αλλά και τις στάσεις των ατόμων που απαρτίζουν τον οργανισμό. Η οργανωσιακή κουλτούρα θεωρείται το αποτέλεσμα των ιδεών που αναπτύσσονται μέσω αρχών, συστημάτων ανταμοιβής, παραδόσεων, αξιών και τελετουργιών, εμπειρίας, παρατήρησης και εκπαίδευσης σχετικά με τα απαιτούμενα, αλλά και τον τρόπο που απαιτείται να συμπεριφέρονται τα μέλη ενός οργανισμού. Οι κουλτούρες και οι βασικές ιδεολογίες διαμορφώνονται από και για τους ανθρώπους, σύμφωνα με κοινά πρότυπα ως προς το τι είναι σωστό ή λάθος, καλό ή κακό, δίκαιο ή άδικο. Ως αποτέλεσμα, η κουλτούρα μετριάζει την αβεβαιότητα, οδηγεί τα άτομα προς την ίδια κατεύθυνση και τελικά τους επιτρέπει να συνεργάζονται. Τα αποτελέσματά της, είναι επομένως καθοριστικά για τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις που αναπτύσσονται στους εργαζόμενους, για τις στάσεις που υιοθετούν ενώπιον των συναδέλφων και των προϊσταμένων τους και γενικά για ότι συμβαίνει στον οργανισμό.<sup>108</sup>





Επιπρόσθετα, ένα υγιές οργανωσιακό κλίμα και η απαραίτητη κουλτούρα συνδέονται στενότερα με την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης, της ατομικής πρωτοβουλίας, της συμμετοχής, της ευθύνης, της δέσμευσης και της παρακίνησης, της συνεργασίας, του αυτοελέγχου, της υπευθυνότητας και της αυτοπειθαρχίας. Μια κουλτούρα που επιβραβεύει αντί να υποδεικνύει ή να τιμωρεί, που στους κόλπους της εδράζει ο σεβασμός των εργαζομένων, η αξιοκρατία, η μεγαλύτερη συμμετοχή ως προς τη λήψη αποφάσεων, η ενθάρρυνση αντί της αποθάρρυνσης της ατομικής πρωτοβουλίας, η ομαδική εργασία κλπ. δημιουργούν τις προϋποθέσεις ανάπτυξης ενός παρόμοιου θετικού εργασιακού κλίματος.<sup>109</sup> Οι εργαζόμενοι που αντιλαμβάνονται θετικά ένα εργασιακό κλίμα, είναι πιθανότερο να εκτελούν καλά την εργασία τους, πιστεύοντας ότι και οι άλλοι, θα υποστηρίξουν την επιτυχία τους. Όσο πιο ισχυρή είναι η οργανωσιακή κουλτούρα, τόσο πιο πιθανό είναι να επηρεαστεί η εργασιακή συμπεριφορά. Ωστόσο, σε μεγαλύτερους οργανισμούς, οι κουλτούρες δεν συνδυάζονται πάντοτε ομοιόμορφα και μπορεί να αποτελούνται από συνυπάρχουσες ή αντιφατικές υποκουλτούρες, ως μεμονωμένες κουλτούρες και υποκουλτούρες, καθεμία από τις οποίες συνδέεται με διαφορετική διοικητική ομάδα. Σε κάθε περίπτωση, η κουλτούρα είναι δυνατόν να βοηθήσει τη συνέπεια της συμπεριφοράς των επαγγελματιών και την οργανωσιακή δέσμευση, και επιπλέον, μια θετική οργανωσιακή κουλτούρα υποστηρίζει τα θετικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, επιβραβεύει αντί να τιμωρεί και δίνει έμφαση στην προσωπική ανάπτυξη.<sup>106, 110</sup> Σε αντίθεση με αυτό, η αδυσώπητη γραφειοκρατική ρύθμιση, η αυστηρή εποπτεία από τους προϊσταμένους, τα αυστηρά συστήματα διοίκησης και οι απαιτήσεις για συμμόρφωση με προκαθορισμένους στόχους που απορρέουν από τη λανθασμένη αντίληψη ότι το προσωπικό απαρτίζει μόνο κόστος και έναν παράγοντα περιοριστικό, αποδυναμώνουν τη σχέση με τον οργανισμό σε ένα τυπικό «νομικό συμβόλαιο» που προσφέρει έναν σταθερό μισθό και ίσως μέτριες επιδόσεις. Σε ένα τέτοιο ασφυκτικό περιβάλλον, ο εργαζόμενος θα αποδίδουν το ελάχιστο απαιτούμενο και θα προσφέρουν αποδεκτές μεν επιδόσεις σύμφωνα με το «νομικό συμβόλαιο», χωρίς ωστόσο να νιώσουν ποτέ εσωτερικά ισχυρά κίνητρα για να προσφέρουν τον καλύτερο εαυτό τους, το μυαλό, τις ιδέες, τον ενθουσιασμό, το πάθος, την επιθυμία, την καρδιά και την ψυχή τους. Συνεπώς, η ευελιξία, η ταχύτητα και η ποιοτική εξυπηρέτηση των πολιτών δεν εξασφαλίζονται πάντα από τους κανονισμούς, τις περιγραφές θέσεων εργασίας, τις ιεραρχίες, τα συστήματα εποπτείας και διαχείρισης.<sup>108, 111</sup>

Συμπερασματικά, η ικανότητα του οργανισμού να δημιουργεί το κατάλληλο οργανωσιακό κλίμα που εγγυάται τη δέσμευση των εργαζομένων και η δημιουργική αξιοποίηση των





δυνάμεων, έχει μεγάλη στρατηγική σημασία.<sup>112</sup> Τα βασικά οφέλη που δύνανται να αποκομίσουν οι οργανισμοί από την ανάπτυξη ισχυρών δεσμών οργανωσιακής κουλτούρας είναι:<sup>108, 110</sup> α) ισχυρότερη ταύτιση της οργανωσιακής κουλτούρας και των εργαζομένων ως προς την πραγμάτωση του οράματος, της αποστολής και των στόχων, β) αυξημένη συνεκτικότητα, γ) ανάπτυξη υψηλού κινήτρου και αφοσίωσης των εργαζομένων, δ) προώθηση της συνέπειας, ε) ενθάρρυνση του συντονισμού και του ελέγχου στον οργανισμό, ζ) συμμόρφωση της συμπεριφοράς των εργαζομένων βάσει των οργανωσιακών πολιτικών που έχουν στοιχειοθετεί, επιτρέποντας στον οργανισμό να είναι περισσότερο αποτελεσματικός.

### **1.2.8. Παρακίνηση μέσω των Ομάδων Εργασίας (Team Building)**

Οι σύγχρονοι οργανισμοί υποστηρίζουν όλο και περισσότερο την ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας, όχι μόνο στο επίπεδο των επαγγελματιών, αλλά και μεταξύ των επαγγελματιών και των υψηλότερων διοικητικών επιπέδων. Οι ομάδες εργασίας, οι οποίες θεωρούνται σημαντικό εργαλείο για κάθε οργανισμό και των οποίων η απόδοση επιδεικνύει ρυθμιστικό ρόλο στην αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα του οργανισμού, διακρίνονται σε «τυπικές» και «άτυπες» ομάδες. Οι «τυπικές ομάδες» σε έναν οργανισμό διαθέτουν την οργανωτική νομιμοποίηση και υποστήριξη, γι' αυτό και μπορούν να διαφοροποιούνται σε σχέση με την «ομάδα» ως προς την ευρεία έννοια του όρου. Οι «άτυπες ομάδες» σε έναν οργανισμό προκύπτουν μεταξύ συναδέλφων και σχηματίζονται με φυσικό τρόπο μέσα στο εργασιακό περιβάλλον.<sup>42, 113</sup>

Η ανάπτυξη ομάδων, αποφέρει πολλά οφέλη σε έναν οργανισμό, γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα δημοφιλής στον εργασιακό βίο. Πιστεύεται ότι, όταν δουλεύουμε σε ομάδες επιτυγχάνεται μεγαλύτερη γνώση, δέσμευση, μεγαλύτερα κίνητρα και ισχυρότεροι μηχανισμοί υποστήριξης. Υποστηρίζεται ότι οι ομάδες υπερτερούν του αθροίσματος των μελών τους, ιδίως όταν απαιτούνται σύνθετες, ακριβείς και συμπληρωματικές δεξιότητες, όπως η κρίση και η εμπειρία. Επομένως, με την ανάπτυξη των ομάδων ξεπερνιέται η γνωστή ισότητα  $1+1=2$  και ισχύει ότι  $1+1>2$ , καθώς τα αποτελέσματα της ομάδας υπερτερούν των αποτελεσμάτων των μεμονωμένων μελών της και του αθροίσματος των μελών της ομάδας που εργάζονται μεμονωμένα ως άτομα. Είναι επομένως σαφές ότι η οντότητα της ομάδας είναι πιο σύνθετη από ένα απλό άθροισμα. Τα βασικά δομικά στοιχεία μιας ομάδας είναι η αλληλεξάρτηση και οι κοινές προσπάθειες για την υλοποίηση κοινών στόχων, οι οποίοι απαιτούν κοινές και προγραμματισμένες προσπάθειες από όλα τα μέλη. Συμπερασματικά, οι



ομάδες αποτελούν σημαντικό πυλώνα του οργανισμού, συμβάλλοντας στην αποτελεσματική επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων και στις συνέργειες που αναπτύσσονται, καθώς και στο ηθικό μέσω της δυναμικής που αναπτύσσεται από την αλληλεπίδραση των μελών (π.χ. παρότρυνση, εμπύχωση, άμιλλα), στην ατομική ικανοποίηση αφού τα άτομα ικανοποιούν τις κοινωνικές και άλλες ανώτερες ανάγκες τους εντός της ομάδας και στην υποκατάσταση του ελέγχου.

Ενώ η ομαδική εργασία οφείλεται στην ανάπτυξη της συνεργατικότητας εντός του οργανωσιακού περιβάλλοντος, με καθορισμένες εργασίες και βασικό σκοπό την επίτευξη των στόχων της οργάνωσης.<sup>114</sup> Το ομαδικό πνεύμα περιγράφει τους κανόνες, τις προσδοκίες ή τις στάσεις των μελών της ομάδας σε σχέση με την υλοποίηση των καθηκόντων, παράλληλα η ενίσχυση του ομαδικού πνεύματος στο περιβάλλον της εργασίας επιτυγχάνεται προπαντός με τη δημιουργία μιας ατμόσφαιρας με θετική ψυχολογική κατάσταση, προκειμένου να επηρεαστούν θετικά οι πεποιθήσεις των εργαζομένων για τον οργανισμό. Σύμφωνα με τη σχολή των ανθρώπινων σχέσεων (E. Mayo) ότι οι οργανισμοί είναι κατά βάση κοινωνικές οντότητες, όπου αναπτύσσονται αλληλεπιδράσεις και δυναμικές μεταξύ των εργαζομένων, προέκυψε η ανάγκη μελέτης των ομάδων στον εργασιακό χώρο.<sup>111</sup> Θεωρήθηκε ότι η επιρροή που ασκούν οι ομάδες στην απόδοση και συμπεριφορά των ατόμων, είναι ιδιαίτερα μεγάλη και γι' αυτό έχει καθοριστικές συνέπειες στην λειτουργικότητα των οργανισμών, αφού η προθυμία και η επιθυμία των ατόμων να λειτουργούν εντός μιας αποτελεσματικής ομάδας εξασφαλίζει τη δέσμευση των μελών, καλύτερες αποφάσεις και αποτελεσματικότερη υλοποίηση. Αυτό συμβαίνει διότι αναπτύσσονται πολλές ιδέες, εμπιστοσύνη, άμιλλα, αλληλοϋποστήριξη, αρμονία στη συνεργασία, αλληλεγγύη, σύμπραξη και αμοιβαία προσαρμογή. Ουσιαστικά, η οικοδόμηση ομάδων δημιουργεί έναν δυναμικό «ενάρετο κύκλο» στον οποίο η ατομική ικανοποίηση δημιουργεί καλύτερα αποτελέσματα, που και αυτά επιφέρουν με τη σειρά τους αύξηση της ατομικής ικανοποίησης, δημιουργώντας ακόμη καλύτερα αποτελέσματα, κ.α.

Ωστόσο, δεν είναι μόνο επιθυμία των οργανισμών να αναπτύξουν την ομαδική εργασία και φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ατόμων επιδεικνύει την ανάγκη να εργάζεται σε ομάδες για διάφορους λόγους. Κατ' αρχάς, η επιθυμία για τη δημιουργία και την ένταξη σε μια ομάδα είναι εγγενής στη φύση του ατόμου, και όταν ένα άτομο εντάσσεται σε μια ομάδα που λειτουργεί αποτελεσματικά, πολλές από τις ανάγκες του ατόμου ικανοποιούνται καλύτερα, οδηγώντας το ίδιο το άτομο σε αυτοπεποίθηση, υψηλή ικανοποίηση και υψηλό ηθικό. Η



θεωρία του Maslow, επιβεβαιώνει την ανάγκη των ανθρώπων να ανήκουν κάπου και να αποτελούν μέλη μιας ομάδας, η ομάδα δίνει στο άτομο μια αίσθηση ασφάλειας και μειώνει το αίσθημα του «αντιμετωπίζω τα πράγματα μόνος μου». Τα μέλη μιας ομάδας αλληλοσυμπληρώνονται σε σχέση με την εμπειρία, τις γνώσεις και την κάλυψη διαφορετικών αναγκών, ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να αντιμετωπίσουν έγκαιρα τυχόν προβλήματα. Αυτό κατανέμει το βάρος της λήψης αποφάσεων στα μέλη της ομάδας και επιτρέπει στα άτομα την αντιμετώπιση με μεγαλύτερη ηρεμία των διαφόρων ζητημάτων. Πέρα από την ύπαρξη της ψυχολογικής ασφάλειας, της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης επιτυχίας, ικανοποιείται και η κοινωνική ανάγκη για απόλαυση της επαφής που συνεπάγεται η συμμετοχή στην ομάδα. Επιπλέον, τα άτομα αρκετά συχνά συνειδητοποιούν ότι υπάρχουν πράγματα που δεν μπορούν να επιτύχουν μόνοι τους και ότι δύνανται να επιτευχθούν οι στόχοι τους μέσω της συλλογικής δράσης, που αποτελεί άλλωστε το βασικό λόγο που επιθυμούν να ανήκουν σε μια ομάδα.<sup>70, 111</sup>

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα μιας ομάδας. Κάτωθι αναπτύσσονται επιλεκτικά εκείνοι οι παράγοντες που επιδρούν περισσότερο στην παρακίνηση των εργαζομένων:<sup>70, 111, 115</sup>

- α) το μέγεθος της ομάδας, θεωρείται ότι η ικανοποίηση και η παρακίνηση είναι μεγαλύτερη, στην περίπτωση που τα μέλη λαμβάνουν μέρος σε πιο μικρές ομάδες, αυτό συμβαίνει επειδή η προσφορά τους γίνεται ευκολότερα αντιληπτή και έχει περισσότερο αξία για τα υπόλοιπα μέλη.
- β) η συνοχή της ομάδας, πρόκειται για τον βαθμό που τα μέλη μιας ομάδας αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, στον βαθμό στον οποίο τα μέλη της ομάδας μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά λόγω προηγούμενων επιτυχιών και στον βαθμό στον οποίο τα μέλη της ομάδας έχουν κοινούς στόχους και σκοπούς. Επιπλέον, η ομοιογένεια, οι πολύ καλές διαπροσωπικές δεξιότητες και τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης είναι απαραίτητα για την αμοιβαία παρακίνηση των μελών της ομάδας. Η παρουσία του σεβασμού, της υποστήριξης, της εμπιστοσύνης, της ελευθερίας έκφρασης και της αλληλοεκτίμησης μετατρέπει τον εργασιακό χώρο σε μια κοινότητα όπου όλοι ανήκουν, επιδιώκουν να αναπτυχθούν και να δημιουργήσουν, βοηθούν και υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον και κάνουν πάντα το κάτι παραπάνω.
- γ) τα πρότυπα της ομάδας, λειτουργούν ως καθοδηγητικοί κανόνες κατεύθυνσης της συμπεριφοράς των μελών και καθορίζονται ιδιαίτερος από τα μέλη της ομάδας,



επηρεάζοντας κατά συνέπεια τη διαδικασία λειτουργίας της ομάδας και συνεπώς την αποτελεσματικότητά της.

- δ) η δομή και η κουλτούρα της ομάδας, ενδέχεται να επιδράσει την απόδοση της. Έτσι, στην περίπτωση που η κουλτούρα του οργανισμού είναι ατομιστική, αποδίδει δηλαδή έμφαση στην ατομική απόδοση, τότε είναι αδύνατον να δημιουργηθούν αποτελεσματικές ομάδες, αφού η φιλοσοφία αυτή απαγορεύει την ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας. Η δομή της ομάδας επηρεάζει επίσης αρνητικά ή θετικά την απόδοση της ομάδας και αυτό εξαρτάται από το αν είναι δύσκαμπτη ή εύκαμπτη.
- ε) η χάραξη ισχυρού κοινού στόχου, ο καθορισμός κοινής κατεύθυνσης και στόχων που επικοινωνούνται με σαφή τρόπο, ενισχύουν τη δέσμευση και την παρακίνηση της ομάδας. Παρόλο που οι στόχοι πρέπει να είναι εφικτοί, είναι χρήσιμο να παρουσιάζουν και βαθμό δυσκολίας, ώστε να προκαλέσουν στην ομάδα αίσθημα υπερηφάνειας όταν επιτευχθούν.
- ζ) οι ικανότητες των μελών, είναι αναγκαίο να υπάρχει συνταίριασμα της ικανότητας της ομάδας σε σχέση με την ανατεθείσα αποστολή. Φαίνεται, ότι οι ομάδες υψηλών ικανοτήτων όταν τους ανατίθενται απλά καθήκοντα πλήττουν και δεν αποδίδουν καλά, ενώ οι ομάδες χαμηλών ικανοτήτων παραμένουν στην εργασία. Ακόμη και εντός της ομάδας, όμως, θα πρέπει οι πιο ικανοί, έμπειροι και ευσυνείδητοι εργαζόμενοι να τοποθετούνται στους πιο κεντρικούς ρόλους μιας ομάδας.
- η) η προσωπικότητα των μελών, στοιχεία όπως η εξωστρέφεια, η δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες και η συναισθηματική σταθερότητα, σημαίνουν ότι οι ομάδες είναι περισσότερο δημιουργικές και καινοτόμες, προσαρμόζονται στις οργανωτικές αλλαγές και μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά και ήρεμα καταστάσεις κρίσης.
- θ) η ηγεσία, αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο της λειτουργικότητας μιας ομάδας, αφού ο ηγέτης καθοδηγεί τα μέλη και μπορεί να διασφαλίσει ότι στο σύνολο τους τα μέλη μιας ομάδας μοιράζονται τον ίδιο φόρτο εργασίας.
- ι) οι προτιμήσεις των μελών, κατά τη δημιουργία και το σχηματισμό ομάδων σε έναν οργανισμό, αρμόζει να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες των εργαζομένων να ενταχθούν σε μια ομάδα ή να εργαστούν μόνα τους.

Περαιτέρω, με σκοπό τη συντήρηση της παρακίνησης και την αποφυγή φαινομένων παρασιτισμού σε μια ομάδα, είναι αναγκαίο να ακολουθούνται οι κάτωθι στρατηγικές:<sup>70</sup>



- α) Οι αναθέτοντες τα έργα στις ομάδες, επιβάλλεται να σιγουρευτούν ότι το έργο γίνεται αντιληπτό, συνιστά πρόκληση και προκαλεί ενδιαφέρον στα μέλη της ομάδας.
- β) Να είναι ενήμερο κάθε μέλος της ομάδας, για ποιο μέρος του έργου έχει την ευθύνη και πως μοιράζεται η ευθύνη με τα άλλα μέλη.
- γ) Εκτός από τη συλλογική ευθύνη και ανταμοιβή, είναι αναγκαίο να υφίσταται και ατομική ανταμοιβή, σύμφωνα με την ατομική συνεισφορά. Αυτό ωστόσο, προϋποθέτει την ανάπτυξη αποτελεσματικών συστημάτων ελέγχου και διαχείρισης των αμοιβών.
- δ) Να παρουσιάζονται οι απόψεις από όλα τα μέλη της ομάδας, πριν ληφθεί η τελική απόφαση

### 1.2.9. Παρακίνηση μέσω της Ηγεσίας

Σε κάθε οργανισμό, υπάρχει ένα στέλεχος που αναλαμβάνει την ηγεσία, πρόκειται για ένα πρόσωπο που διευθύνει μια ομάδα ατόμων και την κατευθύνει στην επίτευξη των στόχων, που είναι εκ των προτέρων καθορισμένοι από την ανώτερη διοίκηση ενός οργανισμού. Ως ηγεσία ορίζεται, επομένως, η διαδικασία επηρεασμού των κινήτρων (υλικών ή άυλων), της συμπεριφοράς και των στάσεων μιας ομάδας ατόμων, τυπικών ή άτυπων, μικρών ή μεγάλων, έτσι ώστε να υλοποιηθούν οι στόχοι που απορρέουν από το όραμα ή την αποστολή του οργανισμού.<sup>98, 116</sup> Ο σημαντικότερος παράγοντας που της προσδίδει την εγγενή σημασία της είναι η «αποδοχή», με άλλα λόγια τα άτομα είναι δεκτικά σε έναν ηγέτη επειδή είναι πεπεισμένα για κάποια ιδιαίτερη ικανότητα αυτού του ηγέτη, πιστεύουν δηλαδή σε αυτόν και τον ακολουθούν, όχι διότι υφίσταται ένας εξωτερικός καταναγκασμός, αλλά επειδή ο συγκεκριμένος ηγέτης διαφέρει από τους άλλους. Ηγέτης είναι κάποιος που, ως άτομο ή ως μέλος μιας κοινωνικής ομάδας, θεωρείται άξιος να δώσει ικανοποιητική λύση σε ένα πρόβλημα που τον αφορά, λόγω των ιδιοτήτων του, των ιδιαίτερων ικανοτήτων του ή επειδή είναι πεπεισμένος ότι τις διαθέτει. Σημαντικά θέματα ηγεσίας, αποτελούν ο τρόπος διαχείρισης των μεταβολών που υλοποιούνται, της λήψης σημαντικών αποφάσεων ή των συγκρούσεων που παρουσιάζονται.<sup>117</sup>

Η ηγεσία και η παρακίνηση σχετίζονται και συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους, καθώς τα στελέχη ενός οργανισμού μπορούν να ακολουθήσουν τεχνικές ή μεθόδους για να παρακινήσουν τα μέλη της ομάδας που διοικούν για να υποστηρίξουν τους στόχους του οργανισμού. Η ηγεσία είναι αναμφισβήτητα μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους καθορισμού της λειτουργίας, του χαρακτήρα και της ανάπτυξης ενός οργανισμού. Η παρακίνηση είναι η εστίαση των προσπαθειών ενός ηγέτη στην ικανοποίηση των ανώτερων



αναγκών των μελών της ομάδας, που δύναται να οδηγήσει στην αυτοεκτίμηση, την αυτοεκπλήρωση και τελικά την ενδυνάμωσή τους. Η υλοποίηση των στόχων του οργανισμού δεν είναι επομένως δυνατή δίχως την υλοποίηση των σκοπών των μελών που απαρτίζουν την ομάδα. Επιβάλλεται η ηγεσία, να καλλιεργεί πάντοτε το κατάλληλο κλίμα ώστε η πραγματοποίηση των οργανωτικών στόχων να οδηγεί στην υλοποίηση των στόχων των μελών της ομάδας. Η παρακίνηση των εργαζομένων παρέχεται μέσω των ανταμοιβών και των τιμωριών.<sup>83, 118</sup>

Για να ενεργοποιήσουν τις ομάδες, οι ηγέτες πρέπει να οδηγήσουν τα άτομα κατά τρόπο τέτοιο ώστε να αντιληφθούν την αναγκαιότητα της αλλαγής και της προόδου, αλλά και να αναλάβουν πρωτοβουλίες ως προς την εφαρμογή της αλλαγής. Αναντίρρητα, η ηγεσία δεν είναι απλώς θέμα ατομικών ιδιοτήτων, αλλά η ικανότητα να κινεί κάποιος τα μέλη ενός οργανισμού ή μιας ομάδας προς την υλοποίηση κοινών στόχων και σκοπών και να αναλαμβάνει αποτελεσματική δράση μέσω της ανάληψης πρωτοβουλιών και της λήψης αποφάσεων, ενώ ταυτόχρονα ενισχύει τη συνοχή. Οι βασικές λειτουργίες της ηγεσίας περιλαμβάνουν την πειθώ, την έμπνευση, την προσωπική ανάπτυξη, την ενθάρρυνση, την παρακίνηση, την οικοδόμηση της ομάδας και τη δημιουργία οράματος. Οι ηγέτες πρέπει να διαθέτουν ικανότητες που θα κάνουν τα μέλη της ομάδας να μην δεσμεύονται από στερεότυπα, αλλά να υιοθετούν δημιουργικούς τρόπους σκέψης, εισάγοντας την καινοτομία. Επίσης, πρέπει να δείχνουν ενδιαφέρον για κάθε μέλος, να επικοινωνούν μαζί τους, να τους αντιμετωπίζουν με βάση την ξεχωριστή προσωπικότητα και τις ανάγκες τους, αφιερώνοντας χρόνο, για την στήριξη και την ανάπτυξη του καθενός.<sup>109</sup> Θεωρείται σίγουρο, ότι τα άτομα σέβονται την εργασία και τον οργανισμό τους, όταν αξιολογούνται δίκαια από τον ηγέτη.<sup>119</sup>

#### **1.2.10. Παρακίνηση μέσω της Επικοινωνίας**

Η διοίκηση κάθε οργανισμού αποσκοπεί να διαχειριστεί την απόδοση των ατόμων και την ανάγκη να προβεί στην παρακίνηση τους, επιτυγχάνοντας καλύτερες επιδόσεις. Θεωρείται ότι ο κύριος τομέας αδυναμίας στη διοίκηση αποτελεί η ανθρώπινη διάσταση, γι' αυτό το λόγο οι αποτελεσματικοί τρόποι και πρακτικές επικοινωνίας, έχουν αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στους οργανισμούς. Η επικοινωνία ως λέξη, προκύπτει από τη λατινική λέξη *communis*, που ερμηνεύεται ως «κοινή» και υποδηλώνει ότι η επικοινωνία μπορεί να λάβει χώρα μόνο όταν επιτυγχάνεται κοινή κατανόηση από την ανταλλαγή πληροφοριών. Συνεπώς, η επικοινωνία μπορεί να θεωρηθεί ως μηχανισμός αλληλεπίδρασης που αναπτύσσει συνδέσεις ή ως μια σειρά μέσων και μεθόδων που είναι απαραίτητες για τη



μετάδοση πληροφοριών προκειμένου να επηρεαστεί η συμπεριφορά των ατόμων. Η λειτουργία και η επιβίωση ενός οργανισμού, βασίζεται στην ανάπτυξη αποτελεσματικών σχέσεων ανάμεσα στα άτομα και τις ομάδες. Η επικοινωνία βοηθάει τόσο τα άτομα όσο και τις ομάδες να συντονίσουν τη δραστηριοποίησή τους, ως προς την υλοποίηση των στόχων τους και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των διαδικασιών λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλημάτων, κοινωνικοποίησης και μετασχηματισμού των διοικητικών διαδικασιών.<sup>121</sup>

Καθώς οι οργανισμοί στη σύγχρονη κοινωνία υφίστανται σημαντικές αλλαγές, αντιμετωπίζοντας νέες πραγματικότητες, όπως για παράδειγμα η μακροπρόθεσμη αύξηση στο φόρτο εργασίας, η ανάληψη κινδύνων και η ευελιξία, η μείωση του προσωπικού, η εστίαση στην απόδοση, ο ρόλος της επικοινωνίας εντός του οργανισμού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και έχει διαρκή αντίκτυπο στην απόδοση και τα κίνητρα των εργαζομένων. Με έκδηλη μια μεγαλύτερη ανάγκη για επικοινωνία, προκύπτει η ανάγκη για εξειδικευμένη και αποτελεσματική επικοινωνία ως επακόλουθο της διαχείρισης των εργασιακών σχέσεων στους οργανισμούς. Η επικοινωνία στον εργασιακό χώρο αφορά πρωτίστως τη μετάδοση νοημάτων και μπορεί να λάβει πολλές μορφές, αλλά κυρίως αναφέρεται στη διαδικασία παραγωγής, παράδοσης, λήψης και ερμηνείας γραπτών ή προφορικών μηνυμάτων σε διαπροσωπικά, ομαδικά, δημόσια ή μαζικά επικοινωνιακά πλαίσια. Μπορεί να περιλαμβάνει, την επικοινωνία προς τα κάτω ή προς τα πάνω (κάθετη επικοινωνία) ή επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων (οριζόντια επικοινωνία). Η αποτελεσματική επικοινωνία από πάνω προς τα κάτω μπορεί να μεταφράσει τις αποφάσεις της διοίκησης ενός οργανισμού σε συμπεριφορά των εργαζομένων, η οποία μπορεί να αυξήσει την ομαδική εργασία, την εμπιστοσύνη, τη βελτίωση των σχέσεων και την παραγωγικότητα. Επιπλέον, είναι δυνατόν να τονώσει τη δέσμευση των εργαζομένων και να επιτρέψει τη συνέπεια στη συμπεριφορά. Αντίθετα, μπορεί να μειώσει το ενδεχόμενο κακών σχολείων και κακής επικοινωνίας. Η επικοινωνία ανάμεσα στους εργαζομένους μπορεί να έχει ιδιαίτερο ρόλο στη διαχείριση των προσπαθειών για τον προσανατολισμό, την ενημέρωση και την παρακίνηση των εργαζομένων που είναι πιθανό να προσαρμοστούν εύκολα ή που μπορεί να αναστατωθούν από την αλλαγή. Η προς τα πάνω επικοινωνία βοηθά τους διευθυντές να κατανοήσουν οργανωτικά και προσωπικά ζητήματα που επηρεάζουν τους εργαζόμενους. Επιπλέον, οι δημιουργικές προτάσεις των εργαζομένων βοηθούν πάντα τη διοίκηση να λάβει τις σωστές αποφάσεις και να βελτιώσει τον οργανισμό.<sup>119, 122</sup> Τέλος, η επίτευξη αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων, οδηγεί σε εργασιακή





ικανοποίηση και παρακίνηση, αυξάνει τη δέσμευση στον οργανισμό οικοδομώντας την εμπιστοσύνη στο χώρο εργασίας και οδηγώντας στη δημιουργία μιας κοινής ταυτότητας.<sup>123</sup>

### 1.2.11. Παρακίνηση σε Περίόδους Κρίσης

Τις τελευταίες δεκαετίες, όλο και περισσότερες κρίσεις παρουσιάζονται και επιδρούν στις συνιστώσες λειτουργίας στο δημόσιο βίο. Υπό τις περιστάσεις αυτές, οι οργανισμοί δυσκολεύονται να λειτουργήσουν ομαλά, όμως δεν επιτρέπεται να λειτουργούν και παθητικά. Από τα χαρακτηριστικότερα παραδείγματα κρίσεων διαφορετικού χαρακτήρα, που άσκησαν σημαντική επιρροή στους οργανισμούς αλλά και στον κόσμο ολόκληρο, θεωρούνται η χρηματοοικονομική κρίση που παρουσιάστηκε το 2008 και αργότερα η κρίση της πανδημίας Covid-19.<sup>124</sup> Οι προαναφερόμενες καταστάσεις κρίσεων διαφορετικής προέλευσης, είχαν σημαντική επίδραση στους οργανισμούς και λειτούργησαν ως αιτίες για το χάσιμο αρκετών εκατομμυρίων ζώων και θέσεων εργασίας σε ολόκληρο τον πλανήτη, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα ένα κλίμα ανασφάλειας, το οποίο επέδρασε έντονα και στην Ελλάδα.<sup>125</sup> Από τις σημαντικότερες μεταβολές, που αντιμετώπισε η διοίκηση ανθρώπινων πόρων, ήταν η απώλεια σημαντικού αριθμού θέσεων εργασίας, η μεταβολή των μοντέλων στην εργασία και περαιτέρω σημαντικές μεταβολές του τρόπου και των μεθόδων απασχόλησης. Σε γενικές γραμμές, κάθε κρίση, εκτός από τις κοινωνικές και οικονομικές της συνέπειες, περιέχει στοιχεία που απαιτούν το ανθρώπινο στοιχείο να βρεθεί στο επίκεντρο, προκειμένου να δράσει ως παράγοντας αλλαγής για να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του οργανισμού. Όλοι οι οργανισμοί, είναι αναγκαίο να διασφαλίζουν τον κατάλληλο βαθμό ευελιξίας ως προς το έργο τους, την κατάλληλη κατάρτιση και τις απαιτούμενες δεξιότητες των εργαζομένων τους και την ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών.<sup>126</sup>

Η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού κάθε βαθμίδας εργασίας, ειδικά όταν αυτή είναι μακροπρόθεσμη, επιτρέπει την απόκτηση των εφοδίων που είναι απαραίτητα για έναν οργανισμό να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις κάθε εποχής. Σε συνδυασμό με τη χορήγηση κινήτρων για την υλοποίηση υψηλών στόχων, είναι δυνατόν να συναποτελέσει μια ουσιαστική λύση για κάθε οργανισμό. Κατά ακολουθία, η μεγέθυνση του βαθμού εμπλοκής του προσωπικού, με σκοπό την ενδυνάμωση και τη δέσμευσή τους, βοηθάει στον προσανατολισμό τους και την υλοποίηση των οργανωσιακών στόχων.<sup>127</sup>





### 1.2.12. Ο ρόλος της διοίκησης αλλαγών στη βιωσιμότητα των οργανισμών

Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, απαρτίζει μια από τις πιο θεμελιώδεις λειτουργίες στους οργανισμούς του δημόσιου τομέα και αφορά την πρόσληψη, τον προγραμματισμό, την επιλογή, την κατάρτιση, τον χειρισμό των συστημάτων αμοιβών και αξιολόγησης με κύριο στόχο την ικανοποίηση των εργαζομένων, όπως και τη συμμόρφωση με τους κανονισμούς σε σχέση με την υγεία, την ασφάλεια, την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος ίσων ευκαιριών απασχόλησης και την προώθηση και παρακίνηση των εργαζομένων.

Σε κάθε περίπτωση, η διαχείριση αλλαγής αποτελεί μια ουσιαστική διαδικασία για κάθε οργανισμό, με σκοπό να υιοθετήσει ένα σύνολο κανόνων και στρατηγικών, μέσω των οποίων εστιάζει στους ανθρώπους και εφαρμόζει σχέδια δράσης για τη διατήρηση της οργανωτικής αξιοπιστίας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Στο πλαίσιο αυτό, η αλλαγή είναι μια συνεχής και δυναμική διαδικασία, που οδηγείται όχι απλώς από εσωτερικές αλλά και από εξωτερικές πιέσεις (π.χ. κρίση). Απαραίτητη προϋπόθεση της επιτυχίας της, αποτελεί πάντοτε η πλήρη συμμετοχή των ατόμων, των ομάδων και του οργανισμού, η οποία επιφέρει μια νέα κατάσταση απόδοσης και αξίας.<sup>111</sup> Ο Χυτήρης, όρισε την οργανωσιακή αλλαγή ως το πέρασμα από μια κατάσταση σε μια άλλη, με άλλα λόγια από το συνηθισμένο στο νέο ή το ασυνήθιστο. Ωστόσο, πλην των κρίσεων (επιβαλλόμενη ή προγραμματιστή αλλαγή), οι αλλαγές στη μεγαλύτερη τους πλειοψηφία αποτελούν μια αναδιοργάνωση των δομών και φιλοσοφιών που ήδη έχουν αναπτυχθεί, με σκοπό οι οργανισμοί να γίνουν περισσότερο αποτελεσματικοί.<sup>111, 128</sup> Βασικοί λόγοι που ωθούν τους οργανισμούς να εφαρμόσουν προγράμματα αλλαγών, είναι ότι υπάρχουν πολλά πλεονεκτήματα που προκύπτουν από αυτά και αποτελούν ένα επιπρόσθετο λόγο για τη στροφή προς την κατεύθυνση αυτή. Αρχικά, αυξάνεται η πίστη και η αφοσίωση των εργαζομένων στη διοίκηση και, δεύτερον, αυξάνονται τα κίνητρά τους ως προς την υποβολή νέων προτάσεων, αλλά και η αντίληψή που έχουν για την ετοιμότητα του οργανισμού να προσαρμοστεί στις νέες εξελίξεις. Μάλιστα, παρουσιάζεται ότι η ανατροφοδότηση που συνδέεται με την απόδοση και την αυτονομία όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων και τον προγραμματισμό της εργασίας, τη συμμετοχή σε οργανωτικές εκδηλώσεις και την παρουσία συγκεκριμένων και σαφών στόχων και οραμάτων έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν θετικά τη δεκτικότητα σε πρωτοβουλίες και καινοτομίες, τις αντιλήψεις των εργαζομένων και την παρακίνηση. Η εφαρμογή της αλλαγής στους οργανισμούς, συνδέεται πάντοτε με σημαντικές δυσκολίες, καθώς πρόκειται για μια επίπονη, απαιτητική, πολυεπίπεδη



διαδικασία που συχνά υπονομεύει την οργανωτική βιωσιμότητα. Οι κρίσεις (οικονομικές, υγειονομικές, κοινωνικές κ.λπ.) αποτελούν τις κύριες αιτίες σημαντικών αλλαγών, εκ των οποίων οι πιο πολλές έχουν σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού και πιέζουν την οργανωτική ικανότητα.<sup>111, 129</sup>

Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση ανέδειξε με δραματικό τρόπο όλες τις διαρθρωτικές και δομικές ελλείψεις που χαρακτηρίζουν τη δημόσια διοίκηση. Η ύπαρξη σοβαρών συστημικών προβλημάτων στις δομές εφαρμογής και παρακολούθησης της πολιτικής, στο σύστημα λήψης αποφάσεων και στις διοικητικές και εποπτικές δομές, που από τη φύση τους χαρακτηρίζονται ως «μόνιμες αδυναμίες» στο συνολικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης. Η στρατηγική σημασία της διαχείρισης των αλλαγών έγκειται στο γεγονός ότι είναι απαραίτητη για την επίτευξη οργανωτικής βιωσιμότητας, λαμβάνοντας υπόψη ότι η ικανότητα ταχείας προσαρμογής και η ευελιξία έχουν ιδιαίτερη σημασία. Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη η οικονομική και συναισθηματική ανασφάλεια του προσωπικού και να διασφαλιστεί ότι το προσωπικό διατηρεί το δικαίωμα λήψης της απαραίτητης υποστήριξης τού οργανισμού που ανήκει. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η υλοποίηση των προγραμμάτων αλλαγής συνδέεται με τις αντιδράσεις και τις πεποιθήσεις των εμπλεκόμενων, καθώς και από τον επηρεασμό των αντιλήψεων, των στάσεων και των συναισθηματικών διεργασιών που καθορίζονται από το αποτέλεσμα της αλλαγής.<sup>130, 131</sup> Συμπερασματικά, το ανθρώπινο κεφάλαιο πρέπει να θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της εργασιακής διαδικασίας στις αναγκαίες αλλαγές και προσαρμογές.<sup>132</sup>

### **1.3. Θεωρίες Εργασιακής Ικανοποίησης και Παρακίνησης**

Οι θεωρίες της εργασιακής ικανοποίησης επικαλύπτονται σε σημαντικό βαθμό, από τις θεωρίες αυτές που έχουν αναπτυχθεί πάνω στα κίνητρα των ανθρώπων. Πολλοί ερευνητές και συγγραφείς ορίζουν την παρακίνηση ως την διάθεση ενός ατόμου να ενεργήσει για την επίτευξη μιας αναγνωρισμένης ή μη ανεκπλήρωτης ανάγκης ή ως ένα σύνολο συμπεριφορών που ενεργοποιούν, καθοδηγούν, κατευθύνουν και διατηρούν τη συμπεριφορά και απόδοση του ατόμου στην εργασία. Πολλοί επιστήμονες έχουν αναπτύξει θεωρίες ως προς τη διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης και των κινήτρων στους οργανισμούς. Ωστόσο, αν και οι θεωρίες αυτές είναι δύσκολο να ελεγχθούν πλήρως μέσω εμπειρικής έρευνας, οι παρεχόμενες ερμηνείες είναι ιδιαίτερα σημαντικές και χρήσιμες εξαιτίας της ισχυρής συσχέτισης μεταξύ κινήτρων και εργασιακής απόδοσης.



### 1.3.1. Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Abraham Maslow

Το 1943, παρουσιάστηκε από τον Abraham Maslow η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών, που συγκροτεί πλέον μια ευρέως χρησιμοποιούμενη θεωρία για τα ατομικά κίνητρα και την ικανοποίηση, αφού εξαιτίας της απλότητάς της, είχε σοβαρό αντίκτυπο στην κατανόηση της ατομικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας. Η συγκεκριμένη θεωρία, βασίζεται σε τρεις βασικές παραδοχές: α) οι ανθρώπινες ανάγκες είναι ανεξάντλητες, επομένως ποτέ δεν τελειώνουν, β) ακόμη και όταν μια ανάγκη ικανοποιείται, είναι πλέον η σειρά ενός άλλου επιπέδου ανάγκης να ικανοποιηθεί, γ) οι ανάγκες των ανθρώπων, διαχωρίζονται σε διαφορετικά επίπεδα, κυρίως ως προς τη βαρύτητα τους και ως προς το επίπεδο της ανάγκης που ικανοποιείται και εκπληρώνεται.<sup>133, 134</sup>

Ο Maslow, σύμφωνα με τις κλινικές εμπειρίες και με βάση την ανθρωπιστική ψυχολογία, θεώρησε ότι οι ανάγκες ενός ατόμου, ταξινομούνται βάση μιας ιεραρχίας και κατατάσσονται σε πέντε επίπεδα.<sup>133, 134</sup>

1. οι φυσιολογικές ή βιολογικές ανάγκες (physiological), πρόκειται για τις ανάγκες επιβίωσης π.χ. πείνα, δίψα, ανάπαυση και αναγνωρίζονται ως βασικές και ταυτόχρονα κυρίαρχες ανάγκες του ατόμου. Οι φυσιολογικές ανάγκες βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας του Maslow, καθώς αυτές είναι οι πρώτες που το άτομο προσπαθεί να ικανοποιήσει. Εάν μεταφέρουμε τις φυσιολογικές ανάγκες στον χώρο εργασίας, τότε αυτές καλύπτονται από το βασικό μισθό, τις εργασιακές συνθήκες, κλπ.
2. οι ανάγκες για ασφάλεια (security), πρόκειται για ανάγκες που συνδέονται με ένα επίπεδο ικανοποιητικής διαβίωσης, όπως η αδιάκοπη εργασία, η κατοικία και η ασφάλιση που γενικότερα εξασφαλίζουν τη σιγουριά και την αυτοσυντήρηση ενός ατόμου. Ειδικά, στο χώρο της εργασίας το άτομο έχει ως επιδίωξη τη μόνιμη απασχόληση, τα προγράμματα περίθαλψης, την συνταξιοδότηση, κλπ.
3. οι κοινωνικές ανάγκες (social), που έχουν σχέση με τη συναισθηματική βελτίωση και ωρίμανση ενός ατόμου, που εδράζεται στη φιλία, την αγάπη και την αποδοχή που λαμβάνει ένα άτομο μέσω τρίτων ή τη συμμετοχή του σε δράσεις κοινωνικές. Η συνεργασία και η ουσιαστική επικοινωνία, προκύπτουν μέσω των αναγκών αυτών που είναι σημαντικές σε οποιονδήποτε εργασιακό χώρο. Θεωρείται επίσης ότι για να ανακύψουν οι κοινωνικές ανάγκες ως βασική κατηγορία παρακίνησης, προαπαιτείται να έχουν ικανοποιηθεί οι προηγούμενες δύο κατηγορίες αναγκών (φυσιολογικές και ανάγκες ασφαλείας). Στο χώρο εργασίας, οι οργανισμοί ικανοποιούν τις κοινωνικές



ανάγκες με την ανάπτυξη ομάδων ή με τη διοργάνωση οργανωσιακών δραστηριοτήτων, κλπ.

4. ανάγκες εκτίμησης-εγώ (ego), που σχετίζονται με τις ανάγκες αναγνώρισης, διάκρισης, σεβασμού, επιτυχίας, εξουσίας, εξέλιξης (σε ατομικό και επαγγελματικό επίπεδο), φήμης και κύρους του ατόμου. Οι οργανισμοί, καλύπτουν συνήθως αυτή την κατηγορία αναγκών μέσω των προαγωγών, της αναγνώρισης, κλπ.
5. ανάγκες για αυτοπραγμάτωσης (self-realization), που σχετίζονται με τις ανάγκες πραγμάτωσης των στόχων και συνδέονται με την αυτοβελτίωση του ατόμου. Αναφέρεται ότι, όταν ικανοποιηθεί το συγκεκριμένο επίπεδο αναγκών, το άτομο έχει αναπτύξει όλες του τις δυνατότητες, έχει ολοκληρώσει τις φιλοδοξίες, τους στόχους αλλά και την προσωπικότητά του. Οι οργανισμοί προσπαθούν να παρακινήσουν τους εργαζόμενους, μέσω των αναγκών αυτοπραγμάτωσης, αναπτύσσοντας τις ευκαιρίες εκπαίδευσης και ανάπτυξης, τις δημιουργικές εργασίες, την αυτονομία του στη λήψη αποφάσεων, την ανάληψη ευθύνης, κλπ.

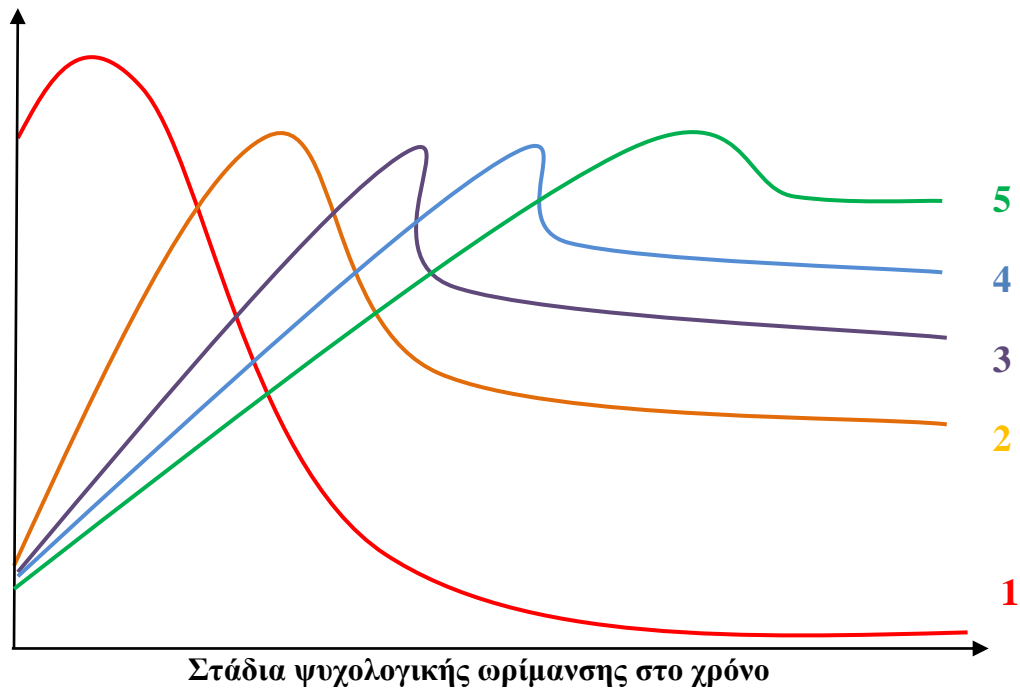
Οι ανάγκες που παρακινούν κάθε άτομο είναι διαρκώς κυμαινόμενες και δεν εμφανίζονται όλες με την ίδια ένταση την ίδια στιγμή, αλλά ακολουθούν μια καμπυλόγραμμη πορεία, έτσι ώστε σε κάθε στάδιο μόνο μια ανάγκη να είναι κυρίαρχη, ενώ άλλες είναι ενεργές ή αδρανείς με χαμηλότερη ένταση, όπως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 1.1. Με βάση τη θεωρία του Maslow, η επίτευξη της ικανοποίησης μιας ανάγκης ενός επιπέδου, ενεργοποιεί την ικανοποίηση μιας ανάγκης σε ένα υψηλότερο επίπεδο ως επόμενο στόχο. Αυτό ερμηνεύεται ως ακολούθως, ότι για να προσεγγίσει ένα άτομο την κορυφή της πυραμίδας, απαιτείται πρώτα να έχει ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες των κατώτερων ομάδων.

Συμπερασματικά, οι παράγοντες παρακίνησης που έχουν στρατηγικά την σημαντικότερη επίδραση στην ανάπτυξη της απαραίτητης συμπεριφοράς, είναι οι φυσιολογικές ανάγκες και οι ανάγκες ασφάλειας, που μπορούν να συμπεριληφθούν σε μία κατηγορία, τις οικονομικές ανάγκες, για λόγους ευκολίας, καθώς ικανοποιούνται σε σημαντικό βαθμό από τα συστήματα ανταμοιβής. Θεωρείται επίσης, ότι βάσει της πυραμίδας του Maslow, τα άτομα δεν έχουν ανάγκες που τοποθετούνται ταυτόχρονα σε διαφορετικά επίπεδα της πυραμίδας. Ο Burke (1987) υποστήριξε, ότι αυτό που επισήμανε ο Maslow ήταν ότι μόνο οι ανεκπλήρωτες ανάγκες μπορούν να παρακινήσουν τα άτομα.<sup>133, 134</sup> Εντούτοις, βασικές αδυναμίες της θεωρίας ιεράρχησης αναγκών του Maslow, συνοψίζονται στα εξής: α) η έλλειψη εμπειρικής



τεκμηρίωσης, β) η αδυναμία παγκόσμιας εφαρμογής, γ) η ύπαρξη ταυτόχρονων αναγκών, δ) η ύπαρξη διαφορετικού επιπέδου ένταση ανάγκης, ε) η αμφισβήτηση ιεράρχησης αναγκών.

### Ένταση των κινήτρων



#### Διάγραμμα 1.1.: Διακύμανση επιπέδου των αναγκών του ατόμου

(1 = φυσιολογικές ανάγκες, 2 = ανάγκες για ασφάλεια, 3 = κοινωνικές ανάγκες, 4 = ανάγκες εκτίμησης, 5 = ανάγκες αυτοπραγμάτωσης)

### 1.3.2. Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg

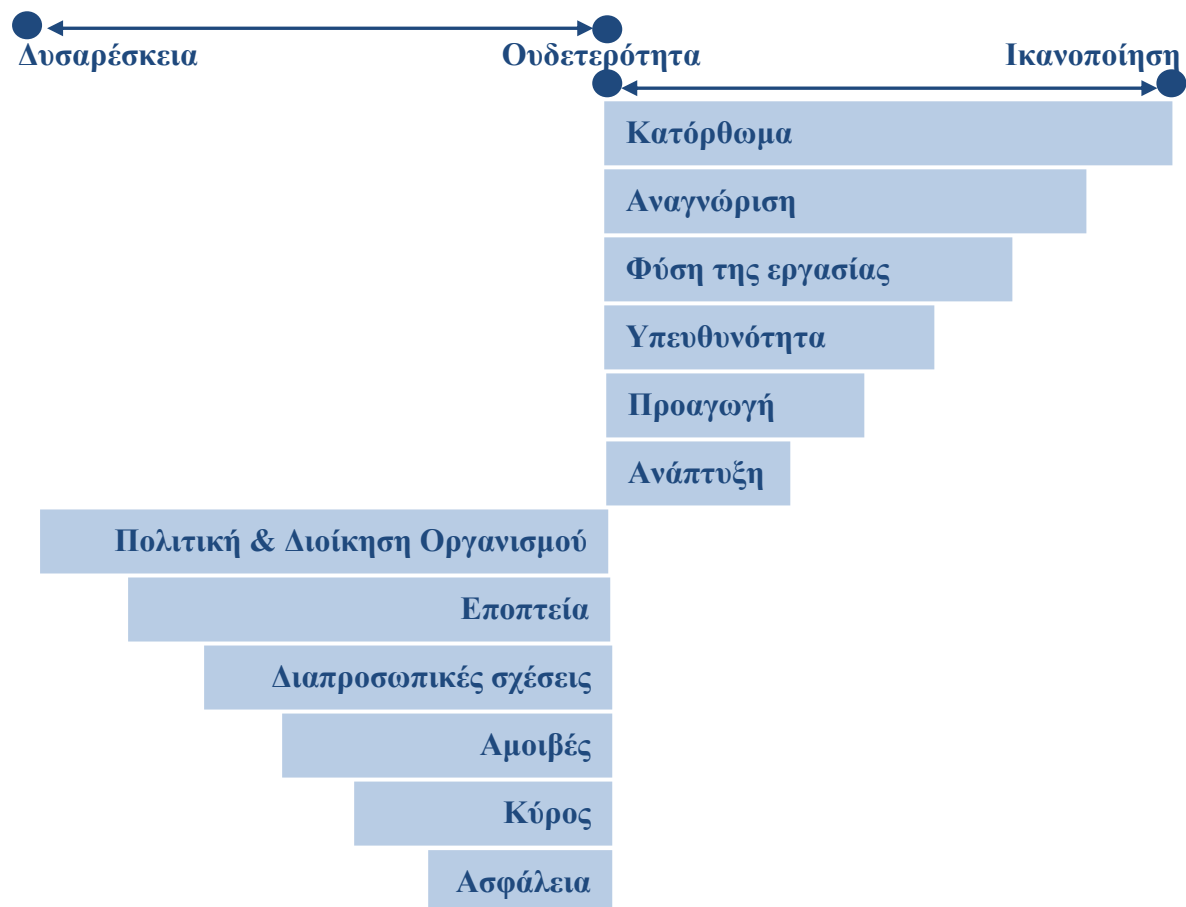
Μια άλλη θεωρία που ευρύτατα χρησιμοποιείται, ιδίως στους οργανισμούς, είναι η θεωρία των δύο παραγόντων. Σύμφωνα με τον Frederick Herzberg (1959), οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εργασιακή ικανοποίηση χωρίζονται στις κάτωθι δύο κατηγορίες:<sup>135-137</sup>

α) οι παράγοντες υγιεινής (hygiene factors), οι παράγοντες αυτοί που παρουσιάζουν άμεση σχέση με το περιβάλλον της εργασίας, που εάν ικανοποιηθούν απλώς εμποδίζουν την ανάπτυξη της δυσαρέσκειας του ατόμου από την εργασία του, αυτοί είναι: α) οι συνθήκες εργασίας (π.χ. ύπαρξη εργαλείων, ικανοποιητικού φωτισμού, κατάλληλης θερμοκρασίας, απαραίτητων εγκαταστάσεων, κ.α.), β) οι αμοιβές, γ) οι διαπροσωπικές σχέσεις (π.χ. με προϊσταμένους, συναδέλφους, υφιστάμενους), δ) η εποπτεία (π.χ. στενή, χαλαρή, κ.α.), ε) η εργασιακή ασφάλεια, ζ) η πολιτική και διοίκηση του οργανισμού. Ακόμη και εάν πραγματοποιηθεί η ύπαρξη όλων των παραπάνω παραγόντων, δεν δύνανται να αποτελέσουν δικλείδα ασφαλείας για την πλήρη ικανοποίηση των εργαζομένων, είναι όμως ιδιαίτερα σημαντικοί για να τοποθετηθεί ένα άτομο σε ένα ισορροπημένο και σταθερό εργασιακό



περιβάλλον. Επομένως, οι ανεπαρκείς παράγοντες υγιεινής που προκαλούν δυσαρέσκεια δεν εξασφαλίζουν κατ' αρχήν ικανοποιημένους εργαζόμενους, αλλά απλώς εξασφαλίζουν ότι δεν υπάρχουν δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι. Κατά τον Herzberg, οι παράγοντες υγιεινής, απλώς διατηρούν τους εργαζόμενους σε μια ενδιάμεση κατάσταση ή σε ένα ουδέτερο σημείο, ενώ οι παράγοντες παρακίνησης είναι απαραίτητοι για να ξεπεράσουν οι εργαζόμενοι το ουδέτερο σημείο.

β) οι παράγοντες παρακίνησης (motivation factors), παρουσιάζουν άμεση σχέση με την εργασία του ατόμου διότι καταφέρνουν να οδηγήσουν ένα άτομο σε ιδιαίτερα υψηλές επιδόσεις. Στους παράγοντες αυτούς, εντάσσονται: η πραγματοποίηση των στόχων, η λήψη θέσης ευθύνης, η αναγνώριση, η πρόοδος και εξέλιξη του ατόμου στο χώρο εργασίας του. Οι παράγοντες παρακίνησης έχουν τη δυνατότητα να οδηγήσουν τους εργαζόμενους από ένα ουδέτερο σημείο που προκαλούν οι παράγοντες υγιεινής, σε ένα υψηλότερο επίπεδο απόδοσης. Έτσι, η εκπλήρωση των παραγόντων παρακίνησης επιτρέπει στα άτομα να αναπτυχθούν με ώριμο τρόπο, γεγονός που οδηγεί τακτικά σε βελτιωμένη επάρκεια.



Πίνακας 1.1.: Παράγοντες Υγιεινής και Παρακίνησης του Herzberg <sup>134</sup>



Η θεωρία του Herzberg αποτέλεσε την αφετηρία για πολλούς οργανισμούς να εισαγάγουν συστήματα διοίκησης που επέτρεπαν στα άτομα να εμπλέκονται ενεργά στην οργάνωση, τον καθορισμό στόχων και τον προγραμματισμό για τον οργανισμό και για τον εαυτό τους. Η θεωρία πρότεινε έναν βασικό τρόπο χειρισμού των ιδιαίτερων στοιχείων της προσφερόμενης εργασίας, ενθαρρύνοντας παράλληλα την οργανωσιακή διαχείριση και αυξάνοντας την εργασιακή ικανοποίηση. Κατά συνέπεια, τα διευθυντικά στελέχη που επιδιώκουν την ενεργοποίηση της εργασιακής ικανοποίησης και της παρακίνησης, συνιστάται: α) να ενισχύουν τις θέσεις εργασίας, β) να λαμβάνονται υπόψη από τη διοίκηση οι απόψεις των εργαζομένων κατά το στάδιο του σχεδιασμού και της εκτέλεσης των εργασιών και καθηκόντων τους, γ) να προωθούν την αυτονομία και δ) να ενδυναμώνουν τις πρακτικές διοίκησης. Παρόλο που η συγκεκριμένη θεωρία μελετήθηκε συστηματικά και αξιολογήθηκε σε εύρος, δεν έλειψαν οι επικρίσεις. Οι κριτικές που εκφράστηκαν, βασίζονται στο γεγονός ότι δεν εξετάστηκε η σχέση ικανοποίησης και παραγωγικότητας στην εργασία και ότι δεν ελήφθησαν υπόψη οι αντιλήψεις και στάσεις των εργαζομένων. Θεωρήθηκε επίσης, ότι η διάκριση σε κίνητρα και αντικίνητρα παρουσιάζει ακαμψία, αφού και οι δύο παράγοντες (υγιεινής και παρακίνησης) επιφέρουν αισθήματα ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας.

### **1.3.3. Σύγκριση θεωριών Maslow και Herzberg**

Αν και οι θεωρίες του Maslow και του Hersberg φαίνεται να αντιμετωπίζουν την προσωπική ενεργοποίηση από διαφορετικές οπτικές γωνίες, μια λεπτομερής σύγκριση δείχνει ότι προτείνουν παρόμοιες κατηγορίες σχέσεων. Συγκεκριμένα, η θεωρία του Maslow προσδιορίζει τις ατομικές ανάγκες, όταν η θεωρία του Hersberg προσφέρει ασχολείται με τον προσδιορισμό των στόχων και των κινήτρων που οδηγούν στην ικανοποίηση των αναγκών. Εντοπίζοντας τις ατομικές ανάγκες (Maslow) που οι μάνατζερ θέλουν να επηρεάσουν ή να ικανοποιήσουν, μπορούν να εντοπίσουν τους στόχους (Hersberg) που παρακινούν τους εργαζόμενους. Ταυτόχρονα, εάν είναι γνωστοί οι στόχοι που θέλει να ικανοποιήσει το άτομο, ο ενδιαφερόμενος μάνατζερ έχει τη δυνατότητα προσδιορισμού των αναγκών που πρέπει να πραγματοποιηθούν. Αυτό είναι εφικτό επειδή έχει διαπιστωθεί ότι οι ανταμοιβές και τα πρόσθετα οφέλη ανήκουν στους παράγοντες υγιεινής, οι οποίοι τείνουν να πραγματώνουν πιο πολύ τις φυσιολογικές ανάγκες και τις ανάγκες ασφάλειας, ενώ η εποπτεία και οι διαπροσωπικές σχέσεις τείνουν να ικανοποιούν τις κοινωνικές ανάγκες. Η αυξημένη υπευθυνότητα, οι εργασιακές προκλήσεις, η προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη είναι κίνητρα που ικανοποιούν την ανάγκη για αναγνώριση και τα επίπεδα





αυτοπραγμάτωσης.<sup>135, 138</sup> Συγκρίνοντας τις θεωρίες του Maslow και του Hersberg, η θεωρία του Hersberg φαίνεται να αποτελεί επέκταση αυτής του Maslow. Συγκεκριμένα, ενώ τον Maslow απασχολούν οι ανάγκες των ανθρώπων, ο Hersberg αναφέρεται στα κίνητρα ικανοποίησης των αναγκών μέσα σε έναν οργανισμό. Επιπλέον, οι παράγοντες παρακίνησης της θεωρίας του Hersberg είναι περίπου πανομοιότυποι με τις ανάγκες ανώτερης τάξης της θεωρίας του Maslow.<sup>139</sup>

#### **1.3.4. Η Θεωρία παρακίνησης ERG του Alderfer**

Η ανάπτυξη της θεωρίας του Clayton Alderfer (1969), είναι το αποτέλεσμα μιας προσπάθειας εμπειρικής επιβεβαίωσης της θεωρίας του Maslow. Ο Alderfer θεώρησε ότι όταν οι ανάγκες υψηλότερου επιπέδου δεν μπορούν να ικανοποιηθούν (στέρξη, ματαιώση ή απογοήτευση), μπορεί να επέλθει αναδιάταξη των αναγκών χαμηλότερου επιπέδου. Υποστήριξε επίσης, όπως και ο Maslow, ότι η εκπλήρωση μιας ανάγκης δεν εξαλείφει τα κίνητρα, αλλά ότι η ανάγκη ενισχύεται ενεργώντας με μεγαλύτερη δύναμη. Ο Alderfer προσδιόρισε την ομαδοποίηση των αναγκών του Maslow ως εξής: α) ύπαρξης και επιβίωσης (existence), η οποία αντιπροσωπεύει τις φυσιολογικές ανάγκες του Maslow, β) σχέσεων (relatedness), που αντιπροσωπεύει την ανάγκη για καλή, δημιουργική και αποτελεσματική συνεργασία με τους άλλους, γ) της ανάπτυξης (growth), η οποία αποτελεί την επιθυμία για ανάπτυξη και προσωπική συναισθηματική ωριμότητα, που προκύπτει από την απόκτηση σωματικής δύναμης και ενέργειας και τον καθορισμό υψηλών στόχων στη ζωή.<sup>111, 140</sup>

Η θεωρία Existence-Relatedness-Growth (ERG) επιτρέπει στα άτομα να επιδιώξουν τις ανάγκες τους με τη σειρά που αυτοί επιθυμούν, ενώ αναγνωρίζει την ύπαρξη παλινδρόμησης από τις ανάγκες υψηλότερης τάξης σε ανάγκες χαμηλότερης τάξης, ως αποτέλεσμα της απογοήτευσης λόγω της αποτυχίας ικανοποίησης των αναγκών. Η θεωρία του Alderfer, η οποία προέκυψε αργότερα από τη θεωρία του Maslow, είναι φυσικά πιο κοντά στην πραγματικότητα. Παρά τις διαφορές με τη θεωρία του Maslow, είναι αναμφισβήτητα πιο ρεαλιστική.<sup>98</sup>

#### **1.3.5. Η θεωρία X και Y του McGregor**

Ο Douglas McGregor (1960) για να αναπτύξει τη θεωρία του, στηρίχθηκε στην υπόθεση ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων επιθυμούν να διοικούνται από άλλους, αισθάνονται ότι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις ευθύνες και τον πρόσθετο φόρτο της εργασίας που συνδέεται με τη θέση αυτή. Σε αυτό το πλαίσιο αναπτύχθηκε η θεωρία X, σύμφωνα με την





οποία τα άτομα θέλουν να τους διαχειρίζονται, αποφεύγουν την ανάληψη ευθυνών και δεν εκφράζουν θετικά συναισθήματα για την εργασία τους, ως εκ τούτου επιδιώκουν να την αποφύγουν. Αντίθετα, η εναλλακτική θεωρία Ψ υποστηρίζει ότι τα άτομα είναι δυνατόν να εκπαιδευτούν και να παρακινηθούν έτσι ώστε να ευθυγραμμίσουν τους προσωπικούς τους στόχους με τους οργανωτικούς. Με αυτόν τον τρόπο, όταν οι εργαζόμενοι βρίσκουν χαρά στη δουλειά τους, ενδιαφέρονται για αυτήν και, ως εκ τούτου, βλέπουν την επιτυχία του οργανισμού και ως δική τους επιτυχία. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, τα στελέχη που ασκούν έλεγχο θεωρούν ότι τα άτομα παρακινούνται από τις οικονομικές ανταμοιβές ή τον κίνδυνο κυρώσεων. Έτσι, ο McGregor υποστήριξε ότι η θεωρία X είναι αυτή που οδηγεί τακτικά σε αποτυχία και αδυνατεί να διαχειριστεί τον οργανισμό με ασφάλεια. Η θεωρία Y υποστήριξε ότι οι εργαζόμενοι θέλουν να αποδίδουν τα μέγιστα των ικανοτήτων τους στον εργασιακό χώρο. Τέλος, υποστήριξε ότι η διοίκηση, αφού αξιολογήσει ορισμένες ιδιότητες των εργαζομένων, παρέχει τα κατάλληλα εργασιακά κίνητρα για την απόδοσή τους και την αναμενόμενη ικανοποίησή τους.<sup>7, 113</sup> Στην πραγματικότητα, ουδεμία από τις δύο θεωρίες που αναπτύχθηκαν δύναται να έχει εφαρμογή μεμονωμένα και απόλυτα σε έναν οργανισμό, αφού τα ατομικά χαρακτηριστικά της εργασίας δεν είναι σταθερά, αντίθετα μεταβάλλονται στην πάροδο του χρόνου. Το ίδιο άτομο, είναι δυνατόν να χαρακτηρίζεται από ακαταστασία ή τελειομανία σε μια στιγμή στην καριέρα του, ενώ σε μια άλλη στιγμή μπορεί να αισθάνεται έντονη ανάγκη για γνώση και δημιουργικότητα.

### **1.3.6. Η Θεωρία κάλυψης των επίκτητων αναγκών του McClelland**

Η θεωρία του David McClelland (1961), στηρίχθηκε στην υπόθεση ότι τα άτομα ενεργοποιούνται από την ύπαρξη μιας έντονης επιθυμίας να πραγματοποιήσουν τις προσωπικές τους επιτεύξεις. Ο McClelland υποστήριξε, πως η επιθυμία επιτευγμάτων είναι δυνατόν να αναπτυχθεί στα πλαίσια ενός οργανισμού, μέσω της ανάπτυξης ειδικών προγραμμάτων κατάρτισης. Τα άτομα με έντονη επιθυμία για επίτευξη δεν είναι καθόλου κατάλληλα για καθήκοντα ρουτίνας ή στενά ελεγχόμενα καθήκοντα. Αντίθετα, χρειάζονται για εργασίες που απαιτούν επινοητικότητα και έμπνευση. Επιπλέον, μέσω της θεωρίας του, εντοπίστηκε μια ταξινόμηση των αναγκών σύμφωνα με τρεις βασικές κατηγορίες (three needs theory), οι οποίες οδηγούν στην παρακίνηση του ατόμου και αποκτώνται κατά την ανάπτυξη του. Οι ανάγκες αυτές κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- α) ανάγκες για επιτεύγματα (needs for achievement), που σχετίζονται με την επιτυχία ενός ατόμου, ιδιαίτερα σε σχέση με τους επαγγελματικούς του στόχους και στην είσπραξη



του θετικού συναισθήματος της δημιουργίας, της δράσης και της καθοριστικής ολοκλήρωσης του έργου του, με τρόπο ρεαλιστικό και εντός του εργασιακού τους πλαισίου,

- β) ανάγκες για εξουσία και ισχύ (needs for power), που συνδέονται με την εκδήλωση της δύναμης ή της επίδρασης σε άλλα άτομα ή τους συνεργάτες τους, μέσω της θέσης που κατέχουν στο χώρο εργασίας,
- γ) ανάγκες για αποδοχή-κοινωνικές σχέσεις (needs for affiliation), προσομοιάζει κάπως με την κατηγορία των κοινωνικών αναγκών του Maslow και αναφέρεται στις ανάγκες που εκφράζονται μέσα από την βούληση για σχηματισμό κοινωνικών ή διαπροσωπικών σχέσεων και την ένταξη των ατόμων σε κοινωνικές ομάδες, με στόχο την αποδοχή και την αναγνώριση τους μέσα σε αυτές.<sup>98</sup>

Οι παραπάνω ανάγκες σχετίζονται με τα ατομικά στοιχεία της προσωπικότητας και το περιβάλλον του ατόμου. Η συγκεκριμένη θεωρία υπογραμμίζει, ότι ο εργαζόμενος ενδέχεται μεν να έχει τρεις βασικές ανάγκες, αλλά μόνο μια από αυτές να υπερτερεί. Η διοίκηση υποχρεούται να κατανοήσει τις υπάρχουσες ανάγκες και να προσδιορίσει τις ιδανικές πολιτικές που συνεργούν στην πραγμάτωση των αναγκών αυτών και στην αποτελεσματική παρακίνηση των εργαζομένων.<sup>141</sup> Τέθηκαν κάποιοι ενδοιασμοί σχετικά με τη θεωρία του McClelland, με έμφαση στο ότι οι ανάγκες του ατόμου είναι επίκτητες και επομένως «μαθαίνονται», αλλά μπορούν αυτές να τροποποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής.

### **1.3.7. Σημεία ταύτισης των θεωριών παρακίνησης**

Τα κοινά σημεία των θεωριών που αναπτύχθηκαν από τους Maslow, Herzberg και McClelland συνίστανται σε ένα σύνολο «υψηλότερης τάξης» αναγκών. Πρόκειται για τις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης και το εγώ του Maslow, τις ανάγκες ανάπτυξης της θεωρίας ERG και τις ανάγκες επίτευξης και εξουσίας του McClelland. Έτσι, οι κοινωνικές ανάγκες του Maslow συνδέονται με την ανάγκη για συσχέτιση στη θεωρία ERG και τη θεωρία του McClelland για το δέσιμο. Η ανάγκη του Maslow για ασφάλεια συσχετίζεται με την ανάγκη για ύπαρξη στη θεωρία ERG. Τέλος, ο παράγοντας ικανοποίησης του Hersberg συσχετίζεται με την ικανοποίηση των αναγκών ανώτερης τάξης του Maslow, τις ανάγκες ανάπτυξης της θεωρίας ERG και τις ανάγκες επίτευξης της θεωρίας του McClelland.<sup>142</sup>



### 1.3.8. Αξιολόγηση των θεωριών παρακίνησης

Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών έχει επικριθεί όχι μονάχα σε σχέση με το χρόνο εκπλήρωσης των αναγκών, αλλά και για το ότι τα κριτήριά της είναι υποκειμενικά. Έχει επίσης επισημανθεί ότι μια δεδομένη ανάγκη (π.χ. αμοιβές) δύναται να περιέχεται σε περισσότερες από μία κατηγορίες, αλλά δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη γι' αυτό το ενδεχόμενο. Ωστόσο, η θεωρία αυτή θέτει το ζήτημα της παρακίνησης σε εντελώς διαφορετική βάση και αναδεικνύει το ευρύ φάσμα εκείνων των παραγόντων που έχουν τη δυνατότητα να επιδρούν στην παρακίνηση των εργαζομένων.

Η εγκυρότητα της θεωρίας του Herzberg αμφισβητήθηκε επειδή άλλοι ερευνητές δεν βρήκαν τα ίδια αποτελέσματα με αυτά που κατέληξε ο Herzberg. Αντικρουόμενες απόψεις προέκυψαν επίσης σχετικά με την παρακινητική δυνατότητα των ανταμοιβών, του κύρους και των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς οι παράγοντες αυτοί μπορούσαν να επιλύσουν τις αρνητικές διαθέσεις αλλά δεν θεωρούνταν παρακινητικοί. Παρά την κριτική, η θεωρία του Herzberg έκανε διάκριση μεταξύ των παραγόντων που παρακινούν τους εργαζόμενους και εκείνων που απλώς τους διατηρούν παρακινημένους.

Η θεωρία των επίκτητων αναγκών λαμβάνει υπόψη όχι απλώς τη μεγάλη ποικιλομορφία και ιδιαιτερότητα των ατόμων, αλλά και την ποικιλομορφία των τρόπων σύμφωνα με τους οποίους οι ανάγκες ικανοποιούνται. Ωστόσο, η παραδοχή της ότι οι ανάγκες αποκτώνται και διαφοροποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, θεωρήθηκε μη συμβατή με τα ερευνητικά στοιχεία της ψυχολογίας. Γενικότερα, η θεωρία των αναγκών αμφισβητήθηκε ως προς το βαθμό στον οποίο είναι πράγματι σε θέση να αποκρυπτογραφήσει τι συμβαίνει στον χώρο της εργασίας και να εξηγήσει τον τρόπο συμπεριφοράς των ατόμων.<sup>143</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ

### 2.1. Βασικοί παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης και παρακίνησης

Πολλές έρευνες που διεξήχθησαν στην Ελλάδα και στο εξωτερικό κατά την τελευταία δεκαετία, έχουν παρουσιάσει ένα πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, γεγονός που προκαλεί ανησυχία, αφού είναι επιζήμιο ως προς την εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, καθώς και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς.

Εκτός από τις δημογραφικές μεταβλητές, οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε κάθε έρευνα, υπάρχουν και άλλοι κρίσιμοι παράγοντες που συνδέονται με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια από την εργασία, και συγκεκριμένα: τα συστήματα αμοιβών, το περιεχόμενο της εργασίας, τα συστήματα διοίκησης και εποπτείας, την ασφάλεια, την ανάθεση ευθυνών, τη δίκαιη κατανομή των αμοιβών και των παροχών, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους, την ενθαρρυντική επικοινωνία, τη σαφήνεια του σκοπού, το καλό εργασιακό περιβάλλον, τις καλές συνθήκες εργασίας, τις ευκαιρίες προαγωγής, την εξέλιξη και τη δικαιοσύνη στη σταδιοδρομία.

Οι παραπάνω παράγοντες δύνανται να διαχωριστούν σε ενδογενείς και εξωγενείς, συμβάλλοντας στην ικανοποίηση στο εργασιακό περιβάλλον ενός ατόμου.<sup>144, 145</sup> Οι μεν ενδογενείς παράγοντες ικανοποίησης απαρτίζουν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της εργασίας που εξαρτώνται από τα ατομικά χαρακτηριστικά, ενώ οι εξωγενείς παράγοντες συνιστούν τις υλικές ανταμοιβές και εξαρτώνται από το περιβάλλον.<sup>146</sup>

### 2.2. Δημογραφικές μεταβλητές

Κατά την εξέταση της εργασιακής ικανοποίησης, είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη οι δημογραφικές μεταβλητές, όπως: το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τη κατάσταση απασχόλησης, την εργασιακή εμπειρία και την προσωπικότητα, προκειμένου να κατανοηθούν πλήρως οι πιθανοί παράγοντες που δύνανται να οδηγήσουν σε εργασιακή ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια.



### 2.2.1. Φύλο

Οι μελέτες σε σχέση με τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην επαγγελματική ικανοποίηση έχουν παρουσιάσει ανάμεικτα αποτελέσματα. Το φύλο, θεωρείται ότι έχει σημαίνουσα επίρεια στην ικανοποίηση των εργαζομένων, με πολλές έρευνες να δείχνουν ότι η ικανοποίηση από την εργασία για τις γυναίκες είναι υψηλότερη από ότι για τους άνδρες, επειδή η επιλογή της εργασίας, επηρεάζεται από τις προσωπικές προτιμήσεις, τις φιλοδοξίες και από υψηλής αξίας εκτιμώμενα χαρακτηριστικά.<sup>147</sup> Ωστόσο, είναι σαφές ότι οι υποχρεώσεις φροντίδας και οι ευθύνες ανατροφής των παιδιών έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη διαχείριση της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής, ιδίως για τις γυναίκες, γεγονός που συνδέεται με τις αυξημένες πιθανότητες από πλευράς των γυναικών να οδηγηθούν στον απουσιασμό ή ακόμη και στην αλλαγή θέσης εργασίας ή επαγγέλματος εφόσον υπάρξει η δυνατότητα.<sup>148</sup> Άλλες μελέτες, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο ικανοποιημένες, αφού είναι λιγότερο πιθανό να προαχθούν σε αναλογία με τους άνδρες συναδέλφους τους.<sup>149</sup> Η επαγγελματική ικανοποίηση για τις γυναίκες προκύπτει ότι συνδέεται περισσότερο με την ποιότητα των διαπροσωπικών τους σχέσεων με τους συναδέλφους τους (π.χ. την ύπαρξη φιλικού περιβάλλοντος), το βαθμό δικαιοσύνης που επιδεικνύουν οι προϊστάμενοί τους και τα κίνητρά τους στην εργασία.<sup>150</sup> Η επαγγελματική ικανοποίηση για τους άνδρες, από την άλλη πλευρά, συνδέεται με την προβολή και την ασφάλεια που προσφέρει η θέση εργασίας και την ανταγωνιστικότητα στο εργασιακό περιβάλλον. Τέλος, διατυπώνεται ότι οι γυναίκες τείνουν να προτιμούν φιλικότερα εργασιακά περιβάλλοντα, ενώ οι άνδρες τείνουν να προτιμούν πιο ανταγωνιστικά εργασιακά περιβάλλοντα.<sup>151</sup> Συμπερασματικά, όσον αφορά το φύλο οι πηγές της εργασιακής ικανοποίησης διαφέρουν για τους άνδρες και τις γυναίκες, για τους άνδρες, η καριέρα, η εξέλιξη και η ασφάλεια της εργασίας είναι σημαντικές, ενώ για τις γυναίκες, η ικανοποίηση από την εργασία προσδιορίζεται ιδιαίτερα από την ποιότητα των εργασιακών σχέσεων και από τις αιτίες που αυτές θέλουν να εργασθούν.<sup>152</sup>

### 2.2.2. Ηλικία

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που μελετήθηκε για την επίδρασή του στην εργασιακή ικανοποίηση των ατόμων, είναι η ηλικία. Ενώ πολλές μελέτες έχουν εξετάσει το θέμα αυτό, δεν υπάρχει ακόμη γενική συναίνεση όσον αφορά τη σχέση μεταξύ ηλικίας και επαγγελματικής ικανοποίησης. Ωστόσο, αρκετές μελέτες διαπίστωσαν μια μικρή θετική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την εργασιακή ικανοποίηση. Έχει υποστηριχθεί, ότι όσο μεγαλύτερος είναι ηλικιακά ο εργαζόμενος, τόσο πιο ικανοποιημένος παρουσιάζεται ότι



είναι από την εργασία του. Αυτό έχει σχέση άμεσα με την αυξημένη εργασιακή του εμπειρία, η οποία παρέχει διευκόλυνση στο άτομο να προσαρμοστεί ευκολότερα στο εργασιακό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν και γίνονται περισσότερο ώριμοι και ρεαλιστές, το χάσμα μεταξύ προσδοκιών και πραγματικότητας μικραίνει, οδηγώντας σε υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης.<sup>153</sup> Οι νεότεροι εργαζόμενοι πιστεύεται ότι βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, ιδιαίτερα όταν εργάζονται σε ένα περιβάλλον όπου αναμένουν προαγωγή, γεγονός που τους οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αυτοπεποίθησης και προθυμίας για εργασία.<sup>154</sup> Όμως, έχει διαπιστωθεί, ότι οι νεότεροι εργαζόμενοι βιώνουν περισσότερο εργασιακό άγχος από ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην απόφαση να εγκαταλείψουν μια θέση εργασίας.

Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι υφίσταται μια ισχυρή γραμμική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της εργασιακής ικανοποίησης, ενώ άλλες παρουσιάζουν ότι η ηλικία και η εργασιακή ικανοποίηση δεν είναι απλώς γραμμικές. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η ιδέα μιας σχέσης σχήματος U μεταξύ ηλικίας και εργασιακής ικανοποίησης έχει κερδίσει την προσοχή και την εμπειρική υποστήριξη. Η καθοδική κλίση της σχέσης σχήματος U, θα μπορούσε να οφείλεται στη μειωμένη φιλοδοξία των νέων λόγω της αντίληψης ότι υπάρχουν λίγες εναλλακτικές ευκαιρίες προαγωγής στην αρχή της καριέρας ενός εργαζομένου ή επειδή αυτοί κατέχουν μια θέση εργασίας, ενώ πολλοί άλλοι στην ίδια ηλικία είναι ακόμη άνεργοι. Το ανοδικό τμήμα του σχήματος U, ενδεχομένως οφείλεται στο ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας ενδέχεται να έχουν περιορισμένες φιλοδοξίες ή λόγω της αναγνώρισης ότι υπάρχουν λίγες εναλλακτικές λύσεις για την επαγγελματική τους ικανοποίηση.<sup>140</sup> Τέλος, έρευνες παρουσιάζουν ότι όσο περισσότερο καιρό εργάζεται ένα άτομο σε έναν οργανισμό, τόσο πιο δύσκολο είναι να αποφασίσει να φύγει, επειδή έχει λιγότερη ελευθερία να αναζητήσει νέα θέση εργασίας όταν φτάσει στην ηλικία συνταξιοδότησης.<sup>155</sup>

### **2.2.3. Οικογενειακή κατάσταση**

Οι μελέτες των Al-Elezi κ.ά. (2009) και Al-Doski & Ariz (2010), σε αντίθεση με τη μελέτη των Joolae κ.ά. (2013), παρουσίασαν ότι η οικογενειακή κατάσταση συγκροτεί σημαντικό παράγοντα για την επαγγελματική ικανοποίηση, αν και δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα και καμία διαφορά στη συνολική ικανοποίηση από την εργασία. Πολλές έρευνες ενσωματώνουν στην ερώτηση τον αριθμό των παιδιών της οικογένειας, εκτός από την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος, άγαμος, κ.α.). Σε γενικές γραμμές, η καλή ισορροπία



μεταξύ οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής έχει επίσης θετική επίδραση στην επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>156</sup>

#### **2.2.4. Εκπαιδευτικό επίπεδο**

Προηγούμενες μελέτες, έχουν διαπιστώσει ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερη επίγνωση του εύρους των προσδοκιών τους και είναι σε ευνοϊκότερη θέση για να προσθέσουν δομικά στοιχεία στον επαγγελματισμό τους ενώ εξελίσσονται στην καριέρα τους.<sup>157</sup> Ωστόσο, αρκετές έρευνες έχουν αναφέρει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση μειώνεται με τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης. Αυτό σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να είναι δυσαρεστημένοι με την εργασία τους, εάν αυτή απαιτεί επαναλαμβανόμενα καθήκοντα, ενώ οι εργαζόμενοι με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να βρεθούν σε μια δυσαρεστημένη κατάσταση επειδή έχουν υψηλότερες προσδοκίες, και ως εκ τούτου, λιγότερη επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>158</sup> Οι απαιτήσεις της εργασίας επιβάλλεται να είναι συμβατές με το επίπεδο εκπαίδευσης του εργαζομένου. Σε αντίθετη περίπτωση, εάν το επίπεδο εκπαίδευσης του εργαζομένου είναι πολύ υψηλό για τις απαιτήσεις της εργασίας, είναι βέβαιο ότι θα προκύψει δυσαρέσκεια. Μια άλλη πηγή δυσαρέσκειας μεταξύ των πιο μορφωμένων είναι η συνεχής απαίτηση για υψηλότερο επίπεδο ποιότητας σε σχέση με την εργασία. Τέλος, τα άτομα που έχουν χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, παρουσιάζουν δυσκολία να λάβουν την απόφαση να εγκαταλείψουν μια θέση εργασίας.

#### **2.2.5. Κατάσταση απασχόλησης**

Ορισμένες μελέτες έχουν επισημάνει ότι οι προσωρινά απασχολούμενοι έχουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία τους. Ειδικότερα, όπως υπογραμμίζει ο Kalleberg (2000), οι εργαζόμενοι που δεν κατέχουν μόνιμη θέση εργασίας, παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ανασφάλειας για το εργασιακό τους μέλλον και αισθάνονται περισσότερο μειονεκτικά και ευάλωτοι από τους εργαζόμενους που έχουν μόνιμη θέση εργασίας.

Κατά συνέπεια, το άγχος των εργαζομένων για τις επαγγελματικές τους προοπτικές και η έλλειψη μονιμότητας στην εργασία συνδέονται στενά με την εργασιακή τους ανασφάλεια, οδηγώντας σε χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, που με τη σειρά της συνεργεί στην αίσθηση ευημερίας των εργαζομένων.<sup>159</sup> Ωστόσο, σε αντίθεση με αυτές τις μελέτες, μια μελέτη των Nestor και Leary (2000) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μη μόνιμοι





εργαζόμενοι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία σε σχέση με τους μόνιμους εργαζόμενους.<sup>160</sup>

### **2.2.6. Επίπεδο Επαγγέλματος**

Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο του επαγγέλματος ή του εργασιακού ρόλου, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης. Τα στελέχη που βρίσκονται στην κορυφή της ιεραρχίας, δείχνουν πιο θετική στάση απέναντι στην εργασία τους και είναι γενικά πιο ικανοποιημένα από τους υφισταμένους τους, σε σύγκριση με τα συναισθήματα που εκφράζουν οι προϊστάμενοι πρώτης γραμμής. Συμπερασματικά, όσο υψηλότερο είναι το εργασιακό επίπεδο, τόσο μεγαλύτερη είναι η δυνατότητα ικανοποίησης των αναγκών παρακίνησης. Επιπλέον, οι θέσεις εργασίας υψηλότερου επιπέδου προσφέρουν μεγαλύτερη αυτονομία, πρόκληση και ευθύνη.

### **2.2.7. Εργασιακή Εμπειρία-Προϋπηρεσία (Seniority)**

Ένας ικανοποιητικός αριθμός μελετών, παρουσίασαν ότι υφίσταται σημαίνουσα συσχέτιση μεταξύ του βαθμού εργασιακής ικανοποίησης και του χρονικού διαστήματος που ένας εργαζόμενος υπηρετεί σε μια συγκεκριμένη θέση εργασίας. Κατά την εισαγωγή στην απασχόληση, οι νέοι εργαζόμενοι τείνουν να είναι ικανοποιημένοι με την εργασία τους, γεγονός δικαιολογήσιμο αφού αυτή η περίοδος χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη δεξιοτήτων και ικανοτήτων, το έργο φαίνεται ελκυστικό μόνο και μόνο επειδή είναι καινούργιο. Η πρώιμη αυτή ικανοποίηση μειώνεται στην περίπτωση που οι εργαζόμενοι δεν λάβουν ανατροφοδότηση για την πρόοδό τους και απτές αποδείξεις για τα επιτευγμάτων τους. Έπειτα από μερικά χρόνια στην εργασία, ξεκινάει η δυσαρέσκεια, η οποία συχνά οφείλεται στην αίσθηση ότι η πρόοδος που επιτελείται στον οργανισμό είναι πολύ αργή. Παρόμοια με την ηλικία, πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η προϋπηρεσία στο χώρο εργασίας συμβάλλει σε υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, ως αποτέλεσμα της εξοικείωσης των ατόμων με το περιεχόμενο της εργασίας και το εργασιακό περιβάλλον. Στην περίπτωση αυτή, θεωρείται ότι υπάρχει θετική σχέση επειδή οι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι αλλάζουν εργασία, ενώ οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι παραμένουν στην ίδια θέση εργασίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.<sup>161</sup> Επιπλέον, η παραμονή σε μια συγκεκριμένη θέση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ενδέχεται να προσφέρει υψηλότερο μισθό, σταθερότητα, καλύτερες προοπτικές προαγωγής, μεγαλύτερο κύρος και δύναμη, καθώς και εμπειρία για την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη εκτέλεση της εργασίας. Αντίθετα, άλλες μελέτες



έχουν παρουσιάσει την ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της διάρκειας της θητείας ή της εμπειρίας σε μια θέση εργασίας, με αποτέλεσμα όσο πιο πολύ παραμένει ένας εργαζόμενος στην ίδια θέση εργασίας, τόσο λιγότερο ελκυστική φαίνεται να γίνεται η θέση εργασίας για το άτομο αυτό.<sup>162, 163</sup>

### **2.2.8. Εισόδημα**

Ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εισοδήματος και της επαγγελματικής ικανοποίησης, με τους περισσότερους να τείνουν να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης μελέτες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι καμία από τις συνήθως μελετώμενες μεταβλητές υποβάθρου, όπως το επίπεδο εισοδήματος, δεν συσχετίζεται με την εκφρασμένη επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>62</sup>

### **2.3. Ενδογενείς παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης**

Οι ενδογενείς παράγοντες, βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις «ψυχολογικές» ανταμοιβές, ενώ αναφέρονται στο περιεχόμενο της εργασίας και συνδέονται με την αναγνώριση και εκτίμηση των ικανοτήτων, τα αισθήματα επίτευξης και πρόκλησης, της ανάπτυξης και εξέλιξης, της ευθύνης, της προόδου και της αντιμετώπισης των επαγγελματιών με φροντίδα και σεβασμό. Δηλωτικός παράγοντας για το πώς βιώνει το κάθε άτομο την εργασία του και πώς καταφέρνει να λαμβάνει ικανοποίηση από αυτή, συνιστά η προσωπικότητά του, γι' αυτό η εσωτερική ικανοποίηση στηρίζεται στην επίτευξη μιας προσωπικής δραστηριότητας και όχι στην εργασία από μια εξωτερική ανταμοιβή ή πίεση. Γι' αυτό το λόγο τα κίνητρα οδηγούνται από το ενδιαφέρον ή την ικανοποίηση που νιώθει ο εργαζόμενος και σε καμία περίπτωση από παράγοντες εξωτερικούς. Πρόκειται για μια θετική αποτίμηση των αποτελεσμάτων της εργασίας που δέχεται ο εργαζόμενος, άμεσα ως αποτέλεσμα της απόδοσης της εργασίας και δεν απαιτείται η συμμετοχή κάποιου άλλου προσώπου ή άλλων πηγών. Τέτοιοι παράγοντες, είναι: η φύση και το αντικείμενο της εργασίας, η αναγνώριση και εκτίμηση, τα επιτεύγματα, η ανάπτυξη και εξέλιξη, η ευθύνη και η ελευθερία επιλογών, ο βαθμός υπευθυνότητας και η προσωπική ανάπτυξη.<sup>164, 165</sup>

#### **2.3.1. Επιτεύγματα**

Περιλαμβάνει την προσωπική ικανοποίηση που λαμβάνει ο εργαζόμενος για την ολοκλήρωση της εργασίας του, την επίλυση των προβλημάτων που εμπίπτουν και το



αποτέλεσμα των προσπαθειών ή των δυνατοτήτων του εργαζομένου να ανταπεξέλθει σε οποιοδήποτε είδους θέματα που έχουν σχέση με την εργασία, δηλαδή τις επιδεξιότητες που διαθέτει να διεξάγει την εργασία του αποτελεσματικά.

### **2.3.2. Αναγνώριση και Εκτίμηση**

Στο πλαίσιο της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων, το σύστημα που χρησιμοποιείται για την αναγνώριση και οι ανταμοιβές που δίνονται στους εργαζόμενους αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά στην εξέλιξη της σχέσης οργανισμού-εργαζομένων, καθώς καταδεικνύουν την ουσιαστική εκτίμηση και ανταμοιβή του οργανισμού για το σύνολο των προσπαθειών των εργαζομένων και τη θετική συμβολή τους στην επίτευξη των στόχων. Η αναγνώριση υλοποιείται, μόνο στην περίπτωση που έχει αναληφθεί δράση και έχει πραγματοποιηθεί η συμπεριφορά. Εάν τα συστήματα αναγνώρισης είναι ξεκάθαρα, σαφή και δίκαια, μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τα άτομα και τους οργανισμούς να υλοποιήσουν τους στόχους τους, να υποστηρίξουν και να ενθαρρύνουν παρόμοια συμπεριφορά στο μέλλον. Η δικαιοσύνη και η παροχή υποστήριξης στην καθημερινή εργασία φαίνεται να αυξάνει σημαντικά τη δέσμευση στην εργασία και στους οργανωτικούς στόχους. Η αποτελεσματικότητα των κινήτρων εξαρτάται κυρίως από την ύπαρξη κατάλληλης αναλογίας ανταμοιβών και αναγνώρισης μεταξύ των ατόμων.<sup>166, 167</sup>

### **2.3.3. Η φύση και το αντικείμενο της εργασίας**

Τόσο η φύση, όσο και το αντικείμενο της εργασίας καθορίζουν το πραγματικό περιεχόμενο της εργασίας και αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την εσωτερική ικανοποίηση. Ως εκ τούτου, η ψυχολογική ικανοποίηση δεν σχηματίζεται συνήθως όταν οι εργαζόμενοι εκτελούν καθήκοντα που δεν ενέχουν γενικά μεγάλη δυσκολία, π.χ. καθήκοντα που δεν είναι απαιτητικά και δεν απαιτούν υψηλές δεξιότητες, αλλά χαρακτηρίζονται από επανάληψη, τυποποίηση και ρουτίνα και ακολουθούν τυποποιημένες συμπεριφορές που επαναλαμβάνονται συνεχώς κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ομοίως, τα καθήκοντα που δεν συνεπάγονται ψυχολογική αλλά σωματική κόπωση είναι πιθανό να προκαλέσουν αδιαφορία στους εργαζομένους. Αντίθετα, καθήκοντα με κύρος, αίσθηση επίτευξης και ολοκλήρωσης, ο βαθμός αξιοποίησης των γνώσεων του εργαζομένου και η δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες εσωτερικής ικανοποίησης. Επομένως, μπορεί να ειπωθεί ότι ο κατάλληλος σχεδιασμός εργασίας είναι αυτός που ανταποκρίνεται επαρκώς στις δεξιότητες και τις ανάγκες του ατόμου και ταυτόχρονα ανταποκρίνεται στις



οργανωτικές απαιτήσεις για υψηλή απόδοση και παρέχει σημαντικές ευκαιρίες για εργασιακή ικανοποίηση.<sup>111, 163, 164</sup>

#### **2.3.4. Ο βαθμός υπευθυνότητας και η προσωπική ανάπτυξη**

Κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, οι εργαζόμενοι καλούνται να αλλάξουν, να εξελιχθούν, να ωριμάσουν και να ικανοποιήσουν διαφορετικές ανάγκες, όπως η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση. Αυτό σημαίνει ότι δημιουργούνται νεότερα και πιο συγκεκριμένα εσωτερικά κίνητρα, τα οποία δύνανται να τους παρακινήσουν για να βελτιώσουν την εργασία τους και να αναπτύξουν τις εσωτερικές τους δυνάμεις.

#### **2.3.5. Ευθύνη και ελευθερία επιλογών**

Η ευθύνη αναφέρεται στην υπεύθυνη στάση που τηρούν τα άτομα ως προς την εκτέλεση των καθηκόντων τους και στην ικανοποίηση που απορρέει από αυτήν. Αναφέρεται επίσης, στον έλεγχο του εργαζομένου επί της δικής του εργασίας και στην ευθύνη για την εργασία των άλλων. Το χάσμα μεταξύ ευθύνης και εξουσίας εντοπίζεται σε σχέση με τις οργανωτικές πολιτικές. Η ελευθερία επιλογής, σχετίζεται με την ικανότητα που έχουν οι εργαζόμενοι να λαμβάνουν αποφάσεις και να παίρνουν πρωτοβουλίες αυτόνομα και χωρίς την καθοδήγηση των προϊσταμένων τους, βασιζόμενοι στη δική τους κριτική σκέψη, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, τις γνώσεις τους και χωρίς να φοβούνται την ανάληψη ευθυνών ή την τιμωρία. Έτσι, έχουν ελευθερία κινήσεων και ενεργούν αυτόνομα.<sup>168, 169</sup>

#### **2.3.6. Ανάπτυξη και εξέλιξη**

Η επιμόρφωση και η κατάρτιση μπορούν να οριστούν ως οι οργανωτικές δραστηριότητες που αποσκοπούν στην παροχή πληροφοριών και οδηγιών στους εργαζομένους για τη βελτίωση της απόδοσής τους και την απόκτηση του απαιτούμενου επιπέδου γνώσεων και δεξιοτήτων.<sup>170</sup> Πολλοί είναι οι ερευνητές που θεωρούν ότι οι δραστηριότητες ανάπτυξης προσφέρουν τη δυνατότητα σε κάθε άτομο να συμβάλει θετικά στον οργανισμό. Οι λίγες ευκαιρίες ανάπτυξης μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο, όπως η αποθάρρυνση των εργαζομένων, που οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης και υψηλή εναλλαγή εργαζομένων.

Η κατάρτιση, συνεισφέρει στην κατάλληλη χρήση των πόρων από τους εργαζόμενους για την ολοκλήρωση των οργανωτικών και προσωπικών στόχων. Επίσης, η κατάρτιση και η



ανάπτυξη, αυξάνουν τα κίνητρα και την εργασιακή ικανοποίηση, ενισχύουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις των εργαζομένων και ταυτόχρονα διευρύνεται το πνεύμα στη συνολική προσωπικότητα του εργαζομένου. Συνεπώς, η κατάρτιση αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την ενίσχυση των γνώσεων των εργαζομένων σχετικά με την εργασία τους. Η κατάρτιση επιτρέπει στους εργαζόμενους να γίνουν πιο ικανοί στην εργασία τους και να καταφέρουν καλύτερα αποτελέσματα. Οι οργανισμοί χρειάζεται επομένως να εντοπίζουν τις ανάγκες των εργαζομένων για κατάρτιση και να αναπτύσσουν συνεργασίες με τους απαραίτητους φορείς για την υλοποίηση των προγραμμάτων.

### **2.3.7. Συμπεράσματα λειτουργίας των ενδογενών παραγόντων της εργασιακής ικανοποίησης**

Εν κατακλείδι, το σαφώς προσδιορισμένο εργασιακό περιβάλλον, οι ευνοϊκές και δημιουργικές εργασιακές συνθήκες, η ανατροφοδότηση σχετικά με το επιτελούμενο έργο, η ικανότητά ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, ο σεβασμός, η συναδελφικότητα, η ασφάλεια, η αυτονομία στην εκτέλεση των καθηκόντων, η δυνατότητα συμμετοχής σε διαφορετικές δραστηριότητες, η καλύτερη αξιοποίηση των προσόντων και των ικανοτήτων, η δυνατότητα εφαρμογής πρωτοπόρων ιδεών, η ευκαιρία ανάληψης ευθύνης και πρωτοβουλιών, η δυνατότητα προσωπικής εξέλιξης, η δυνατότητα συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και η συνολικότερη συμμετοχή, η κοινωνική αποδοχή, η επικοινωνία και η συνεργασία με τον ασθενή, αποτελούν ενδογενείς παράγοντες που συνδέονται σαφώς με την ιδεολογία, τις αξίες, την προσωπικότητα και όλα εκείνα τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου. Με βάση τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, τα σημαντικότερα και αποτελεσματικότερα κίνητρα που παροτρύνουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είναι τα ενδογενή ή μη οικονομικά κίνητρα.<sup>171-174</sup>

### **2.4. Εξωγενείς ή Περιβαλλοντικοί παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης**

Οι εξωγενείς παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία προσδιορίζονται από τις συνθήκες που εξαρτώνται άμεσα από τον οργανισμό και κατά συνέπεια βρίσκονται πέρα από τον έλεγχο του εργαζομένου. Οι κυριότεροι εξωτερικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την αμοιβή, την προαγωγή, την εποπτεία, τις οργανωτικές πολιτικές και τους ελέγχους, τις σχέσεις στην εργασία, τις συνθήκες εργασίας, την ασφάλεια της θέσης εργασίας, το κύρος και τη δικαιοσύνη ή ισότητα. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι σχετικά με τις πολιτικές κινήτρων στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, θέματα όπως οι μισθοί και οι προαγωγές του προσωπικού, έχουν τεθεί συγκεκριμένα κριτήρια καθοριζόμενα σε μεγάλο βαθμό από την



κρατική νομοθεσία. Ως αποτέλεσμα, ιδιαίτερα σημαντικά εργαλεία παροχής κινήτρων έχουν στερηθεί από τις διοικήσεις των οργανισμών.<sup>175, 176</sup>

#### **2.4.1. Αμοιβή**

Ένα ιδιαίτερο θέμα διαχείρισης σε κάθε οργανισμό που επηρεάζει άμεσα τα κίνητρα των εργαζομένων είναι οι αμοιβές. Σύμφωνα με τον Νιάκα (1994), η αμοιβή αποτελεί την κύρια μεταβλητή, που επηρεάζει την προσφορά εργασίας του ιατρονοσηλευτικού επαγγέλματος, καθώς επίσης και σε άλλα επαγγέλματα.<sup>177</sup> Πέρα από τη στενή σχέση του επιπέδου των αποδοχών και της εγγενούς ικανοποίησης από την εργασία, οι αποδοχές αξιολογούνται επίσης ως σημαντικός παράγοντας στη ζωή των ανθρώπων, καθώς αποτελούν μέσο ικανοποίησης των αναγκών των ανθρώπων, εξοικονόμησης χρημάτων και αντιμετώπισης του αυξανόμενου κόστους ζωής. Ο μισθός είναι άμεσα συνδεδεμένος με την εργασιακή ικανοποίηση, καθώς οι εργαζόμενοι θεωρούν πάντα τον μισθό ως ένα μέτρο με το οποίο εκτιμώνται οι υπηρεσίες τους. Οι εργαζόμενοι μπορούν να αισθάνονται ικανοποιημένοι εάν κατανοούν ότι ο μισθός τους κατανέμεται δίκαια. Διαφορετικά, είναι πιθανό να προκύψει δυσαρέσκεια εάν αισθάνονται ότι αμείβονται λιγότερο από τους άλλους ή ότι η αμοιβή τους είναι άδικη. Η μισθολογική ανισότητα είναι δυνατόν να μειώσει την ικανοποίηση των εργαζομένων και να οδηγήσει ακόμη και σε παραίτηση. Ο ρόλος της μισθολογικής πολιτικής είναι επομένως κρίσιμος.<sup>178</sup>

#### **2.4.2. Προαγωγή και Ευκαιρίες προώθησης σταδιοδρομίας**

Παρουσιάζεται θετική σχέση μεταξύ των ευκαιριών προαγωγής και επαγγελματικής εξέλιξης και της ικανοποίησης από την εργασία. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις των εργαζομένων σχετικά με τις ευκαιρίες και τη δικαιοσύνη της επαγγελματικής τους προαγωγής και εξέλιξης. Αυτοί είναι η ικανοποίηση σχετικά με τις πολιτικές προαγωγής και εξέλιξης του οργανισμού και η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες ευκαιρίες. Ακόμη και αν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι από την πολιτική προαγωγής της σταδιοδρομίας του οργανισμού, είναι πολύ πιθανό να μην είναι ικανοποιημένοι από τις ευκαιρίες προαγωγής. Είναι επίσης πιθανό, ορισμένοι εργαζόμενοι να γνωρίζουν ότι η πολιτική προαγωγής σταδιοδρομίας του οργανισμού είναι άδικη, αλλά να παραμένουν ικανοποιημένοι επειδή δεν είναι επιλογή τους να προαχθούν. Συνεπώς, τα ατομικά πρότυπα προαγωγής και σταδιοδρομίας είναι άμεσα εξαρτώμενα από τις προσωπικές και επαγγελματικές φιλοδοξίες του εργαζομένου. Ελλείπει προοπτικών για το



μέλλον, είθισται η ικανοποίηση να είναι χαμηλή και οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι να αναζητούν εναλλακτικές επιλογές για την εργασία και τη σταδιοδρομία τους.<sup>179</sup>

Στα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας της ΠΦΥ, τα βασικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την επαγγελματική εξέλιξη των ιατρών είναι αυστηρά και σημαντική προϋπόθεση της εξέλιξης τους αποτελεί η εργασιακή εμπειρία.<sup>175, 180</sup> Την ίδια στιγμή, η ανάγκη επίτευξης στόχων και αρμοδιοτήτων είναι πολύ πιο δύσκολο να ικανοποιηθεί στον δημόσιο τομέα. Κατά τον καθορισμό των θέσεων ευθύνης, οι απευθείας αναθέσεις και οι παρατάσεις πολλών ετών καταστρατηγούν τη δυνατότητα αντικειμενικής αξιολόγησης και προαγωγής του προσωπικού.<sup>181</sup> Η έλλειψη αντικειμενικών προγραμμάτων που οδηγούν στην επαγγελματική ανάπτυξη κάνει τους υπαλλήλους να αισθάνονται ότι ο οργανισμός δεν επενδύει σε αυτούς, με αποτέλεσμα τη χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση.

### **2.4.3. Οργανωσιακή Πολιτική**

Η οργανωσιακή πολιτική σχετίζεται άμεσα με την οργανωτική αποτελεσματικότητα και επιδρά επίσης στην εργασιακή απόδοση. Η ανεπάρκεια σαφήνειας και δομής στους κανόνες και τις εσωτερικές διαδικασίες μπορεί να οδηγήσει σε αλληλεπικαλύψεις, συγκρούσεις και κενά εξουσίας, ενώ μπορεί ακόμη και να απαιτήσει μεγαλύτερη προσπάθεια για την επίτευξη του εκάστοτε στόχου. Όταν οι αξίες ενός οργανισμού είναι σαφείς και σταθερές, κάθε εργαζόμενος αισθάνεται ασφάλεια. Γι' αυτό οι διοικήσεις και οι ηγέτες που θέλουν να επιτύχουν, πρέπει να σέβονται την ατομικότητα και τις ικανότητες των υπαλλήλων τους, ανεξάρτητα από τη θέση τους. Περαιτέρω, καθώς η ιδεολογία του οργανισμού αποτελεί καταλύτη για αυξημένη προσωπική δέσμευση, ο ιδανικότερος εργαζόμενος για έναν οργανισμό είναι αυτός που λειτουργεί εντός του πλαισίου και των ορίων που θέτει ο οργανισμός και αποδέχεται τις μεθόδους, τον τρόπο λειτουργίας και το όραμά του. Συμπερασματικά, οι παράγοντες οργανωτικής πολιτικής και διαχείρισης σχετίζονται με τα συναισθήματα που συνδέονται με την επάρκεια ή την ανεπάρκεια της διαχείρισης του οργανισμού, η οποία συνδέεται άμεσα με το εάν υπάρχει καλή ή κακή επικοινωνία, εξουσιοδότηση, πολιτικές, διαδικασίες, κανόνες.<sup>182</sup>

### **2.4.4. Εργασιακές Σχέσεις**

Οι εργαζόμενοι εντάσσονται σε ένα δίκτυο σχέσεων που εξαπλώνεται στον οργανισμό. Οι σχέσεις αυτές πρέπει να αναπτυχθούν με παραγωγικό τρόπο, έτσι ώστε να επιτραπεί η





ανάπτυξη υψηλής εμπιστοσύνης και συνεκτικότητας στον οργανισμό. Βασικά χαρακτηριστικά της συνεκτικότητας αποτελούν η συνεργασία, η εμπιστοσύνη, η καλή επικοινωνία, η γνώση, ο αμοιβαίος σεβασμός και η κοινή ευθύνη.<sup>183</sup> Τα προαναφερόμενα στοιχεία συνεκτικότητας, είναι σημαντικό να χαρακτηρίζουν τις σχέσεις ανάμεσα στον εργαζόμενο και τους συναδέλφους του, αλλά και των ιεραρχικά ανώτερων του, προκειμένου να οικοδομηθούν ισχυρές και αποτελεσματικές εργασιακές σχέσεις. Η ανοικοδόμηση σχέσεων συνεκτικότητας προσδίδει στα άτομα μια πλούσια ποικιλία εργαλείων και διαδικασιών για τη διαχείριση, την επίλυση προβλημάτων, την αποσόβηση των συγκρούσεων στην εργασία και την οικοδόμηση ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας. Οι Kinnaman & Bleich (2004) υποστήριξαν ότι η συνεργασία αποτελεί «μια διαδικασία επικοινωνίας που προωθεί την καινοτομία και την επίλυση προβλημάτων μεταξύ ανθρώπων που έχουν διαφορετικές ειδικότητες, οργανωτικές τάξεις ή θεσμικούς χώρους. Αυτοί οι άνθρωποι που συνεργάζονται μαζί για την επίλυση προβλημάτων, εφαρμόζουν καινοτόμες λύσεις χωρίς να επηρεάζουν την ιεραρχία και θεσπίζουν αλλαγές που στηρίζονται σε ένα υψηλότερο επίπεδο φροντίδας ή οργανωσιακού αποτελέσματος.<sup>184</sup> Πολλές μελέτες έχουν αναδείξει, ότι η ύπαρξη υποστηρικτικότητας από τους συναδέλφους επιφέρει την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης, αφού αποτελούν βασική πηγή υποστήριξης, ανακούφισης, συμβουλών και βοήθειας για κάθε εργαζόμενο. Τα άτομα που νιώθουν ότι έχουν υποστήριξη και καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους και τον άμεσο επιβλέποντα τους, παρουσιάζουν και υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης.<sup>185</sup> Στα νοσοκομεία, αρκετές μελέτες παρουσιάζουν φτωχές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, κακή επικοινωνία και κακή ιεραρχική επικοινωνία, την ανάπτυξη μονομερούς λήψης αποφάσεων από την πλευρά των ιατρών, αλλά και λεκτική κακοποίηση από τους ιατρούς εις βάρος των νοσηλευτών.<sup>186-188</sup>

#### **2.4.5. Εποπτεία**

Η εποπτεία είναι ένας τρόπος βελτίωσης, καθοδήγησης, επιτήρησης, ενημέρωσης και ενθάρρυνσης των εργαζομένων. Οι αποτελεσματικοί προϊστάμενοι είναι αναγκαίο να αναλύουν στους υφισταμένους τους τι αναμένεται από αυτούς, να τους δίνουν ευκαιρίες να αναπτύξουν πρωτοβουλίες, να τους ανταμείβουν ανάλογα με τα αποτελέσματα που επιτυγχάνουν και να τους βοηθούν να επιτύχουν τους στόχους τους. Οι δεξιότητες των προϊσταμένων στην παροχή συνεπούς, υποστηρικτικής, θετικής και σαφούς ανατροφοδότησης και καθοδήγησης, η απουσία αυστηρής και τιμωρητικής εποπτείας και επιτήρησης, η προσωπική προσοχή και η παροχή επαρκούς τεχνικής βοήθειας και



καθοδήγησης κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους προάγουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση από την εργασία.<sup>189</sup>

#### **2.4.6. Συνθήκες εργασίας**

Οι έρευνες των Miles (2001) και Harter et al. (2002) υπογραμμίζουν ότι το εργασιακό περιβάλλον συγκροτεί έναν από τους ουσιαστικότερους παράγοντες που καθορίζουν την εργασιακή δέσμευση. Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι αυτό επιτρέπει στους εργαζόμενους να επικεντρωθούν στην εργασία τους και εξασφαλίζει την ειρήνη και την αρμονία μεταξύ των συναδέλφων, η οποία αποτελεί βασικό στοιχείο της δέσμευσης των εργαζομένων. Οι εργασιακές συνθήκες αποτελούν παράγοντα που σχετίζεται με το φυσικό περιβάλλον του χώρου εργασίας, ιδίως ο φόρτος εργασίας, ο εξοπλισμός εργασίας, ο φωτισμός, τα εργαλεία, η θερμοκρασία, ο χώρος, ο εξαερισμός και η γενική εμφάνιση του χώρου εργασίας. Οι καλές εργασιακές συνθήκες σε έναν οργανισμό αναμένεται να βελτιώσουν σημαντικά την οργανωτική απόδοση. Επιπλέον, η διαθεσιμότητα των απαραίτητων εγκαταστάσεων και άλλων υποδομών είναι αυτή που μειώνει την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων και του οργανισμού. Επομένως, οι διευθυντές των οργανισμών αναμένεται να καταβάλουν προσπάθειες ώστε οι συνθήκες εργασίας να είναι ασφαλείς, υγιεινές, ικανοποιητικώς εξοπλισμένες και ελκυστικές, ώστε να αξιοποιούνται οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η δημιουργικότητα των εργαζομένων για καλύτερα αποτελέσματα. Οι λειτουργικές συνθήκες εργασίας έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην εργασιακή ικανοποίηση, διότι οι εργαζόμενοι επιθυμούν ένα ασφαλές, καθαρό και άνετο περιβάλλον.<sup>190</sup>

#### **2.4.7. Εργασιακή Ασφάλεια**

Η εργασιακή ασφάλεια της θέσης, συνίσταται στη διαβεβαίωση ή την πεποίθηση ότι ένας εργαζόμενος θα συνεχίσει στην τρέχουσα θέση εργασίας του και ότι είναι απίθανο να χάσει τη θέση του στο εγγύς μέλλον. Η εργασιακή ασφάλεια, επιδρά στην αντίληψη ενός ατόμου για τον εαυτό του, την κατάστασή του και τις δυνατότητές του. Έτσι, όταν ένας εργαζόμενος έχει υψηλό επίπεδο εργασιακής ασφάλειας, μπορεί να εργαστεί πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά σε σύγκριση με έναν εργαζόμενο που έχει άγχος ή συνεχή φόβο ότι θα χάσει την εργασία του (Πίνακας, 2.1.). Οι εργαζόμενοι που βιώνουν υψηλά επίπεδα ανασφάλειας φαίνεται επίσης να βιώνουν και υψηλότερα επίπεδα δυσαρέσκειας και άγχους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που αισθάνονται ασφαλείς ως προς τη διατήρηση της θέσης τους στο μέλλον. Ωστόσο, η εργασιακή ασφάλεια έχει σημαντικό αντίκτυπο όχι μόνο για τους εργαζόμενους, αλλά και για τη συνολική απόδοση του οργανισμού. Γενικά, παρουσιάζεται



αντιστρόφως ανάλογη σχέση, μεταξύ της εργασιακής ανασφάλειας και της εργασιακής ικανοποίησης.<sup>191-193</sup>

**Πίνακας 2.2.: Συνέπειες εργασιακής ασφάλειας**

		<u>Επίπεδο Αντίδρασης</u>	
		Ατομικό	Οργανωσιακό
<b>Τύπος αντίδρασης</b>	<b>Βραχυπρόθεσμα</b>	<u>Εργασιακές στάσεις</u> Εργασιακή ικανοποίηση, εργασιακή εμπλοκή	<u>Οργανωτικές στάσεις</u> οργανωτική δέσμευση, εμπιστοσύνη
	<b>Μακροπρόθεσμα</b>	<u>Υγεία</u> σωματική υγεία, ψυχική υγεία	<u>Συνδεδεμένες με εργασία</u> απόδοση, μεταβολή προσωπικού

#### 2.4.8. Δικαιοσύνη και ισότητα

Ένας σημαντικός παράγοντας για την εργασιακή ικανοποίηση, αποτελεί ο βαθμός σύμφωνα με τον οποίο οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται ότι τους αντιμετωπίζουν δίκαια και ισότιμα. Η σχέση μεταξύ της αντίληψης της δικαιοσύνης και της εργασιακής ικανοποίησης είναι τόσο ισχυρή, ώστε οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι ενθαρρύνονται να είναι ανοιχτοί ως προς τον τρόπο λήψεως των αποφάσεων και να παρέχουν ανατροφοδότηση στους εργαζόμενους, που δεν παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από ορισμένες βασικές αποφάσεις. Όταν οι εργαζόμενοι, κατανοούν ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται με δίκαιο τρόπο, είναι πιθανότερο να εκφράσουν την ικανοποίηση τους από την εργασία.<sup>194, 195</sup>

#### 2.5. Επιπτώσεις της χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης και της μη αποτελεσματικής παρακίνησης

Τα κίνητρα των εργαζομένων και η εργασιακή ικανοποίηση αποτελούν κρίσιμους παράγοντες ως προς την επίτευξη των οργανωτικών στόχων. Όταν οι απαιτήσεις από τους ρόλους των εργαζομένων αυξάνονται με τρόπο που προκαλείται υπερφόρτωση των ευθυνών λόγω παραγόντων όπως η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, οι κακές συνθήκες εργασίας και διαπροσωπικές σχέσεις, οι αυξημένες ώρες εργασίας, τα συχνά ταξίδια, η ανεπαρκής κατάρτιση, η έλλειψη προοπτικών σταδιοδρομίας και εξέλιξης και οι ανασταλτικές οικονομικές παροχές, έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση των εργαζομένων. Η αποτυχία παρακίνησης των εργαζομένων δύναται να εμποδίσει την οργανωτική αποτελεσματικότητα μέσω της κατάθλιψης, του



θυμού, της απόγνωσης, της επαγγελματικής εξουθένωσης και της οικειοθελούς αποχώρησης από την εργασία. Η ύπαρξη ανισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις που επιβάλλεται να ικανοποιηθούν και των διαθέσιμων πόρων του οργανισμού για την αντιμετώπιση αυτών των απαιτήσεων, αποτελεί σημαντική αιτία αρνητικών επιπτώσεων στους εργαζομένους.<sup>196, 197</sup> Στο διάγραμμα που ακολουθεί, παρουσιάζεται η καμπύλη εξουθένωσης, που αναπαριστά της επιπτώσεις του άγχους στον εργαζόμενο.



**Διάγραμμα 2.1.:** Η καμπύλη της εξουθένωσης, οι επιδράσεις του άγχους στο άτομο, την απόδοση και στα εργασιακά επιτεύγματα

### 2.5.1. Εργασιακό Άγχος

Το εργασιακό άγχος αποτελεί μια εκδήλωση της εκτίμησης του εργαζομένου ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει αποτελεί σημαντική επιβάρυνση ή υπερβαίνει τις διανοητικές του ικανότητες, με αποτέλεσμα το σώμα να υπερδιεγείρεται και η ψυχική αρμονία να κινδυνεύει. Κατά συνέπεια, το εργασιακό στρες αποδίδεται κυρίως στις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος: περιβάλλον εργασίας, φόρτος εργασίας, ωράριο εργασίας, καριέρα, οργανωτική δομή και αλληλεπίδραση μεταξύ οικείου και εργασιακού περιβάλλοντος. Με άλλα λόγια, πρόκειται για τη φυσική αντίδραση του ατόμου στην υπερβολική πίεση στο χώρο εργασίας, η οποία επηρεάζει τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, ιδίως την προσοχή και τη μνήμη. Το άγχος έχει μελετηθεί εκτενώς και η σημασία των επιπτώσεών του και η ανάγκη αντιμετώπισής του έχει αναγνωρισθεί σχεδόν



από όλους, δεδομένου ότι τα άτομα διανύουν ένα ιδιαίζοντως μεγάλο μέρος της ζωής τους στον εργασιακό χώρο.<sup>198</sup> Το άγχος έχει αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο στο άτομο, αλλά και στον ίδιο τον οργανισμό, γεγονός που οφείλεται στο ότι η έλλειψη προσοχής επιφέρει αύξηση του κινδύνου σοβαρών συνεπειών, όπως είναι τα φαρμακευτικά λάθη, η αποτυχία αναγνώρισης απειλητικών για τη ζωή σημείων και συμπτωμάτων και άλλα σημαντικά ζητήματα ασφάλειας των ασθενών. Επιπλέον, οι επιπτώσεις του άγχους θεωρείται ότι έχουν αρνητικές οικονομικές συνέπειες, όπως η αποζημίωση για τραυματισμούς και ασθένειες που προκαλούνται από αγχωτικές συνθήκες εργασίας και η μειωμένη παραγωγικότητα δευτερογενώς λόγω αλλαγών στη συμπεριφορά που σχετίζεται με την εργασία. Το εργασιακό στρες και η κόπωση συνδέονται σημαντικά με χειρότερη ποιότητα προσωπικών σχέσεων, προσωπική ευημερία και φροντίδα των ασθενών.<sup>199</sup> Ορισμένες μελέτες έχουν παρουσιάσει την ύπαρξη μιας σημαντικής σχέσης μεταξύ του άγχους και της επαγγελματικής ικανοποίησης, γεγονός που συνεπάγεται ότι όσο αυξάνεται το άγχος των εργαζομένων, τόσο μειώνεται η επαγγελματική τους ικανοποίηση. Έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο αγχωμένες σε σχέση με τους άνδρες, ωστόσο οι άνδρες φαίνεται ότι είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από σωματικές παθήσεις.<sup>200</sup>

Βασικοί παράγοντες πηγών εργασιακού άγχους, αποτελούν:<sup>201</sup>

- οι εργασιακές συνθήκες, που αναφέρονται στις συνθήκες του περιβάλλοντος στην εργασία, όπως είναι ο φωτισμός, ο αέρας, ο θόρυβος που είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αποδοτικότητα στην εργασία, αλλά και τη σωματική και ψυχική υγεία.
- ο φόρτος και το ωράριο εργασίας, που επιδρούν αρνητικά στην υγεία ανθρώπων, κατά συνέπεια και στην αποδοτικότητα των περισσότερων εργαζομένων.
- οι βάρδιες, που απαρτίζουν έναν πηγαίο παράγοντα άγχους για τους εργαζόμενους που αναγκάζονται να ακολουθούν αυτόν το ρυθμό εργασίας.
- το ρίσκο και ο κίνδυνος της εργασίας, που βιώνουν ορισμένες ομάδες εργαζομένων όπως οι τραυματιοφορείς, οι οδηγοί ασθενοφόρων, κ.α. οι οποίοι πλήττονται από κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία και των οποίων επηρεάζεται η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.
- η οργανωσιακή κουλτούρα και το κλίμα, που αναφέρεται στις αξίες που μοιράζονται τα μέλη ενός οργανισμού, οι οποίες επηρεάζουν τόσο την ατομική όσο και τη συλλογική τους συμπεριφορά.



### 2.5.2. Επαγγελματική εξουθένωση (σύνδρομο burn-out)

Η επαγγελματική εξουθένωση, αποτελεί ένα σύνδρομο εξάντλησης των εργαζομένων που εμφανίζεται συχνότερα στην καθημερινή εργασία και χαρακτηρίζεται από χρόνια κόπωση και ψυχική ή σωματική καταπόνηση. Υποστηρίζεται ότι το φαινόμενο αυτό συνδέεται άμεσα με την πεποίθηση που υπάρχει μέσα σε ένα άτομο όταν δεν νιώθει χρήσιμο, αισθάνεται ότι δεν ανήκει πουθενά, ότι η ζωή του δεν έχει νόημα και αξία και τελικά αυτό που κάνει δεν έχει σημασία. Συνεπώς, οι άνθρωποι που δεν είναι αφοσιωμένοι, είναι πιθανό να βιώσουν επαγγελματική εξουθένωση.<sup>202</sup> Αντίθετα, οι άνθρωποι που παρουσιάζουν αφοσίωση στην εργασία τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν επαγγελματική εξουθένωση. Στην περίπτωση αυτή, οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι δεν έχουν πετύχει τίποτα στη ζωή τους, ενώ οι εργασιακές τους προσπάθειες δεν ανταμείβονται κατάλληλα, με αποτέλεσμα να μένουν δυσαρεστημένοι. Επιπλέον, η χαμηλή τους επάρκεια γίνεται πρόβλημα στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς και τους συναδέλφους, δημιουργώντας αρνητικά συναισθήματα και μη ανταπόκριση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η παρουσία του εργαζομένου χαρακτηρίζεται συνήθως από "κυνισμό", αδιαφορία, απάθεια και μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία. Αυτό έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητα του ατόμου και την εργασιακή του απόδοση, κατά συνέπεια και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις περισσότερες φορές οδηγεί σε απουσιασμό και εγκατάλειψη, ενώ συνδέεται με την ανάπτυξη προσωπικών δυσλειτουργιών, όπως διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη και οικογενειακά προβλήματα.

Σε αρκετές μελέτες που διεξήχθησαν, τα άτομα παραπονέθηκαν για σωματική εξάντληση, κόπωση, δυσθυμία έως και κατάθλιψη, αϋπνία, πονοκεφάλους, διακυμάνσεις βάρους, γαστρεντερικές διαταραχές, στεφανιαία νόσο, διαταραχές λόγου και σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Εάν οι οργανισμοί επιθυμούν να διατηρήσουν ικανό και εξειδικευμένο προσωπικό, πρέπει να δημιουργήσουν συνθήκες εργασίας που να προάγουν και να διατηρούν τα κίνητρα στο χώρο εργασίας. Ειδικότερα, η έρευνα σχετικά με τα εργασιακά κίνητρα στην υγειονομική περίθαλψη έχει επικεντρωθεί κυρίως στους νοσηλευτές. Τα εργασιακά κίνητρα του προσωπικού αυτού, ιδίως των νοσηλευτών, συνδέονται στενά με την απουσία, την πρόθεση αποχώρησης και τη χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία.<sup>203</sup> Η έρευνά μας δείχνει ότι μεταξύ όλων των εργασιακών ομάδων, οι νοσηλευτές που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της φροντίδας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς εξαντλούνται συνεχώς σωματικά και ψυχολογικά από την παροχή



ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς. Αυτό επιδεινώνεται από το δυσανάλογο ή κυκλικό ωράριο εργασίας, το οποίο μακροπρόθεσμα οδηγεί σε άγχος, διαταραχές του ύπνου και συνεχείς πονοκεφάλους. Αξίζει να σημειωθεί ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης συνθέτει έναν από τους βασικότερους λόγους που οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν την εργασία τους.<sup>204</sup>

### **2.5.3. Απουσιασμός και Καθυστερημένη προσέλευση**

Η απουσία από την εργασία ή απουσιασμός (absenteeism), αποτελεί έναν όρο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την υψηλή συχνότητα απουσιών των εργαζομένων, ιδίως λόγω της παρουσίας κακών εργασιακών σχέσεων και συνθηκών εργασίας. Οι εργαζόμενοι που αισθάνονται άβολα στην εργασία τους, μπορεί αρχικά να σταματήσουν να εργάζονται προσωρινά, είτε μέσω αναρρωτικών αδειών, είτε μέσω προγραμματισμένων απουσιών. Εάν οι συνθήκες δεν μεταβληθούν ώστε να εξασφαλιστεί ένα ευνοϊκότερο περιβάλλον όταν επιστρέψουν στην εργασία τους, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη αναρρωτική άδεια, ανικανότητα εργασίας ή μόνιμη αποχώρηση. Οι κύριες αιτίες της απουσίας του εργαζομένου, θεωρείται ότι σχετίζονται με τη δυσαρέσκεια για τις συνθήκες απασχόλησης, συμπεριλαμβανομένης της εποπτείας, των οργανωτικών πολιτικών, της αμοιβής, της ασφάλειας της εργασίας, των διαπροσωπικών σχέσεων και του φυσικού περιβάλλοντος του χώρου εργασίας. Οι οικονομικές πολιτικές, που έχουν σχέση με τον απουσιασμό και την αποχώρηση από την εργασία, όπως είναι τα κίνητρα, τα συστήματα ανταμοιβής και οι επιδοτήσεις για τη μη λήψη άδειας, συμβάλλουν στη διαμόρφωση κανόνων στον χώρο εργασίας που έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη λήψη ατομικών αποφάσεων. Η απουσία και η παραίτηση επιβάλλουν κόστος στον οργανισμό, καθώς προκαλούν «ανθρώπινο κόστος» εις βάρος των άλλων εργαζομένων που παραμένουν. Εάν ο απών εργαζόμενος δεν αντικατασταθεί γρήγορα, ο φόρτος εργασίας κατανέμεται μεταξύ των συναδέλφων του εργαζόμενου, δημιουργώντας πρόσθετη εργασία για όλους. Επιπλέον, η άφιξη νέων συναδέλφων διαταράσσει περαιτέρω τη λειτουργία του τμήματος κατά την περίοδο ένταξης.<sup>205</sup>

Ως καθυστέρηση προσέλευσης (lateness) ή αργοπορία, ορίζεται η αδυναμία εκτέλεσης του καθήκοντος όλων όσων εργάζονται, να φτάσουν στο χώρο εργασίας πριν από την καθορισμένη ώρα ή εγκαίρως. Η αργοπορία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας αποτελεί ένα παράδειγμα αργοπορίας. Σε κάθε περίπτωση, η καθυστέρηση στην εργασία





είναι δυνατόν να θεωρηθεί ως ανεύθυνη στάση απέναντι στην εργασία, τον οργανισμό και τους άλλους.<sup>206</sup>

#### **2.5.4. Πρόθεση αποχώρησης**

Η κινητικότητα (turnover), αναφέρεται στην πρόθεση αποχώρησης από το χώρο εργασίας, αποτελεί ένα δύσκολο ζήτημα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως, με ποσοστά που κυμαίνονται από 15% έως 44%.<sup>207</sup> Τα υψηλά επίπεδα κινητικότητας του προσωπικού έχουν άμεση σχέση με την υποστελέχωση των οργανισμών, που με τη σειρά της έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητα του οργανισμού, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών και να παρέχει ποιοτική φροντίδα. Σε επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας, το φαινόμενο αυτό έχει αρνητική επίδραση στα εργασιακά κίνητρα, την ικανοποίηση από την εργασία, την παραγωγικότητα και το φόρτο εργασίας του προσωπικού που εναπομένει. Τα υψηλά επίπεδα κινητικότητας οδηγούν επίσης σε αυξημένο κόστος.<sup>208</sup> Οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν στη μείωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, είναι: 1) οργανωσιακές μεταβλητές (εργασιακό άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, εργασιακό περιβάλλον, φόρτος εργασίας, πρακτικές παρακίνησης, στυλ ηγεσίας και διαχείρισης, ανάθεση αρμοδιοτήτων, αυτονομία, δυνατότητες προαγωγής, συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τη φροντίδα, ωράριο εργασίας, βάρδιες), 2) ανταμοιβές (μισθός, μη χρηματικές ανταμοιβές, όπως εκπαιδευτικές άδειες και αξιολογήσεις απόδοσης), 3) προσωπικοί και δημογραφικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο, εργασιακή εμπειρία, οικογενειακή κατάσταση, θέση εργασίας, εργασία πλήρους και μερικής απασχόλησης, οικογενειακές υποχρεώσεις, επίπεδο εκπαίδευσης).<sup>209</sup>

#### **2.5.5. Διαρροή επιστημονικού δυναμικού (Brain drain)**

Η φυγή του επιστημονικού δυναμικού ή ειδικά «διαρροή εγκεφάλων», αναφέρεται στη μετανάστευση ατόμων που έχουν λάβει προηγμένη εκπαίδευση στην πατρίδα τους προς τρίτες χώρες. Ο όρος «διαρροή» επικράτησε για να χαρακτηρίσει τη μαζική φυγή ανθρώπινων επιστημονικών πόρων με υψηλή εκπαίδευση ή ειδίκευση στο εξωτερικό, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, και άλλους επαγγελματίες υγείας, επιδιώκοντας υψηλότερο βιοτικό επίπεδο και καλύτερες κοινωνικοοικονομικές και εργασιακές συνθήκες. Δεν είναι ότι χάνεται ένα οποιοδήποτε τμήμα της κοινωνίας, αλλά το περισσότερο μορφωμένο και εξελιγμένο τμήμα της κοινωνίας. Η τάση των εργαζομένων, να ικανοποιήσουν τα όνειρα και τις προσδοκίες τους για καλύτερη σταδιοδρομία, η αβεβαιότητα για το τι επιφυλάσσει το μέλλον και οι προσδοκίες για καλύτερες οικονομικές απολαβές και συνθήκες διαβίωσης,



αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη μετανάστευση από τις λιγότερο ανεπτυγμένες προς τις πλέον ανεπτυγμένες χώρες.<sup>210, 211</sup>

Οι χώρες που φιλοξενούν ειδικευμένους επιστήμονες είναι κερδισμένες σε παραβολή με εκείνες που το χάνουν. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι, παρόλο που η χώρα προέλευσης έχει επενδύσει μεγάλο χρηματικό ποσό και έχει καταβάλει μεγάλη προσπάθεια ως προς την εκπαίδευση των επιστημόνων της, τελικά θα χάσει το εργατικό δυναμικό της από μια άλλη χώρα που δεν συνεισφέρει τίποτα. Επομένως, η απώλεια μιας χώρας που έχει «χάσει» ένα σημαντικό τμήμα της κοινωνίας της έχει διπλή σημασία: αφενός σημαντική απώλεια οικονομικού και ανθρώπινου κεφαλαίου και αφετέρου διεύρυνση του χάσματος μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών. Εν κατακλείδι, οι προσπάθειες και οι κόποι της χώρας προέλευσης πάνε χαμένοι, ιδίως αν οι επιστήμονες δεν επιστρέψουν να εργαστούν στη χώρα αυτή. Το μόνο όφελος για τη χώρα προέλευσης είναι τα εμβάσματα που στέλνουν οι μετανάστες στις οικογένειές τους, τα οποία αντισταθμίζουν κατά κάποιο τρόπο την κοινωνία για το πλήγμα που υπέστη από την εκροή του πιο παραγωγικού ανθρώπινου κεφαλαίου της και αποσβένουν το κόστος της εκπαίδευσης.<sup>212</sup> Ωστόσο, υπάρχουν και μη οικονομικοί παράγοντες που δημιουργούν τις προϋποθέσεις για τη διαρροή του επιστημονικού δυναμικού από τις χώρες, όπως:<sup>213</sup>

- ακαμψία των εργασιακών συστημάτων, που προέρχεται από την ανεπαρκή αναγνώριση του ταλέντου των νέων, την έλλειψη της επαγγελματικής κινητικότητας, την επαγγελματική απομόνωση, τον νεποτισμό, τη θεσμική αδράνεια ή την έλλειψη χρηματοδοτήσεων.
- έλλειψη ελπίδας για το μέλλον, που σχετίζεται συνήθως με την αίσθηση των επιστημόνων πως τόσο η εργασία, όσο και η συμβολή τους δεν αναγνωρίζονται
- προκατάληψη και διακρίσεις, που μπορεί να στηρίζονται στη φυλή, στην εθνικότητα, στην θρησκεία και την τάξη.
- χαμηλή ποιότητα της πνευματικής, εκπαιδευτικής, επαγγελματικής και πολιτισμικής ζωής στη χώρα προέλευσης.
- οι προκαταλήψεις και οι κοινωνικές διακρίσεις είναι ευρέως διαδεδομένες στον εργασιακό τομέα. Αυτό είναι αποτέλεσμα της διαμόρφωσης της κοινωνίας κατά τρόπο ώστε να επικρατεί η ιεραρχία και η διαστρωμάτωση, με ιδιαίτερη έμφαση σε κριτήρια που αφορούν τη γέννηση, το φύλο, την ηλικία, τη θρησκεία, την οικογένεια, τις πολιτικές προτιμήσεις και την περιοχή καταγωγής, αντί για τα γενικά αποδεκτά πρότυπα επιτυχίας και αξίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> – ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

### 3.1. Ο ρόλος της μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης

Ως προς τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης, αναπτύχθηκαν διάφορα εργαλεία που λαμβάνουν υπόψη τους μια σειρά από διαφορετικές διαστάσεις της εργασίας και της προσωπικότητας, προκειμένου να δικαιολογήσουν τα αποτελέσματά τους. Ορισμένα εργαλεία χαρακτηρίζονται από μια ολιστική προσέγγιση της έννοιας της επαγγελματικής ικανοποίησης, ενώ άλλα αντιμετωπίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με συγκεκριμένες πτυχές της εργασίας. Για τους υποστηρικτές της ολιστικής προσέγγισης, υποστηρίζεται ότι η συνολική ικανοποίηση είναι μια άποψη που είναι υψηλότερη, από τις διάφορες πτυχές μιας εργασίας. Εργαλεία της προσέγγισης αυτής αποτελούν τα Michigan και Organizational Assessment Package και Job in General Scale ερωτηματολόγια. Όσον αφορά τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης σύμφωνα με τις διαστάσεις της, υποστηρίζεται ότι η έρευνα μέσω της μέτρησης παρέχει μια πιο ολοκληρωμένη και περισσότερο ακριβή μέτρηση. Επιπλέον, είναι δυνατόν να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένες πτυχές, όπως η δίκαιη αμοιβή, οι σχέσεις με τους προϊσταμένους και τους συναδέλφους κ.α. Κάθε μία από τις μεθόδους που αναπτύχθηκαν είναι χρήσιμη με τον τρόπο της σε διαφορετικούς τομείς και για διαφορετικούς ερευνητικούς σκοπούς.<sup>214</sup>

### 3.2. Εργαλεία μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης

Η έρευνα για την εργασιακή ικανοποίηση συνίσταται σε πρόοδο πολλές δεκαετίες πριν και έχουν αναπτυχθεί διάφορες τεχνικές μετρήσεων. Οι τεχνικές αυτές διακρίνονται σε:

- α) σε ποιοτικές (μέσω συνεντεύξεων), που γίνονται με ερωτήσεις στους ίδιους τους εργαζόμενους, διερευνούνται οι στάσεις των εργαζομένων περισσότερο βαθιά απ' ό τι αν γινόταν με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, καθώς με τη συστηματική καταγραφή των απαντήσεων γίνεται ευχερέστερη η προσέγγιση των αιτιών διάφορων στάσεων. Το πλεονέκτημα της τεχνικής αυτής, είναι ότι δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να μελετήσει σε βάθος την ικανοποίηση του εργαζόμενου.
- β) των κρίσιμων συμβάντων, όπου τα άτομα στην εργασία καλούνται να αναφερθούν σε περιστατικά που τους έκαναν να νιώσουν ευχαριστημένοι ή δυσαρεστημένοι στην εργασία τους και να προβούν σε περιγραφή των συνθηκών σύμφωνα με τις οποίες



δημιουργήθηκαν τα συναισθήματα αυτά. Οι απαντήσεις που δίνονται, στη συνέχεια εξετάζονται και αποκωδικοποιούνται για να ανασυρθούν βαθύτερα ζητήματα. Έτσι, αν πολλοί εργαζόμενοι αναφέρουν εργασιακές καταστάσεις σύμφωνα με τις οποίες δεν υφίσταται η δυνατότητα να εργάζονται ανεξάρτητα από τους άλλους, αυτό υποδηλώνει ότι η ανεξαρτησία διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην επαγγελματική τους ικανοποίηση.

- γ) σε ποσοτικές (μέσω ερωτηματολογίων), πρόκειται για έρευνες που χρησιμοποιούνται ευρέως καθώς μπορούν να απευθύνονται σε ευρύτερο δείγμα, έχουν μικρό κόστος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η διαβάθμιση Likert ως προς την αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης, ενώ η στατιστική τους επεξεργασία πραγματοποιείται με εύκολο τρόπο.

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών εργαλείων μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης έχει αναπτυχθεί, τα κυριότερα εκ των οποίων αναπτύσσονται παρακάτω.

### **3.2.1. Job Satisfaction Measure (JSM)**

Η πρώτη συστηματική προσπάθεια ανάπτυξης μιας κλίμακας εργασιακής ικανοποίησης, αναπτύχθηκε από τον Horrock το 1935 για τη μέτρηση της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης. Η κλίμακα αποτελούνταν από τέσσερις ερωτήσεις σχετικά με διαφορετικές πτυχές της εργασιακής ικανοποίησης, οι οποίες απαντήθηκαν με τη χρήση μιας επταβάθμιας κλίμακας, διαφορετικών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση. Η κάθε ερώτηση παρουσιάζει την ίδια βαρύτητα, ενώ το άθροισμα των απαντήσεων διαμορφώνει την τελική βαθμολογία. Παλαιότερα, η κλίμακα αυτή πέτυχε υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε σύγκριση με μεταγενέστερες επικυρωμένες κλίμακες, όπως το JDI.<sup>215</sup>

### **3.2.2. Job In General Scale (JIG)**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εισήχθη από τους Ironson et al. το 1989, ενώ στη συνέχεια υποστηρίχθηκε από τους Smith, Kendall και Hulin's, δημιουργούς του JDI. Στηριζόμενο στο JDI, το εργαλείο επιχειρεί να αξιολογήσει όχι μόνο τα χαρακτηριστικά της εργασίας, αλλά και τα συναισθήματα που έχουν αναπτύξει οι εργαζόμενοι για την επιτελούμενη εργασία τους. Προορίζεται να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την αξιολόγηση της εργασιακής απόδοσης του εργαζομένου. Ως εκ τούτου, οι ερωτήσεις του JIG, βασίζονται: α) στα συναισθήματα των εργαζομένων για την εργασία και όχι τόσο στην περιγραφή της εργασίας και β) αφορούν μακροπρόθεσμα συναισθήματα ή διαρκείας, σε



αντίθεση με το JDI, το οποίο αφορά βραχυπρόθεσμα, καθημερινά συναισθήματα. Γενικά, οι ερωτήσεις αξιολόγησης θεωρείται ότι παρουσιάζουν τη γενική ικανοποίηση με ασφαλέστερο τρόπο και ότι είναι πιο αξιόπιστες, ως προγνωστικοί δείκτες συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου, είναι ουσιαστικό να συμπεριληφθούν μετρήσεις και για τους δύο τύπους συναισθημάτων, εάν πρόκειται να εκτιμηθεί η γενική ικανοποίηση. Το JIG περιέχει 18 ερωτήσεις γενικής αξιολόγησης, οι οποίες απαντώνται άλλοτε με τη μορφή επιθέτων και άλλοτε με τη μορφή σύντομων φράσεων. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται με τη μορφή τριών επιλογών: ναι, όχι ή δεν γνωρίζω ή δεν είμαι σίγουρος-η. Το JIG παρουσίασε εγκυρότητα μεταξύ 0,66 και 0,80, με δείκτη αξιοπιστίας  $\alpha$  πάνω από 0,90 και συντελεστή εσωτερικής συνοχής μεταξύ 0,91 και 0,95 σε ορισμένα δείγματα.<sup>216, 217</sup> Το JIG από μόνο του, είναι δυνατόν να παρουσιάσει τη γενική ικανοποίηση σε μακροπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα. Ωστόσο, πρέπει να αναπτυχθούν και άλλα στοιχεία με στόχο να επιτευχθεί ο απώτερος σκοπός του εργαλείου, δηλαδή ο εντοπισμός προβλημάτων και η επιλογή των λύσεων. Συνιστάται, επομένως, η χρήση του εργαλείου σε συνδυασμό με άλλη κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης από την εργασία.

### 3.2.3. Job Satisfaction Index (JDI)

Το 1969, οι Smith, Kendall και Hulin's παρουσίασαν το εργαλείο Job Descriptive Index (JDI), βάση του οποίου αξιολογούνται πέντε βασικές πτυχές της εργασίας: ο μισθός, οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους, οι ευκαιρίες προαγωγής. Περιλαμβάνοντας στο σύνολο του 72 ερωτήσεις περιγραφικές της εργασίας, το εργαλείο χρησιμοποιείται ευρύτερα από ερευνητές της οργανωτικής ψυχολογίας, ενώ ο ευρύς και μεγάλος όγκος των ερευνών που έχει χρησιμοποιηθεί, διασφαλίζει την εγκυρότητά του. Ο Vinom υποστήριξε ότι το JDI είναι η καλύτερη κατασκευαστική κλίμακα για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης, με τους παράγοντες του να συναντώνται στα περισσότερα εργαλεία εργασιακής ικανοποίησης. Πολλοί ερευνητές, συνέχισαν να βελτιώνουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του, εξ αυτών ο Roznowski (1989) ανέπτυξε τις πλέον εξελιγμένες στατιστικές μεθόδους για να επεκτείνει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του οργάνου παρουσιάζουν μέτριες έως υψηλές τιμές ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητα (εσωτερική συνοχή: 0,81, συντελεστής επαναλαμβανόμενης χορήγησης: 0,62-0,79, εγκυρότητα συνάφειας: 0,49-0,70). Το όργανο επικρίθηκε για το ότι εξετάζει μόνο πέντε παράγοντες ικανοποίησης και ότι πολλές από τις ερωτήσεις δεν είναι εφαρμόσιμες σε όλες τις ομάδες εργασίας.<sup>218</sup>



### 3.2.4. Job Satisfaction Survey (JSS)

Το ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey (JSS), δημιουργήθηκε το 1985 από τον Paul Spector και δημοσιεύθηκε στο American Journal of Community Psychology.<sup>219</sup> Αξιολογεί εννέα παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία: α) Μισθός, β) Προαγωγή, γ) Πιθανές ανταμοιβές, δ) Προνόμια-Οφέλη, ε) Εποπτεία-Επίβλεψη, ζ) Συνθήκες λειτουργίας, η) Συνεργάτες-Συνάδελφοι, θ) Περιεχόμενο/Φύση της Εργασίας και ι) Επικοινωνία. Το JSS είναι ένα πολύ δημοφιλές και εύκολο στη χρήση ερωτηματολόγιο, αφού αποτελείται από 36 ερωτήσεις συνολικά, τέσσερις για κάθε παράγοντα. Η συνολική ικανοποίηση είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού και των εννέα παραγόντων. Οι ερωτώμενοι δίνουν απαντήσεις σε μια εξαβάθμια κλίμακα (1 = διαφωνώ απόλυτα έως 6 = συμφωνώ απόλυτα). Η εσωτερική συνοχή του JSS κυμαίνεται από 0,60-0,82 και ο συντελεστής επαναλαμβανόμενης χορήγησης από 0,37-0,74. Όσον αφορά την εγκυρότητα, κάθε συνιστώσα του JSS παρουσίασε ικανοποιητικές συσχετίσεις (0,61-0,80).

### 3.2.5. Job Diagnostic Survey (JDS)

Το 1974, οι Hackman & Oldman ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο JDS, με βάση τη θεωρία των χαρακτηριστικών της εργασίας. Πρόκειται για ένα εργαλείο που επιχειρεί να εκτιμήσει τον τρόπο με τον οποίο τα χαρακτηριστικά της εργασίας επιδρούν στη συμπεριφορά, την ικανοποίηση και την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Η εκτίμηση των συνθηκών εργασίας, γίνεται μέσω των κάτωθι κατηγοριών ερωτήσεων που αφορούν:<sup>34</sup>

- α) την αυτονομία εργασίας, που εξετάζεται ο βαθμός ελευθερίας που αισθάνεται ότι έχει κάποιος σε σχέση με τη διεκπεραίωση των καθηκόντων του
- β) την αναγνώριση του ρόλου της εργασίας, που διερευνάται ο βαθμός αναγνώρισης της εργασίας και των προσπαθειών των εργαζομένων, γίνονται αντιληπτές από τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και το εξωτερικό περιβάλλον.
- γ) το βαθμό ικανοτήτων του εργαζόμενου, όπου αναζητούνται οι δεξιότητες που επιβάλλεται να έχει ένας εργαζόμενος προκειμένου να διεκπεραιώσει τα ανατεθέντα καθήκοντά του.
- δ) την ανατροφοδότηση από την ίδια την εργασία, που αναφέρεται στη αναγγελία των επιδόσεων και των αποτελεσμάτων των εργαζομένων από την ίδια την εργασία.
- ε) την ανατροφοδότηση από τους προϊστάμενους, που αναφέρεται στο βαθμό που οι προϊστάμενοι λαμβάνουν ανατροφοδότηση σε σχέση με την απόδοση των εργαζομένων.
- ζ) τη συνεργατικότητα και τα καθήκοντα, όπου διερευνάται ο βαθμός ομαδικότητας και συνεργασίας ως προς την εκτέλεση της εργασίας, όπου εξετάζονται τα καθήκοντα που



σχετίζονται με το κατά πόσον οι ευθύνες και τα καθήκοντα κάθε εργαζομένου είναι σαφώς καθορισμένα.

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την εργασία, διερευνάται ο βαθμός κατά τον οποίο οι προαναφερθείσες συναισθηματικές καταστάσεις επιδρούν στη συμπεριφορά του ατόμου και αξιολογείται ο βαθμός παρακίνησης από τους προϊσταμένους και τους συναδέλφους, η ανάπτυξη και η ικανοποίηση από την εργασία στο σύνολό της. Στην πραγματικότητα, αξιολογούνται πέντε βασικές πτυχές: μισθός, εποπτεία, ανάπτυξη, κοινωνικές σχέσεις, ασφάλεια και, τέλος, η ικανοποίηση στο σύνολο της. Οι απαντήσεις αξιολογούνται μέσω μιας επταβάθμιας κλίμακας Likert, που κυμαίνεται από «διαφωνώ απόλυτα» έως «συμφωνώ απόλυτα» ή από «απόλυτα ικανοποιημένος» έως «απόλυτα δυσαρεστημένος». Η αξιοπιστία του οργάνου έχει αποδειχθεί ικανοποιητική, με εσωτερική συνοχή που κυμαίνεται από 0,56-0,88, και η εγκυρότητα έχει δείξει ότι οι παράγοντες συσχετίζονται μεταξύ τους, όπως υποδεικνύεται από την υποκείμενη θεωρία και τα εξωτερικά κριτήρια του οργάνου Το JDS έχει σχεδιαστεί για να αντιμετωπίσει ορισμένες πτυχές της ικανοποίησης που είναι κοινές σε όλα τα επαγγέλματα, αντιμετωπίζει μεν αλλά ταυτόχρονα δεν λαμβάνει υπόψη ορισμένα στοιχεία του επαγγέλματος που αποτελούν πηγές ικανοποίησης, όπως η φύση του ίδιου του επαγγέλματος και η επαφή με τους ανθρώπους που παρέχονται οι υπηρεσίες. Η κλίμακα έχει αποδειχθεί εξαιρετικά έγκυρη και αξιόπιστη, θεωρείται εύκολη ως προς την κατανόηση και τη χρήση της και χρησιμοποιείται σε όλους τους οργανισμούς και τις υπηρεσίες, εφαρμόζεται εξίσου σε διευθυντές, καθώς και σε προϊσταμένους και υπαλλήλους.<sup>220</sup>

### **3.2.6. Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)**

Το ερωτηματολόγιο Minnesota Satisfaction Questionnaire-MSQ, αναπτύχθηκε από τους Dawis et al. (1967), αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης. Έχει διαμορφωθεί σε τρεις μορφές: δύο εκτεταμένες μορφές (εκδόσεις του 1977 και του 1967) και μια συντομευμένη μορφή. το MSQ συμπληρώνεται με το χέρι και επικεντρώνεται στο βαθμό σύμφωνα με τον οποίο ικανοποιούνται οι εργασιακές ανάγκες και αξίες των εργαζομένων. Το MSQ, εφαρμόζεται τόσο σε άτομα όσο και σε ομάδες, μη λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης της εκτεταμένης μορφής του ερωτηματολογίου είναι μεταξύ 15 και 20 λεπτών, ενώ ο χρόνος που χρειάζεται για τη συμπλήρωση της συνοπτικής μορφής είναι μόλις πέντε λεπτά. Η βιβλιογραφία συνιστά τη





χρήση της εκτεταμένης φόρμας για την παροχή περισσότερων πληροφοριών στους ερευνητές. Προτείνεται επίσης η έκδοση του ερωτηματολογίου MSQ του 1977, η οποία είναι νεότερη από την προηγούμενη έκδοση (1967), και οι ακόλουθες 20 υποδιαστάσεις της εργασίας εξετάζονται τόσο στη μεγάλη όσο και στη σύντομη μορφή: 1) η αξιοποίηση των δεξιοτήτων, δηλαδή η ικανότητα των εργαζομένων να χρησιμοποιούν και να επεκτείνουν τις δεξιότητές τους, 2) το επίτευγμα, δηλαδή το αποτέλεσμα που απορρέει από την ολοκλήρωση της εργασίας, 3) η δραστηριότητα, που προκύπτει από την ικανοποίηση που αντλεί ο εργαζόμενος από τη φύση της εργασίας, 4) η εξέλιξη ή ανάπτυξη, που αγγίζει τις προοπτικές εξέλιξης στη σταδιοδρομία, 5) η εξουσία, που σχετίζεται με το εργασιακό καθεστώς και τον βαθμό στον οποίο ο εργαζόμενος μπορεί να ασκήσει εξουσία ή να κατευθύνει, 6) οι οργανωτικές συνθήκες, που αγγίζουν τις πολιτικές ή τις πρακτικές που επιβάλλει ο οργανισμός ή η διοίκηση, 7) οι οικονομικές ανταμοιβές, 8) σχέσεις μεταξύ συναδέλφων, 9) η δημιουργικότητα, που σχετίζεται με τη δυνατότητα ανάπτυξης και δημιουργίας μέσω της εργασίας, 10) η αυτονομία, δηλαδή ο βαθμός ελευθερίας που έχουν οι εργαζόμενοι ως προς την εκτέλεση των υποχρεώσεών τους, 11) οι ηθικές αξίες, που αφορούν την προσήλωση σε ηθικές αξίες και πεποιθήσεις, 12) η αναγνώριση, που αφορά την αναγνώριση των προσπαθειών και της εργασίας του, 13) η ευθύνη, που αφορά τη δυνατότητα να ακολουθεί κανείς τις αποφάσεις και τις απόψεις του, 14) η ασφάλεια που συνδέεται με το αίσθημα σταθερότητας, μονιμότητας και ασφάλειας του εισοδήματος, 15) η κοινωνική προσφορά, που αναφέρεται στο αίσθημα συμβολής στο κοινωνικό σύνολο, 16) η κοινωνική θέση, που αφορά την κοινωνική θέση που ο εργαζόμενος θεωρεί ότι του παρέχει η εργασία του, 17) η εποπτεία που έχει σχέση με τον τρόπο σύμφωνα με τον οποίο οι προϊστάμενοι καθοδηγούν τους υφισταμένους τους, 18) η επίβλεψη, που αφορά την άσκηση εποπτείας επί των εργαζομένων, 19) η ποικιλομορφία, που σχετίζεται με την έκταση των ευθυνών των εργαζομένων, 20) οι συνθήκες εργασίας, που συνδέονται με το εργασιακό περιβάλλον.

Το MSQ, λαμβάνει υπόψη τρεις βασικές διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης: «εσωτερική», «εξωτερική» και τη «γενική» ικανοποίηση. Αν και έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία, παρέχει πιο λεπτομερείς πληροφορίες σε σχέση με τις απόψεις των ίδιων των εργαζομένων για συγκεκριμένες πτυχές της εργασίας τους που θεωρούν ικανοποιητικές. Το MSQ είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στις προσπάθειες ενός οργανισμού να επαναπροσδιορίσει τις ανάγκες επαγγελματικής ανάπτυξης των εργαζομένων του και έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες συμβούλων, έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη πολιτικών σχετικά με τις επαγγελματικές αμοιβές. Πολυάριθμες μελέτες που



αναπτύχθηκαν στη σύντομη μορφή του MSQ, παρουσίασαν ότι ο δείκτης αξιοπιστίας είναι ικανοποιητικός και στις τρεις διαστάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω (εσωτερική συνοχή  $\geq 0,81$ ). Το μέσο έχει αποδειχθεί ότι σε σχέση με την εγκυρότητα του, είναι ιδιαίτερα συναφές με το JDI.<sup>221</sup> Η εσωτερική παρακίνηση, ένας από τους τρεις τομείς που μετρά το εν λόγω μέσο, έχει μεγάλη επιρροή στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αντισταθμίζουν αυτό το αρνητικό αίσθημα δυσaréσκειας με την υψηλή ικανοποίηση που βιώνουν από την εσωτερική ποιότητα της εργασίας τους (π.χ. τη φύση της εργασίας τους), ακόμη και στην περίπτωση που δεν είναι ικανοποιημένοι από τον μισθό ή την προαγωγή τους.<sup>222</sup>

### **3.2.7. McCloskey / Mueller Satisfaction Scale (MMS)**

Το MMS αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο με πολλές διαστάσεις που σχεδιάστηκε για τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Αποτελείται από συνολικά 31 ερωτήσεις και συλλέγει απαντήσεις σύμφωνα με μια πενταβάθμια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από «πολύ δυσαρεστημένος» έως «πολύ ικανοποιημένος» σε οκτώ βασικές διαστάσεις: 1) μισθός ή αμοιβές, 2) περιεχόμενο εργασίας, 3) ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, 4) σχέσεις με συναδέλφους, 5) αλληλεπίδραση, 6) ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, 7) έπαινος και αναγνώριση, 8) τον έλεγχο, τις υπευθυνότητες και την αυτονομία.<sup>166</sup>

### **3.2.8. Michigan Organizational Assessment Questionnaire (MOAQ)**

Το MOAQ εμπεριέχει μεταβλητές που σχετίζονται με περιγραφές του εργασιακού περιβάλλοντος (χαρακτηριστικά της εργασίας), ψυχολογικές καταστάσεις και αποκρίσεις των εργαζομένων (π.χ. ικανοποίηση από την εργασία, κίνητρα, κ.α.). Το MOAQ παρέχει ένα προτέρημα σε σχέση με άλλες μετρήσεις ικανοποίησης από την εργασία, δεδομένου ότι συγκροτεί ένα έγκυρο μέτρο της συναισθηματικής συνιστώσας της ικανοποίησης. Αυτό είναι σημαίνον αφού οι ορισμοί της εργασιακής ικανοποίησης τη απεικονίζουν ως συναισθηματικό συστατικό. Με διαφορετικά λόγια, η εργασιακή ικανοποίηση, εμπεριέχει όχι μόνο τις σκέψεις κάποιου, αλλά και τις αισθήσεις του για την εργασία του.<sup>223</sup>

### **3.2.9. Employee Satisfaction Inventory (ESI)**

Το ESI αναπτύχθηκε από τον Koustelios το 1991 και τους Koustelios & Bagiatis το 1997 και στηρίχθηκε στις θεωρίες των Smith, Kendal και Hulin και των Weiss, Dawis, England & Lofquist, με σκοπό να μετρήσει την εργασιακή ικανοποίηση αναλυτικά μέσω 24 ερωτήσεων και έξι διαστάσεων ικανοποίησης. Μετρά αναλυτικά την ικανοποίηση από την εργασία



μέσω: α) των συνθηκών εργασίας (5 ερωτήσεις), β) του μισθού (4 ερωτήσεις), γ) της προαγωγής (3 ερωτήσεις), δ) της φύσης της ίδιας της εργασίας (4 ερωτήσεις), ε) της εποπτείας από τον προϊστάμενο (4 ερωτήσεις), ζ) του οργανισμού στο σύνολό του (4 ερωτήσεις). Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert από «διαφωνώ απόλυτα» (1) έως «συμφωνώ απόλυτα» (5). Ο μέσος όρος των απαντήσεων αντιπροσωπεύει κάθε υποκλίμακα του ερωτηματολογίου.<sup>2, 224</sup> Το ESI χρησιμοποιεί τέσσερις από τους πέντε παράγοντες του JDI, καθώς και δύο ακόμη: 1) την ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας και 2) την ικανοποίηση από τον οργανισμό στο σύνολό του. Ωστόσο, δεν περιέχει μια σημαντική πτυχή της εργασίας που περιλαμβάνεται σε πολλά εργαλεία έρευνας, τον παράγοντα «σχέσεις με συναδέλφους».<sup>225</sup>

### **3.2.10. Λοιπά εργαλεία μέτρησης εργασιακής ικανοποίησης**

Πέρα από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία που αναλύθηκαν παραπάνω, έχουν αναπτυχθεί και δημοσιευθεί και ορισμένα άλλα εργαλεία, τα οποία περιγράφονται συνοπτικά παρακάτω: α) το Overall Job Satisfaction με 10 στοιχεία, του Bullock (1952), β) το Managerial Opinion Scale με 77 στοιχεία, των Warr and Routledge (1969), γ) το Index of Organizational Reactions με 42 στοιχεία, Smith (1962 & 1976), δ) το Worker Opinion Survey με 48 στοιχεία, του Cross (1973), ε) το Overall Job Satisfaction με 15 στοιχεία των Warr, Cook and Wall (1979), ζ) το Facet-specific Job Satisfaction με 33 στοιχεία, των Quinn and Staines (1979), κ.α. Επιπλέον, πολλές άλλες κλίμακες έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται σε περιορισμένο βαθμό, εκτός από τις προαναφερθείσες. Τέλος, ορισμένες εταιρείες συμβούλων έχουν αναπτύξει τις δικές τους κλίμακες μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης με κατάλληλες ρυθμίσεις.

### **3.2.11. Συμπεράσματα**

Έχουν αναπτυχθεί διάφοροι τύποι ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση διαφόρων παραμέτρων που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση, τη δυσαρέσκεια και τον εκφοβισμό. Η ποικιλομορφία αυτών των εργαλείων έρευνας είναι εμφανής όχι απλώς από τον αριθμό των ερωτηματολογίων, αλλά και από το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Η ποικιλομορφία αυτή οφείλεται στις προσπάθειες κάλυψης νέων πτυχών του χώρου εργασίας που δεν έχουν συμπεριληφθεί σε προηγούμενα εργαλεία έρευνας. Ωστόσο, αυτή η ποικιλομορφία των ερωτήσεων έχει οδηγήσει σε ασυνεπή και αντιφατικά ευρήματα. Προκειμένου να καλυφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες διαστάσεις, χρησιμοποιούνται



κατ' αρχήν πολλαπλά ερωτηματολόγια, γεγονός που από μόνο του μπορεί να δυσχεράνει την έρευνα και την προθυμία των ερωτηθέντων να τη συμπληρώσουν. Προκύπτει η ανάγκη ανάπτυξης σύντομων και φιλικών προς το χρήστη ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και την παροχή ανατροφοδότησης. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες των κλιμάκων που παρουσιάστηκαν, έχουν διερευνηθεί και διαπιστώθηκε ότι όλες είναι φερέγγυες και έγκυρες κλίμακες μέτρησης. Το MSQ, παρουσίασε τον υψηλότερο δείκτη, αλλά οι υποκλίμακες δεν είναι ξεκάθαρες, όπως αποδεικνύεται από την υψηλή συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων. Επίσης, το γεγονός ότι όλα τα εργαλεία είναι σταθμισμένα με βάση τις ΗΠΑ, με εξαίρεση το ESI (το μόνο σταθμισμένο με βάση τον ελληνικό πληθυσμό), δημιουργεί κάποιες αμφιβολίες ως προς το κατά πόσον είναι απολύτως κατάλληλα για τους ελληνικούς οργανισμούς.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ

### 4.1. Σκοπός και Ερευνητικό ενδιαφέρον

Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, η εργασιακή ικανοποίηση συγκροτεί βασικό πεδίο ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, ιδίως σε τομείς που στηρίζονται στους ανθρώπινους πόρους, όπως είναι η υγεία. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς και την υγεία της κοινωνίας, όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες που έχουν αναπτυχθεί διαχρονικά στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες. Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται ως ποσοτική έρευνα πρωτογενών στοιχείων, καθώς διεξήχθη με τη χρήση των ερωτηματολογίων.<sup>226</sup> Η ποσοτική έρευνα επιλέχθηκε επειδή επιτρέπει τη συλλογή μεγάλου όγκου δεδομένων από ένα μεγάλο δείγμα ερωτηθέντων και επιτρέπει επίσης τη συσχέτιση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών.<sup>227</sup> Η συγκεκριμένη έρευνα έχει κύριο σκοπό να μετρήσει τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων σε Νοσοκομεία και σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, σε σχέση με ορισμένες πτυχές της εργασίας τους και στον εντοπισμό των διαφορών που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών προσωπικού. Επιπλέον, διερευνάται η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η προϋπηρεσία. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της χώρας τελεί υπό αυστηρούς περιορισμούς, λόγω της επιδημίας Covid-19 κατά την περίοδο που διεξήχθη η έρευνα, δηλαδή από τον Ιούνιο του 2019 έως τον Δεκέμβριο του 2020.

### 4.2. Ερευνητικό Εργαλείο

Ως προς τις ανάγκες της παρούσης εργασίας συντελέστηκε η ανάπτυξη δομημένου ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου, προκειμένου να συλλεχθούν πρωτογενή δεδομένα. Για το σχεδιασμό και την παρουσίαση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκαν τροποποιήσεις κατόπιν συναντήσεων με σχεδιαστές, ερευνητές ερωτηματολογίων και ψυχολόγο, οι οποίοι υπέδειξαν ως καλύτερες πρακτικές τις κάτωθι:

- α) να υφίσταται έγγραφη ενημέρωση στην αρχή του ερωτηματολογίου.
- β) να είναι εμφανή τα στοιχεία των οργανισμών που έχουν δώσει εγκρίσεις για την έρευνα.



- γ) το ερευνητικό μέρος να προηγηθεί των δημογραφικών στοιχείων, καθώς τονίστηκε ότι όταν προηγηθεί το μέρος των προσωπικών στοιχείων, δημιουργείται μια συστολή στον ερωτώμενο.
- δ) να υφίσταται δυνατότητα επικοινωνίας με τον ερευνητή.
- ε) με δεδομένο ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εμπεριέχει την ανάπτυξη δύο ερευνών, την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου 36 ερωτήσεων του Spector ως προς την εργασιακή ικανοποίηση και επιπλέον 12 ερωτήσεις στηριζόμενες στη θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg για την παρακίνηση, θεωρήθηκε ότι δεν θα έπρεπε να ακολουθεί η μια την άλλη για να μην συγχέονται μεταξύ τους.

Με βάση τα παραπάνω, αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο που στηρίχθηκε η παρούσα έρευνα. Σε μια σύντομη δήλωση που συντάχθηκε πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όπως περιγράφεται παρακάτω (Παράρτημα Α'), ο ερευνητής ενημέρωσε τους συμμετέχοντες για τους λόγους χορήγησης του ερωτηματολογίου, εγγυήθηκε την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους και ενθάρρυνε την ειλικρινή συμμετοχή τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος μετρούσε την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας υπό τις διάφορες πτυχές της εργασίας τους. Το κύριο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη ήταν η κλίμακα ικανοποίησης από την εργασία (Job Satisfaction Satisfaction Survey - JSS) που αναπτύχθηκε από τον Paul Spector το 1985. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις συνολικά και στηρίζεται στη θεωρητική θέση ότι η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί μια συναισθηματική και συμπεριφορική αντίδραση στην εργασία. το JSS χρησιμοποιείται πλέον ευρέως παγκοσμίως σε δημόσιους οργανισμούς και ιδιωτικές εταιρείες, αλλά αναπτύχθηκε αρχικά για χρήση σε δημόσιες υπηρεσίες, ιδίως σε ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς Το JSS διατίθεται ελεύθερα για εκπαιδευτικούς, ερευνητικούς και μη εμπορικούς σκοπούς και μπορεί να αποκτηθεί ηλεκτρονικά από τον ιστότοπο του καθηγητή Paul Spector (<http://shell.cas.usf.edu/~pspector/>).<sup>39</sup> Το ερωτηματολόγιο προβαίνει σε αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης τόσο στο σύνολο της όσο και από τις 9 επιμέρους διαστάσεις της, οι οποίες είναι: 1) μισθός/αμοιβή (pay), 2) ευκαιρίες προαγωγής (promotion), 3) προϊστάμενη αρχή (supervision), 4) πρόσθετες παροχές (fringe benefits), 5) έκτακτες ανταμοιβές (contingent rewards), 6) διαδικασίες (operating procedures), 7) συνεργάτες (co-workers), 8) φύση της δουλειάς (nature of work) και 9) επικοινωνία (communication), περισσότερο αναλυτικά:



- οι αμοιβές, που περιλαμβάνουν τους μισθούς και τα ημερομίσθια. Η άδικη διανομή είναι δυνατόν να επηρεάσει αρνητικά τόσο τα συναισθήματα, όσο και τις αντιλήψεις των εργαζομένων και περαιτέρω την όλη συμπεριφορά των εργαζομένων στον οργανισμό.<sup>228</sup>
- η προαγωγή, που αποτελεί μια σημαντική πτυχή της καριέρας ενός υπαλλήλου. Αναφέρεται στην πρόοδο σε υψηλότερη θέση με περισσότερες προκλήσεις, εξουσία και ευθύνες. Μόνο ένα αξιοκρατικό σύστημα προαγωγής με γνωστές εκ των προτέρων προϋποθέσεις αξιολόγησης μπορεί να οδηγήσει σε ικανοποίηση.<sup>229</sup>
- η επίβλεψη-εποπτεία ή προϊστάμενη αρχή, ορίζεται ως η πεποίθηση που έχουν οι επαγγελματίες σε σχέση με την ενίσχυση που παρέχεται από τους προϊστάμενους τους, εκτός από τους συναδέλφους. Συνήθως, οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι όταν υποστηρίζονται για την επίτευξη των στόχων τους.<sup>230</sup>
- οι πρόσθετες παροχές, πρόκειται για παροδικά οφέλη, που είναι δυνατόν να είναι οικονομικές ή μη αποζημιώσεις. Οι οικονομικές αποζημιώσεις αποτελούνται από άμεσες (π.χ. bonus) και έμμεσες αποζημιώσεις (π.χ. συνταξιοδοτικά προγράμματα). Οι μη οικονομικές αποζημιώσεις αποτελούνται: α) από την ίδια την εργασία (π.χ. αυτονομία), β) την ευελιξία στο χώρο εργασίας (π.χ. εργασία μερικής απασχόλησης) και γ) το ίδιο το περιβάλλον εργασίας (π.χ. συνθήκες εργασίας).<sup>231</sup>
- οι έκτακτες ανταμοιβές, που αναφέρονται ως υποσχέσεις και ανταλλαγές ανταμοιβών και αναγνώρισης για καλή απόδοση στην εργασία, συγκροτεί ένα πολύτιμο εργαλείο για την παρακίνηση των εργαζομένων επειδή θέλουν να αμείβονται καλά για τη δουλειά που επιτελούν τόσο για την αυτοεκτίμησή τους όσο και ως χρήσιμο μέσο διαβίωσης.<sup>232</sup>
- οι συνάδελφοι, που αναφέρονται στα άτομα που εργάζονται σε έναν οργανισμό (εκτός από επόπτες ή προϊσταμένους). Οι εργαζόμενοι με τις ίδιες αξίες, στάσεις και φιλοσοφίες μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση σε έναν οργανισμό. Η στήριξη από τους συναδέλφους είναι δυνατόν να ενισχύσει την εργασιακή ικανοποίηση και να μειώσει το άγχος και την εξάντληση.<sup>233</sup>
- οι λειτουργικές διαδικασίες, που περιγράφονται ως βήματα ολοκλήρωσης εργασιών που πρέπει να ακολουθούν ένα συγκεκριμένο πρότυπο με βάση κανονισμούς, επαρχιακούς νόμους, πολιτικές, διαδικασίες και πρότυπα. Η ανεπάρκεια εξοπλισμού και πόρων, ο φωτισμός, ο εξαερισμός και η καθαριότητα μπορεί να οδηγήσουν σε ένα αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον που οδηγεί σε δυσαρέσκεια μεταξύ των εργαζομένων.<sup>234</sup>
- η φύση της εργασίας, που ορίζεται ως η μεταβλητότητα του έργου. Αναφέρεται στις καθημερινές και τις μη καθημερινές εργασίες που εκτελούνται ως μέρος του πεδίου εργασίας και περιλαμβάνει τις προκλήσεις εργασίας, την ανατροφοδότηση, την





αυτονομία και την ποικιλία δεξιοτήτων. Περαιτέρω, αυτό είναι δυνατόν να αποφέρει αύξηση του επιπέδου κινήτρων και της εσωτερικής ευτυχίας των εργαζομένων, η οποία στη συνέχεια θα προκαλέσει ικανοποίηση.<sup>235</sup>

- η επικοινωνία, που αναφέρεται ως ενημέρωση των σημερινών εργαζομένων. Η επικοινωνία μεταξύ των προϊσταμένων ή του διευθυντικού επιπέδου με τους υπαλλήλους δίνει σταθερά τη δυνατότητα στους διευθυντές να γνωρίζουν εάν το προσωπικό τους είναι ικανοποιημένο και ευχαριστημένο με την απασχόλησή του ή όχι. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ επικοινωνίας και εργασιακής ικανοποίησης. Η αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο εργασίας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εξασφάλιση των οργανωτικών στόχων, την κοινωνική υποστήριξη.<sup>236</sup>

Οι ερωτήσεις διαμορφώθηκαν με σκοπό την κάλυψη των εννέα παραπάνω διαστάσεων της εργασιακής ικανοποίησης, όπως αναφέρονται στον Πίνακα 4.1.. Η κάθε διάσταση υποστηρίζεται από τέσσερις ερωτήσεις.

**Πίνακας 4.1. Περιγραφή των στοιχείων του ερωτηματολογίου JSS**

<u>Στοιχείο</u>	<u>Περιγραφή ερώτησης – στοιχείου</u>
1	Δίκαιη αμοιβή ανάλογα με την εργασία που επιτελείται
2	Υπάρχουσες ευκαιρίες προαγωγής
3	Ικανότητα προϊσταμένου στη δουλειά του
4	Ικανοποιητικές πρόσθετες παροχές
5	Αναγνώριση μιας καλά εκτελούμενης εργασίας
6	Διαδικασίες που παρεμποδίζουν τη διεκπεραίωση της εργασίας
7	Συμπάθεια προς τους συνεργάτες
8	Περιεχόμενο εκτελούμενης εργασίας
9	Επικοινωνία εντός του οργανισμού
10	Συχνότητα και ποσότητα αυξήσεων
11	Συσχέτιση προαγωγής με τη σωστή εργασία
12	Συμπεριφορά του προϊσταμένου στους υφισταμένους
13	Πρόσθετες παροχές συγκριτικά με άλλους οργανισμούς
14	Εκτίμηση της εργασίας που επιτελείται
15	Παρεμπόδιση εργασίας από τη γραφειοκρατία
16	Ικανότητα ή μη των συνεργατών
17	Ελκυστικότητα της εργασίας
18	Ξεκάθαροι στόχοι του οργανισμού
19	Αντιστοίχιση εργασίας και αμοιβής
20	Ευκαιρίες προαγωγής συγκριτικά με άλλους οργανισμούς
21	Ενδιαφέρον προϊσταμένου για τους υφισταμένους του
22	Δίκαιες πρόσθετες παροχές
23	Ποσότητα και ποικιλία ανταμοιβών
24	Πρόσθετος φόρτος εργασίας
25	Συνύπαρξη με τους συναδέλφους
26	Επίγνωση των εργασιών που επιτελούνται



27	Συναισθήματα από την εκτέλεση της εργασίας
28	Ευκαιρίες μισθολογικών αυξήσεων
29	Απουσία πρόσθετων παροχών
30	Αίσθημα συμπάθειας προς τον προϊστάμενο
31	Όγκος γραφικής δουλειάς
32	Ανταμοιβή των προσπαθειών
33	Ικανοποιητικές ευκαιρίες προαγωγής
34	Διαπληκτισμοί και διαμάχες στη δουλειά
35	Ευχάριστη εργασία
36	Επάρκεια επεξήγησης κατά την ανάθεση εργασιών

Οι 36 ερωτήσεις ενταγμένες ανά κατηγορία, και σύμφωνα με τον τρόπο που είναι διατυπωμένες, αναπτύσσονται στον κάτωθι Πίνακα 4.2.:

**Πίνακας 4.2. Ομαδοποίηση διατυπωμένων ερωτήσεων του JSS ανά κατηγορία**

Κατηγορία	α/α	Ερωτήσεις
Αμοιβές	1 (+)	Αισθάνομαι ότι η αμοιβή μου είναι δίκαιη για τη δουλειά που προσφέρω
	10(-)	Οι αυξήσεις είναι μικρές και δεν είναι συχνές
	19(-)	Αισθάνομαι ότι δεν εκτιμούν ιδιαίτερα τη δουλειά μου όταν σκέφτομαι το μισθό που μου δίνουν
	28(+)	Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις προοπτικές που υπάρχουν για αύξηση του μισθού μου
Προαγωγή	2(-)	Υπάρχουν λίγες πιθανότητες για προαγωγή στην εργασία μου
	11(+)	Εκείνοι που διεκπεραιώνουν καλά τα καθήκοντα τους έχουν αρκετά καλές πιθανότητες να πάρουν προαγωγή
	20(+)	Οι άνθρωποι που δουλεύουν εδώ μπορούν να ανεληχθούν τόσο γρήγορα, όσο και αν δούλευαν οπουδήποτε αλλού
	33(+)	Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προοπτικές που υπάρχουν για μια πιθανή προαγωγή μου
Εποπτεία	3(+)	Ο/Η προϊστάμενος/η μου είναι αρκετά ικανός/η στη δουλειά του/της
	12(-)	Ο/Η προϊστάμενος/η είναι άδικος μαζί μου
	21(-)	Ο/Η προϊστάμενος/η δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της
	30(+)	Συμπαθώ τον προϊστάμενο/η μου
Πρόσθετες παροχές / προνόμια	4(-)	Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τα προνόμια που μου προσφέρει η εργασία μου
	13(+)	Τα προνόμια που αποκομίζω από την εργασία μου, είναι τόσο καλά όσο και αυτά που αποκομίζουν οι υπάλληλοι άλλων δημοσίων υπηρεσιών
	22(+)	Τα προνόμια που μας προσφέρει η εργασία μας είναι ικανοποιητικά
	29(-)	Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ τα δικαιούμαστε
Ενδεχόμενες ανταμοιβές /	5(+)	Όταν κάνω τη δουλειά μου σωστά, αποκομίζω την αναγνώριση που θα έπρεπε
	14(-)	Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω εκτιμάται όπως πρέπει



Αναγνώριση	23(-)	Οι πιθανότητες για να ανταμειφθεί ηθικά κάποιος που εργάζεται εδώ είναι λίγες
	32(-)	Δεν πιστεύω ότι οι προσπάθειες μου αναγνωρίζονται στον βαθμό που θα έπρεπε
Συνθήκες λειτουργίας του οργανισμού	6(-)	Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθεί ο οργανισμός στον οποίο απασχολούμαι έχουν ως αποτέλεσμα να κάνουν τη δουλειά μου πιο δύσκολη
	15(+)	Οι προσπάθειες μου για να κάνω σωστή δουλειά σπανίως "μπλοκάρονται" από τη γραφειοκρατία
	24(-)	Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας
	31(-)	Στη δουλειά μου, έχω πάρα πολύ μεγάλο όγκο γραφικής εργασίας
Συναδέλφои	7(+)	Σε γενικές γραμμές συμπαθώ τους συναδέλφους μου
	16(-)	Πιστεύω ότι πρέπει να δουλεύω περισσότερο στη δουλειά μου εξαιτίας της ανικανότητας των συναδέλφων μου
	25(+)	Περνάω καλά με τους συναδέλφους μου
	34(-)	Υπάρχουν αρκετοί διαπληκτισμοί και συγκρούσεις στη δουλειά μου
Φύση της εργασίας	8(-)	Μερικές φορές αισθάνομαι ότι η εργασία μου δεν έχει νόημα
	17(+)	Μου αρέσει να κάνω αυτά που πρέπει να κάνω στη δουλειά μου
	27(+)	Αισθάνομαι περήφανος που κάνω αυτή τη δουλειά
	35(+)	Η δουλειά μου είναι ευχάριστη
Επικοινωνία (κάθετη και οριζόντια)	9(+)	Η επικοινωνία στον οργανισμό στον οποίο απασχολούμαι κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα
	18(-)	Οι στόχοι που ανά διαστήματα θέτει ο οργανισμός στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι σαφείς
	26(-)	Συχνά αισθάνομαι ότι δεν γνωρίζω τι ακριβώς συμβαίνει στην υπηρεσία μου
	36(-)	Τις δουλειές που μου αναθέτουν δεν μου τις εξηγούν πλήρως
Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση	1 - 36	
Σημειώσεις: (+) = ερωτήσεις θετικά διατυπωμένες, (-) = ερωτήσεις αρνητικά διατυπωμένες που πρέπει να αντιστραφούν		

Οι απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις καταγράφονται σε πίνακες με τη χρήση εξαβάθμιας κλίμακας Likert που κυμαίνεται από «διαφωνώ απόλυτα» (1) έως «συμφωνώ απόλυτα» (6). Η χρήση της κλίμακας Likert είναι ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία σε αυτού του είδους τις έρευνες, καθώς έχει τα εξής πλεονεκτήματα στην καταγραφή των απαντήσεων: α) είναι ομοιόμορφα δομημένη, γεγονός που συμβάλλει στη μείωση του συνολικού χρόνου που απαιτείται για το ερωτηματολόγιο, β) η λειτουργία της είναι εύκολα κατανοητή από τους ερωτώμενους, γ) οι ερωτήσεις με εναλλασσόμενη θετική και αρνητική



γλώσσα αποτρέπουν τον κίνδυνο της μεροληψίας. Η ανάπτυξη κλειστών ερωτήσεων (ή ερωτήσεων προκαθορισμένης επιλογής) παρέχει μια σειρά εναλλακτικών απαντήσεων από τις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνται να επιλέξουν μία.<sup>237</sup> Οι κλειστές ερωτήσεις είναι ευκολότερο να απαντηθούν, εξοικονομούν χρόνο και βοηθούν στη σύγκριση των αποτελεσμάτων επειδή οι απαντήσεις είναι προκαθορισμένες. Τα σύνολα των απαντήσεων ή οι μέσοι όροι παρέχουν μια εικόνα των αποτελεσμάτων για κάθε ερωτώμενο. Τέλος, οι κλίμακες Likert είναι καθολικές και είναι χρήσιμες για συγκρίσεις μεταξύ των ίδιων των ερευνών και μεταξύ διαφορετικών ερευνών.<sup>238</sup>

Σχεδόν τα μισά από τα στοιχεία εκφράζονται θετικά (+) και τα υπόλοιπα αρνητικά (-), με τα διαστήματα μεταξύ των επιλογών απάντησης μιας ερώτησης να είναι περίπου ίσα, η αξιολόγηση της καθεμίας απάντησης, προσδίδει είτε θετική είτε αρνητική στάση απέναντι στην εργασία. Σύμφωνα με τον Spector, μια μέση απόκριση στοιχείων (μετά από την αντίστροφη βαθμολόγηση των αρνητικών διατυπωμένων στοιχείων) από 4 ή περισσότερο αντιπροσωπεύουν την ικανοποίηση, οι μέσες απαντήσεις 3 ή λιγότερο εκφράζουν δυσαρέσκεια, ενώ μέσες βαθμολογίες μεταξύ 3 και 4 χαρακτηρίζονται ως αμφιθυμία.<sup>39</sup>

Δυσαρέσκεια		Αμφιθυμία		Ικανοποίηση	
1	2	3	4	5	6

Στο Β' Μέρος του ερωτηματολογίου αναπτύχθηκαν εννέα ερωτήσεις. Οι πρώτες οκτώ αντλούν πληροφορίες για τα δημογραφικά στοιχεία, συγκεκριμένα αφορούν: το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατηγορία προσωπικού, την κατάσταση του προσωπικού (σχέση εργασίας), τα έτη προϋπηρεσίας και την οικονομική τους κατάσταση. Στην 9η ερώτηση, και πριν το κλείσιμο του ερωτηματολογίου, ενθαρρύνουμε τους ερωτώμενους να βαθμολογήσουν από το 1 έως το 10 τους παράγοντες που τους παρακινούν. Σύμφωνα με τη στατιστική, οι ευρείες κλίμακες είναι αυτές που προσφέρουν μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα, αφού περιλαμβάνουν περισσότερη πληροφορία για το διερευνώμενο παράγοντα.

Καθόλου			Μέτρια			Πολύ			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Προτιμήθηκε η κλίμακα 1-10 αντί της 1-5 γιατί επιθυμούμε μεγαλύτερο διαχωρισμό-εύρος μεταξύ των απαντήσεων για τους παράγοντες παρακίνησης, αλλά και για να παρουσιάζεται



και ευκρινέστερα η βαρύτητα τους. Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν οι βασικοί παράγοντες παρακίνησης του Herzberg (επιτεύγματα, αναγνώριση, φύση / περιεχόμενο εργασίας, υπευθυνότητα, ανάπτυξη / εξέλιξη, οργανωσιακές πολιτικές, επίβλεψη, διαπροσωπικές σχέσεις, συνθήκες εργασίας, κύρος / θέση, αμοιβή, ασφάλεια).

<b>Πίνακας 4.3. Παράγοντες Παρακίνησης κατά Herzberg</b>			
1	Κίνητρα για πρόσθετη προσπάθεια & βελτίωση της παραγωγικότητας	επιτεύγματα	<b>Εσωτερικοί παράγοντες παρακίνησης</b>
2	Αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου	αναγνώριση	
3	Ευκαιρίες ανάληψης πρωτοβουλιών & αξιοποίησης ικανοτήτων	φύση / περιεχόμενο εργασίας	
4	Δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη σημαντικών αποφάσεων	υπευθυνότητα	
5	Δυνατότητα εξέλιξης / προαγωγή	εξέλιξη	
6	Ευκαιρίες για ανάπτυξη νέων γνώσεων-δεξιοτήτων	ανάπτυξη	
7	Επιμόρφωση προσωπικού, σεμινάρια & εκπαίδευση σε νέα συστήματα-τεχνολογίες	οργανωσιακές πολιτικές	<b>Εξωτερικοί παράγοντες παρακίνησης</b>
8	Καλή επίβλεψη & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη	επίβλεψη	
9	Καλή συνεργασία με συναδέλφους, εργασία στα πλαίσια κάποιας ομάδας	διαπροσωπικές σχέσεις	
10	Ευέλικτο ωράριο εργασίας	συνθήκες εργασίας	
11	Ικανοποιητικές Αμοιβές	αμοιβή	
12	Μονιμότητα - Εργασιακή Ασφάλεια	ασφάλεια	

Το ερωτηματολόγιο στην όλη του μορφή ανάπτυξης, παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α' της παρούσας διατριβής.

#### **4.3. Κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου**

Οι ερωτήσεις του Α' Μέρους, που αναπτύσσεται το ερωτηματολόγιο του Spector, περιέχει 36 δηλώσεις, όπως αναλύθηκε παραπάνω, μερικές από τις οποίες είναι θετικά και άλλες αρνητικά διατυπωμένες. Οι ερωτήσεις έχουν τη κωδικοποιηθεί ως Q1,Q2,...,Q36. Στις θετικά διατυπωμένες δηλώσεις, υψηλή συγκέντρωση βαθμών αντιστοιχεί σε υψηλή



επαγγελματική ικανοποίηση. Αντίθετα, στις αρνητικά διατυπωμένες δηλώσεις, υψηλή συγκέντρωση βαθμών αντιστοιχεί σε χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση. Έτσι, η πρόταση με αριθμό 1: «Αισθάνομαι ότι η αμοιβή μου είναι δίκαιη για τη δουλειά που προσφέρω», είναι θετικά διατυπωμένη, συνεπώς όταν ο ερωτώμενος επιλέξει την απάντηση 6 = συμφωνώ πολύ, αυτό συνεπάγεται ότι διαθέτει υψηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με το μισθό του. Αντιθέτως, η πρόταση με αριθμό 10: «Οι αυξήσεις είναι μικρές και δεν είναι συχνές», είναι αρνητικά διατυπωμένη, με συνέπεια εάν ο ερωτώμενος δώσει την απάντηση 6 = συμφωνώ πολύ, αυτό συνεπάγεται υψηλά επίπεδα εργασιακής δυσαρέσκειας. Λαμβανομένων υπόψη των ανωτέρω και προκειμένου να πραγματοποιηθεί η επεξεργασία των δεδομένων, είναι αναγκαίο να αντιστραφεί η βαθμολογία των αρνητικά διατυπωμένων προτάσεων με τρόπο τέτοιο ώστε μια υψηλή βαθμολογία να συνεπάγεται υψηλή ικανοποίηση, ενώ χαμηλή βαθμολογία να ισοδυναμεί σε χαμηλή ικανοποίηση. Άρα, επιβάλλεται στις αρνητικές προτάσεις να αντικατασταθεί το 1 με το 6, το 2 με το 5, το 3 με το 4 και αντίστροφα. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις που χρειάζονται αντιστροφή της βαθμολογίας είναι οι: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 29, 31, 32, 34 και 36. Στη συνέχεια, αθροίζεται η βαθμολογία των τεσσάρων ερωτήσεων που αφορούν κάθε μία από τις 9 διαστάσεις της εργασίας, όπως αυτές παρουσιάστηκαν ομαδοποιημένες στον Πίνακα 4.3., προκειμένου να υπολογιστεί η συνολική βαθμολογία της κάθε διάστασης. Οι ερωτήσεις του Β' Μέρους του ερωτηματολογίου, που αναφέρονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, αντικαταστάθηκαν με το συμβολισμό D1, D2,..., D8. Οι δυνατές απαντήσεις σε κάθε ερώτηση συμβολίστηκαν με αριθμητικές μεταβλητές 1, 2, 3... κλπ. (π.χ. στην ερώτηση D1 που αφορά το φύλο, D1.1=Άνδρας και D1.2=Γυναίκα). Οι προτάσεις που αφορούν τους παράγοντες παρακίνησης, αντικαταστάθηκαν με το συμβολισμό F1, F2,..., F12.

#### **4.4. Μετάφραση του ερευνητικού εργαλείου**

Το JSS έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχει κριθεί έγκυρο και αξιόπιστο μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών εργαζομένων. Το πρωτότυπο εργαλείο JSS του Spector, αφού μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα, προσαρμόστηκε από τους Tsounis & Sarafis με σκοπό να χρησιμοποιηθεί σε υπαλλήλους του Ελληνικού Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων.<sup>239</sup> Σε αυτό το πλαίσιο, το JSS μεταφράστηκε στα ελληνικά χρησιμοποιώντας τη διαδικασία μετάφρασης προς τα εμπρός προς τα πίσω. Πρώτον, τα πρωτότυπα αγγλικά του JSS μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα από δύο έμπειρους μεταφραστές. Η αξιολόγηση των προσχεδίων προώθησης μετάφρασης συντελέστηκε από δύο άλλους ερευνητές που



εργάστηκαν ανεξάρτητα και ζήτησαν να επανεξετάσουν κάθε μεταφρασμένο στοιχείο και να επιλέξουν το καταλληλότερο όσον αφορά τη σαφήνεια, την κοινή γλώσσα και την πολιτισμική ποικιλομορφία. Δεύτερον, έγινε επαναμετάφραση του συμφωνηθέντος κειμένου από την ελληνική στην αγγλική γλώσσα, από έναν ερευνητή που δεν είχε πρόσβαση προηγουμένως την αρχική έκδοση. Τρίτον, συντελέστηκε οπισθοδρομική μετάφραση που παραβλήθηκε ως προς την αρχική έκδοση, ενώ έγιναν κρίσεις από δύο άλλους ερευνητές για πιθανοφανείς ανακρίβειες. Τέλος, οι όποιες προκύπτουσες ασυμφωνίες ελέγχθησαν από άλλο επιστήμονα που έκανε τις απαραίτητες προσαρμογές.

#### **4.5. Εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου**

Το ερωτηματολόγιο που έχει επιλεγεί για τη διεξαγωγή της έρευνας και τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων έχει υποβληθεί στους απαραίτητους ελέγχους εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Η φαινομενική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου πρέπει να ελεγχθεί ώστε να διασφαλιστεί ότι οι ενότητες και οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν προκύπτουν από την προηγούμενη θεωρητική ανάλυση. Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου δεν αμφισβητείται, διότι οι ερωτήσεις και οι οδηγίες διατυπώθηκαν με τρόπο κατανοητό και, επιπλέον, ο ερευνητής ήταν παρών σε περίπτωση που οι ερωτώμενοι είχαν απορίες.

Για να αποδειχθεί η αξιοπιστία της μελέτης, είναι απαραίτητο να επαναληφθούν τα αρχικά αποτελέσματα. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να τεκμηριωθεί ότι το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε παρέχει επαρκώς υψηλή εκτίμηση των πραγματικών χαρακτηριστικών ενδιαφέροντος. Ο πιο γνωστός τρόπος αξιολόγησης της αξιοπιστίας είναι ο υπολογισμός της τιμής του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας του Cronbach alpha ( $\alpha$ ). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα αυτού του εργαλείου έχει τεκμηριωθεί σε διάφορα διεθνή περιβάλλοντα. Οι μετρήσεις των οποίων το alpha Cronbach ξεπερνά το 0,60, αξιολογούνται ως αξιόπιστες και υποδηλώνουν ένα αποδεκτό επίπεδο αξιοπιστίας.<sup>240-242</sup> Ο Schmitt πρότεινε ότι δεν υφίσταται γενικό επίπεδο (όπως το 0,70) όπου το άλφα γίνεται αποδεκτό.<sup>243</sup> Στην πραγματικότητα, ένα βασικό χαρακτηριστικό του συντελεστή άλφα, είναι ότι βρίσκεται σε εξάρτηση σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των στοιχείων που εμπλέκονται. Τοιουτοτρόπως, εάν επιθυμούμε να μειώσουμε τα στοιχεία στην έρευνά μας (π.χ. EFA), λόγω αυτού, ένας μικρός αριθμός καλά συσχετισμένων στοιχείων είναι δυνατόν να έχει αρκετά χαμηλό συντελεστή άλφα. Αντίθετα, δεδομένου ότι υπάρχουν περισσότερα στοιχεία, η τιμή του alpha μπορεί να είναι αρκετά υψηλή παρά τη χαμηλή συσχέτιση μεταξύ πολλών από αυτά τα στοιχεία. Επιπλέον, ο Ursally επισήμανε ότι σημαντικές διαφορές στις τιμές του Cronbach Alpha είναι





πιθανές λόγω έμμεσων επιρροών από εξωτερικούς παράγοντες, όπως: ηλικία, φύλο, επίπεδο σπουδών, θρησκεία, αγροτική/αστική ζωή και τύπος έρευνας του υποκειμένου της έρευνας για τους συμμετέχοντες στην έρευνα.<sup>244-246</sup>

**Πίνακας 4.4.: Διαστάσεις της Έρευνας Εργασιακής Ικανοποίησης, Περιγραφές και Cronbach's Alpha**

Διαστάσεις	Περιγραφή των Διαστάσεων	Ερωτήσεις	Spector, 1985	Ελληνική Έρευνα Tsounis & Sarafis, 2018
Αμοιβή	Μισθοί και Αποζημιώσεις	1, 10, 19, 28	0,75	0,62
Προαγωγή	Ευκαιρίες Προαγωγής	2, 11, 20, 33	0,73	0,67
Εποπτεία	Άμεση Εποπτεία	3, 12, 21, 30	0,82	0,87
Πρόσθετες παροχές / προνόμια	Χρηματικές και μη χρηματικές πρόσθετες παροχές, προνόμια και οφέλη	4, 13, 22, 29	0,73	0,73
Ενδεχόμενες ανταμοιβές / Αναγνώριση	Εκτίμηση, αναγνώριση και ανταμοιβές για καλή εργασία και απόδοση	5, 14, 23, 32	0,76	0,71
Λειτουργικές διαδικασίες	Λειτουργικές πολιτικές και διαδικασίες	6, 15, 24, 31	0,62	0,48
Συνάδελφοι	Άτομα με τα οποία υπάρχει συνεργασία	7, 16, 25, 34	0,60	0,67
Η φύση της εργασίας	Τα ίδια τα καθήκοντα της εργασίας	8, 17, 27, 35	0,78	0,74
Επικοινωνία	Επικοινωνία εντός του οργανισμού	9, 18, 26, 36	0,71	0,71
Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση		Όλες οι Ερωτήσεις	0,91	0,87

\* Για να υπολογίσουμε τους συντελεστές Cronbach's Alpha, λάβαμε υπόψη τις προτάσεις του δημιουργού να αντιστρέψουμε 19 από τις δηλώσεις (2,4,6,8,10,12,14,16,18,19,21,23, 24,26,29,31,32,34,36).

#### 4.6. Στατιστική ανάλυση

Ως προς την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (MT), η τυπική απόκλιση (TA), ο διάμεσος (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι ποιοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν με τη χρήση απόλυτων (N) και σχετικών (%) συχνοτήτων. Οι έλεγχοι της σχέσης μεταξύ ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση των ελέγχων Mann-Whitney ή Kruskal-Wallis αντίστοιχα, ενώ οι έλεγχοι της σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, δημιουργήθηκαν με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman (r). Ο συντελεστής συσχέτισης (r) είναι από 0,10 έως 0,30 θεωρείται χαμηλός, από 0,31 έως 0,50 μέτριος και πάνω από 0,50 υψηλός. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) αναπτύχθηκε για τον προσδιορισμό των ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την κλίμακα εργασιακής ικανοποίησης, βάση της οποίας προσδιορίστηκε ο συντελεστής εξάρτησης (β) και το τυπικό σφάλμα (SE) ή η διακύμανσή του. Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach α. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα, με στατιστική σημαντικότητα 0,05. Τα κωδικοποιημένα δεδομένα εισήχθησαν σε αρχείο του στατιστικού προγράμματος SPSS (Statistical Package for Social Sciences), έκδοσης 26.0.



## **4.7. Αποτελέσματα της έρευνας για τους Επαγγελματίες Υγείας στα Νοσοκομεία**

### **4.7.1. Έγκριση της μελέτης στα Νοσοκομεία**

Η Ιατρική σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ενέκρινε το πρωτόκολλο μελέτης. Επιπρόσθετα, η μελέτη διεξήχθη ύστερα από γραπτές εγκρίσεις από τις αρμόδιες θεσμικές επιτροπές δεοντολογίας και έρευνας και από τα δεκατρία νοσοκομεία και από την 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής (αριθμός έγκρισης: 31707-7/6/2019). Οι εγκρίσεις δόθηκαν υπό την προϋπόθεση να μην επιβαρυνθούν οικονομικά τα Νοσοκομεία και να μην δοθούν τα στοιχεία ονομαστικά των Νοσοκομείων για να μην διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία τους. Επιπροσθέτως, ο ερευνητής ενημέρωσε κάθε συμμετέχοντα ως προς το σκοπό της μελέτης. Οι εργαζόμενοι συμμετείχαν εθελοντικά και η συμμετοχή τους βασίζονταν σε γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση πριν από τη συλλογή δεδομένων. Τέλος, διασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Οι ερωτηθέντες ενημερώθηκαν ότι τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς.

### **4.7.2. Ρυθμίσεις και συμμετέχοντες**

Η έρευνα διεξήχθη μεταξύ Ιουλίου 2019 και Δεκεμβρίου 2020, σε 13 επί του συνόλου 24 νοσοκομείων της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Η συγκεκριμένη περιφέρεια που εδρεύει στην περιοχή της Αττικής με πρωτεύουσα την Αθήνα, έχει περίπου 3,75 εκατομμύρια κατοίκους ή περίπου το 35% του συνολικού ελληνικού πληθυσμού.

Τα βασικά κριτήρια ως προς την επιλογή αυτών των νοσοκομείων ήταν (βλέπε Πίνακα 4.5.):

α) οι κατηγορίες των νοσοκομείων. για το λόγο αυτό, η έρευνα εισήχθη σε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες (γενική, παιδιατρική, μαιευτική, ογκολογική), β) μεγάλος αριθμός διαφορετικών κλινικών, γ) νοσοκομεία με μεγάλο αριθμό κλινών αλλά χωρίς να αγνοείται ο ρόλος των μικρότερων νοσοκομείων, δ) ο μεγάλος αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτά τα νοσοκομεία, ε) ο μεγάλος αριθμός υπαλλήλων υγείας που εργάζονται σε αυτά τα νοσοκομεία και ζ) η απαραίτητη έγκριση της έρευνας από τις νοσοκομειακές επιτροπές.

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική μελέτη με 30 εθελοντές συμμετέχοντες για τον εντοπισμό τυχόν προβλημάτων. Επειδή, όλα τα ερωτηματολόγια επεστράφησαν χωρίς να αναφερθούν προβλήματα, δεν έγιναν τροποποιήσεις. Ελέγχθηκε η αξιοπιστία της πιλοτικής



μελέτης, καθώς το Cronbach  $\alpha$  ήταν 0,78, ως εκ τούτου η αξιοπιστία του οργάνου επαληθεύτηκε.

Ο ερευνητής διένειμε το έντυπο ερωτηματολόγιο με ενσωματωμένο έντυπο συγκατάθεσης στους συμμετέχοντες αυτοπροσώπως στους χώρους εργασίας τους. Ήταν ενήλικες (άνω των 18 ετών), επαγγελματίες υγείας που ανήκαν σε ιατρικά, νοσηλευτικά, διοικητικά και τεχνικά τμήματα που εξυπηρετούσαν τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Ο κύριος στόχος της επιλογής εργαζομένων από διάφορους τομείς, αποσκοπεί στο να ληφθούν οι απόψεις μιας διαφορετικής ομάδας ανθρώπων, με σκοπό τα αποτελέσματα να δύνανται γενίκευσης σε μια τεράστια ομάδα του συνολικού πληθυσμού. Οι ερωτώμενοι έπρεπε να έχουν εργαστεί για περισσότερο από έξι μήνες στις αντίστοιχες νοσοκομειακές εγκαταστάσεις την εποχή της έρευνας και να συναινέσουν στη μελέτη. Η μελέτη απέκλεισε τους ασκούμενους, τους εθελοντές και εκείνους που αρνήθηκαν να συναινέσουν στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες διέθεταν μία εβδομάδα για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Όλοι οι εργαζόμενοι, είχαν τη δυνατότητα να αρνηθούν ή και να αναστείλουν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ανά πάσα στιγμή. Ο ερευνητής εγγυήθηκε την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα όλων των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Παραμείναμε προσεκτικοί ως προς τα ονόματα, την ασφάλεια και την ευημερία των συμμετεχόντων. Επίσης οι οργανισμοί παρέμειναν ανώνυμοι χρησιμοποιώντας κωδικούς, όπως H01, H02, και ούτω καθεξής (βλέπε Πίνακα 4.5.). Τέλος, από τα 4.000 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, επιστράφηκαν 3.278 (81,95%).

**Πίνακας 4.5.: Πληθυσμός της έρευνας ανά νοσοκομείο και κατηγορία. Διανεμημένα Ερωτηματολόγια και Ποσοστό Απόκρισης**

N=3.278

Νοσοκομείο	Περίοδος της Έρευνας						Επαγγελματική κατηγορία										
	2019		2020				Ιατροί		Νοσηλεύτριες-τριες		Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας		Σύνολο Δείγματος		Αριθμός Ανεπτυγμένων Κρεβατιών*	Αριθμός Ασθενών*	Ημέρες Περίθαλψης*
	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)			
H 01	X	X	X				108	13,45%	132	7,60%	43	5,82%	283	8,64%	753	53.854	156.876
H 02	X	X	X	X			168	20,92%	290	16,71%	158	21,38%	616	18,80%	933	61.190	281.366
H 03			X	X	X	X	29	3,61%	99	5,70%	74	10,01%	202	6,17%	742	48.660	123.702
H 04		X	X	X	X		90	11,21%	210	12,10%	64	8,66%	364	11,11%	769	58.607	213.147
H 05	X	X	X				59	7,35%	89	5,13%	62	8,39%	210	6,41%	33	28.473	65.299
H 06			X	X	X	X	51	6,35%	122	7,03%	69	9,34%	242	7,39%	428	37.563	104.306
H 07		X	X	X			61	7,60%	181	10,43%	39	5,28%	281	8,58%	802	36.651	125.217
H 08		X	X	X			87	10,83%	90	5,18%	32	4,33%	209	6,38%	469	48.603	119.432
H 09		X	X	X			36	4,48%	119	6,85%	57	7,71%	212	6,47%	556	24.991	118.805
H 10		X	X	X			45	5,60%	111	6,39%	50	6,77%	206	6,29%	376	16.021	52.498
H 11		X	X				29	3,61%	136	7,83%	36	4,87%	201	6,14%	442	14.289	44.787
H 12		X	X	X	X		32	3,99%	132	7,60%	38	5,14%	202	6,17%	175	9.457	33.234
H 13			X				8	1,00%	25	1,44%	17	2,30%	50	1,53%	33	386	4.991
[1] Νοσοκομεία πραγματοποίησης της έρευνας						(N=13)	803	24,50%	1.736	52,96%	739	22,54%	3.278	100%	6.511	438.745	1.443.660
[2] Σύνολο νοσοκομείων στην 1 <sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής						(N=27)	6.277**	31,71%	8.174**	41,29%	5.345**	27,00%	19.796**	100%	8.860	567.817	1.912.488
[3] Σύνολο Νοσοκομείων στο ΕΣΥ						(N=127)									36.441	2.160.596	7.343.348
[4] Ποσοστά Νοσοκομείων έρευνας / Νοσοκομεία Αττικής						= [1] / [2]			12,79%		21,24%		13,83%		16,56%	73,49%	77,27%
[5] Ποσοστά Νοσοκομείων έρευνας / Σύνολο Νοσοκομείων στο ΕΣΥ						= [1] / [3]									17,87%	20,31%	19,66%
[6] Διανεμημένα ερωτηματολόγια έρευνας							1.000	25,00%	2.000	50,00%	1.000	25,00%	4.000	100%			
[7] Ποσοστό απόκρισης						= [1] / [6]		80,30%		86,80%		73,90%		81,95%			
Σημειώσεις :	* Δεδομένα έτους 2020 BI-Forms						Q=Τρίμηνο Έτους										
	** Δεδομένα έτους 2016																



### 4.7.3. Ανάλυση Κανονικότητας

Για την κανονικότητα χρησιμοποιήθηκαν τα τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk. Ως αποτέλεσμα, δεδομένου ότι η τιμή  $p$  ήταν μικρότερη από 0,05 και για τα δύο τεστ, αποφασίστηκε ότι τα δεδομένα δεν ήταν κανονικά κατανομημένα.

### 4.7.4. Κοινωνικοδημογραφική ανάλυση επαγγελματιών υγείας στα Νοσοκομεία

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (2.666, 81,33%) κυρίως λόγω του μεγάλου αριθμού γυναικών νοσηλευτικού προσωπικού (1.736, 52,96%). Οι άνδρες αντιπροσώπευαν τη μειονότητα (612, 18,67%).

**Πίνακας 4.6. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά επαγγελματική κατηγορία**

Χαρακτηριστικά	Επαγγελματικές Κατηγορίες							
	Ιατρικό		Νοσηλευτικό		Λοιπό		Σύνολο	
	Προσωπικό		Προσωπικό		Προσωπικό		Προσωπικού	
	N=803	%	N=1.736	%	N=739	%	N=3.278	%
<b>Φύλο</b>								
Άνδρες	294	36,61	150	8,64	168	22,73	612	18,67
Γυναίκες	509	63,39	1.586	91,36	571	77,27	2.666	81,33
<b>Ηλικία</b>								
< 25 έτη	5	0,62	32	1,84	12	1,62	49	1,49
26-35 έτη	236	29,39	243	14,00	41	5,55	520	15,86
36-45 έτη	273	34,00	612	35,25	205	27,74	1.090	33,25
46-55 έτη	210	26,15	723	41,65	318	43,03	1.251	38,16
56 > έτη	79	9,84	126	7,26	163	22,06	368	11,23
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>								
Παντρεμένος/η	385	47,95	1.170	67,40	499	67,52	2.054	62,66
Ελεύθερος/η	393	48,94	431	24,83	152	20,57	976	29,77
Διαζευγμένος/η	24	2,99	124	7,14	62	8,39	210	6,41
Χήρος/α	1	0,12	11	0,63	26	3,52	38	1,16
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>								
Υποχρεωτική	0	0,00	7	0,40	43	5,82	50	1,53
Δευτεροβάθμια	0	0,00	313	18,03	328	44,38	641	19,55
Τριτοβάθμια	559	69,61	1.099	63,31	294	39,78	1.952	59,55
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	244	30,39	317	18,26	74	10,01	635	19,37
<b>Κατάσταση απασχόλησης</b>								
Μόνιμος/η	425	52,93	1.590	91,59	640	86,60	2.655	80,99
Προσωρινός/η	378	47,07	146	8,41	99	13,40	623	19,01
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>								
< 5 έτη	290	36,11	221	12,73	124	16,78	635	19,37
6-10 έτη	158	19,68	158	9,10	74	10,01	390	11,90
11-15 έτη	114	14,20	376	21,66	88	11,91	578	17,63
16-20 έτη	135	16,81	457	26,32	144	19,49	736	22,45
20 > έτη	106	13,20	524	30,18	309	41,81	939	28,65
<b>Οικονομική κατάσταση</b>								
Δεν μπορώ να ανταπεξέλθω στις οικονομικές μου υποχρεώσεις	2	0,25	70	4,03	55	7,44	127	3,87
Τα καταφέρνω οικονομικά με μεγάλες δυσκολίες	108	13,45	716	41,24	363	49,12	1.187	36,21
Τα καταφέρνω οικονομικά αλλά δεν έχω πολλά στην άκρη	570	70,98	871	50,17	274	37,08	1.715	52,32
Είμαι άνετος οικονομικά	105	13,08	31	1,79	25	3,38	161	4,91
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	18	2,24	48	2,76	22	2,98	88	2,68



Η ηλικιακή κατανομή ήταν: 1,49% κάτω των 25 ετών, 15,86% μεταξύ 26-35, 33,25% μεταξύ 36-45, 38,16% μεταξύ 46-55 και 11,23% άνω των 56. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (59,55%), ενώ το 19,37% είχε μεταπτυχιακές σπουδές. Όσον αφορά το καθεστώς απασχόλησης, η πλειοψηφία εργαζόταν ως μόνιμο προσωπικό (2.655, 80,99%) και μόνο 623 (19,01%) υπάλληλοι εργάζονταν ως έκτακτοι υπάλληλοι. Όσον αφορά τη διάρκεια υπηρεσίας, το 19,37% είχε ηλικία κάτω των 5 ετών, το 11,90% των συμμετεχόντων στη μελέτη είχε εργαστεί από 6 έως 10 έτη, το 17,63% από 11 έως 15 έτη, το 22,45% από 16 έως 20 έτη, ενώ το 28,65% είχε εργαστεί για περισσότερο από 20 χρόνια. Περίπου οι μισοί εργαζόμενοι δήλωσαν ότι κατάφεραν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές τους υποχρεώσεις, αλλά χωρίς να έχουν πολλά χρήματα στην άκρη ενώ 4 στους 10 αντιμετώπισαν μεγαλύτερα οικονομικά προβλήματα.

Σε μια κλίμακα από το 1 έως το 6, οι άνδρες ερωτηθέντες ήταν λίγο πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με την εργασία τους, σε σύγκριση με το γυναικείο προσωπικό. Η συνολική βαθμολογία ήταν 3,49, που δεν υποδηλώνει ούτε ικανοποίηση ούτε δυσαρέσκεια μεταξύ του προσωπικού. Η συνολική βαθμολογία της γυναικείας εργασιακής ικανοποίησης ήταν 3,30. Τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με τους «Συνεργάτες»: 4,37/4,23 και «Φύση εργασίας»: 4,34/4,34 αντίστοιχα. Και τα δύο φύλα ήταν λιγότερο ικανοποιημένα με «Πληρωμή»: 2,42/2,05 και «Πρόωθηση»: 2,77/2,38 αντίστοιχα. Μόνο στις πτυχές ικανοποίησης από την εργασία «Εποπτεία» οι γυναίκες που απάντησαν ανέφεραν ότι ήταν ελαφρώς πιο ικανοποιημένες από τους άνδρες συναδέλφους τους: 4,61/4,67 αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια ασθενή συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο των ερωτηθέντων και των πτυχών της εργασιακής ικανοποίησης. Σε μια περισσότερο λεπτομερή ανάλυση της ηλικίας, ήταν δυνατό να εντοπιστούν διαφορές στην εργασιακή ικανοποίηση ανά ηλικιακή ομάδα. Αν και οι διαφορές ήταν μικρές (M=3,30-3,60), οι νεότεροι ερωτηθέντες στην περιοχή  $\leq 25$  ετών (M=3,60), έδειξαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης σε σύγκριση με τις ενδιάμεσες ηλικιακές ομάδες. Οι ερωτηθέντες μεταξύ 46 και 55 ετών (M=3,30) εξέφρασαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (βλέπε Πίνακα 4.6.).

#### **4.7.5. Η εργασιακή ικανοποίηση ως προς τις διαστάσεις της εργασίας**

##### **4.7.5.1. Αποτελέσματα της διάστασης «αμοιβές» στα Νοσοκομεία**

Για τη διάσταση των «αμοιβών», τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας παρουσιάζονται στον ακόλουθο Πίνακα 4.7., περιλαμβάνονται οι απαντήσεις για κάθε μια



από τις τέσσερις ερωτήσεις της διάστασης που αναφέρεται στις αμοιβές, ύστερα από την αντιστροφή της βαθμολογίας στις διατυπωμένες με αρνητικό τρόπο προτάσεις. Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας στην έρευνα μας εξέφρασαν δυσαρέσκεια ιδιαίτερα με τις παρεχόμενες αμοιβές (87,73%), αλλά και με τις προοπτικές αυτής (90,21%).

**Πίνακας 4.7.: Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με τις "Αμοιβές"**

N=3.278

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q1 (+) Αισθάνομαι ότι η αμοιβή μου είναι δίκαιη για τη δουλειά που προσφέρω	Ιατροί	(N)	101	162	150	413	348	39	3	390
		(%)	12,58	20,17	18,68	51,43	43,34	4,86	0,37	48,57
	Νοσηλευτές	(N)	523	697	365	1.585	82	47	22	151
		(%)	30,13	40,15	21,03	91,30	4,72	2,71	1,27	8,70
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	162	240	205	607	72	43	17	132
		(%)	21,92	32,48	27,74	82,14	9,74	5,82	2,30	17,86
Σύνολο		(N)	786	1.099	720	2.605	502	129	42	673
		(%)	23,98	33,53	21,96	79,47	15,31	3,94	1,28	20,53
Q10 (-) Οι αυξήσεις είναι μικρές και δεν είναι συχνές	Ιατροί	(N)	10	4	16	30	193	309	271	773
		(%)	1,25	0,50	1,99	3,74	24,03	38,48	33,75	96,26
	Νοσηλευτές	(N)	50	14	11	75	68	568	1.025	1.661
		(%)	2,88	0,81	0,63	4,32	3,92	32,72	59,04	95,68
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	34	15	13	62	30	198	449	677
		(%)	4,60	2,03	1,76	8,39	4,06	26,79	60,76	91,61
Σύνολο		(N)	94	33	40	167	291	1.075	1.745	3.111
		(%)	2,87	1,01	1,22	5,09	8,88	32,79	53,23	94,91
Q19 (-) Αισθάνομαι ότι δεν εκτιμούν ιδιαίτερα τη δουλειά μου όταν σκέφτομαι το μισθό που μου δίνουν	Ιατροί	(N)	19	38	121	178	323	206	96	625
		(%)	2,37	4,73	15,07	22,17	40,22	25,65	11,96	77,83
	Νοσηλευτές	(N)	26	48	64	138	238	840	520	1.598
		(%)	1,50	2,76	3,69	7,95	13,71	48,39	29,95	92,05
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	28	43	61	132	136	299	172	607
		(%)	3,79	5,82	8,25	17,86	18,40	40,46	23,27	82,14
Σύνολο		(N)	73	129	246	448	697	1.345	788	2.830
		(%)	2,23	3,94	7,50	13,67	21,26	41,03	24,04	86,33
Q28 (+) Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις προοπτικές που υπάρχουν για αύξηση του μισθού μου	Ιατροί	(N)	162	248	275	685	80	27	11	118
		(%)	20,17	30,88	34,25	85,31	9,96	3,36	1,37	14,69
	Νοσηλευτές	(N)	810	680	114	1.604	77	37	18	132
		(%)	46,66	39,17	6,57	92,40	4,44	2,13	1,04	7,60
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	359	252	57	668	37	17	17	71
		(%)	48,58	34,10	7,71	90,39	5,01	2,30	2,30	9,61
Σύνολο		(N)	1.331	1.180	446	2.957	194	81	46	321
		(%)	40,60	36,00	13,61	90,21	5,92	2,47	1,40	9,79
Ικανοποίηση από τις Αμοιβές	Γενικό Σύνολο	(N)	1.163	1.175	539	2.876	246	93	64	402
		(%)	35,46	35,84	16,43	87,73	7,49	2,84	1,94	12,27

Σύμφωνα με τους επαγγελματίες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, δεν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα αμοιβών τους και συνεπώς από τους μισθούς που λαμβάνουν, αλλά ούτε





από τις πολιτικές που σχετίζονται με αυτούς. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία συχνά αισθάνονται ότι η εργασία τους δεν εκτιμάται αναλογικά με το μισθό τους και ότι οι προσπάθειές τους δεν αντικατοπτρίζονται πλήρως. Ένα σημαντικό ποσοστό (94,91%) πιστεύει επίσης, ότι ακόμη και αν λάβουν αύξηση μισθού, αυτή δεν θα είναι σημαντική, ενώ δεν ευελπιστούν ότι θα λάβουν μια πιο ικανοποιητική αύξηση μισθού στο μέλλον. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με εκείνα των Mosadegrad et al. (2008), οι οποίοι διαπίστωσαν ένα ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από τους μισθούς.<sup>247</sup>

#### 4.7.5.2. Αποτελέσματα της διάστασης «προαγωγή» στα Νοσοκομεία

Οι επαγγελματίες υγείας στην έρευνα αυτή, δήλωσαν έντονα ότι δεν υπάρχουν ευκαιρίες εξέλιξης στο χώρο εργασίας τους. Το 80,58% εξέφρασε συνολική αρνητική άποψη, ενώ το 82,06% εκδήλωσε επίσης δυσαρέσκεια με τις προοπτικές αυτής, μόνο το 19,42% θεώρησε ότι υπάρχουν ευκαιρίες για προαγωγές στον εργασιακό χώρο του. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία φαίνεται να πιστεύουν ότι όχι μόνο είναι δύσκολο να προαχθούν, αλλά και ότι δεν υπάρχουν κίνητρα προαγωγής που θα τους βοηθήσουν να εντείνουν τις προσπάθειές τους. Σύμφωνα με τον Rajkumar (2013), οι ευκαιρίες προαγωγής στον εργασιακό χώρο αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για τη συνολική ικανοποίηση που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι.<sup>248</sup> Τέλος, το 78% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι ευκαιρίες προαγωγής δεν σχετίζονται με την απόδοσή τους και το 84,17% θεωρεί ότι η προαγωγή δεν είναι το ίδιο γρήγορη όπως σε άλλους τομείς. Για την εργασιακή διάσταση «προαγωγή» τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, παρουσιάζονται στον ακόλουθο Πίνακα 4.8.

**Πίνακας 4.8. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με την "Προαγωγή"**

		N=3.278								
Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q2 (-) Υπάρχουν λίγες πιθανότητες για προαγωγή στην εργασία μου	Ιατροί	(N)	12	67	211	290	242	182	89	513
		(%)	1,49	8,34	26,28	36,11	30,14	22,67	11,08	63,89
	Νοσηλευτές	(N)	69	93	130	292	564	569	311	1.444
		(%)	3,97	5,36	7,49	16,82	32,49	32,78	17,91	83,18
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	37	43	57	137	218	232	152	602
		(%)	5,01	5,82	7,71	18,54	29,50	31,39	20,57	81,46
	Σύνολο	(N)	118	203	398	719	1.024	983	552	2.559
		(%)	3,60	6,19	12,14	21,93	31,24	29,99	16,84	78,07
Q11 (+) Εκείνοι που διεκπεραιώνουν καλά τα καθήκοντα τους έχουν αρκετά καλές πιθανότητες να πάρουν προαγωγή	Ιατροί	(N)	129	171	175	475	285	36	7	328
		(%)	16,06	21,30	21,79	59,15	35,49	4,48	0,87	40,85
	Νοσηλευτές	(N)	551	649	303	1.503	171	39	23	233
		(%)	31,74	37,38	17,45	86,58	9,85	2,25	1,32	13,42
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	191	254	134	579	98	42	20	160
		(%)	25,85	34,37	18,13	78,35	13,26	5,68	2,71	21,65
	Σύνολο	(N)	871	1.074	612	2.557	554	117	50	721
		(%)	26,57	32,76	18,67	78,00	16,90	3,57	1,53	22,00



Q20 (+) Οι άνθρωποι που δουλεύουν εδώ μπορούν να ανεληχθούν τόσο γρήγορα, όσο και αν δούλευαν οπουδήποτε αλλού	Ιατροί	(N)	124	261	195	580	196	24	3	223
		(%)	15,44	32,50	24,28	72,23	24,41	2,99	0,37	27,77
	Νοσηλευτές	(N)	536	754	267	1.557	103	51	25	179
		(%)	30,88	43,43	15,38	89,69	5,93	2,94	1,44	10,31
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	192	285	145	622	69	29	19	117
		(%)	25,98	38,57	19,62	84,17	9,34	3,92	2,57	15,83
	Σύνολο	(N)	852	1.300	607	2.759	368	104	47	519
		(%)	25,99	39,66	18,52	84,17	11,23	3,17	1,43	15,83
Q33 (+) Είμαι ικανοποιημένος /η από τις προοπτικές που υπάρχουν για μια πιθανή παραγωγή μου	Ιατροί	(N)	117	200	235	552	212	33	6	251
		(%)	14,57	24,91	29,27	68,74	26,40	4,11	0,75	31,26
	Νοσηλευτές	(N)	539	706	276	1.521	141	57	17	215
		(%)	31,05	40,67	15,90	87,62	8,12	3,28	0,98	12,38
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	208	274	135	617	72	35	15	122
		(%)	28,15	37,08	18,27	83,49	9,74	4,74	2,03	16,51
	Σύνολο	(N)	864	1.180	646	2.690	425	125	38	588
		(%)	26,36	36,00	19,71	82,06	12,97	3,81	1,16	17,94%
Ικανοποίηση από τις Προαγωγές	Γενικό Σύνολο	(N)	785	1.134	722	2.641	436	137	63	637
		(%)	23,94	34,60	22,03	80,58	13,31	4,19	1,93	19,42

#### 4.7.5.3. Αποτελέσματα της διάστασης «εποπτεία» στα Νοσοκομεία

Τα αποτελέσματα για τη διάσταση «εποπτεία» είναι ικανοποιητικά και παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα 4.9. Ως προς τις ερωτήσεις που αναφέρονται στην απόδοση των προϊσταμένων και τις ικανότητες εκτέλεσης της εργασίας, αυτές έδειξαν ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι αξιολογούν θετικά τους προϊσταμένους τους. Το αποτέλεσμα αυτό, έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, τα οποία δείχνουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων είναι χαμηλή λόγω προβλημάτων και συγκρούσεων με τους προϊσταμένους.<sup>249</sup> Ωστόσο, στην ερώτηση εάν ο/η προϊστάμενος/η ενδιαφέρεται ελάχιστα για τα αισθήματα των εργαζομένων του τμήματος το οποίο διοικούν, το 23,37% του δείγματος διαφωνεί, ενώ το 76,63% συμφωνεί με τη διατύπωση ότι οι προϊστάμενοι δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τα αισθήματα των υφιστάμενών τους.

#### 4.9. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με την "Εποπτεία"

		N=3.278								
Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q3 (+) Ο/Η προϊστάμενος/η μου είναι αρκετά ικανός/η στη δουλειά του/της	Ιατροί	(N)	9	14	18	41	104	545	113	762
		(%)	1,12	1,74	2,24	5,11	12,95	67,87	14,07	94,89
	Νοσηλευτές	(N)	26	64	55	145	382	789	420	1.591
		(%)	1,50	3,69	3,17	8,35	22,00	45,45	24,19	91,65
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	25	36	29	90	185	281	183	649
		(%)	3,38	4,87	3,92	12,18	25,03	38,02	24,76	87,82
	Σύνολο	(N)	60	114	102	276	671	1.615	716	3.002
		(%)	1,83	3,48	3,11	8,42	20,47	49,27	21,84	91,58



Q12 (-) O/H προϊστάμενος/η είναι άδίκος μαζί μου	Ιατροί	(N)	144	469	134	747	35	12	9	56
		(%)	17,93	58,41	16,69	93,03	4,36	1,49	1,12	6,97
	Νοσηλευτές	(N)	471	650	397	1.518	126	64	28	218
		(%)	27,13	37,44	22,87	87,44	7,26	3,69	1,61	12,56
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	204	230	167	601	72	43	23	138
	(%)	27,60	31,12	22,60	81,33	9,74	5,82	3,11	18,67	
	Σύνολο	(N)	819	1.349	698	2.866	233	119	60	412
		(%)	24,98	41,15	21,29	87,43	7,11	3,63	1,83	12,57
Q21 (-) O/H προϊστάμενος/η δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της	Ιατροί	(N)	79	299	279	657	85	41	20	146
		(%)	9,84	37,24	34,74	81,82	10,59	5,11	2,49	18,18
	Νοσηλευτές	(N)	294	592	432	1.318	244	118	56	418
		(%)	16,94	34,10	24,88	75,92	14,06	6,80	3,23	24,08
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	150	214	173	537	108	51	43	202
	(%)	20,30	28,96	23,41	72,67	14,61	6,90	5,82	27,33	
	Σύνολο	(N)	523	1.105	884	2.512	437	210	119	766
		(%)	15,95	33,71	26,97	76,63	13,33	6,41	3,63	23,37
Q30 (+) Συμπαθό τον προϊστάμενο/η μου	Ιατροί	(N)	7	9	17	33	99	546	125	770
		(%)	0,87	1,12	2,12	4,11	12,33	68,00	15,57	95,89
	Νοσηλευτές	(N)	18	19	48	85	490	720	441	1651
		(%)	1,04	1,09	2,76	4,90	28,23	41,47	25,40	95,10
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	13	17	20	50	196	266	227	689
	(%)	1,76	2,30	2,71	6,77	26,52	35,99	30,72	93,23	
	Σύνολο	(N)	38	45	85	168	785	1.532	793	3.110
		(%)	1,16	1,37	2,59	5,13	23,95	46,74	24,19	94,87
Ικανοποίηση από την Εποπτεία	Γενικό Σύνολο	(N)	69	122	214	406	760	1.400	713	2.873
		(%)	2,11	3,72	6,54	12,37	23,17	42,72	21,74	87,63

#### 4.7.5.4. Αποτελέσματα της διάστασης «πρόσθετες παροχές» στα Νοσοκομεία

Ως προς τη διάσταση «πρόσθετες παροχές», τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας παρουσιάζονται στον κάτωθι Πίνακα 4.10.

#### 4.10. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με τις "Πρόσθετες παροχές"

N=3.278

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Σύνολο	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Σύνολο
			πολύ	Αρκετά	Λίγο	Διαφωνίας	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q4 (-) Δεν είμαι ικανοποιημένος/ η από τα προνόμια που μου προσφέρει η εργασία μου	Ιατροί	(N)	14	76	334	424	199	116	64	379
		(%)	1,74	9,46	41,59	52,80	24,78	14,45	7,97	47,20
	Νοσηλευτές	(N)	45	92	220	357	595	555	229	1.379
		(%)	2,59	5,30	12,67	20,56	34,27	31,97	13,19	79,44
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	29	55	117	201	274	168	96	538
	(%)	3,92	7,44	15,83	27,20	37,08	22,73	12,99	72,80	
	Σύνολο	(N)	88	223	671	982	1.068	839	389	2.296
		(%)	2,68	6,80	20,47	29,96	32,58	25,59	11,87	70,04
Q13 (+) Τα προνόμια που αποκομίζω από την εργασία μου, είναι τόσο καλά όσο και αυτά που αποκομίζουν οι υπάλληλοι άλλων δημοσίων υπηρεσιών	Ιατροί	(N)	109	242	263	614	143	45	1	189
		(%)	13,57	30,14	32,75	76,46	17,81	5,60	0,12	23,54
	Νοσηλευτές	(N)	615	712	255	1.582	93	45	16	154
		(%)	35,43	41,01	14,69	91,13	5,36	2,59	0,92	8,87
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	185	275	125	585	92	44	18	154
	(%)	25,03	37,21	16,91	79,16	12,45	5,95	2,44	20,84	
	Σύνολο	(N)	909	1.229	643	2.781	328	134	35	497
		(%)	27,73	37,49	19,62	84,84	10,01	4,09	1,07	15,16



Q22 (+) Τα προνόμια που μας προσφέρει η εργασία μας είναι ικανοποιητικά	Ιατροί	(N)	59	112	140	311	424	65	3	492
		(%)	7,35	13,95	17,43	38,73	52,80	8,09	0,37	61,27
	Νοσηλεύτες	(N)	300	679	450	1.429	216	82	9	307
		(%)	17,28	39,11	25,92	82,32	12,44	4,72	0,52	17,68
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	111	206	233	550	120	57	12	189
		(%)	15,02	27,88	31,53	74,42	16,24	7,71	1,62	25,58
Σύνολο	(N)	470	997	823	2.290	760	204	24	988	
	(%)	14,34	30,41	25,11	69,86	23,18	6,22	0,73	30,14	
Q29 (-) Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ τα δικαιούμαστε	Ιατροί	(N)	15	48	305	368	228	128	79	435
		(%)	1,87	5,98	37,98	45,83	28,39	15,94	9,84	54,17
	Νοσηλεύτες	(N)	34	44	75	153	635	561	387	1.583
		(%)	1,96	2,53	4,32	8,81	36,58	32,32	22,29	91,19
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	32	42	83	157	265	183	134	582
		(%)	4,33	5,68	11,23	21,24	35,86	24,76	18,13	78,76
Σύνολο	(N)	81	134	463	678	1.128	872	600	2.600	
	(%)	2,47	4,09	14,12	20,68	34,41	26,60	18,30	79,32	
Ικανοποίηση από τις Πρόσθετες Παροχές	Γενικό Σύνολο	(N)	592	984	916	2.492	556	174	57	786
	(%)	18,06	30,03	27,93	76,01	16,95	5,30	1,74	23,99	

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (76,01%) στην έρευνά μας παρουσιάζονται δυσαρεστημένοι ως προς τις πρόσθετες παροχές που τους παρέχονται, τέτοιες είναι: οι άδειες, η ασφαλιστική κάλυψη, οι συνταξιοδοτικές προοπτικές που ενδέχεται να λάβουν στο μέλλον κλπ. Οι ερωτώμενοι, θεωρούν ότι τα προνόμια που αποκομίζουν (84,84%) είναι κατώτερα, σε σχέση με υπαλλήλους άλλων δημοσίων υπηρεσιών.

#### 4.7.5.5. Αποτελέσματα της διάστασης «ενδεχόμενες ανταμοιβές και αναγνώριση» στα Νοσοκομεία

Τα αποτελέσματα της διάστασης «ανταμοιβές και αναγνώριση» αναπτύσσονται στον κάτωθι Πίνακα 4.11. Από την επεξεργασία των δεδομένων προκύπτει, ότι υπάρχει μια δυσαρέσκεια (69,77%) σε σχέση με την αναγνώριση της εργασίας τους, ενώ ποσοστό 30,23% του δυναμικού δηλώνει ικανοποίηση. Η ηθική αναγνώριση θεωρείται σπάνια (78,43%).

4.11. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με τις "Ενδεχόμενες ανταμοιβές / Αναγνώριση"										
								N=3.278		
Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών	Διαφωνώ πολύ 1	Διαφωνώ Αρκετά 2	Διαφωνώ Λίγο 3	Σύνολο Διαφωνίας =1+2+3	Συμφωνώ Λίγο 4	Συμφωνώ Αρκετά 5	Συμφωνώ Πολύ 6	Σύνολο Συμφωνίας =4+5+6	
Q5 (+) Όταν κάνω τη δουλειά μου σωστά, αποκομίζω την αναγνώριση που θα έπρεπε	Ιατροί	(N)	43	84	108	235	421	133	14	568
		(%)	5,35	10,46	13,45	29,27	52,43	16,56	1,74	70,73
	Νοσηλεύτες	(N)	182	462	486	1.130	356	190	60	606
		(%)	10,48	26,61	28,00	65,09	20,51	10,94	3,46	34,91
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	92	121	206	419	186	88	46	320
		(%)	12,45	16,37	27,88	56,70	25,17	11,91	6,22	43,30
Σύνολο	(N)	317	667	800	1.784	963	411	120	1.494	
	(%)	9,67	20,35	24,41	54,42	29,38	12,54	3,66	45,58	



Q14 (-) Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω εκτιμάται όπως πρέπει	Ιατροί	(N)	14	75	352	441	178	131	53	362
		(%)	1,74	9,34	43,84	54,92	22,17	16,31	6,60	45,08
	Νοσηλευτές	(N)	50	74	170	294	643	495	304	1.442
		(%)	2,88	4,26	9,79	16,94	37,04	28,51	17,51	83,06
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	34	76	98	208	266	155	110	531
		(%)	4,60	10,28	13,26	28,15	35,99	20,97	14,88	71,85
	Σύνολο	(N)	98	225	620	943	1.087	781	467	2.335
		(%)	2,99	6,86	18,91	28,77	33,16	23,83	14,25	71,23
Q23 (-) Οι πιθανότητες για να ανταμειφθεί ηθικά κάποιος που εργάζεται εδώ είναι λίγες	Ιατροί	(N)	59	112	140	311	424	65	3	492
		(%)	7,35	13,95	17,43	38,73	52,80	8,09	0,37	61,27
	Νοσηλευτές	(N)	43	88	130	261	570	626	279	1.475
		(%)	2,48	5,07	7,49	15,03	32,83	36,06	16,07	84,97
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	18	50	67	135	234	225	145	604
		(%)	2,44	6,77	9,07	18,27	31,66	30,45	19,62	81,73
	Σύνολο	(N)	120	250	337	707	1.228	916	427	2.571
		(%)	3,66	7,63	10,28	21,57	37,46	27,94	13,03	78,43
Q32 (-) Δεν πιστεύω ότι οι προσπάθειες μου αναγνωρίζο- νται στον βαθμό που θα έπρεπε	Ιατροί	(N)	12	63	329	404	198	153	48	399
		(%)	1,49	7,85	40,97	50,31	24,66	19,05	5,98	49,69
	Νοσηλευτές	(N)	28	69	146	243	641	553	299	1.493
		(%)	1,61	3,97	8,41	14,00	36,92	31,85	17,22	86,00
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	20	56	97	173	248	206	112	566
		(%)	2,71	7,58	13,13	23,41	33,56	27,88	15,16	76,59
	Σύνολο	(N)	60	188	572	820	1.087	912	459	2.458
		(%)	1,83	5,74	17,45	25,02	33,16	27,82	14,00	74,98
Iκανοποίηση από τις Ενδεχόμενες ανταμοιβές / Αναγνώριση	Γενικό Σύνολο	(N)	418	819	1.051	2.287	623	269	100	991
		(%)	12,74	24,98	32,05	69,77	19,01	8,19	3,04	30,23

#### 4.7.5.6. Αποτελέσματα της διάστασης «ισχύουσες διαδικασίες» στα Νοσοκομεία

Τα αποτελέσματα σε σχέση με τη «λειτουργία του οργανισμού και τις ισχύουσες διαδικασίες» παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.12., όπου οι 2 στους 3 δηλώνουν ότι αρκετές από τις διαδικασίες που ακολουθούνται κάνουν τη διεκπεραίωση των εργασιών τους πιο δύσκολη. Επίσης, δηλώνουν υψηλό φόρτο (94,14%) και όγκο γραφικής εργασίας (68,64%). Ως προς την ερώτηση, για το εάν οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εργασία τους λόγω γραφειοκρατικών διαδικασιών, οι απαντήσεις φαίνονται περίπου μοιρασμένες, καθώς ένα ποσοστό 53,84% συμφωνεί, ενώ ένα άλλο ποσοστό 46,16% διαφωνεί.

4.12. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με τις "Ισχύουσες Διαδικασίες"		N=3.278								
Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ 1	Διαφωνώ Αρκετά 2	Διαφωνώ Λίγο 3	Σύνολο Διαφωνίας =1+2+3	Συμφωνώ Λίγο 4	Συμφωνώ Αρκετά 5	Συμφωνώ Πολύ 6	Σύνολο Συμφωνίας =4+5+6
Q6(-) Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθεί ο	Ιατροί	(N)	6	20	152	178	367	168	90	625
		(%)	0,75	2,49	18,93	22,17	45,70	20,92	11,21	77,83
	Νοσηλευτές	(N)	24	66	189	279	719	515	223	1457



οργανισμός στον οποίο απασχολούμαι έχουν ως αποτέλεσμα να κάνουν τη δουλειά μου πιο δύσκολη		(%)	1,38	3,80	10,89	16,07	41,42	29,67	12,85	83,93
	Λοιποί	(N)	21	29	81	131	281	194	133	608
	επαγγελματίες	(%)	2,84	3,92	10,96	17,73	38,02	26,25	18,00	82,27
	Σύνολο	(N)	51	115	422	588	1.367	877	446	2.690
		(%)	1,56	3,51	12,87	17,94	41,70	26,75	13,61	82,06
Q15(+). Οι προσπάθειες μου για να κάνω σωστή δουλειά σπανίως "μπλοκάρονται" από τη γραφειοκρατία	Ιατροί	(N)	78	92	134	304	378	99	22	499
		(%)	9,71	11,46	16,69	37,86	47,07	12,33	2,74	62,14
	Νοσηλεύτές	(N)	145	209	480	834	571	236	95	902
		(%)	8,35	12,04	27,65	48,04	32,89	13,59	5,47	51,96
	Λοιποί	(N)	98	122	155	375	213	97	54	364
	επαγγελματίες	(%)	13,26	16,51	20,97	50,74	28,82	13,13	7,31	49,26
Σύνολο	(N)	321	423	769	1.513	1.162	432	171	1.765	
		(%)	9,79	12,90	23,46	46,16	35,45	13,18	5,22	53,84
Q24(-) Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας	Ιατροί	(N)	8	6	27	41	136	534	92	762
		(%)	1,00	0,75	3,36	5,11	16,94	66,50	11,46	94,89
	Νοσηλεύτές	(N)	10	22	54	86	342	883	425	1650
		(%)	0,58	1,27	3,11	4,95	19,70	50,86	24,48	95,05
	Λοιποί	(N)	11	18	36	65	176	318	180	674
	επαγγελματίες	(%)	1,49	2,44	4,87	8,80	23,82	43,03	24,36	91,20
Σύνολο	(N)	29	46	117	192	654	1.735	697	3.086	
		(%)	0,88	1,40	3,57	5,86	19,95	52,93	21,26	94,14
Q31(-). Στη δουλειά μου, έχω πάρα πολύ μεγάλο όγκο γραφικής εργασίας	Ιατροί	(N)	8	39	102	149	319	257	78	654
		(%)	1,00	4,86	12,70	18,56	39,73	32,00	9,71	81,44
	Νοσηλεύτές	(N)	75	230	399	704	489	371	172	1032
		(%)	4,32	13,25	22,98	40,55	28,17	21,37	9,91	59,45
	Λοιποί	(N)	37	59	79	175	163	242	159	564
	επαγγελματίες	(%)	5,01	7,98	10,69	23,68	22,06	32,75	21,52	76,32
Σύνολο	(N)	120	328	580	1.028	971	870	409	2.250	
		(%)	3,66	10,01	17,69	31,36	29,62	26,54	12,48	68,64
Ικανοποίηση από τις Ισχύουσες διαδικασίες	Σύνολο	(N)	468	976	940	2.385	570	230	93	893
		(%)	14,28	29,78	28,68	72,75	17,40	7,02	2,83	27,25

#### 4.7.5.7. Αποτελέσματα της διάστασης «συνάδελφοι» στα Νοσοκομεία

Τα αποτελέσματα για τη διάσταση «συνάδελφοι» παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.13. και όπως προκύπτει από την αξιολόγηση, υπάρχει ικανοποίηση (73,16%), ενώ η σχέση τους με τους άλλους συναδέλφους κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ως προς την ερώτηση, για το εάν πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι εργάζονται παραπάνω εξαιτίας της ανικανότητας που δείχνουν οι συνάδελφοί τους, παρουσιάζεται μια αναλογία 62-38 στις απαντήσεις που δόθηκαν. Το 62% διαφωνούν με τη διατύπωση της ερώτησης, ενώ η μειοψηφία (38%) εκτιμά ότι εργάζεται παραπάνω στο τμήμα του λόγω της ανικανότητας κάποιων συναδέλφων.



#### 4.13. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με τους "Συναδέλφους"

N=3.278

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q7 (+) Σε γενικές γραμμές συμπαθώ τους συναδέλφους	Ιατροί	(N)	2	4	3	9	42	505	247	794
		(%)	0,25	0,50	0,37	1,12	5,23	62,89	30,76	98,88
	Νοσηλευτές	(N)	5	10	24	39	239	1028	430	1.697
		(%)	0,29	0,58	1,38	2,25	13,77	59,22	24,77	97,75
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	5	7	7	19	105	400	215	720
		(%)	0,68	0,95	0,95	2,57	14,21	54,13	29,09	97,43
Σύνολο	(N)	12	21	34	67	386	1.933	892	3.211	
	(%)	0,37	0,64	1,04	2,04	11,78	58,97	27,21	97,96	
Q16 (-) Πιστεύω ότι πρέπει να δουλεύω περισσότερο στη δουλειά μου εξαιτίας της ανικανότητας των συναδέλφων μου	Ιατροί	(N)	51	314	239	604	124	52	23	199
		(%)	6,35	39,10	29,76	75,22%	15,44	6,48	2,86	24,78
	Νοσηλευτές	(N)	150	284	594	1.028	450	163	95	708
		(%)	8,64	16,36	34,22	59,22	25,92	9,39	5,47	40,78
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	81	104	216	401	181	90	67	338
		(%)	10,96	14,07	29,23	54,26	24,49	12,18	9,07	45,74
Σύνολο	(N)	282	702	1.049	2.033	755	305	185	1.245	
	(%)	8,60	21,42	32,00	62,02	23,03	9,30	5,64	37,98	
Q25 (+) Περνάω καλά με τους συναδέλφους μου	Ιατροί	(N)	5	10	17	32	96	527	148	771
		(%)	0,62	1,25	2,12	3,99	11,96	65,63	18,43	96,01
	Νοσηλευτές	(N)	16	29	75	120	429	875	312	1.616
		(%)	0,92	1,67	4,32	6,91	24,71	50,40	17,97	93,09
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	6	13	38	57	201	321	160	682
		(%)	0,81	1,76	5,14	7,71	27,20	43,44	21,65	92,29
Σύνολο	(N)	27	52	130	209	726	1.723	620	3.069	
	(%)	0,82	1,59	3,97	6,38	22,15	52,56	18,91	93,62	
Q34 (-) Υπάρχουν αρκετοί διαπληκτισμοί και συγκρούσεις στη δουλειά μου	Ιατροί	(N)	33	90	383	506	187	84	26	297
		(%)	4,11	11,21	47,70	63,01	23,29	10,46	3,24	36,99
	Νοσηλευτές	(N)	72	170	279	521	814	293	108	1.215
		(%)	4,15	9,79	16,07	30,01	46,89	16,88	6,22	69,99
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	42	82	129	253	302	118	66	486
		(%)	5,68	11,10	17,46	34,24	40,87	15,97	8,93	65,76
Σύνολο	(N)	147	342	791	1.280	1.303	495	200	1.998	
	(%)	4,48	10,43	24,13	39,05	39,75	15,10	6,10	60,95	
Ικανοποίηση από τους Συναδέλφους	Γενικό Σύνολο	(N)	106	218	556	880	738	1.175	485	2.398
		(%)	3,23	6,66	16,95	26,84	22,51	35,85	14,80	73,16

#### 4.7.5.8. Αποτελέσματα της διάστασης «φύση της εργασίας» στα Νοσοκομεία

Στις ερωτήσεις που συνδέονται με τη «φύση της εργασίας», οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων παρουσιάζουν μεγάλη ικανοποίηση από την ίδια τη φύση της εργασίας τους (78,39%). Ποσοστό 63,03% δηλώνει ότι η εργασία του έχει νόημα, ενώ ποσοστό 92,01% δηλώνει περήφανο για τις εργασίες που κάνει (βλέπε Πίνακα 4.14.).





#### 4.14. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με τη "Φύση της Εργασίας"

N=3.278

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q8 (-) Μερικές φορές αισθάνομαι ότι η εργασία μου δεν έχει νόημα	Ιατροί	(N)	57	273	281	611	126	34	32	192
		(%)	7,10	34,00	34,99	76,09	15,69	4,23	3,99	23,91
	Νοσηλευτές	(N)	202	440	387	1.029	457	157	93	707
		(%)	11,64	25,35	22,29	59,27	26,32	9,04	5,36	40,73
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	90	164	172	426	149	84	80	313
		(%)	12,18	22,19	23,27	57,65	20,16	11,37	10,83	42,35
Σύνολο	(N)	349	877	840	2.066	732	275	205	1.212	
	(%)	10,65	26,75	25,63	63,03	22,33	8,39	6,25	36,97	
Q17 (+) Μου αρέσει να κάνω αυτά που πρέπει να κάνω στη δουλειά μου	Ιατροί	(N)	6	12	21	39	150	515	99	764
		(%)	0,75	1,49	2,62	4,86	18,68	64,13	12,33	95,14
	Νοσηλευτές	(N)	15	23	48	86	291	977	382	1.650
		(%)	0,86	1,32	2,76	4,95	16,76	56,28	22,00	95,05
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	9	14	27	50	169	343	177	689
		(%)	1,22	1,89	3,65	6,77	22,87	46,41	23,95	93,23
Σύνολο	(N)	30	49	96	175	610	1.835	658	3.103	
	(%)	0,92	1,49	2,93	5,34	18,61	55,98	20,07	94,66	
Q27 (+) Αισθάνομαι περήφανος που κάνω αυτή τη δουλειά	Ιατροί	(N)	11	8	17	36	104	539	124	767
		(%)	1,37	1,00	2,12	4,48	12,95	67,12	15,44	95,52
	Νοσηλευτές	(N)	23	36	59	118	269	897	452	1.618
		(%)	1,32	2,07	3,40	6,80	15,50	51,67	26,04	93,20
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	31	24	53	108	211	278	142	631
		(%)	4,19	3,25	7,17	14,61	28,55	37,62	19,22	85,39
Σύνολο	(N)	65	68	129	262	584	1.714	718	3.016	
	(%)	1,98	2,07	3,94	7,99	17,82	52,29	21,90	92,01	
Q35 (+) Η δουλειά μου είναι ευχάριστη	Ιατροί	(N)	17	36	117	170	386	212	35	633
		(%)	2,12	4,48	14,57	21,17	48,07	26,40	4,36	78,83
	Νοσηλευτές	(N)	120	175	484	779	627	252	78	957
		(%)	6,91	10,08	27,88	44,87	36,12	14,52	4,49	55,13
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	42	54	139	235	281	148	75	504
		(%)	5,68	7,31	18,81	31,80	38,02	20,03	10,15	68,20
Σύνολο	(N)	179	265	740	1.184	1.294	612	188	2.094	
	(%)	5,46	8,08	22,57	36,12	39,48	18,67	5,74	63,88	
Ικανοποίηση από τη Φύση της Εργασίας	Γενικό Σύνολο	(N)	120	164	424	708	832	1.260	478	2.570
		(%)	3,65	5,01	12,94	21,61	25,38	38,42	14,59	78,39

#### 4.7.5.9. Αποτελέσματα της διάστασης «επικοινωνία» στα Νοσοκομεία

Για τη διάσταση «επικοινωνία» φαίνεται ότι ποσοστό 63,36% είναι ικανοποιημένο. Ένα μικρό ποσοστό του δείγματος, περίπου 23% απάντησε ότι του παρέχονται οι απαραίτητες επεξηγήσεις ως προς τις ανατιθέμενες δουλειές. Και ενώ παρουσιάζεται ότι στην οριζόντια



επικοινωνία δεν υπάρχει πρόβλημα, στην κάθετη επικοινωνία είναι προφανές ότι υπάρχει, αφού 64,86% δηλώνει ότι οι στόχοι του οργανισμού δεν του είναι σαφείς (Πίνακας 4.15.).

#### 4.15. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Νοσοκομεία σε σχέση με την "Επικοινωνία"

N=3.278

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q9 (+) Η επικοινωνία στον οργανισμό απασχολούμαι κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα	Ιατροί	(N)	16	58	57	131	303	359	10	672
		(%)	1,99	7,22	7,10	16,31	37,73	44,71	1,25	83,69
	Νοσηλευτές	(N)	50	179	215	444	717	532	43	1.292
		(%)	2,88	10,31	12,38	25,58	41,30	30,65%	2,48	74,42
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	27	88	80	195	292	218	34	544
		(%)	3,65	11,91	10,83	26,39	39,51	29,50%	4,60	73,61
Σύνολο	(N)	93	325	352	770	1.312	1.109	87	2.508	
(%)		2,84	9,91%	10,74	23,49	40,02	33,83	2,65	76,51	
Q18 (-) Οι στόχοι που ανά διαστήματα θέτει ο οργανισμός στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι σαφείς	Ιατροί	(N)	20	78	189	287	371	96	49	516
		(%)	2,49	9,71	23,54	35,74	46,20	11,96	6,10	64,26
	Νοσηλευτές	(N)	56	160	398	614	606	365	151	1.122
		(%)	3,23	9,22	22,93	35,37	34,91	21,03	8,70	64,63
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	38	54	159	251	240	162	86	488
		(%)	5,14	7,31	21,52	33,96	32,48	21,92	11,64	66,04
Σύνολο	(N)	114	292	746	1.152	1.217	623	286	2.126	
(%)		3,48	8,91	22,76	35,14	37,13	19,01	8,72	64,86	
Q26 (-) Συχνά αισθάνομαι ότι δεν γνωρίζω τι ακριβώς συμβαίνει στην υπηρεσία μου	Ιατροί	(N)	34	244	308	586	138	49	30	217
		(%)	4,23	30,39	38,36	72,98	17,19	6,10	3,74	27,02
	Νοσηλευτές	(N)	143	406	561	1.110	356	195	75	626
		(%)	8,24	23,39	32,32	63,94	20,51	11,23	4,32	36,06
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	60	133	240	433	139	100	67	306
		(%)	8,12	18,00	32,48	58,59	18,81	13,53	9,07	41,41
Σύνολο	(N)	237	783	1.109	2.129	633	344	172	1.149	
(%)		7,23	23,89	33,83	64,95	19,31	10,49	5,25	35,05	
Q36 (-) Τις δουλειές που μου αναθέτουν δεν μου τις εξηγούν πλήρως	Ιατροί	(N)	52	340	291	683	71	31	18	120
		(%)	6,48	42,34	36,24	85,06	8,84	3,86	2,24	14,94
	Νοσηλευτές	(N)	212	565	609	1.386	218	92	40	350
		(%)	12,21	32,55	35,08	79,84	12,56	5,30	2,30	20,16
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	80	158	212	450	152	82	55	289
		(%)	10,83	21,38	28,69	60,89	20,57	11,10	7,44	39,11
Σύνολο	(N)	344	1.063	1.112	2.519	441	205	113	759	
(%)		10,49	32,43	33,92	76,85	13,45	6,25	3,45	23,15	
Ικανοποίηση από την Επικοινωνία	Γενικό Σύνολο	(N)	166	374	661	1.201	1.070	812	196	2.077
		(%)	5,06	11,42	20,16	36,64	32,63	24,76	5,96	63,36



#### 4.7.6. Ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης στα Νοσοκομεία

Το Kruskal Wallis Test (βλέπε Πίνακα 4.17.) δείχνει ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στις διαστάσεις της αμοιβής, της προαγωγής, των πρόσθετων παροχών και των ενδεχόμενων ανταμοιβών των ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την εργασιακή και την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική εμπειρία και την οικονομική κατάσταση ( $p=0,000 < 0,001$ ). Επίσης, παρουσιάζεται σημαντική διαφορά στην επίβλεψη των ερωτηθέντων ως προς την ηλικία, την επαγγελματική εμπειρία, την εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,000 < 0,001$ ), αλλά καμία ουσιαστική διαφορά σε σχέση με το φύλο ( $p=0,287 > 0,05$ ) και το επίπεδο εκπαίδευσης. ( $p=0,166 > 0,05$ ) σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Σημαντική διαφορά υπάρχει ως προς τους ερωτηθέντες για τις συνθήκες λειτουργίας σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική εμπειρία, την οικονομική κατάσταση ( $p=0,000 < 0,001$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,012 < 0,05$ ), την εργασιακή κατάσταση ( $p=0,003 < 0,05$ ), φύλο ( $p=0,020 < 0,05$ ). Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στους ερωτηθέντες για τους συναδέλφους τους ως προς το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική εμπειρία, την οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση ( $p=0,000 < 0,001$ ), αλλά καμία ιδιαίτερη διαφορά ως προς την ηλικία ( $p=0,040 > 0,05$ ) σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Υπάρχει σημαντική διαφορά στη φύση της εργασίας των ερωτηθέντων ως προς την ηλικία, την επαγγελματική εμπειρία, την εργασιακή κατάσταση ( $p=0,000 < 0,001$ ) και την οικονομική κατάσταση ( $p=0,002 < 0,05$ ), αλλά καμία ιδιαίτερη διαφορά σε σχέση με το φύλο ( $p=0,236 > 0,05$ ), επίπεδο εκπαίδευσης ( $p=0,279 > 0,05$ ) και οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,291 > 0,05$ ) στο επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Τέλος, υπάρχει σημαντική διαφορά στην επικοινωνία των ερωτηθέντων ως προς την ηλικία, την οικονομική κατάσταση, το φύλο ( $p=0,000 \leq 0,001$ ) και την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,043 < 0,05$ ), αλλά χωρίς ιδιαίτερη διαφορά σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία ( $p=0,601 > 0,05$ ), το εργασιακό καθεστώς ( $p=0,838 > 0,05$ ) και το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,153 > 0,05$ ), στο επίπεδο σημαντικότητας 0,05.



**Πίνακας 4.16. Μέσες Τιμές (ΜΤ) & Τυπικές Αποκλίσεις (ΤΑ) δημογραφικών και σχετικών με την εργασιακή ικανοποίηση μεταβλητών στα Νοσοκομεία**

Δημογραφικές Μεταβλητές			Αμοιβές		Προαγωγή		Επιβλεψη		Πρόσθετες παροχές		Έκτακτες ανταμοιβές		Ισχύουσες διαδικασίες		Συνεργάτες		Φύση της Εργασίας		Επικοινωνία		Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης	
	N	%	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
<b>Φύλο</b>																						
Άνδρες	612	18,67	2,42	0,82	2,77	0,86	4,61	0,87	2,98	0,86	3,18	0,92	2,85	0,67	4,37	0,71	4,34	0,77	3,86	0,82	3,49	0,56
Γυναίκες	2.666	81,33	2,05	0,78	2,38	0,82	4,67	0,88	2,59	0,82	2,85	0,90	2,81	0,69	4,23	0,70	4,34	0,76	3,77	0,82	3,30	0,50
P-sig			0,000		0,000		0,143		0,000		0,000		0,149		0,000		0,877		0,014			
<b>Ηλικία</b>																						
< 25 έτη	49	1,50	2,44	1,07	2,79	1,04	4,97	0,98	2,84	1,20	3,23	1,19	3,27	0,79	4,37	0,91	4,65	1,02	3,85	0,89	3,60	0,74
26-35 έτη	520	15,86	2,31	0,82	2,49	0,84	4,69	0,86	2,78	0,86	3,01	0,92	2,79	0,77	4,32	0,73	4,35	0,77	3,77	0,82	3,39	0,54
36-45 έτη	1.090	33,25	2,12	0,78	2,39	0,79	4,71	0,81	2,63	0,81	2,88	0,87	2,82	0,63	4,23	0,69	4,25	0,78	3,73	0,78	3,31	0,49
46-55 έτη	1.251	38,16	2,02	0,79	2,43	0,85	4,60	0,95	2,61	0,85	2,85	0,93	2,80	0,70	4,25	0,71	4,36	0,76	3,79	0,85	3,30	0,52
56 > έτη	368	11,23	2,18	0,80	2,60	0,89	4,60	0,81	2,76	0,80	3,06	0,92	2,82	0,68	4,26	0,69	4,48	0,69	3,96	0,80	3,41	0,51
P-sig			0,000		0,000		0,002		0,000		0,000		0,000		0,112		0,000		0,000			
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>																						
Υποχρεωτική	50	1,53	2,30	0,88	2,47	0,73	4,53	0,86	2,69	0,76	3,02	0,84	3,19	0,59	4,09	0,66	4,41	0,61	4,06	0,61	3,42	0,74
Δευτεροβάθμια	641	19,55	1,92	0,74	2,31	0,82	4,66	1,03	2,49	0,82	2,75	0,95	2,82	0,76	4,19	0,80	4,37	0,86	3,76	0,91	3,25	0,54
Τριτοβάθμια	1.952	59,55	2,16	0,79	2,48	0,82	4,69	0,78	2,71	0,83	2,95	0,86	2,84	0,65	4,30	0,65	4,32	0,70	3,80	0,75	3,36	0,49
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	635	19,37	2,20	0,85	2,49	0,92	4,58	1,00	2,72	0,91	2,95	1,02	2,72	0,71	4,21	0,77	4,34	0,86	3,73	0,94	3,32	0,52
P-sig			0,000		0,000		0,046		0,000		0,000		0,000		0,000		0,536		0,021			
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>																						
Παντρεμένος/η	2.054	62,66	2,07	0,75	2,45	0,84	4,63	0,85	2,63	0,80	2,89	0,87	2,83	0,66	4,25	0,67	4,35	0,71	3,80	0,79	3,32	0,49
Ελεύθερος/η	976	29,77	2,28	0,86	2,51	0,83	4,69	0,90	2,78	0,90	3,02	0,97	2,80	0,74	4,30	0,76	4,33	0,82	3,76	0,85	3,39	0,57
Διαζευγμένος/η	210	6,41	1,87	0,81	2,22	0,83	4,78	1,06	2,46	0,91	2,64	1,02	2,70	0,74	4,15	0,82	4,30	0,99	3,69	0,94	3,20	0,54
Χήρος/α	38	1,16	2,06	0,82	2,42	1,00	4,55	0,81	2,68	0,75	2,84	0,78	2,93	0,56	4,09	0,46	4,20	0,65	3,95	0,66	3,30	0,44
P-sig			0,000		0,000		0,052		0,000		0,000		0,025		0,015		0,523		0,085			
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>																						
< 5 έτη	635	19,37	2,44	0,87	2,62	0,86	4,84	0,89	2,93	0,95	3,18	1,02	2,84	0,78	4,40	0,78	4,41	0,85	3,77	0,91	3,49	0,60
6-10 έτη	390	11,90	2,25	0,84	2,50	0,81	4,74	0,79	2,79	0,83	3,03	0,86	2,89	0,68	4,30	0,69	4,33	0,77	3,81	0,74	3,40	0,50
11-15 έτη	578	17,63	2,04	0,73	2,35	0,78	4,62	0,79	2,62	0,78	2,83	0,83	2,87	0,59	4,21	0,66	4,27	0,70	3,79	0,76	3,29	0,49
16-20 έτη	736	22,45	2,02	0,68	2,39	0,80	4,62	0,77	2,60	0,76	2,85	0,81	2,84	0,61	4,21	0,59	4,28	0,66	3,82	0,71	3,29	0,44
20 > έτη	939	28,65	1,99	0,79	2,42	0,88	4,56	1,01	2,51	0,81	2,79	0,95	2,72	0,73	4,21	0,75	4,37	0,81	3,75	0,90	3,26	0,51
P-sig			0,000		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000		0,002		0,421			
<b>Σύνολο</b>	<b>3.278</b>	<b>100</b>	<b>2.12</b>	<b>0,80</b>	<b>2,45</b>	<b>0,84</b>	<b>4,66</b>	<b>0,88</b>	<b>2,67</b>	<b>0,84</b>	<b>2,91</b>	<b>0,92</b>	<b>2,82</b>	<b>0,69</b>	<b>4,25</b>	<b>0,71</b>	<b>4,34</b>	<b>0,76</b>	<b>3,79</b>	<b>0,82</b>	<b>3,33</b>	<b>0,52</b>

Σημειώσεις : N=3.278, p<0,001, p<0,05



#### 4.7.7. Ανάλυση συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων του JSS

Υπολογίσαμε τις συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του ζεύγους Spearman. Οι θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων κυμαίνονταν μεταξύ 0,059 και 0,636. Ιδρύθηκε μόνο μία αλληλοσυσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων (διαδικασίες εποπτείας-λειτουργίας). Ο Cohen (1988) πρότεινε την ακόλουθη ερμηνεία για τις συσχετίσεις: εάν η τιμή  $r$  ισούται με 0,10 έως 0,29 (θετική) ή -0,29 έως -0,10 (αρνητική), υπάρχει ασθενής συσχέτιση ανάμεσα στις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές. Εάν η τιμή  $r$  είναι 0,30 έως 0,49 (θετική) ή -0,49 έως -0,30 (αρνητική), υπάρχει μέτρια συσχέτιση. Εάν η τιμή  $r$  ισούται με 0,50 έως 1,00 (θετικό) ή -1,00 έως -0,50 (αρνητικό), υποδεικνύεται μια ισχυρή συσχέτιση.<sup>250</sup> Οι συσχετίσεις ήταν ισχυρές σε επτά περιπτώσεις, ενώ υπήρχαν επίσης έντεκα μέτριες και δεκαέξι αδύναμες συσχετίσεις (Πίνακας 4.17.).

**Πίνακας 4.17. Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων JSS**

Διαστάσεις	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Αμοιβή	1	0,556**	0,034*	0,624**	0,547**	0,265**	0,220**	0,211**	0,288**
2 Προαγωγή	0,556**	1	0,072**	0,576**	0,526**	0,194**	0,223**	0,241**	0,283**
3 Εποπτεία	0,034*	0,072**	1	0,076**	0,230**	-0,01	0,401**	0,254**	0,229**
4 Πρόσθετες παροχές	0,624**	0,576**	0,076**	1	0,617**	0,332**	0,282**	0,249**	0,318**
5 Έκτακτες ανταμοιβές	0,547**	0,526**	0,230**	0,617**	1	0,338**	0,389**	0,348**	0,470**
6 Ισχύουσες διαδικασίες	0,265**	0,194**	-0,01	0,332**	0,338**	1	0,139**	0,132**	0,359**
7 Συνάδελφοι	0,220**	0,223**	0,401**	0,282**	0,389**	0,139**	1	0,360**	0,383**
8 Φύση της εργασίας	0,211**	0,241**	0,254**	0,249**	0,348**	0,132**	0,360**	1	0,344**
9 Επικοινωνία	0,288**	0,283**	0,229**	0,318**	0,470**	0,359**	0,383**	0,344**	1

Σημειώσεις: N=3.278  
 \* Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,05  
 \*\* Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01

#### 4.7.8. Ανάλυση Αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου JSS

Η συνολική ικανοποίηση από την εργασία ήταν 0,89. Οι τιμές εσωτερικής συνέπειας κάθε διάστασης της Έρευνας Ικανοποίησης από την Εργασία του Spector κυμαίνονται από 0,41 έως 0,81. Δύο υποκλίμακες, η επίβλεψη και οι ενδεχόμενες ανταμοιβές έχουν τιμές άλφα στην περιοχή από 0,74 έως 0,81. Έξι άλλες υποκλίμακες έχουν τις τιμές άλφα ελαφρώς χαμηλότερες από την ένδειξη  $\alpha=0,70$ . Πιο συγκεκριμένα, συνοδευτικά επιδόματα ( $\alpha=0,68$ ), αμοιβή ( $\alpha=0,66$ ), προαγωγή ( $\alpha=0,65$ ), επικοινωνία ( $\alpha=0,64$ ), συνάδελφοι ( $\alpha=0,62$ ), φύση εργασίας ( $\alpha=0,62$ ). Κατ' εξαίρεση, οι συνθήκες λειτουργίας της υποκλίμακας αναφέρουν μια εξαιρετικά χαμηλή τιμή του άλφα Cronbach ( $\alpha=0,41$ ). Αυτή η υποκλίμακα ανέφερε επίσης



πολύ χαμηλή εσωτερική συνέπεια στο ελληνικό δείγμα των Τσουνή και Σαράφη (0,48). Παρόλα αυτά, ολόκληρη η Έρευνα Ικανοποίησης από την Εργασία του Spector δείχνει περιπτώσεις ένα πολύ υψηλό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας ( $\alpha=0,91$ ), παρόμοιο με την τιμή που πέτυχε ο ίδιος ο Spector. Γενικά, εάν η τιμή άλφα Cronbach είναι  $\alpha < 0,40$  η κλίμακα δεν είναι αξιόπιστη, εάν  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  τότε η αξιοπιστία της κλίμακας είναι χαμηλή, εάν  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  τότε το μέγεθος είναι αρκετά αξιόπιστο και αν  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  η κλίμακα είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη (βλέπε Πίνακα 4.18.).<sup>251</sup>

**Πίνακας 4.18. Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου JSS**

Διαστάσεις	Έρευνα Spector (2007)	Έρευνα Τσουνή & Σαράφη (2018)	Τρέχουσα Μελέτη			Σύνολο Προσωπικού
			Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Λοιπό Προσωπικό	
Αμοιβή	0,75	0,62	0,71	0,58	0,57	0,66
Προαγωγή	0,73	0,67	0,74	0,55	0,59	0,65
Εποπτεία	0,82	0,87	0,78	0,80	0,83	0,81
Πρόσθετες παροχές	0,73	0,73	0,70	0,58	0,63	0,68
Έκτακτες ανταμοιβές	0,76	0,71	0,75	0,65	0,80	0,74
Ισχύουσες διαδικασίες	0,62	0,48	0,48	0,38	0,41	0,41
Συνάδελφοι	0,60	0,67	0,59	0,58	0,62	0,62
Φύση της εργασίας	0,78	0,74	0,64	0,58	0,69	0,62
<b>Συνολικό Αποτέλεσμα</b>	<b>0,91</b>	<b>0,87</b>	<b>0,91</b>	<b>0,85</b>	<b>0,90</b>	<b>0,89</b>
<b>Σύνολο Δείγματος</b>	<b>2.870</b>	<b>239</b>	<b>803</b>	<b>1.736</b>	<b>739</b>	<b>3.278</b>

Η αξιοπιστία κατά το ήμισυ (βλέπε Πίνακα 4.19.) αξιολογήθηκε επίσης με διαίρεση του μέτρου σε δύο μισά. Μέρος 1: αποτελούνταν από τα πρώτα 18 στοιχεία και το Μέρος 2: αποτελούνταν από τα υπόλοιπα 18 στοιχεία της κλίμακας. Τα ευρήματα παρουσίασαν ότι το εργαλείο JSS είχε βέλτιστη αξιοπιστία κατά το ήμισυ, όπως αξιολογήθηκε μέσω του συντελεστή διαίρεσης-μισού Guttman (0,77). Ένας γενικός αποδεκτός κανόνας είναι ότι η τιμή  $\alpha$  0,60-0,70 υποδεικνύει ένα αποδεκτό επίπεδο αξιοπιστίας και το 0,80 ή μεγαλύτερο ένα πολύ καλό επίπεδο.

**Πίνακας 4.19. Split-Half Ανάλυση αξιοπιστίας**

Cronbach's Alpha	Μέρος 1	Αξία	0,81	
		Αριθμός Ερωτήσεων	18 <sup>α</sup>	
	Μέρος 2	Αξία	0,83	
		Αριθμός Ερωτήσεων	18 <sup>β</sup>	
Σύνολο Αριθμού Ερωτήσεων			36	
Συσχέτιση Μεταξύ Μορφών				0,63
Spearman-Brown Coefficient	Ίσο μήκος		0,77	
	Άνισο μήκος		0,77	
Guttman Split-Half Coefficient			0,77	
α. Ερωτήσεις :	Q1, Q2, Q3, Q5, Q7, Q9, Q11, Q13, Q15, Q17, Q20, Q22, Q25, Q27, Q28, Q30, Q33, Q35.			
β. Ερωτήσεις :	Q4, Q6, Q8, Q10, Q12, Q14, Q16, Q18, Q19, Q21, Q23, Q24, Q26, Q29, Q31, Q32, Q34, Q36.			



#### 4.7.9. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στα Νοσοκομεία

##### 4.7.9.1. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση σύμφωνα με τις κατανομές συχνοτήτων και ποσοστών

Η Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στον παρακάτω πίνακα 4.20. απεικονίζει τις κατανομές συχνοτήτων (N) και ποσοστών (%) για τα επίπεδα της Συνολικής Εργασιακής Ικανοποίησης (TJS), που προκύπτουν αθροιστικά από τις 9 διαστάσεις της εργασίας που εξετάστηκαν παραπάνω.

Συνολικά το 57,09% των επαγγελματιών υγείας στα νοσοκομεία εκφράζει δυσαρέσκεια ως προς εργασία του, ενώ το 42,91% εκφράζει ικανοποίηση. Οι νοσηλευτές αποτελούν την κατηγορία των επαγγελματιών υγείας με τη χειρότερη επίδοση στο ζήτημα της επαγγελματικής ικανοποίησης (63,67%). Αντίθετα, οι ιατροί αποτελούν την μόνη ομάδα που έχει εκφράσει θετική εργασιακή ικανοποίηση (56,29%).

Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
		1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Ιατροί	(N)	59	122	170	351	214	192	452	452
	(%)	7,35	15,19	21,17	43,71	26,65	23,91	56,29	56,29
Νοσηλευτές	(N)	282	452	372	1.106	275	243	631	631
	(%)	16,23	26,02	21,42	63,67	15,83	13,99	36,33	36,33
Λοιποί επαγγελματίες	(N)	113	151	151	415	135	120	324	324
	(%)	15,29	20,43	20,43	56,16	18,27	16,24	43,84	43,84
Σύνολο	(N)	454	725	693	1.872	624	555	1.407	1.407
	(%)	13,85	22,11	21,13	57,09	19,03	16,93	42,91	42,91

##### 4.7.9.2. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση σύμφωνα με τις κατανομές των Μέσων τιμών και Τυπικών Σφαλμάτων

Η μέση βαθμολογία της συνολικής αντίληψης για την εργασιακή ικανοποίηση του υγειονομικού προσωπικού που εργαζόταν στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής ήταν 3,33 (ιατροί 3,61, νοσηλευτές 3,23, άλλοι επαγγελματίες υγείας 3,28) σε κλίμακα από 1 έως 6. Επομένως, οι επαγγελματίες στα νοσοκομεία δεν παρουσιάζονται ούτε ικανοποιημένοι, αλλά ούτε δυσαρεστημένοι με την εργασία τους, εξέφρασαν αμφιθυμία. Οι επαγγελματίες έδειξαν δυσαρέσκεια με τις περισσότερες διαστάσεις του JSS, ιδιαίτερα σε σχέση με την αμοιβή (2,12), την προαγωγή (2,45), τις πρόσθετες παροχές (2,67), τις ισχύουσες λειτουργίας (2,82) και τις έκτακτες ανταμοιβές (2,91). Αντίθετα, εξέφρασαν ικανοποίηση σχετικά με την επίβλεψη (4,66), τη φύση της εργασίας (4,34) και τους συνάδελφους (4,25).





Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, είναι συνεπή με τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν στην έρευνα των Tsounis & Sarafis (2018).<sup>237</sup>

Οι μισθοί/αμοιβές και οι πρόσθετες παροχές επηρέασαν αρνητικά την αντίληψη της εργασιακής ικανοποίησης.<sup>252-254</sup> Οι πρόσθετες παροχές, αποτελούν το επιπλέον όφελος που παρέχεται στους εργαζόμενους ως πρόσθετο στη βασική αμοιβή.<sup>255</sup> Χαμηλοί μισθοί και άδικες πληρωμές ιατρών και νοσηλευτών αποτελούν βασική απειλή για την εργασιακή ικανοποίηση.<sup>256</sup> Κύριο αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, ήταν ότι οι αμοιβές των Ελλήνων επαγγελματιών στα νοσοκομεία μειώθηκαν ή παρέμειναν παγωμένοι για μια δεκαετία (2008-2019). Τα επίπεδα των μισθών σε άλλες χώρες της ΕΕ και τις ΗΠΑ φαίνονται μάλλον απρόσιτα για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία στην Ελλάδα.

Μεγάλος αριθμός των ερωτηθέντων στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε ήταν ως επί το πλείστον δυσαρεστημένοι με την προαγωγή 2,45 (ιατροί 2,87, νοσηλευτές 2,26, άλλοι επαγγελματίες υγείας 2,44). Διάφορες άλλες έρευνες έδειξαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις ευκαιρίες για προαγωγή.<sup>257, 258</sup> Επιπλέον, η εποπτεία αποτελούσε πηγή ικανοποίησης για τους επαγγελματίες του τομέα υγείας, αφού το μέσο επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία ήταν 4,66 (ιατροί 4,73, νοσηλευτές 4,66, άλλοι επαγγελματίες υγείας 4,57). Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι η εποπτεία επιδρά καθοριστικά στην ποιότητα και της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασθενείς.<sup>259-261</sup>

Τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων (74,3%) ανέφεραν ότι ήταν ικανοποιημένοι με τους συναδέλφους τους, οι εργαζόμενοι που στερούνται υποστήριξης στην εργασία είναι γενικά λιγότερο ικανοποιημένοι. Η εργασιακή ικανοποίηση αυξάνεται σε ένα εργασιακό περιβάλλον που οι προϊστάμενοι και οι υφιστάμενοι βρίσκονται σε αμοιβαία συνεργασία μεταξύ τους, ενώ μεμονωμένα τα άτομα συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων και στο επιτελούμενο έργο.<sup>262, 263</sup> Ως εκ τούτου, η ικανοποίηση λόγω εποπτείας βρέθηκε να είναι κρίσιμη, ενώ η έλλειψη ανατροφοδότησης και η ανεπαρκής σαφήνεια των απαιτήσεων από τους επόπτες, συνδέεται με χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης.<sup>264-266</sup>

Οι ερωτηθέντες στην έρευνά μας, δήλωσαν ικανοποίηση ως προς τα καθήκοντα τους κατά 79,4%, ο μέσος όρος του επιπέδου ικανοποίησης από την εργασία είναι 4,34 (ιατροί 4,47, νοσηλευτές 4,32, άλλοι επαγγελματίες υγείας 4,24). Αρκετές σχετικές μελέτες βρήκαν ότι το πιο σημαντικό για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, αποτελεί η ικανοποίηση που



συνδέεται με τη «φύση της εργασίας». Η μελέτη επιβεβαίωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας ήταν δυσαρεστημένοι με τις διαδικασίες λειτουργίας (73,3%), με το μέσο επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης να είναι 2,82 (ιατροί 2,81, νοσηλευτές 2,86, άλλοι επαγγελματίες υγείας 2,72). Ο Robbins (2009) ορίζει τη λειτουργία διαδικασίες όπως η πολιτική οργάνωσης και η εργασία η ίδια. Επιπλέον, οι επαγγελματίες ανέφεραν αμφιθυμία που αφορά μόνο την επικοινωνία τομέα.<sup>267-269</sup>

Αυτή η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη μέση της πανδημικής κρίσης του Covid-19, που είχε πρωτοφανείς επιπτώσεις σε κάθε έκφανση της κοινωνικοοικονομικής δραστηριότητας, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Ο ΠΟΥ, στις 13 Μαρτίου 2020, ανακήρυξε την Ευρώπη ως το επίκεντρο της πανδημίας, έτσι η έρευνά μας είναι διχοτομημένη σε δύο περιόδους, πριν και μετά τις 13 Μαρτίου 2020. Αναφορικά με τα στοιχεία του Πίνακα 4.21α, βρέθηκε ότι μια μεγάλη μερίδα των ερωτηθέντων προέρχονταν κυρίως πριν από τη 13<sup>η</sup> Μαρτίου 2020, περίοδος προ-Covid, εργαζόμενοι (2.973 ή το 90,7% του συνόλου) ήταν ως επί το πλείστο δυσαρεστημένοι (54,0%) και το μέσο επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης ήταν 3,33 στα 6 (ιατροί 3,60, νοσηλευτές 3,22, άλλοι επαγγελματίες υγείας 3,27). Μετά τις 13 Μαρτίου 2020 (Πίνακας 4.21β), στο πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19, οι εργαζόμενοι (305, 9,3% του συνόλου) παρέμειναν δυσαρεστημένοι, αλλά σε έναν μικρότερο βαθμό (50,8%), καθώς το μέσο επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης ήταν 3,39 στα 6 (ιατροί 3,77, νοσηλευτές 3,32, άλλοι επαγγελματίες υγείας 3,33), ελαφρώς βελτιωμένος σε σύγκριση με την προ-Covid περίοδο. Επομένως, τα ευρήματα της μελέτης αποκάλυψαν βελτιώσεις στα περισσότερα από τις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης, όπως εποπτεία, περιθώριο οφέλη, λειτουργικές διαδικασίες, συνάδελφοι, φύση του εργασία, επικοινωνία. Ωστόσο, τα αποτελέσματα που αφορούν τις αμοιβές, τις προαγωγές και τις ενδεχόμενες ανταμοιβές παρέμειναν χαμηλά. Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης περιόδου, η Ελλάδα και το σύστημα δημόσιας υγείας της εξακολουθούσαν να αγωνίζονται να ανακάμψουν από την πολυετή παγκόσμια οικονομική κρίση της περασμένης δεκαετίας, το προσωπικό των νοσοκομείων δούλευε περισσότερες ώρες από το συνηθισμένο, χωρίς ρεπό. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν ότι τα αυστηρά πρωτόκολλα και οι διαδικασίες που ενεργοποιήθηκαν, η αυξημένη συνεργασία των εργαζομένων, η αλληλεγγύη, η αναγνώριση και η εμπιστοσύνη της κοινωνίας φαίνεται ότι επηρέασαν θετικά την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Ενδεχομένως, θα ήταν δυνατό να προωθηθούν περαιτέρω δυναμικά κίνητρα για την ενίσχυση τέτοιων παραγόντων που



συμβάλλουν στην ομαλοποίηση των αβεβαιοτήτων που προκύπτουν με αφορμή την πανδημία.

**Πίνακας 4.21. Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπική Απόκλιση (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της στα Νοσοκομεία**

Διαστάσεις	Ιατρικό Προσωπικό N = 803		Νοσηλευτικό Προσωπικό N = 1.736		Λοιπό Προσωπικό N = 739		Σύνολο Επαγγελματιών N = 3.278	
	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Αμοιβή	2,60	0,79	1,90	0,69	2,13	0,81	2,12	0,80
Προαγωγή	2,87	0,87	2,26	0,75	2,44	0,85	2,45	0,84
Εποπτεία	4,73	0,70	4,66	0,88	4,57	1,02	4,66	0,88
Πρόσθετες παροχές	3,17	0,80	2,41	0,73	2,73	0,87	2,67	0,84
Έκτακτες ανταμοιβές	3,38	0,84	2,70	0,82	2,90	1,02	2,91	0,92
Ισχύουσες διαδικασίες	2,81	0,64	2,86	0,67	2,72	0,77	2,82	0,69
Συνάδελφοι	4,50	0,62	4,18	0,69	4,16	0,77	4,25	0,71
Φύση της Εργασίας	4,47	0,65	4,32	0,74	4,24	0,90	4,34	0,76
Επικοινωνία	3,94	0,74	3,79	0,79	3,60	0,94	3,79	0,82
<b>Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση</b>	<b>3,61</b>	<b>0,51</b>	<b>3,23</b>	<b>0,44</b>	<b>3,28</b>	<b>0,58</b>	<b>3,33</b>	<b>0,52</b>

**Πίνακας 4.21α. Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπική Απόκλιση (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της < 13/3/2020 στα Νοσοκομεία**

Διαστάσεις	Ιατρικό Προσωπικό N = 761		Νοσηλευτικό Προσωπικό N = 1.553		Λοιπό Προσωπικό N = 659		Σύνολο Επαγγελματιών N = 2.973	
	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Αμοιβή	2,60	0,80	1,88	0,72	2,14	0,85	2,12	0,83
Προαγωγή	2,85	0,88	2,24	0,77	2,44	0,88	2,44	0,86
Εποπτεία	4,74	0,72	4,71	0,91	4,60	1,08	4,69	0,91
Πρόσθετες παροχές	3,16	0,82	2,39	0,76	2,72	0,90	2,66	0,87
Έκτακτες ανταμοιβές	3,36	0,85	2,67	0,85	2,88	1,07	2,90	0,95
Ισχύουσες διαδικασίες	2,80	0,66	2,82	0,70	2,68	0,80	2,79	0,71
Συνάδελφοι	4,50	0,63	4,20	0,72	4,19	0,81	4,27	0,73
Φύση της Εργασίας	4,46	0,67	4,33	0,77	4,23	0,95	4,34	0,80
Επικοινωνία	3,92	0,75	3,74	0,81	3,53	0,97	3,74	0,84
<b>Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση</b>	<b>3,60</b>	<b>0,52</b>	<b>3,22</b>	<b>0,46</b>	<b>3,27</b>	<b>0,61</b>	<b>3,33</b>	<b>0,54</b>

**Πίνακας 4.21β. Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπική Απόκλιση (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της > 14/3/2020 στα Νοσοκομεία**

Διαστάσεις	Ιατρικό Προσωπικό N = 42		Νοσηλευτικό Προσωπικό N = 183		Λοιπό Προσωπικό N = 80		Σύνολο Επαγγελματιών N = 305	
	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Αμοιβή	2,74	0,58	2,06	0,33	2,01	0,67	2,15	0,45
Προαγωγή	3,22	0,50	2,46	0,48	2,42	0,81	2,56	0,56
Εποπτεία	4,60	0,36	4,24	0,28	4,36	1,45	4,32	0,32
Πρόσθετες παροχές	3,40	0,49	2,56	0,36	2,75	0,92	2,74	0,49
Έκτακτες ανταμοιβές	3,69	0,45	2,95	0,36	3,07	1,02	3,09	0,45
Ισχύουσες διαδικασίες	2,99	0,22	3,16	0,27	3,06	1,02	3,10	0,28
Συνάδελφοι	4,48	0,27	4,01	0,27	3,96	1,32	4,07	0,33
Φύση της Εργασίας	4,57	0,24	4,22	0,31	4,23	1,41	4,28	0,32
Επικοινωνία	4,23	0,26	4,23	0,30	4,12	1,37	4,21	0,29
<b>Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση</b>	<b>3,77</b>	<b>0,26</b>	<b>3,32</b>	<b>0,19</b>	<b>3,33</b>	<b>1,11</b>	<b>3,39</b>	<b>0,26</b>

Σημειώσεις: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακήρυξε την Ευρώπη ως το κέντρο της πανδημίας του Covid-19 κατά τα έτη 2019-2020 την 13/3/2020



Τέλος, στη μελέτη που αναπτύχθηκε, οι άνδρες βρέθηκαν να έχουν ελαφρώς υψηλότερες βαθμολογίες εργασιακής ικανοποίησης σε πολλές πτυχές, σε σχέση με τις γυναίκες. Οι νέοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με την αμοιβή, την επίβλεψη και τους συναδέλφους, από ότι ήταν οι παλιοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Η οικογενειακή κατάσταση δεν παρουσίασε στενή σημαντική σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης από την εργασία αναφέρθηκαν μεταξύ των νοσηλευτών. Τέλος, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας σε αυτή τη μελέτη έχουν διάφορα προσόντα, ως επί το πλείστον ιατροί και νοσηλευτές με σημαντικό ποσοστό ιατρών και πτυχιούχων δημόσιας υγείας.

#### **4.7.10. Exploratory factor analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA)**

Με βάση τα συγκεντρωμένα στοιχεία των ερωτηματολογίων για το προσωπικό των νοσοκομείων, πραγματοποιήθηκε Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (EFA) και Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (CFA).

##### **4.7.10.1. Exploratory Factor Analysis (EFA)**

Η Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (EFA) διεξήχθη με τη χρήση ανάλυσης βασικών συνιστωσών (PCA) με τη μέθοδο περιστροφής varimax, η οποία είχε εφαρμόσει Ιδιοτιμή  $> 1$  για το σκοπό αυτό. Για την EFA χρησιμοποιήσαμε τη στατιστική Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) για να εκτιμηθεί εάν τα δεδομένα του δείγματος έχουν την καταλληλότητα για την παραγοντική ανάλυση. Σύμφωνα με τον Kaiser, μια τιμή πάνω από 0,50 θεωρείται ως αποδεκτή, μεταξύ 0,50 και 0,70 χαρακτηρίζεται μέτρια, μεταξύ 0,70 και 0,80 είναι καλή, μεταξύ 0,80 και 0,90 είναι πολύ καλή, ενώ από το 0,90 και πάνω θεωρείται εξαιρετική.<sup>271</sup> Επίσης, το τεστ Bartlett εφαρμόστηκε για να επαληθευτεί εάν τα δεδομένα ήταν κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση και παρουσίασε ότι οι συσχετίσεις ανάμεσα στα στοιχεία ήταν αρκετά μεγάλες για PCA. Οι συγκρατημένοι και οι αποκλεισμένοι παράγοντες διερευνήθηκαν επίσης οπτικά σε μια γραφική παράσταση οθόνης μαζί με την παράλληλη ανάλυση. Πολλές μελέτες ανέφεραν ότι τα φορτία παραγόντων θα πρέπει να είναι μεγαλύτερα από 0,50 για καλύτερα αποτελέσματα.

Η Ανάλυση Κύριων Συνιστωσών (Principal Component Analysis) επιλέχθηκε ως η κατάλληλη μέθοδος για την επεξεργασία του αρχικού συνόλου παραγόντων και τη μείωση του αριθμού αυτών. Η PCA είναι μια ισχυρή μέθοδος που είναι ψυχομετρική και λιγότερο περίπλοκη εννοιολογικά από άλλες μεθόδους και επίσης προτιμάται επειδή μοιάζει με



πολλές πτυχές της διακριτικής ανάλυσης. Η περιστροφή Varimax των παραγόντων εφαρμόστηκε επίσης για την παραγωγή της δομής του παράγοντα. Το πλεονέκτημα της περιστροφής Varimax είναι ότι μεγιστοποιεί την κατανομή εντός των συντελεστών, εισάγοντας έτσι έναν μικρό αριθμό μεταβλητών φορτίων και πιο εύκολα ερμηνεύσιμες ομάδες παραγόντων σε κάθε φορτίο παράγοντα. Οι διασταυρούμενες δηλώσεις επίσης διαγράφηκαν.<sup>272-275</sup>

Μετά τη χρήση της EFA για τον προσδιορισμό της δομής παραγόντων που υπάρχει σε ένα σύνολο μεταβλητών, η προσαρμογή του μοντέλου στη συνέχεια αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας την Επιβεβαιωτική Παράγοντα Ανάλυση (CFA) με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας στο AMOS (έκδοση 24.0). Η προσαρμογή του μοντέλου CFA, αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τους αυξητικούς και απόλυτους δείκτες, συγκεκριμένα: τον συγκριτικό δείκτη προσαρμογής (CFI), τον δείκτη αυξητικής προσαρμογής (IFI), το τυπικό μέσο τετραγωνικό υπόλοιπο ρίζας (SRMR) και το ριζικό μέσο τετραγωνικό σφάλμα προσέγγισης (RMSEA). Θεωρήθηκαν οι ακόλουθες τιμές αποκοπής: CFI, και IFI  $\geq 0,900$ , SRMR και RMSEA  $\leq 0,800$ .<sup>276, 277</sup> Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.22., η ελάχιστη τιμή των στοιχείων είναι 1 ενώ η μέγιστη είναι 6.

Πίνακας 4.22. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του ερωτηματολογίου													N=3.278
Στοιχείο	Ερώτηση	Ελαχ Μεγ		Μέσος	Τυπικό Σφάλμα	Διάμεσος	Εκατοστημόριο			Τυπική Απόκλιση	Στατιστική Διαφορά	Σύνολο	
							25	50	75				
Q1	Αισθάνομαι ότι η αμοιβή μου είναι δίκαιη για τη δουλειά που προσφέρω	1	6	2,46	0,021	2,00	2,00	2,00	3,00	1,193	1,424	8049	
Q2	Υπάρχουν λίγες πιθανότητες για προαγωγή στην εργασία μου	1	6	2,72	0,022	3,00	2,00	3,00	3,00	1,260	1,587	8905	
Q3	Ο/Η προϊστάμενος/η μου είναι αρκετά ικανός/η στη δουλειά του/της	1	6	4,77	0,018	5,00	4,00	5,00	5,00	1,050	1,103	15649	
Q4	Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τα προνόμια που μου προσφέρει η εργασία μου	1	6	2,93	0,021	3,00	2,00	3,00	4,00	1,202	1,444	9598	
Q5	Όταν κάνω τη δουλειά μου σωστά, αποκομίζω την αναγνώριση που θα έπρεπε	1	6	3,26	0,022	3,00	2,00	3,00	4,00	1,284	1,649	10678	
Q6	Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθεί ο οργανισμός στον οποίο απασχολούμαι έχουν ως αποτέλεσμα να κάνουν τη δουλειά μου πιο δύσκολη	1	6	2,71	0,019	3,00	2,00	3,00	3,00	1,065	1,135	8870	
Q7	Σε γενικές γραμμές συμπαθώ τους συναδέλφους μου	1	6	5,10	0,013	5,00	5,00	5,00	6,00	0,733	0,538	16717	
Q8	Μερικές φορές αισθάνομαι ότι η εργασία μου δεν έχει νόημα	1	6	3,90	0,023	4,00	3,00	4,00	5,00	1,344	1,806	12790	



Q9	Η επικοινωνία στον οργανισμό στον οποίο απασχολούμαι κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα	1	6	4,00	0,019	4,00	4,00	4,00	5,00	1,097	1,204	13114
Q10	Οι αυξήσεις είναι μικρές και δεν είναι συχνές	1	6	1,73	0,019	1,00	1,00	1,00	2,00	1,070	1,144	5657
Q11	Εκείνοι που διεκπεραιώνουν καλά τα καθήκοντα τους έχουν αρκετά καλές πιθανότητες να πάρουν προαγωγή	1	6	2,43	0,021	2,00	1,00	2,00	3,00	1,230	1,512	7956
Q12	Ο/Η προϊστάμενος/η είναι άδικος μαζί μου	1	6	4,71	0,020	5,00	4,00	5,00	5,00	1,133	1,284	15448
Q13	Τα προνόμια που αποκομίζω από την εργασία μου, είναι τόσο καλά όσο και αυτά που αποκομίζουν οι υπάλληλοι άλλων δημοσίων υπηρεσιών	1	6	2,28	0,020	2,00	1,00	2,00	3,00	1,154	1,332	7488
Q14	Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω εκτιμάται όπως πρέπει	1	6	2,89	0,022	3,00	2,00	3,00	4,00	1,237	1,530	9483
Q15	Οι προσπάθειες μου για να κάνω σωστή δουλειά σπανίως "μπλοκάρονται" από τη γραφειοκρατία	1	6	3,45	0,023	4,00	3,00	4,00	4,00	1,292	1,670	11308
Q16	Πιστεύω ότι πρέπει να δουλεύω περισσότερο στη δουλειά μου εξαιτίας της ανικανότητας των συναδέλφων μου	1	6	3,80	0,022	4,00	3,00	4,00	5,00	1,276	1,629	12458
Q17	Μου αρέσει να κάνω αυτά που πρέπει να κάνω στη δουλειά μου	1	6	4,87	0,015	5,00	5,00	5,00	5,00	0,877	0,769	15979
Q18	Οι στόχοι που ανά διαστήματα θέτει ο οργανισμός στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι σαφείς	1	6	3,15	0,021	3,00	2,00	3,00	4,00	1,190	1,415	10311
Q19	Αισθάνομαι ότι δεν εκτιμούν ιδιαίτερα τη δουλειά μου όταν σκέφτομαι το μισθό που μου δίνουν	1	6	2,33	0,020	2,00	2,00	2,00	3,00	1,164	1,356	7636
Q20	Οι άνθρωποι που δουλεύουν εδώ μπορούν να ανελχθούν τόσο γρήγορα, όσο και αν δούλευαν οπουδήποτε αλλού	1	6	2,30	0,020	2,00	1,00	2,00	3,00	1,148	1,318	7547
Q21	Ο/Η προϊστάμενος/η δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της	1	6	4,29	0,022	4,00	4,00	4,00	5,00	1,269	1,610	14049
Q22	Τα προνόμια που μας προσφέρει η εργασία μας είναι ικανοποιητικά	1	6	2,79	0,021	3,00	2,00	3,00	4,00	1,175	1,380	9137
Q23	Οι πιθανότητες για να ανταμειφθεί ηθικά κάποιος που εργάζεται εδώ είναι λίγες	1	6	2,72	0,021	3,00	2,00	3,00	3,00	1,192	1,422	8909
Q24	Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας	1	6	2,14	0,016	2,00	2,00	2,00	3,00	0,897	0,805	7001
Q25	Περνάω καλά με τους συναδέλφους μου	1	6	4,81	0,016	5,00	4,00	5,00	5,00	0,898	0,807	15760
Q26	Συχνά αισθάνομαι ότι δεν γνωρίζω τι ακριβώς συμβαίνει στην υπηρεσία μου	1	6	3,82	0,022	4,00	3,00	4,00	5,00	1,258	1,582	12532
Q27	Αισθάνομαι περήφανος που κάνω αυτή τη δουλειά	1	6	4,82	0,018	5,00	4,00	5,00	5,00	1,013	1,027	15802
Q28	Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις προοπτικές που υπάρχουν για αύξηση του μισθού μου	1	6	1,98	0,019	2,00	1,00	2,00	2,00	1,107	1,226	6486
Q29	Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ τα δικαιούμαστε	1	6	2,67	0,021	3,00	2,00	3,00	3,00	1,189	1,414	8736
Q30	Συμπαθώ τον προϊστάμενο/η μου	1	6	4,86	0,016	5,00	4,00	5,00	5,00	0,936	0,876	15941



Q31	Στη δουλειά μου, έχω πάρα πολύ μεγάλο όγκο γραφικής εργασίας	1	6	2,97	0,023	3,00	2,00	3,00	4,00	1,293	1,671	9742
Q32	Δεν πιστεύω ότι οι προσπάθειές μου αναγνωρίζονται στον βαθμό που θα έπρεπε	1	6	2,79	0,020	3,00	2,00	3,00	4,00	1,167	1,362	9132
Q33	Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προοπτικές που υπάρχουν για μια πιθανή προαγωγή μου	1	6	2,35	0,021	2,00	1,00	2,00	3,00	1,176	1,383	7715
Q34	Υπάρχουν αρκετοί διαπληκτισμοί και συγκρούσεις στη δουλειά μου	1	6	3,31	0,020	3,00	3,00	3,00	4,00	1,166	1,361	10855
Q35	Η δουλειά μου είναι ευχάριστη	1	6	3,75	0,021	4,00	3,00	4,00	4,00	1,181	1,395	12293
Q36	Τις δουλειές που μου αναθέτουν δεν μου τις εξηγούν πλήρως	1	6	4,17	0,021	4,00	4,00	4,00	5,00	1,187	1,410	13673

Οι υψηλότερες μέσες τιμές βρέθηκαν για το στοιχείο–7 και το στοιχείο–17 ενώ οι χαμηλότερες για το στοιχείο–10 και το στοιχείο–28. Η μέση μεταβλητότητα των στοιχείων γύρω από τις μέσες τιμές ήταν σχετικά μικρή.

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της ανάλυσης, η στατιστική KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) 0,912 επιβεβαίωσε ότι το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν αρκετά επαρκές. Μπορούμε επομένως να είμαστε βέβαιοι ότι η παραγοντική ανάλυση ταιριάζει στο σύνολο δεδομένων μας. Στη συνέχεια, το τεστ σφαιρικότητας του Barlett ( $\chi^2=31831.572$ ,  $df=528$ ,  $p=0,000$ ) έδειξε ότι ο πίνακας συσχέτισης δεν είναι ένας πίνακας ταυτότητας, επομένως παρέχει αιτιολόγηση για τη χρήση της παραγοντικής ανάλυσης.<sup>278</sup> Στο PCA, η ιδιοτιμή παρέχει το κλάσμα της διακύμανσης που λαμβάνεται υπόψη από την αντίστοιχη συνιστώσα (ιδιοδιάνυσμα). Υιοθετήσαμε μια μέθοδο συνδυασμένων κριτηρίων όπως προτείνεται από τους Lings και Greenley και Larose για να προσδιορίσουμε στοιχεία και παράγοντες για συμπερίληψη στην τελική παραγοντική λύση.<sup>279, 280</sup> Πιο συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση των δομών παραγόντων χρησιμοποιήσαμε τέσσερα κριτήρια. Πρώτον, οι φορτίσεις συντελεστών στοιχείων πρέπει να είναι τουλάχιστον ίσες ή μεγαλύτερες από 0,5. Δεύτερον, μια κλίμακα πρέπει να έχει περισσότερα από δύο στοιχεία ή εάν έχει μόνο δύο θα πρέπει να συσχετίζονται ισχυρά. Τρίτον, εάν ένα στοιχείο φορτώνει περισσότερες από μία διαστάσεις και η διαφορά τους είναι μικρότερη από 0,02, θα διαγραφεί. Επιπλέον, η διαφορά φορτίων, ίση ή μεγαλύτερη από 0,2, συνεπάγεται τη συμπερίληψη του είδους στη διάσταση με το υψηλότερο συντελεστικό φορτίο. Τέλος, για να διατηρηθεί ένα στοιχείο, θα πρέπει επίσης να ταιριάζει εννοιολογικά με τον παράγοντα.<sup>281-283</sup>

Με βάση μια ιδιοτιμή μεγαλύτερη από μία, καθώς μια ιδιοτιμή αντιπροσωπεύει σημαντική διακύμανση, παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη σε επόμενες αναλύσεις. Ως εκ τούτου, μια





άλλη προσέγγιση βασισμένη σε ιδιοτιμές χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί το γράφημα "scree plot" του Cattell, το οποίο δείχνει τον αριθμό των παραγόντων που πρέπει να χρησιμοποιηθούν αναζητώντας το σημείο όπου στο γράφημα η καμπύλη ισοπεδώνεται απότομα. Χρησιμοποιώντας και τις δύο μεθόδους, αναγνωρίστηκε ένα μοντέλο έξι παραγόντων (βλέπε Πίνακας 4.23.). Η τελική παραγοντική δομή εξηγεί το 56,23% της συνολικής διακύμανσης του συνόλου δεδομένων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, ο πρώτος παράγοντας είχε 23,78% της συνολικής διακύμανσης, ο δεύτερος παράγοντας 11,52%, ο τρίτος παράγοντας 6,64%, ο τέταρτος παράγοντας 6,30%, ο πέμπτος παράγοντας 4,17% και ο έκτος συντελεστής 3,81%. Τα συνολικά επεξηγηματικά ποσοστά διακύμανσης των παραγόντων μετά την εναλλαγή ήταν τα εξής: 14,13%, 10,53%, 10,49%, 8,19%, 6,92% και 5,97%.

**Πίνακας 4.23. Ιδιοτιμές και η επεξηγημένη συνολική διακύμανση των εξαγόμενων παραγόντων**

Παράγοντας	Αρχικές ιδιοτιμές			Εξαγωγή αθροισμάτων τετράγωνων φορτίσεων			Ποσά περιστροφής τετράγωνων φορτίσεων		
	Σύνολο	% της Διακύμανσης	Σωρευτικό %	Σύνολο	% της Διακύμανσης	Σωρευτικό %	Σύνολο	Διακύμανσης	Σωρευτικό %
1	6,18	23,78	23,78	6,18	23,78	23,78	3,67	14,13	14,13
2	3,00	11,52	35,31	3,00	11,52	35,31	2,74	10,53	24,66
3	1,73	6,64	41,94	1,73	6,64	41,94	2,73	10,49	35,14
4	1,64	6,30	48,24	1,64	6,30	48,24	2,13	8,19	43,34
5	1,09	4,17	52,41	1,09	4,17	52,41	1,80	6,92	50,26
6	1,00	3,81	56,23	1,00	3,81	56,23	1,55	5,97	56,23

Μέθοδος εξαγωγής: Ανάλυση Κύριων Συστατικών.

Η περιστροφή Varimax χρησιμοποιήθηκε για την περιστροφή του αρχικού διαλύματος καθώς η δειγματοληψία μας έχει έναν ετερογενή πληθυσμό. Είκοσι μεταβλητές συμπεριλήφθηκαν σε έξι παράγοντες. Οι έξι παράγοντες που προέκυψαν ήταν:

- ο παράγοντας 1, που υποδεικνύει τις παροχές και τον μισθό των εργαζομένων και περιλαμβάνει τα στοιχεία: 11, 20, 28, 33.
- ο παράγοντας 2, που αντιπροσωπεύει τη στάση της διοίκησης και περιλαμβάνει τα στοιχεία: 14, 19, 24, 29.
- ο παράγοντας 3, που αντιπροσωπεύει την εποπτεία και περιλαμβάνει τα στοιχεία: 3, 12, 21, 30.
- ο παράγοντας 4, που αντιπροσωπεύει την επικοινωνία των εργαζομένων και περιλαμβάνει τα στοιχεία: 18, 26 και 36.
- ο παράγοντας 5, που αναφέρεται στη φύση της εργασίας και περιλαμβάνει τα στοιχεία: 17, 27, 35 και τέλος



- ο παράγοντας 6, που σχετίζεται με την υποστήριξη των συναδέλφων και περιλαμβάνει τα στοιχεία: 7 και 25 (βλέπε Πίνακα 4.24).

**Πίνακας 4.24. Τυποποιημένες φορτώσεις ειδών για κάθε παράγοντα**

Ερώ- τηση	Ερωτήσεις	Διαστάσεις	Παράγοντες					
			1 Παροχές και Μισθός	2 Στάση Διοίκησης	3 Εποπτεία	4 Επικοινωνία	5 Φύση της Εργασίας	6 Υποστήριξη συναδέλφων
Q33	Είμαι ικανοποιημένος /η από τις προοπτικές που υπάρχουν για μια πιθανή προαγωγή μου	Προαγωγή	0,83					
Q28	Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις προοπτικές που υπάρχουν για αύξηση του μισθού μου	Αμοιβή	0,77					
Q20	Οι άνθρωποι που δουλεύουν εδώ μπορούν να ανεχθούν τόσο γρήγορα, όσο και αν δούλευαν οπουδήποτε αλλού	Προαγωγή	0,76					
Q11	Εκείνοι που διεκπεραιώνουν καλά τα καθήκοντα τους έχουν αρκετά καλές πιθανότητες να πάρουν προαγωγή	Προαγωγή	0,72					
Q24	Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας	Ισχύουσες διαδικασίες		0,83				
Q29	Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ τα δικαιούμαστε	Πρόσθετες παροχές		0,70				
Q19	Αισθάνομαι ότι δεν εκτιμούν ιδιαίτερα τη δουλειά μου όταν σκέφτομαι το μισθό που μου δίνουν	Αμοιβή		0,56				
Q14	Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω εκτιμάται όπως πρέπει	Έκτακτες ανταμοιβές		0,54				
Q3	Ο/Η προϊστάμενος/η μου είναι αρκετά ικανός/η στη δουλειά του/της	Εποπτεία			0,83			
Q30	Συμπαθώ τον προϊστάμενο/η μου	Εποπτεία			0,81			
Q21	Ο/Η προϊστάμενος/η δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της	Εποπτεία			0,77			
Q12	Ο/Η προϊστάμενος/η είναι άδικος μαζί μου	Εποπτεία			0,74			
Q26	Συχνά αισθάνομαι ότι δεν γνωρίζω τι ακριβώς συμβαίνει στην υπηρεσία μου	Επικοινωνία				0,78		
Q18	Οι στόχοι που ανά διαστήματα θέτει ο οργανισμός στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι σαφείς	Επικοινωνία				0,68		
Q36	Τις δουλειές που μου αναθέτουν δεν μου τις εξηγούν πλήρως	Επικοινωνία				0,67		



Q17	Μου αρέσει να κάνω αυτά που πρέπει να κάνω στη δουλειά μου	Φύση της Εργασίας	0,81
Q27	Αισθάνομαι περήφανος που κάνω αυτή τη δουλειά	Φύση της Εργασίας	0,75
Q35	Η δουλειά μου είναι ευχάριστη	Φύση της Εργασίας	0,63
Q7	Σε γενικές γραμμές συμπαθώ τους συναδέλφους μου	Συνάδελφοι	0,82
Q25	Περνάω καλά με τους συναδέλφους μου	Συνάδελφοι	0,81
Σημειώσεις:	(1) Τα βάρη των εξαγόμενων παραγόντων από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση με περιστροφή varimax (τα βάρη μικρότερα από 0,4 δεν εμφανίζονται). (2) Μέθοδος εξαγωγής: Ανάλυση Κύριων Συστατικών. (3) Συντελεστής φόρτισης > 0,5		

Ο συντελεστής αξιοπιστίας, δηλαδή το άλφα Cronbach της νέας κατασκευής των κλιμάκων μετά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης για τη συνολική κλίμακα ήταν 0,81 και καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι το ερωτηματολόγιο έχει πολύ καλή αξιοπιστία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ληφθέντα στοιχεία αξιοπιστίας (Alphas) κυμαίνονται από 0,60 έως 0,81 για τις διάφορες διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης. Αυτά τα ευρήματα παρέχουν υποστήριξη για την εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων, επομένως μπορούμε να δηλώσουμε ότι η κλίμακα των ερωτήσεων της έρευνας που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση ήταν αποδεκτή (βλέπε Πίνακα 4.25.).

**Πίνακας 4.25. Ανάλυση αξιοπιστίας παραγόντων**

Παράγοντας	Ονομασία Παράγοντα	Cronbach's Alpha (CA)	Σύνολο Ερωτήσεων	Ερωτήσεις	Μέση βαθμολογία
Παράγοντας 1	Παροχές και Μισθός	0,74	4	11, 20, 28, 33	2,27
Παράγοντας 2	Στάση Διοίκησης	0,67	4	14, 19, 24, 29	2,51
Παράγοντας 3	Εποπτεία	0,81	4	3, 12, 21, 30	4,66
Παράγοντας 4	Επικοινωνία	0,60	3	18, 26, 36	3,71
Παράγοντας 5	Φύση της Εργασίας	0,61	3	17, 27, 35	4,48
Παράγοντας 6	Υποστήριξη συναδέλφων	0,66	2	7, 25	4,96
<b>Συνολική Ικανοποίηση</b>		<b>0,81</b>	<b>20</b>		<b>3,76</b>

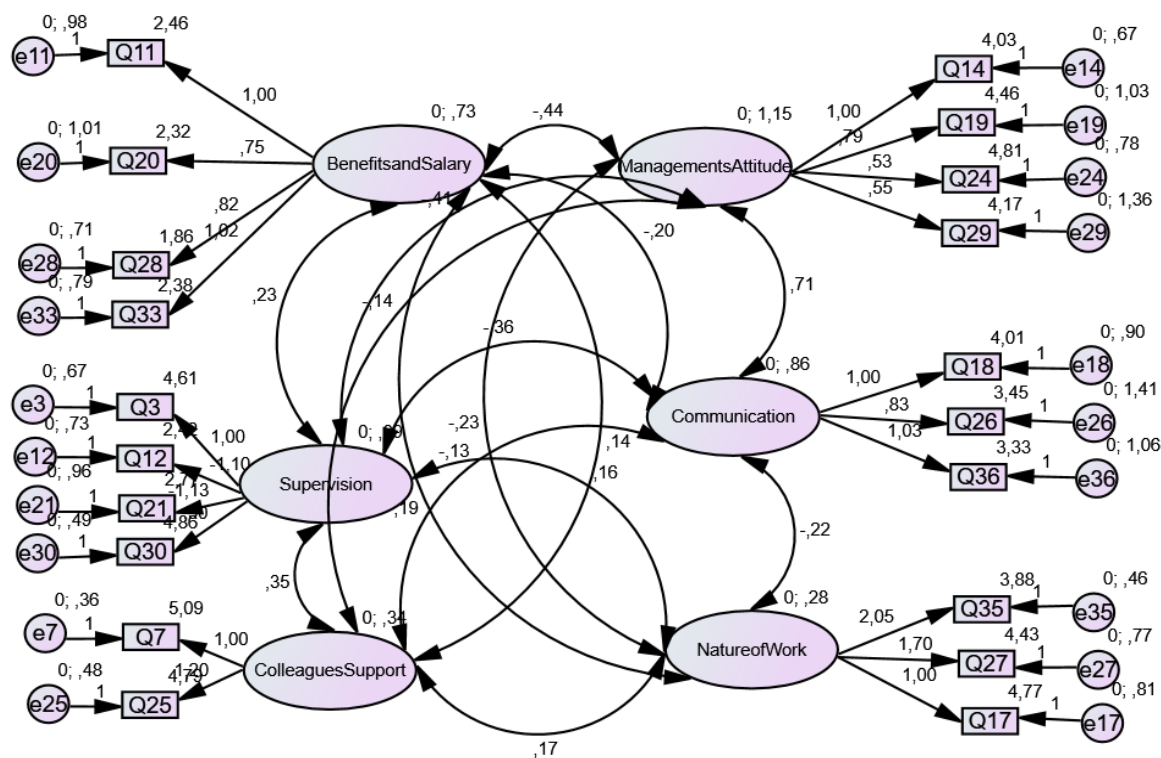
#### 4.7.10.2. Confirmatory Factor Analysis (CFA)

Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (CFA) αποτελεί μια στατιστική τεχνική που αναπτύσσεται ως προς την αξιολόγηση των μοντέλων μέτρησης που αντιπροσωπεύουν υποθέσεις σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ δεικτών και παραγόντων. Το CFA αξιολόγησε την προσαρμογή της δομής των έξι παραγόντων και το μοντέλο προσάρμοσε τα δεδομένα καλά όπως ορίστηκε από τις τιμές SRMR, RMSEA, CFI και IFI που ήταν ίσες με 0,050 ( $\leq 0,800$ ), 0,055 ( $\leq 0,800$ ), 0,906 ( $\geq 0,900$ ) και 0,906 ( $\geq 0,900$ ) αντίστοιχα. Προτάθηκε ότι ο δείκτης



βελτιστοποίησης προσαρμογής ήταν αποδεκτός και η δομή του μοντέλου σχεδιάστηκε λογικά (βλέπε το Διάγραμμα 4.1.).<sup>284</sup>

Οι στατιστικές αναλύσεις προσδιόρισαν έξι κυρίαρχες συνιστώσες ως προς την ποσοτικοποίηση της εργασιακής ικανοποίησης, δηλαδή Παροχές και Μισθός (F1), Στάσεις Διοίκησης (F2), Εποπτεία (F3), Επικοινωνία (F4), Φύση της εργασίας (F5), Υποστήριξη Συναδέλφων (F6). Εν τω μεταξύ, μεταξύ εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση, τα χρηματικά οφέλη έχουν τη μεγαλύτερη επιρροή, αλλά και οι σχέσεις με τους ανωτέρους ή τους συναδέλφους, η εκπαίδευση, η ενίσχυση των εργασιακών δεξιοτήτων, η αντιληπτή δικαιοσύνη του συστήματος προαγωγής, η ποιότητα των συνθηκών εργασίας και η αίσθηση του ανήκειν, αποτελούν παράγοντες ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη της εργασιακής ικανοποίησης.



**Διάγραμμα 4.1.: Confirmatory Factor Analysis (CFA)**

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτής της μελέτης είναι ότι αναπτύχθηκε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο JSS για οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί πολύ ευρύτερα σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Αυτό το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε πρόσφατα θα αποδειχθεί πολύ χρήσιμο για την παροχή συνεχών σχολίων στα ανώτατα στελέχη καθώς και στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για την υγεία σχετικά με το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης. Αυτή η ανατροφοδότηση που



παρέχεται από το υπάρχον εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας θα τους ειδοποιήσει αμέσως για τυχόν δυσμενείς συνθήκες εργασίας που παρουσιάζονται ως παράγοντες που επιφέρουν την δυσαρέσκεια από την εργασία.

#### **4.7.11. Παρακίνηση στα Νοσοκομεία**

##### **4.7.11.1. Εισαγωγή ως προς την παρακίνηση στα νοσοκομεία**

Ως βασικό πλαίσιο για τούτη τη μελέτη, χρησιμοποιήθηκε η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg, σύμφωνα με την οποία υπάρχουν δύο κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν την παρακίνηση των εργαζομένων. Η πρώτη κατηγορία, η οποία αναφέρεται ως "κίνητρα" ή "ικανοποιητές", είναι εγγενείς και σχετίζονται με το περιεχόμενο της εργασίας, ενώ ενθαρρύνουν τους εργαζομένους να αποδίδουν σε υψηλότερα πρότυπα στην εργασία τους. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τα επιτεύγματα, την αναγνώριση, την ευθύνη και πρόοδο στην εργασία, καθώς και την ανάπτυξη. Η διαθεσιμότητά τους είναι σημαντική, έχει νόημα και χρειάζονται για να παρακινήσουν τους εργαζόμενους σε υψηλότερες επιδόσεις. Η δεύτερη κατηγορία, αναφέρεται ως παράγοντες «υγιεινής», αφορά το εργασιακό περιβάλλον. Οι παράγοντες αυτοί είναι εξωγενείς και περιλαμβάνουν πολιτικές και πρακτικές του οργανισμού, αμοιβές, πρόσθετες παροχές και συνθήκες εργασίας, διοίκηση, ποιότητα εποπτείας, διαπροσωπικές σχέσεις, μισθό, κατάσταση και ασφάλεια.

Η θεωρία του Herzberg, υποστηρίζει ότι οι παράγοντες υγιεινής και παρακίνησης πρέπει να ικανοποιούνται σε ισότιμο βαθμό, αλλά η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια από την εργασία δεν ακολουθούν μια συνεχή κλίμακα από ικανοποίηση σε δυσαρέσκεια. Πιθανώς αποτελούν δύο ξεχωριστές συνέχειες που δεν εξαρτώνται η μία από την άλλη. Αυτή η θεωρία έχει αντιμετωπίσει επικρίσεις για τη μεθοδολογία της και για το γεγονός ότι δεν λαμβάνει υπόψη τη συνολική ικανοποίηση, αλλά παραμένει μια σημαντική θεωρία παρακίνησης.<sup>63</sup> Στη συγκεκριμένη μελέτη, χρησιμοποιείται ένα ευρύ δείγμα και η συνολική ικανοποίηση μετράται και συμπληρώνεται ως προς τις διαστάσεις της, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο JSS του Spector.

##### **4.7.11.2. Ανάλυση κανονικότητας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας**

Για την κανονικότητα χρησιμοποιήθηκε η δοκιμή κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov. Με βάση τα αποτελέσματα, τα δεδομένα προσδιορίστηκαν ως μη κανονικά κατανομημένα, καθώς η τιμή  $p$  ήταν μικρότερη από 0,05. Οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων



υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης Pearson, τα αποτελέσματα κυμάνθηκαν μεταξύ 0,148 και 0,763.

Ο Cohen πρότεινε την ακόλουθη ερμηνεία για τις συσχετίσεις: εάν η τιμή r ισούται με 0,10 έως 0,29 (θετική) ή -0,29 έως -0,10 (αρνητική), υπάρχει μια μικρή συσχέτιση μεταξύ των δύο ανεξάρτητων μεταβλητών. <sup>248</sup> Εάν η τιμή r είναι 0,30 έως 0,49 (θετική) ή -0,49 έως -0,30 (αρνητική), υπάρχει μέση συσχέτιση ανάμεσα στις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές. Όταν η τιμή r ισούται με 0,50 έως 1,00 (θετικό) ή -1,00 έως -0,50 (αρνητικό), υποδεικνύεται μια μεγάλη συσχέτιση μεταξύ των δύο ανεξάρτητων μεταβλητών. Υπό το πρίσμα αυτών των περιοχών, οι συσχετίσεις ήταν μεγάλες σε δεκαέξι (16) περιπτώσεις (24%), ενώ υπήρχαν επίσης τριάντα επτά (37) μέσες (58%) και έντεκα (11) χαμηλές (18%) τιμές.

**Πίνακας 4.26. Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των παραγόντων**

Παράγοντας	Επίτευγμα	Αναγνώριση	Το ίδιο το έργο / η φύση της εργασίας	Υπευθυνότητα	Προαγωγή	Οργανωσιακές Πολιτικές	Εποπτεία	Ανάπτυξη	Εργασιακές Συνθήκες	Διαπροσωπικές σχέσεις	Μισθός	Εργασιακή Ασφάλεια
Επίτευγμα	1											
Αναγνώριση	0,642**	1										
Το ίδιο το έργο / η φύση της εργασίας	0,502**	0,627**	1									
Υπευθυνότητα	0,311**	0,406**	0,651**	1								
Προαγωγή	0,398**	0,496**	0,460**	0,560**	1							
Οργανωσιακές Πολιτικές	0,353**	0,386**	0,437**	0,524**	0,562**	1						
Εποπτεία	0,440**	0,456**	0,418**	0,369**	0,413**	0,525**	1					
Ανάπτυξη	0,328**	0,361**	0,424**	0,537**	0,521**	0,763**	0,525**	1				
Εργασιακές Συνθήκες	0,308**	0,323**	0,246**	0,193**	0,314**	0,287**	0,325**	0,311**	1			
Διαπροσωπικές σχέσεις	0,411**	0,500**	0,384**	0,372**	0,442**	0,422**	0,459**	0,406**	0,502**	1		
Μισθός	0,280**	0,328**	0,263**	0,349**	0,494**	0,559**	0,361**	0,560**	0,313**	0,429**	1	
Εργασιακή ασφάλεια	0,210**	0,282**	0,148**	0,167**	0,275**	0,311**	0,249**	0,282**	0,314**	0,394**	0,491**	1

\*\* Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01 / N=3.278

Όσον αφορά τις εσωτερικές συνέπειες, αυτές υπολογίζονται για κάθε κατηγορία (εσωτερικοί ή εξωτερικοί παράγοντες) κινήτρων και για την κλίμακα κινήτρων συνολικά. Στην παρούσα μελέτη, το συνολικό κίνητρο έχει άλφα ίσο με 0,89. Η κατηγορία των κινήτρων εσωτερικών παραγόντων έχει άλφα 0,85 και η κατηγορία των κινήτρων εξωτερικών παραγόντων συντελεστή άλφα 0,79. Οι αποδεκτές τιμές του άλφα του Cronbach είναι πάνω από 0,70. Όσον αφορά την περιγραφική στατιστική, ο μέσος όρος κάθε παράγοντα παρακίνησης φαίνεται παρακάτω. Τα ισχυρότερα κίνητρα των εργαζομένων αναφέρονται στην αύξηση μισθού-μισθού (MT=9,31) και στην εκπαίδευση του προσωπικού μέσω σεμιναρίων και σεμιναρίων στις νέες τεχνολογίες (8,91), καθώς και στην ανάπτυξη νέων γνώσεων-δεξιοτήτων (8,89). Από την άλλη πλευρά, τα επιτεύγματα (6,95), οι συνθήκες εργασίας (7,02) και η φύση της εργασίας (7,54) κατατάσσονται χαμηλότερα (βλέπε Πίνακα 4.27.).

**Πίνακας 4.27. Εσωτερικοί και Εξωτερικοί Παράγοντες Παρακίνησης - Μέσες Τιμές (ΜΤ)**

		Περίοδος < 13 / 03 / 2020					Περίοδος > 13 / 03 / 2020					Σύνολο Δείγματος					
Εσωτερικοί Παράγοντες Παρακίνησης		Μέσες Τιμές (ΜΤ)			Συνολική Μέση Τιμή (Ν=2.973)	Μέσες Τιμές (ΜΤ)			Συνολική Μέση Τιμή (Ν=305)	Μέσες Τιμές (ΜΤ)			Συνολική Μέση Τιμή (Ν=3.278)	Τυπική Απόκλιση			
Παράγοντες	Φράση που αντιπροσωπεύει τον παράγοντα	Ιατροί (Ν=761)	Νοσηλευτές (Ν=1.553)	Λοιπό Προσωπικό (Ν=659)	Τυπική Απόκλιση	Ιατροί (Ν=42)	Νοσηλευτές (Ν=183)	Λοιπό Προσωπικό (Ν=80)	Τυπική Απόκλιση	Ιατροί (Ν=803)	Νοσηλευτές (Ν=1.736)	Λοιπό Προσωπικό (Ν=739)	Τυπική Απόκλιση				
1	Επίτευγμα	Κίνητρα για πρόσθετη προσπάθεια και βελτίωση της παραγωγικότητας	6,90	7,05	6,91	7,02	1,98	6,48	6,39	6,17	6,35	0,77	6,88	6,98	6,96	6,95	1,91
2	Αναγνώριση	Αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου	7,53	7,76	7,45	7,69	1,79	6,98	6,63	6,52	6,65	0,78	7,50	7,64	7,59	7,60	1,75
3	Το ίδιο το έργο / η φύση της εργασίας	Ευκαιρίες για ανάληψη πρωτοβουλιών και εκμετάλλευση πόρων	8,02	7,61	7,16	7,66	1,85	7,05	5,85	5,96	6,06	1,01	7,97	7,42	7,22	7,51	1,85
4	Υπευθυνότητα	Ικανότητα συμμετοχής στη λήψη σημαντικών αποφάσεων	8,59	7,93	7,08	7,94	1,94	8,67	7,97	7,11	7,85	1,13	8,59	7,94	7,20	7,93	1,88
5	Προαγωγή	Δυνατότητα προόδου / προαγωγής	8,07	8,05	7,53	7,94	1,84	8,52	8,38	7,81	8,25	0,85	8,09	8,09	7,57	7,97	1,77
6	Ανάπτυξη	Ευκαιρίες για ανάπτυξη νέων γνώσεων-δεξιοτήτων	9,05	8,87	8,51	8,82	1,57	9,74	9,67	9,19	9,54	0,65	9,08	8,95	8,53	8,89	1,52
<b>Μέσος Όρος Εσωτερικών Παραγόντων Παρακίνησης</b>		<b>8,03</b>	<b>7,88</b>	<b>7,44</b>	<b>7,85</b>	<b>7,90</b>	<b>7,48</b>	<b>7,13</b>	<b>7,45</b>	<b>8,02</b>	<b>7,84</b>	<b>7,51</b>	<b>7,81</b>				
Εξωτερικοί Παράγοντες Παρακίνησης		Μέσες Τιμές (ΜΤ)			Συνολική Μέση Τιμή (Ν=2.973)	Μέσες Τιμές (ΜΤ)			Συνολική Μέση Τιμή (Ν=305)	Μέσες Τιμές (ΜΤ)			Συνολική Μέση Τιμή (Ν=3.278)	Τυπική Απόκλιση			
Παράγοντες	Φράση που αντιπροσωπεύει τον παράγοντα	Ιατροί (Ν=761)	Νοσηλευτές (Ν=1.553)	Λοιπό Προσωπικό (Ν=659)	Τυπική Απόκλιση	Ιατροί (Ν=42)	Νοσηλευτές (Ν=183)	Λοιπό Προσωπικό (Ν=80)	Τυπική Απόκλιση	Ιατροί (Ν=803)	Nurses (Ν=1.736)	Λοιπό Προσωπικό (Ν=739)	Τυπική Απόκλιση				
7	Οργανωτικές Πολιτικές	Εκπαίδευση προσωπικού, σεμινάρια & εκπαίδευση σε νέα συστήματα και τεχνολογίες	9,07	8,90	8,50	8,86	1,67	9,55	9,47	9,00	9,36	0,70	9,09	8,96	8,58	8,91	1,61
8	Εποπτεία	Καλή επίβλεψη και υποστήριξη από ανώτερα στελέχη	7,82	7,68	7,72	7,75	1,74	7,90	7,86	7,57	7,79	0,75	7,83	7,70	7,81	7,75	1,67
9	Διαπροσωπικές σχέσεις	Εκτίμηση και καλή φήμη	7,72	8,00	7,90	7,91	1,72	8,21	8,27	7,76	8,13	0,88	7,74	8,03	7,91	7,93	1,66
10	Συνθήκες εργασίας	Ευέλικτες ώρες εργασίας	6,61	7,33	6,80	7,00	2,16	6,62	7,57	6,91	7,25	0,96	6,61	7,35	6,70	7,02	2,08
11	Αμοιβή	Ικανοποιητικές αμοιβές	9,25	9,29	9,21	9,25	1,58	9,88	9,94	9,83	9,90	0,30	9,28	9,36	9,23	9,31	1,52
12	Εργασιακή ασφάλεια	Μονιμότητα – Ασφάλεια Εργασίας	8,48	8,93	9,02	8,82	1,58	8,90	9,31	9,42	9,29	0,70	8,50	8,97	9,00	8,86	1,53
<b>Μέσος Όρος Εξωτερικών Παραγόντων Παρακίνησης</b>		<b>8,16</b>	<b>8,35</b>	<b>8,19</b>	<b>8,26</b>	<b>8,51</b>	<b>8,74</b>	<b>8,42</b>	<b>8,62</b>	<b>8,18</b>	<b>8,39</b>	<b>8,20</b>	<b>8,30</b>				
<b>Συνολικός Μέσος Όρος Εσωτερικών και Εξωτερικών Παραγόντων Παρακίνησης</b>		<b>8,09</b>	<b>8,12</b>	<b>7,82</b>	<b>8,06</b>	<b>8,21</b>	<b>8,11</b>	<b>7,77</b>	<b>8,04</b>	<b>8,10</b>	<b>8,12</b>	<b>7,86</b>	<b>8,05</b>				





Καθώς ο ΠΟΥ ανακήρυξε την Ευρώπη το επίκεντρο της πανδημίας στις 13 Μαρτίου 2020, η έρευνά μας χωρίστηκε σε δύο περιόδους, πριν και μετά τις 13 Μαρτίου 2020. Στον Πίνακα 4.27., βρέθηκε ότι ένας μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων ήταν κυρίως πριν από τις 13 Μαρτίου 2020, την περίοδο πριν από τον Covid, οι εργαζόμενοι (2.973, 90,7% του συνόλου) παρακινούνταν κυρίως από εξωγενείς παράγοντες 8,26 (Ιατροί 8,16, Νοσηλευτές 8,35, Άλλοι επαγγελματίες υγείας 8,19) σε σχέση με εγγενείς παράγοντες (Ιατροί 8,03, Νοσηλευτές 7,88, Άλλοι επαγγελματίες υγείας 7,44). Μετά τις 13 Μαρτίου 2020, το πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19, για τους εργαζόμενους (305, 9,3% του συνόλου) το χάσμα μεταξύ εξωγενών και εγγενών παραγόντων αυξήθηκε περισσότερο σε σύγκριση με την προ-Covid περίοδο, καθώς οι εξωγενείς παράγοντες ήταν 8,62 (Ιατροί 8,51, Νοσηλευτές 8,74, Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας 8,42) σε σχέση με εγγενείς παράγοντες 7,45 (Ιατροί 7,90, Νοσηλευτές 7,48, Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας 7,13). Συμπερασματικά, η έρευνά μας προτείνει ότι σε περιόδους κρίσης (οικονομική, υγεία, κ.α.), οι οργανισμοί επιβάλλεται να ενισχύσουν τις συνθήκες που ενισχύουν τα εξωτερικά κίνητρα.

#### 4.7.11.3. Σύγκριση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και παραγόντων κινήτρων

Στον Πίνακα 4.28., εξετάζονται πιθανές συσχετίσεις φύλου, ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης, εργασιακής κατάστασης, ετών επαγγελματικής εμπειρίας και οικονομικής κατάστασης, σε σχέση με τους παράγοντες κινήτρων.

**Πίνακας 4.28. Συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και παραγόντων παρακίνησης**

Παράγοντες Παρακίνησης	Γένος (P-Sig <sup>2</sup> )	Ηλικία (P-Sig <sup>1</sup> )	Οικογενειακή κατάσταση (P-Sig <sup>1</sup> )	Επίπεδο Εκπαίδευσης (P-Sig <sup>1</sup> )	Κατάσταση απασχόλησης (P-Sig <sup>2</sup> )	Επαγγελματική εμπειρία (P-Sig <sup>1</sup> )	Οικονομική Κατάσταση (P-Sig <sup>1</sup> )
1 Επίτευγμα	0,052	0,170	0,381	0,000	0,809	0,000	0,000
2 Αναγνώριση	0,002	0,000	0,001	0,000	0,382	0,000	0,000
3 Το ίδιο το έργο / η φύση της εργασίας	0,892	0,005	0,000	0,000	0,030	0,066	0,000
4 Υπευθυνότητα	0,025	0,047	0,008	0,000	0,514	0,002	0,034
5 Προαγωγή	0,246	0,004	0,645	0,000	0,717	0,096	0,032
6 Οργανωτικές Πολιτικές	0,022	0,000	0,477	0,000	0,041	0,114	0,127
7 Εποπτεία	0,054	0,675	0,001	0,001	0,276	0,004	0,000
8 Ανάπτυξη	0,715	0,030	0,201	0,000	0,049	0,016	0,047
9 Συνθήκες εργασίας	0,000	0,003	0,027	0,000	0,476	0,000	0,000
10 Διαπροσωπικές σχέσεις	0,017	0,005	0,148	0,000	0,000	0,000	0,000
11 Αμοιβή	0,013	0,000	0,000	0,084	0,000	0,000	0,000
12 Εργασιακή ασφάλεια	0,000	0,000	0,000	0,000	0,042	0,000	0,000

P-Sig<sup>1</sup> = Kruskal Wallis H Test  
P-Sig<sup>2</sup> = Mann-Whitney U Test



Εφόσον, τα δεδομένα μας δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή, οι δοκιμές Kruskal-Wallis H και Mann Whitney U χρησιμοποιήθηκαν για να παρουσιάσουν τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών και των πιθανοτήτων μείον το 0,05 που αντιπροσωπεύει τις πιο σημαντικές συσχετίσεις.

Ως αποτέλεσμα, τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το φύλο των ερωτηθέντων βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά την αναγνώριση, την ευθύνη, τις οργανωτικές πολιτικές, τις συνθήκες εργασίας, την αμοιβή, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την εργασιακή ασφάλεια ( $p < 0,05$ ), αλλά όχι σημαντική διαφορά όσον αφορά τη φύση της εργασίας ( $p = 0,892$ ), την ανάπτυξη ( $p = 0,715$ ), την πρόοδο ( $p = 0,246$ ), την επίβλεψη ( $p = 0,054$ ) και την επίδοση ( $p = 0,052$ ). Σε κίνητρα όπως η ευθύνη και η ίδια η εργασία (ευκαιρίες για ανάληψη πρωτοβουλιών και εκμετάλλευση πόρων), οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία. Αυτή η διαφορά δείχνει ότι τα αρσενικά είναι πιο πρόθυμα να αναλάβουν ευθύνες σε σύγκριση με τα θηλυκά.

Ομοίως, υπάρχει σημαντική διαφορά στην ηλικία ως προς όλους τους παράγοντες κινήτρου ( $p < 0,05$ ), αλλά καμία ουσιαστική διαφορά ως προς την επίβλεψη ( $p = 0,675$ ) και την επίδοση ( $p = 0,170$ ). Περαιτέρω, αναζητώντας ανισότητες μεταξύ ηλικιών ως προς τους παράγοντες κινήτρων, βρήκαμε ότι οι εργαζόμενοι κάτω των 25 ετών σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία για επιτεύγματα, αναγνώριση και ασφάλεια εργασίας. Οι εργαζόμενοι μεταξύ 26 και 35, σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία για την ανάπτυξη και τις οργανωτικές πολιτικές. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι κάτω των 35 ετών σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία για καλύτερες συνθήκες εργασίας και άνω των 46 ετών σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία για καλύτερο μισθό. Τέλος, τα μέσα δείχνουν ένα μοτίβο που ενώ αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η δύναμη της εσωτερίκευσης των στόχων. Και πάλι, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων όσον αφορά την αναγνώριση, τη φύση της εργασίας, την ευθύνη, την επίβλεψη, τις συνθήκες εργασίας, τον μισθό και την ασφάλεια της εργασίας ( $p < 0,05$ ), αλλά καμία σημαντική διαφορά ως προς το επίτευγμα ( $p = 0,381$ ), πρόοδος ( $p = 0,645$ ), οργανωτικές πολιτικές ( $p = 0,477$ ), ανάπτυξη ( $p = 0,201$ ) και διαπροσωπικές σχέσεις ( $p = 0,148$ ). Επιπλέον, υπάρχει σημαντική διαφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων ως προς όλους τους παράγοντες κινήτρων ( $p < 0,05$ ), αλλά όχι σημαντική διαφορά ως προς τον μισθό ( $p = 0,148$ ). Όσοι είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία για την αναγνώριση, την εκτίμηση και τη φήμη, περισσότερες ευθύνες, προαγωγή και καλύτερους μισθούς, ενώ όσοι



είχαν χαμηλότερη εκπαίδευση σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία για ασφάλεια εργασίας και ευέλικτο ωράριο εργασίας. Οι εργαζόμενοι με λιγότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας ήταν πιο ικανοποιημένοι από τους εργαζόμενους με πάνω από 16 χρόνια εμπειρίας. Αυτά τα ευρήματα θα μπορούσαν να οφείλονται στο ότι οι νεότεροι εργαζόμενοι, στην αρχή της σταδιοδρομίας τους, είχαν καλύτερες και ισχυρότερες σχέσεις με τους συναδέλφους τους και τους προϊσταμένους τους. Σε χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, σημείωσε υψηλότερη βαθμολογία για την ασφάλεια της εργασίας και το ευέλικτο ωράριο εργασίας.

Επιπλέον, υπάρχει σημαντική διαφορά στο εργασιακό καθεστώς των ερωτηθέντων σε σχέση με τις οργανωτικές πολιτικές, τη φύση της εργασίας, την ανάπτυξη, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τον μισθό και την ασφάλεια εργασίας ( $p < 0,05$ ), αλλά όχι σημαντική διαφορά ως προς το επίτευγμα ( $p = 0,809$ ), αναγνώριση ( $p = 0,382$ ), υπευθυνότητα ( $p = 0,514$ ), ανέλιξη ( $p = 0,717$ ), επίβλεψη ( $p = 0,276$ ) και συνθήκες εργασίας ( $p = 0,476$ ). Κοιτάζοντας πιο προσεκτικά τα αποτελέσματα, υπάρχει σημαντική διαφορά στην επαγγελματική εμπειρία των ερωτηθέντων σε σχέση με όλους τους παράγοντες κινήτρων ( $p < 0,05$ ), αλλά όχι σημαντική διαφορά ως προς τη φύση της εργασίας ( $p = 0,066$ ), την πρόοδο ( $p = 0,096$ ) και οργανωτικές πολιτικές ( $p = 0,114$ ). Οι εργαζόμενοι με λιγότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας ήταν πιο ικανοποιημένοι από τους εργαζόμενους με πάνω από 16 χρόνια εμπειρίας. Αυτά τα ευρήματα θα μπορούσαν να οφείλονται στο ότι οι νεότεροι εργαζόμενοι, στην αρχή της σταδιοδρομίας τους, είχαν καλύτερες και ισχυρότερες σχέσεις με τους συναδέλφους ή προϊσταμένους τους. Οι έμπειροι υπάλληλοι σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία για την προαγωγή, την ευθύνη και την αναγνώριση, υπονοώντας ότι έχουν περισσότερα εγγενή κίνητρα. Τέλος, υπάρχει σημαντική διαφορά στην οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων σε σχέση με όλους τους παράγοντες κινήτρων ( $p < 0,05$ ), αλλά καμία ουσιαστική διαφορά σε σχέση με τις οργανωτικές πολιτικές ( $p = 0,127$ ).

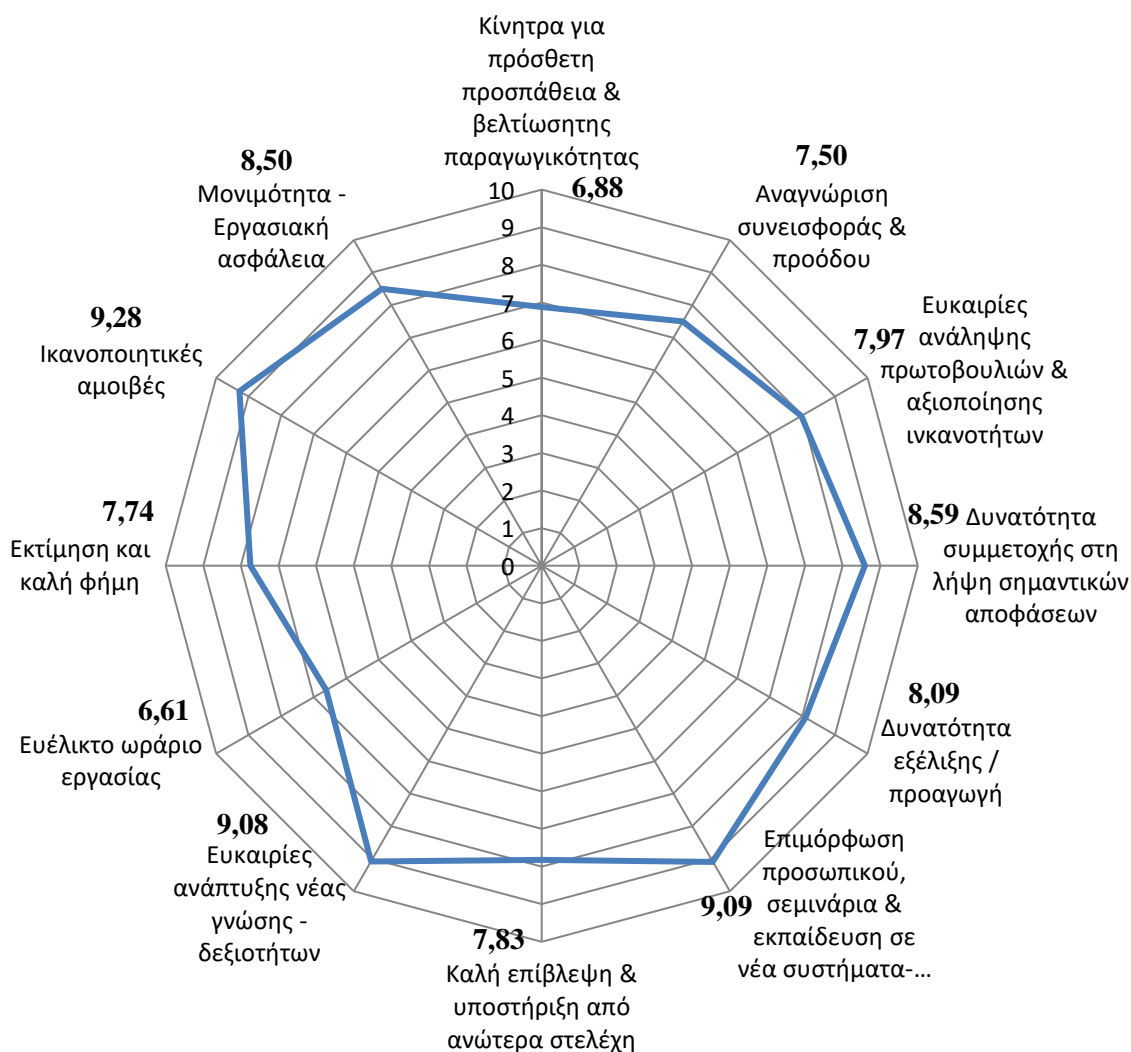
#### **4.7.11.4. Κίνητρα εργασίας ανά κατηγορία προσωπικού στα Νοσοκομεία**

##### **4.7.11.4.1. Κίνητρα εργασίας Ιατρικού προσωπικού στα Νοσοκομεία**

Το ιατρικό προσωπικό κατέταξε τους παράγοντες κινήτρων ως εξής: ικανοποιητικές αμοιβές ( $MT = 9,28$ ), εκπαίδευση (9,09), ευκαιρίες για νέες γνώσεις-δεξιότητες (9,08), δυνατότητα συμμετοχής στις αποφάσεις υποδοχής (8,59), μονιμότητα και ασφάλεια εργασίας (8,50), ευκαιρία για ανάπτυξη-προώθηση (8,09), ευκαιρίες για πρωτοβουλίες & ανάπτυξη ικανοτήτων (7,97), καλή εποπτεία & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη (7,83), εκτίμηση και



καλή φήμη (7,74), αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου (7,50), κίνητρα για επιπλέον προσπάθεια & παραγωγικότητα (6,88) και ευέλικτο ωράριο εργασίας (6,61). Το 2012, ο Κανελλόπουλος επισήμανε ότι έχοντας υπόψη τη θεωρία του Herzberg, η παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού, συγκροτείται από τη θέσπιση στόχων από πλευράς της διοίκησης του νοσοκομείου, η παρακίνηση των ιατρών να τους επιτύχουν, η αναγνώριση της επίτευξης, η παροχή της δυνατότητας προαγωγής σύμφωνα με τα προσόντα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του καθενός.<sup>285</sup>



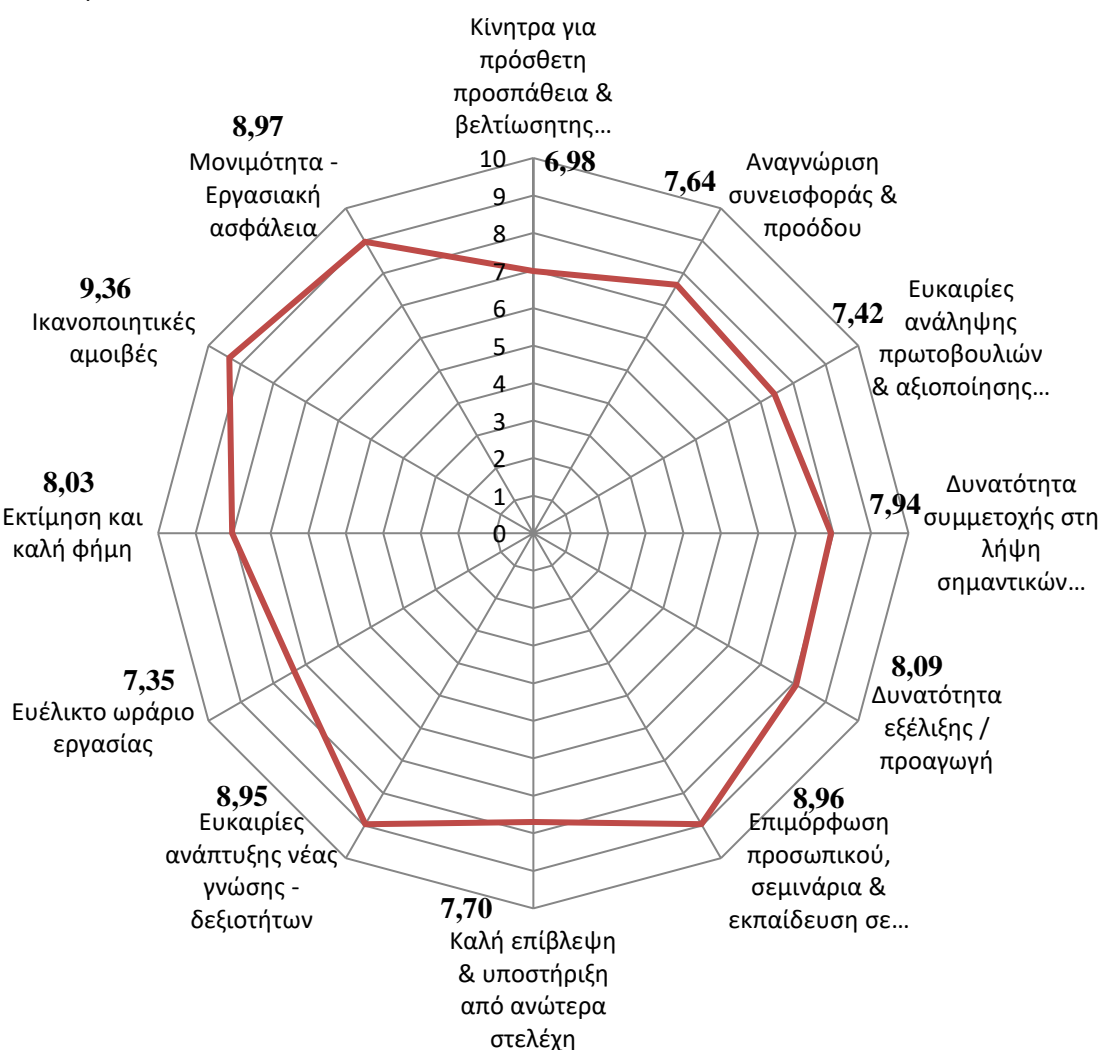
**Ιστόγραμμα 4.1.: Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Ιατρικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία**

#### 4.7.11.4.2. Κίνητρα εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία

Οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο στοιχείο ανθρώπινου δυναμικού στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και επομένως φαίνεται να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης και στα αποτελέσματα των ασθενών. Το νοσηλευτικό



προσωπικό εντόπισε ως βασικούς κινήτριους παράγοντες κατά σειρά: ικανοποιητικές αμοιβές (MT = 9,36), μονιμότητα και ασφάλεια εργασίας (8,97), εκπαίδευση (8,96), ευκαιρίες για νέες γνώσεις-δεξιότητες (8,95), ευκαιρίες για ανάπτυξη-προαγωγή (8,09), εκτίμηση και καλή φήμη (8,03), δυνατότητα συμμετοχής στις αποφάσεις υποδοχής (7,94), καλή εποπτεία & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη (7,70), αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου (7,64), ευκαιρίες για πρωτοβουλίες & ανάπτυξη ικανοτήτων (7,42), ευέλικτο ωράριο εργασίας (7,35), κίνητρα για επιπλέον προσπάθεια & παραγωγικότητα (6,98). Οι Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου (2011), επισήμαναν ότι είναι εφικτή η εφαρμογή της θεωρίας στους νοσηλευτές ενός δημοσίου νοσοκομείου καθώς τα στελέχη του και η διοίκηση είναι δυνατόν να επηρεάσουν την παρακίνηση, προσδιορίζοντας τις αρμοδιότητες του προσωπικού και επιβραβεύοντας τους υπό την προϋπόθεση να μην υπάρχει δυσαρέσκεια στο προσωπικό, για τις αποδοχές, τις συνθήκες εργασίας και τις διαπροσωπικές σχέσεις εντός του νοσοκομείου.<sup>286</sup>

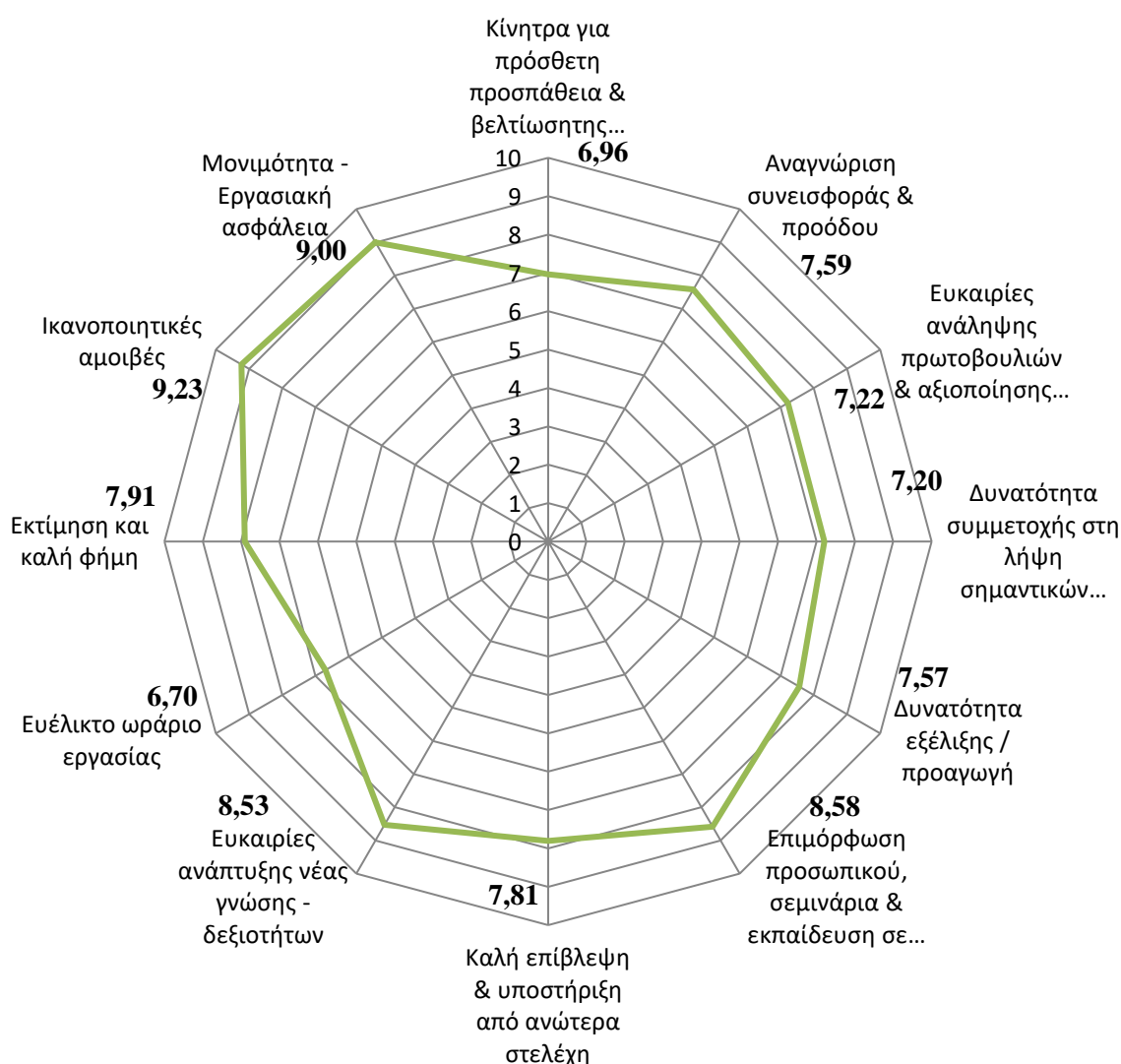


**Ιστόγραμμα 4.2.: Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία**



#### 4.7.11.4.3. Κίνητρα εργασίας λοιπού προσωπικού στα νοσοκομεία

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του λοιπού προσωπικού του νοσοκομείου, όλοι οι παράγοντες συγκρίνονται με τους άλλους και οι αξίες τους παρουσιάζονται στα ακόλουθα σχήματα: οι μισθοί (MT = 9,23), η μονιμότητα-ασφάλεια (9,00), η εκπαίδευση (8,58), οι ευκαιρίες για νέες γνώσεις-δεξιότητες (8,53), εκτίμηση και καλή φήμη (7,91), καλή εποπτεία & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη (7,81), αναγνώριση συνεισφοράς και προόδου (7,59), ευκαιρία για ανάπτυξη-προώθηση (7,57), ευκαιρίες για πρωτοβουλίες και ανάπτυξη ικανοτήτων (7,22), δυνατότητα συμμετοχής στις αποφάσεις υποδοχής (7,20), κίνητρα για επιπλέον προσπάθεια & παραγωγικότητα (6,96), ευέλικτο ωράριο εργασίας (6,70).

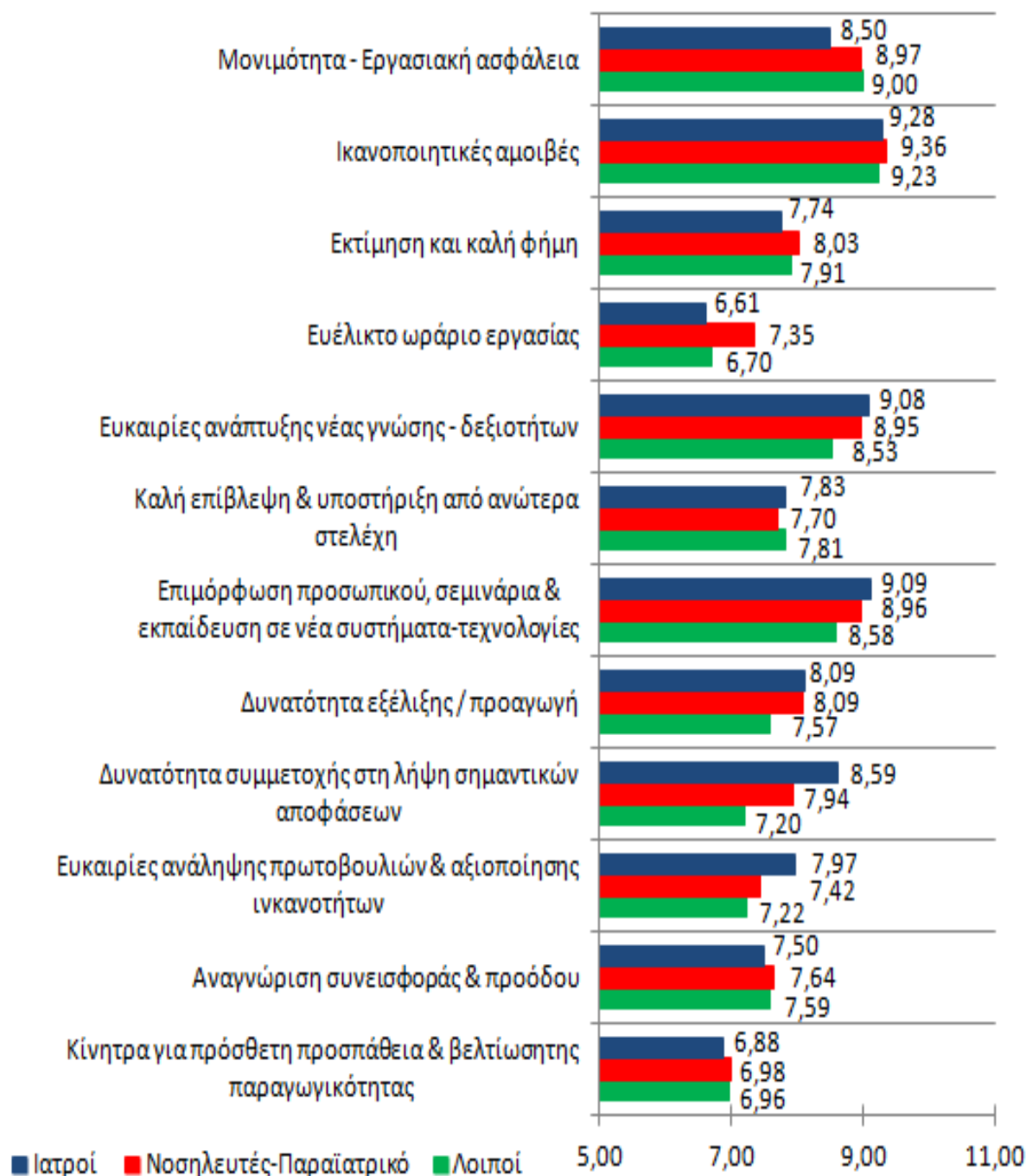


**Ιστόγραμμα 4.3.: Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Λοιπού Προσωπικού στα Νοσοκομεία**



#### 4.7.11.4.4. Σύγκριση κινήτρων παρακίνησης μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού στα νοσοκομεία

Οι τρεις κατηγορίες υπαλλήλων νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα αποκάλυψαν ότι το πιο σημαντικό κίνητρο πρόβλεψης για τους επαγγελματίες υγείας ήταν ο μισθός. Η εμφάνιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης το 2007 που έπληξε την Ελλάδα από το 2009 έως το 2019 είχε δυσμενείς επιπτώσεις στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και υπογραμμίζει τη σημασία του μισθού στα κίνητρα (βλέπε Διάγραμμα 4.2.).



Διάγραμμα 4.2.: Κατάταξη των κινήτρων παρακίνησης μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού στα Νοσοκομεία





Η ευρεία οικονομική ανασφάλεια έχει βρεθεί ότι ενισχύει τις σχέσεις μεταξύ του οικονομικού στρες και της ευημερίας, υποδηλώνοντας ότι οι οικονομικές συνέπειες της πανδημίας θα επηρεάσουν περαιτέρω την ψυχική υγεία των εργαζομένων.<sup>287, 288</sup> Ο Coombs (1985) ανέφερε ότι όταν οι μισθοί των εργαζομένων αποτυγχάνουν να συμβαδίσουν με το κόστος ζωής, το ηθικό τους μειώνεται και οι ικανοί μετατοπίζονται σε καλύτερα αμειβόμενες θέσεις εργασίας, μειώνοντας έτσι την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία.<sup>289</sup> Έτσι, ο μισθός είναι σαφής προϋπόθεση για κίνητρα, βασική προϋπόθεση της ζωής και αναγκαίος παράγοντας στην ικανοποίηση των αναγκών ασφάλειας και επιβίωσης. Ωστόσο, υψηλότερες ανάγκες όπως η αυτοεκτίμηση είναι δυνατόν εξίσου να ικανοποιηθούν, καθώς με χρήματα οι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν πράγματα που δείχνουν την κατάστασή τους και δημιουργούν ένα ορατό σημάδι αναγνώρισης.<sup>290, 291</sup>

Όλες οι κατηγορίες εργαζομένων στα νοσοκομεία δεν έχουν τα ίδια κίνητρα. Φαίνεται ότι το ιατρικό προσωπικό έχει υψηλότερα εγγενή κίνητρα σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές κατηγορίες στα νοσοκομεία. Για πολλούς από αυτούς, είναι η ζωή που είχαν ονειρευτεί και δεν βλέπουν άλλη καλύτερη ή έστω παρόμοια εναλλακτική τριγύρω, το να είναι γιατρός ήταν ο στόχος της ζωής τους. Το επάγγελμα από τη φύση του τους δίνει κοινωνική αναγνώριση, καθώς έχουν ευθύνη, αίσθηση ελέγχου, προκλητική φύση, δημιουργικότητα και εξερεύνηση δεξιοτήτων που κατέχουν λόγω της υψηλότερης ακαδημαϊκής τους θέσης. Ομοίως, οι ιατροί ενθαρρύνονται να εργάζονται σκληρότερα όταν εμπλέκονται σε αποφάσεις που αφορούν την εργασία τους. Η συμμετοχή είναι δυνατόν να παράσχει στα άτομα τη δυνατότητα να πάρουν σημαντικές αποφάσεις που επηρεάζουν άλλους επαγγελματίες, αυξάνοντας σημαντικά τα κίνητρα, την ικανοποίηση από την εργασία, την ευθύνη, την απόδοση και τη δέσμευση.<sup>292, 293</sup> Ωστόσο, η αυξημένη εργασιακή ευθύνη και πρόκληση είναι δυνατόν να σχετίζονται με άλλους παράγοντες του μοντέλου δύο παραγόντων, αφού τόσο η αναγνώριση όσο και οι διαπροσωπικές σχέσεις επιδρούν στην ταυτότητα των ατόμων.<sup>294</sup> Υπάρχουν επίσης στοιχεία που υποδηλώνουν ότι τα μέτρα μόλυνσης, πρόληψης και ελέγχου μειώνουν την αυτονομία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και συμβάλλουν στην ευημερία τους.<sup>295</sup>

Στο ίδιο πνεύμα, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές είναι μια κατηγορία προσωπικού που επηρεάζεται θετικά από την υποστήριξη των εποπτών (MT = 7,70), την εκτίμηση και την καλή φήμη (8,03). Η εκτίμηση από τους ηλικιωμένους στην εργασία, από τους ασθενείς και



την κοινότητα βρέθηκε να είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες κινήτρων που συνδέεται άμεσα με το οργανωτικό επίτευγμα και τη δέσμευση στην εργασία.<sup>296</sup> Επιπλέον, η ένταση που προκαλείται από την εργασία στους λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές βρέθηκε να είναι υψηλότερη από ό,τι στους έμπειρους νοσηλευτές επειδή οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές μπορεί να έχουν το καθήκον και την ευθύνη πρώτης γραμμής να παρέχουν καλής ποιότητας φροντίδα στο κρεβάτι για τους ασθενείς τους. Με λιγότερες κλινικές εμπειρίες, ανεπαρκές διαθέσιμο προσωπικό πρώτης γραμμής και κακή επίβλεψη και υποστήριξη από το ανώτερο προσωπικό, οι άπειροι νοσηλευτές είναι επιρρεπείς να βιώσουν υψηλότερο επίπεδο εργασιακού στρες, ειδικά όταν απαιτείται ανεξάρτητη και σημαντική κλινική λήψη αποφάσεων για τους ασθενείς τους. Σε πολλά νοσοκομεία αυτής της έρευνας, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των υλικών πόρων στις μονάδες, στην πραγματικότητα αυτοί οι πόροι πρέπει να εκτελούνται από διοικητικό υπάλληλο. Τέλος, οι νοσηλευτές (σε σύγκριση με τις άλλες κατηγορίες προσωπικού) επεσήμαναν την ανάγκη για ευέλικτο ωράριο εργασίας (MT = 7,35).

Σύμφωνα με τους Franco et al., η ισχύς των κινήτρων επηρεάζεται από τον βαθμό στον οποίο οι ατομικοί στόχοι των εργαζομένων στον τομέα της υγείας συνάδουν με τους στόχους του οργανισμού που απασχολούνται. Επιπλέον, η διαδικασία παρακίνησης περιλαμβάνει τόσο εσωτερικούς όσο και εξωγενείς παράγοντες.<sup>297</sup> Η παρούσα μελέτη αποκάλυψε ότι παρόλο που οι εξωτερικοί παράγοντες παρακίνησης ήταν σημαντικοί (MT = 8,30), οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας έδωσαν έμφαση και στα εσωτερικά κίνητρα (MT = 7,81) όπως η ύπαρξη ευθυνών, η αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων όπως και η αναγνώριση των επιτευγμάτων και ο σεβασμός για το επάγγελμά τους (βλέπε Πίνακα 4.27.). Φαίνεται, ότι τόσο οι εσωτερικοί όσο και οι εξωτερικοί παράγοντες, αλλά και η ισορροπία μεταξύ τους αποτελούν σημαντικούς παράγοντες παρακίνησης του προσωπικού των νοσοκομείων.<sup>298</sup> Έτσι, αυτοί που διαχειρίζονται την υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αντιμετωπίσουν τα κίνητρα των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, σχεδιάζοντας μια δέσμη στρατηγικών (ένα μείγμα τόσο υγιεινής όσο και παραγόντων κινήτρων) για να ανταποκριθούν στις κινητήριες ανάγκες τους.

Στην παρούσα έρευνά, η αναγνώριση συσχετίζεται σημαντικά με τα εργασιακά κίνητρα των εργαζομένων, τα αποτελέσματα πολλών άλλων μελετών έδειξαν το ίδιο.<sup>299, 300</sup> Στην πραγματικότητα, η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τους εργαζομένους να μετριάσουν αποτελεσματικά το στρες στο χώρο εργασίας και οι χώροι εργασίας με ισχυρή αντιληπτή



κοινωνική υποστήριξη συνδέονται με υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση, υψηλότερο ηθικό, χαμηλότερες απουσίες και μειωμένες προθέσεις αποχώρησης.<sup>301-303</sup> Για τους επαγγελματίες του ανθρώπινου δυναμικού, η έννοια του «συνολικού χώρου ζωής» αποτελεί μια νέα έννοια που αποκτά όλο και μεγαλύτερη αξία, αφού αυξάνεται ο αριθμός των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι θέλουν να εξισορροπήσουν την επαγγελματική και την οικογενειακή ζωή και για να το επιτύχουν αυτό, θέλουν οι διευθυντές τους να αναμένουν έναν λογικό φόρτο εργασίας, αλλά όχι τόσο πολύ ώστε η εργασία να παρεμβαίνει στην προσωπική τους ζωή.<sup>304</sup>

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι στατιστικά υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασιακή κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική εμπειρία, οικονομική κατάσταση) σε σχέση με τα κίνητρά τους. Σε κίνητρα όπως η ευθύνη και η ίδια η εργασία (ευκαιρίες για ανάληψη πρωτοβουλιών και εκμετάλλευση πόρων), οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία. Αυτή η διαφορά δείχνει ότι τα αρσενικά είναι πρόθυμα να αναλάβουν ευθύνες σε σύγκριση με τα θηλυκά. Προηγούμενες μελέτες στη βιβλιογραφία υποστηρίζουν επίσης τα ευρήματά μας και δηλώνουν ότι οι προσδοκίες των γυναικών θα μπορούσαν να είναι χαμηλότερες για ορισμένους παράγοντες όπως οι ευθύνες.<sup>305</sup> Σε όλους τους άλλους παράγοντες, οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία, ειδικά οι γυναίκες παρακινούνται περισσότερο από την αναγνώριση και τις ευέλικτες ώρες εργασίας.<sup>306</sup>

Επιπλέον, υπάρχουν κοινά κίνητρα για όλες τις κατηγορίες προσωπικού στα νοσοκομεία. Η επαγγελματική κατάρτιση (MT-Συνολική = 8,88) και η ανάπτυξη (MT-Συνολική = 8,85), παρέχουν έναν ουσιαστικό ρόλο ως ευκαιρίες προσωπικής ανάπτυξης και επιτρέπουν στους εργαζομένους να εξειδικευτούν πιο πολύ στην εργασία τους. Οι εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι έχουν στη συνέχεια περισσότερα κίνητρα για να κάνουν τη δουλειά τους. Παράλληλα, τα προγράμματα ανάπτυξης των εργαζομένων αυξάνουν την ικανοποίησή τους, αφού τους παρέχουν αυτοπεποίθηση, την αίσθηση ελέγχου της καριέρας τους, ενώ αυξάνουν τη θετική τους στάση απέναντι στην εργασία τους και τον οργανισμό.<sup>307</sup> Επιβάλλεται επίσης, ένα σταθερό εργασιακό περιβάλλον (MT-Total = 8,82) στο οποίο οι σχέσεις μεταξύ συναδέλφων να είναι αρμονικές.<sup>308</sup> Σύμφωνα με τους Okello και Gilson, η εμπιστοσύνη στον εργασιακό χώρο προάγει τη συνεργασία και την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει και οδηγεί σε εγγενή κίνητρα για τη διατήρηση, την παραγωγικότητα και την ποιότητα της περίθαλψης.<sup>309</sup>



Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ότι η καλή διαχείριση της απόδοσης (π.χ. προαγωγή, εποπτεία, συνεχής εκπαίδευση, ευκαιρίες για εκμάθηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων) μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στα κίνητρα και την ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Οι Berdud et al. διαπίστωσαν ότι ορισμένοι εξωτερικοί παράγοντες (κίνητρα) μπορούν να υπονομεύσουν τα εσωτερικά κίνητρα, ενώ άλλοι μπορούν να τα τονώσουν.<sup>310</sup> Αυτό συνάδει με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η οποία αναφέρει ότι «οι περιγραφές θέσεων εργασίας, οι προαγωγές και τα κριτήρια σταδιοδρομίας σχετίζονται θετικά με τα κίνητρα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας» και σημειώνει ότι τα κίνητρα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας θα πρέπει να θεωρούνται βασικός δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.<sup>311</sup> Η δέσμευση και η ενδυνάμωση των εργαζομένων όχι μόνο επηρεάζει την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και την καινοτομία, αλλά ταυτόχρονα αυξάνει την ικανοποίηση των εργαζομένων, τα εργασιακά κίνητρα και την εμπιστοσύνη στον οργανισμό.<sup>312</sup> Περισσότερο από ποτέ, οι οργανισμοί σε όλο τον κόσμο ενθαρρύνονται να επενδύσουν στην παρακίνηση και την ευημερία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.<sup>313</sup>

#### **4.7.12. Συμπεράσματα ως προς την έρευνα στα Νοσοκομεία**

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, παρουσιάζουν ότι η ικανοποίηση των εργαζομένων γενικά βρίσκεται σε πτώση. Στα νοσοκομεία, η εργασιακή δυσαρέσκεια συνδέεται στενά, με την πρόθεση του προσωπικού να παραιτηθεί, τα κακά κλινικά αποτελέσματα και τη μη βέλτιστη παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες του νοσοκομείου θα επιδείξουν ευχάριστη θετική στάση, μόνο όταν η εργασία τους ικανοποιεί. Μπορούν άραγε να ληφθούν μέτρα ως προς τη βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία;

Στην παρούσα μελέτη, οι παράγοντες των ευκαιριών εξέλιξης, των πιθανών αμοιβών, του φόρτου εργασίας και των εργασιακών διαδικασιών αποδείχθηκαν η «αχίλλειος πτέρνα» των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στα νοσοκομεία. Οι λεγόμενες διαρθρωτικές μεταβλητές, όπως η αμοιβή, ο φόρτος εργασίας, η υποστήριξη από τον προϊστάμενο και οι διαδικασίες εργασίας, καθώς και οι περιβαλλοντικές μεταβλητές, όπως οι ευκαιρίες ανάπτυξης και οι υποδομές, διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των εργαζομένων. Σε αυτές τις διαστάσεις πρέπει να προστεθούν τα θετικά συναισθήματα για την εργασία (ψυχολογικές μεταβλητές), τα οποία συμβάλλουν στην ικανοποίηση. Οι αρνητικοί παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν για να αυξηθεί η



ικανοποίηση και να μειωθεί ο κύκλος εργασιών, η αργοπορία, οι απουσίες και η χαμηλή παραγωγικότητα. Απαιτούνται καινοτομία και μέτρα χαμηλού/μηδενικού κόστους. Η επιβράβευση και η αναγνώριση του προσωπικού μπορεί να είναι μια από τις πιο εύκολες και οικονομικά αποδοτικές στρατηγικές για τη διατήρηση έμπειρων και ώριμων εργαζομένων. Επιπλέον, η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζεται έντονα από παράγοντες όπως οι ευκαιρίες ανάπτυξης και η υπευθυνότητα. Επιπλέον, η ικανοποίηση από την εργασία μπορεί να είναι υψηλότερη σε εργασιακά περιβάλλοντα στα οποία εφαρμόζονται μέτρα υγιεινής και ασφάλειας, οι προϊστάμενοι και οι υφιστάμενοι διαβουλεύονται μεταξύ τους και οι άνθρωποι συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων και στον καθορισμό των καθηκόντων. Τα κίνητρα και η οργανωτική υποστήριξη από τη διοίκηση αποτελούν επίσης σημαντικό παράγοντα, εφόσον υπάρχουν.

Η παροχή ενός περιβάλλοντος κινήτρων για τους εργαζόμενους γίνεται όλο και πιο σημαντική στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και βοηθά να ληφθούν υπόψη τα κίνητρα που οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία θεωρούν σημαντικά για την ικανοποίηση από την εργασία τους. Η διαδικασία αύξησης της δέσμευσης των εργαζομένων έχει επίσης καταστεί σημαντικό στοιχείο της πολιτικής ανθρώπινου δυναμικού. Οι έμπειροι και ικανοί εργαζόμενοι δεν διαθέτουν μόνο επαγγελματικές δεξιότητες και γνώσεις, αλλά και υψηλά κίνητρα. Τα χαμηλά κίνητρα των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη χαρακτηρίζονται από αναποτελεσματικές συμπεριφορές, όπως αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς, αργοπορία και απουσίες, υψηλή εναλλαγή και κινητικότητα. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε για να ελεγχθεί η θεωρία του Herzberg για τα κίνητρα και την υγιεινή και είχε ως στόχο να διαπιστωθεί ποιοι παράγοντες παρακίνησης θεωρούν οι εργαζόμενοι σημαντικούς για την απόδοση και την αποτελεσματικότητα. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν ποικίλες ανάγκες που ανταγωνίζονται συνεχώς και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Κάθε εργαζόμενος έχει διαφορετικό συνδυασμό και ένταση αναγκών, καθώς ορισμένοι εργαζόμενοι παρακινούνται από την επίτευξη και άλλοι από την ασφάλεια. Έχει αποδειχθεί ότι ο συνδυασμός εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων βελτιώνει τα κίνητρα, τη διατήρηση και την απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Οι διευθυντές ή προϊστάμενοι, πρέπει επίσης να είναι σε θέση να κατανοούν, να προβλέπουν και να παρακολουθούν την εργασιακή συμπεριφορά. Είναι επίσης σημαντικό να γνωρίζουν τι θέλουν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους. Η παρακίνηση δεν είναι ένα σταθερό



χαρακτηριστικό αλλά ένα δυναμικό φαινόμενο, καθώς μπορεί να μεταβάλλεται ανάλογα με προσωπικούς, ψυχολογικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι καθοδηγούνται από διαφορετικούς παράγοντες παρακίνησης και αισθάνονται εμπνευσμένοι κατά τη διαδικασία να εκτελούν με επιτυχία τα καθήκοντά τους. Η μοντελοποίηση της παρακίνησης των εργαζομένων απαιτεί επομένως την αναγνώριση διαφορετικών τύπων εργαζομένων και την ικανότητα να αναγνωρίζονται οι προσδοκίες, οι επιθυμίες και οι στάσεις τους απέναντι στην εργασία ως μεταβλητές που σχετίζονται με την κουλτούρα και όχι ως ψυχολογικές σταθερές. Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας για τα νοσοκομεία να κατανοήσουν τι πραγματικά παρακινεί τους εργαζόμενους, αντί να κάνουν απλώς υποθέσεις για να αυξήσουν τη δέσμευση. Σύμφωνα με τους Dieleman et al. (2007), τα κίνητρα στο χώρο εργασίας μπορεί να μειωθούν όταν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας μετακινούνται από χώρα σε χώρα ή μετακινούνται από αγροτικές σε αστικές περιοχές εντός της ίδιας χώρας. Η μετακίνηση από αγροτικές σε αστικές περιοχές εντός της ίδιας χώρας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαρροής εγκεφάλων. Η επένδυση στην κατάρτιση, τη διατήρηση και την αξιολόγηση των εξειδικευμένων εργαζομένων στον τομέα της υγείας αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη προσέγγιση.<sup>314</sup>

Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση μεταξύ της ανάγκης για ευκαιρίες κατάρτισης, της ατομικής ανάπτυξης και των ευκαιριών παρακίνησης σε οργανισμούς. Οι συγγραφείς αυτών των μελετών υποστηρίζουν ότι όταν οι εργαζόμενοι γίνονται πιο ικανοί και πιο συνειδητοποιημένοι για την εργασία τους μέσω της κατάρτισης, είναι πιο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, γεγονός που με τη σειρά του τους παρακινεί να εργάζονται σκληρότερα, κάτι που σαφώς ευνοεί τον οργανισμό. Ως εκ τούτου, είναι επίσης σημαντικό για τη διοίκηση του οργανισμού να ικανοποιεί τις ανάγκες κατάρτισης των εργαζομένων, προκειμένου να αυξήσει τα κίνητρά τους για εργασία. Επιπλέον, τα διευθυντικά στελέχη θα πρέπει να οικοδομήσουν ένα ανοικτό σύστημα επικοινωνίας και διαβούλευσης μεταξύ των ιατρών, των νοσηλευτών και του λοιπού υγειονομικού προσωπικού, ώστε να ενθαρρύνουν την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία στο χώρο εργασίας, αυξάνοντας έτσι τη συνοχή, το ομαδικό πνεύμα και την εμπιστοσύνη στην ομάδα εργασίας. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών με καλή διεπιστημονική συνεργασία.

Συνοπτικά, η συνολική ικανοποίηση ενός εργαζομένου από τη δουλειά του είναι το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας





υποδηλώνουν ξεκάθαρα ότι η εφαρμογή επαγγελματικού σχεδιασμού και παροχών, η αναβάθμιση των συνθηκών εργασίας και η συνεχόμενη αναπροσαρμογή του προσωπικού στις συνθήκες, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ικανοποίηση από την εργασία.

#### **4.8. Αποτελέσματα της έρευνας για τους Επαγγελματίες Υγείας στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)**

##### **4.8.1. Μελέτη εργασιακής ικανοποίησης στα Κέντρα Υγείας**

Τα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι το αρχικό σημείο επαφής για τους περισσότερους ασθενείς, λόγω πολλών παραγόντων όπως η προσβάσιμη τοποθεσία, η εξοικείωση, η γρήγορη επαφή και η επικοινωνία προκειμένου να παρέχεται συνεχής και ολοκληρωμένη φροντίδα, όποια κι αν είναι η ανάγκη του ασθενούς. Ο κρίσιμος ρόλος ενός κέντρου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών σε μη προνομιούχα τμήματα της κοινωνίας. Περαιτέρω, καθιστά τους ασθενείς πιο διαθέσιμους και συνεργάσιμους στις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και δημόσιας υγείας που έχουν ξεκινήσει οι αρμόδιες διοικήσεις και άλλοι οργανισμοί. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει την παροχή θεραπείας για κοινές ασθένειες, να προλαμβάνει μελλοντικές άσχημες καταστάσεις υγείας μέσω συμβουλών, ανοσοποίησης και προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και να διαχειρίζεται μακροχρόνιες ασθένειες (π.χ. ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, κ.α.). Ένας σημαντικός αριθμός δημοσιεύσεων έχει τονίσει την ιδιαίτερη σημασία της εργασιακής ικανοποίησης από την εργασία για την αποτελεσματική και βιώσιμη πρωτοβάθμια περίθαλψη.<sup>315</sup>

Στην Ελλάδα, η νομοθεσία που θεσπίστηκε το 2014 μετέφερε επισήμως όλες τις δημόσιες εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη δικαιοδοσία των Υ.ΠΕ. (Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές). Ο κρίσιμος ρόλος του ΥΠΕ στη μεταρρύθμιση του δικτύου ΠΦΥ ήταν η δημιουργία ενός πιο ολοκληρωμένου συστήματος δύο επιπέδων με λειτουργία θυρωρού. Στην έρευνά μας που πραγματοποιήθηκε στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής στην Αθήνα (1η Υ.ΠΕ. Αττικής), δέκα από τα τριάντα δύο κέντρα υγείας παρέχουν υπηρεσίες 24/7 και τα υπόλοιπα είκοσι δύο νοσηλεύουν ασθενείς μόνο κατά τις πρωινές και βραδινές βάρδιες και ποτέ τα Σαββατοκύριακα. Η λειτουργία τους λοιπόν έχει μεγάλη σημασία, όχι αποκλειστικά σε τοπικό επίπεδο αλλά και για το σύστημα υγείας συνολικά. Επιπλέον, ο σημαντικότερος ρόλος των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι η βιωσιμότητας και η αναβάθμιση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της





συνέχειας των υπηρεσιών και μιας πιο προσωποκεντρικής προσέγγισης, η οποία συχνά παρέχει φροντίδα για εκτεταμένες χρονικές περιόδους. Ως αποτέλεσμα, η σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι εργαζόμενοι υπάρχει πιθανότητα να δηλώνουν ικανοποίηση με κάποιες πτυχές της εργασίας και την ίδια στιγμή δυσαρέσκεια με άλλες, αλλά για τη διοίκηση οποιουδήποτε οργανισμού είναι πολύ σημαντικό να εντοπιστούν αυτές οι πτυχές και να καταφέρουν να βελτιώσουν τη συνολική εργασιακή ικανοποίηση.<sup>316</sup> Η εργασιακή ικανοποίηση των Παρόχων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί ένα κρίσιμος παράγοντα για κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, επειδή το επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι υπεύθυνο για την παροχή φροντίδας σε μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού από οποιοδήποτε άλλο επίπεδο φροντίδας. Επίσης, μια πιο αποτελεσματική ΠΦΥ, ανακουφίζει τη νοσοκομειακή εργασία μειώνοντας τον περιττό αριθμό ασθενών και περιορίζοντας τα ποσοστά επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, χωρίς να θέτει σε κίνδυνο τη βιώσιμη ανάπτυξη του συστήματος υγείας.<sup>317</sup>

#### **4.8.2. Ρυθμίσεις και συμμετέχοντες**

Η Επιτροπή Δεοντολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών παρέιχε έγκριση στο συγκεκριμένο πρωτόκολλο μελέτης. Η μελέτη διεξήχθη μετά από ανασκόπηση και γραπτές εγκρίσεις από το Επιστημονικό Συμβούλιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής (Συνεδρίαση 5η/24-5-2019/Θέμα 7ο) και από την Διοίκηση της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής (αριθμός έγκρισης: 31714-7/6/2019).

Η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές ηθικής έρευνας. Οι ερωτηθέντες πήραν γραπτές οδηγίες σε σχέση με το ιστορικό και τους στόχους της μελέτης, ενώ η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική. Η παράδοση συμπληρωμένου εντύπου έρευνας λήφθηκε ως συγκατάθεση για συμμετοχή στη μελέτη. Οι ερωτηθέντες είχαν εγγυημένη ανωνυμία και όλες οι πληροφορίες αντιμετωπίστηκαν εμπιστευτικά. Πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική μελέτη με 20 εθελοντές συμμετέχοντες για τον εντοπισμό τυχόν προβλημάτων. Επειδή, όλα τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν χωρίς να αναφερθούν προβλήματα, δεν έγιναν τροποποιήσεις. Η αξιοπιστία της πιλοτικής μελέτης επαληθεύτηκε με τιμή Cronbach alpha = 0,87.<sup>240</sup>

Η έρευνα διενεργήθηκε μεταξύ Ιουνίου 2019 και Οκτωβρίου 2020, σε 32 από τις συνολικά 57 ΠΦΥ (ή ποσοστό 56,14%) στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής. Η περιοχή της Αττικής, έχοντας πληθυσμό περίπου 3,75 εκατομμύρια κατοίκους αποτελεί τη μεγαλύτερη



πληθυσμιακή περιοχή της Ελλάδας. Όσοι υπάλληλοι συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, παραδόθηκε ένας φάκελος που περιείχε τα όργανα και το έντυπο συγκατάθεσης.

Έτσι, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα προσωπικά και επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά και απάντησαν στην ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου JSS. Από τα 1.200 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, επιστράφηκαν 1.007 (83,92%). Οι ερωτηθέντες ενημερώθηκαν ότι τα όποια αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν μόνο για σκοπούς επιστημονικούς.

#### **4.8.3. Ανάλυση Κανονικότητας**

Για την κανονικότητα χρησιμοποιήθηκαν τα τεστ Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk. Τα δεδομένα προσδιορίστηκαν ως μη κανονικά κατανομημένα, αφού η τιμή p βρέθηκε μικρότερη από 0,05 και για τις δύο δοκιμές.

#### **4.8.4. Κοινωνικοδημογραφική Ανάλυση**

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα ήταν γυναίκες (786, 78,05%) ως αποτέλεσμα του μεγάλου αριθμού γυναικών του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι άνδρες αντιπροσώπευαν τη μειοψηφία (221, 21,95%). Η ηλικιακή κατανομή ήταν: 0,20% κάτω των 25 ετών, 2,88% μεταξύ 26-35, 32,27% μεταξύ 36-45, 37,24% μεταξύ 46-55 και 27,41% άνω των 56. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου (66,43%), ενώ το 4,37% είχε μεταπτυχιακές σπουδές.

Όσον αφορά το καθεστώς απασχόλησης, η πλειοψηφία εργαζόταν ως μόνιμο προσωπικό (875, 86,89%) και μόνο 132 (13,11%) επαγγελματίες υγείας εργαζόνταν ως έκτακτοι υπάλληλοι. Όσον αφορά τη διάρκεια υπηρεσίας, το 8,24% είχε ηλικία κάτω των 5 ετών, το 6,85% των συμμετεχόντων στη μελέτη είχε εργαστεί από 6 έως 10 έτη, το 21,05% από 11 έως 15 έτη, το 17,18% από 16 έως 20 έτη, ενώ το 46,67% είχε εργαστεί για περισσότερο από 20 χρόνια. Περίπου 7 στους 10 εργαζόμενους δήλωσαν ότι κατάφεραν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές τους υποχρεώσεις αλλά χωρίς να έχουν πολλά χρήματα στην άκρη ενώ 2 στους 10 αντεπεξήλθαν οικονομικά αλλά με μεγάλες δυσκολίες (βλέπε Πίνακα 4.29.).



**Πίνακας 4.29. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά επαγγελματική κατηγορία στα Κέντρα Υγείας**

Δημογραφικές Μεταβλητές	Επαγγελματική Κατηγορία							
	Ιατρικό		Νοσηλευτικό		Λοιπό		Σύνολο	
	Ν=278	%	Ν=514	%	Ν=215	%	Ν=1.007	%
<b>Γένος</b>								
Άνδρες	106	38,13	76	14,79	39	18,14	221	21,95
Γυναίκες	172	61,87	438	85,21	176	81,86	786	78,05
<b>Ηλικία</b>								
< 25 έτη	0	0,00	1	0,19	1	0,47	2	0,20
26-35 έτη	4	1,44	16	3,11	9	4,19	29	2,88
36-45 έτη	99	35,61	188	36,58	38	17,67	325	32,27
46-55 έτη	68	24,46	215	41,83	92	42,79	375	37,24
56 > έτη	107	38,49	94	18,29	75	34,88	276	27,41
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>								
Παντρεμένος/η	221	79,50	457	88,91	190	88,37	868	86,20
Ελεύθερος/η	53	19,06	46	8,95	17	7,91	116	11,52
Διαζευγμένος/η	4	1,44	9	1,75	7	3,26	20	1,99
Χήρος/α	0	0,00	2	0,39	1	0,47	3	0,30
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>								
Υποχρεωτική	0	0,00	1	0,19	13	6,05	14	1,39
Δευτεροβάθμια	0	0,00	153	29,77	127	59,07	280	27,81
Τριτοβάθμια	251	90,29	349	67,90	69	32,09	669	66,43
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	27	9,71	11	2,14	6	2,79	44	4,37
<b>Κατάσταση απασχόλησης</b>								
Μόνιμος/η	175	21,79	503	28,97	197	26,66	875	86,89
Προσωρινός/η	103	12,83	11	0,63	18	2,44	132	13,11
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>								
< 5 έτη	58	20,86	11	2,14	14	6,51	83	8,24
6-10 έτη	46	16,55	13	2,53	10	4,65	69	6,85
11-15 έτη	20	7,19	164	31,91	28	13,02	212	21,05
16-20 έτη	39	14,03	96	18,68	38	17,67	173	17,18
20 > έτη	115	41,37	230	44,75	125	58,14	470	46,67
<b>Οικονομική κατάσταση</b>								
Δεν μπορώ να ανταπεξέλθω στις οικονομικές μου υποχρεώσεις	3	1,08	4	0,78	4	1,86	11	1,09
Τα καταφέρνω οικονομικά με μεγάλες δυσκολίες	9	3,24	119	23,15	105	48,84	233	23,14
Τα καταφέρνω οικονομικά αλλά δεν έχω πολλά στην άκρη	194	69,78	385	74,90	103	47,91	682	67,73
Είμαι άνετος οικονομικά	69	24,82	2	0,39	1	0,47	72	7,15
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	3	1,08	4	0,78	2	0,93	9	0,89

#### 4.8.5. Η εργασιακή ικανοποίηση για τις διαστάσεις της εργασίας στα Κέντρα Υγείας

##### 4.8.5.1. Αποτελέσματα της διάστασης «αμοιβές» στα Κέντρα Υγείας

Ως προς την εργασιακή διάσταση «αμοιβές», οι επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν δυσαρέσκεια ως προς τις παρεχόμενες αμοιβές (91,71%) και με τις προοπτικές αυτής



(96,82%). Επίσης, θεωρούν κατά υψηλό ποσοστό (99,21%), ότι οι αυξήσεις ακόμη και όταν γίνονται είναι μικρές (βλέπε Πίνακα 4.30.).

#### 4.30. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τις "Αμοιβές"

N=1.007

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ 1	Διαφωνώ Αρκετά 2	Διαφωνώ Λίγο 3	Σύνολο Διαφωνίας =1+2+3	Συμφωνώ Λίγο 4	Συμφωνώ Αρκετά 5	Συμφωνώ Πολύ 6	Σύνολο Συμφωνίας =4+5+6
Q1 (+) Αισθάνομαι ότι η αμοιβή μου είναι δίκαιη για τη δουλειά που προσφέρω	Ιατροί	(N)	5	18	93	116	156	5	1	162
		(%)	1,80	6,47	33,45	41,73	56,12	1,80	0,36	58,27
	Νοσηλευτές	(N)	5	105	372	482	21	7	4	32
		(%)	0,97	20,43	72,37	93,77	4,09	1,36	0,78	6,23
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	7	45	134	186	25	3	1	29
	(%)	3,26	20,93	62,33	86,51	11,63	1,40	0,47	13,49	
	Σύνολο	(N)	17	168	599	784	202	15	6	223
		(%)	1,69	16,68	59,48	77,86	20,06	1,49	0,60	22,14
Q10 (-) Οι αυξήσεις είναι μικρές και δεν είναι συχνές	Ιατροί	(N)	0	0	2	2	162	75	39	276
		(%)	0,00	0,00	0,72	0,72	58,27	26,98	14,03	99,28
	Νοσηλευτές	(N)	3	0	2	5	5	228	276	509
		(%)	0,58	0,00	0,39	0,97	0,97	44,36	53,70	99,03
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	0	0	1	4	75	135	214
	(%)	0,47	0,00	0,00	0,47	1,86	34,88	62,79	99,53	
	Σύνολο	(N)	4	0	4	8	171	378	450	999
		(%)	0,40	0,00	0,40	0,79	16,98	37,54	44,69	99,21
Q19 (-) Αισθάνομαι ότι δεν εκτιμούν ιδιαίτερα τη δουλειά μου όταν σκέφτομαι το μισθό που μου δίνουν	Ιατροί	(N)	0	6	38	44	203	23	8	234
		(%)	0,00	2,16	13,67	15,83	73,02	8,27	2,88	84,17
	Νοσηλευτές	(N)	5	3	10	18	226	237	33	496
		(%)	0,97	0,58	1,95	3,50	43,97	46,11	6,42	96,50
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	0	8	9	90	92	24	206
	(%)	0,47	0,00	3,72	4,19	41,86	42,79	11,16	95,81	
	Σύνολο	(N)	6	9	56	71	519	352	65	936
		(%)	0,60	0,89	5,56	7,05	51,54	34,96	6,45	92,95
Q28 (+) Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις προοπτικές που υπάρχουν για αύξηση του μισθού μου	Ιατροί	(N)	19	71	166	256	19	1	2	22
		(%)	6,83	25,54	59,71	92,09	6,83	0,36	0,72	7,91
	Νοσηλευτές	(N)	120	300	89	509	2	1	2	5
		(%)	23,35	58,37	17,32	99,03	0,39	0,19	0,39	0,97
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	87	96	27	210	4	1	0	5
	(%)	40,47	44,65	12,56	97,67	1,86	0,47	0,00	2,33	
	Σύνολο	(N)	226	467	282	975	25	3	4	32
		(%)	22,44	46,38	28,00	96,82	2,48	0,30	0,40	3,18
Ικανοποίηση από τις Αμοιβές	Γενικό Σύνολο	(N)	190	341	393	924	72	7	5	84
		(%)	18,82	33,89	39,00	91,71	7,13	0,67	0,50	8,29

#### 4.8.5.2. Αποτελέσματα της διάστασης «προαγωγή» στα Κέντρα Υγείας

Για τη διάσταση της «προαγωγής», οι επαγγελματίες υγείας των Κέντρων Υγείας εξέφρασαν απόλυτα ότι δεν παρέχονται ευκαιρίες προαγωγής στο χώρο της εργασίας τους. Συνολικά



αρνητικό είναι το 81,36%, αλλά και με τις προοπτικές αυτής (78,05%), ενώ το 18,64% θεωρεί ότι υπάρχουν ευκαιρίες για προαγωγές στον εργασιακό χώρο του. Το 80,93% του δείγματος θεωρεί ότι οι ευκαιρίες προαγωγής δεν συνδέονται με την απόδοσή τους, ενώ το 88,38% θεωρεί ότι η ανέλιξη τους δεν είναι το ίδιο γρήγορη σε σχέση με άλλους τομείς (βλέπε Πίνακα 4.31.).

#### 4.31. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Προαγωγή"

N=1.007

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ 1	Διαφωνώ Αρκετά 2	Διαφωνώ Λίγο 3	Σύνολο Διαφωνίας =1+2+3	Συμφωνώ Λίγο 4	Συμφωνώ Αρκετά 5	Συμφωνώ Πολύ 6	Σύνολο Συμφωνίας =4+5+6
Q2 (-) Υπάρχουν λίγες πιθανότητες για προαγωγή στην εργασία μου	Ιατροί	(N) (%)	2 0,72	22 7,91	131 47,12	155 55,76	84 30,22	31 11,15	8 2,88	123 44,24
	Νοσηλευτές	(N) (%)	4 0,78	5 0,97	43 8,37	52 10,12	386 75,10	65 12,65	11 2,14	462 89,88
	Λοιποί	(N) (%)	1 0,47	2 0,93	11 5,12	14 6,51	135 62,79	54 25,12	12 5,58	201 93,49
	επαγγελματίες	(N) (%)	7 0,70	29 2,88	185 18,37	221 21,95	605 60,08	150 14,90	31 3,08	786 78,05
	Σύνολο	(N) (%)	12 4,32	36 12,95	82 29,50	130 46,76	143 51,44	3 1,08	2 0,72	148 53,24
Q11 (+) Εκείνοι που διεκπεραιώνουν καλά τα καθήκοντα τους έχουν αρκετά καλές πιθανότητες να πάρουν προαγωγή	Ιατροί	(N) (%)	42 8,17	125 24,32	317 61,67	484 94,16	27 5,25	1 0,19	2 0,39	30 5,84
	Νοσηλευτές	(N) (%)	33 15,35	65 30,23	103 47,91	201 93,49	13 6,05	1 0,47	0 0,00	14 6,51
	Λοιποί	(N) (%)	87 8,64	226 22,44	502 49,85	815 80,93	183 18,17	5 0,50	4 0,40	192 19,07
	επαγγελματίες	(N) (%)	20 7,19	66 23,74	104 37,41	190 68,35	86 30,94	2 0,72	0 0,00	88 31,65
	Σύνολο	(N) (%)	38 7,39	163 31,71	295 57,39	496 96,50	12 2,33	5 0,97	1 0,19	18 3,50
Q20 (+) Οι άνθρωποι που δουλεύουν εδώ μπορούν να ανεληχθούν τόσο γρήγορα, όσο και αν δούλευαν οπουδήποτε αλλού	Ιατροί	(N) (%)	33 15,35	80 37,21	91 42,33	204 94,88%	7 3,26	4 1,86	0 0,00	11 5,12
	Νοσηλευτές	(N) (%)	91 9,04	309 30,69	490 48,66	890 88,38	105 10,43	11 1,09	1 0,10	117 11,62
	Λοιποί	(N) (%)	11 3,96	47 16,91	68 24,46	126 45,32	129 46,40	21 7,55	2 0,72	152 54,68
	επαγγελματίες	(N) (%)	32 6,23	101 19,65	324 63,04	457 88,91	55 10,70	1 0,19	1 0,19	57 11,09
	Σύνολο	(N) (%)	37 17,21	89 41,40	77 35,81	203 94,42	10 4,65	2 0,93	0 0,00	12 5,58
Q33 (+) Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προοπτικές που υπάρχουν για μια πιθανή προαγωγή μου	Ιατροί	(N) (%)	80 7,94	237 23,54	469 46,57	786 78,05	194 19,27	24 2,38	3 0,30	221 21,95
	Νοσηλευτές	(N) (%)	72 7,17	231 22,89	517 51,29	819 81,36	167 16,56	17 1,71	4 0,37	188 18,64
	Λοιποί	(N) (%)	72 7,17	231 22,89	517 51,29	819 81,36	167 16,56	17 1,71	4 0,37	188 18,64
	επαγγελματίες	(N) (%)	72 7,17	231 22,89	517 51,29	819 81,36	167 16,56	17 1,71	4 0,37	188 18,64
	Σύνολο	(N) (%)	72 7,17	231 22,89	517 51,29	819 81,36	167 16,56	17 1,71	4 0,37	188 18,64
Ικανοποίηση από τις Προαγωγές	Γενικό Σύνολο	(N) (%)	72 7,17	231 22,89	517 51,29	819 81,36	167 16,56	17 1,71	4 0,37	188 18,64



#### 4.8.5.3. Αποτελέσματα της διάστασης «εποπτεία» στα Κέντρα Υγείας

Τα αποτελέσματα για τη διάσταση «εποπτεία» είναι ικανοποιητικά και παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.32. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στις ικανότητες εκτέλεσης της εργασίας από την πλευρά των προϊσταμένων και πως τους αξιολογούν οι υφιστάμενοι τους. Παρατηρούμε ότι οι πιο πολλοί εργαζόμενοι έκριναν τους προϊστάμενους τους θετικά.

#### 4.32. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Εποπτεία"

		N=1.007								
Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών	(N)	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q3 (+) Ο/Η προϊστάμενος/η μου είναι αρκετά ικανός/η στη δουλειά του/της	Ιατροί	(N)	1	0	1	2	43	216	17	276
		(%)	0,36	0,00	0,36	0,72	15,47	77,70	6,12	99,28
	Νοσηλευτές	(N)	0	3	6	9	353	135	17	505
		(%)	0,00	0,58	1,17	1,75	68,68	26,26	3,31	98,25
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	2	0	3	5	83	122	5	210
		(%)	0,93	0,00	1,40	2,33	38,60	56,74	2,33	97,67
	Σύνολο	(N)	3	3	10	16	479	473	39	991
		(%)	0,30	0,30	0,99	1,59	47,57	46,97	3,87	98,41
Q12 (-) Ο/Η προϊστάμενος/η είναι άδικος μαζί μου	Ιατροί	(N)	23	200	47	270	0	4	4	8
		(%)	8,27	71,94	16,91	97,12	0,00	1,44	1,44	2,88
	Νοσηλευτές	(N)	55	137	316	508	4	2	0	6
		(%)	10,70	26,65	61,48	98,83	0,78	0,39	0,00	1,17
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	27	105	74	206	2	3	4	9
		(%)	12,56	48,84	34,42	95,81	0,93	1,40	1,86	4,19
	Σύνολο	(N)	105	442	437	984	6	9	8	23
		(%)	10,43	43,89	43,40	97,72	0,60	0,89	0,79	2,28
Q21 (-) Ο/Η προϊστάμενος/η δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της	Ιατροί	(N)	30	140	99	269	6	1	2	9
		(%)	10,79	50,36	35,61	96,76	2,16	0,36	0,72	3,24
	Νοσηλευτές	(N)	17	169	307	493	16	3	2	21
		(%)	3,31	32,88	59,73	95,91	3,11	0,58	0,39	4,09
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	16	80	102	198	12	1	4	17
		(%)	7,44	37,21	47,44	92,09	5,58	0,47	1,86	7,91
	Σύνολο	(N)	63	389	508	960	34	5	8	47
		(%)	6,26	38,63	50,45	95,33	3,38	0,50	0,79	4,67
Q30 (+) Συμπαθώ τον προϊστάμενο/η μου	Ιατροί	(N)	1	2	1	4	29	225	20	274
		(%)	0,36	0,72	0,36	1,44	10,43	80,94	7,19	98,56
	Νοσηλευτές	(N)	0	2	4	6	357	131	20	508
		(%)	0,00	0,39	0,78	1,17	69,46	25,49	3,89	98,83
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	4	1	1	6	86	113	10	209
		(%)	1,86	0,47	0,47	2,79	40,00	52,56	4,65	97,21
	Σύνολο	(N)	5	5	6	16	472	469	50	991
		(%)	0,50	0,50	0,60	1,59	46,87	46,57	4,97	98,41
Ικανοποίηση από την Εποπτεία	Γενικό Σύνολο	(N)	6	6	14	26	474	443	64	982
		(%)	0,60	0,55	1,39	2,53	47,07	44,02	6,38	97,47



#### 4.8.5.4. Αποτελέσματα της διάστασης «πρόσθετες παροχές» στα Κέντρα Υγείας

Για τη διάσταση «πρόσθετες παροχές» τα αποτελέσματα αναπτύσσονται στον Πίνακα 4.33. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι (70,13%) εξέφρασαν μη ικανοποίηση για τις πρόσθετες παροχές που λαμβάνουν, την ασφαλιστική κάλυψη, τις μελλοντικές συνταξιοδοτικές προοπτικές, τις άδειες, κ.α. Αξιολογούν τα προνόμια που αποκομίζουν ως μη ικανοποιητικά και κατώτερα (94,14%) σε σχέση με αυτά υπαλλήλων άλλων δημοσίων υπηρεσιών. Τέλος, θεωρούν ότι υπάρχουν δικαιώματα που δικαιούνται αλλά δεν λαμβάνουν (74,88%).

#### 4.33. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τις "Πρόσθετες παροχές"

N=1.007

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Σύνολο	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Σύνολο
			πολύ	Αρκετά	Λίγο	Διαφωνίας	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q4 (-) Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τα προνόμια που μου προσφέρει η εργασία μου	Ιατροί	(N)	3	28	186	217	54	6	1	61
		(%)	1,08	10,07	66,91	78,06	19,42	2,16	0,36	21,94
	Νοσηλεύτες	(N)	4	10	224	238	251	17	8	276
		(%)	0,78	1,95	43,58	46,30	48,83	3,31	1,56	53,70
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	8	93	102	93	12	8	113
		(%)	0,47	3,72	43,26	47,44	43,26	5,58	3,72	52,56
	Σύνολο	(N)	8	46	503	557	398	35	17	450
		(%)	0,79	4,57	49,95	55,31	39,52	3,48	1,69	44,69
Q13 (+) Τα προνόμια που αποκομίζω από την εργασία μου, είναι τόσο καλά όσο και αυτά που αποκομίζουν οι υπάλληλοι άλλων δημοσίων υπηρεσιών	Ιατροί	(N)	16	128	92	236	30	10	2	42
		(%)	5,76	46,04	33,09	84,89	10,79	3,60	0,72	15,11
	Νοσηλεύτες	(N)	52	274	175	501	6	5	2	13
		(%)	10,12	53,31	34,05	97,47	1,17	0,97	0,39	2,53
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	49	106	56	211	3	1	0	4
		(%)	22,79	49,30	26,05	98,14	1,40	0,47	0,00	1,86
	Σύνολο	(N)	117	508	323	948	39	16	4	59
		(%)	11,62	50,45	32,08	94,14	3,87	1,59	0,40	5,86
Q22 (+) Τα προνόμια που μας προσφέρει η εργασία μας είναι ικανοποιητικά	Ιατροί	(N)	2	6	49	57	204	15	2	221
		(%)	0,72	2,16	17,63	20,50	73,38	5,40	0,72	79,50
	Νοσηλεύτες	(N)	7	72	358	437	69	6	2	77
		(%)	1,36	14,01	69,65	85,02	13,42	1,17	0,39	14,98
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	4	37	138	179	32	4	0	36
		(%)	1,86	17,21	64,19	83,26	14,88	1,86	0,00	16,74
	Σύνολο	(N)	13	115	545	673	305	25	4	334
		(%)	1,29	11,42	54,12	66,83	30,29	2,48	0,40	33,17
Q29 (-) Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ τα δικαιούμαστε	Ιατροί	(N)	1	13	171	185	77	10	6	93
		(%)	0,36	4,68	61,51	66,55	27,70	3,60	2,16	33,45
	Νοσηλεύτες	(N)	0	3	34	37	369	86	22	477
		(%)	0,00	0,58	6,61	7,20	71,79	16,73	4,28	92,80
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	2	28	31	113	55	16	184
		(%)	0,47	0,93	13,02	14,42	52,56	25,58	7,44	85,58
	Σύνολο	(N)	2	18	233	253	559	151	44	754
		(%)	0,20	1,79	23,14	25,12	55,51	15,00	4,37	74,88
Ικανοποίηση από τις Πρόσθετες παροχές	Γενικό Σύνολο	(N)	48	202	456	706	270	26	5	301
		(%)	4,74	20,08	45,31	70,13	26,81	2,61	0,45	29,87





#### 4.8.5.5. Αποτελέσματα της διάστασης «ενδεχόμενες ανταμοιβές και η αναγνώριση» στα Κέντρα Υγείας

Τα αποτελέσματα για τη διάσταση «ανταμοιβές και αναγνώριση» παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.34. Όπως προκύπτει από τη βαθμολογία, υπάρχει δυσαρέσκεια (63,01%) σε σχέση με την αναγνώριση της εργασίας τους, ενώ ποσοστό 36,99% του δυναμικού δηλώνει ικανοποίηση. Η ηθική αναγνώριση θεωρείται σπάνια σε υψηλό επίπεδο (87,69%).

#### 4.34. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τις "Ενδεχόμενες ανταμοιβές / Αναγνώριση"

N=1.007

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών	(N)	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Σύνολο	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Σύνολο
			πολύ	Αρκετά	Λίγο	Διαφωνίας	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q5 (+) Όταν κάνω τη δουλειά μου σωστά, αποκομίζω την αναγνώριση που θα έπρεπε	Ιατροί	(N)	3	3	36	42	202	29	5	236
		(%)	1,08%	1,08%	12,95%	15,11%	72,66%	10,43%	1,80%	84,89%
	Νοσηλευτές	(N)	6	33	354	393	109	9	3	121
		(%)	1,17%	6,42%	68,87%	76,46%	21,21%	1,75%	0,58%	23,54%
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	5	18	105	128	81	5	1	87
		(%)	2,33%	8,37%	48,84%	59,53%	37,67%	2,33%	0,47%	40,47%
	Σύνολο	(N)	14	54	495	563	392	43	9	444
		(%)	1,39%	5,36%	49,16%	55,91%	38,93%	4,27%	0,89%	44,09%
Q14 (-) Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω εκτιμάται όπως πρέπει	Ιατροί	(N)	1	48	186	235	30	10	3	43
		(%)	0,36%	17,27%	66,91%	84,53%	10,79%	3,60%	1,08%	15,47%
	Νοσηλευτές	(N)	7	17	136	160	328	16	10	354
		(%)	1,36%	3,31%	26,46%	31,13%	63,81%	3,11%	1,95%	68,87%
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	2	19	86	107	91	5	12	108
		(%)	0,93%	8,84%	40,00%	49,77%	42,33%	2,33%	5,58%	50,23%
	Σύνολο	(N)	10	84	408	502	449	31	25	505
		(%)	0,99%	8,34%	40,52%	49,85%	44,59%	3,08%	2,48%	50,15%
Q23 (-) Οι πιθανότητες για να ανταμειφθεί ηθικά κάποιος που εργάζεται εδώ είναι λίγες	Ιατροί	(N)	1	6	82	89	146	38	5	189
		(%)	0,36%	2,16%	29,50%	32,01%	52,52%	13,67%	1,80%	67,99%
	Νοσηλευτές	(N)	2	6	13	21	365	115	13	493
		(%)	0,39%	1,17%	2,53%	4,09%	71,01%	22,37%	2,53%	95,91%
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	0	2	12	14	134	56	11	201
		(%)	0,00%	0,93%	5,58%	6,51%	62,33%	26,05%	5,12%	93,49%
	Σύνολο	(N)	3	14	107	124	645	209	29	883
		(%)	0,30%	1,39%	10,63%	12,31%	64,05%	20,75%	2,88%	87,69%
Q32 (-) Δεν πιστεύω ότι οι προσπάθειες μου αναγνωρίζονται στον βαθμό που θα έπρεπε	Ιατροί	(N)	3	32	175	210	56	7	5	68
		(%)	1,08%	11,51%	62,95%	75,54%	20,14%	2,52%	1,80%	24,46%
	Νοσηλευτές	(N)	5	6	122	133	347	23	11	381
		(%)	0,97%	1,17%	23,74%	25,88%	67,51%	4,47%	2,14%	74,12%
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	7	69	77	119	13	6	138
		(%)	0,47%	3,26%	32,09%	35,81%	55,35%	6,05%	2,79%	64,19%
	Σύνολο	(N)	9	45	366	420	522	43	22	587
		(%)	0,89%	4,47%	36,35%	41,71%	51,84%	4,27%	2,18%	58,29%
Ικανοποίηση από τις Ενδεχόμενες ανταμοιβές / Αναγνώριση	Γενικό Σύνολο	(N)	23	84	528	635	318	47	8	373
		(%)	2,23%	8,37%	52,41%	63,01%	31,60%	4,62%	0,77%	36,99%



#### 4.8.5.6. Αποτελέσματα της διάστασης «ισχύουσες διαδικασίες» στα Κέντρα Υγείας

Για τη «λειτουργία του οργανισμού και τις ισχύουσες διαδικασίες» τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον κάτωθι Πίνακα 4.35., όπου οι 2 στους 3 (59,19%) δηλώνουν ότι πολλές από τις διαδικασίες που ακολουθούνται, κάνουν τη διεκπεραίωση των εργασιών τους δυσκολότερη. Επιπλέον, δηλώνουν μεγάλο φόρτο (95,63%) και όγκο γραφικής εργασίας (53,53%). Στην ερώτηση για το εάν οι εργαζόμενοι δυσκολεύονται στην δουλειά τους λόγω των ακολουθούμενων γραφειοκρατικών διαδικασιών, ποσοστό 80,44% διαφωνεί.

#### 4.35. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τις "Ισχύουσες Διαδικασίες"

N=1.007

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q6(-) Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθεί ο οργανισμός στον οποίο απασχολούμαι έχουν ως αποτέλεσμα να κάνουν τη δουλειά μου πιο δύσκολη	Ιατροί	(N)	2	12	87	101	156	16	5	177
		(%)	0,72	4,32	31,29	36,33	56,12	5,76	1,80	63,67
	Νοσηλευτές	(N)	5	7	154	166	291	50	7	348
		(%)	0,97	1,36	29,96	32,30	56,61	9,73	1,36	67,70
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	5	49	55	124	31	5	160
	(%)	0,47	2,33	22,79	25,58	57,67	14,42	2,33	74,42	
	Σύνολο	(N)	8	24	290	322	571	97	17	685
		(%)	0,79	2,38	28,80	31,98	56,70	9,63	1,69	68,02
Q15(+) Οι προσπάθειες μου για να κάνω σωστή δουλειά σπανίως "μπλοκάρονται" από τη γραφειοκρατία	Ιατροί	(N)	3	11	12	26	198	52	2	252
		(%)	1,08	3,96	4,32	9,35	71,22	18,71	0,72	90,65
	Νοσηλευτές	(N)	6	14	112	132	346	35	1	382
		(%)	1,17	2,72	21,79	25,68	67,32	6,81	0,19	74,32
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	5	8	26	39	126	45	5	176
	(%)	2,33	3,72	12,09	18,14	58,60	20,93	2,33	81,86	
	Σύνολο	(N)	14	33	150	197	670	132	8	810
		(%)	1,39	3,28	14,90	19,56	66,53	13,11	0,79	80,44
Q24(-) Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας	Ιατροί	(N)	1	1	8	10	44	217	7	268
		(%)	0,36	0,36	2,88	3,60	15,83	78,06	2,52	96,40
	Νοσηλευτές	(N)	2	3	23	28	311	168	7	486
		(%)	0,39	0,58	4,47	5,45	60,51	32,68	1,36	94,55
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	0	2	4	6	73	121	15	209
	(%)	0,00	0,93	1,86	2,79	33,95	56,28	6,98	97,21	
	Σύνολο	(N)	3	6	35	44	428	506	29	963
		(%)	0,30	0,60	3,48	4,37	42,50	50,25	2,88	95,63
Q31(-) Στη δουλειά μου, έχω πάρα πολύ μεγάλο όγκο γραφικής εργασίας	Ιατροί	(N)	3	6	16	25	104	147	2	253
		(%)	1,08	2,16	5,76	8,99	37,41	52,88	0,72	91,01
	Νοσηλευτές	(N)	3	68	308	379	99	27	9	135
		(%)	0,58	13,23	59,92	73,74	19,26	5,25	1,75	26,26
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	4	21	39	64	82	62	7	151
	(%)	1,86	9,77	18,14	29,77	38,14	28,84	3,26	70,23	
	Σύνολο	(N)	10	95	363	468	285	236	18	539
		(%)	0,99	9,43	36,05	46,47	28,30	23,44	1,79	53,53
Iκανοποίηση από τις Ισχύουσες διαδικασίες	Σύνολο	(N)	20	218	359	596	340	64	7	411
		(%)	1,94	21,65	35,60	59,19	33,71	6,38	0,72	40,81



#### 4.8.5.7. Αποτελέσματα της διάστασης «συνάδελφοι» στα Κέντρα Υγείας

Τα αποτελέσματα για τη διάσταση «συνάδελφοι» παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.36., διαπιτώνεται ότι υπάρχει πολύ μεγάλη ικανοποίηση (90,19%), ενώ η σχέση τους με τους άλλους συναδέλφους κυμαίνεται σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα (99,60%). Στην ερώτηση για το εάν πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι εργάζονται επιπλέον εξαιτίας της ανικανότητας που εμφανίζουν οι συνάδελφοί τους, το 88,78% διαφωνεί με τη διατύπωση της ερώτησης, ενώ η μειοψηφία των ερωτηθέντων 11,22% θεωρεί έστω και κατά το ελάχιστο ότι εργάζεται επιπλέον στο τμήμα του εξαιτίας της ανικανότητας ορισμένων συναδέλφων.

#### 4.36. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με τους "Συναδέλφους"

N=1.007

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Σύνολο	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Σύνολο
			πολύ	Αρκετά	Λίγο	Διαφωνίας	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q7 (+) Σε γενικές γραμμές συμπαθώ τους συναδέλφους	Ιατροί	(N)	0	0	1	1	5	171	101	277
		(%)	0,00	0,00	0,36	0,36	1,80	61,51	36,33	99,64
	Νοσηλεύτές	(N)	0	0	0	0	253	189	72	514
		(%)	0,00	0,00	0,00	0,00	49,22	36,77	14,01	100,00
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	1	1	3	47	104	61	212
		(%)	0,47	0,47	0,47	1,40	21,86	48,37	28,37	98,60
Σύνολο		(N)	1	1	2	4	305	464	234	1.003
		(%)	0,10	0,10	0,20	0,40	30,29	46,08	23,24	99,60
Q16 (-) Πιστεύω ότι πρέπει να δουλεύω περισσότερο στη δουλειά μου εξαιτίας της ανικανότητας των συναδέλφων μου	Ιατροί	(N)	15	110	142	267	6	2	3	11
		(%)	5,40	39,57	51,08	96,04	2,16	0,72	1,08	3,96
	Νοσηλεύτές	(N)	9	74	374	457	39	12	6	57
		(%)	1,75	14,40	72,76	88,91	7,59	2,33	1,17	11,09
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	2	38	130	170	33	9	3	45
		(%)	0,93	17,67	60,47	79,07	15,35	4,19	1,40	20,93
Σύνολο		(N)	26	222	646	894	78	23	12	113
		(%)	2,58	22,05	64,15	88,78	7,75	2,28	1,19	11,22
Q25 (+) Περνώ καλά με τους συναδέλφους μου	Ιατροί	(N)	0	0	1	1	30	209	38	277
		(%)	0,00	0,00	0,36	0,36	10,79	75,18	13,67	99,64
	Νοσηλεύτές	(N)	0	1	8	9	304	171	30	505
		(%)	0,00	0,19	1,56	1,75	59,14	33,27	5,84	98,25
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	1	3	5	94	99	17	210
		(%)	0,47	0,47	1,40	2,33	43,72	46,05	7,91	97,67
Σύνολο		(N)	1	2	12	15	428	479	85	992
		(%)	0,10	0,20	1,19	1,49	42,50	47,57	8,44	98,51
Q34 (-) Υπάρχουν αρκετοί διαπληκτισμοί και συγκρούσεις στη δουλειά μου	Ιατροί	(N)	7	51	171	229	43	4	2	49
		(%)	2,52	18,35	61,51	82,37	15,47	1,44	0,72	17,63
	Νοσηλεύτές	(N)	8	17	363	388	114	8	4	126
		(%)	1,56	3,31	70,62	75,49	22,18	1,56	0,78	24,51
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	12	114	127	77	8	3	88
		(%)	0,47	5,58	53,02	59,07	35,81	3,72	1,40	40,93
Σύνολο		(N)	16	80	648	744	234	20	9	263
		(%)	1,59	7,94	64,35	73,88	23,24	1,99	0,89	26,12
Ικανοποίηση από τους Συναδέλφους	Γενικό Σύνολο	(N)	6	12	82	99	507	311	90	908
		(%)	0,57	1,14	8,09	9,81	50,32	30,91	8,96	90,19



#### 4.8.5.8. Αποτελέσματα της διάστασης «φύση της εργασίας» στα Κέντρα Υγείας

Στις ερωτήσεις σχετικά με τη «φύση της εργασίας», δηλώνεται υψηλή ικανοποίηση από το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων (96,82%), το 92,15% δηλώνει ότι η εργασία του έχει νόημα, ενώ το 99,01% δηλώνει περήφανο για τις εργασίες που κάνει (βλέπε Πίνακα 4.37.)

**4.37. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Φύση της Εργασίας"**

N=1.007

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών	(N)	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q8 (-) Μερικές φορές αισθάνομαι ότι η εργασία μου δεν έχει νόημα	Ιατροί	(N)	29	118	116	263	12	2	1	15
		(%)	10,43%	42,45%	41,73%	94,60%	4,32%	0,72%	0,36%	5,40%
	Νοσηλευτές	(N)	25	168	281	474	34	5	1	40
		(%)	4,86%	32,68%	54,67%	92,22%	6,61%	0,97%	0,19%	7,78%
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	18	96	77	191	18	4	2	24
	(%)	8,37%	44,65%	35,81%	88,84%	8,37%	1,86%	0,93%	11,16%	
	Σύνολο	(N)	72	382	474	928	64	11	4	79
		(%)	7,15%	37,93%	47,07%	92,15%	6,36%	1,09%	0,40%	7,85%
Q17 (+) Μου αρέσει να κάνω αυτά που πρέπει να κάνω στη δουλειά μου	Ιατροί	(N)	0	1	1	2	28	225	23	276
		(%)	0,00%	0,36%	0,36%	0,72%	10,07%	80,94%	8,27%	99,28%
	Νοσηλευτές	(N)	0	0	6	6	245	231	32	508
		(%)	0,00%	0,00%	1,17%	1,17%	47,67%	44,94%	6,23%	98,83%
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	1	1	0	2	66	136	11	213
	(%)	0,47%	0,47%	0,00%	0,93%	30,70%	63,26%	5,12%	99,07%	
	Σύνολο	(N)	1	2	7	10	339	592	66	997
		(%)	0,10%	0,20%	0,70%	0,99%	33,66%	58,79%	6,55%	99,01%
Q27 (+) Αισθάνομαι περήφανος που κάνω αυτή τη δουλειά	Ιατροί	(N)	0	0	0	0	30	208	40	278
		(%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,79%	74,82%	14,39%	100,00%
	Νοσηλευτές	(N)	2	1	0	3	257	214	40	511
		(%)	0,39%	0,19%	0,00%	0,58%	50,00%	41,63%	7,78%	99,42%
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	3	2	2	7	72	119	17	208
	(%)	1,40%	0,93%	0,93%	3,26%	33,49%	55,35%	7,91%	96,74%	
	Σύνολο	(N)	5	3	2	10	359	541	97	997
		(%)	0,50%	0,30%	0,20%	0,99%	35,65%	53,72%	9,63%	99,01%
Q35 (+) Η δουλειά μου είναι ευχάριστη	Ιατροί	(N)	2	1	2	5	125	140	8	273
		(%)	0,72%	0,36%	0,72%	1,80%	44,96%	50,36%	2,88%	98,20%
	Νοσηλευτές	(N)	1	3	10	14	403	88	9	500
		(%)	0,19%	0,58%	1,95%	2,72%	78,40%	17,12%	1,75%	97,28%
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	3	0	7	10	128	75	2	205
	(%)	1,40%	0,00%	3,26%	4,65%	59,53%	34,88%	0,93%	95,35%	
	Σύνολο	(N)	6	4	19	29	656	303	19	978
		(%)	0,60%	0,40%	1,89%	2,88%	65,14%	30,09%	1,89%	97,12%
Ικανοποίηση από τη Φύση της Εργασίας	Γενικό Σύνολο	(N)	4	5	23	32	457	455	64	975
		(%)	0,40%	0,50%	2,28%	3,18%	45,38%	45,13%	6,31%	96,82%



#### 4.8.5.9. Αποτελέσματα της διάστασης «επικοινωνία» στα Κέντρα Υγείας

Ως προς τη διάσταση «επικοινωνία» προκύπτει ότι ποσοστό 85,00% είναι ικανοποιημένο. Ένα μικρό ποσοστό του δείγματός μας, περίπου 15% συνάγεται ότι δεν λαμβάνει τις απαραίτητες επεξηγήσεις για τις δουλειές που του αναθέτουν. Και ενώ παρουσιάζεται ότι ως προς την οριζόντια επικοινωνία δεν υφίσταται πρόβλημα, είναι προφανές ότι υπάρχει στην κάθετη επικοινωνία, καθώς 53,92% δηλώνει ότι οι στόχοι του οργανισμού δεν του είναι σαφείς (βλέπε Πίνακα 4.38.).

#### 4.38. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Επικοινωνία"

N=1.007

Ερωτήσεις	Κατηγορία Επαγγελματιών	(N)	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
			1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Q9 (+) Η επικοινωνία στον οργανισμό στον οποίο απασχολούμαι κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα	Ιατροί	(N)	0	1	7	8	87	176	7	270
		(%)	0,00	0,36	2,52	2,88	31,29	63,31	2,52	97,12
	Νοσηλευτές	(N)	1	3	14	18	230	262	4	496
		(%)	0,19	0,58	2,72	3,50	44,75	50,97	0,78	96,50
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	4	2	8	14	97	104	0	201
		(%)	1,86	0,93	3,72	6,5	45,12	48,37	0,00	93,49
	Σύνολο	(N)	5	6	29	40	414	542	11	967
		(%)	0,50	0,60	2,88	3,97	41,11	53,82	1,09	96,03
Q18 (-) Οι στόχοι που ανά διαστήματα θέτει ο οργανισμός στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι σαφείς	Ιατροί	(N)	8	33	120	161	98	17	2	117
		(%)	2,88	11,87	43,17	57,91	35,25	6,12	0,72	42,09
	Νοσηλευτές	(N)	7	23	281	311	165	30	8	203
		(%)	1,36	4,47	54,67	60,51	32,10	5,84	1,56	39,49
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	2	5	64	71	116	24	4	144
		(%)	0,93	2,33	29,77	33,02	53,95	11,16	1,86	66,98
	Σύνολο	(N)	17	61	465	543	379	71	14	464
		(%)	1,69	6,06	46,18	53,92	37,64	7,05	1,39	46,08
Q26 (-) Συχνά αισθάνομαι ότι δεν γνωρίζω τι ακριβώς συμβαίνει στην υπηρεσία μου	Ιατροί	(N)	8	122	129	259	15	4	0	19
		(%)	2,88	43,88	46,40	93,17	5,40	1,44	0,00	6,83
	Νοσηλευτές	(N)	18	145	318	481	24	9	0	33
		(%)	3,50	28,21	61,87	93,58	4,67	1,75	0,00	6,42
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	4	63	128	195	14	3	3	20
		(%)	1,86	29,30	59,53	90,70	6,51	1,40	1,40	9,30
	Σύνολο	(N)	30	330	575	935	53	16	3	72
		(%)	2,98	32,77	57,10	92,85	5,26	1,59	0,30	7,15
Q36 (-) Τις δουλειές που μου αναθέτουν δεν μου τις εξηγούν πλήρως	Ιατροί	(N)	19	156	97	272	4	2	0	6
		(%)	6,83	56,12	34,89	97,84	1,44	0,72	0,00	2,16
	Νοσηλευτές	(N)	11	223	270	504	5	5	0	10
		(%)	2,14	43,39	52,53	98,05	0,97	0,97	0,00	1,95
	Λοιποί επαγγελματίες	(N)	4	133	66	203	2	8	2	12
		(%)	1,86	61,86	30,70	94,42	0,93	3,72	0,93	5,58
	Σύνολο	(N)	34	512	433	979	11	15	2	28
		(%)	3,38	50,84	43,00	97,22	1,09	1,49	0,20	2,78
Ικανοποίηση από την Επικοινωνία	Γενικό Σύνολο	(N)	6	27	118	151	472	361	23	856
		(%)	0,60	2,68	11,72	15,00	46,85	35,87	2,28	85,00



#### 4.8.6. Μέσες Τιμές (MT) και Τυπικές Αποκλίσεις (TA) ικανοποίησης από την εργασία στα Κέντρα Υγείας

Σε μια κλίμακα από το 1 έως το 6, οι μέσες τιμές για τους άνδρες ερωτηθέντες (MT = 3,64) ήταν λίγο περισσότερο ικανοποιημένοι με την εργασία τους σε σχέση με το γυναικείο προσωπικό (MT = 3,51). Η συνολική βαθμολογία ήταν 3,54, που δεν υποδηλώνει ούτε ικανοποίηση ούτε δυσαρέσκεια μεταξύ του προσωπικού. Οι άνδρες και οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι με τη «Φύση εργασίας» (4,62 / 4,53) και την «Εποπτεία» (4,59 / 4,51) αντίστοιχα. Και τα δύο φύλα ήταν λιγότερο ικανοποιημένα με την "Αμοιβή" (2,55 / 2,34) και το "Προαγωγή" (3,03 / 2,78) αντίστοιχα. Όλες οι υπόλοιπες διαστάσεις, όπως «Περιοδικά οφέλη» (3,43 / 3,27), «Ενδεχόμενες ανταμοιβές» (3,38 / 3,28), «Συνθήκες λειτουργίας» (3,80 / 3,69), «Συνεργάτες» (3,74 / 3,63) και η «Επικοινωνία» (3,61 / 3,56) έλαβε μέσες τιμές μεσαίου επιπέδου (βλέπε Πίνακα 4.39.).

Σε μια πιο λεπτομερή ανάλυση της ηλικίας, ήταν δυνατό να εντοπιστούν διαφορές στην εργασιακή ικανοποίηση ανά ηλικιακή ομάδα. Με μέση βαθμολογία που κυμαίνεται από 2,67 έως 3,63, οι νεότεροι ερωτηθέντες στην περιοχή  $\leq 25$  ετών (MT = 2,67), έδειξαν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Κοιτάζοντας πιο προσεκτικά, οι ερωτηθέντες που ήταν άνω των 56 ετών (27,41%) εξέφρασαν τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (MT = 3,63). Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, οι ερωτηθέντες πτυχιούχοι (66,43% - MT = 3,63) ήταν πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με άλλες κατηγορίες εκπαίδευσης. Επίσης, τα ευρήματα ανέφεραν ότι οι έκτακτοι υπάλληλοι (3,77) ήταν ελαφρώς πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους μόνιμους (3,50). Τέλος, ένα μικρό ποσοστό (7,15%) που δήλωσε ότι είναι οικονομικά άνετο, είχε υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης (MT = 4,04).

#### 4.8.7. Ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης

Στον Πίνακα 4.39., η εφαρμογή της μεθόδου Kruskal Wallis παρουσιάζει ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στη διάσταση της αμοιβής, σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική εμπειρία και την οικονομική κατάσταση ( $p = 0,000$ ) σε επίπεδο 0,05 σημασίας. Επιπλέον, υπάρχει ιδιαίτερη διαφορά στις βαθμολογίες της κλίμακας προαγωγής των ερωτηθέντων ως προς την ηλικία, το φύλο, την οικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ( $p = 0,000$ ) και την επαγγελματική εμπειρία ( $p = 0,057$ ), αλλά όχι ιδιαίτερα σημαντική διαφορά ως προς



το γάμο ( $p = 0,163$ ) και το εργασιακό καθεστώς ( $p = 0,808$ ). Ομοίως, υπάρχει σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες επίβλεψης που δίνουν οι ερωτηθέντες σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικονομική κατάσταση, την επαγγελματική εμπειρία και το καθεστώς απασχόλησης ( $p = 0,000$ ), το φύλο ( $p = 0,021$ ) και την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,022$ ), αλλά καμία ιδιαίτερη διαφορά ως προς την ηλικία ( $p = 0,319$ ). Ομοίως, παρουσιάζεται ιδιαίτερη διαφορά στην ικανοποίηση των ερωτηθέντων με τις πρόσθετες παροχές σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, το φύλο, την εργασιακή κατάσταση, την επαγγελματική εμπειρία, την οικονομική κατάσταση ( $p = 0,000$ ), την ηλικία ( $p = 0,001$ ) και την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,002$ ) σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Επιπλέον, υφίσταται σημαντική διαφορά στο επίπεδο ικανοποίησης από τις ενδεχόμενες ανταμοιβές των ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, το εργασιακό καθεστώς, την επαγγελματική εμπειρία, την οικονομική κατάσταση ( $p = 0,000$ ), το φύλο ( $p = 0,007$ ), την ηλικία ( $p = 0,004$ ) και την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,029$ ) σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

Ωστόσο, υφίσταται σημαντική διαφορά στο επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις συνθήκες λειτουργίας σε συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης, το εργασιακό καθεστώς, την επαγγελματική εμπειρία και την οικονομική κατάσταση ( $p = 0,000$ ), το φύλο ( $p = 0,008$ ), την ηλικία ( $p = 0,001$ ) και οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,085$ ). Και πάλι, υπάρχει σημαντική διαφορά στην ικανοποίησή τους από τους συναδέλφους σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικονομική κατάσταση, την επαγγελματική εμπειρία και το καθεστώς απασχόλησης ( $p = 0,000$ ), το φύλο ( $p = 0,005$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,012$ ) και ηλικία ( $p=0,022$ ). Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο επίπεδο ικανοποίησής τους ως προς τη φύση της εργασίας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική εμπειρία, την οικονομική κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση ( $p = 0,000$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,001$ ), το φύλο ( $p = 0,005$ ), αλλά καμία ιδιαίτερη διαφορά σε σχέση με την ηλικία ( $p = 0,245$ ). Τέλος, υπάρχει σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από την επικοινωνία ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική εμπειρία, το εργασιακό καθεστώς ( $p = 0,000$ ), την ηλικία ( $p = 0,004$ ) και το φύλο ( $p = 0,070$ ), αλλά ουδεμία σημαντική διαφορά ως προς το οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,123$ ).





**Πίνακας 4.39. Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπικές Αποκλίσεις (ΤΑ) ικανοποίησης από την εργασία**

Δημογραφικές Μεταβλητές		Αμοιβή		Προαγωγή		Εποπτεία		Πρόσθετες παροχές		Έκτακτες ανταμοιβές		Operating Conditions		Συνεργάτες		Φύση της Εργασίας		Επικοινωνία		Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση		
								ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ			ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ
<b>Φύλο</b>	N	%	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Ανδρες	221	21,95	2,55	0,59	3,03	0,65	4,59	0,56	3,43	0,56	3,38	0,66	3,80	0,58	3,74	0,58	4,62	0,50	3,61	0,61	3,64	0,46
Γυναίκες	786	78,05	2,34	0,55	2,78	0,59	4,51	0,54	3,27	0,57	3,28	0,57	3,69	0,59	3,63	0,50	4,53	0,48	3,56	0,51	3,51	0,41
P-sig			<0,001		<0,001		0,021		<0,001		0,007		0,008		0,005		0,005		0,070		<0,001	
<b>Ηλικία</b>	N	%	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
< 25 έτη	2	0,20	2,13	1,59	2,25	1,77	3,50	1,77	2,63	2,30	2,50	2,12	2,88	0,88	2,63	2,30	2,88	2,65	2,63	2,30	2,67	1,96
26-35 έτη	29	2,88	2,60	0,73	2,66	0,72	4,54	0,82	3,17	0,72	3,13	1,02	3,47	0,91	3,59	0,78	4,59	0,70	3,34	0,84	3,45	0,56
36-45 έτη	325	32,27	2,41	0,56	2,74	0,56	4,53	0,61	3,36	0,58	3,28	0,56	3,67	0,55	3,64	0,50	4,57	0,51	3,54	0,51	3,53	0,39
46-55 έτη	375	37,24	2,28	0,52	2,80	0,57	4,50	0,49	3,23	0,54	3,26	0,56	3,70	0,55	3,61	0,49	4,51	0,44	3,55	0,51	3,49	0,39
56 > έτη	276	27,41	2,48	0,57	3,04	0,66	4,56	0,49	3,37	0,55	3,41	0,59	3,83	0,61	3,74	0,52	4,57	0,43	3,67	0,52	3,63	0,45
P-sig			<0,001		<0,001		0,319		0,001		0,004		0,001		0,022		0,245		0,004		0,001	
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>	N	%	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Υποχρεωτική	14	1,39	2,23	0,47	2,48	0,61	4,13	0,80	3,04	0,62	3,05	0,81	3,52	1,00	3,43	0,68	4,27	0,71	3,38	0,76	3,28	0,63
Δευτεροβάθμια	280	27,81	2,17	0,43	2,63	0,45	4,36	0,54	3,09	0,47	3,15	0,50	3,53	0,59	3,48	0,43	4,38	0,47	3,47	0,45	3,36	0,34
Τριτοβάθμια	669	66,43	2,47	0,57	2,95	0,63	4,60	0,49	3,41	0,53	3,39	0,56	3,81	0,53	3,74	0,50	4,61	0,43	3,64	0,51	3,63	0,39
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	44	4,37	2,44	0,80	2,63	0,83	4,55	0,95	3,13	1,02	2,99	1,07	3,49	0,86	3,51	0,87	4,68	0,89	3,25	0,96	3,41	0,73
P-sig			<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	N	%	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Παντρεμένος/η	868	86,20	2,36	0,55	2,86	0,59	4,52	0,51	3,30	0,53	3,31	0,54	3,73	0,57	3,66	0,48	4,53	0,44	3,59	0,49	3,54	0,40
Ελεύθερος/η	116	11,50	2,61	0,63	2,72	0,74	4,60	0,74	3,43	0,74	3,30	0,83	3,69	0,72	3,69	0,72	4,66	0,70	3,52	0,75	3,58	0,56
Διαζευγμένος/η	20	2,00	2,38	0,63	2,68	0,68	4,46	0,65	3,01	0,83	3,00	0,92	3,54	0,67	3,34	0,77	4,53	0,75	3,36	0,88	3,37	0,54
Χήρος/α	3	0,30	2,17	0,29	2,67	0,58	4,08	0,14	3,25	0,25	3,00	0,00	3,08	0,38	3,25	0,00	4,00	0,00	3,25	0,00	3,19	0,10
P-sig			<0,001		0,163		0,022		0,002		0,029		0,085		0,012		0,001		0,123		0,008	
<b>Κατάσταση απασχόλησης</b>	N	%	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Μόνιμος/η	875	86,89	2,32	0,52	2,85	0,59	4,49	0,51	3,24	0,52	3,26	0,56	3,69	0,57	3,61	0,50	4,51	0,45	3,55	0,51	3,50	0,40
Προσωρινός/η	132	13,11	2,83	0,62	2,76	0,71	4,74	0,73	3,76	0,67	3,56	0,72	3,87	0,66	3,91	0,60	4,78	0,62	3,73	0,68	3,77	0,49
P-sig			<0,001		0,808		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>	N	%	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
< 5 έτη	83	8,24	2,87	0,58	2,73	0,67	4,74	0,63	3,80	0,58	3,56	0,67	3,87	0,69	3,94	0,54	4,80	0,51	3,72	0,65	3,78	0,44
6-10 έτη	69	6,85	2,70	0,62	2,82	0,66	4,65	0,73	3,65	0,61	3,43	0,63	3,82	0,55	3,79	0,57	4,74	0,55	3,64	0,63	3,69	0,44
11-15 έτη	212	21,05	2,28	0,47	2,75	0,52	4,47	0,57	3,17	0,50	3,18	0,56	3,58	0,54	3,54	0,48	4,49	0,49	3,49	0,47	3,44	0,36
16-20 έτη	173	17,18	2,24	0,55	2,81	0,59	4,64	0,43	3,23	0,51	3,30	0,52	3,82	0,48	3,70	0,45	4,59	0,39	3,56	0,51	3,54	0,35
20 > έτη	470	46,67	2,35	0,54	2,91	0,63	4,45	0,51	3,26	0,55	3,29	0,59	3,70	0,62	3,62	0,53	4,48	0,48	3,58	0,53	3,52	0,45
P-sig			<0,001		0,057		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
<b>Οικονομική κατάσταση</b>	N	%	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Δεν μπορώ να ανταπεξέλθω στις οικονομικές μου υποχρεώσεις	11	1,09	2,55	0,94	2,57	1,16	4,57	1,43	3,23	1,11	2,93	1,01	3,36	1,03	3,59	0,71	4,68	0,80	3,18	0,99	3,41	0,77
Τα καταφέρνω οικονομικά με μεγάλες δυσκολίες	233	23,14	2,11	0,45	2,58	0,49	4,47	0,57	3,03	0,52	3,11	0,58	3,57	0,63	3,47	0,49	4,47	0,50	3,43	0,52	3,36	0,36
Τα καταφέρνω οικονομικά αλλά δεν έχω πολλά στην άκρη	682	67,73	2,42	0,54	2,87	0,55	4,51	0,47	3,35	0,50	3,33	0,53	3,73	0,51	3,66	0,48	4,55	0,43	3,60	0,48	3,56	0,37
Είμαι άνετος οικονομικά	72	7,15	3,00	0,43	3,53	0,67	4,76	0,60	3,88	0,45	3,91	0,51	4,26	0,58	4,23	0,45	4,78	0,48	4,04	0,47	4,04	0,42
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	9	0,89	1,97	0,92	1,72	1,05	4,69	1,79	2,28	1,19	2,14	1,00	2,69	0,82	2,89	0,98	4,42	1,75	2,33	0,88	2,79	0,92
P-sig			<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
<b>Σύνολο</b>	1.007	100	2,38	0,56	2,84	0,61	4,52	0,55	3,31	0,57	3,30	0,59	3,72	0,59	3,65	0,52	4,55	0,49	3,57	0,54	3,54	0,42



#### 4.8.8. Ανάλυση συσχετίσεων του Spearman

Ο Cohen πρότεινε την ακόλουθη ερμηνεία για τις συσχετίσεις: εάν η τιμή  $r$  ισούται με 0,10 έως 0,29 (θετική) ή -0,29 έως -0,10 (αρνητική), υπάρχει ασθενής συσχέτιση ανάμεσα στις δύο ανεξάρτητων μεταβλητών. Εάν η τιμή  $r$  είναι 0,30 έως 0,49 (θετική) ή -0,49 έως -0,30 (αρνητική), υπάρχει μέτρια συσχέτιση. Εάν η τιμή  $r$  ισούται με 0,50 έως 1,00 (θετικό) ή -1,00 έως -0,50 (αρνητικό), υποδεικνύεται μια ισχυρή συσχέτιση.<sup>248</sup> Υπολογίσαμε τις συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του ζεύγους Spearman (Πίνακας 4.40.). Υπολογίσαμε τις συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του ζεύγους Spearman. Οι θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων κυμαίνονταν μεταξύ 0,132 και 0,636. Οι συσχετίσεις ήταν ισχυρές σε είκοσι περιπτώσεις, ενώ μέτριες σε έντεκα και ασθενείς σε τρεις. Μόνο δύο συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων (προαγωγή-επίβλεψη και προώθηση- φύση της εργασίας) δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές.

**Πίνακας 4.40. Ανάλυση συσχετίσεων του Spearman μεταξύ των διαστάσεων του JSS**

Μεταβλητές	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Αμοιβή	1	0,608**	0,132**	0,610**	0,509**	0,334**	0,463**	0,182**	0,480**
Προαγωγή	0,608**	1	0,009	0,531**	0,465**	0,284**	0,400**	0,068*	0,448**
Εποπτεία	0,132**	0,009	1	0,322**	0,395**	0,636**	0,507**	0,774**	0,331**
Πρόσθετες παροχές	0,610**	0,531**	0,322**	1	0,715**	0,532**	0,682**	0,364**	0,603**
Έκτακτες ανταμοιβές	0,509**	0,465**	0,395**	0,715**	1	0,740**	0,905**	0,409**	0,909**
Ισχύουσες διαδικασίες	0,334**	0,284**	0,636**	0,532**	0,740**	1	0,715**	0,533**	0,703**
Συναδέλφους	0,463**	0,400**	0,507**	0,682**	0,905**	0,715**	1	0,537**	0,789**
Φύση της Εργασίας	0,182**	0,068*	0,774**	0,364**	0,409**	0,533**	0,537**	1	0,351**
Επικοινωνία	0,480**	0,448**	0,331**	0,603**	0,909**	0,703**	0,789**	0,351**	1
Σημειώσεις:	* . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,05								
N=1.007	** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01								

#### 4.8.9. Ανάλυση αξιοπιστίας παραγόντων

Ο συνολικός συντελεστής Cronbach's  $\alpha$  της Έρευνας Ικανοποίησης από την Εργασία του Spector ήταν 0,91 και οι τιμές εσωτερικής συνέπειας κάθε διάστασης κυμαίνονταν από 0,61 έως 0,77 (βλέπε Πίνακα 4.41.). Συγκεκριμένα, η υποκλίμακα JSS ήταν 0,69 για αμοιβή, 0,67 για προαγωγή, 0,77 για επίβλεψη, 0,73 για πρόσθετες παροχές, 0,77 για ενδεχόμενες ανταμοιβές, 0,61 για συνθήκες λειτουργίας, 0,65 για συναδέλφους, 0,69 για τη φύση της εργασίας και 0,68 για την επικοινωνία. Γενικά, οι τιμές του άλφα Cronbach  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  υποδηλώνουν ικανοποιητική αξιοπιστία και εάν  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  η κλίμακα είναι εξαιρετικά αξιόπιστη. Η αξιοπιστία κατά το ήμισυ αξιολογήθηκε επίσης με διαίρεση του μέτρου σε δύο



μισά. Τα ευρήματα παρουσίασαν ότι το JSS παρουσίασε καλή αξιοπιστία κατά το ήμισυ, αξιολογημένο μέσω του συντελεστή διαίρεσης-μισού Guttman (0,81).<sup>240</sup>

**Πίνακας 4.41. Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας και Split-Half  
ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου JSS**

<b>• Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας</b>				
Διαστάσεις	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Λοιπό Προσωπικό	Σύνολο Προσωπικού
Αμοιβή	0,62	0,45	0,52	0,69
Προαγωγή	0,66	0,56	0,38	0,67
Εποπτεία	0,70	0,73	0,67	0,77
Πρόσθετες παροχές	0,59	0,53	0,67	0,73
Έκτακτες ανταμοιβές	0,76	0,66	0,69	0,77
Ισχύουσες διαδικασίες	0,44	0,43	0,53	0,61
Συνάδελφοι	0,60	0,44	0,56	0,65
Φύση της Εργασίας	0,49	0,58	0,69	0,69
Επικοινωνία	0,70	0,57	0,62	0,68
<b>Συνολικό αποτέλεσμα Συνολικό μέγεθος δείγματος</b>	<b>0,91 278</b>	<b>0,85 514</b>	<b>0,90 215</b>	<b>0,91 1.007</b>
<b>• Split-Half Ανάλυση αξιοπιστίας</b>				
Cronbach's Alpha	Μέρος 1	Αξία		0,86
		Αριθμός Ερωτήσεων		18 <sup>α</sup>
	Μέρος 2	Αξία		0,91
		Αριθμός Ερωτήσεων		18 <sup>β</sup>
	Σύνολο Αριθμού Ερωτήσεων			36
Συσχέτιση Μεταξύ Μορφών				0,69
Spearman-Brown Coefficient		Ίσο μήκος		0,81
		Άνισο μήκος		0,81
<b>Guttman Split-Half Coefficient</b>				0,81
α. Ερωτήσεις : Q1,Q2,Q3,Q5,Q7,Q9,Q11,Q13,Q15,Q17,Q20,Q22,Q25,Q27,Q28,Q30,Q33,Q35.				
β. Ερωτήσεις : Q4,Q6,Q8,Q10,Q12,Q14,Q16,Q18,Q19,Q21,Q23,Q24,Q26,Q29,Q31,Q32,Q34,Q36.				

#### 4.8.10. Πολυμεταβλητή Ανάλυση

Για να αξιολογήσουμε τον αντίκτυπο των μεταβλητών κοινωνικο-δημογραφικών (φύλο, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση) και εργασίας (εμπειρία, εκπαίδευση), παρουσιάζουμε στον Πίνακα 4.42. τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης σε μια σειρά παλινδρομήσεων με όλες τις διαστάσεις (παράγοντες) καθώς και συνολικά η



εργασιακή ικανοποίηση ως εξαρτημένες μεταβλητές. Εκτελούμε παλινδρομήσεις για κάθε κατηγορία εργαζομένων (ιατροί, νοσηλευτές, λοιπό προσωπικό) ξεχωριστά. Για λόγους συντομίας, αναφέρουμε μόνο στατιστικά σημαντικούς συντελεστές.

Η αμοιβή είναι ένα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την εργασία και έχει μεγάλη επίδραση στη μέση εργασιακή ικανοποίηση, αλλά αυτή η επιρροή δεν είναι παρόμοια σε όλες τις κατηγορίες εργαζομένων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι παντρεμένοι ιατροί εκτιμούν υψηλότερες αποδοχές ενώ οι έγγαμοι νοσηλευτές χαμηλότερες και όταν πρόκειται για άλλους επαγγελματίες υγείας, η αμοιβή σχετίζεται υψηλότερη με την οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων. Στη συνέχεια, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το φύλο δεν έχει σημαντική επίδραση κατά μέσο όρο στις διαστάσεις της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα δείχνουν, κατά μέσο όρο, ισχυρή σύνδεση της οικονομικής κατάστασης και των διαστάσεων της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης για άλλους επαγγελματίες υγείας. Για όλες τις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης, άλλοι επαγγελματίες υγείας συνδέουν θετικά την οικονομική τους κατάσταση με την εργασιακή ικανοποίηση και έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη συνολική εργασιακή ικανοποίηση. Αυτό το γεγονός μπορεί να σημαίνει ότι οι αντιλήψεις άλλων επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση που εκφράζονται μέσω της συνολικής οικονομικής τους κατάστασης και συνδέονται στενά με τον πλούτο και την κατάστασή τους. Ωστόσο, υψηλότερη συνολική ικανοποίηση αναφέρεται σταθερά από άλλους επαγγελματίες υγείας που είναι παντρεμένοι. Αντίθετα, η εκπαίδευση έχει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη των νοσηλευτών για την εργασιακή ικανοποίηση και ο αντίκτυπος της είναι υψηλός στη συνολική εργασιακή ικανοποίηση και σε όλες τις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης, εκτός του παράγοντα της αμοιβής. Οι βαθμολογίες ικανοποίησης γενικά είναι υψηλότερες για τους υπαλλήλους της ΠΦΥ με λιγότερα χρόνια εμπειρίας, αν και το αντίθετο ισχύει για τους γιατρούς στις διαστάσεις της προαγωγής και της επικοινωνίας.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης συνάδουν με τις πολυάριθμες μελέτες με σχετικούς υπαλλήλους υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες δείχνουν ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά εργαζόμενοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους ως προς την εργασία τους. Η οικονομική κατάσταση/κατάσταση έχει διαφορετική επίδραση ανάλογα με τον τύπο του υπαλλήλου της ΠΦΥ και τη διάσταση της ίδιας της ικανοποίησης. Ωστόσο, μια υψηλότερη συνολική ικανοποίηση αναφέρεται σταθερά από άλλους επαγγελματίες υγείας που είναι παντρεμένοι ή οικονομικά ανήσυχοι.



N=1.007

**Πίνακας 4.42. Πολυμεταβλητή Ανάλυση (Multivariate Analysis)****▪ Αμοιβή – Προαγωγή – Επίβλεψη – Πρόσθετες παροχές – Έκτακτες ανταμοιβές**

	Αμοιβή			Προαγωγή			Επίβλεψη			Πρόσθετες παροχές			Έκτακτες ανταμοιβές		
	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό
Γυναίκες															
Παντρεμένος/η	0,302***	-0,24***		0,251*	-0,191***			0,117*		0,110*					
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>												0,268*			0,361**
Δευτεροβάθμια					0,319*						0,418**			0,683***	
Τριτοβάθμια											0,455***			0,674***	
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>															
< 5 έτη		0,72***	0,496***	-0,64***				0,316*	0,351*		0,496***	0,862***			0,512**
6-10 έτη				0,608***	-0,265*										
11-15 έτη				-0,378*				0,131*							
16-20 έτη		-0,103*						0,266***							
<b>Οικονομική κατάσταση</b>															
1	-0,551*		0,729*		0,929**	0,823*			1,607***			1,301***			0,953*
2			0,964***		0,694***	1,488***		-0,819***	2,827***			1,952***			1,688***
3			1,042***		0,889***	1,449***		-0,93***	2,838***			2,14***			1,795***
<b>R squared</b>	0,203	0,186	0,138	0,297	0,112	0,164	0,058	0,140	0,392	0,092	0,088	0,304	0,0704	0,0605	0,247

**▪ Ισχύουσες διαδικασίες – Συνάδελφοι – Φύση της Εργασίας – Επικοινωνία – Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση**

	Ισχύουσες διαδικασίες			Συνάδελφοι			Φύση της Εργασίας			Επικοινωνία			Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση		
	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό	Ιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό Προσωπικό
Γυναίκες										0,146*					
Παντρεμένος/η						0,331**						0,331**			0,177*
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>															
Δευτεροβάθμια		0,314*			0,371**						0,662***			0,339***	
Τριτοβάθμια		0,454**			0,411***			0,283*		0,612***				0,375***	
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>															
< 5 έτη						0,502***		0,426**						0,229*	0,376***
6-10 έτη	-0,199*												-0,137*		
11-15 έτη								0,128**							
16-20 έτη		0,182**		-0,193*	0,182***			0,195***		-0,205*			-0,148*	0,073*	
<b>Οικονομική κατάσταση</b>															
1			0,981*			1,278***			2,433***			1,2**			1,256***
2			2,017***			1,575***	0,368**	-0,747***	2,863***			1,77***			1,905***
3			2,106***			1,705***		-0,821***	2,924***			1,81***			1,979***
<b>R squared</b>	0,079	0,070	0,252	0,080	0,069	0,270	0,047	0,125	0,405	0,074	0,072	0,257	0,153	0,089	0,394

Σημειώσεις: (1) Ο πίνακας αναφέρει συντελεστές βήτα και τιμές p, η στατιστική σημασία αναφέρεται ως: \* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001, (2) Για να αποφευχθεί η πολυσυγγραμμικότητα, ομάδες αναφοράς ήταν η εμπειρία άνω των 20 ετών, η εκπαίδευση Master/PhD, η ηλικία άνω των 55 ετών και η οικονομική κατάσταση, είμαι οικονομικά άνετος, (3) Οικονομική Κατάσταση: 1= Δεν αντέχω, 2= Τα καταφέρνω οικονομικά με μεγάλες δυσκολίες, 3= Τα καταφέρνω οικονομικά αλλά δεν έχω πολλά στην άκρη, (4) Συνολικοί εργαζόμενοι = 1.007 (γιατροί=278, νοσηλεύτες=514, άλλοι υπάλληλοι υγειονομικής περίθαλψης=215)



#### 4.8.11. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στα Κέντρα Υγείας

##### 4.8.11.1. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση"

Η Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση (Total Job Satisfaction-TJS) των επαγγελματιών υγείας στον Πίνακα 4.43. απεικονίζει τις κατανομές των συχνοτήτων και ποσοστών ως προς τα επίπεδα της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης, τα οποία προκύπτουν αθροιστικά από τις εννέα διαστάσεις της εργασίας που εξετάστηκαν παραπάνω.

Συνολικά το 54,31% των επαγγελματιών υγείας στα Κέντρα Υγείας εκφράζει ικανοποίηση ως προς την εργασία του, ενώ το 45,69% εκφράζει δυσαρέσκεια. Οι ιατροί αποτελούν την κατηγορία των επαγγελματιών υγείας με την καλύτερη επίδοση ως προς το θέμα της επαγγελματικής ικανοποίησης (65,56%), οι νοσηλευτές παρουσιάζονται διχασμένοι στη μέση, καθώς ικανοποίηση εκφράζει το 50,72% των ερωτηθέντων νοσηλευτών, ενώ δυσαρέσκεια ποσοστό 49,28%. Αντίθετα, οι λοιποί επαγγελματίες αποτελούν την μόνη ομάδα που έχει εκφράσει αρνητική εργασιακή ικανοποίηση (51,63%), ενώ οι ικανοποιημένοι αποτελούν το 48,37% των ερωτηθέντων.

#### 4.43. Απαντήσεις Επαγγελματιών Υγείας στα Κέντρα Υγείας σε σχέση με την "Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση"

N=1.007

Κατηγορία Επαγγελματιών		Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Σύνολο Διαφωνίας	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ	Σύνολο Συμφωνίας
		1	2	3	=1+2+3	4	5	6	=4+5+6
Ιατροί	(N)	5	29	61	96	93	77	12	182
	(%)	1,97%	10,47%	22,00%	34,44%	33,58%	27,69%	4,29%	65,56%
Νοσηλευτές	(N)	20	65	168	253	178	71	12	261
	(%)	3,97%	12,58%	32,73%	49,28%	34,55%	13,80%	2,36%	50,72%
Λοιποί επαγγελματίες	(N)	15	34	62	111	56	42	6	104
	(%)	6,98%	15,81%	28,84%	51,63%	26,05%	19,53%	2,79%	48,37%
Σύνολο	(N)	41	128	291	460	327	190	30	547
	(%)	4,06%	12,69%	28,94%	45,69%	32,47%	18,86%	2,98%	54,31%

##### 4.8.11.2. Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση σύμφωνα με τις κατανομές των Μέσων τιμών και Τυπικών Σφαλμάτων

Η μέση βαθμολογία της συνολικής αντίληψης για την εργασιακή ικανοποίηση του υγειονομικού προσωπικού που εργαζόταν στην 1η Περιφερειακή Υγειονομική Αρχή Αττικής ήταν 3,54 σε κλίμακα από ένα έως έξι. Αυτή η συνολική αντίληψη ξεπέρασε το «ελαφρώς διαφωνώ» (βαθμολογία 3) και πλησίασε το «ελαφρώς συμφωνώ» (βαθμολογία 4).



Επομένως, οι εργαζόμενοι δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι ως προς την εργασία τους. Οι διαστάσεις που σχετίζονται με τα υψηλότερα επίπεδα δυσαρέσκειας ήταν «αμοιβή» και «προαγωγή». Επιπλέον, οι διαστάσεις που σχετίζονται με τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ήταν η «φύση της εργασίας» και η «εποπτεία». Στον Πίνακα 4.44., παρατηρώντας τα ποσοστά ικανοποίησης των εργαζομένων ανά κατηγορία προσωπικού, μπορούμε να αναφέρουμε ότι οι ιατροί είναι οι πλέον ικανοποιημένοι, ενώ οι νοσηλευτές είναι οι περισσότερο δυσαρεστημένοι. Η απόδοση της ΠΦΥ στην Ελλάδα επηρεάστηκε από την πανδημία Covid-19 καθώς όλα τα ποσοστά εργασιακής ικανοποίησης μειώθηκαν για όλες τις κατηγορίες εργαζομένων (αλλά κυρίως στους νοσηλευτές), κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της επιδημίας. Οι περισσότερες από τις βασικές παρεχόμενες υπηρεσίες, όπως και σε άλλες χώρες, έχουν μετατοπιστεί σε υπηρεσίες που έχουν σχέση με τη νόσο Covid-19 και οι πάροχοι ΠΦΥ αφιέρωσαν τον περισσότερο χρόνο τους παρέχοντας υπηρεσίες σε ασθενείς με Covid-19, αργότερα ανέλαβαν και τον εμβολιασμό του πληθυσμού. Το αποτέλεσμα αυτό σχετίζεται με την ξαφνική αύξηση των απαιτήσεων, που προκαλεί άγχος, αβεβαιότητα και σύγχυση, ανεπαρκή στελέχωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, υπερβολικό ατομικό φόρτο εργασίας, ατελείς συγκεκριμένες ευθύνες και απαιτήσεις των εργαζομένων, άρα τον φόβο μήπως ένας εργαζόμενος θα μολυνθεί και θα μπει σε καραντίνα και/ ή να είναι η αιτία μόλυνσης μέλους της οικογένειας ή συναδέλφου. Συγκεκριμένα, η εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων που συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα επηρεάστηκε από την αλλαγή που έγινε στις πεποιθήσεις τους σχετικά με τις πτυχές της επίβλεψης, τις λειτουργικές διαδικασίες, τους συναδέλφους και τη φύση της εργασίας.

**Πίνακας 4.44.: Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπική Απόκλιση (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της στα Κέντρα Υγείας**

Διαστάσεις	Ιατροί N = 278 - 27,61 %		Νοσηλευτές N = 514 - 51,04 %		Λοιπό Προσωπικό N = 215 - 21,35 %		Σύνολο Επαγγελματιών N = 1.007 - 100 %	
	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Αμοιβή	2,93	0,50	2,20	0,69	2,11	0,45	2,38	0,56
Προαγωγή	3,29	0,66	2,75	0,75	2,48	0,48	2,84	0,61
Εποπτεία	4,82	0,48	4,36	0,88	4,56	0,56	4,52	0,55
Πρόσθετες παροχές	3,49	0,44	2,89	0,73	2,79	0,49	3,31	0,57
Έκτακτες ανταμοιβές	3,73	0,56	3,12	0,82	3,21	0,57	3,30	0,59
Ισχύουσες διαδικασίες	3,04	0,35	3,38	0,67	3,16	0,47	3,72	0,59
Συναδέλφους	4,71	0,38	4,22	0,69	4,30	0,49	3,65	0,52
Φύση της Εργασίας	4,77	0,38	4,41	0,74	4,54	0,52	4,55	0,49
Επικοινωνία	4,35	0,47	4,20	0,79	4,10	0,51	3,57	0,54
<b>Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση</b>	<b>3,93</b>	<b>0,28</b>	<b>3,53</b>	<b>0,24</b>	<b>3,52</b>	<b>0,35</b>	<b>3,54</b>	<b>0,42</b>





**Πίνακας 4.44α. Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπική Απόκλιση (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της < 13/03/2020 στα Κέντρα Υγείας**

Διαστάσεις	Ιατροί N = 266 - 38,22 %		Νοσηλευτές N = 246 - 35,34 %		Λοιπό Προσωπικό N = 184 - 26,44 %		Σύνολο Επαγγελματιών N = 696 - 100 %	
	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Αμοιβή	2,93	0,50	2,16	0,54	2,10	0,48	2,44	0,64
Προαγωγή	3,29	0,67	2,58	0,55	2,45	0,51	2,81	0,7
Εποπτεία	4,84	0,47	4,6	0,56	4,61	0,6	4,69	0,56
Πρόσθετες παροχές	3,84	0,44	3,08	0,54	3,1	0,59	3,37	0,64
Έκτακτες ανταμοιβές	3,74	0,56	3,16	0,63	3,22	0,61	3,39	0,66
Ισχύουσες διαδικασίες	4,12	0,47	3,66	0,59	3,8	0,62	3,87	0,61
Συνάδελφοι	4,08	0,46	3,56	0,51	3,62	0,52	3,77	0,56
Φύση της Εργασίας	4,85	0,36	4,57	0,49	4,63	0,57	4,69	0,49
Επικοινωνία	3,91	0,52	3,45	0,58	3,47	0,58	3,63	0,61
<b>Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση</b>	<b>3,95</b>	<b>0,34</b>	<b>3,42</b>	<b>0,38</b>	<b>3,44</b>	<b>0,42</b>	<b>3,63</b>	<b>0,46</b>

**Πίνακας 4.44β. Μέσες Τιμές (ΜΤ) και Τυπική Απόκλιση (ΤΑ) της Εργασιακής Ικανοποίησης και των διαστάσεων της > 14/03/2020 στα Κέντρα Υγείας**

Διαστάσεις	Ιατροί N = 12 - 3,86 %		Νοσηλευτές N = 268 - 86,17 %		Λοιπό Προσωπικό N = 31 - 9,97 %		Σύνολο Επαγγελματιών N = 311 - 100 %	
	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ
Αμοιβή	2,85	0,25	2,24	0,27	2,44	0,21	2,26	0,30
Προαγωγή	3,29	0,38	2,91	0,29	2,64	0,21	2,9	0,32
Εποπτεία	4,56	0,53	4,13	0,19	4,43	0,15	4,15	0,24
Πρόσθετες παροχές	3,69	0,43	3,13	0,27	3,47	0,18	3,15	0,31
Έκτακτες ανταμοιβές	3,81	0,49	3,08	0,26	3,44	0,2	3,10	0,31
Ισχύουσες διαδικασίες	3,96	0,54	3,35	0,34	3,77	0,2	3,38	0,37
Συνάδελφοι	4,04	0,40	3,36	0,24	3,7	0,14	3,38	0,29
Φύση της Εργασίας	4,75	0,46	4,2	0,25	4,46	0,17	4,22	0,28
Επικοινωνία	3,98	0,47	3,44	0,26	3,61	0,21	3,46	0,29
<b>Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση</b>	<b>3,88</b>	<b>0,30</b>	<b>3,32</b>	<b>0,16</b>	<b>3,55</b>	<b>0,11</b>	<b>3,33</b>	<b>0,20</b>

Σημειώσεις: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακήρυξε την Ευρώπη ως το κέντρο της πανδημίας του κορωνοϊού 2019-2020 την 13/3/2020

Στον Πίνακα 4.45. παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα του T-test για διαφορές στο μέσο όρο μόνο για τους νοσηλευτές πριν και μετά την πανδημική κρίση, καθώς για τις άλλες δύο κατηγορίες εργαζομένων (ιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας) δεν έχουμε σημαντικό δείγμα. για σύγκριση. Ως έναρξη της πανδημίας ορίζουμε την 13η Μαρτίου 2020. Ως εκ τούτου, ελέγχουμε για διαφορές στα μέσα πριν και μετά από αυτήν την ημερομηνία. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι για τις περισσότερες διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης (εκτός από τα Fringe Benefits and Communication) η διαφορά στους μέσους όρους παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική. Αυτό σημαίνει ότι, η αντίληψη της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών αλλάζει κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

**Πίνακας 4.45. T-test για τις διαφορές στη μέση τιμή για τους νοσηλευτές**

<u>Διαστάσεις</u>	<u>T-test</u>	<u>P-value</u>	<u>Διαφορές Μέσου Όρου</u>	<u>Τυπική Απόκλιση</u>
Αμοιβή	-2,08*	0,038	-0,0791	0,0380
Προαγωγή	-8,48***	<0,001	-0,3343	0,0394
Εποπτεία	12,461***	<0,001	0,4710	0,0378
Πρόσθετες παροχές	-1,361	0,174	-0,0520	0,0382
Έκτακτες ανταμοιβές	2,003*	0,046	0,0860	0,0429
Ισχύουσες διαδικασίες	6,996***	<0,001	0,3029	0,0433
Συναδέλφους	5,552***	<0,001	0,1987	0,0358
Φύση της Εργασίας	10,521***	<0,001	0,3657	0,0348
Επικοινωνία	0,267	0,789	0,0107	0,0399
<b>Συνολική Εργασιακή Ικανοποίηση</b>	<b>4,169***</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,1077</b>	<b>0,0258</b>

Σημειώσεις: Πραγματοποιήθηκε το T-test για την ισότητα των διακυμάνσεων και η μηδενική υπόθεση απορρίφθηκε για όλες τις περιπτώσεις. Η στατιστική σημασία για το T-test αναφέρεται ως: \* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

#### 4.8.12. Συζήτηση ως προς την έρευνα στα Κέντρα Υγείας της Π.Φ.Υ.

Όταν οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης βρίσκουν άτομα που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της εργασίας τους και είναι ικανοποιημένοι σε σχέση με αυτά που προσφέρονται, τότε δημιουργείται μια win-win κατάσταση μεταξύ του οργανισμού και των εργαζομένων και βελτιώνεται η ποιότητα της περίθαλψης.<sup>318, 319</sup> Δυστυχώς, όλο και περισσότερες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ δεν είναι υψηλή.<sup>320-322</sup> Στην παρούσα μελέτη, διαπιστώσαμε ότι οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ ήταν μάλλον αδιάφοροι, ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι. Γενικά, οι πάροχοι είναι δυσαρεστημένοι με τον μισθό και τα επιδόματα που παίρνουν, το σύστημα αξιολόγησης για τις προαγωγές και τις διαδικασίες λειτουργίας. Αντίθετα, λαμβάνουν ικανοποίηση από την επίβλεψη, τους συναδέλφους και τη φύση της εργασίας.<sup>323-325</sup> Ωστόσο, τα δεδομένα μας έδειξαν ότι υπάρχουν πολλές διαφορές μεταξύ των ομάδων εργασίας της ΠΦΥ (ιατροί, νοσηλευτές, άλλοι επαγγελματίες υγείας). Αναμένονται διαφορετικά ποσοστά ικανοποίησης, καθώς οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που ερωτήθηκαν έχουν διαφορετικές περιγραφές και απαιτήσεις εργασίας.

Αυτή η μελέτη αποκάλυψε ότι οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (27,6% του δείγματος) τείνουν να είναι ελαφρώς ικανοποιημένοι (μέσος όρος = 3,93). Ικανοποιητική εκφράστηκε ως προς την επίβλεψη (4,82), τη φύση της εργασίας (4,77), τους συναδέλφους (4,71) και την επικοινωνία (4,35). Φαίνεται ότι η επαγγελματική ταυτότητα, η αναγνώριση



από τους συναδέλφους, τους ασθενείς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ενισχύουν την πεποίθηση ότι η καριέρα κάποιου θα ανταμειφθεί από το επάγγελμα, γεγονός που με τη σειρά του δημιουργεί υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία. Αντίθετα, δυσαρέσκεια διαπιστώθηκε για μισθούς (2,93), λειτουργικές διαδικασίες (3,04) και προαγωγές (3,29). Εκτός από τη φροντίδα των ασθενών, φαίνεται ότι συχνά ανατίθενται πολλά πρόσθετα καθήκοντα, όπως προετοιμασία εγγράφων, αναφορά, απαιτήσεις τεκμηρίωσης ή παρακολούθηση συνεδριάσεων. Αρκετές άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ιατροί της ΠΦΥ εξέφρασαν δυσαρέσκεια με τις διοικητικές ευθύνες στην καθημερινή τους εργασία, οι οποίες μπορεί να είναι εκτός του επαγγελματικού τους ρόλου και θα μπορούσαν να θεωρηθούν παράλογες ή περιττές.<sup>326, 327</sup>

Οι νοσηλευτές και οι μαίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (51% του δείγματος) συνολικά δεν δήλωσαν ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια (3,53). Ικανοποίηση βρέθηκε για τη φύση της εργασίας (4,41), την επίβλεψη (4,36), τους συναδέλφους (4,22) και την επικοινωνία (4,20). Αντίθετα, διαπιστώθηκε ότι η δυσαρέσκεια προέρχεται από διαστάσεις όπως μισθοί (2,20), προαγωγή (2,75), πρόσθετες παροχές (2,89), ενδεχόμενες ανταμοιβές (3,12) και λειτουργικές διαδικασίες (3,38). Περίπου το ήμισυ του δείγματος (51%) σε αυτή τη μελέτη αποτελούνταν από παρόχους αυτής της ομάδας εργασίας. Ομοίως, οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας (21,4% του δείγματος) αποτελούμενοι από διοικητικό, εργαστηριακό, τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό που παρέχουν υπηρεσίες για τη λειτουργία ΠΦΥ, εξέφρασαν συνολικά την αδιαφορία τους, ούτε ικανοποίηση ούτε δυσαρέσκεια (3,54). Ικανοποίηση βρέθηκε όσον αφορά την επίβλεψη (4,56), τη φύση της εργασίας (4,54), τους συναδέλφους (4,30) και την επικοινωνία (4,10). Από την άλλη πλευρά, η δυσαρέσκεια προέκυψε από μισθούς (2,11), προαγωγές (2,48), πρόσθετες παροχές (2,79), ενδεχόμενες ανταμοιβές (3,21) και λειτουργικές διαδικασίες (3,16). Είναι απαραίτητο για αυτές τις κατηγορίες προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, να παρακινούνται από παράγοντες όπως η αμοιβή, η προαγωγή, οι πρόσθετες παροχές και οι ενδεχόμενες ανταμοιβές, ώστε να είναι ικανοποιημένοι με την εργασία τους.<sup>328</sup> Τα ευρήματα αυτά, παρουσιάζουν συμφωνία με ευρήματα προηγούμενων μελετών.<sup>329-331</sup>

Η εξέταση της εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ σύμφωνα με διάφορα περιγραφικά χαρακτηριστικά αποκάλυψε μια σειρά αξιοσημείωτων ευρημάτων που είναι παρόμοια με εκείνα άλλων μελετών. Πρώτα απ' όλα, αυτή η μελέτη βρήκε μια ιδιαίτερη συσχέτιση ανάμεσα στην ανάθεση της εργασίας και της ικανοποίησης από την



εργασία. Δηλαδή, οι διαφορές που παρατηρούνται στο επίπεδο ικανοποίησης μπορεί να οφείλονται στους διαφορετικούς ρόλους που έχουν ανατεθεί στις διαφορετικές ομάδες επαγγελματιών.<sup>332, 333</sup> Επιπλέον, η επίδραση της ηλικίας στην εργασιακή ικανοποίηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ ήταν σημαντική στην παρούσα μελέτη, καθώς η μεγαλύτερη ηλικία σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία. Πολλές άλλες μελέτες έχουν αναδείξει μια σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την εργασιακή. Συνήθως, οι ηλικιωμένοι ιατροί και οι νοσηλευτές είναι πιο έμπειροι και έτσι τείνουν να είναι πιο άνετοι ή συνηθισμένοι στις τρέχουσες συνθήκες εργασίας που μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερο επίπεδο ικανοποίησης.<sup>334, 335</sup> Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν μεταξύ 46-55 ετών. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τις γυναίκες. Οι γυναίκες που απάντησαν (78%) ήταν η πλειοψηφία σε αυτή τη μελέτη. Επιπλέον, το συνολικό μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν αρκετά υψηλό. Δύο στους τρεις ανέφεραν ότι είχαν πτυχίο ή υψηλότερο και ήταν πιο ικανοποιημένοι από εκείνους που δεν είχαν πτυχίο. Τέλος, διαπιστώσαμε ότι οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ με υψηλότερο εισόδημα ήταν περισσότερο πιθανό να είναι ικανοποιημένοι με την εργασία τους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσα στην πανδημία του Covid-19, αφού στις 13 Μαρτίου 2020 ο ΠΟΥ ανακήρυξε την Ευρώπη ως το επίκεντρο της πανδημίας. Ως αποτέλεσμα, η έρευνά μας χωρίστηκε σε δύο περιόδους, πριν και μετά τις 13 Μαρτίου 2020 (Πίνακας 4.44.). Μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι ένας μεγάλος αριθμός των ερωτηθέντων προσεγγίστηκε ως επί το πλείστον στην προ-Covid περίοδο (696, 69% του συνόλου). Αυτοί είχαν μέσο επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης 3,63 στους 6 (ιατροί 3,95, νοσηλευτές 3,42 και άλλοι επαγγελματίες υγείας 3,44). Μετά τις 13 Μαρτίου 2020, εμφανίστηκε το πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19, ενώ το μέσο επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων (311, 31% του συνόλου) μειώθηκε σε 3,33 στους 6 (ιατροί 3,88, νοσηλευτές 3,32 και άλλοι επαγγελματίες υγείας 3,55). Στη διάρκεια της περιόδου αυτής, η Ελλάδα εξακολουθούσε να αγωνίζεται αφού μόλις ανέκαμπτε από ένα πρόγραμμα διάσωσης από διεθνείς πιστωτές και τρία Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής και μέτρα λιτότητας, με αποτέλεσμα τα προβλήματα να έχουν διογκωθεί ακόμη περισσότερο. Το προσωπικό της ΠΦΥ εργάστηκε περισσότερες ώρες από το συνηθισμένο, χωρίς ρεπό και ανέλαβε περισσότερες ευθύνες καθώς συμμετείχε ενεργά στο πρόγραμμα εμβολιασμού κατά του Covid-19, χωρίς ειδικές ανταμοιβές.<sup>336</sup>



Άλλες μελέτες που επικεντρώθηκαν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα σημειώνουν ότι υπάρχει γενική έλλειψη προσωπικού στο εργατικό δυναμικό των ΠΦΥ (κυρίως για γιατρούς και νοσηλευτές), έλλειψη μορφωμένων και καταρτισμένων παρόχων, λίγες ευκαιρίες για συνεχή εκπαίδευση και περαιτέρω σπουδές, λιγότερη σταδιοδρομία ευκαιρίες ανάπτυξης, φτωχό εργασιακό περιβάλλον και ανεπαρκείς οικονομικούς πόρους. Η μέση εβδομάδα εργασίας των γιατρών είναι περίπου 50 ώρες. Οι ΠΦΥ κλείνουν ραντεβού μέσω τηλεφώνου ή μέσω διαδικτύου, αλλά σπάνια παρέχουν συμβουλές μέσω e-mail ή διαθέτουν ιστότοπο ιατρείου. Μια κατά μέσο όρο ένα ραντεβού με έναν ιατρό έχει διάρκεια από 10 έως 15 λεπτά, σύμφωνα με την αιτία της συνάντησης. Θεωρείται ότι απαιτείται λιγότερο από 10 λεπτά όταν ο ασθενής ζητά ιατρική συνταγή και περισσότερο από 15 λεπτά για κάθε νέο πρόβλημα υγείας.<sup>337</sup> Υπάρχει έλλειψη μηχανισμού παραπομπής ασθενών. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας ακόμη και τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ή ιδιωτικές μονάδες φροντίδας αυξάνοντας τις πληρωμές από την τσέπη τους.<sup>338, 339</sup> Σε αυτό το πλαίσιο, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, το 25% των ασθενών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανέφεραν χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας.<sup>340</sup> Τα παραπάνω οδήγησαν το ελληνικό σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης να κριθεί αναποτελεσματικό, με ελαττώματα τόσο στη δομή του, στις οικονομικές συνθήκες και στην ανάπτυξη ικανοτήτων, όσο και στους μηχανισμούς παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με την πρόσβαση, τη συνέχεια και την πληρότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.<sup>341, 342</sup> Σε αυτή τη δύσκολη κατάσταση, ο τρόπος διατήρησης των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ είναι ένα πολύ σημαντικό ζήτημα για τους σχετικούς διαχειριστές υπηρεσιών υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, παρόμοια ευρήματα έχουν προκύψει σχετικά με τα εργασιακά επίπεδα ικανοποίησης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.<sup>343</sup>

Εξετάζοντας την εργασιακή ικανοποίηση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στις ευρωπαϊκές χώρες, ανέφερε ότι η Γερμανία και η Αγγλία είχαν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης (62,6% και 65,1%, αντίστοιχα).<sup>344</sup> Στην Ελβετία, οι ιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανέφεραν το υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης με τη «μέθοδο ελευθερίας εργασίας» και το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης για «ώρες εργασίας» και «εισόδημα». Επιπλέον, ορισμένες πτυχές της εργασιακής ικανοποίησης βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από τις γυναίκες γιατρούς από τους άνδρες γιατρούς, δίνοντας έμφαση στο ρόλο του φύλου.<sup>345, 346</sup> Σε μια μελέτη στη Λιθουανία, το 75,5% των γιατρών ΠΦΥ δήλωσαν ότι δεν θα συνιστούσαν στα παιδιά τους να επιλέξουν το επάγγελμα του γιατρού ΠΦΥ. Σημαντικοί παράγοντες δυσαρέσκειας ήταν οι χαμηλοί

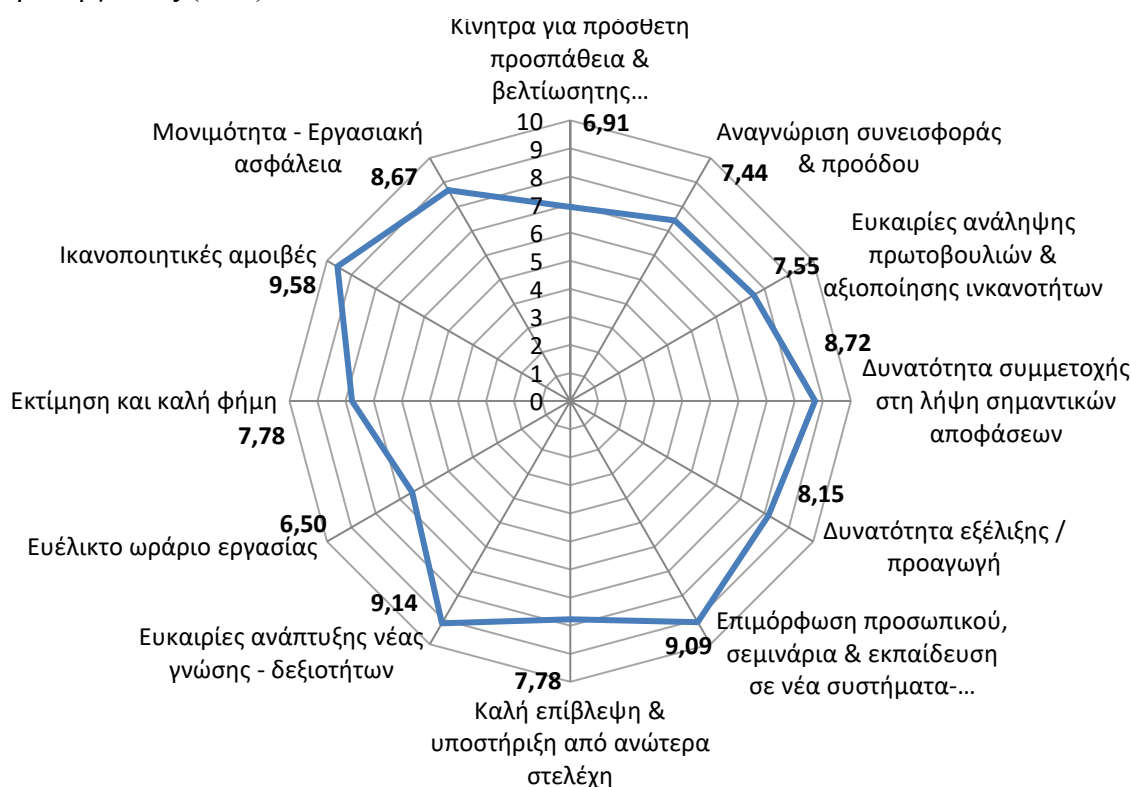


μισθοί, το άγχος στην εργασία και ο φόρτος εργασίας. Αντίθετα, η σχέση με τους συναδέλφους παρουσιάζεται ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες που συντελούν στην εργασιακή ικανοποίηση.<sup>347</sup> Στη Νορβηγία οι ιατροί αποδείχθηκαν οι πιο ικανοποιημένοι επαγγελματίες (91,9%) στην Ευρώπη. Ήταν πιο ικανοποιημένοι με την ικανότητα εφαρμογής των δεξιοτήτων τους, τη συνεργασία με τους συναδέλφους, την ποικιλία στην εργασία και την ελευθερία επιλογής του τρόπου εργασίας τους, ενώ ήταν πιο δυσαρεστημένοι με το επίσημο πρόγραμμα εργασίας.<sup>348</sup>

#### 4.8.13. Κίνητρα εργασίας ανά κατηγορία προσωπικού στα Κέντρα Υγείας

##### 4.8.13.1. Κίνητρα εργασίας Ιατρικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας

Το ιατρικό προσωπικό κατέταξε τους παράγοντες κινήτρων ως εξής: ικανοποιητικές αμοιβές (MT = 9,58), ευκαιρίες ανάπτυξης για νέες γνώσεις-δεξιότητες (9,14), εκπαίδευση και επιμόρφωση προσωπικού (9,09), δυνατότητα συμμετοχής στις αποφάσεις υποδοχής (8,72), μονιμότητα και ασφάλεια εργασίας (8,67), ευκαιρία για ανάπτυξη-προώθηση (8,15), εκτίμηση και καλή φήμη (7,78), καλή εποπτεία & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη (7,78), ευκαιρίες για πρωτοβουλίες & ανάπτυξη ικανοτήτων (7,55), αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου (7,44), κίνητρα για επιπλέον προσπάθεια & παραγωγικότητα (6,91) και ευέλικτο ωράριο εργασίας (6,50).



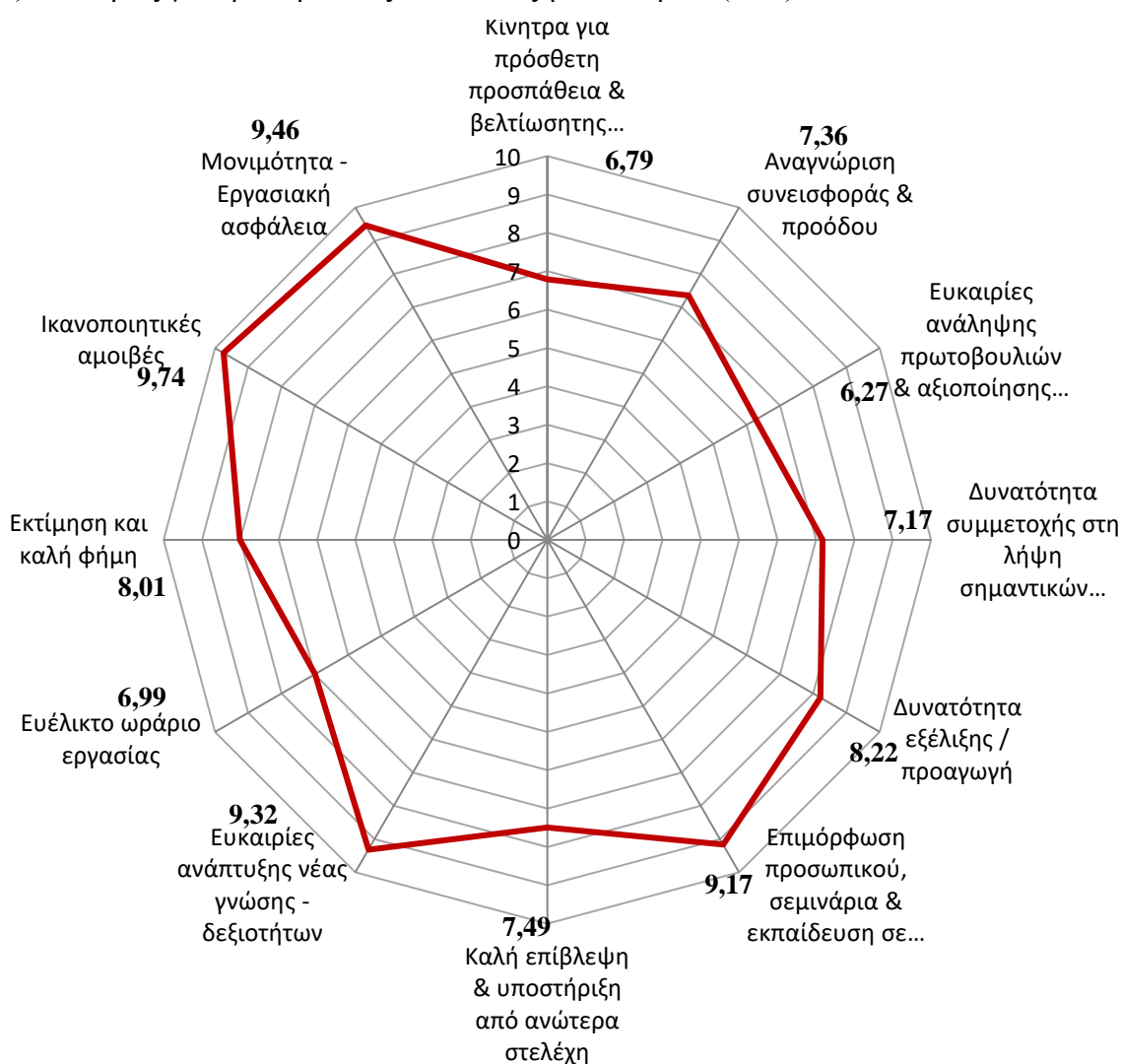
**Ιστόγραμμα 4.4.: Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Ιατρικού Προσωπικού στα Κέντρα Υγείας**





#### 4.8.13.2. Κίνητρα εργασίας Νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας

Οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο στοιχείο ανθρώπινου δυναμικού στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα στα Κέντρα Υγείας. Συνεπώς, φαίνεται να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης και στα αποτελέσματα των ασθενών. Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό, εντοπίζονται ως βασικοί κινητήριοι παράγοντες οι κάτωθι κατά σειρά: ικανοποιητικές αμοιβές (ΜΤ = 9,74), μονιμότητα και ασφάλεια εργασίας (9,46), ευκαιρίες για νέες γνώσεις-δεξιότητες (9,32), εκπαίδευση και επιμόρφωση προσωπικού (9,17), ευκαιρίες για ανάπτυξη-προαγωγή (8,22), εκτίμηση και καλή φήμη (8,01), καλή εποπτεία & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη (7,49), αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου (7,36), δυνατότητα συμμετοχής στις αποφάσεις υποδοχής (7,17), εύλεκτο ωράριο εργασίας (6,99), κίνητρα για επιπλέον προσπάθεια & παραγωγικότητα (6,79), ευκαιρίες για πρωτοβουλίες & ανάπτυξη ικανοτήτων (6,27).



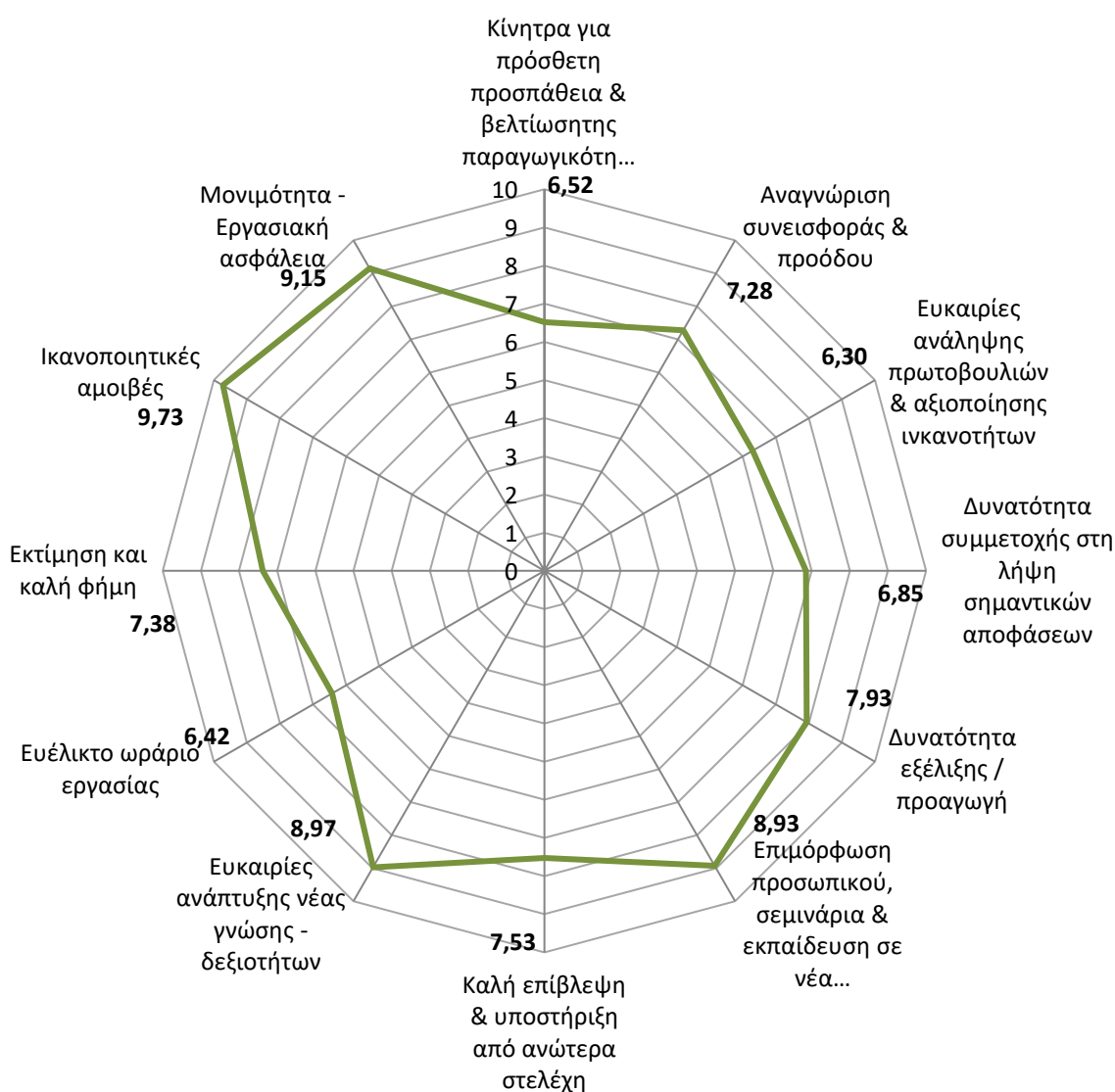
Ιστόγραμμα 4.5.: Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Κέντρα Υγείας





#### 4.8.13.3. Κίνητρα εργασίας λοιπού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του λοιπού προσωπικού του νοσοκομείου, όλοι οι παράγοντες συγκρίνονται με τους άλλους και οι αξίες τους παρουσιάζονται στα ακόλουθα σχήματα: οι μισθοί (MT = 9,73), η μονιμότητα-ασφάλεια (9,15), οι ευκαιρίες για νέες γνώσεις-δεξιότητες (8,97), η εκπαίδευση και επιμόρφωση προσωπικού (8,93), ευκαιρία για ανάπτυξη-προώθηση (7,93), καλή εποπτεία & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη (7,53), εκτίμηση και καλή φήμη (7,38), αναγνώριση συνεισφοράς και προόδου (7,28), δυνατότητα συμμετοχής στις αποφάσεις (6,85), κίνητρα για επιπλέον προσπάθεια & παραγωγικότητα (6,52), ευέλικτο ωράριο εργασίας (6,42), ευκαιρίες για πρωτοβουλίες και ανάπτυξη ικανοτήτων (6,30).

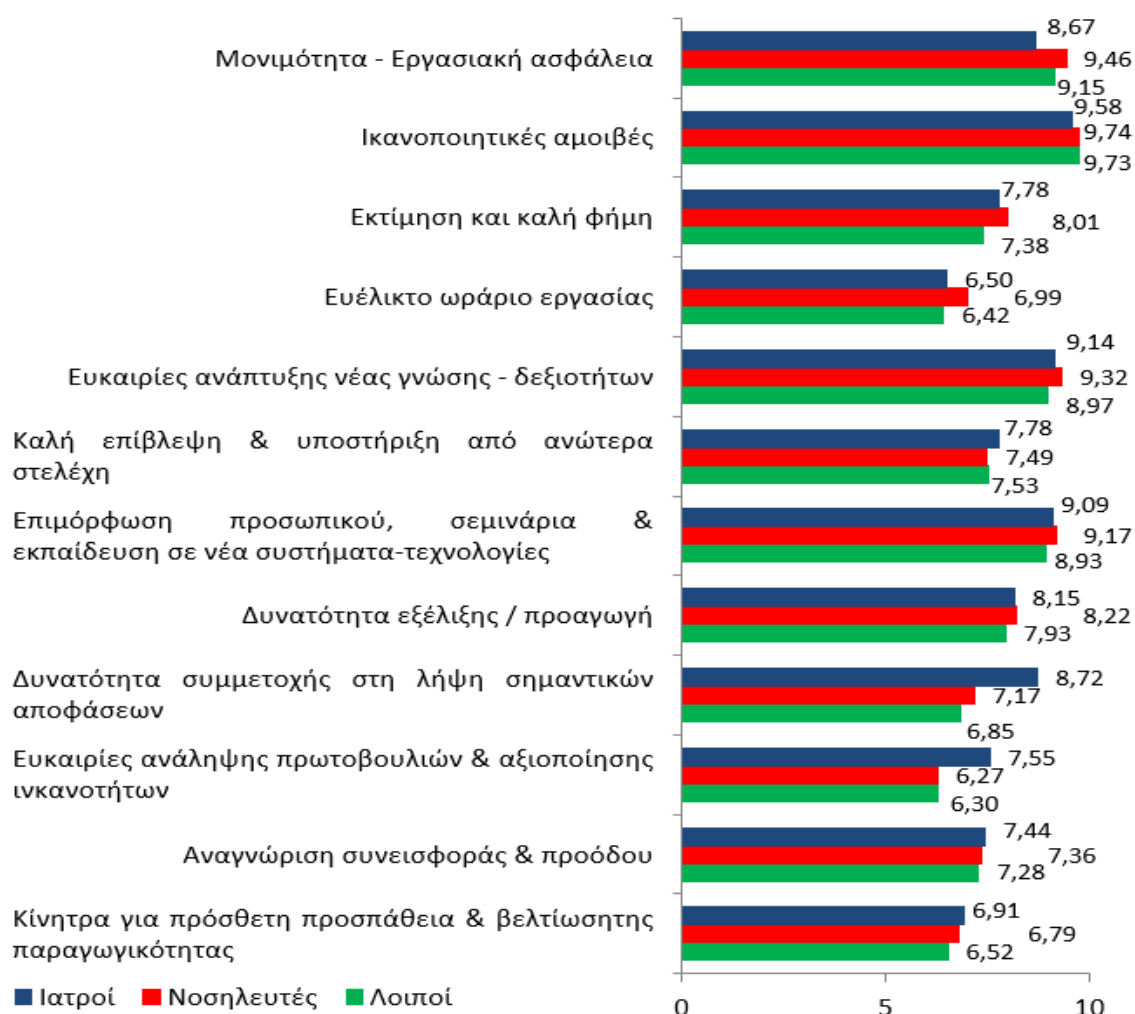


Ιστογράμμα 4.6.: Βασικά κίνητρα ικανοποίησης Λοιπού Προσωπικού στα Κέντρα Υγείας



#### 4.8.13.4. Σύγκριση κινήτρων μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού στα Κέντρα Υγείας

Οι τρεις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα αξιολόγησαν ότι το πιο σημαντικό κίνητρο πρόβλεψης για τους επαγγελματίες υγείας ήταν ο μισθός/αμοιβές (ΜΤ Συνόλου = 9,68). Οι ευκαιρίες για νέες γνώσεις και δεξιότητες αξιολογήθηκαν με 9,14, η μονιμότητα και η ασφάλεια εργασίας με 9,09, η επιμόρφωση προσωπικού με σεμινάρια και εκπαίδευση σε νέα συστήματα ή τεχνολογίες με 9,06, η δυνατότητα εξέλιξης / προαγωγής με 8,10, η εκτίμηση και καλή φήμη με 7,72, η καλή επίβλεψη και υποστήριξη από ανώτερα στελέχη με 7,60, η δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη σημαντικών αποφάσεων με 7,58, η αναγνώριση συνεισφοράς και προόδου με 7,36, τα κίνητρα για πρόσθετη προσπάθεια και βελτίωση της παραγωγικότητας με 6,74, οι ευκαιρίες ανάληψης πρωτοβουλιών & αξιοποίησης ικανοτήτων με 6,71 και το Ευέλικτο ωράριο εργασίας με 6,64 (βλέπε Πίνακα 4.46.).



Διάγραμμα 4.3.: Κατάταξη των κινήτρων παρακίνησης μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού στα Κέντρα Υγείας



Παρατηρείται ότι και στα Κέντρα Υγείας αποδίδεται διαφορετική σημασία από τις επιμέρους κατηγορίες προσωπικού, στα κίνητρα που τους υποκινούν. Έτσι, οι ιατροί πέρα από τις αμοιβές αποδίδουν πολύ μεγαλύτερη σημασία στη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη σημαντικών αποφάσεων, στις ευκαιρίες ανάληψης πρωτοβουλιών & αξιοποίησης ικανοτήτων, στην καλή επίβλεψη & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη, στην αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου, αλλά και στα κίνητρα για πρόσθετη προσπάθεια & βελτίωση παραγωγικότητας. Οι Νοσηλεύτριες πέρα από τις αμοιβές, αποδίδουν πολύ μεγαλύτερη σημασία σε σχέση με τις λοιπές κατηγορίες προσωπικού στην επιμόρφωση, τα σεμινάρια και την εκπαίδευση σε νέα συστήματα ή τεχνολογίες, στη δυνατότητα εξέλιξης / προαγωγής, στη μονιμότητα και ασφάλεια εργασίας στις ευκαιρίες για νέες γνώσεις-δεξιότητες και στο ευέλικτο ωράριο εργασίας (βλέπε Διάγραμμα 4.3.).

#### 4.9. Συγκριτικός πίνακας κινήτρων παρακίνησης στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας

Στον κάτωθι Πίνακα 4.46. παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι Μέσες Τιμές ανά κατηγορία προσωπικού αλλά και ο Μέσος Όρος σύμφωνα με τον οποίο αξιολόγησαν οι επαγγελματίες υγείας τα κίνητρα παρακίνησης στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

**Πίνακας 4.46.: Συγκριτικός πίνακας κινήτρων επαγγελματιών υγείας στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας**

	<u>Νοσοκομεία</u>				<u>Κέντρα Υγείας</u>			
	Ιατροί	Νοσηλεύτριες	Λοιπό Προσωπικό	Μέσος Όρος	Ιατροί	Νοσηλεύτριες	Λοιπό Προσωπικό	Μέσος Όρος
Μονιμότητα και ασφάλεια εργασίας	8,50	8,97	9,00	8,82	8,67	9,46	9,15	9,09
Ικανοποιητικές αμοιβές	9,28	9,36	9,23	9,29	9,58	9,74	9,73	9,68
Εκτίμηση και καλή φήμη	7,74	8,03	7,91	7,89	7,78	8,01	7,38	7,72
Ευέλικτο ωράριο εργασίας	6,61	7,35	6,70	6,89	6,50	6,99	6,42	6,64
Ευκαιρίες για νέες γνώσεις-δεξιότητες	9,08	8,95	8,53	8,85	9,14	9,32	8,97	9,14
Καλή επίβλεψη & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη	7,83	7,70	7,81	7,78	7,78	7,49	7,53	7,60
Επιμόρφωση προσωπικού, σεμινάρια & εκπαίδευση σε νέα συστήματα-τεχνολογίες	9,09	8,96	8,58	8,88	9,09	9,17	8,93	9,06
Δυνατότητα εξέλιξης / προαγωγής	8,09	8,09	7,57	7,92	8,15	8,22	7,93	8,10
Δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη σημαντικών αποφάσεων	8,59	7,94	7,20	7,91	8,72	7,17	6,85	7,58
Ευκαιρίες ανάληψης πρωτοβουλιών & αξιοποίησης ικανοτήτων	7,97	7,42	7,22	7,54	7,55	6,27	6,30	6,71
Αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου	7,50	7,64	7,59	7,58	7,44	7,36	7,28	7,36
Κίνητρα για πρόσθετη προσπάθεια & βελτίωση παραγωγικότητας	6,88	6,98	6,96	6,94	6,91	6,79	6,52	6,74



## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

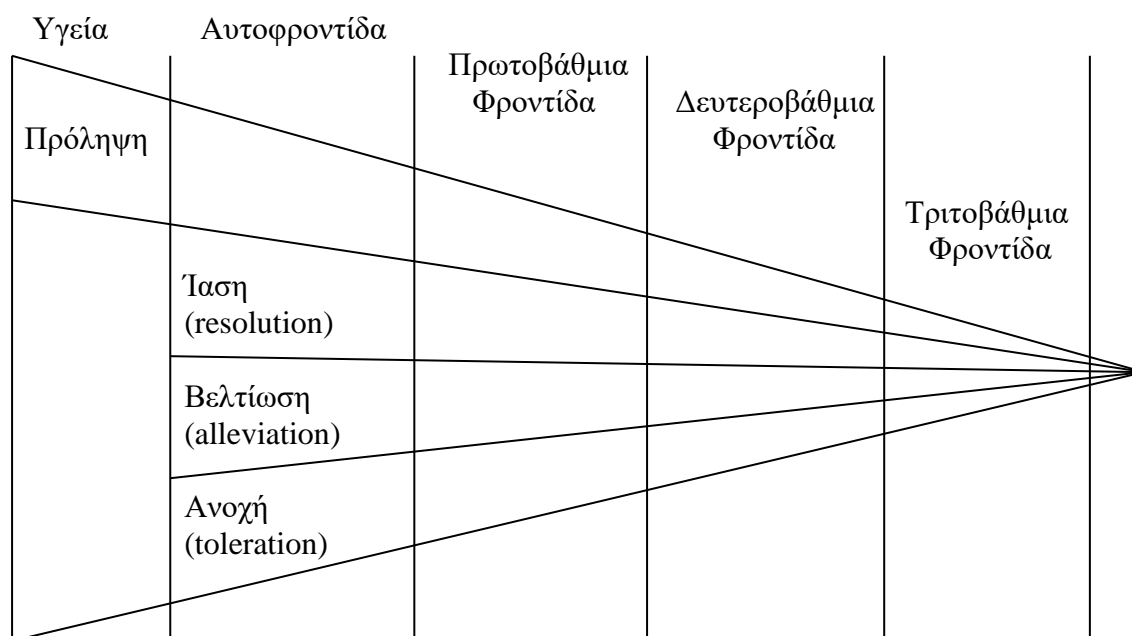
# **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΑ 5<sup>ο</sup> – 7<sup>ο</sup>**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 5.1. Οργανωτική Δομή των Συστημάτων Υγείας

Ένα σύστημα υγείας συγκροτείται από ένα σύνολο πόρων, οργάνωσης και διαχείρισης που χρησιμοποιούνται για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Τα περισσότερα συστήματα υγείας αναπτύσσονται με βάση δύο κύριες μορφές περίθαλψης και τέσσερα επίπεδα οργάνωσης. Όσον αφορά τις μορφές περίθαλψης, γίνεται διάκριση μεταξύ: α) της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία περιλαμβάνει όλες τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και β) της ενδονοσοκομειακής ή κλειστής περίθαλψης, η οποία περιλαμβάνει τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια επίπεδα περίθαλψης, δηλαδή τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Υπάρχουν τέσσερα επίπεδα περίθαλψης: 1) η αυτοφροντίδα, που αποτελεί την παροχή υπηρεσιών υγείας που περιορίζεται σε οικογενειακό επίπεδο, 2) η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), όπου κάθε πολίτης έχει την πρώτη επαφή του με το σύστημα υγείας, 3) η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, που επικεντρώνεται σε βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και 4) η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μέσω της οποίας γίνεται η διαχείριση δύσκολων προβλημάτων υγείας.



**Διάγραμμα 5.1. Η πυραμίδα της φροντίδας υγείας**

Προσαρμοσμένο από RCGP (The Nature of General Medical Practice-Report from General Practice London. RCGP 1996 p. 27)

Η τετραβάθμια οργανωτική δομή της περίθαλψης έχει αναπτυχθεί σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες και αντικατοπτρίζει την τρέχουσα δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας. Τα επίπεδα φροντίδας στην υγεία αποτυπώνονται με τη μορφή πυραμίδας στο Διάγραμμα 5.1., όπου η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συναντάται στη βάση της



πυραμίδας, η δευτεροβάθμια φροντίδα παρουσιάζεται στο δεύτερο επίπεδο, ενώ την κορυφή καταλαμβάνει η τριτοβάθμια φροντίδα.<sup>349</sup>

### **5.1.1. Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη του σχεδίου οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην ανάπτυξη του στα τρία βασικά επίπεδα φροντίδας, που επεκτείνεται σε περιφέρειες στηριζόμενο στην αναλογική σύνθεση του πληθυσμού. Αυτή είναι η πιο κοινή οργανωτική δομή του συστήματος υγείας, η οποία έχει εγκριθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως η καταλληλότερη δομή για την επίτευξη των καλύτερων υγειονομικών και οικονομικών αποτελεσμάτων. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης βρίσκεται στην κορυφή της διοικητικής πυραμίδας και έχει εκτελεστικό ρόλο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), με πρωταρχική ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων σε σχέση με την κατανομή των πόρων υγείας, διαμορφώνοντας την πολιτική υγείας και καθορίζοντας τα επίπεδα χρηματοδότησης. Είναι επίσης υπεύθυνο για την πρόσληψη και την εποπτεία των επαγγελματιών που εργάζονται στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Ο υπουργός έχει την εξουσία να προτείνει αλλαγές στη θεσμική δομή, ενώ ταυτόχρονα έχει την ευθύνη για την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων. Αυτή η υπερσυγκέντρωση αρμοδιοτήτων, είχε ως επακόλουθο στην πραγματικότητα το Υπουργείο Υγείας ουσιαστικά να απέχει από τον επιτελικό του ρόλο, ως συνέπεια το 2011 συστάθηκαν οι υγειονομικές περιφέρειες με κύριο σκοπό να μεταβιβαστούν κάποιες αρμοδιότητες.<sup>350</sup>

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό μοντέλο, διότι η παροχή υπηρεσιών υγείας υλοποιείται από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας καλύπτεται κατά το πρότυπο Beveridge μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ η ζήτηση λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck και προκαλείται μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού τομέα. Παρόλο που το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από φόρους και την κοινωνική ασφάλιση, υπάρχει ένας συνεχής διαχωρισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται μια ομαλή συστηματική παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της προαγωγής της υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο.<sup>351, 352</sup> Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, έχει ήδη αναπτύξει 125 νοσοκομεία, 201 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και 1.487 Περιφερειακά Ιατρεία σε αγροτικές περιοχές. Επιπλέον, στις αστικές περιοχές, περίπου 200 πρώην πολυιατρεία του ΙΚΑ και 127 αγροτικές μονάδες υγείας έχουν ενταχθεί στο ΕΣΥ που από κοινού με τα κέντρα υγείας αποτελούν το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο



Υγείας (ΠΕΔΥ). Η παραπάνω διάρθρωση θεωρείται μεν σχετικά επαρκής για τη Νοσοκομειακή Περίθαλψη, φαίνεται ωστόσο ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνεχίζει να υπολειτουργεί, αφού και η πιο πρόσφατη παρέμβαση των Τ.Ο.Μ.Υ, εφαρμόστηκε εν μέρει και με συνέπεια να καλύπτεται ένα μικρό μέρος του αστικού πληθυσμού.

### **5.1.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)**

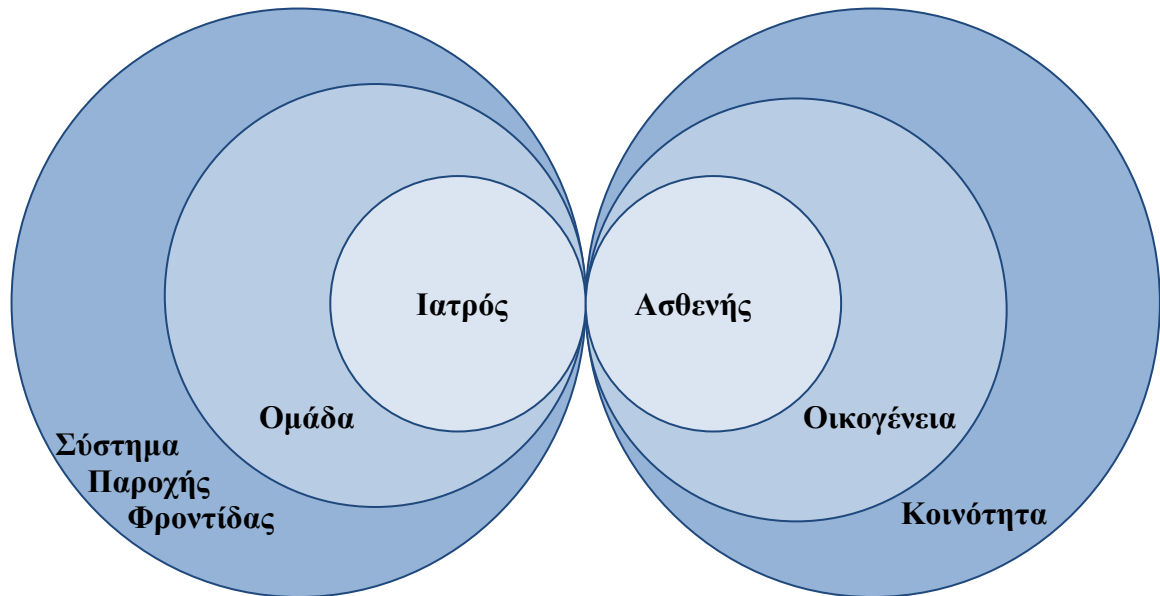
Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), συγκροτεί το πρώτο επίπεδο επαφής μεταξύ ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων με το εθνικό σύστημα υγείας για τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών που δεν απαιτούν νοσηλεία. Ως τέτοια, αποτελεί την ουσιαστική φροντίδα υγείας και συναρτάται από κοινωνικά και επιστημονικά αποδεκτές πρακτικές και μεθόδους, αλλά και τεχνολογίες προσπελάσιμες για όλους με την συμμετοχή όλων. Ως προς τις αρχές που ακολουθούνται, βασίζεται επίσης στην παγκόσμια κατανόηση ότι η διατήρηση και η αναβάθμιση του επιπέδου υγείας είναι δυνατόν να επιτευχθεί μέσω της ΠΦΥ, ιδίως μέσω αποκεντρωμένων υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας και της ενεργού συμμετοχής των κοινοτήτων και των πολιτών στις αποφάσεις που επιδρούν στην υγεία τους.

Ενδείκνυται τα κράτη ακόμη και οι κοινότητες, να καλύπτουν κάθε οικονομική κάλυψη από τα όποια στάδια ανάπτυξης, στα πλαίσια ενός πνεύματος ευθύνης και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι κάθε υγειονομικού συστήματος μιας χώρας και πάντοτε εκλαμβάνεται ως βασικός μοχλός και επίκεντρο της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας κοινότητας. Φέρνοντας το σύστημα υγείας εγγύτερα εκεί που ζουν και εργάζονται οι πολίτες, λειτουργεί ως φίλτρο που ελέγχει τη προσβασιμότητα στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ΠΦΥ έχει την ευθύνη παροχής υπηρεσιών υγείας αδιάκοπα και υπεύθυνα σε ένα συνεχές φάσμα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους κατοίκους σύμφωνα με τις πραγματικές τους ανάγκες και σε συνεργασία με την τοπική κοινότητα, προωθώντας έτσι την κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη. Οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι ηλικιωμένοι, οι πρόσφυγες, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι οικονομικά μειονεκτούντες και οι φτωχοί, καθώς και τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, αναμένεται να λαμβάνουν φροντίδα και υποστήριξη πέραν της διάγνωσης και της ιατρικής περίθαλψης. Έτσι, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αλληλεπίδρασή της μεταξύ ιατρών και ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντικός και πρέπει να ληφθεί υπόψη, καθώς η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει αδιαφοροποίητα και κοινά προβλήματα υγείας, τα οποία αποτελούν την πλειονότητα των αναγκών υγειονομικής





περίθαλψης ενός πληθυσμού. Στο Διάγραμμα 5.2., στην πλευρά του ασθενούς παρουσιάζονται η οικογένεια και η κοινότητα που στην ουσία συνιστούν το πλαίσιο μέσα από το οποίο υφίσταται κατανόηση και υποστήριξη προς τον ασθενή. Στην άλλη πλευρά, αυτή της παροχής φροντίδας, διατελούν η ομάδα και το σύστημα παροχής φροντίδας που προσφέρουν τα μέσα για τη αναβάθμιση της παρεχόμενης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.



**Διάγραμμα 5.2.: Αλληλεξάρτηση των συστατικών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.** Προσαρμοσμένο από The Institute of Medicine (IOM).

Πέραν των προαναφερθέντων, η ΠΦΥ επωμίζεται θέματα υπηρεσιών διάγνωσης, πρόληψης της αρρώστιας, προαγωγής της υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού, φροντίδας στο σπίτι, υγιεινής διατροφής, εμβολιασμού, πληροφόρησης των πολιτών για τα μεταδιδόμενα νοσήματα, την αποκατάσταση, την επανένταξη και θεραπεία, για τα οποία οι πολίτες δεν είναι ανάγκη να περιθαλφθούν σε νοσοκομείο. Πρέπει επίσης, να έχει ολιστική εστίαση στον άνθρωπο, με ενδιαφέρον της υπηρεσίας για την αναβάθμιση της υγείας και την αποσόβηση των ασθενειών, ενισχύοντας τη συνέχιση των σχέσεων με τους ασθενείς και το περιβάλλον τους<sup>353</sup>. Βασικό χαρακτηριστικό της ΠΦΥ, είναι οι ομάδες υγείας που πρέπει να αναπτύσσονται σε σαφώς καθορισμένες περιοχές ευθύνης. Οι ομάδες υγείας είναι αυτές που σχεδιάζουν τις δραστηριότητές τους προσδιορίζοντας τα τοπικά χαρακτηριστικά και αξιολογώντας τις ανάγκες να παρέχουν υπηρεσίες σύμφωνα με τις ουσιαστικές ανάγκες των πολιτών και να τεκμηριώνουν και να αξιολογούν τις δραστηριότητές τους σε βάθος χρόνου. Κατά την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων τους, οι ομάδες υγείας πρέπει να εργάζονται με σκοπό την ευαισθητοποίηση του τοπικού πληθυσμού αλληλένδετα με τη φιλοσοφία και τις αρχές της ΠΦΥ. Η ΠΦΥ στη χώρα μας παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), τα



πολυιατρεία του ΠΕΔΥ, τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τις μονάδες ημερήσιας νοσηλείας και τους ιδιώτες γιατρούς. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει την οδοντιατρική και την πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη.<sup>354-356</sup>

### 5.1.3. Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια φροντίδα αναφέρεται στην περίθαλψη των ασθενών στα νοσοκομεία. Το νοσοκομείο απαρτίζει το θεμελιώδες υποσύστημα παροχής υπηρεσιών, αφού πρόκειται για έναν ιατροκοινωνικό φορέα που ως στοιχειώδη επιδίωξη του έχει τη διασφάλιση της υγείας μέσω της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους που απευθύνονται στο νοσοκομείο. Κάθε νοσοκομείο στοχεύει κυρίως στην παροχή υπηρεσιών δευτεροβάθμιας έως τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και σε ορισμένες περιπτώσεις στην κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Στόχος τους είναι επίσης, η διατήρηση και προαγωγή της υγείας μέσω της προληπτικής ιατρικής και η βελτίωση της ιατρικής επιστήμης μέσω της ιατρικής έρευνας και της κατάρτισης του προσωπικού. Το Υπουργείο Υγείας εποπτεύει τη λειτουργική και οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν βάση των διατάξεων του καταστατικού τους. Η έγκριση ή τροποποίησή των καταστατικών τους γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Κυβέρνησης, Οικονομικών και Προεδρίας του Υπουργείου Υγείας, μετά από εισήγηση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία βρίσκεται το νοσοκομείο, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου καθορίζονται η νομική του μορφή, η επωνυμία και η έδρα του, ο συνολικός αριθμός των κλινών και η κατανομή τους στα τμήματα, τα τμήματα και οι κλάδοι της υγειονομικής υπηρεσίας, η διάρθρωση και οι αρμοδιότητες της νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας, οι κλάδοι του προσωπικού του νοσοκομείου, οι θέσεις κατά τμήμα και κατηγορία και η μοριοδότηση των θέσεων.<sup>357</sup> Τα νοσοκομεία διακρίνονται α) κατά τύπο και περιοχή σε πανεπιστημιακά, περιφερειακά, επαρχιακά και τοπικά, β) κατά τα περιστατικά που φιλοξενούν σε γενικά και ειδικά, γ) κατά τις εγκαταστάσεις και τη νομική τους μορφή σε ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ, δ) κατά τη δύναμη και το μέγεθός τους σε μεγάλα (300+ κλίνες) και μικρά (30-300 κλίνες). Τα γενικά νοσοκομεία, αναπτύσσουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε πολλαπλές ειδικότητες, Τα γενικά νοσοκομεία έχουν τμήμα κύριου νοσοκομείου πολλαπλών ειδικοτήτων, τα ειδικά νοσοκομεία έχουν τμήμα κύριου νοσοκομείου μίας ειδικότητας, τα νομαρχιακά νοσοκομεία είναι γενικά νοσοκομεία που λειτουργούν σε κάθε νομό για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, χωρίς να περιορίζονται στο νομό. Σύμφωνα με το



νόμο του ΕΣΥ, κάθε νοσοκομείο διακρίνεται σε τέσσερις βασικούς τομείς: α) τον ιατρικό, β) το νοσηλευτικό, γ) το διοικητικό και δ) τον τεχνικό-ξενοδοχειακό.<sup>358</sup>

#### **5.1.4. Τριτοβάθμια Περίθαλψη**

Η Τριτοβάθμια Περίθαλψη ασχολείται με ιατρικά προβλήματα που προϋποθέτουν ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο προσφοράς γνώσεων και δεξιοτήτων, αλλά και πληρότητα σε πάγιο εξοπλισμό. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται επίσης από περιφερειακά νοσοκομεία με δυναμικότητα άνω των 400 κλινών. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται και νοσοκομεία με πανεπιστημιακές κλινικές, που συγχρόνως έχουν την επιμέλεια της εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Εισέτι, δεν υπάρχουν διοικητικά ή οργανωτικά εμπόδια για την πρόσβαση των πολιτών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και, παρά τη σημαντική επέκταση του δημόσιου τομέα, εξακολουθεί να υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών, ιδίως στα μεγάλα ολοκληρωμένα νοσοκομεία. Τέλος, οι πολιτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης και άλλες μορφές εναλλακτικών λύσεων στη νοσοκομειακή περίθαλψη (όπως η κατ' οίκον φροντίδα και η ημερήσια φροντίδα) δεν φαίνεται να είναι επαρκώς ανεπτυγμένες.

#### **5.1.5. Ο ρόλος των Υγειονομικών Περιφερειών στην Ελλάδα**

Ο νόμος 3329/2005 και οι μεταγενέστερες τροποποιήσεις αποτελούν τη βάση για τη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ και, κατ' επέκταση, των πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου τα ΠΕΣΥΠ αντικαθίστανται από ΝΠΔΔ με την ονομασία Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ), αλλά η νομική φύση και ο αριθμός τους παραμένουν αμετάβλητα. Επιπλέον, η νομική φύση των νοσοκομείων του ΕΣΥ έχει επίσης μεταβληθεί από αποκεντρωμένη μονάδα σε κάθε ΠΕΣΥΠ, σε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με δικές του εγκαταστάσεις, περιουσία και προϋπολογισμό, αλλά εξακολουθεί να τελεί υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του διοικητή της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας. Ο κύριος λόγος για την αλλαγή αυτή ήταν ότι τα ΠΕΣΥΠ διαπιστώθηκε ότι ήταν δαπανηρά και δυσλειτουργικά, καθώς στερούνταν νοσοκομειακής και νομικής προσωπικότητας σύμφωνα με τις διατάξεις του παλαιού νόμου, γεγονός που τους στερούσε την πρωτοβουλία και αυτενέργεια.



Ο κύριος στόχος της ΔΥΠΕ ορίζεται ως «ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ)». Στους ΦΠΥΥΚΑ περιλαμβάνονται τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης, αλλά και τα ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ του δημόσιου τομέα, που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης και διατελούν υπό την εποπτεία του ΥΥΚΑ. Ο ρόλος της ΔΥΠΕ συμπληρώνεται με την υποβολή συστάσεων, μέτρων και προτάσεων στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τη διαχείριση της εφαρμογής των πολιτικών που καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τη διαχείριση των υγειονομικών μονάδων υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.<sup>359</sup>

## **5.2. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας είναι απρόβλεπτος, δυναμικός, διφορούμενος και εντελώς αβέβαιος, γι' αυτό και τα ζητήματα ποιότητας έχουν καταστεί βασική πρόκληση, που με τη σειρά τους αυτά έχουν μετατραπεί σε βασικό πρόβλημα όσον αφορά την επίτευξη της βέλτιστης απόδοσης. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών που μπορούν να εξασφαλίσουν αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στο πλαίσιο και τις δυνατότητες της σύγχρονης ιατρικής, και θα πρέπει να στοχεύουν στην επίτευξη των μέγιστων δυνατών αποτελεσμάτων με τον ελάχιστο ιατρικό κίνδυνο, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να μεγιστοποιούν την ικανοποίηση των ασθενών σε ότι αφορά τις διαδικασίες, την ανθρώπινη επαφή και τα αποτελέσματα. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ενδείκνυται να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών και να στοχεύουν στη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας τους, όχι μόνο στην αρχή ή πριν από την εμφάνιση της ασθένειας, αλλά και μετά. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να αποτελεί αναμφισβήτητο δικαίωμα όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Και αυτό διότι όλοι έχουν δικαίωμα στην ασφαλή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς.

Αν και η υγεία είναι αναμφισβήτητα το πιο σημαντικό και απαραίτητο αγαθό στη σύγχρονη κοινωνία, η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολο να οριστεί και να μετρηθεί. Πρόκειται για μια αφηρημένη έννοια, η οποία χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά και άυλα χαρακτηριστικά που καθιστούν δύσκολη την ερμηνεία και την εξήγησή της.<sup>360</sup> Η



διασφάλιση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης απασχολεί όλο και περισσότερο τους επιστήμονες, τους επαγγελματίες υγείας, τους διαχειριστές των υπηρεσιών υγείας και τις εθνικές κυβερνήσεις. Επιπλέον, η αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης και του βιοτικού επιπέδου τις τελευταίες δεκαετίες, σε συνδυασμό με την επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, έχουν συμβάλει στη διεκδίκηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ως βασικής ανθρώπινης ανάγκης και δικαιώματος. Πολλοί άνθρωποι τείνουν να πιστεύουν ότι η ποιότητα ορίζεται από την απουσία συμπτωμάτων, οπότε η ποιότητα προσεγγίζεται με έναν αρνητικό ορισμό. Έτσι, η ποιότητα ορίζεται σε σχέση με την απουσία ή τη μη ύπαρξη συμπτωμάτων και τίθεται το ερώτημα: ποιος ορίζει τι είναι σύμπτωμα;

Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι κύριοι στόχοι των οργανισμών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η εκπαίδευση και η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία και ότι ο κύριος στόχος στην υγειονομική περίθαλψη είναι το «μηδενικό ελάττωμα», το οποίο επιτυγχάνεται με την παροχή ακριβώς αυτού που επιθυμεί και χρειάζεται ο ασθενής. Στόχος είναι η εξάλειψη των αποκλίσεων, των ανωμαλιών και των παραλείψεων, δηλαδή η εξάλειψη των «κακών» πρακτικών και η προώθηση των «καλών». Επιπλέον, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ειδική μορφή προσωπικής υπηρεσίας, ο αποδέκτης της οποίας προσμένει πολύ περισσότερα από άλλες προσωπικές υπηρεσίες. Εκτός από την προσβασιμότητα, την ετοιμότητα, την επάρκεια και την αξιοπιστία της παροχής, υπάρχουν πρόσθετοι παράγοντες, όπως η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, ο άπογος επαγγελματισμός, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, η ανάπτυξη της υψηλής τεχνολογίας και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενούς, οι οποίοι έχουν καταστεί διακριτές αξίες και ως εκ τούτου επείγουσες προτεραιότητες τις τελευταίες δεκαετίες. Σε αντίθεση με τους ιδιωτικούς οργανισμούς, οι οποίοι επιδιώκουν μόνο το κέρδος, οι δημόσιοι οργανισμοί υγείας είναι συχνά αναγκασμένοι να επιδιώκουν και να επιτυγχάνουν πολλαπλούς αλλά αντικρουόμενους στόχους. Κατά συνέπεια, οι οργανισμοί δημόσιας υγείας ακολουθούν κοινωνικές πολιτικές. Κύριοι στόχοι τους είναι η επίτευξη ίσων ευκαιριών στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, η κοινωνική δικαιοσύνη για όλους, η παροχή προσβάσιμων υπηρεσιών και η καθολική κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού. Κατά συνέπεια, τόσο η οργάνωση όσο και η διαχείριση των υπηρεσιών υγείας είναι πολύπλευρη και πολυδιάστατη. Πιστεύεται επίσης ότι η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να επιτευχθεί εάν η οργανωτική συμπεριφορά και οι διαδικασίες προσαρμόζονται όλο και πιο



πολύ στις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών και του προσωπικού στην υγειονομικής περίθαλψης.

Οι επαγγελματίες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν υπηρεσίες με ανομοιογένεια, λόγω παρεμβατικών παραγόντων που διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση, όπως οι ατομικές δεξιότητες, η εμπειρία, η εκπαίδευση, η κατάρτιση και η προσωπικότητα τους. Η υιοθέτηση στρατηγικών πρόσληψης που βασίζονται σε υψηλό επίπεδο επαγγελματικής ικανότητας, προθυμίας για βοήθεια, αξιοπρέπειας και υψηλού επιπέδου ενσυναίσθησης αποτελεί επομένως σημαντικό και απαραίτητο στοιχείο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Εκεί που κάποτε οι κυβερνήσεις πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας ήταν αρκετή, οι ασθενείς απαιτούν πλέον επικοινωνία, ευγένεια, κατανόηση, διαφορετικότητα και άνεση. Η υγειονομική περίθαλψη δεν περιορίζεται πλέον στη θεραπεία των ασθενειών, αλλά έχει αποκτήσει νέα αντικείμενα και σκοπούς. Έτσι, όταν οι προσδοκίες και οι ανάγκες των ασθενών υπερβαίνουν τις υπάρχουσες υπηρεσίες, οι αρμονικές σχέσεις και οι τακτικές έρευνες (π.χ. έρευνες ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας) βοηθούν αποτελεσματικά τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των ασθενών. Προφανώς, η έννοια της ποιότητας έχει πολύ διαφορετικές αποχρώσεις για τα διάφορα ενδιαφερόμενα μέρη (ασθενείς και πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης).<sup>361</sup>

Από τα παραπάνω, είναι σαφές ότι η ποιότητα στον ιατρικό τομέα ως έννοια έχει μια ιδιαίτερη διάσταση, περισσότερο σύνθετη και πολύπλευρη από ό,τι αλλού. Για το λόγο αυτό, οι ορισμοί της ποιότητας σε ελληνικά και ξένα συγγράμματα είναι πολλοί και έχουν επανειλημμένα αμφισβητηθεί. Το 1931, ο Walter Shephart ασχολήθηκε για πρώτη φορά με τον όρο ποιότητα, αναφέροντας ότι «ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν». Στη συνέχεια ο Juran (1964, 1968) όρισε την ποιότητα ως «τη καταλληλότητα για χρήση» και «τη συμμόρφωση με τις προδιαγραφές», ενώ το 1979 ο Crosby την όρισε ως «τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις». Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι είναι δύσκολη η διατύπωση ενός ενιαίου ορισμού της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, δεδομένης της πολύπλοκης φύσης της υγειονομικής περίθαλψης, της διεπιστημονικής φύσης των εμπλεκομένων στην παροχή υπηρεσιών και των διαφορετικών ηθικών προβληματισμών που υπεισέρχονται.<sup>362, 363</sup>



Ο Donabedian (1988), καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, έδωσε έναν από τους πιο κλασικούς ορισμούς της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, θεωρώντας την ποιότητα ως τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών, έχοντας υπόψη τόσο τις ωφέλειες, όσο και τις βλάβες που προκύπτουν από την παροχή υπηρεσιών υγείας και τις επιμέρους πτυχές της. Εστιάζοντας σε ένα μοντέλο «δομής-διαδικασίας-έκβασης» ως αφετηρία για την εκτίμηση της ποιότητας στην υγεία, θεώρησε ότι απαρτίζει την καλύτερη απόκριση στις ανάγκες που έχει ο ασθενής, συνυπολογίζοντας πάντοτε τη θεραπεία, την αποκατάσταση της υγείας του, την αποτελεσματικότητα και το κόστος φροντίδας.<sup>364</sup> Το 1998, οι Schuster et al. προσδιόρισαν την κακή ποιότητα ως: α) την υπερβολική φροντίδα, δηλαδή την παροχή περιττών εξετάσεων και φαρμάκων με κινδύνους και παρενέργειες, β) την ανεπαρκή φροντίδα, όπως τη μη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων ή χειρουργικών επεμβάσεων, γ) την ακατάλληλη φροντίδα, για την άρνηση συνταγογράφησης φαρμάκων.<sup>365</sup>

### **5.2.1. Βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας στο χώρο της υγείας**

Έχοντας υπόψη στο σύνολο τους τις παρεχόμενες υπηρεσίες, οι υπηρεσίες υγείας συνθέτουν μια ιδιάζουσα μορφή παροχής υπηρεσιών μη συναρτώμενες αποκλειστικά από την προσφορά και τη ζήτηση, αφού ο ασθενής-χρήστης υπηρεσιών δεν είναι δυνατόν να γνωρίζει τις υπηρεσίες υγείας που έχει ανάγκη, προσμένει όμως το μέγιστο αποτέλεσμα από αυτές. Επίσης, οι υπηρεσίες υγείας διαφοροποιούνται από τις λοιπές υπηρεσίες των κλάδων μιας οικονομίας αφού έχουν μοναδικά γνωρίσματα και ιδιαιτερότητες, τα οποία άπτονται της φύσεως της ζήτησης, της αναμενόμενης συμπεριφοράς των παρόχων-εξυπηρετητών της ιατρικής φροντίδας, τις συνθήκες προσφοράς, της αβεβαιότητας ως προς το προϊόν και τις πρακτικές τιμολόγησης, πιο συγκεκριμένα:<sup>366</sup>

- η φύση της ζήτησης, πρόκειται στην πραγματικότητα για μια ιδιαίτερα ευμετάβλητη ζήτηση που εκφράζεται από τους ασθενείς για ιατρικές υπηρεσίες και για διαφορετικές περιπτώσεις ασθένειας ή νόσους. Η ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών, είναι αδύνατον να ρυθμιστεί, ενώ ενδέχεται να εκφραστεί ζήτηση σε απρόβλεπτες περιοχές, περιβάλλοντα και άγνωστες συνθήκες. Επομένως, ο αστάθμιστος παράγοντας της ζήτησης μπορεί να ικανοποιηθεί μόνο μέσω ενός κατάλληλου σχεδιασμού και προγραμματισμού προληπτικών υπηρεσιών στην υγεία. Πρόσθετα, το προκύπτον κόστος μίας ασθένειας δεν προκύπτει μόνο από το καταβαλλόμενο ποσό για την παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία, αλλά πρόσθετα από το κόστος στις λειτουργίες του ασθενή και πώς





αυτός έχει πληγεί ως προς τη φυσιολογία του. Τελικά, η ζήτηση είναι απόλυτα συνδεδεμένη με τη λέξη ιδιαιτερότητα ως προς τον χαρακτηρισμό των υπηρεσιών υγείας.

- η αναμενόμενη συμπεριφορά των παρόχων-εξυπηρετητών ιατρικής φροντίδας, που είναι αδύνατον να συγκριθεί με αυτή των λοιπών παρόχων στους κλάδους υπηρεσιών. Έτσι, η συμπεριφορά ενός ιατρού δεν μπορεί να συγκριθεί με την τυπική συμπεριφορά ενός επιχειρηματία που μόνο στόχο του έχει την επίτευξη του κέρδους. Η συμπεριφορά ενός ιατρού, νοσηλευτή ή γενικότερα ενός επαγγελματία υπηρεσιών υγείας, ενέχει ηθικούς περιορισμούς ως προς τον τρόπο δραστηριοποίησης τους, αφού σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει κίνδυνος για την εξέλιξη της υγείας του ανθρώπου, από την οποία αρχικά δεν επιδιώκεται κέρδος και δευτερευόντως ο ασθενής δείχνει εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες προ της ανάλωσής τους.
- η αβεβαιότητα για το αγαθό ή την υπηρεσία, η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών είναι σημαντικότερη σε σύγκριση με όποια άλλα αγαθά ή υπηρεσίες, για παράδειγμα η ανάκτηση από μία νόσο δεν είναι προβλέψιμη, ούτε οι επιπτώσεις αυτής. Συνεπώς, το ποσοστό αβεβαιότητας που εδράζεται μεταξύ ωφελιμότητας και ιατρικής περίθαλψης σε σχέση με τις εκάστοτε επιδράσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Επιπλέον, η σχέση ιατρού-ασθενή, χαρακτηρίζεται παρομοίως από αβεβαιότητα και ανασφάλεια αφού οι γνώσεις ιατρικής είναι ιδιαίτερα περίπλοκες με επακόλουθο η παρεχόμενη ενημέρωση από τον ιατρό σε σχέση με τις υπάρχουσες δυνατότητες και τα αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει μια θεραπεία να δημιουργούν διστακτικότητα. Οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται την συγκεκριμένη κατάσταση, δεν είναι δυνατόν να έχουν τις απαραίτητες πληροφορίες και αυτό που μόνο δύνανται να πράξουν είναι να επιδείξουν εμπιστοσύνη. Έτσι, μπροστά στα ερωτήματα και τις ασυμμετρίες στις υπάρχουσες γνώσεις και πληροφορίες, οι ασθενείς προσπαθούν να μαζέψουν όσο το δυνατόν πιο πολλές πληροφορίες για να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της ασθένειάς τους.
- οι συνθήκες προσφοράς, η ιατρική περίθαλψη είναι δύσκολο να αξιολογηθεί με βάση την τιμολογιακή της ποιότητα, αφού οι υπηρεσίες ιατρικής δεν αποτελούν υπηρεσίες που συνδέονται με την ανταγωνιστική θεωρία, ιδιαίτερα όσον αφορά το δημόσιο τομέα. Γενικότερα όμως, στην περίπτωση που κάποιος επιθυμεί να γίνει ιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος με αρκετούς περιορισμούς απόκτησης της άδειας επαγγέλματος, με επακόλουθο να υπάρχει μειωμένη προσφορά θέσεων ιατρών, γεγονός που συνεπάγεται την αύξηση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης.
- οι πρακτικές τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών, είναι αδύνατον να είναι ταυτόσημες με εκείνες της ανταγωνιστικής αγοράς, αφού η περίθαλψη ως αγαθό κοινωνικό ξεκινά



από μηδενικές τιμές για τους ασθενείς που εντάσσονται στις κατηγορίες των ανήμπορων ή εισοδηματικά αδυνάτων.

Συμπερασματικά, η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι ένα φαινόμενο με πολυδιάστατες και ποικίλες συνέπειες και στόχους, οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών και, επομένως, με τον ίδιο τον ασθενή, και ο κύριος κριτής της ποιότητας δεν είναι η διοίκηση, αλλά ο χρήστης της υπηρεσίας, δηλαδή ο ασθενής. Το 1985 οι Parasuraman et al. παρουσίασαν ένα θεωρητικό μοντέλο για τη μέτρηση της ποιότητας, βασισμένο στην έννοια της αντιλαμβανόμενης ποιότητας. Στο εννοιολογικό μοντέλο ή μοντέλο χάσματος που πρότειναν, η ποιότητα προκύπτει από τη σύγκριση μεταξύ της αναμενόμενης και της αντιλαμβανόμενης υπηρεσίας. Οι προηγούμενες εμπειρίες υπηρεσιών, οι προσωπικές ανάγκες και οι συστάσεις τρίτων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσδοκιών των χρηστών υπηρεσιών. Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα είναι συνάρτηση του μεγέθους του χάσματος μεταξύ της υπηρεσίας που αναμένει να λάβει ο χρήστης της υπηρεσίας και της υπηρεσίας που αντιλαμβάνεται ότι έλαβε, καθώς και της θετικής ή αρνητικής προκατάληψής του. Γενικά, αναγνωρίστηκαν ενενήντα επτά περίπου κριτήρια που συμβάλλουν στην ποιότητα των υπηρεσιών. Αυτά ομαδοποιούνται σε δέκα κύριες προδιαγραφές (χαρακτηριστικά):<sup>367</sup>

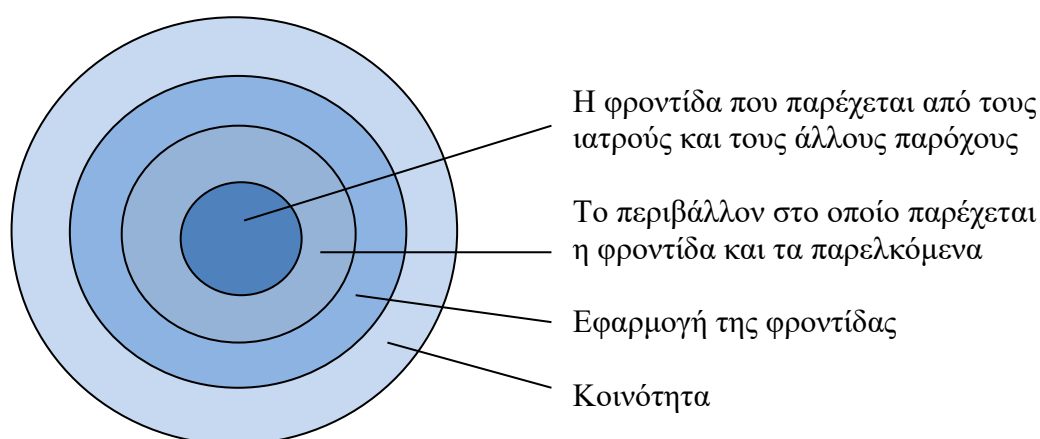
- ορατά ή απτά χαρακτηριστικά (tangibles), σε αυτά περιλαμβάνονται το περιβάλλον εξυπηρέτησης, η κτιριακή υποδομή, η εμφάνιση του προσωπικού και η τεχνική κατάσταση του εξοπλισμού. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, ιδίως για τις υπηρεσίες που παρέχονται άμεσα.
- προσβασιμότητα (access), που αναφέρεται στην εύκολη προσέγγιση και επικοινωνία με την υπηρεσία
- επαγγελματική επάρκεια (competence), το προσωπικό επιβάλλεται να έχει τις αναγκαίες δεξιότητες, τις απαιτούμενες γνώσεις και πληροφόρηση για την ενεργητική και αποτελεσματική παροχή μιας υπηρεσίας.
- κατανόηση και γνώση του ασθενή (understanding and knowing the customer), που περιλαμβάνεται η αναγκαιότητα αξιώσεων για λήψη εξατομικευμένων υπηρεσιών από τους χρήστες. Η αντίληψη των αξιώσεων αυτών, καθίσταται αναγκαία έτσι ώστε αυτές να μετατραπούν σε προδιαγραφές.
- ανταπόκριση (responsiveness), που συνδέεται με τις δεξιότητες επίλυσης των διαφορών ή παραπόνων με δραστικό τρόπο, αλλά και στη βούληση της υπηρεσίας να παράσχει υποστήριξη στους χρήστες και άμεση ανταπόκριση.



- ασφάλεια (security), που συνδέεται με την απουσία κινδύνων και αμφισβητήσεων, αφού η ασφάλεια που προσφέρεται από μια υπηρεσία, σχετίζεται άμεσα με τη φυσική ασφάλεια και την εμπιστευτικότητα.
- αξιοπιστία (reliability), που άπτεται στη δεξιοσύνη παροχής υπηρεσιών με τρόπο ακριβή, έγκαιρο και φερέγγυο.
- εμπιστευτικότητα (credibility), όπου οι βασικοί παράγοντες επίδρασης στην εμπιστευτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελούν τα χαρακτηριστικά του προσωπικού και η φήμη του παρόχου υπηρεσιών.
- επικοινωνία (communication), που σχετίζεται με τη διατήρηση της ενημέρωσης των χρηστών σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες με τρόπο απλό, κατανοητό και προσιτό.
- αβρότητα (courtesy), που αναφέρεται στην ευγένεια, το σεβασμό και τη φιλικότητα που εκφράζεται από το προσωπικό προς τους χρήστες.

### 5.2.2. Επίπεδα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Σε σχέση με την εφαρμογή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, προκύπτει ότι υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα στα οποία είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί μια παρέμβαση ως προς τη βελτίωση της ποιότητας. Φαίνεται ωστόσο, ότι υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις προσέγγισης και καθορισμού των επιπέδων αυτών. Αρχικά, προτάθηκε η προσέγγιση που Donabedian, που περιλαμβάνει τέσσερα επίπεδα (Διάγραμμα 5.3.).<sup>368</sup>



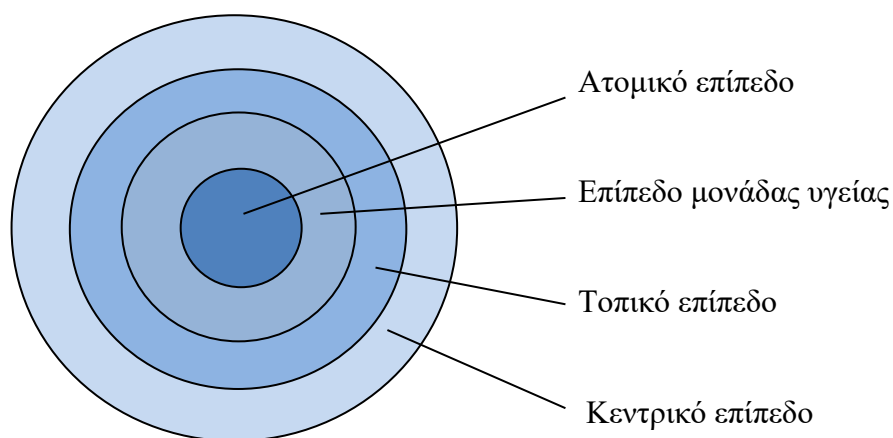
**Διάγραμμα 5.3. Επίπεδα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με την προσέγγιση του Donabedian**

Σύμφωνα με τον Donabedian, τα επίπεδα ποιότητας διακρίνονται με βάση: α) τους φορείς που εμπλέκονται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης (πάροχοι, ασθενείς και κοινότητες) και β) το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται η παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Εκτός



από τη διάκριση των επιπέδων, η παραπάνω κατηγοριοποίηση είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό των στοιχείων που καθορίζουν κάθε επίπεδο ποιότητας και, ταυτόχρονα, για τον προσδιορισμό του επιπέδου στο οποίο επιβάλλεται να αξιολογείται η ποιότητα. Ο Donabedian κατηγοριοποιεί τη φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας και άλλους παρόχους στο πρώτο επίπεδο, η ποιότητα σε αυτό το επίπεδο ορίζεται από δύο κύρια στοιχεία: α) την τεχνική εκτέλεση και β) τις διαπροσωπικές σχέσεις. Το δεύτερο επίπεδο ποιότητας, σχετίζεται με τις ανέσεις και τις προμήθειες της φροντίδας και επικεντρώνεται στα χαρακτηριστικά που απαιτούνται να έχει μια εγκατάσταση στην οποία παρέχεται η φροντίδα. Το τρίτο επίπεδο αναφέρεται την εφαρμογή της φροντίδας, όπου η ευθύνη μοιράζεται μεταξύ του παρόχου και του ασθενούς, ενώ το τέταρτο και τελευταίο επίπεδο αφορά τη φροντίδα στην κοινότητα στο σύνολό της και την κοινωνική κατανομή της φροντίδας.

Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τόνισε την ανάγκη να καθοριστούν επίπεδα ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, λαμβάνοντας υπόψη τα διάφορα διοικητικά και οργανωτικά επίπεδα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και βελτιώνοντας την ποιότητα σε κάθε επίπεδο παροχής υπηρεσιών (βλέπε Διάγραμμα 5.4.). Η προσέγγιση αυτή ανέπτυξε τέσσερα επίπεδα: α) το κεντρικό επίπεδο, το οποίο αναφέρεται στο εθνικό-κρατικό επίπεδο, β) το τοπικό επίπεδο, το οποίο οδηγεί στο επίπεδο των νοσοκομείων, των τοπικών ή περιφερειακών οργανισμών, των κέντρων υγείας κλπ, γ) το επίπεδο της μονάδας περίθαλψης, το οποίο οδηγεί στην ιατρική ομάδα και στα τμήματα του νοσοκομείου, δ) το ατομικό επίπεδο, το οποίο αναφέρεται στο επίπεδο του παρόχου.<sup>369</sup>



**Διάγραμμα 5.4. Επίπεδα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης**



### 5.2.3. Διαστάσεις της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια μεθοδολογική προσέγγιση ως προς την ομαδοποίηση ορισμένων χαρακτηριστικών ποιότητας. Ουσιώδεις προϋποθέσεις και στρατηγικοί στόχοι των διαστάσεων της ποιότητας των συστημάτων υγείας, επιβάλλεται να είναι οι:<sup>370, 371</sup>

- αποτελεσματικότητα (effectiveness), αναφέρεται στο βαθμό επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων ως προς την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, σε εκείνους που την έχουν ανάγκη και δύνανται να ωφεληθούν από αυτές.
- αποδοτικότητα (efficiency), πρόκειται για τη δυνατότητα του συστήματος υγείας ως προς την πραγμάτωση των αποτελεσμάτων που είναι επιθυμητά, μέσω της βέλτιστης διαχείρισης των οικονομικών πόρων με βασικό σκοπό την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων ή οφελών. Στην ουσία, πρόκειται για τη σύγκριση των παρατηρούμενων επιπέδων επίτευξης των στόχων με τα μέγιστα αποτελέσματα που μπορούν να επιτευχθούν με τους διαθέσιμους πόρους.<sup>372</sup>
- έγκαιρη (timely), ως προς την περίοδο αναμονής της εξυπηρέτησης του χρήστη, η οποία είναι εις βάρος τόσο για εκείνους που αναμένουν τη φροντίδα, όσο και για εκείνους που την παρέχουν.
- ασφάλεια (safety), αναφέρεται στο βαθμό που οι παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες προλαμβάνουν, ελαχιστοποιούν ή αποφεύγουν προφανή κίνδυνο ατυχημάτων, ψυχική ή σωματική βλάβη των χρηστών για τους οποίους προορίζεται η φροντίδα.<sup>373</sup>
- προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility): η έννοια αυτή αφορά την ικανότητα των χρηστών να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όταν και όπου τις χρειάζονται. Η έννοια της προσβασιμότητας περιλαμβάνει κοινωνικές, πολιτιστικές, οικονομικές και πνευματικές πτυχές, καθώς το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ενδείκνυται πάντοτε να εκτιμάει και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, τις προσδοκίες, τις αξίες, τις ιδιαιτερότητες και την ατομικότητα των πολιτών χωρίς διακρίσεις.
- αποδοχή (acceptability): πρόκειται για το βαθμό σύμφωνα με τον οποίο ένα σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις και προσδοκίες των χρηστών, επιφέροντας ικανοποίηση και εμπεριέχει χαρακτήρα πελατοκεντρικό.
- καταλληλότητα (appropriateness): αναφέρεται στην παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας στους χρήστες που την έχουν ανάγκη, σύμφωνα με τεκμηριωμένες οδηγίες και πρωτόκολλα.



- ανταποκρισιμότητα (responsiveness/person-patient centered): αναφέρεται στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered healthcare) και την ανάγκη ανταπόκρισης στις ατομικές ανάγκες, αξίες και ιδιαιτερότητες των ανθρώπων (people-centred).
- τεχνική ικανότητα (technical competence): πρόκειται για την ανάπτυξη των κατάλληλων διαδικασιών, στη βάση τεκμηριωμένων στόχων και κατάλληλης εκπαίδευσης των επαγγελματιών στην υγεία, που έχουν αναλάβει την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών και την ανταπόκριση στις καθημερινές ανάγκες των ασθενών.
- συνέχεια της φροντίδας (continuity): η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας απαιτεί την ενσωμάτωση κάθε περιστατικού στο σύστημα, αλλά και μια αδιάληπτη διαδικασία βελτίωσης, αξιολόγησης, ελέγχου που συνεχίζεται ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της φροντίδας του ασθενούς.
- διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations): η συνεργασία και οι καλές σχέσεις των εργαζομένων αποτελούν βασικά στοιχεία σε κάθε οργανισμό για τον συντονισμό της δράσης και την επίτευξη ποιότητας σε κάθε οργανισμό.
- δίκαιη αντιμετώπιση-ισότητα (equitability): χορηγώντας την ίδια ποιότητα φροντίδας ανεξαρτήτως του φύλου, της ηλικίας, της φυλής, της εθνικότητας, της γεωγραφικής θέσης, της θρησκείας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, της γλωσσικής ή της πολιτικής του θέσης.
- διαχρονικότητα (integrated): που αναφέρεται στη διασφάλιση συντονισμένης φροντίδας μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Ωστόσο, ενώ όλες οι κατηγορίες των εμπλεκόμενων ομάδων που σχετίζονται με την ποιότητα στην υγεία, αναγνωρίζουν την σπουδαιότητα των παραπάνω αναφερθέντων χαρακτηριστικών, οι εμπλεκόμενες ομάδες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται να αναγνωρίζουν διαφορετικά επίπεδα βαρύτητας των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας που συμβάλλουν στον καθορισμό της ποιότητας (Πίνακας 5.1.).<sup>374</sup>

Οι ιατροί, και γενικότερα όλοι οι επαγγελματίες που στελεχώνουν τις υπηρεσίες υγείας, προσεγγίζουν την ποιότητα στη περίθαλψη σύμφωνα με επιστημονικά, αντικειμενικά και τυποποιημένα κριτήρια, ιδιαίτερα σε ότι σχετίζεται με την τεχνική επίδοση, που άπτεται της ακρίβειας στη διάγνωση, της καταλληλότητας της θεραπείας και της ικανότητας εκτέλεσης των ιατρικών διαδικασιών.



**Πίνακας 5.1. Η βαρύτητα των επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας στην υγεία από κάθε ενδιαφερόμενο μέρος**

Ενδιαφερόμενα μέρη	Αποδοτικότητα	Αποτελεσματικότητα κόστους	Τεχνική επίδοση	Διαπροσωπική σχέση	Προτιμήσεις ασθενή	Προσβασιμότητα	Ισοτιμία	Παρελκόμενα
Ιατροί	+	-	+++	+	+	+	+	+
Ασθενής	+	-	++	+++	++	++	+	+++
Πληρωτές	+++	+++	+	+	+	+	+	+
Διοίκηση	+++	+++	++	+	+	+	++	+++
Κοινωνία	+++	+++	+++	+	++	++	+++	+

Οι ασθενείς συνήθως διαμορφώνουν οι ίδιοι τη στάση τους απέναντι στη φροντίδα, σε σχέση με: α) τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή τον βαθμό στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αλληλεπιδρούν μαζί τους σε ανθρώπινο επίπεδο, β) τους παράγοντες του πλαισίου που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης όπου παρέχεται η φροντίδα, όπως η άνεση, η ευκολία και η εμπιστευτικότητα, και γ) την ανταπόκριση της φροντίδας στις ατομικές προτιμήσεις και επιθυμίες των ασθενών.

Οι πληρωτές, συμπεριλαμβανομένων των ασφαλιστικών εταιρειών και των δημόσιων φορέων, αξιολογούν την ποιότητα της περίθαλψης με βάση, μεταξύ άλλων, την αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις τους, η αναποτελεσματική περίθαλψη συνεπάγεται κακή ποιότητα, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα. Επιπλέον, οι φορείς αυτής της κατηγορίας, συγχέουν την ποιότητα και με τις μη κλινικές πτυχές της φροντίδας, ιδίως την ευκολία και την προσβασιμότητα της φροντίδας. Από την άλλη πλευρά, οι απόψεις των διευθυντών σχετικά με την αποδοτικότητα κόστους, την αποτελεσματικότητα και την ισότητα διαφέρουν πολύ από εκείνες των ιατρών και των ασθενών. Τέλος, όσον αφορά τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της ποιότητας, η κοινωνία δίνει προτεραιότητα στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Η προσιτότητα και η ισότητα παίζουν επίσης ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, ιδίως όσον αφορά την προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Τέλος, η τεχνική αποτελεσματικότητα είναι ένα ιδιαίτερος εκτιμώμενο χαρακτηριστικό.

Ωστόσο, όταν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι κατακερματισμένο και αποδιοργανωμένο, ακόμη και οι στρατηγικοί στόχοι ποιότητας φαίνονται αδύνατο να





επιτευχθούν. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο ρόλος των διαπροσωπικών σχέσεων αυξάνεται σε σημασία. Αυτό συμβαίνει διότι η εξασφάλιση καλών διαπροσωπικών σχέσεων και αρμονικής συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού, συγκροτεί βασική προϋπόθεση για τον συντονισμό των δραστηριοτήτων και την επίτευξη της ποιότητας.

#### **5.2.4. Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας**

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν:<sup>375, 376</sup>

1. την επάρκεια του προσωπικού, η οποία καθορίζεται κυρίως από την επαγρύπνηση του προσωπικού και την ταχύτητα ανταπόκρισης.
2. τις δεξιότητες, τις γνώσεις και την εμπειρία του ιατρικού προσωπικού. Έτσι, εάν το ιατρικό προσωπικό διαθέτει υψηλό επίπεδο γνώσεων, θα είναι σε θέση να διαγνώσει εγκαίρως και να θεραπεύσει αποτελεσματικά μια ασθένεια.
3. την συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς που αποτελούν τους χρήστες των υπηρεσιών. Το προσωπικό πρέπει να συμπεριφέρεται με φιλικό, ευγενικό και σεβαστό τρόπο και με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
4. την αμερόληπτη και συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.
5. τον προσεκτικό και λειτουργικό σχεδιασμό των κτιρίων για την ευκολία των μεταφορών των ασθενών και των υλικών.
6. τη χρήση σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού.
7. την κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή.
8. την ταχεία ανταπόκριση και επίλυση των προβλημάτων υγείας.
9. την προσβασιμότητα των ιατρικών υπηρεσιών ανά πάσα στιγμή.
10. την καταλληλότητα της θεραπείας.
11. την υποστήριξη των ασθενών, από την παροχή λεπτομερών οδηγιών από τους ιατρούς έως την παρακολούθηση των ασθενών.
12. την λειτουργικότητα των διοικητικών υπηρεσιών και αξιοπιστία των υπηρεσιών υγείας.
13. την πρόληψη και έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
14. την επίτευξη της διασφάλισης της ποιότητας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

#### **5.2.5. Συσχέτιση της ποιότητας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας**

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μια μεταβαλλόμενη έννοια που εξαρτάται από τις προσδοκίες, τις επιθυμίες και τις ανάγκες των ασθενών. Η σχέση μεταξύ της ποιότητας της



υγειονομικής περίθαλψης και της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί επομένως να οριστεί από το βαθμό σύμφωνα με τον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών. Έτσι, εκτός από την ικανοποίηση των επιθυμιών των ασθενών σε ότι αφορά το κόστος, την πρόσβαση στις υπηρεσίες και τους πόρους, σημαντικά στοιχεία της ικανοποίησης των ασθενών είναι η ταχεία αποκατάσταση της υγείας τους και η επίτευξη των καλύτερων δυνατών θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, έπεται ότι η μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών επιτυγχάνεται όταν η καλή ιατρική πρακτική συνδέεται άμεσα με την κατάλληλη σχέση ιατρού-ασθενούς. Επιπλέον, η ποιότητα και η ικανοποίηση στην υγειονομική περίθαλψη συνδέονται, αφού η ποιότητα είναι ουσιαστική για κάθε σύστημα υγείας, ενώ η ικανοποίηση προκύπτει ως μια αξιολόγηση της ποιότητας και συνεπώς αποτελεί μια πτυχή της παρεχόμενης υπηρεσίας από την οποία διαμορφώνεται η ικανοποίηση. Κατά συνέπεια, η ποιότητα αντιπροσωπεύει τη μακροπρόθεσμη και εξελισσόμενη αντίληψη της υπηρεσίας από τον ασθενή-χρήστη, ενώ η ικανοποίηση αποτελεί μια αξιολόγηση της καθορισμένης και σαφούς σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη αποτελεί βασικό παράγοντα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, σημαντικό δείκτη της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης και ουσιαστικό κριτήριο για την αξιολόγησή της. Χαρακτηρίζεται επίσης, από μια πιο σταθερή αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα, ενώ η ικανοποίηση των ασθενών είναι περισσότερο ευμετάβλητη και συνήθως σχετίζεται με μια συγκεκριμένη στιγμή ή γεγονός.

### **5.3. Μέτρηση της ποιότητας στην υγεία**

Οι υγειονομικές υπηρεσίες, απαρτίζουν μια κατηγορία υπηρεσιών έντασης τεχνολογίας και υψηλού προγραμματισμού, αφού το σύστημα υγείας συγκροτείται από ένα πολύπλοκο δίκτυο κανόνων, διαδικασιών, ατόμων και ομάδων, επικοινωνιών, εξοπλισμού και συσκευών που λειτουργεί σε ένα αβέβαιο και γρήγορα μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Η παγκόσμια πίεση για διασφάλιση της ποιότητας στα συστήματα υγείας σε διεθνές επίπεδο, επέφερε τη μετακίνηση του κέντρου βάρους από ένα μονοδιάστατο μοντέλο της ασθένειας σε μια περισσότερο ολιστική προσέγγιση. Έγινε έτσι αντιληπτό ότι χωρίς την ανάπτυξη των κατάλληλων μέτρων αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων που αυτά επιφέρουν, η επέκταση των επιπρόσθετων δαπανών καθίστατο ιδιαίτερα δυσχερής. Συγχρόνως, τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι



ασθενείς επιθυμούν να έχουν επίγνωση της απόδοσης του συστήματος υγείας τους, σε σύγκριση με τα συστήματα άλλων χωρών. Αναπτύχθηκαν λοιπόν, μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, αφού πάντοτε παρίσταται η ανάγκη ύπαρξης τέτοιων μεθόδων.<sup>377</sup>

Το 1991, η Palmer όρισε τη μέτρηση της ποιότητας ως «την απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή σε ένα φαινόμενο μέσω της συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των στοιχείων αυτών με αντικειμενικά κριτήρια».<sup>378</sup> Έτσι, η μέτρηση στηρίζεται κατά βάση στην ανάπτυξη ενός μοντέλου, το οποίο χρησιμοποιείται για: α) τον προσδιορισμό των στοιχείων που σχηματίζουν το επίπεδο της ποιότητας, β) τα δεδομένα, κριτήρια ή πρότυπα τα οποία θα τεθούν για την ανάπτυξη των μετρήσεων, και γ) τα εργαλεία και τις τεχνικές μέτρησης που θα αναπτυχθούν. Κατά τη μέτρηση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, είναι επιβεβλημένο να δίνεται προσοχή στα πιο σαφή και αντικειμενικά χαρακτηριστικά, ώστε να μειώνονται οι αμφιβολίες σχετικά με τα τελικά συμπεράσματα. Επιπλέον, η μέτρηση είναι πολύτιμη εάν συγκροτεί μέρος μιας συνολικής στρατηγικής με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η οποία περιλαμβάνει τις κάτωθι φάσεις: α) τη διασφάλιση της ποιότητας, β) τη μέτρηση της ποιότητας, γ) τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Οι κύριοι στόχοι της μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν μπορούν να είναι άλλοι από: α) την ολοκληρωμένη εφαρμογή της ιατρικής γνώσης σε σχέση με την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, β) τη βελτίωση και τη διατήρηση ενός άριστου επιπέδου περίθαλψης σε όλα τα στάδια της περίθαλψης στα νοσοκομεία και γ) τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου επαγγελματικής ευθύνης έναντι των ασθενών. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται στις διαστάσεις της ποιότητας που σχετίζονται με την ασφάλεια, την ανταπόκριση και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, στην ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών. Συνεπώς, για τον προσδιορισμό του αναμενόμενου επιπέδου ποιότητας και τον καθορισμό συγκεκριμένων κριτηρίων, είναι απαραίτητο να καθοριστούν οι επιθυμητές διαστάσεις του επιπέδου ποιότητας της παροχής υπηρεσιών για τις οποίες πρόκειται να γίνει η αξιολόγηση. Τα επίπεδα αυτά, μπορούν να είναι:<sup>379</sup>

- Ελάχιστο επίπεδο: αποτελεί το επίπεδο στο οποίο η ποιότητα δεν πρέπει να διακυβεύεται.
- Μέσο επίπεδο: είναι το επίπεδο στο οποίο η ποιότητα είναι δυνατόν να βελτιστοποιηθεί με την εξεύρεση των στοιχείων που έχουν σχέση με υλικούς ή άυλους πόρους και των



διαδικασιών που σχετίζονται με τα ιατρικά καθήκοντα που προσδιορίζονται κάτω από το μέσο επίπεδο.

- **Ιδανικό επίπεδο:** είναι το επίπεδο που αποτελεί τον μέγιστο στόχο του οργανισμού και της διοίκησης.

Σε κάθε περίπτωση, τα επίπεδα ποιότητας ξεκινούν συνήθως από το χαμηλότερο επίπεδο, που δεν είναι ποτέ επιθυμητό και προχωρούν προς το μέσο επίπεδο, που επιτυγχάνεται με διορθωτικές ενέργειες που επικεντρώνονται στη λήψη διορθωτικών μέτρων για τα στοιχεία που εντοπίζονται ως κατώτερα του ιδανικού επιπέδου. Το ιδανικό επίπεδο, από την άλλη πλευρά, είναι στην πραγματικότητα ο στόχος κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών. Η μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας καθορίζεται κυρίως με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις, ο προσδιορισμός των οποίων μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολος λόγω των διαφορετικών προσδοκιών και απαιτήσεων των εμπλεκόμενων φορέων. Ωστόσο, για να είναι σωστές οι μετρήσεις που πραγματοποιούνται, είναι απαραίτητο να επιτελείται αξιόπιστη συλλογή δεδομένων, τα οποία δύνανται να υποβληθούν σε επεξεργασία με διάφορους τρόπους. Ενδεικνύται επίσης να αναφερθεί ότι σε όλες τις μεθόδους αξιολόγησης μπορούν να γίνουν λάθη. Επομένως, όλα τα αποτελέσματα είναι ανάγκη να ελέγχονται πολλές φορές, καθώς αφορούν την επάρκεια και την αξιόπιστη λειτουργία του οργανισμού. Τέλος, πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλοι μη υγειονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, όπως τα σχέδια, οι πολιτικές, τα διάφορα επίπεδα κατάστασης της υγείας και το περιεχόμενο του συστήματος υγείας.

### **5.3.1. Δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Οι δείκτες ποιότητας (quality indicators) στις υπηρεσίες υγείας, είναι ένα σύστημα εργαλείων ικανών να παράγουν αναγκαία και σημαντικά αποτελέσματα, όταν η χρήση τους δεν μπορεί να περιοριστεί σε μια μόνο μέτρηση και σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Ο κύριος σκοπός της καθιέρωσης της μέτρησης των διαδικασιών στις υπηρεσίες υγείας μέσω της ανάπτυξης δεικτών αποτελεί ο έλεγχος όλων των παραγόντων που επηρεάζουν κάθε διαδικασία και πτυχή του συστήματος, όπως οι ανθρώπινοι πόροι, οι μεθοδολογίες και τα συστήματα που χρησιμοποιούνται, οι πληροφορίες και οι εισροές πληροφοριών, ο χρησιμοποιούμενος εξοπλισμός. Η επιλογή τους εξαρτάται από το περιεχόμενο της υπηρεσίας, τους επιδιωκόμενους σκοπούς και στόχους και το επιθυμητό επίπεδο αξιολόγησης. Κάθε οργανισμός είναι υποχρεωμένος να πραγματοποιεί μετρήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να διασφαλίζεται ότι οι διαδικασίες αξιολογούνται και



βελτιώνονται σε συνεχή βάση. Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματική χρήση των δεικτών είναι η τεκμηρίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η πληροφόρηση των υπηρεσιών υγείας και η επιδίωξη της συνεχούς προόδου. Οι δείκτες ποιότητας παρέχουν δεδομένα και πληροφορίες που βοηθούν στη σύγκριση των τμημάτων και τη σωστή συσχέτισή τους με προκαθορισμένα κριτήρια απόδοσης. Οι δείκτες ποιότητας δύνανται επίσης να ποσοτικοποιήσουν τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων που διεξάγονται σε μια χρονική περίοδο, επιτρέποντας τον εντοπισμό των δυνατών και αδύνατων σημείων ενός τμήματος-διεύθυνσης και τη βελτιστοποίηση των επιδόσεών τους στο πλαίσιο της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας. Οι δείκτες ποιότητας, διαχωρίζονται σε:<sup>380</sup>

- Δείκτες υποδομών (Structure measures), οι υποδομές συγκεντρώνουν τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των οργανισμών που συνεργούν για την ολοκληρωμένη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και την κάλυψη των αναγκών και απαιτήσεων των χρηστών. Έτσι, περιλαμβάνονται μετρήσεις που σχετίζονται με τα υλικά, τους ανθρώπινους πόρους και τη δομή της οργάνωσης, δηλαδή δομικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που παρέχεται η φροντίδα υγείας. Διεξοδικά, τέτοια χαρακτηριστικά αποτελούν: οι κατάλληλες εγκαταστάσεις, ο ιατρότεχνολογικός εξοπλισμός, η διεύθυνση προσωπικού, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, κ.α., αντίστοιχα τέτοιοι δείκτες υποδομής αποτελούν οι δείκτες επάρκειας κλινών, εκπαίδευσης προσωπικού, ποιότητας και σύνθεσης του επιπέδου εμπειρίας (skill mix), αντικατάστασης ιατρικού εξοπλισμού κ.α. Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν είναι απολύτως κατάλληλες και επαρκείς προϋποθέσεις για ικανοποιητικά αποτελέσματα.<sup>381</sup>
- Δείκτες διαδικασιών (Process measures), αναφέρονται στις δραστηριότητες που εκτελούνται στα πλαίσια της οργάνωσης, στην οργανωσιακή λειτουργία, στην παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι δείκτες διαδικασιών περιλαμβάνουν μετρήσεις για το επίπεδο της ποιότητας και την απόδοση αυτών των δραστηριοτήτων. Πολλοί ερευνητές εντάσσουν τη συμπεριφορά των ασθενών στους δείκτες των διαδικασιών, ενώ άλλοι θεωρούν ότι οι εκτελούμενες δραστηριότητες εντός των οργανισμών, δεν είναι δυνατόν να ευθύνονται για τον τρόπο συμπεριφοράς των ασθενών. Οι δείκτες διαδικασιών περιλαμβάνουν δείκτες όπως ο χρόνος αναμονής των ασθενών, ο αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία, το ποσοστό κάλυψης των κλινών, το κόστος ανά ημέρα



νοσηλείας, το διάστημα που ένα μηχάνημα έχει τεθεί εκτός λειτουργίας, τα διαστήματα μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας κ.α.

- Δείκτες αποτελεσμάτων, που αντικατοπτρίζουν τον αντίκτυπο της θεραπείας στο πλαίσιο μιας υπηρεσίας υγείας στο επίπεδο υγείας ενός ασθενούς. Σχετικά παραδείγματα είναι τα ποσοστά επιβίωσης ανά ασθένεια, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων και οι περίοδοι χωρίς ασθένεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η διαδικασία παροχής υπηρεσιών, καθώς τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να καθοριστούν και αποτελούν τη μόνη κατά προσέγγιση παράμετρο για την αξιολόγηση της ποιότητας. Εκτός από την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών, οι μετρήσεις αποτελεσμάτων μπορούν να σχετίζονται με άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία του ασθενούς, η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ασθενούς και η κατάσταση της υγείας του ασθενούς, κ.α.

Χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων, συνεντεύξεις, φύλλα συλλογής δεδομένων και φύλλα επικύρωσης δεδομένων. Ωστόσο, σε πολλές χώρες φαίνεται να υπάρχει η τάση να επιμένουν στη μέτρηση της αποτελεσματικότητας με βάση τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και τα ποσοστά θνησιμότητας. Δεδομένου ότι η αποτελεσματικότητα συνδέεται στενά με τη μείωση ή τον περιορισμό του κόστους, δηλαδή με οικονομικούς δείκτες, ο ορισμός της θα πρέπει να βασίζεται τουλάχιστον σε αυτούς τους δύο δείκτες.

### **5.3.2. Κριτήρια επιλογής δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Οι δείκτες για την αξιολόγηση της λειτουργίας υγείας ενός οργανισμού επιλέγονται κυρίως με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:<sup>377, 382</sup>

- την αξιοπιστία (reliability), είναι ο βαθμός συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων. Σε περιπτώσεις όπου οι μετρήσεις πραγματοποιούνται επανειλημμένα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και υπό τις ίδιες συνθήκες, τα αποτελέσματα που εξάγονται θα πρέπει να είναι παρόμοια.
- τη χρησιμότητα (usefulness), σημαίνει ότι κατά την επιλογή ενός δείκτη που έχει σχέση με μια ασθένεια, ενδείκνυται να λαμβάνεται υπόψη όχι μόνο ο αντίκτυπος της ασθένειας αλλά και ο αντίκτυπος της θεραπευτικής παρέμβασης στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.



- την εγκυρότητα (validity), είναι ο βαθμός σύμφωνα με τον οποίο ένας δείκτης μετράει αυτό που ισχυρίζεται ότι μετράει. Αν αυτό δεν ισχύει, τότε ανακύπτει «συστηματικό σφάλμα» ή «προκατάληψη». Η εγκυρότητα ενός δείκτη είναι πιο δύσκολο να ανιχνευθεί από την αξιοπιστία, επειδή απαιτεί συνεχή συσχέτιση των μετρήσεων.
- τη δυνατότητα σύγκρισης (comparability), τόσο η διαθεσιμότητα τυποποιημένων δεικτών όσο και η χρήση διεθνώς συγκρίσιμων δεδομένων καθιστούν τον δείκτη αυτό εφικτό.
- την ανταποκρισιμότητα (responsiveness), που αναφέρεται στο βαθμό ευαισθησίας του δείκτη για την ανίχνευση αλλαγών και είναι ιδιαίτερα σημαντικός όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των επιπτώσεων των παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας.
- την ευαισθησία (sensitivity), που ανιχνεύει τυχόν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις ενός δείκτη μετά από επανειλημμένη χρήση.
- την αποδοτικότητα (efficiency), που αναφέρεται στην επίτευξη των μεγαλύτερων υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- την αποτελεσματικότητα (effectiveness), που αναφέρεται στο βαθμό σύμφωνα με τον οποίο επιτυγχάνεται η επιτεύξιμη βελτίωση της υγείας.
- την επίδραση (impact),
- την επιστημονική επάρκεια (adequacy),
- την επίπτωση (effect),
- το τεχνολογικό και επιστημονικό επίπεδο (technical and scientific quality level)
- τις οικονομικές πτυχές (economic dimension)

Αξίζει να επισημανθεί, ότι ο μεθοδικός έλεγχος των ιατρικών διαδικασιών και των κλινικών αποτελεσμάτων μέσω της χρήσης των δεικτών και η σύγκρισή τους με τα επιστημονικά πρότυπα της καλής πρακτικής, δεν είναι κάτι που παραμένει στατικό, αφού η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται συνεχώς. Ως προς την ποιότητα της μελέτης των δεικτών, αυτή είναι άμεσα εξαρτώμενη από την αποδοτικότητα των μεθόδων συλλογής στοιχείων που αναπτύσσονται, δηλαδή του οργάνου σύμφωνα με το οποίο υλοποιείται η μέτρηση της κάθε μεταβλητής. Με εύλογη λοιπόν την αξίωση για φερέγγυες και μη μεροληπτικές πληροφορίες, τα πρότυπα, οι δείκτες και οι μηχανισμοί που τους διέπουν υπόκεινται σε συνεχή επαναξιολόγηση και τροποποίηση, για να προσαρμόζονται στις σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις.





### 5.3.3. Επίπεδα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας

Ως προς την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, αυτή είναι δυνατόν να αναπτυχθεί σε τέσσερα διαφορετικά επίπεδα, σύμφωνα με τον Donabedian τα επίπεδα αυτά είναι:<sup>383</sup>

- α) η αξιολόγηση εισροών, στο επίπεδο αυτό αξιολογούνται οι προσφερόμενοι πόροι, εξετάζεται κατά συνέπεια η ποσοτική και ποιοτική τους επάρκεια. Ταυτόχρονα, εξετάζονται ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το ύψος των χρησιμοποιούμενων δαπανών, κ.α.
- β) η αξιολόγηση της διαδικασίας, στο συγκεκριμένο επίπεδο πραγματοποιείται μια ποσοτική εκτίμηση των υπηρεσιών που παρέχονται και καταναλώνονται. Δηλαδή, ελέγχεται κατά πόσο οι ενέργειες που αναπτύχθηκαν για έναν ασθενή ήταν οι ενδεδειγμένες και πλήρεις από τη στιγμή που ήρθε σε επαφή με το υγειονομικό σύστημα μέχρι την έξοδό του από αυτό. Συνδέεται άμεσα, με το είδος των διαγνωστικών εξετάσεων, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις θεραπευτικές διαδικασίες, το βαθμό χρησιμοποίησης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, αλλά και τις χρησιμοποιούμενες οργανωτικές και διοικητικές μεθόδους.
- γ) η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών, στο συγκεκριμένο επίπεδο πραγματοποιείται η εκτίμηση του όγκου λειτουργίας και της παραγωγής. Ερευνάται δηλαδή, ο βαθμός χρησιμοποίησης και λειτουργικότητας των ανεπτυγμένων υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με τις εισροές και παρουσιάζεται το μέτρο της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας υγείας.
- δ) η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, στο επίπεδο αυτό μετράτε η βελτίωση της υγείας ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε ανεπτυγμένες υπηρεσίες υγείας, όπως μετράται με βάση τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και τη σωματική και ψυχική ευεξία.

Με βάση τα παραπάνω, είναι δυνατόν να καθοριστεί ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με προκαθορισμένα κριτήρια απόδοσης. Για την ορθή και αξιόπιστη αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας επιβάλλεται να χρησιμοποιούνται αντικειμενικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία αρμόζει να συλλέγονται ομοιόμορφα και να είναι συγκρίσιμα σε εθνικό επίπεδο. Τέλος, αναγκαία προϋπόθεση αποτελεί η αρμονική συνεργασία μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.

### 5.3.4. Οφέλη που απορρέουν από την αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσιών υγείας

Τα οφέλη από την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πολλά και απασχολούν πολλούς ενδιαφερόμενους. Πρώτον, ενδιαφέρει τους ασθενείς που



είναι χρήστες των υπηρεσιών και, κατ' επέκταση, τους συγγενείς τους. Ομοίως, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ενδιαφέρει το προσωπικό (ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνικούς και διοικητικούς υπαλλήλους) των παρόχων υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι είναι στην πραγματικότητα οι παραγωγοί των υπηρεσιών αυτών. Ωφελεί επίσης, εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (π.χ. το κράτος, τους ασφαλιστικούς φορείς, κ.α.) και τέλος, την κοινωνία στο σύνολό της. Στη συνέχεια αναπτύσσονται τα οφέλη από τη μέτρηση της ποιότητας κάθε εμπλεκόμενου μέρους, συγκεκριμένα.<sup>384</sup>

- Ασθενείς: οι ασθενείς επωφελούνται από άποψη υγείας, ψυχολογίας και οικονομικών. Από άποψη υγείας, οι ασθενείς επωφελούνται από την ακριβή και έγκαιρη διάγνωση και φαρμακευτική αγωγή. Ένα άλλο όφελος είναι ότι μπορούν να αποφευχθούν επιπλοκές που προκαλούνται από λανθασμένη ή μη έγκαιρη θεραπεία. Αναμφίβολα, η ποιότητα του περιβάλλοντος του ασθενούς έχει θετικό αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Επιπλέον, η ελαχιστοποίηση της διάρκειας παραμονής σε μια ιατρική μονάδα έχει θετική επίδραση στο ψυχολογικό υπόβαθρο του ασθενούς. Για τον ασθενή, σε περίπτωση σωστής διάγνωσης και θεραπείας, η εξοικονόμηση κόστους είναι προφανής, οπότε αναμένεται και οικονομικό όφελος. Είναι επομένως προφανές ότι το κόστος υγειονομικής περίθαλψης που επιβαρύνει άμεσα ή έμμεσα τον ασθενή θα μειωθεί σημαντικά.
- Επαγγελματίες Υγείας: τα οφέλη της κατηγορίας αυτής είναι η αποτελεσματικότητα του έργου και η νομική προστασία. Επιπλέον, όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με επιτυχία, υπάρχει αίσθημα ικανοποίησης από το έργο που επιτελείται, με αποτέλεσμα το έργο να γίνεται σεβαστό από τους ασθενείς, τους συγγενείς τους και την κοινωνία γενικότερα. Ως αποτέλεσμα, η κοινωνία στο σύνολό της γίνεται πιο ανεκτική σε τυχόν λάθη. Τέλος, η βελτίωση της ποιότητας συμβάλλει στη μείωση της καθημερινής απογοήτευσης και του άγχους του προσωπικού και αυξάνει την ικανοποίηση που αντλεί από την εργασία του.
- Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας: προκύπτουν σημαντικά οικονομικά οφέλη, αφού η έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία μειώνει το λειτουργικό κόστος, με αποτέλεσμα σημαντική εξοικονόμηση, η οποία είναι δυνατόν στη συνέχεια να χρησιμοποιηθεί για την κάλυψη άλλων λειτουργικών αναγκών, παρέχοντας έτσι σημαντικό οικονομικό όφελος. Ταυτόχρονα, παρέχει την ευκαιρία να αξιολογηθεί η απόδοση του προσωπικού, να προωθηθεί η υπευθυνότητα του προσωπικού, να ενθαρρυνθεί η διαχείριση και να δοθούν εργαλεία για την αντιμετώπιση ή τη διόρθωση των περιορισμών. Θεωρείται ότι για το προσωπικό, γνωρίζοντας ότι οι υπηρεσίες του εκτιμώνται και αναγνωρίζονται από τους ασθενείς τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά, βελτιώνεται το ηθικό και η απόδοση του,



γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό ενόψει περιόδων που η ζήτηση υπηρεσιών αυξάνεται συνεχώς. Τέλος, τα δεδομένα ικανοποίησης των ασθενών παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις στάσεις και τις συμπεριφορές του προσωπικού, ώστε να μπορούν να ληφθούν τα κατάλληλα διορθωτικά μέτρα.

- Ασφαλιστικά Ταμεία: η έγκαιρη και σωστή διάγνωση οδηγεί σε εξοικονόμηση κόστους (οικονομικό όφελος) καθώς και σε ικανοποίηση των ασθενών ως αποτέλεσμα υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας (κοινωνικό όφελος).
- Κράτος και Κοινωνικό σύνολο: τα οφέλη είναι οικονομικά και υγειονομικά, όπως η μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, η μείωση της παραμονής σε νοσοκομεία λόγω ασθένειας και θεραπείας, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε οικονομική ανακούφιση για το κοινωνικό σύνολο. Επίσης, αυξάνεται η εμπιστοσύνη ολόκληρης της κοινωνίας στις παρεχόμενες παροχές και υπηρεσίες και βελτιώνεται η συνολική εικόνα της χώρας στο εσωτερικό και στο εξωτερικό.

Ο οικονομικός αντίκτυπος αναγκάζει το κράτος να λάβει πιο αποφασιστικά μέτρα, δεδομένου μάλιστα ότι το λειτουργικό κόστος των οργανισμών υγείας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε λάθη, παραλείψεις και γραφειοκρατικά προβλήματα και σε μικρότερο βαθμό σε καθυστερήσεις στην ανάρρωση.

### **5.3.5. Η Διασφάλιση της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Η διασφάλιση της ποιότητας ως έννοια περιλαμβάνει: α) τον προγραμματισμό, β) την ανάπτυξη στόχων ποιότητας, γ) τον καθορισμό προτύπων ποιότητας, δ) τον έλεγχο ποιότητας την παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών, και ε) τη συμμετοχική δράση. Συμπερασματικά, η διασφάλιση ποιότητας αναφέρεται σε όλες τις μεθοδικά οργανωμένες και συστηματικές ενέργειες που είναι αναγκαίες για να διασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί ορισμένες προδιαγραφές.<sup>385</sup> Η διασφάλιση της ποιότητας διασφαλίζει εκ των προτέρων την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας και, επιπλέον, διασφαλίζει ότι το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις. Επομένως, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι για την εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας, όλες οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις για την παραγωγή και τη διανομή ενός καθορισμένου προϊόντος ή υπηρεσίας πρέπει να είναι σαφείς, γνώριμες και απολύτως καταληπτές από όλους εκείνους που καλούνται να εφαρμόσουν το πρόγραμμα και τις διαδικασίες. Ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας ορίζεται έτσι ως όλα τα μέσα, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης και του προσωπικού, που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων. Τα σχέδια



που εφαρμόζονται στο πλαίσιο του συστήματος διασφάλισης ποιότητας επιτρέπουν την κατανομή και τη χρήση των διαθέσιμων πόρων και ταυτόχρονα την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου προς τους προκαθορισμένους στόχους. Επιπροσθέτως, η διαδικασία μπορεί να τεκμηριωθεί για τη μείωση της μεταβλητότητας, την πρόβλεψη των αποτελεσμάτων και τον εντοπισμό των τομέων για βελτίωση. Είναι σημαντικό οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις να ορίζονται και να παρουσιάζονται λεπτομερώς και με ακρίβεια, ώστε να μην υπάρχουν περιθώρια αμφιβολιών ή παρανοήσεων. Η διασφάλιση της ποιότητας θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στο κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σύμφωνα με τις κατάλληλες διαδικασίες και, εάν όχι, θα πρέπει να λαμβάνονται διορθωτικά μέτρα για τη βελτίωση των διαδικασιών, ώστε να βελτιωθούν τα μελλοντικά αποτελέσματα.<sup>386</sup>

Ο πρωταρχικός στόχος κάθε οργανισμού είναι η επίτευξη μηδενικής διακύμανσης και μηδενικών ελαττωμάτων στις διαδικασίες και στα αποτελέσματα. Ωστόσο, στην υγειονομική περίθαλψη, οι ίδιοι οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική ετερογένεια στους παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας και η στατιστική ανάλυση μπορεί να αποκαλύψει σημαντικές διαφορές στη θεραπεία. Για το λόγο αυτό, η παροχή στους ασθενείς ακριβώς αυτού που χρειάζονται αναφέρεται ως «μηδενικό ελάττωμα στην υγειονομική περίθαλψη». Η ελαχιστοποίηση των υγειονομικών ανισοτήτων και των ελλείψεων στην πρακτική σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη των «κακών» πρακτικών και ενθάρρυνση των «καλών» πρακτικών. Η διασφάλιση της ποιότητας στην πράξη περιλαμβάνει διάφορα στάδια: α) επιλογή των θεμάτων και των προτεραιοτήτων, β) αρχική αξιολόγηση, γ) τελική αξιολόγηση των σχεδίων βελτίωσης, δ) εφαρμογή των δραστηριοτήτων βελτίωσης και ε) επαναξιολόγηση των επιδόσεων της διασφάλισης ποιότητας, με καταληκτικό στόχο την πρόοδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, η εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης ποιότητας είναι ιδιαίτερα ενεργή στη νοσοκομειακή ιατρική, ιδίως στον εργαστηριακό τομέα. Αν και η εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας σε έναν ιατρικό οργανισμό που ασχολείται με διοικητικά, οικονομικά, τεχνικά και θέματα φιλοξενίας δεν είναι ιδιαίτερα δύσκολη, η σχετική βιβλιογραφία δεν δείχνει ότι οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξή του ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με αυτό. Τα νοσοκομειακά προγράμματα διασφάλισης ποιότητας (quality assurance) περιλαμβάνουν συνήθως τα ακόλουθα βήματα προκειμένου να είναι πλήρη:<sup>387</sup>



- Το Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ) του νοσοκομείου επιζητεί ένα ενεργό πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας για την υποστήριξή του.
- Το προσωπικό του νοσοκομείου παρακολουθεί και αξιολογεί την ποιότητα, την καταλληλότητα της φροντίδας και την κλινική απόδοση και κοινοποιεί τις πληροφορίες στο διοικητικό συμβούλιο για εξέταση και επίλυση των προβλημάτων που εντοπίζονται.
- Αναπτύσσεται γραπτό σχέδιο διασφάλισης ποιότητας που καθορίζει τους στόχους, την οργάνωση, το πεδίο εφαρμογής, την εποπτεία και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης των προβλημάτων.
- Το πεδίο εφαρμογής του προγράμματος είναι η ανασκόπηση της απόδοσης του ιατρικού προσωπικού και των δραστηριοτήτων του. Η επαγγελματική διαπίστευση του προσωπικού που εισέρχεται στο νοσοκομείο ελέγχεται από ειδική επιτροπή.
- Επιλέγονται κριτήρια σε συγκεκριμένους τομείς πρακτικής και συγκρίνονται με «πρότυπα αριστείας».
- Ικανοποίηση χρηστών, η οποία ερευνά τους ασθενείς για να μάθει τις πεποιθήσεις τους σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Μονάδα Παραπόνων, η οποία αποτελεί διαδικασία διερεύνησης σχολίων και παραπόνων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Αξιολόγηση Νοσοκομείου, διαδικασία που διενεργείται από επιθεωρητές οι οποίοι επιθεωρούν τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και τα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας.

### 5.3.6. Το κόστος της «μη ποιότητας» στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στο σύνολο της κοινωνίας, τους ασθενείς-χρήστες, τις οικογένειές τους και τους συγγενείς τους. Ταυτόχρονα, αφορά τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.α.) και εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς κ.α.). Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται σταθερά και υπερβολικά, χωρίς να συνοδεύεται από τα αναμενόμενα οφέλη και αποτελέσματα. Από τη μία πλευρά, η αύξηση του κόστους στον δημόσιο τομέα σημαίνει άμεσο αντίκτυπο σε άλλες κοινωνικές δομές, όπως η εκπαίδευση και η κοινωνική ασφάλιση, και από την άλλη πλευρά, στον ιδιωτικό τομέα, η πληθωριστική τάση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης ως επιβάρυνση της οικονομίας σημαίνει ότι το κόστος πρέπει να περιοριστεί, και οι περισσότερες εθνικές κυβερνήσεις και διεθνείς οργανισμοί επιδιώκουν τη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης.<sup>376</sup>



Το κόστος των υπηρεσιών υγείας συγκροτεί σημαντική παράμετρο για τη λειτουργία των οργανισμών που τις παρέχουν, αλλά όλο και πιο πολύ οι κυβερνήσεις και πολλοί ερευνητές εφιστούν την προσοχή στο προσωπικό κόστος που συνδέεται με την κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Το κόστος αυτό, είναι το κόστος που προκύπτει από την αρχική αποτυχία ή την κακή χρήση κατάλληλων και επαρκών μέτρων για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα υπηρεσιών υγείας κακής ποιότητας είναι οι επαναλαμβανόμενες ιατρικές εξετάσεις λόγω αναξιόπιστων αποτελεσμάτων, οι ακυρωμένες ή καθυστερημένες χειρουργικές επεμβάσεις λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας και οι ανεπαρκείς ιατρικοί φάκελοι. Περαιτέρω, το κόστος των κακής ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι ανυπολόγιστο όταν οι ασθενείς τραυματίζονται σωματικά ή χάνουν τη ζωή τους λόγω της ανεπαρκούς ή μη έγκαιρης αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας. Υπολογισμοί που έχουν γίνει από ερευνητές της ποιότητας, δείχνουν ότι όταν η ποιότητα των διοικούμενων και διαχειριζόμενων οργανισμών είναι χαμηλή, το κόστος της κακής ή ανεπαρκούς ποιότητας ισοδυναμεί με περίπου το 30% του εσόδων τους. Τονίζεται ακόμη ότι το 25% των υπαλλήλων τους είναι απασχολημένο με τη διόρθωση λαθών που προκύπτουν από ενέργειες που αρχικά έγιναν κατά λάθος. Ωστόσο, εκτός από τις αρνητικές συνέπειες που περιγράφονται παραπάνω, το κόστος της κακής ή χαμηλής ποιότητας επηρεάζει επίσης τη συνολική παραγωγικότητα ενός νοσοκομείου. Διαφορετικά, οι πόροι αυτοί θα μπορούσαν να έχουν αυξήσει την παραγωγικότητα αντί να αφιερωθούν στη διόρθωση του προβλήματος. Τέλος, μια άλλη αρνητική συνέπεια της κακής ή υποβαθμισμένης φροντίδας, και ίσως η σημαντικότερη, είναι ότι το προσωπικό «μαθαίνει να ζει με αυτό» και εργάζεται χωρίς να το αντιλαμβάνεται μετά από λίγο καιρό. Η καταμέτρηση ή η εκτίμηση των φτωχών ή κακής ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι ένα ιδιαίτερα δύσκολο έργο, καθώς μπορεί να γίνει μόνο μέσω ειδικών ερευνών και εμπειρογνομόνων. Γι' αυτό το λόγο οι δαπάνες αυτές ονομάζονται κρυφές δαπάνες, οι οποίες δεν καταγράφονται πουθενά και είναι δύσκολο να ελεγχθούν. Σύμφωνα με τους Porter και Theisberg, η ποιότητα και το κόστος μπορούν συχνά να βελτιωθούν ταυτόχρονα. Επομένως, δεν μπορεί να δημιουργηθεί και να διατηρηθεί στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης μια νοοτροπία που προωθεί την αντίληψη ότι το κόστος και η ποιότητα βελτιώνονται εις βάρος άλλων.<sup>376</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> – ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### 6.1. Εισαγωγή για την ικανοποίηση των ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών, συγκροτεί ένα σχετικό φαινόμενο που πρωτοεμφανίστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής κατά τη δεκαετία του 1950, ωστόσο η έρευνα για το συγκεκριμένο θέμα εντατικοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1970, όταν η ικανοποίηση των ασθενών έγινε ξεχωριστός τομέας μελέτης στο πλαίσιο μιας πιο ανθρωποκεντρικής προσέγγισης της ποιότητας της περίθαλψης.<sup>388</sup> Η κατανόηση των κινητήριων δυνάμεων της ικανοποίησης των ασθενών θεωρήθηκε κρίσιμη ως προς την ανάπτυξη των πολιτικών που απαιτούνται για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας διεθνώς.<sup>389</sup> Ο Donabedian (1980), με το έργο του συνέβαλε σημαντικά επισημαίνοντας ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα ουσιαστικό ερευνητικό πλαίσιο που θεμελιώνει την έρευνα που σχετίζεται με τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Υποστήριξε, ότι όσο περισσότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται οι ασθενείς, τόσο πιο πιθανό είναι να συνεργαστούν με το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης, να υποστηρίξουν περισσότερο την υγειονομική περίθαλψη και να αναλάβουν πιο ενεργό ρόλο στην κατάσταση της υγείας τους, γεγονός που υποδηλώνει την εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνουν.<sup>365</sup> Στη συνέχεια, οι Bond και Thomas (1992) υποστήριξαν ότι οι ασθενείς εκφράζουν την ικανοποίησή τους όταν ικανοποιούνται οι εσωτερικές τους ανάγκες, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις. Αντίθετα, θα εκφράσουν δυσαρέσκεια όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι παρεχόμενες ανέσεις δεν τους ικανοποιούν. Αργότερα, παρουσιάστηκαν διάφορες θεωρίες για την ικανοποίηση των ασθενών, όπως: α) η θεωρία της προσδοκώμενης αξίας, η οποία ισχυρίζεται ότι οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι προηγούμενες προσμονές των ασθενών από τη φροντίδα επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, β) η θεωρία της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία διατείνεται ότι οι διαπροσωπικές διαδικασίες φροντίδας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της ικανοποίησης των ασθενών.<sup>390</sup>

Η ικανοποίηση των ασθενών περιλαμβάνει τις ανάγκες που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, τις προσδοκίες τους από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τις εμπειρίες τους από την υγειονομική περίθαλψη. Υποδηλώνει επίσης, ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης με τους οποίους έρχονται σε επαφή οι ασθενείς ανταπεξέρχονται στις προσδοκίες, τις απαιτήσεις και τις ανάγκες τους και ταυτόχρονα περιορίζουν τον βαθμό στον οποίο





εκφράζουν δυσαρέσκεια ή παράπονα. Έτσι, συνάγεται το συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση που βιώνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οφείλεται στο γεγονός ότι επιτυγχάνεται μέσω ενός αποδεκτού επιπέδου παροχής υπηρεσιών και ότι η ικανοποίηση αποτελεί μια έννοια σχετική, που δύναται να μετρηθεί σε σχέση με τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις επιθυμίες των ασθενών. Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, εμπεριέχει τόσο τις ιατρικές όσο και τις μη ιατρικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης, και αυτή η πολυδιάστατη έννοια σχετίζεται απευθείας με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ έχει πλέον καταστεί καθοριστικός δείκτης ως προς την αξιολόγηση της απόδοσης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης τις τελευταίες δεκαετίες.

Το δικαίωμα εκπροσώπησης των καταναλωτών υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες, νομική και ηθική υποχρέωση όλων των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι όλες οι εγκαταστάσεις και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης οφείλουν να διερευνούν, μέσω της συλλογής πληροφοριών, την ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτό, ο Donabedian (1987) ανέφερε ότι οι ασθενείς απαρτίζουν πολύτιμη και αναγκαία πηγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και ότι η μέτρηση της ικανοποίησης αναγνωρίζεται ως ένας από τους ουσιαστικότερους και εγκυρότερους δείκτες για την αξιολόγηση και τη διαμόρφωση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Είναι εξάλλου φυσιολογικό, ότι οι ασθενείς που αποτελούν τους κύριους αποδέκτες των υπηρεσιών, και τελικά βιώνουν άμεσα τις υπηρεσίες υγείας, να ενδιαφέρονται περισσότερο και να αποτελούν τους κύριους πληροφοριοδότες της αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας. Στο παρελθόν, έχουν υπάρξει μελέτες σχετικές με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα, ωστόσο φαίνεται να είναι περιορισμένες. Είναι λοιπόν σαφές, ότι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να λαμβάνουν τη βέλτιστη δυνατή φροντίδα σύμφωνα με τις τρέχουσες επιστημονικές γνώσεις και τους διαθέσιμους πόρους, και ενώ το δικαίωμα αυτό έρχεται στο προσκήνιο, υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη να ενισχυθεί ο ρόλος της ποιότητας των υπηρεσιών.<sup>391-394</sup>

Δεδομένης της συνεχούς και τεράστιας ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών θεωρείται κινητήριο μοχλός της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, η οποία με τη σειρά της συμπληρώνει τις ηθικές ή νομικές υποχρεώσεις των ιδρυμάτων και των παρόχων και συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα. Καθώς οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας απευθύνονται στους ασθενείς, πρέπει να αξιολογούνται από



αυτούς. Συνεπώς, η μέτρηση της ικανοποίησης τοποθετεί με επιτυχία τον ασθενή στο επίκεντρο της προσοχής. Περαιτέρω, η ικανοποίηση αποτελεί σημαίνουσα πηγή πληροφοριών σε σχέση με την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και τους διαχειριστές των υπηρεσιών ως δείκτης καλής οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών. Αυτό οφείλεται στο ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι περισσότερο πιθανό να επιστρέψουν για ένα ραντεβού παρακολούθησης σύμφωνα με το θεραπευτικό τους σχέδιο και έτσι να διατηρήσουν μια επικοινωνιακή σχέση με τον ιατρό τους. Η καταγραφή και η μέτρηση των απόψεων των ασθενών μέσω δομημένων ερωτηματολογίων έχει επομένως καταστεί μια από τις κύριες μεθόδους αξιολόγησης της ποιότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.<sup>395</sup> Ιδιαίτερα στον τομέα της δημόσιας υγείας, οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών χρησιμεύουν ως μηχανισμός για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να εντοπίζουν ζητήματα ποιότητας που σχετίζονται με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών ή να προσδιορίζουν τις απόψεις των χρηστών σχετικά με τη διαμόρφωση, την ανάπτυξη και την εφαρμογή πολιτικών υγείας. Υπό αυτή την εκδοχή, οι έρευνες ικανοποίησης απαρτίζουν μια μορφή λογοδοσίας, όσον αφορά την κοινωνική ευθύνη των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.<sup>396</sup>

## **6.2. Ορισμός της έννοιας Ικανοποίησης των Ασθενών**

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών έχει οριστεί ποικιλοτρόπως, αλλά γενικά η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται ότι αποτελεί το βαθμό σύμπτωσης μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών όσον αφορά την παροχή ιδανικής φροντίδας και της αντίληψής τους για το επίπεδο της φροντίδας που τελικά έλαβαν.<sup>397</sup> Έτσι, η ικανοποίηση των ασθενών αντικατοπτρίζει τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της περίθαλψης και αντιπροσωπεύει ένα συγκεκριμένο στοιχείο της ποιότητας που είναι ιδιαίτερα ευθυγραμμισμένο με τις προσδοκίες και τις αξίες τους. Επιπλέον, η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να οριστεί ως η ανταπόκριση του ασθενούς στην παρεχόμενη μονάδα υγειονομικής περίθαλψης, η οποία εκφράζεται με όρους της εμπειρίας του. Η ικανοποίηση των ασθενών περιλαμβάνει τον συνδυασμό των αναγκών, των προσδοκιών και των εμπειριών των ασθενών στον τομέα της υγείας, ο οποίος περιγράφει την αντιλαμβανόμενη ποιότητα της περίθαλψης και παρέχει τη βάση για την αξιολόγηση και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, αν και η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αναφέρεται σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, η ικανοποίηση των ασθενών συναρτάται κυρίως από τρεις καθοριστικούς παράγοντες: α) τις προσδοκίες των ασθενών από την



υπηρεσία, β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών παραμένει μέχρι σήμερα ασαφώς καθορισμένη, ανεξάρτητα από το πεδίο μελέτης στο οποίο μελετάται, λόγω της πολυδιάστατης φύσης της. Έτσι, αν και η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται ευρέως διεθνώς και εφαρμόζεται σε πλαίσια που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη, δεν υπάρχει σαφής και ομοιογενής ορισμός ούτε σαφής σύνδεση με την τεχνική ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.<sup>385, 394</sup>

Έχει αποδειχθεί ότι οι επιθυμίες και οι προσδοκίες των ασθενών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποκειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς δεν είναι πλήρως διαμορφωμένες πριν από την εισαγωγή τους σε μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης. Το προσωπικό, εφόσον το επιθυμεί, είναι δυνατόν να επενεργήσει και τελικά να διαμορφώσει τις αντιλήψεις των ασθενών μέσω της συνεχούς παρουσίας του σε κοντινή απόσταση από τον ασθενή και μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην επίλυση τυχόν προβλημάτων και στην παροχή φροντίδας όλο το εικοσιτετράωρο.<sup>398</sup> Η συγκέντρωση των απόψεων των ασθενών για την ικανοποίησή τους μετατρέπεται σε μετρήσιμες τιμές και η διαχείριση των εκροών γίνεται κατά την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με τον τρόπο αυτό, είναι δυνατόν να ληφθούν δεδομένα μέσω των ασθενών, τα οποία εφόσον χρησιμοποιηθούν σωστά, μπορούν να συμβάλουν στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια, η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας δεν είναι απλώς ένα μέτρο ποιότητας, αλλά ένας από τους σημαντικότερους στόχους της υγειονομικής περίθαλψης.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται να είναι πιο δύσκολη και σύνθετη, σε γενικό πλαίσιο, χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, είναι ανεπιθύμητη, ενδεχομένως δυσάρεστη, συνεπάγεται άγχος και στρες και δεν μπορεί να προγραμματιστεί εκ των προτέρων. Από τη φύση της, η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών διαφέρει από άτομο σε άτομο, αφού κάποιος μπορεί να έχει ικανοποιήσει τις προσδοκίες του, ανεξάρτητα από το πόσο ποιοτικές είναι οι προσδοκίες αυτές. Ενδέχεται, οι ασθενείς να μείνουν ικανοποιημένοι από τη περίθαλψη που έλαβαν παρά το γεγονός ότι δεν ήταν υψηλής ποιότητας, αλλά είναι δυνατόν να μείνουν και δυσαρεστημένοι παρά το γεγονός ότι έλαβαν υψηλής ποιότητας περίθαλψη και υπηρεσίες υγείας. Πολλές φορές, οι ίδιοι οι χρήστες των υπηρεσιών δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν τα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Υπάρχουν λοιπόν, αντικειμενικοί σημαντικοί αρνητικοί



παράγοντες που εμποδίζουν τους ασθενείς να αξιολογήσουν έναν συγκεκριμένο πάροχο υπηρεσιών.<sup>399</sup> Όλα τα παραπάνω υποδεικνύουν την ανάγκη διεξαγωγής ερευνών για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται οι αδυναμίες και τα προβλήματα των παρόχων υπηρεσιών υγείας.<sup>400</sup>

### **6.3. Θεωρίες της ικανοποίησης των ασθενών**

Τέσσερις θεωρίες που διατυπώθηκαν στην διεθνή βιβλιογραφία κατά την δεκαετία του 1980, θεωρούνται οι σημαντικότερες για τον εννοιολογικό προσδιορισμό της ικανοποίησης των ασθενών, αυτές περιγράφονται στη συνέχεια.

#### **6.3.1. Η θεωρία της ποιότητας της φροντίδας υγείας**

Η θεωρία της ποιότητας της φροντίδας υγείας (Healthcare quality theory), που αναπτύχθηκε από τον Donabedian το 1980, υποστήριξε ότι οι ασθενείς εκφράζουν ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια ως αποτέλεσμα της γενικής αντίληψής τους ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους τομείς, ιδίως σε εκείνους που σχετίζονται με τη διαπροσωπική επαφή μεταξύ των ασθενών και του ιατρικονοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού.

#### **6.3.2. Η θεωρία της Ασυμφωνίας**

Η θεωρία της ασυμφωνίας (Discrepancy Theory), αναπτύχθηκε από τους Fox και Storms το 1981. Με βάση τη θεωρία αυτή, ο βαθμός ικανοποίησης ορίζεται ως το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών του ασθενούς και της αναλογίας των ικανοποιούμενων αναγκών του. Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των ασθενών από το σύστημα υγείας, ποικίλλουν ανάλογα με τις αξίες και τις εμπειρίες τους. Οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν η σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών τους και της ατιλαμβανόμενης πραγματικότητας κατά την αλληλεπίδρασή τους με τις υπηρεσίες υγείας είναι θετική και δυσαρεστημένοι εάν είναι αρνητική.

#### **6.3.3. Η Θεωρία των Προσδοκιών–Αξιών**

Η συγκεκριμένη θεωρία διατυπώθηκε από την Linder-Pelz το 1982, αναφερόμενη στις «στάσεις» που σχηματίζουν οι άνθρωποι. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι στάσεις μπορούν να διακριθούν από τις αντιλήψεις, ενώ οι προσδοκίες των ασθενών ορίζονται ως αντιλαμβανόμενες διαστάσεις των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών. Με τη θεωρία της η



Linder-Pelz, που ονομάστηκε Θεωρία των Προσδοκιών–Αξιών (Expectancy–Value Theory), θεώρησε ότι θα μπορούσε να εξηγήσει καλύτερα την ικανοποίηση των ασθενών, υποστηρίζοντας ότι οι προσδοκίες είναι οι βασικοί παράγοντες που καθορίζουν τελικά τις στάσεις που διαμορφώνουν οι ασθενείς, δηλαδή την ικανοποίηση των ασθενών. Για το λόγο αυτό, η Linder-Pelz συνδύασε διαφορετικές διαστάσεις της υγειονομικής περίθαλψης, όπως η πρόσβαση, η αποτελεσματικότητα, το κόστος και η ευκολία χρήσης, καθώς και διαφορετικές αντιδράσεις και εμπειρίες από τις παραμέτρους της υγειονομικής περίθαλψης. Θεώρησε την ικανοποίηση ως μια πολυδιάστατη έννοια που κάθε παράμετρος αποτελεί δυνητική πηγή ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας των ασθενών. Με βάση τη θεωρία αυτή, η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται ως μια σταθερά θετική αξιολόγηση των διαφόρων παραμέτρων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις προσωπικές προσδοκίες, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τις αξίες του ασθενούς, όσον αφορά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

#### **6.3.4. Η θεωρία των πολλαπλών μοντέλων**

Το 1983, οι Fitzpatrick και Hopkins ανέπτυξαν τη θεωρία των πολλαπλών μοντέλων (Multiple model Theory), η οποία θεώρησε ότι η ικανοποίηση δεν συγκροτεί ενιαία έννοια, αντίθετα αποτελείται από πολλές διαφορετικές παραμέτρους, στη βάση αυτή προσδιόρισε την ύπαρξη τριών διαφορετικών μοντέλων ικανοποίησης, καθένα από τα οποία καθορίζεται από συγκεκριμένες παραμέτρους. Το πρώτο μοντέλο, είναι η «ανάγκη για το οικείο», του οποίου καθοριστική παράμετρος συγκροτούν οι κοινωνικά κατασκευασμένες προσδοκίες, ο βαθμός εκπλήρωσης των οποίων καθορίζει το βαθμό ικανοποίησης. Το δεύτερο μοντέλο, είναι αυτό των «στόχων αναζήτησης της βοήθειας», όπου καθοριστική παράμετρος δεν είναι οι προσδοκίες, αλλά η επίλυση των προβλημάτων υγείας. Το τρίτο μοντέλο, σχετίζεται με τις «συναισθηματικές ανάγκες» του ασθενούς, όπου η κύρια παράμετρος που καθορίζει την ικανοποίηση αποτελεί ο βαθμός στον οποίο οι συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς ικανοποιούνται από το ιατρικό και το λοιπό προσωπικό.

#### **6.4. Παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών**

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί συνάρτηση λειτουργικών και οργανωτικών χαρακτηριστικών, έτσι είναι απαραίτητο οι ασθενείς να έχουν εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και είναι επίσης απαραίτητο το προσωπικό υγείας να παρέχει στους ασθενείς επαρκή καθοδήγηση, συμβουλές, εκπαίδευση και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, η σχέση μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και των



ασθενών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της ικανοποίησης. Εάν υπάρχει μια σχέση εμπιστοσύνης και εμπιστευτικότητας, οι ασθενείς αισθάνονται πιο άνετα και συνεπώς περισσότερο ικανοποιημένοι. Ωστόσο, παρά τις πολυάριθμες μελέτες στο παρελθόν, δεν υπάρχει σαφής απάντηση στο ερώτημα ποιοι παράγοντες και σε ποιο βαθμό επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον, δεν υπάρχει ακόμη συναίνεση σχετικά με τους μηχανισμούς που προκαλούν την έκφραση ικανοποίησης. Πολλές μελέτες παρέχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα σχετικά με τους ορισμούς και τους καθοριστικούς παράγοντες των δεικτών ικανοποίησης των ασθενών, γεγονός που ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι οι εν λόγω καθοριστικοί παράγοντες μπορούν να αναφέρονται τόσο στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όσο και στους ασθενείς. Οι παράγοντες που φαίνονται ότι επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών περισσότερο, είναι:<sup>387, 394</sup>

#### α) Οι προσδοκίες των ασθενών

Προσερχόμενος ο ασθενής σε έναν οργανισμό παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, έχει περίπου διαμορφώσει μια ιδέα ή στάση ως προς την ποιότητα της υγείας και έχει σχηματίσει κιάλας κάποιες προσδοκίες. Στην περίπτωση που οι προσδοκίες αυτές εκπληρωθούν, ο ασθενής εκδηλώνει την ικανοποίησή του. Βέβαια, μερικές φορές οι προσδοκίες αυτές μπορεί να είναι ιδεατές ή υπερβολικά αισιόδοξες, οδηγώντας σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες που δεν ικανοποιούν τους ασθενείς και δίνουν την εντύπωση κακής ποιότητας υπηρεσιών. Επιβάλλεται να μην παραλείψουμε, ότι η επικύρωση των προσδοκιών άπτεται της υποκειμενικής αξιολόγησης του χρήστη, η οποία ανακύπτει από την αντιπαραβολή μεταξύ των προσδοκιών του και της παρεχόμενης υπηρεσίας.

#### β) Τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ίδιων των ασθενών

- η ηλικία, αποτελεί έναν από τους πλέον σημαίνοντες παράγοντες επίδρασης στο ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών, αφού η πλειοψηφία των ερευνών παρουσιάζουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι, δεδομένης της επώδυνης προηγούμενης κατάστασης που είχαν βιώσει στο παρελθόν, της διάθεσης τους να είναι λιγότερο επικριτικοί και της εσωτερικής ανησυχίας για το αποτέλεσμα παρά για τις ίδιες τις διαδικασίες (πχ. για την καθαριότητα του ιατρείου). Οι ηλικιωμένοι, παρουσιάζουν μεγαλύτερες προσδοκίες από τους ιατρούς, είναι περισσότερο υπομονετικοί, αποδέχονται περισσότερο τις ιατρικές οδηγίες και πράξεις, ενδεχομένως επειδή δεν διαθέτουν την αρμόζουσα εμπειρία και δεν μπορούν να σχηματίσουν μια πλήρη άποψη, γι' αυτό και διατηρούν χαμηλότερες προσδοκίες.



Αντίθετα, οι νεότεροι ηλικιακά ασθενείς θεωρούνται λιγότερο ικανοποιημένοι, αμφισβητούν συχνότερα τις ασκούμενες πρακτικές και είναι λιγότερο ευμενώς διατεθειμένοι να πειθαρχήσουν με τις οδηγίες των ιατρών, αφού έχουν υψηλότερες προσδοκίες και ασκούν μεγαλύτερη κριτική.<sup>387</sup>

- το επίπεδο εκπαίδευσης, που εμφανίζει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την ικανοποίηση. Έτσι, οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι περισσότερο ενημερωμένοι, έχουν υψηλότερες προσδοκίες και είναι λιγότερο ικανοποιημένοι.<sup>402</sup> Σε αντίθεση, τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συνδέονται με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης.<sup>403</sup>
- το φύλο, έρευνες έχουν παρουσιάσει ότι οι γυναίκες τείνουν να επισκέπτονται συχνότερα τις νοσηλευτικές κλινικές και, ως εκ τούτου, έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.
- η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του ασθενή, επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, άτομα από υψηλά στρώματα δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι.
- η οικογενειακή κατάσταση, από έρευνες φαίνεται ότι υπάρχει θετική επίδραση από τον συγκεκριμένο παράγοντα στην ικανοποίηση των ασθενών, αφού οι έγγαμοι παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι.<sup>404</sup>
- οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών, επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- η ασθένεια, έχει διαπιστωθεί ότι ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας, επηρεάζεται και η ικανοποίηση του ασθενούς. Έτσι, εάν η κατάσταση του ασθενούς είναι σοβαρή, η ψυχολογική πίεση που βιώνει οδηγεί σε χαμηλή ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες.

#### γ) Τα περιβαλλοντικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά κάθε υπηρεσίας υγείας

Η καθαριότητα, οι χώροι αναμονής και διαμονής και η έξοδος των ασθενών συγκροτούν παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση.<sup>405</sup>

#### δ) Η σχέση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή

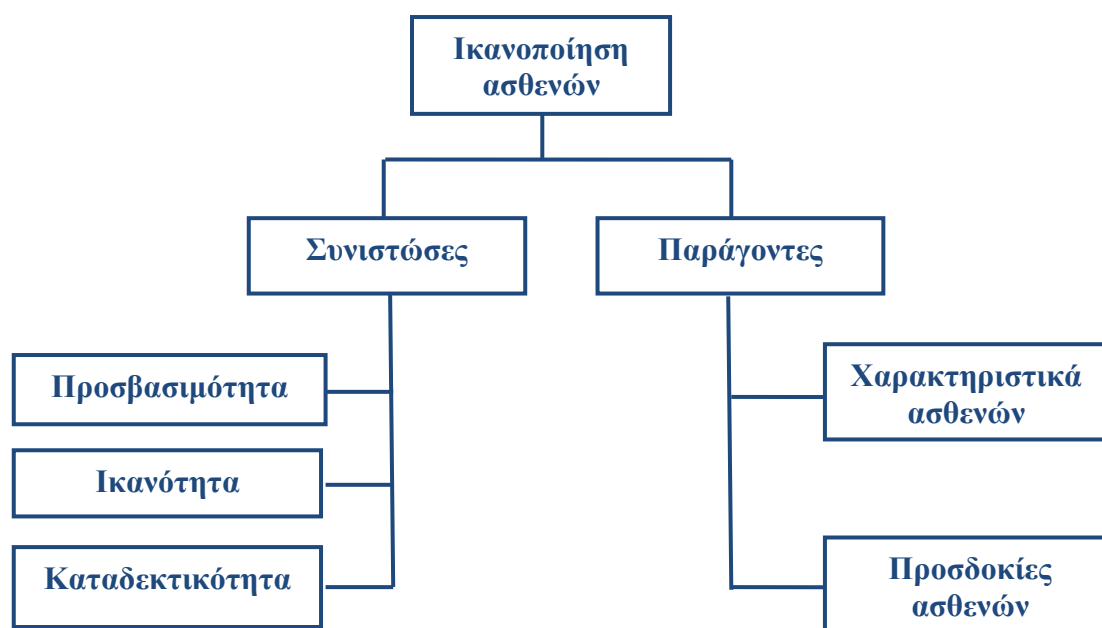
Είθισται, οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας να προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς, σύμφωνα με τη δική τους κρίση για το τι είναι καλό για αυτούς και ενεργούν βάση αυτού που θεωρούν οι ίδιοι ότι πρέπει να παρέχεται στον ασθενή. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια η συμπεριφορά αυτή έχει αλλάξει, αφού φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας εστιάζουν στο τι επιζητούν και χρειάζονται οι ασθενείς από τη φροντίδα τους και





έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στη σημασία των αναγκών του ασθενούς. Όμως τι είναι αυτό που τελικά έχει ανάγκη και ικανοποιεί τους ασθενείς;

Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού είναι ζωτικής σημασίας για την ικανοποίηση των ασθενών. Περισσότερη και καλύτερη επικοινωνία αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών. Η απροθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού, θεωρείται ότι συνδέεται με χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών, αν και η διαπίστωση αυτή έχει γίνει περισσότερο στις αλληλεπιδράσεις ασθενούς-νοσηλευτή παρά στις αλληλεπιδράσεις ασθενούς-ιατρού. Πολλοί ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τους ασθενείς. Ο Ware Jr (2009) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως τους παράγοντες ή τα στοιχεία που συνεργάζονται για να διαμορφώσουν την ικανοποίηση. Σχηματικά απέδωσε την ικανοποίηση των ασθενών, ως κάτωθι:<sup>406</sup>



**Διάγραμμα 6.1.: Βασικές συνιστώσες της ικανοποίησης ασθενών** <sup>406</sup>

Σε περαιτέρω έρευνες που διεξήχθησαν, ζητήθηκε από τους ασθενείς να αξιολογήσουν και να συγκρίνουν τη σημασία των διαφόρων πτυχών που είχαν βιώσει, η καταδεκτικότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αξιολογήθηκε σε υψηλό βαθμό. Η καταδεκτικότητα συνίσταται στην ζεστασιά και φιλικότητα εκ μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, επιπλέον περιλαμβάνονται οι ανησυχίες και οι προσδοκίες του ασθενούς.<sup>407</sup> Σύμφωνα με τους Williams & Calnan (1991), σημαντικότερα κριτήρια της έρευνας του, ήταν η



επαγγελματική επάρκεια, η φύση και η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του ασθενούς και του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης.<sup>408, 409</sup>

### **6.5. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών**

Ο Donabedian ήταν ένας από τους πρώτους που αναγνώρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως βασικό δείκτη της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Κατά την άποψή του, η ικανοποίηση των ασθενών αντιπροσωπεύει τη γνώμη του ασθενούς για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Συνιστά εκείνο το μέρος της ποιότητας, που συνδέεται με τη φροντίδα και, ειδικότερα, με τις προσδοκίες και τις αξίες των ασθενών. Θεώρησε την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα επιθυμητό αποτέλεσμα της υγειονομικής περίθαλψης και δημοσίευσε ορισμένα χαρακτηριστικά των διαστάσεων της ποιότητάς της. Στη συνέχεια, ο Hudson, βασιζόμενος στις απόψεις του Donabedian, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνιστά πολύτιμο δείκτη ποιότητας και είδε τους ασθενείς ως σημαντική πηγή πληροφοριών σχετικά με τον τρόπο παροχής της περίθαλψης. Επομένως, όποτε αξιολογούνται οι απόψεις των ασθενών, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.<sup>410</sup>

### **6.6. Τα οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών για τους οργανισμούς**

Όσο χρήσιμο είναι για τους ασθενείς να εξετάζεται η ικανοποίησή τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας, τόσο απαραίτητο είναι και για τους οργανισμούς υγείας, αφού προκύπτουν αξιοσημείωτες πληροφορίες για τις εγκαταστάσεις της υγειονομικής περίθαλψης, την αξιολόγηση της απόδοσης του προσωπικού, κ.α. Θεωρείται, ότι η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση του προσωπικού, μπορεί:<sup>411, 412</sup>

- (α) να αυξήσει την αξιοπιστία των βαθμολογιών ικανοποίησης των ασθενών εντός του οργανισμού.
- (β) να αυξήσει τη λογοδοσία του προσωπικού.
- (γ) να προσφέρει έναν νέο τρόπο ανταμοιβής του προσωπικού με βάση μη μεροληπτικά κριτήρια.
- (δ) να παρέχει μια πιο τεκμηριωμένη προσέγγιση της απόδοσης στον εργασιακό χώρο.
- (ε) να διευρύνει το φάσμα των προτύπων απόδοσης στα οποία βασίζονται οι διευθυντές των νοσοκομείων.
- (ζ) να προσανατολίσει το προσωπικό να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς.



Οι κύριες επιδράσεις των ερευνών μέτρησης ικανοποίησης της ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:<sup>413</sup>

- (α) τα προγράμματα μέτρησης της ικανοποίησης μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία με όλους τους ασθενείς, εφόσον υπάρχει συνεπής και μεθοδική προσέγγιση από τον οργανισμό.
- (β) ο ίδιος ο οργανισμός είναι δυνατόν να διαπιστώσει κατά πόσο οι υπηρεσίες που παρέχει εφαρμόζονται και ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών.
- (γ) ο οργανισμός είναι σε θέση να αξιολογήσει κατά πόσο οι νέες δραστηριότητες, μέθοδοι, προσπάθειες και προγράμματα έχουν αντίκτυπο στους ασθενείς.
- (δ) προσδιορίζονται οι βασικοί παράμετροι ικανοποίησης και εντοπίζονται οι βασικές ανάγκες.
- (ε) εντοπίζονται και καθορίζονται οι τρόποι σύμφωνα με τους οποίους δύνανται να γίνουν βελτιώσεις.
- (ς) προσδιορίζονται οι σημαντικότερες θετικές ή αρνητικές πτυχές του οργανισμού, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις, τις απόψεις και τις αντιλήψεις των ασθενών.
- (ζ) παρακινούν το προσωπικό του οργανισμού και αυξάνουν την παραγωγικότητά του, καθώς οι προσπάθειες για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών μπορούν να αξιολογηθούν πιο αντικειμενικά από τους ίδιους τους ασθενείς, παρέχοντας έτσι μια μεγαλύτερη αντικειμενικότητα στην αξιολόγηση.

Η επιτυχής παροχή υγειονομικής περίθαλψης, απαιτεί ο ασθενής να βρίσκεται στο επίκεντρο των οργανωτικών στρατηγικών. Ο κύριος τρόπος για να τεθεί ο ασθενής στο επίκεντρο, είναι να μετρηθεί η παρεχόμενη φροντίδα και ταυτόχρονα να διασφαλιστεί ότι όλο το προσωπικό που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους, το επιδιώκει και το κάνει.

### **6.7. Περιορισμοί των μετρήσεων της ικανοποίησης ασθενών**

Παρά τα πολλά πλεονεκτήματα που έχουν οι μετρήσεις ικανοποίησης των ασθενών, υπάρχουν και βασικοί περιορισμοί ή εμπόδια που μπορούν να οδηγήσουν σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων. Το 1999, ο Hannu Vuori, στην εργασία του «Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care?», ανέφερε τους λόγους σύμφωνα με τους οποίους ενδέχεται να αμφισβητηθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων ικανοποίησης των ασθενών, συγκεκριμένα:<sup>414</sup>



- η έλλειψη αντικειμενικότητας στην κρίση, ως αποτέλεσμα του συναισθηματικού φόρτου που συνδέεται με το βίωμα της ασθένειας (π.χ. άρνηση, μη αποδοχή της νόσου), έτσι τελώντας υπό καθεστώς ψυχολογικής πίεσης και άγχους, δεν δύνανται να εκφράζονται αντικειμενικά.
- η απροθυμία των ασθενών να αποκαλύψουν τις απόψεις τους οφείλεται σε βαθύτερους λόγους, όπως η εξάρτηση από το προσωπικό, η αδυναμία κατανόησης των ιατρικών οδηγιών και η έλλειψη πληροφόρησης.<sup>415</sup>
- το πλήθος των μεταβλητών από τις οποίες εξαρτάται η ικανοποίηση, όπως: το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική τάξη, το μορφωτικό επίπεδο, το πολιτισμικό επίπεδο, κ.α.
- οι διαφορετικοί στόχοι μεταξύ ιατρών και ασθενών
- η μειωμένη πληροφόρηση και ενημέρωση από τους ιατρούς, ως αποτέλεσμα της χρήσης δυσνόητης ορολογίας ή απουσίας του αναγκαίου χρόνου κάλυψης των αναγκών του ασθενή
- η έλλειψη ειδικών και εξειδικευμένων τεχνικών πληροφοριών εκ μέρους του ασθενούς για την ορθή αξιολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, υποδηλώνει ότι ο ασθενής είναι περισσότερο ικανός να αξιολογήσει τις διαπροσωπικές παρά τις τεχνικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τους Levois et al (1981), ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών τείνει να δηλώνει ικανοποιημένο από αυτό που πραγματικά βιώνει, πολλές φορές φοβούμενο μη ευνοϊκές συμπεριφορές από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, πολλοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ή απάθεια για τη συμμετοχή τους σε έρευνες αξιολόγησης της υγειονομικής περίθαλψης, πιστεύοντας ότι δεν θα υπάρξει καμία βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή σε σχέση με την κατάσταση της υγείας τους.<sup>416, 417</sup>

#### **6.8. Διαφορές μεταξύ της ικανοποίησης ασθενών και της μέτρησης της εμπειρίας τους**

Τα συστήματα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, εκτός από την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδουν στην ικανοποίηση των ασθενών, επιχειρούν να αξιολογήσουν και τις εμπειρίες των ασθενών (patient experience). Επιδίωξη της μέτρησης των εμπειριών των ασθενών, απαρτίζει η ενίσχυση της ποιότητας κατά την πραγματοποιούμενη επίσκεψη σε οργανισμούς υγείας. Η διαδικασία αξιολόγησης και μέτρησης των εμπειριών των ασθενών, συνδέεται περισσότερο με αξιολογήσεις χειρισμού επειγόντων περιστατικών κατά την οξεία φάση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού (acute care).



Υπάρχει σημαντική αντίθεση μεταξύ των μελετών για την «ικανοποίηση» και την «εμπειρία» των ασθενών. Τα μέσα που μετρούν την εμπειρία μέσω αναφορών των ασθενών απαιτούν ανάκληση της μνήμης και αξιολογούν τη συχνότητα συγκεκριμένων γεγονότων, συχνά όμως δεν αντικατοπτρίζουν αντικειμενικά την παροχή φροντίδας. Αντικατοπτρίζουν επίσης, μόνο τη συχνότητα ορισμένων συμβάντων ή ποσοτικοποιούν τον αριθμό των προβλημάτων και δεν σχετίζονται με τη σημασία που αποδίδει ο ασθενής στο πρόβλημα. Ειδικότερα, όσο αυξάνεται ο χρόνος μεταξύ της εμπειρίας του ασθενούς και της αναφοράς, μειώνεται ο βαθμός εγκυρότητας και σημαντικότητας.<sup>418</sup> Η προσέγγιση του Ινστιτούτου Picker είναι αντιπροσωπευτική αυτού του είδους της έρευνας, στην οποία η ικανοποίηση των ασθενών παραλληλίζεται με τρεις βασικές μεταβλητές: α) τις προσωπικές προτιμήσεις, β) τις προσδοκίες και γ) τη ληφθείσα φροντίδα. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ο ιατρός, το πολιτιστικό και μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς και, ιδιαίτερα, η κατάσταση της υγείας επιδρούν σημαντικά στη διαμόρφωση του επιπέδου της ικανοποίησης, που μετράται με τη μέθοδο αυτή. Από την άλλη πλευρά, τα εργαλεία που μετρούν την αξιολόγηση της φροντίδας που έλαβε ο ασθενής σε βαθμολογίες λαμβάνουν υπόψη τόσο την ίδια την αξιολόγηση όσο και τη σχετική της σημασία. Ορισμένοι ασθενείς θεωρούν ότι ο πόνος τους είναι «συνήθως» ελεγχόμενος και «πολύ καλός», ενώ άλλοι τον αξιολογούν ως «κακό». Σε γενικές γραμμές, το ποσοστό απάντησης «ποτέ, μερικές φορές, συνήθως, πάντα» δείχνει πόσο συχνά συμβαίνει κάτι, αλλά δεν παρέχει κάποια ερμηνεία για το πώς το βιώνει ο ασθενής. Ένας θεμελιώδης περιορισμός της παραδοσιακής μέτρησης είναι η δυσκολία διαχωρισμού των προσδοκιών και της ικανοποίησης. Αν και οι πληροφορίες που παρέχουν οι ασθενείς είναι υποκειμενικές, οι έρευνες ικανοποίησης παρέχουν ακριβή μέτρηση του τρόπου σύμφωνα με τον οποίο οι ασθενείς έχουν βιώσει την εμπειρία τους στο νοσοκομείο.<sup>419</sup>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ**

### **7.1. Ερευνητικό Μέρος της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Νοσοκομεία**

Στη παρούσα έρευνα, η ικανοποίηση των ασθενών στα Νοσοκομεία και των επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ευθύνης της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, διερευνήθηκε με σκοπό ο χρήστης υπηρεσιών να αποτελέσει το επίκεντρο, ως μια απαραίτητη συνιστώσα στους στόχους και τα καθήκοντα της φροντίδας υγείας.

#### **7.1.1. Είδος έρευνας, μεθοδολογία και συλλογή δεδομένων**

Η συγκεκριμένη εργασία συνιστά μια διαχρονική ποσοτική μελέτη στην οποία αντιπροσωπευτικά αριθμητικά δεδομένα από τις απαντήσεις του πληθυσμού (των νοσηλευόμενων) στο εργαλείο της έρευνας υποβάλλονται σε στατιστική επεξεργασία για τη συστηματική διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ συγκεκριμένων παραμέτρων και την επαγωγική αναζήτηση συμπερασμάτων που δύνανται να γενικευτούν ευρύτερα. Το γεγονός αυτό, λαμβάνει υπόψη ότι οι ασθενείς ως καταναλωτές των υπηρεσιών, είναι οι σημαντικότεροι, αν όχι οι καταλληλότεροι, αξιολογητές της φροντίδας. Κάθε ασθενής είναι δυνατόν να παράσχει ανεκτίμητες πληροφορίες σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό και τις υπηρεσίες που δεν μπορούν εύκολα να γίνουν αντιληπτές από τη διοίκηση ή τρίτους. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να αποτελέσει αξιόλογο δείκτη του βαθμού στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών. Αναγνωρίζεται δηλαδή, ως η μεταβλητή που επενεργεί όχι μόνο στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στη συνεργασία μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, δύναται να αποτελέσει κύριος δείκτης του βαθμού στον οποίο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης κατάφεραν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών, όταν την ίδια στιγμή μπορεί να αποτελέσει βασική μέτρηση αξιολόγησης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της χρήση τους.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Aletras, Niakas & Papachristou (βλέπε επίσης Aletras, Basiouri, Kontodimopoulos, Ioannidou, Niakas 2009), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες έρευνες ικανοποίησης.<sup>234</sup> Στη συνέχεια,



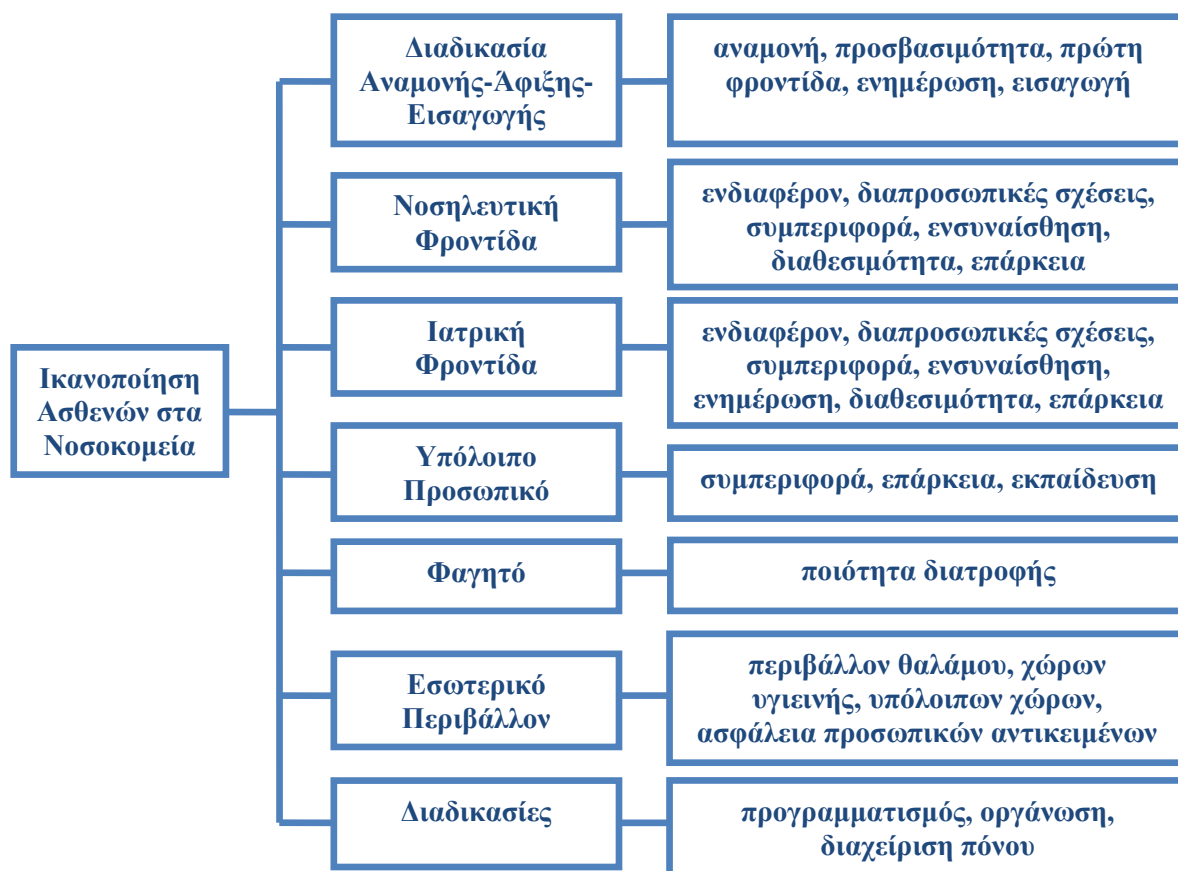
διαμορφώθηκε ο τύπος των ερωτημάτων που θα ήταν δυνατόν να συμπεριληφθούν σε ένα ερωτηματολόγιο για την ικανοποίηση των ασθενών, επιλέγοντας τις ερωτήσεις που ανταποκρίνονταν καλύτερα στους στόχους της παρούσας μελέτης. Ο ερευνητής επισκέφθηκε τους ασθενείς στο δωμάτιο του νοσοκομείου, τους έδωσε ένα έντυπο ερωτηματολόγιο, τους ζήτησε να το συμπληρώσουν και να το γυρίσουν στον ερευνητή, ο οποίος επέστρεφε λίγο αργότερα. Τα ερωτηματολόγια ελήφθησαν από τους ασθενείς από τον ίδιο τον ερευνητή, αφού τους εξηγήθηκε ρητά ο τρόπος και ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και η σημασία της συμμετοχής τους στη μελέτη. Ως πρόσθετο κριτήριο της επιλογής του δείγματος, καθορίστηκε ότι οι ασθενείς έπρεπε να είναι τουλάχιστον 18 ετών, να γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα, να μπορούν να επικοινωνούν με άλλους ανθρώπους και να μιλούν. Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης, τους οποίους ο αναγνώστης θα συναντήσει σύντομα, σχετίζονται πιθανώς με τον φόβο ή την άρνηση σε σχέση με την αξιολόγηση που βιώνουν οι ασθενείς, όταν βρίσκονται σε ιατρικούς τομείς.

Το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε αποτελούνταν από δύο μέρη, στο Α' Μέρος προσπαθήσαμε να ανακτήσουμε πληροφορίες από τις εμπειρίες των ασθενών στα Νοσοκομεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε μία ερώτηση αναφορικά με τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο, εάν έγινε με άλλα λόγια ως επείγον περιστατικό ή προγραμματισμένα μέσω λίστας αναμονής, ακολούθησαν 56 ερωτήσεις, κλειστού τύπου Likert οι περισσότερες, με 6βαθμη κλίμακα έντασης από το διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα και δύνανται να πάρουν αριθμητικές τιμές: 1=συμφωνώ απόλυτα, 2=συμφωνώ, 3=είμαι ουδέτερος/η, 4=διαφωνώ, 5=διαφωνώ απόλυτα, 6=Δεν ξέρω/Δεν απαντώ, χωρισμένες σε 7 διαστάσεις ικανοποίησης, όπως εμφανίζεται στο Διάγραμμα 7.1.. Η ικανοποίηση των ασθενών περιλάμβανε: 12 ερωτήσεις (2-13) που αφορούσαν την αναμονή-άφιξη-εισαγωγή, 9 ερωτήσεις (14-22) που αφορούν την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, 9 ερωτήσεις (23-31) που αναφέρονται στη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, όπως και 5 ερωτήσεις (32-37) που αφορούν το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου. Επιπλέον, υπάρχουν 3 ερωτήσεις (38-40) για την κατάσταση του φαγητού, 10 ερωτήσεις (41-50) αναφερόμενες στο εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, 4 ερωτήσεις (51-54) για τον προγραμματισμό των διαδικασιών του νοσοκομείου και 3 ερωτήσεις (55-57) για τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις με δηλώσεις, θετικής ή αρνητικής διατύπωσης, έτσι ώστε να αποκλειστεί η θετική μεροληψία. Το τελικό ερωτηματολόγιο, συνολικά περιλαμβάνει 58 ερωτήσεις εκ των οποίων οι ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 23, 25,





27, 29, 31, 33, 34, 38, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52 αντιστρέφονται πρώτου τη στατιστική ανάλυση, αφού διατυπώνονται αντίθετα από τις υπόλοιπες. Στο σύνολο του το ερωτηματολόγιο, παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α'.



**Διάγραμμα 7.1.: Οι διαστάσεις ικανοποίησης ασθενών στα Νοσοκομεία**

Το Β' Μέρος, περιλαμβάνει δημογραφικές πληροφορίες σε σχέση με τον πληθυσμό της έρευνας και αποτελείται από 11 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης κ.α.). Πολλοί ασθενείς συμπλήρωσαν οι ίδιοι το ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια ελέγχθηκε ότι είχαν απαντηθεί στο σύνολο τους οι ερωτήσεις.

Για τους ασθενείς που δυσκολεύονταν να απαντήσουν στις ερωτήσεις, ζητήθηκε από ένα μέλος της οικογένειας που είχε γνώση της εμπειρίας του ασθενούς να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο για λογαριασμό του. Οι ασθενείς με προβλήματα όρασης ή κινητικότητας χρειάστηκαν επιπλέον βοήθεια για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Η μελέτη ακολούθησε τα ακόλουθα γενικά βήματα: α) δειγματοληψία, β) σχεδιασμός, δοκιμή, εκτύπωση ερωτηματολογίων και κλιμάκων, γ) ανάλυση δεδομένων.



### 7.1.2. Στατιστική ανάλυση του δείγματος

Η μέση τιμή (ΜΤ), η τυπική απόκλιση (ΤΑ), η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος αναπτύχθηκαν για την αναπαράσταση των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες συχνότητες (N) και οι σχετικές συχνότητες (%) χρησιμοποιήθηκαν για την αναπαράσταση ποιοτικών μεταβλητών, οι μη παραμετρικές δοκιμές Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων και οι μη παραμετρικές δοκιμές Kruskal-Wallis αναπτύχθηκαν για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων. Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r) αναπτύχθηκε για την εξέταση της σχέσης ανάμεσα σε δύο ποσοτικές μεταβλητές. Ένας συντελεστής συσχέτισης (r) μεταξύ 0,10 και 0,30 θεωρήθηκε χαμηλή συσχέτιση, μεταξύ 0,31 και 0,50 θεωρήθηκε μέτρια συσχέτιση και πάνω από 0,50 θεωρήθηκε υψηλή συσχέτιση. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για την εξεύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τα μέτρα φροντίδας, την επαγγελματική ικανοποίηση στον υγειονομικό τομέα και την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία και προέκυψε ο συντελεστής εξάρτησης (β) και η τυπική απόκλιση. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης των μέτρων ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία αναπτύχθηκε με τη χρήση λογιστικού μετασχηματισμού, το επίπεδο σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρο και η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο 0,05. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 26.0.

### 7.1.3. Ικανοποίηση ασθενών από τα Νοσοκομεία

#### 7.1.3.1. Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά ασθενών

Το συνολικό δείγμα αποτελούνταν από 3.724 ασθενείς. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυναίκες (1.922, 51,61%), ενώ η πλειοψηφία του δείγματος (1.753, 47,07%) ήταν ηλικίας 61-74 ετών. Το 73,98% των ασθενών ήταν έγγαμοι, η πλειοψηφία (73,33%) είχε τελειώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και μόνο το 1,07% είχε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα. Το 38,21% ήταν συνταξιούχοι, ενώ το 37,38% ιδιωτικοί υπάλληλοι. Το 77,58% του δείγματος ασθενών είχαν ελληνική υπηκοότητα. Ως προς τη διαμονή τους, το 84,53% των ασθενών δήλωσαν ως νομό διαμονής την Αττική, ενώ το 15,47% των ασθενών που ζουν στην επαρχία μόνιμα, νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο των Αθηνών. Ως προς την οικονομική κατάσταση των ασθενών, το 77,44% δήλωσε ότι βρισκόταν σε πολύ δύσκολη κατάσταση και το 20,52% δήλωσε ότι τα κατάφερνε αλλά δεν είχε πολλά χρήματα. Συμπερασματικά, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος τα βγάζει πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες, γεγονός που αποτυπώνει τη γενικότερη κακή οικονομική κατάσταση της χώρας τα τελευταία έτη. Γενικά,



τα δημόσια νοσοκομεία προσφέρουν νοσηλεία σε λιγότερο εύπορα στρώματα της κοινωνίας, ποσοστό 1,10% δήλωσε ότι δεν τα βγάζει πέρα οικονομικά και μόλις το 0,43% επί του συνόλου, δήλωσε ότι παρουσιάζει άνεση ως προς τα οικονομικά του. Αναλυτικά, τα δημογραφικά και οικονομικά δεδομένα παρουσιάζονται στους Πίνακες 7.1. και 7.2..

<b>Πίνακας 7.1.: Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών στα Νοσοκομεία</b>		
<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>N=3.724</b>	<b>%</b>
<b><u>Φύλο</u></b>		
Άνδρας	1.802	48,39%
Γυναίκα	1.922	51,61%
<b><u>Ηλικία</u></b>		
< 17 ετών	0	0
18-30 ετών	86	2,31%
31-44 ετών	347	9,32%
45-60 ετών	889	23,87%
61-74 ετών	1.753	47,07%
75 > ετών	649	17,43%
<b><u>Οικογενειακή κατάσταση</u></b>		
Έγγαμος/η	2.755	73,98%
Άγαμος/η	209	5,61%
Διαζευγμένος/η	223	5,99%
Χήρος/α	537	14,42%
<b><u>Μορφωτικό επίπεδο</u></b>		
Αναλφάβητος	17	0,46%
Δημοτικό	366	9,83%
Γυμνάσιο	1.114	29,91%
Λύκειο	1.617	43,42%
Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	570	15,31%
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	40	1,07%
<b><u>Επάγγελμα</u></b>		
Αγρότης	43	1,15%
Δημόσιος Υπάλληλος	287	7,71%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1.392	37,38%
Συνταξιούχος	1.423	38,21%
Εργάτης-τρια	21	0,56%
Φοιτητής-τρια	22	0,59%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	293	7,87%
Άνεργος-η/οικιακά	227	6,10%
Άλλο	16	0,43%
<b><u>Ιθαγένεια / Υπηκοότητα</u></b>		
Ελληνική	2.889	77,58%
Άλλη	835	22,42%
<b><u>Νομός Διαμονής</u></b>		
Αττικής	3.148	84,53%
Άλλος	576	15,47%



**Πίνακας 7.2.: Οικονομική κατάσταση των ασθενών στα Νοσοκομεία**

Ποια από τις παρακάτω φράσεις εκφράζει καλύτερα την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού σας;	N=3.724	%
Δεν τα βγάζω πέρα	41	1,10%
Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες	2.884	77,44%
Τα βγάζω πέρα αλλά δεν μου μένουν και πολλά στην άκρη	764	20,52%
Είμαι άνετος οικονομικά	16	0,43%
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	19	0,51%

Ως προς την προσέλευση τους στα νοσοκομεία, από τους αρρώστους δηλώθηκε ότι ποσοστό 75,56% προσήλθε με το ιδιωτικό του μέσο ή χρησιμοποίησε ταξί 8,49%, ενώ μέσω του ΕΚΑΒ προσήλθε το 14,29% των ερωτηθέντων ασθενών. Αστική συγκοινωνία χρησιμοποίησε μόλις ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 1,37%, ενώ υπήρχαν και κάποιοι (N=11 ή 1,37%) που μπόρεσαν να προσέλθουν με τα πόδια.

**Πίνακας 7.3.: Μέσο μεταφοράς για την προσέλευση των ασθενών στα Νοσοκομεία**

	N=3.724	%
ΕΚΑΒ	532	14,29%
ΤΑΞΙ	316	8,49%
Ι.Χ.	2.814	75,56%
Αστική Συγκοινωνία	51	1,37%
Με τα πόδια	11	0,30%

Το 92,40% των ερωτηθέντων ασθενών δήλωσε ότι δεν είχε κάποιο γνωστό στο νοσοκομείο (από το προσωπικό) έτσι ώστε να βοηθηθεί, υπάρχει ωστόσο και ένα ποσοστό 7,20% που είχε κάποιον να τον καθοδηγήσει ως προς τις αποφάσεις του.

**Πίνακας 7.4.: Είχατε κάποιο γνωστό σας άτομο στο νοσοκομείο (από το προσωπικό), που σας βοήθησε;**

	N=3.724	%
Ναι	268	7,20%
Όχι	3.441	92,40%
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	15	0,40%

Στον ακολουθούμενο πίνακα, παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ασθενών στα νοσοκομεία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε κατά τα έτη 2019-2021.

**Πίνακας 7.5.: Κατανομή Ασθενών ανά Νοσοκομείο**

Νοσοκομεία	2019				2020				2021			Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό Ασθενών
	Β' Τριμ.	Γ' Τριμ.	Δ' Τριμ.	Α' Τριμ.	Β' Τριμ.	Γ' Τριμ.	Δ' Τριμ.	Α' Τριμ.	Β' Τριμ.	Γ' Τριμ.	Δ' Τριμ.		
H 01	x	x		x					x			672	18,05%
H 02		x		x	x				x	x	x	408	10,96%
H 03	x	x	x	x	x			x	x	x	x	386	10,37%
H 04		x	x	x				x	x	x		198	5,32%
H 05		x	x	x				x	x	x	x	532	14,29%
H 06		x	x	x	x			x	x	x	x	260	6,98%
H 07		x	x	x	x			x	x	x	x	390	10,47%
H 08		x	x	x	x			x		x		554	14,88%
H 09			x	x	x	x		x	x	x	x	256	6,87%
H 10			x	x				x		x		68	1,83%
<b>Σύνολο Ασθενών</b>												<b>3.724</b>	<b>100%</b>

Σημειώσεις: x = περίοδος έρευνας, H = Hospital = Νοσοκομείο

Στον κάτωθι πίνακα, αναπτύσσεται η κατανομή των ερωτηθέντων ασθενών της έρευνας στις κλινικές των νοσοκομείων.

**Πίνακας 7.6.: Κατανομή Ασθενών ανά Κλινική στα Νοσοκομεία**

Κλινική	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό Ασθενών
1 Παθολογική	703	18,88%
2 Νευροχειρουργική	81	2,18%
3 Χειρουργική	835	22,42%
4 Αιματολογική	51	1,37%
5 Ορθοπαιδική	421	11,31%
6 Γναθοχειρουργική	41	1,10%
7 Θωρακοχειρουργική	75	2,01%
8 Καρδιολογική-Καρδιοχειρουργική	449	12,06%
9 Ενδοκρινολογική	37	0,99%
10 Πνευμονολογική	237	6,36%
11 Νευρολογική-Ψυχιατρική	30	0,81%
12 Ουρολογική	227	6,10%
13 Γαστρεντερολογική	37	0,99%
14 Οφθαλμολογική	17	0,46%
15 Νεφρολογική	32	0,86%
16 ΩΡΛ	103	2,77%
17 Ογκολογική	67	1,80%
18 ΜΕΘ	40	1,07%
19 Ρευματολογική	11	0,30%
20 Γυναικολογική-Μαιευτική	230	6,18%
<b>Σύνολο Ασθενών</b>	<b>3.724</b>	<b>100%</b>

Εκ του συνόλου των 20 κατηγοριών κλινικών των Νοσοκομείων που ελήφθησαν ερωτηματολόγια, τα περισσότερα προέρχονται από χειρουργικές 22,42% (N=835),



παθολογικές 18,88% (N=703), καρδιολογικές-καρδιοχειρουργικές 12,06% (N=449), ορθοπαιδικές 11,31% (N=421), πνευμονολογικές 6,36% (N=237), γυναικολογικές-μαιευτικές (6,18%), ουρολογικές (6,10%), κ.α.

Υπάρχουν δύο κύριοι τρόποι νοσηλείας των ασθενών. Ο πρώτος είναι η επείγουσα νοσηλεία μέσω τμημάτων Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών, ενώ ο δεύτερος είναι η νοσηλεία βάσει ραντεβού. Διερευνώντας το ιατρικό προφίλ των ερωτηθέντων ασθενών σύμφωνα με τους παράγοντες που αναφέρονται ιδιαίτερος στη νοσηλεία τους, αποτυπώνεται ότι το 60,23% του συνόλου ήταν επείγοντα περιστατικά, ενώ ποσοστό 39,77% εισήχθη προσχεδιασμένα. Σε σχέση με το φύλο, από τους άνδρες, το 29,99% εισήχθησαν ως επείγοντα περιστατικά, ενώ 18,39% ως προσχεδιασμένα. Από τις γυναίκες, το 30,24% εισήχθησαν ως επείγοντα περιστατικά, ενώ 21,37% ως προσχεδιασμένα.

**Πίνακας 7.7.: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τον τρόπο εισαγωγής στα νοσοκομεία**

Τρόπος Εισαγωγής		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρες	Γυναίκες	
Επείγον Περιστατικό	N	1.117	1.126	2.243
	%	29,99%	30,24%	60,23%
Λίστα αναμονής - προσχεδιασμένα	N	685	796	1.481
	%	18,39%	21,37%	39,77%
<b>Σύνολο Ασθενών</b>	N	<b>1.802</b>	<b>1.922</b>	<b>3.724</b>
	%	<b>48,39%</b>	<b>51,61%</b>	<b>100%</b>

Στον Πίνακα 7.8. εμφανίζεται η κατανομή των ασθενών που εισήχθησαν ύστερα από ραντεβού, δηλαδή προγραμματισμένα. Εξ αυτών ποσοστό 5% (N=74) του δείγματος ήταν σε αναμονή σε λιγότερο από 1 εβδομάδα, μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων ποσοστό 6,62% (N=98), μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων ποσοστό 36,66% (N=543) του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 49,29% (N=730) είχε αναμονή για εισαγωγή 1-2 μήνες.

**Πίνακας 7.8.: Διάστημα Αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο**

Πόσο διάστημα περιμένατε από την ημέρα που μάθατε ότι πρέπει να νοσηλευθείτε μέχρι την ημέρα που έγινε η εισαγωγή σας;	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό Ασθενών
2- 5 ημέρες	74	5,00%
8-15 ημέρες	98	6,62%
16-30 ημέρες	543	36,66%
1- 2 μήνες	730	49,29%
3- 4 μήνες	27	1,82%
5- 6 μήνες	7	0,47%
> 6 μήνες	2	0,14%
<b>Σύνολο Ασθενών</b>	<b>1.481</b>	<b>100%</b>



Μετά την εισαγωγή τους, οι ερωτηθέντες ασθενείς κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους 55,13% (N=2.053) διέμεναν στις κλινικές των νοσοκομείων μεταξύ 6-15 ημερών.

<b>Πίνακας 7.9.: Περίοδος νοσηλείας ασθενών</b>	<b>N=3.724</b>	<b>%</b>
2- 5 ημέρες	1.534	41,19%
6-15 ημέρες	2.053	55,13%
16-30 ημέρες	92	2,47%
1- 2 μήνες	27	0,73%
3- 4 μήνες	7	0,19%
5- 6 μήνες	6	0,16%
7- 8 μήνες	1	0,03%
> 8 μήνες	4	0,11%

### 7.1.3.2. Ικανοποίηση των ασθενών από την Αναμονή-Άφιξη-Εισαγωγή

Οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους 47,89% (N=1.784) εξέφρασαν συνολικά ικανοποίηση ως προς την Αναμονή-Άφιξη-Εισαγωγή. Ως προς το προσωπικό υποδοχής και τις παρεχόμενες υπηρεσίες πληροφόρησης εξέφρασαν επίσης ικανοποίηση. Δυσανεχία εκφράστηκε ως προς το χρόνο αναμονής από το χρόνο εισαγωγής εωσότου να βρεθεί κρεβάτι σε θάλαμο (51,80%, N=1.929), ενώ φαίνεται ότι μέτρα πρέπει να ληφθούν ως προς τη σηματοδότηση με ταμπέλες στα νοσοκομεία, αφού 1 στους 4 ασθενείς εξέφρασε δυσανεχία. Ως προς την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία εκφράστηκε ικανοποίηση σε μεγάλο βαθμό (45,97%, N=1.712).

<b>Πίνακας 7.10.: Ικανοποίηση των ασθενών από την Αναμονή-Άφιξη-Εισαγωγή</b>		<b>N=3.724</b>					
<b>Αναμονή-Άφιξη-Εισαγωγή</b>		<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
Q2: Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λάβατε ανεπαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας σας και τη θεραπευτική αγωγή	(N) (%)	14 0,38%	90 2,42%	120 3,22%	1.844 49,52%	235 6,31%	1.421 38,16%
Q3: Η φροντίδα που λάβατε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ήταν καλά οργανωμένη	(N) (%)	219 5,88%	1.607 43,15%	283 7,60%	171 4,59%	25 0,67%	1.419 38,10%
Q4: 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	(N) (%)	163 4,38%	573 15,39%	208 5,59%	654 17,56%	62 1,66%	2.064 55,42%
Q5: Το κλείσιμο του ραντεβού για εισαγωγή έγινε εύκολα στη Γραμματεία (τηλεφωνικώς ή με επίσκεψη στο νοσοκομείο)	(N) (%)	54 1,45%	571 15,33%	373 10,02%	551 14,80%	120 3,22%	2.055 55,18%
Q6: Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	(N) (%)	117 3,14%	840 22,56%	313 8,40%	1.911 51,32%	139 3,73%	404 10,85%





Q7: Το προσωπικό της Γραμματείας σας είχε εξηγήσει επαρκώς πριν την εισαγωγή σας τι ακριβώς θα γινόταν στο νοσοκομείο	(N)	39	1.218	1.169	537	81	680
	(%)	1,05%	32,71%	31,39%	14,42%	2,18%	18,26%
Q8: Η αναμονή σε καρέκλα ή καροτσάκι μέχρι να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο ήταν περισσότερη από ότι θα έπρεπε	(N)	356	1.356	71	1.783	146	12
	(%)	9,56%	36,41%	1,91%	47,88%	3,92%	0,32%
Q9: Στο εσωτερικό του νοσοκομείου υπήρχαν ταμπέλες ή άλλη σηματοδότηση με την οποία μπορούσατε εύκολα να πάτε εκεί όπου θέλατε	(N)	319	2.402	60	792	148	3
	(%)	8,57%	64,50%	1,61%	21,27%	3,97%	0,08%
Q10: Η διαδικασία εισαγωγής σας στο Νοσοκομείο ήταν δυσάρεστη	(N)	133	1.497	775	1.132	179	8
	(%)	3,57%	40,20%	20,81%	30,40%	4,81%	0,21%
Q11: Υπήρχε προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία	(N)	269	3.053	70	242	28	62
	(%)	7,22%	81,98%	1,88%	6,50%	0,75%	1,66%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από την Αναμονή-Άφιξη-Εισαγωγή</b>	<b>(N)</b>	<b>166</b>	<b>1.618</b>	<b>344</b>	<b>665</b>	<b>119</b>	<b>813</b>
	<b>(%)</b>	<b>4,46%</b>	<b>43,43%</b>	<b>9,24%</b>	<b>17,85%</b>	<b>3,18%</b>	<b>21,83%</b>

Εξετάζοντας τις ερωτήσεις που αναφέρονται στην Αναμονή-Άφιξη-Εισαγωγή των Ασθενών στα Νοσοκομεία ο Μέσος Όρος των Μέσων Τιμών τους είναι 3,68 και η Τυπική Απόκλιση 1,37, αναλυτικά τα στατιστικά δεδομένα αναφέρονται στον πίνακα που ακολουθεί.

**Πίνακας 7.11.: Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων Αναμονής - Άφιξης - Εισαγωγής των Ασθενών στα Νοσοκομεία**

N=3.724

Ερωτήσεις >	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	M.O.
Μέση Τιμή (MT)	4,73	3,65	4,63	4,69	3,62	3,39	3,01	2,48	2,93	3,68
Διάμεσος (Median)	4,00	3,00	6,00	6,00	4,00	3,00	4,00	2,00	3,00	3,89
Επικρατούσα Τιμή (Mode)	4	2	6	6	4	2	4	2	2	3,56
Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)	1,10	1,93	1,70	1,62	1,26	1,45	1,19	1,05	1,03	1,37
Διακύμανση (Variance)	1,21	3,74	2,90	2,61	1,60	2,09	1,41	1,09	1,06	1,97
Ασυμμετρία (Skewness)	-0,21	0,26	-0,76	-0,70	0,01	0,77	-0,18	0,94	0,25	0,04
Συντελεστής Μεταβολής (Coefficient of Variation)	% 23,26	52,96	36,79	34,51	34,90	42,72	39,45	42,22	35,04	37,21
Κύρτωση (Kurtosis)	-0,62	-1,73	-0,94	-1,08	-0,39	-0,66	-1,36	-0,23	-0,97	-0,89
Ελάχιστο – Μέγιστο (Minimum – Maximum)	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	
Εύρος (Range)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Τεταρτημώρια (Quarters)	25	4,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,44
	50	4,00	3,00	6,00	6,00	4,00	3,00	4,00	2,00	3,89
	75	6,00	6,00	6,00	6,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,89
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range)		2,00	4,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,44



Σε ερώτηση που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το διάστημα αναμονής για εισαγωγή σε θάλαμο, οι ασθενείς δήλωσαν κατά ποσοστό 41,68% (N=1.552) αναμονή 31 λεπτών έως 1 ώρα, 30,21% (N=1.125) αναμονή 1-2 ώρες, ενώ οι 2 στους 10 δήλωσαν αναμονή μεγαλύτερη από 2 ώρες.

<b>Q13: Πόση ώρα έκαναν να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο;</b>	<b>Αριθμός Ασθενών</b>	<b>Ποσοστό Ασθενών</b>
< 10 λεπτά	59	1,58%
11-30 λεπτά	104	2,79%
31 λεπτά - 1 ώρα	1.552	41,68%
1 - 2 ώρες	1.125	30,21%
> 2 ώρες	862	23,15%
Δεν θυμάστε / Δεν ξέρετε	22	0,59%
<b>Σύνολο Ασθενών</b>	<b>3.724</b>	<b>100%</b>

### 7.1.3.3. Ικανοποίηση των ασθενών από το Νοσηλευτικό Προσωπικό

Συνολικά καταγράφεται ικανοποίηση από τους ασθενείς σε σχέση με τον παράγοντα της συμπεριφοράς των νοσηλευτών-τριών, καθώς το 51,18% «συμφωνεί» και το 12,30% «συμφωνεί απόλυτα» ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίθηκε θετικά. Ως προς το ενδιαφέρον που το νοσηλευτικό προσωπικό επέδειξε, οι ασθενείς εξέφρασαν ικανοποίηση σχετικά με την περιποίηση που ελήφθη στη διάρκεια της νοσηλείας τους, αφού το 8,24% δήλωσε ότι «συμφωνεί απόλυτα» και το 76,10% ότι «συμφωνεί». Εκφράζεται επίσης ικανοποίηση για την προθυμία του προσωπικού, καθώς το 53,33% «συμφωνεί» και το 16,89% «συμφωνεί απόλυτα» ότι το νοσηλευτικό ανταποκρίθηκε στις ερωτήσεις του. Ως προς το σεβασμό, το 76,32% «συμφωνεί» και το 18,61% «συμφωνεί απόλυτα» ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίθηκε θετικά. Με ποσοστό 77,09% «συμφωνεί» και 18,21% «συμφωνεί απόλυτα», οι ασθενείς εκφράστηκαν θετικά για την διακριτικότητα του προσωπικού.

<b>Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>		<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
Q14: Οι νοσηλευτές/τριες έδειξαν ενδιαφέρον και σας περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας	(N)	307	2.834	358	191	34	0
	(%)	8,24%	76,10%	9,61%	5,13%	0,91%	0,00%
Q15: Οι νοσηλευτές/τριες ήταν αγενείς	(N)	12	46	51	2.457	1.157	1
	(%)	0,32%	1,24%	1,37%	65,98%	31,07%	0,03%
Q16: Οι νοσηλευτές/τριες σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες (εξετάσεις από γιατρούς, ακτινογραφίες, κ.λ.π.)	(N)	184	1.241	984	1.099	113	103
	(%)	4,94%	33,32%	26,42%	29,51%	3,03%	2,77%



Q17: Οι νοσηλευτές/τριες ήταν απρόθυμοι να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας	(N)	67	678	231	1.986	629	133
	(%)	1,80%	18,21%	6,20%	53,33%	16,89%	3,57%
Q18: Οι νοσηλευτές/τριες συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας	(N)	216	949	858	1.485	132	84
	(%)	5,80%	25,48%	23,04%	39,88%	3,54%	2,26%
Q19: Οι νοσηλευτές/τριες καθυστέρησαν να έλθουν, όταν τις ζητούσατε	(N)	123	1.434	227	1.629	227	84
	(%)	3,30%	38,51%	6,10%	43,74%	6,10%	2,26%
Q20: Οι νοσηλευτές/τριες σας φέρθηκαν με σεβασμό	(N)	693	2.842	111	66	8	4
	(%)	18,61%	76,32%	2,98%	1,77%	0,21%	0,11%
Q21: Ο αριθμός των νοσηλευτών/τριων δεν ήταν επαρκής για την κάλυψη των υπαρχουσών αναγκών	(N)	1.202	1.901	158	345	33	85
	(%)	32,28%	51,05%	4,24%	9,26%	0,89%	2,28%
Q22: Οι νοσηλευτές/τριες ήταν διακριτικοί/κές	(N)	678	2.871	75	37	1	62
	(%)	18,21%	77,09%	2,01%	0,99%	0,03%	1,66%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>	(N)	<b>458</b>	<b>1.906</b>	<b>339</b>	<b>771</b>	<b>188</b>	<b>62</b>
	(%)	<b>12,30%</b>	<b>51,18%</b>	<b>9,11%</b>	<b>20,70%</b>	<b>5,05%</b>	<b>1,66%</b>

Ωστόσο, σύμφωνα με τους ασθενείς δηλώνεται ότι 51,05% «συμφωνεί» και το 32,28% «συμφωνεί απόλυτα» ότι ο αριθμός των νοσηλευτών-τριων δεν ήταν επαρκής για την κάλυψη των υπαρχουσών αναγκών, γεγονός που επηρεάζει άμεσα και την ανταπόκριση του προσωπικού, καθώς από τους ασθενείς δηλώνεται δυσαρέσκεια στην ανταπόκριση σε ποσοστό 49,84%. Το γεγονός αυτό ίσως επηρεάζει και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ιατρικού προσωπικού και ασθενών, καθώς στην ερώτηση «Οι νοσηλευτές/τριες σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες (εξετάσεις από γιατρούς, ακτινογραφίες, κλπ.)» οι ερωτηθέντες ασθενείς δήλωσαν κατά 29,51% «διαφωνεί» και 3,03% «διαφωνεί απόλυτα», επίσης στην ερώτηση «Οι νοσηλευτές/τριες συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας» δηλώθηκε κατά 39,88% «διαφωνεί» και 3,54% «διαφωνεί απόλυτα». Αυτό υποδηλώνει, ότι η επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων και ασθενών πρέπει να βελτιωθεί, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το αίσθημα ασφάλειας για όλους τους εμπλεκόμενους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές είναι επαγγελματίες που διατελούν σε άμεση επαφή με τους ασθενείς και είναι αρμόδιοι για τη φροντίδα και την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.<sup>420</sup> Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης, ιδίως όσον αφορά τη διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή-τριας. Ο παράγοντας της ενσυναίσθησης είναι ιδιαίτερα σημαντικός, οι Jenkinson et al (2002) διαπίστωσαν ότι η διαπροσωπική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού (ενδιαφέρον, φιλικότητα, ενσυναίσθηση, ευγένεια, σεβασμός των προτιμήσεων θεραπείας, επικοινωνία με την οικογένεια και τους φροντιστές) όχι απλώς επενεργεί στη συνολική



ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, αλλά απαρτίζει και τον παράγοντα που αναγνωρίζεται ως ο πλέον σημαντικός.<sup>421</sup>

**Πίνακας 7.14.: Στατιστική ανάλυση ερωτήσεων σχετικά με τη Νοσηλευτική Φροντίδα** N=3.724

Ερωτήσεις >	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	M.O.
Μέση Τιμή (MT)	2,14	4,26	3,01	3,76	3,17	3,18	1,89	2,02	1,93	2,82
Διάμεσος (Median)	2,00	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,89
Επικρατούσα Τιμή (Mode)	2,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,89
Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)	0,67	0,58	1,09	1,10	1,10	1,17	0,56	1,09	0,71	0,90
Διακύμανση (Variance)	0,45	0,33	1,20	1,21	1,20	1,37	0,31	1,18	0,51	0,86
Ασυμμετρία (Skewness)	1,60	-0,87	0,41	-0,50	-0,02	0,10	1,25	1,62	3,08	0,74
Συντελεστής Μεταβολής (Coefficient of Variation) %	31,13	13,57	36,38	29,21	34,64	36,87	29,52	53,71	36,92	31,79
Κύρτωση (Kurtosis)	4,12	4,34	-0,11	-0,17	-0,37	-0,98	7,55	2,90	16,45	3,75
Ελάχιστο – Μέγιστο (Minimum – Maximum)	1 – 5	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	
Εύρος (Range)	4	5	5	5	5	5	5	5	5	
Τεταρτημόρια (Quarters)	25	2,00	4,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
	50	2,00	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	2,00	2,00	2,00
	75	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range)		0,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	0,00	1,00	0,00

#### 7.1.3.4. Ικανοποίηση των ασθενών από το Ιατρικό Προσωπικό

Υψηλή καταγράφεται η συνολική ικανοποίηση των ασθενών σε ότι σχετίζεται με το ιατρικό προσωπικό (83,36%). Ποσοστό 39,55% και 56,77% «συμφωνεί απόλυτα» και «συμφωνεί» αντίστοιχα, ότι οι ιατροί έχουν ευγενικό τρόπο συμπεριφοράς και δεν είναι αγενείς. Ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 97,88% στο σύνολο τους θεωρούν ότι οι ιατροί υιοθετούν μια διακριτική συμπεριφορά ως προς την παροχή φροντίδας.

**Πίνακας 7.15.: Ικανοποίηση των ασθενών από τη Ιατρική Φροντίδα** N=3.724

Ιατρικό Προσωπικό	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q23: Οι γιατροί περνούσαν σπάνια για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας	(N) 24 (%) 0,64%	301 8,08%	98 2,63%	2.692 72,29%	582 15,63%	27 0,73%
Q24: Οι γιατροί έδειχναν ενδιαφέρον για εσάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	(N) 566 (%) 15,20%	2.956 79,38%	141 3,79%	48 1,29%	8 0,21%	5 0,13%
Q25: Οι γιατροί κάποιες φορές αγνοούσαν αυτά που τους λέγατε	(N) 12 (%) 0,32%	61 1,64%	134 3,60%	2.553 68,56%	943 25,32%	21 0,56%
Q26: Οι γιατροί σας κρατούσαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας	(N) 573 (%) 15,39%	2.936 78,84%	136 3,65%	66 1,77%	13 0,35%	0 0,00%
Q27: Οι γιατροί ήταν αγενείς	(N) 2 (%) 0,05%	84 2,26%	48 1,29%	2.114 56,77%	1.473 39,55%	3 0,08%
Q28: Οι γιατροί ήταν διακριτικοί	(N) 342 (%) 9,18%	3.303 88,69%	55 1,48%	11 0,30%	8 0,21%	5 0,13%



Q29: Οι οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες	(N)	15	50	234	2.522	866	37
	(%)	0,40%	1,34%	6,28%	67,72%	23,25%	0,99%
Q30: Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό	(N)	198	2.206	333	821	165	1
	(%)	5,32%	59,24%	8,94%	22,05%	4,43%	0,03%
Q31: Ο αριθμός των γιατρών δεν ήταν επαρκής για την κάλυψη των αναγκών	(N)	617	1.878	86	954	163	26
	(%)	16,57%	50,43%	2,31%	25,62%	4,38%	0,70%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το</b>	(N)	<b>634</b>	<b>2.471</b>	<b>141</b>	<b>369</b>	<b>96</b>	<b>14</b>
<b>Ιατρικό Προσωπικό</b>	(%)	<b>17,02%</b>	<b>66,34%</b>	<b>3,77%</b>	<b>9,91%</b>	<b>2,58%</b>	<b>0,37%</b>

Σημαντικό ποσοστό ασθενών, δήλωσε ικανοποίηση από την παροχή των οδηγιών που δόθηκαν (90,98%) και ως προς την ενημέρωση που είχαν από την υγεία τους (94,23%). Στην πραγματικότητα, η ανάγκη για ενημέρωση είναι ιδιαίτερα σημαίνουσα και συνάμα δικαίωμα των νοσηλευόμενων ασθενών. Δεν είναι ασυνήθιστο οι ασθενείς να έχουν μειωμένη ικανότητα απορρόφησης των παρεχόμενων πληροφοριών για διάφορους λόγους, όπως η ανάγκη να προσπαθούν επανειλημμένα να κατανοήσουν τις θεραπευτικές οδηγίες ή οι αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις στην ασθένεια, κ.α. Ως προς τη διαθεσιμότητα των ιατρών εκφράστηκε ικανοποίηση από το 64,55%, ωστόσο ο 1 στους 4 ασθενείς (26,48%) δήλωσε πρόβλημα διαθεσιμότητας ως προς την εξυπηρέτηση του από το ιατρικό προσωπικό, γεγονός που πιθανότατα συνδέεται με τα υψηλά ποσοστά ανεπάρκειας στην κάλυψη αναγκών από τους ιατρούς (67%) που δηλώθηκε από τους ασθενείς.

Γενικά, πιστεύεται ότι η εμπιστοσύνη των ασθενών στο προσωπικό του νοσοκομείου οδηγεί στην τήρηση της θεραπείας και στη συνολική ικανοποίηση από την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η σχέση ιατρού-ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς έχει θεραπευτικό χαρακτήρα. Η θεραπευτική σχέση, επικεντρώνεται στη φροντίδα του ατόμου και όχι στην παροχή υπηρεσιών. Απαιτεί σύνδεση, σεβασμό, συμπόνια, και η συμπόνια απαιτεί αναστοχασμό.<sup>422</sup> Οι ασθενείς αισθάνονται ικανοποιημένοι όταν έχουν ένα αίσθημα εμπιστοσύνης στον θεραπευτή τους και όταν υπάρχει μια συνεχής επικοινωνιακή σχέση μεταξύ των δύο μερών, γεγονός που εξηγείται από το ότι το υγειονομικό προσωπικό κατέχει σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας. Τα στοιχεία αναδεικνύουν ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες και να συνεχίσουν τη θεραπεία τους, ενώ οι δυσαρεστημένοι ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να διακόψουν τη θεραπεία και να αντιμετωπίσουν μια δυσμενή πορεία θεραπείας.<sup>424</sup> Τα κύρια χαρακτηριστικά που αναμένουν οι ασθενείς από έναν ιατρό, είναι η διαπροσωπική σχέση



μεταξύ ιατρού και ασθενούς (αίσθηση ότι ο ιατρός γνωρίζει καλά την εργασία του, ότι τον σέβεται ως άτομο κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης και ότι ο ιατρός νοιάζεται για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει). Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της διαπροσωπικής πτυχής της υγειονομικής περίθαλψης στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών.<sup>425</sup>

**Πίνακας 7.16.: Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με την Ιατρική Φροντίδα**

N=3.724

Ερωτήσεις >	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	M.O.	
Μέση Τιμή (MT)	3,96	1,92	4,19	1,93	4,34	1,94	4,15	2,61	2,53	3,06	
Διάμεσος (Median)	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00	2,00	2,89	
Επικρατούσα Τιμή (Mode)	4	2	4	2	4	2	4	2	2	2,89	
Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)	0,77	0,53	0,61	0,54	0,63	0,39	0,63	1,03	1,20	0,70	
Διακύμανση (Variance)	0,59	0,28	0,37	0,29	0,39	0,16	0,40	1,05	1,44	0,55	
Ασυμμετρία (Skewness)	-1,25	1,36	-0,75	1,17	-0,98	1,93	-0,60	0,79	0,64	0,26	
Συντελεστής Μεταβολής (Coefficient of Variation)	% 19,41	27,33	14,57	27,81	14,45	20,34	15,28	39,32	47,44	22,94	
Κύρτωση (Kurtosis)	4,12	4,34	-0,11	-0,17	-0,37	-0,98	7,55	2,90	16,45	3,75	
Ελάχιστο – Μέγιστο (Minimum – Maximum)	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 5	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6		
Εύρος (Range)	5	5	5	4	5	5	5	5	5		
Τεταρτημόρια (Quarters)	25	2,00	4,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,22
	50	2,00	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,89
	75	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	3,22
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range)	0,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	0,00	1,00	0,00	1,00

Τέλος, η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς υποδεικνύεται ως ένας ουσιαστικός παράγοντας που επιδρά στην ικανοποίηση, έτσι η καλή διάθεση των ιατρών, η φιλικότητα προς τους ασθενείς και η κοινωνικότητα στη συζήτηση συνδέονται με υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών. Αντίθετα, η βιασύνη των ιατρών, ο απρόσφορος χρόνος και τόπος, η παροχή πληροφοριών με απόλυτα ιατρικούς όρους και σε γενικές γραμμές ένα παθολογικό μοντέλο περίθαλψης, θεωρείται ότι μειώνουν την εμπιστοσύνη των ασθενών και δημιουργούν ασάφεια. Υπολογίζεται ότι το 70-80% των δικαστικών παραπομπών από τους επαγγελματίες υγείας οφείλεται σε προβλήματα στη σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, σε προβλήματα πληροφόρησης και σε κακή επικοινωνία.

### 7.1.3.5. Ικανοποίηση των ασθενών από το Υπόλοιπο Προσωπικό

Ως προς το προσωπικό του νοσοκομείου, που είχε αναλάβει τις υπηρεσίες διατροφής, οι ασθενείς εξέφρασαν ικανοποίηση κατά υψηλό ποσοστό 94,36%, τα ίδια υψηλά ποσοστά εκφράστηκαν για την συμπεριφορά των καθαριστριών 90,76%. Το 12,03% και το 64,15% «συμφωνεί απόλυτα» και «συμφωνεί» ότι το υπόλοιπο προσωπικό συμπεριφέρεται με ευγενικό τρόπο και δεν είναι αγενές, υπάρχει ωστόσο ένα ποσοστό 5,18% που εξέφρασε



δυσαρέσκεια ως προς τον τρόπο συμπεριφοράς του προσωπικού αυτού. Τέλος, ως προς την επάρκεια του προσωπικού, το 12,03% και το 64,15% «διαφωνεί απόλυτα» και «διαφωνεί» σε σχέση με την επάρκεια του υπολοίπου προσωπικού.

**Πίνακας 7.17.: Ικανοποίηση των ασθενών από το Υπόλοιπο Προσωπικό** N=3.724

Υπόλοιπο Προσωπικό		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q32: Το προσωπικό του νοσοκομείου που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό	(N)	227	3.287	175	14	8	13
	(%)	6,10%	88,27%	4,70%	0,38%	0,21%	0,35%
Q33: Οι καθαρίστριες ήταν αγενείς	(N)	6	23	268	2.869	511	47
	(%)	0,16%	0,62%	7,20%	77,04%	13,72%	1,26%
Q34: Το υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, τραυματιοφορείς, υπάλληλοι κυλικείου) ήταν αγενές	(N)	26	167	606	2.579	285	61
	(%)	0,70%	4,48%	16,27%	69,25%	7,65%	1,64%
Q35: Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν επαρκές	(N)	20	353	401	2.389	448	113
	(%)	0,54%	9,48%	10,77%	64,15%	12,03%	3,03%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Υπόλοιπο Προσωπικό</b>	(N)	261	2.272	363	648	122	59
	(%)	7,00%	61,01%	9,73%	17,41%	3,28%	1,57%

Εκ των εισαχθέντων ασθενών, 1.566 (45,05%) ασθενείς χρειάστηκαν τις υπηρεσίες τραυματιοφορέα για την εισαγωγή τους, οι υπόλοιποι 2.158 (57,95%) εξυπηρετήθηκαν μόνοι τους. Από αυτούς που χρησιμοποίησαν τους μεταφορείς των νοσοκομείων 1.464 ή 93,49% δήλωσαν ικανοποιημένοι από την εκπαίδευση τους.

**Πίνακας 7.18.: Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίηση από το Υπόλοιπο Προσωπικό** N=3.724

Ερωτήσεις >		Q32	Q33	Q34	Q35	Q37	M.O.
Μέση Τιμή (MT)		2,01	4,07	3,84	3,87	4,33	3,62
Διάμεσος (Median)		2,00	4,00	4,00	4,00	6,00	4,00
Επικρατούσα Τιμή (Mode)		2,00	4,00	4,00	4,00	6,00	4,00
Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)		0,45	0,54	0,72	0,87	1,98	0,91
Διακύμανση (Variance)		0,20	0,29	0,52	0,76	3,91	1,14
Ασυμμετρία (Skewness)		3,28	0,05	-0,65	-0,52	-0,37	0,36
Συντελεστής Μεταβολής (Coefficient of Variation)	%	22,10	13,30	18,80	22,53	45,64	24,48
Κύρτωση (Kurtosis)		28,15	4,30	2,70	1,17	-1,82	6,90
Ελάχιστο – Μέγιστο (Minimum – Maximum)		1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	1 – 6	
Εύρος (Range)		5	5	5	5	5	
Τεταρτημόρια (Quarters)	25	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	3,20
	50	2,00	4,00	4,00	4,00	6,00	4,00
	75	2,00	4,00	4,00	4,00	6,00	4,00
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range)		0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	0,80





### 7.1.3.6. Ικανοποίηση των ασθενών από το Φαγητό

**Πίνακας 7.19.: Ικανοποίηση των ασθενών από το Φαγητό** N=3.724

Φαγητό	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q38: Η ποιότητα του φαγητού ήταν κακή	(N) 39 (%) 1,05%	1.115 29,94%	178 4,78%	2.336 62,73%	42 1,13%	14 0,38%
Q39: Η θερμοκρασία του φαγητού ήταν αυτή που έπρεπε (π.χ. δεν ήταν υπερβολικά καυτό ή κρύο)	(N) 435 (%) 11,68%	2.920 78,41%	104 2,79%	222 5,96%	24 0,64%	19 0,51%
Q40: Το φαγητό σερβιριζόταν με καθυστέρηση	(N) 9 (%) 0,24%	50 1,34%	51 1,37%	3.098 83,19%	499 13,40%	17 0,46%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Φαγητό</b>	(N) 325 (%) 8,74%	2.785 74,78%	111 2,98%	462 12,41%	24 0,64%	17 0,45%

Ως προς το φαγητό του νοσοκομείου, οι ασθενείς εξέφρασαν ικανοποίηση κατά ποσοστό 63,86%, ενώ ποσοστό 30,99% δήλωσε δυσαρέσκεια καθώς τα φαγητά μπορεί να ήταν πλημμελώς σερβιρισμένα ή δεν ήταν ιδιαίτερα εύγεστα. Η διανομή των γευμάτων στα νοσοκομεία γίνονταν εντός των χρονικών πλαισίων, όπως αποτυπώνεται από τα μεγάλα ποσοστά (96,59%) και στη θερμοκρασία που έπρεπε (90,09%), δηλαδή το φαγητό δεν ήταν υπερβολικά καυτό ή κρύο.

**Πίνακας 7.20.: Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με το Φαγητό** N=3.724

Ερωτήσεις >	Q38	Q39	Q40	M.O.	
Μέση Τιμή (MT)	3,34	2,07	4,10	3,17	
Διάμεσος (Median)	4,00	2,00	4,00	3,33	
Επικρατούσα Τιμή (Mode)	4	2	4	3,33	
Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)	0,97	0,72	0,48	0,72	
Διακύμανση (Variance)	0,93	0,52	0,23	0,56	
Ασυμμετρία (Skewness)	-0,62	2,09	-0,74	0,24	
Συντελεστής Μεταβολής (Coefficient of Variation)	% 28,89	34,77	11,77	25,14	
Κύρτωση (Kurtosis)	-1,07	7,05	9,06	5,01	
Ελάχιστο – Μέγιστο (Minimum – Maximum)	1 - 6	1 - 6	1 - 6		
Εύρος (Range)	5	5	5		
Τεταρτημόρια (Quarters)					
	25	2,00	2,00	4,00	2,67
	50	4,00	2,00	4,00	3,33
	75	4,00	2,00	4,00	3,33
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range)		2,00	0,00	0,00	0,67

### 7.1.3.7. Ικανοποίηση των ασθενών από το Εσωτερικό Περιβάλλον

Ως προς την καθαριότητα του θαλάμου εκφράστηκε ικανοποίηση κατά ποσοστό 79,67%, αντίθετα ποσοστό 18,77% δήλωσε δυσαρέσκεια. Σχετικά με την ηρεμία που υπήρχε στους θαλάμους, οι άρρωστοι εξέφρασαν ικανοποίηση σε ποσοστό 79,54%, ενώ αντίθετα δυσαρέσκεια και την άποψη ότι υπήρχε φασαρία εξέφρασε ποσοστό 18,34%. Στις



περισσότερες περιπτώσεις, όσοι δήλωσαν ικανοποιημένοι ήταν σε θαλάμους με ένα ή δύο κρεβάτια, ενώ όσοι δήλωσαν δυσαρεστημένοι ήταν σε μικρότερους θαλάμους με περισσότερα κρεβάτια. Τα προβλήματα του υπερπληθυσμού και του θορύβου στους θαλάμους χειροτερεύουν την υγεία των ασθενών. Το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα σοβαρό αν ληφθεί υπόψη ότι υπάρχει τουλάχιστον ένας συνοδός για κάθε ασθενή. Σημειώθηκε επίσης ότι δεν υφίσταται ειδική μέριμνα για τους συνοδούς, με αποτέλεσμα να υποχρεώνονται να περνούν μεγάλες χρονικές περιόδους σε άβολες καρέκλες ή να παίρνουν ειδικές πολυθρόνες. Περαιτέρω, οι συνοδοί εξέφρασαν παράπονα για τη μη περιποίηση των χώρων αναμονής έξω από τους θαλάμους και για την έλλειψη ικανού αριθμού επίπλων ή σπασμένων επίπλων (π.χ. καρέκλες αναμονής) στους χώρους αναμονής.

Σε ερώτηση που αναφέρεται στην αλλαγή κλινοσκεπασμάτων, 33,97% δήλωσε ικανοποίηση από τη συχνότητα αλλαγής, ενώ αντίθετα δυσαρέσκεια δήλωσε ποσοστό 64,21%. Το πρόβλημα οφείλεται στην πιθανή έλλειψη κλινοσκεπασμάτων ή στην αργοπορία πλύσης τους. Υπήρξαν επίσης αναφορές, για ανεπαρκή και ξεπερασμένα κλινοσκεπάσματα και σπάνιες αλλαγές λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού. Οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι χρησιμοποιούσαν δικά τους κλινοσκεπάσματα. Στην ερώτηση σχετικά με την ιδανική θερμοκρασία στους θαλάμους, ποσοστό 85,96% δήλωσε ικανοποίηση ενώ ποσοστό 12,94% δήλωσε δυσαρέσκεια.

**Πίνακας 7.21.: Ικανοποίηση των ασθενών από το Εσωτερικό Περιβάλλον** N=3.724

Εσωτερικό Περιβάλλον		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q41: Ο θάλαμος ήταν καθαρός	(N) (%)	74 1,99%	2.893 77,69%	49 1,32%	644 17,29%	55 1,48%	9 0,24%
Q42: Στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο), όπου μένατε είχε φασαρία	(N) (%)	39 1,05%	644 17,29%	75 2,01%	2.469 66,30%	493 13,24%	4 0,11%
Q43: Τα σεντόνια του κρεβατιού σας τα άλλαζαν όσο συχνά έπρεπε	(N) (%)	31 0,83%	605 16,25%	660 17,72%	1.983 53,25%	408 10,96%	37 0,99%
Q44: Η θερμοκρασία του θαλάμου ήταν κατάλληλη (έκανε κρύο ή πολύ ζέστη)	(N) (%)	39 1,05%	387 10,39%	95 2,55%	2.823 75,81%	378 10,15%	2 0,05%
Q45: Οι χώροι υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες) ήταν καθαροί	(N) (%)	68 1,83%	2.736 73,47%	161 4,32%	703 18,88%	54 1,45%	2 0,05%
Q46: Στο θάλαμο σας νοιώθατε άβολα γιατί υπήρχαν περισσότεροι ασθενείς από ότι έπρεπε	(N) (%)	59 1,58%	686 18,42%	99 2,66%	2.582 69,33%	295 7,92%	3 0,08%



Q47: Νοιώθατε ότι τα προσωπικά σας πράγματα ήταν επαρκώς ασφαλισμένα από πιθανή κλοπή	(N)	62	1.906	519	1.049	157	31
	(%)	1,66%	51,18%	13,94%	28,17%	4,22%	0,83%
Q48: Νοιώθατε άβολα γιατί οι συγγενείς και φίλοι των ασθενών έμεναν στο θάλαμο πολύ ώρα	(N)	51	1.006	222	2.248	191	6
	(%)	1,37%	27,01%	5,96%	60,37%	5,13%	0,16%
Q49: Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου π.χ. (διάδρομοι, κυλικείο, γραφεία, χώροι αναμονής) ήταν καθαροί	(N)	264	2.367	212	804	68	9
	(%)	7,09%	63,56%	5,69%	21,59%	1,83%	0,24%
Q50: Νοιώθατε συνεχώς άβολα στο θάλαμο, επειδή υπήρχαν ασθενείς του αντίθετου φύλου	(N)	9	32	45	2.748	877	13
	(%)	0,24%	0,86%	1,21%	73,79%	23,55%	0,35%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Εσωτερικό Περιβάλλον</b>	<b>(N)</b>	<b>273</b>	<b>2.338</b>	<b>214</b>	<b>794</b>	<b>94</b>	<b>12</b>
	<b>(%)</b>	<b>7,34%</b>	<b>62,77%</b>	<b>5,74%</b>	<b>21,32%</b>	<b>2,52%</b>	<b>0,31%</b>

Για την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες) 77,79% δήλωσε ικανοποίηση, ενώ 20,33% δήλωσε δυσαρέσκεια. Ωστόσο, φαίνεται ότι σε ορισμένες νοσοκομειακές κλινικές υπήρχε σοβαρό πρόβλημα έλλειψης τουαλετών εντός των θαλάμων ή της μη ύπαρξης πολλών τουαλετών σε κάθε όροφο. Επίσης, κάποιοι συνοδοί υπέδειξαν ότι σημείωσαν δυσαρέσκεια για την καθαριότητα, όχι τόσο επειδή τα συνεργεία δεν καθάριζαν, αλλά επειδή υπήρχε ανεπαρκής εφοδιασμός σε υλικά (απορρυπαντικά, αντισηπτικά, σαπούνια, χαρτί υγείας) και για την ύπαρξη πολλών εντόμων (π.χ. κατσαρίδες) ίσως εξαιτίας της ελλιπούς απεντόμωσης.

Η παλαιότητα των κτιρίων αναφέρθηκε επίσης ως λόγος δυσαρέσκειας, με τους ασθενείς και τους φροντιστές τους να ισχυρίζονται ότι χρειάζονται επισκευές λόγω τεχνικών προβλημάτων. Επιπλέον, ορισμένοι ερωτηθέντες σημείωσαν σημαντική βελτίωση των περιβαλλοντικών συνθηκών στους θαλάμους των νοσοκομείων σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη. Επιπροσθέτως, προσδιορίστηκε ως αιτία δυσανασχέτησης η παλαιότητα των κτιρίων με επακόλουθο να παρουσιάζονται τεχνικά προβλήματα και τελικά οι ασθενείς και οι συνοδοί τους να διατείνονται ότι είναι αναγκαία η ανακαίνιση τους. Σημειώνεται, ότι κάποιοι ερωτώμενοι επισήμαναν την έκδηλη βελτίωση του νοσοκομείου στις συνθήκες περιβάλλοντος των θαλάμων, συγκριτικά με το παρελθόν. Σε ερώτηση μας, για το εάν οι ασθενείς ένιωσαν άβολα γιατί υπήρχαν πιο πολλοί ασθενείς στο θάλαμο από ότι θα έπρεπε, το μεγαλύτερο ποσοστό (77,26%) δήλωσε ότι δεν είχε κάποιο πρόβλημα.

**Πίνακας 7.22. Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με το Εσωτερικό Περιβάλλον**

N=3.725

Ερωτήσεις >	Q41	Q42	Q43	Q44	Q45	Q46	Q47	Q48	Q49	Q50	M.O.	
Μέση Τιμή (MT)	2,39	3,74	3,60	3,84	2,45	3,64	2,85	3,41	2,48	4,21	3,26	
Διάμεσος (Median)	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	3,20	
Επικρατούσα Τιμή (Mode)	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	3,20	
Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)	0,86	0,93	0,95	0,78	0,87	0,93	1,04	0,99	0,98	0,52	0,89	
Διακύμανση (Variance)	0,74	0,87	0,89	0,61	0,76	0,86	1,08	0,98	0,96	0,28	0,80	
Ασυμμετρία (Skewness)	1,56	-1,03	-0,46	-1,53	1,31	-1,09	0,63	-0,63	0,91	-0,43	-0,08	
Συντελεστής Μεταβολής (Coefficient of Variation) %	35,99	25,02	26,24	20,40	35,49	25,46	36,52	28,96	39,51	12,48	0,29	
Κύρτωση (Kurtosis)	1,25	0,32	-0,20	2,53	0,35	0,28	-0,70	-0,89	-0,16	5,13	0,79	
Ελάχιστο – Μέγιστο (Minimum – Maximum)	1 - 6	1 - 6	1 - 6	1 - 6	1 - 6	1 - 6	1 - 6	1 - 6	1 - 6	1 - 6		
Εύρος (Range)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
Τεταρτημόρια (Quarters)	25	2,00	4,00	3,00	4,00	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	4,00	2,90
	50	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	3,20
	75	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	3,50
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range)	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	1,00	0,00	0,60	

Σχετικά με την ασφάλεια που ένιωθαν οι ασθενείς σε σχέση με τα προσωπικά τους πράγματα και αντικείμενα από πιθανή κλοπή, ποσοστό 65,12% δήλωσε ικανοποιημένο, ωστόσο υψηλό ποσοστό 32,38% δήλωσε δυσαρέσκεια. Από τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, εκφράστηκαν παράπονα αύξησης των κρουσμάτων κλοπής στους θαλάμους, γεγονός που δημιουργούσε και παράπονα από το προσωπικό φύλαξης καθώς θεωρούσαν ότι δεν ήταν ιδιαίτερα έντονη η παρουσία τους στους χώρους εντός του νοσοκομείου παρά μόνο για την συμμόρφωση των ωρών του επισκεπτηρίου, με συνέπεια να αισθάνονται ανασφάλεια. Σε ορισμένα νοσοκομεία έχουν αναρτηθεί πινακίδες που υπενθυμίζουν στους ασθενείς και τους φροντιστές να φυλάσσουν τα πράγματά τους με ασφάλεια.

Στην ερώτηση «Νοιώθατε άβολα γιατί οι συγγενείς και φίλοι των ασθενών έμεναν στο θάλαμο πολλή ώρα», οι ασθενείς δήλωσαν κατά 65,49% ότι δεν είχαν κάποιο πρόβλημα, ωστόσο ποσοστό 28,38% εξέφρασαν παράπονα και κυρίως ότι δεν τηρούνταν τόσο όσο έπρεπε το ωράριο επισκεπτηρίου. Σχετικά με την καθαριότητα των υπόλοιπων χώρων αναμονής των νοσοκομείων (π.χ. διάδρομοι, κυλικείο, γραφεία, χώροι αναμονής), ποσοστό 70,65% δήλωσε ότι ήταν καθαροί, αλλά ποσοστό 23,42% δήλωσε δυσαρέσκεια. Στην ερώτηση «Νοιώθατε συνεχώς άβολα στο θάλαμο, επειδή υπήρχαν ασθενείς του αντίθετου φύλου», ποσοστό 97,34% δήλωσε ότι δεν υπήρχε δυσαρέσκεια, καθώς συνήθως οι θάλαμοι ήταν χωρισμένοι ανάλογα με το φύλο.



### 7.1.3.8. Ικανοποίηση των ασθενών από τις Διαδικασίες

Σχετικά με τις προγραμματισμένες διαδικασίες ποσοστό 68,05% δήλωσε ικανοποίηση, ενώ 21,29% δήλωσε δυσαρέσκεια λόγω αναβολής ή καθυστέρησης ανταπόκρισης. Σχετικά με την οργάνωση των νοσοκομείων δηλώθηκε ικανοποίηση κατά μεγάλο ποσοστό (92,94%).

**Πίνακας 7.23. Ικανοποίηση των ασθενών από τις Διαδικασίες**

N=3.725

Διαδικασίες στα Νοσοκομεία	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q51: Οι προγραμματισμένες διαδικασίες (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξέταση αίματος, ούρων, κ.τ.λ.) γίνονταν χωρίς καθυστέρηση	(N) 186 (%) 4,99%	2.348 63,05%	386 10,37%	738 19,82%	55 1,48%	11 0,30%
Q52: 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)	(N) 40 (%) 1,07%	179 4,81%	37 0,99%	3.012 80,88%	449 12,06%	7 0,19%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από τις Διαδικασίες</b>	(N) <b>318</b> (%) <b>8,53%</b>	<b>2.680</b> <b>71,97%</b>	<b>212</b> <b>5,68%</b>	<b>459</b> <b>12,31%</b>	<b>48</b> <b>1,28%</b>	<b>9</b> <b>0,24%</b>

Ως προς τη διαχείριση του πόνου, ποσοστό 85,88% (N=3.198) δήλωσε ότι ένιωσε πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλεία του στο νοσοκομείο.

**Πίνακας 7.24. Ικανοποίηση των ασθενών από τις αντιδράσεις του προσωπικού για τον πόνο που ένιωσαν κατά τη νοσηλεία**

Q53: Νοιώσατε πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό Ασθενών
Ναι	3.198	85,88%
Όχι	526	14,12%
<b>Σύνολο Ασθενών</b>	<b>3.724</b>	<b>100,00%</b>

Εξ αυτών που ένιωσαν πόνο κατά τη νοσηλεία τους, συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου, υψηλό ποσοστό ικανοποίησης δήλωσε 95,34%.

**Πίνακας 7.25. Στατιστική ανάλυση Ερωτήσεων σχετικά με τις Διαδικασίες**

N=3.724

Ερωτήσεις	Q51	Q52	Q54	M.O.
Μέση Τιμή (MT)	2,51	3,99	2,56	3,02
Διάμεσος (Median)	2,00	4,00	2,00	2,67
Επικρατούσα Τιμή (Mode)	2	4	2	2,67
Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)	0,93	0,65	1,45	1,01
Διακύμανση (Variance)	0,87	0,43	2,11	1,14
Ασυμμετρία (Skewness)	0,96	-1,91	1,80	0,28
Συντελεστής Μεταβολής (Coefficient of Variation)	% 37,23	16,39	56,82	36,81
Κύρτωση (Kurtosis)	0,04	6,73	1,63	2,80
Ελάχιστο – Μέγιστο (Minimum – Maximum)	1 - 6	1 - 6	1 - 6	
Εύρος (Range)	5	5	5	



Τεταρτημόρια (Quarters)	25	2,00	4,00	2,00	2,67
	50	2,00	4,00	2,00	2,67
	75	3,00	4,00	2,00	3,00
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range)		1,00	0,00	0,00	0,33

### 7.1.3.9. Συνολική αξιολόγηση των Νοσοκομείων

Σε μια κλίμακα από 0 έως το 10, ζητήθηκε από τους ασθενείς να προβούν σε αξιολόγηση της εμπειρίας τους από τα Νοσοκομεία. Στις βαθμολογίες 6-7 διαπιστώνεται συγκέντρωση ποσοστού 59,93%, με 10 βαθμολόγησαν τα Νοσοκομεία ποσοστό 8,59% των ασθενών, ποσοστό 13,53% βαθμολόγησε τα νοσοκομεία με 9 και με 8 βαθμολόγησαν τα Νοσοκομεία ποσοστό 12% των χρηστών υπηρεσιών.

**Πίνακας 7.26. Ανάλυση βαθμολογιών που έλαβαν τα Νοσοκομεία**

N=3.724

		← Ανάλυση Βαθμολογιών →										
Νοσοκομεία		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Μ.Ο. Βαθμο- λογίας
H 01	(N)	3	0	6	23	64	177	162	63	96	78	7,11
	(%)	0,45%	0,00%	0,89%	3,42%	9,52%	26,34%	24,11%	9,38%	14,29%	11,61%	71,10%
H 02	(N)	0	0	0	0	15	146	116	46	55	30	7,17
	(%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,68%	35,78%	28,43%	11,27%	13,48%	7,35%	71,70%
H 03	(N)	1	0	2	1	19	132	125	26	46	34	7,09
	(%)	0,26%	0,00%	0,52%	0,26%	4,92%	34,20%	32,38%	6,74%	11,92%	8,81%	70,90%
H 04	(N)	0	0	0	0	7	67	70	15	23	16	7,14
	(%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,54%	33,84%	35,35%	7,58%	11,62%	8,08%	71,40%
H 05	(N)	0	2	0	1	3	156	141	127	84	18	7,33
	(%)	0,00%	0,38%	0,00%	0,19%	0,56%	29,32%	26,50%	23,87%	15,79%	3,38%	73,30%
H 06	(N)	0	0	0	2	10	100	55	46	38	9	7,09
	(%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,77%	3,85%	38,46%	21,15%	17,69%	14,62%	3,46%	70,90%
H 07	(N)	0	0	0	1	28	151	99	27	52	32	7,04
	(%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,26%	7,18%	38,72%	25,38%	6,92%	13,33%	8,21%	70,40%
H 08	(N)	0	1	1	1	5	91	244	60	63	88	7,61
	(%)	0,00%	0,18%	0,18%	0,18%	0,90%	16,43%	44,04%	10,83%	11,37%	15,88%	76,10%
H 09	(N)	0	0	0	8	15	83	74	15	46	15	7,06
	(%)	0,00%	0,00%	0,00%	3,13%	5,86%	32,42%	28,91%	5,86%	17,97%	5,86%	70,60%
H 10	(N)	0	0	0	0	2	15	28	22	1	0	7,07
	(%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,94%	22,06%	41,18%	32,35%	1,47%	0,00%	70,70%
Σύνολο	(N)	4	3	9	37	168	1.118	1.114	447	504	320	7,21
	(%)	0,11%	0,08%	0,24%	0,99%	4,51%	30,02%	29,91%	12,00%	13,53%	8,59%	72,10%

Στο σύνολο τους τα Νοσοκομεία συγκέντρωσαν Μέσο Όρο=7,21 ή ποσοστό ανταπόκρισης 72,10%. Οι Μέσοι Όροι των βαθμολογιών των Νοσοκομείων κυμάνθηκαν μεταξύ 7,04-7,61 ή ποσοστά ανταπόκρισης (70,40%-76,10%). Το Νοσοκομείο H08 σημειώνει το μεγαλύτερο Μ.Ο.=7,61 ή ποσοστό ανταπόκρισης (76,10%), επίσης συγκέντρωσε τα υψηλότερα ποσοστά



στις βαθμολογίες 10 (15,88%) και 7 (44,04%). Αντίθετα, το Νοσοκομείο Η05 συμπληρώνοντας M.O. = 7,33 ή ποσοστό ανταπόκρισης 73,30%, έχει υψηλές βαθμολογίες μεταξύ 6-8, γεγονός που ίσως σημαίνει ότι δεν στηρίζεται στην καλή λειτουργία συγκεκριμένων κλινικών, αλλά έχει εύρος ανταπόκρισης σε περισσότερες κλινικές.

Με την ερώτηση: «θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο Νοσοκομείο» εκτιμάται η πρόθεση του ασθενή να επανέλθει ξανά στο νοσοκομείο εάν χρειαστεί, υψηλό ποσοστό 88,99% συμφωνεί ότι θα επέστρεφε ξανά, ποσοστό 2,23% απάντησε αρνητικά, ενώ ποσοστό 8,78% θέλησε να κρατήσει ουδέτερη στάση.

**Πίνακας 7.27. Πρόθεση ασθενών να επιλέξουν ξανά το Νοσοκομείο για τη νοσηλεία τους** N=3.724

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q56: Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο Νοσοκομείο;	(N)	466	2.848	317	67	16	10
	(%)	12,51%	76,48%	8,51%	1,80%	0,43%	0,27%

Με την ερώτηση: «Θα συστήνατε το Νοσοκομείο στους φίλους, την οικογένεια σας και τρίτους;» εκτιμάται η πρόθεση του ασθενή να προτείνει το Νοσοκομείο και σε άλλους τρίτους ή δικούς του ανθρώπους. Ποσοστό 68,88% απάντησε θετικά, 3,60% απάντησε αρνητικά, ενώ ποσοστό 27,52% θέλησε να κρατήσει ουδέτερη στάση.

**Πίνακας 7.28. Πρόθεση ασθενών να συστήσουν το Νοσοκομείο** N=3.724

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q57: Θα συστήνατε το Νοσοκομείο στους φίλους, την οικογένεια σας και τρίτους;	(N)	236	2.329	1.010	118	16	15
	(%)	6,34%	62,54%	27,12%	3,17%	0,43%	0,40%

Οι δύο τελευταίες ερωτήσεις, συνθέτουν την κλίμακα: συνολική στάση του ασθενή και επανάληψης της στάσης του. Για τις απαντήσεις σε αυτήν την κλίμακα υπάρχει μια θετική προδιάθεση, ενώ τα υψηλά ποσοστά ουδετερότητας, αναφέρονται πιθανότητα στην συνειδητή επιλογή ουδέτερης στάσης στη σύσταση για τις υπηρεσίες υγείας, καθώς πρόκειται για ένα ιδιαίτερα προσωπικό ζήτημα που ενέχει κινδύνους.





### 7.1.3.10. Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών του δείγματος

Ως προς την εξέταση της κανονικότητας, αναπτύχθηκε η δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov, παρατηρήθηκε ότι ήταν η  $p\text{-value} = 0,00 < 0,05$  για όλες τις ερωτήσεις, ως εκ τούτου ουδεμία μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή.

### 7.1.3.11. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Οι νέες κλίμακες ικανοποίησης που διαμορφώθηκαν, ελέγχθηκαν για την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Internal consistency reliability), δηλαδή ο βαθμός στον οποίο όλα τα στοιχεία της αθροιστικής κλίμακας αντικατοπτρίζουν την ίδια εννοιολογική κατασκευή.<sup>426</sup>

**Πίνακας 7.29. Συντελεστές Cronbach alpha**

Κατηγορίες	Ερωτήσεις	Cronbach alpha
Αναμονή-άφιξη-εισαγωγή	Q 2-11	0,79
Νοσηλευτική φροντίδα	Q 14-22	0,63
Ιατρική φροντίδα	Q 23-31	0,56
Υπόλοιπο Προσωπικό	Q 32-35	0,25
Φαγητό	Q 38-40	0,32
Εσωτερικό περιβάλλον	Q 41-50	0,65
Διαδικασίες	Q 51-52	0,52
Στάσεις Ασθενών	Q 56-57	0,81
<b>Συνολικός Συντελεστής Έρευνας</b>		<b>0,75</b>

Επειδή οι απαντήσεις αποτελούνταν από περισσότερες των δύο κατηγοριών, χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο ο συντελεστής Cronbach's alpha. Ένας συντελεστής άλφα του Cronbach 0,80 ή μεγαλύτερος υποδηλώνει υψηλό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας και συνεπώς όλα τα στοιχεία μετρούν την ίδια κατασκευή. Ωστόσο, μια τιμή 0,95 ή μεγαλύτερη δεν είναι αποδεκτή, καθώς συνεπάγεται την επανάληψη του ίδιου στοιχείου ή την παροχή των ίδιων πληροφοριών.<sup>427-429</sup>

### 7.1.3.12. Έλεγχος της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ικανοποίηση

#### Συσχέτιση ικανοποίησης και φύλου

Με βάση τον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε (Mann-Whitney U Test), η υπόθεση ότι η ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, δεν συνδέεται με το φύλο των



ασθενών υποστηρίζεται από τα ευρήματα και για τις ερωτήσεις Q15,16,19-21 ( $>0,05$ ). Στη συσχέτιση ικανοποίησης και φύλου, από τις ερωτήσεις Q14,17,18,22 βρέθηκε ότι η p-value  $<0,05$ , οι άντρες έδωσαν θετικότερες βαθμολογίες για τις ερωτήσεις Q17-22 που συνδέονται με την προθυμία, την ενσυναίσθηση και τη διακριτικότητα, ενώ οι γυναίκες ασθενείς έδωσαν θετικότερη απάντηση για το ενδιαφέρον και την περιποίηση.

**Πίνακας 7.30. Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών και φύλου ως προς την αξιολόγηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών**

				N=3.724		
	Ερώτηση	Φύλο	N	p-value	Μέση Κατάταξη	Άθροισμα Βαθμών
Q14	Οι νοσηλευτές/τριες έδειξαν ενδιαφέρον και σας περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας	Άνδρας	1.802	0,001	1819,33	3278424,50
		Γυναίκα	1.922		1902,98	3657525,50
Q17	Οι νοσηλευτές/τριες ήταν απρόθυμοι να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας	Άνδρας	1.802	0,013	1903,71	3430481,50
		Γυναίκα	1.922		1823,86	3505468,50
Q18	Οι νοσηλευτές/τριες συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας	Άνδρας	1.802	0,002	1916,64	3453794,00
		Γυναίκα	1.922		1811,74	482156,00
Q22	Οι νοσηλευτές/τριες ήταν διακριτικοί/κές	Άνδρας	1.802	0,000	1912,23	3445846,50
		Γυναίκα	1.922		1815,87	3490103,50

Για τον έλεγχο ανεξαρτησίας που διενεργήθηκε (Mann-Whitney U Test), η εικασία ότι η ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό δεν συνδέεται με το φύλο των ασθενών συνδέεται με τα ευρήματα από τις ερωτήσεις Q24,26,28,31 ( $>0,05$ ). Η συσχέτιση ικανοποίησης και φύλου, βρέθηκε από τις ερωτήσεις Q23,25,27,29 με p-value  $<0,05$ , όπου οι άντρες έδωσαν θετικότερες βαθμολογίες.

Οι περισσότερες έρευνες υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο ικανοποιημένες από το επίπεδο της περίθαλψης που λαμβάνουν και ότι οι αντιλήψεις για την επαφή με τα προβλήματα υγείας διαφέρουν μεταξύ των δύο φύλων. Σε μια μελέτη των Weissman et al. (2001), που διεξήχθη στις ΗΠΑ, αρχικά δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Ωστόσο, μια λεπτομερής αξιολόγηση της μελέτης διαπίστωσε ότι το 18% των γυναικών είχε αλλάξει γιατρό τα τελευταία πέντε χρόνια, σε σύγκριση με το 9% των ανδρών. Οι γυναίκες άλλαξαν γιατρό κυρίως επειδή ήταν δυσαρεστημένες με το επίπεδο επικοινωνίας, ενώ οι άνδρες αποφάσισαν να αλλάξουν γιατρό για λόγους όπως η απόσταση.<sup>430</sup>



**Πίνακας 7.31. Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών και φύλου ως προς την αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών** N=3.724

Ερώτηση	Φύλο	N	p-value	Μέση Κατάταξη	Άθροισμα Βαθμών
Q23 Οι γιατροί περνούσαν σπάνια για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας	Άνδρας	1.802	0,001	1911,92	3445271,50
	Γυναίκα	1.922		1816,17	3490678,50
Q25 Οι γιατροί κάποιες φορές αγνοούσαν αυτά που τους λέγατε	Άνδρας	1.802	0,000	1933,81	3484734,00
	Γυναίκα	1.922		1795,64	3451216,00
Q27 Οι γιατροί ήταν αγενείς	Άνδρας	1.802	0,036	1895,57	3415818,00
	Γυναίκα	1.922		1831,49	3520132,00
Q29 Οι οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες	Άνδρας	1.802	0,000	1915,87	3452395,50
	Γυναίκα	1.922		1812,46	3483554,50
Q30 Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό	Άνδρας	1.802	0,000	1783,19	3213312,00
	Γυναίκα	1.922		1936,86	3722638,00

### 7.1.3.13. Έρευνες της ικανοποίησης ασθενών στα νοσοκομεία στην Ελλάδα

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί αντικείμενο έρευνας και υπάρχει περιορισμένος αριθμός σχετικών μελετών στην Ελλάδα, κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία ως δείγμα. Κατ' αρχάς, μια έρευνα που διεξήχθη στην Αθήνα από τους Kytiopoulos et al. το 1994 διαπίστωσε ότι οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις ιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τις νοσηλευτικές και λιγότερο ικανοποιημένοι από τη διαμονή τους στο νοσοκομείο. Ένα αξιολογικό εύρημα της μελέτης αυτής ήταν ότι οι ασθενείς ήταν ουδέτεροι σχετικά με τη διαμονή τους στο νοσοκομείο, με τους περισσότερους από αυτούς να αξιολογούν άσχημα τις ξενοδοχειακές υποδομές και τις συνθήκες υγιεινής.<sup>431</sup> Σε μελέτη των Νιάκα, Γναρδέλλη, Θεοδώρου διερευνήθηκε η γνώμη 1.295 ενηλίκων ασθενών για το επίπεδο υπηρεσιών που παρέχονται από τρία δημόσια νοσοκομεία, παρουσιάστηκαν υψηλά ποσοστά για τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και δίκαιες τιμές για ξενοδοχειακές υπηρεσίες και εγκαταστάσεις. Έτσι, φαίνεται ότι οι ανέσεις σχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση των ασθενών και ότι η ικανοποίηση από τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις και τις ανέσεις είναι γενικά υψηλότερη στα σύγχρονα νοσοκομεία που βρίσκονται στην περιφέρεια σε σύγκριση με τα παλαιότερα νοσοκομεία στα μεγάλα αστικά κέντρα. Ο ιατρικός-νοσηλευτικός δείκτης κυμάνθηκε σε 86,4% και το ποσοστό για τις ξενοδοχειακές



υπηρεσίες σε 75,9%. Η στατιστική ανάλυση έδειξε διαφορετικά ποσοστά ικανοποίησης ανά ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης.<sup>432, 433</sup>

Μια έρευνα του 2005, σε 4.209 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε 118 νοσοκομεία του ΕΣΥ παρουσίασε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό και ελαφρώς χαμηλότερη (αλλά και πάλι υψηλή) ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό και τις ξενοδοχειακές τύπου υπηρεσίες σε νοσοκομεία.<sup>434</sup> Οι Polizos et al. (2005) διεξήγαγαν παρόμοια μελέτη σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Αττικής με 108 και 412 εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, αντίστοιχα, και διαπίστωσαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης και στις δύο περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, το νοσοκομείο 1 (εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικό νοσοκομείο) και το νοσοκομείο 2 (νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο) βρέθηκαν να έχουν συνολικό ποσοστό ικανοποίησης 91,1% και 75,2% αντίστοιχα, ενώ το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογήθηκε θετικά από το 92,7% και 71,3% των ασθενών. Η μελέτη αυτή παρουσίασε, ότι η εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία σχετίζεται άμεσα με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και μάλιστα, όσο περισσότερο εξοικειωμένο είναι το προσωπικό με τα συστήματα αυτά, τόσο υψηλότερη είναι η ικανοποίηση των ασθενών.<sup>435</sup>

Οι Paragiannopoulou et al (2008) μέτρησαν την ικανοποίηση των χρηστών του Αττικού Νοσοκομείου Παίδων από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες σε δείγμα 700 ατόμων και διαπίστωσαν ότι το 42,2% των επισκεπτών ήταν πολύ ή απόλυτα ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες πληροφορίες, το 49% ήταν πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα των διαδικασιών εισαγωγής και το 54,3% ήταν απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια του προσωπικού, σε πενταβάθμια κλίμακα, οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες αξιολογήθηκαν πάνω από το μέσο όρο (3,6 και 3,4 αντίστοιχα), με το 33,4% των ερωτηθέντων να είναι πολύ ικανοποιημένο από την ευγένεια, το 32,8% από την κατανόηση και το 32,1% από την εξυπηρέτηση. Τέλος, καταγράφηκε χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης στην πλευρά των υποδομών του κτιρίου του νοσοκομείου.<sup>390</sup>

Οι Aletras et al (2009) στη προσπάθειά τους να συνθέσουν ένα αξιόπιστο και συνάμα έγκυρο εργαλείο για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευομένων στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, διαπίστωσαν ότι οι τέσσερις κύριες διαστάσεις που τη διαμορφώνουν, είναι η ιατρονοσηλευτική φροντίδα, η οργάνωση και ο σχεδιασμός, το νοσοκομειακό περιβάλλον και άλλοι παράγοντες ποιότητας. Προσδιόρισαν, ότι οι συνολικές βαθμολογίες ικανοποίησης



συσχετίζονται με τις βαθμολογίες ικανοποίησης σε τέσσερις επιμέρους υποκλίμακες και με την ικανοποίηση των ασθενών από την κατάσταση της υγείας τους.<sup>424</sup>

Η Καλογεροπούλου (2011) αξιολόγησε την ικανοποίηση ενός δείγματος 300 ασθενών σε έξι δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αθήνας και εξακρίβωσε ότι το 67% εξέφρασε ικανοποίηση από την ενημέρωση, τη διάγνωση και τη θεραπεία, το 82,7% εξέφρασε δυσαρέσκεια από την καθαριότητα και τις συνθήκες διαβίωσης και πάνω από το 50% ήταν δυσαρεστημένο από τη συμπεριφορά του προσωπικού. Αντίθετα, ποσοστό 57,3% των ασθενών ήταν απόλυτα ικανοποιημένο από τα ραντεβού τους, ενώ μονάχα το 32,7% ήταν ικανοποιημένο από την αποτελεσματική παροχή φροντίδας. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι τα σημαντικότερα στοιχεία που απαιτούν βελτίωση προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ήταν η καθαριότητα, οι συνθήκες διαβίωσης, ο τεχνικός εξοπλισμός και η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού.<sup>436</sup>

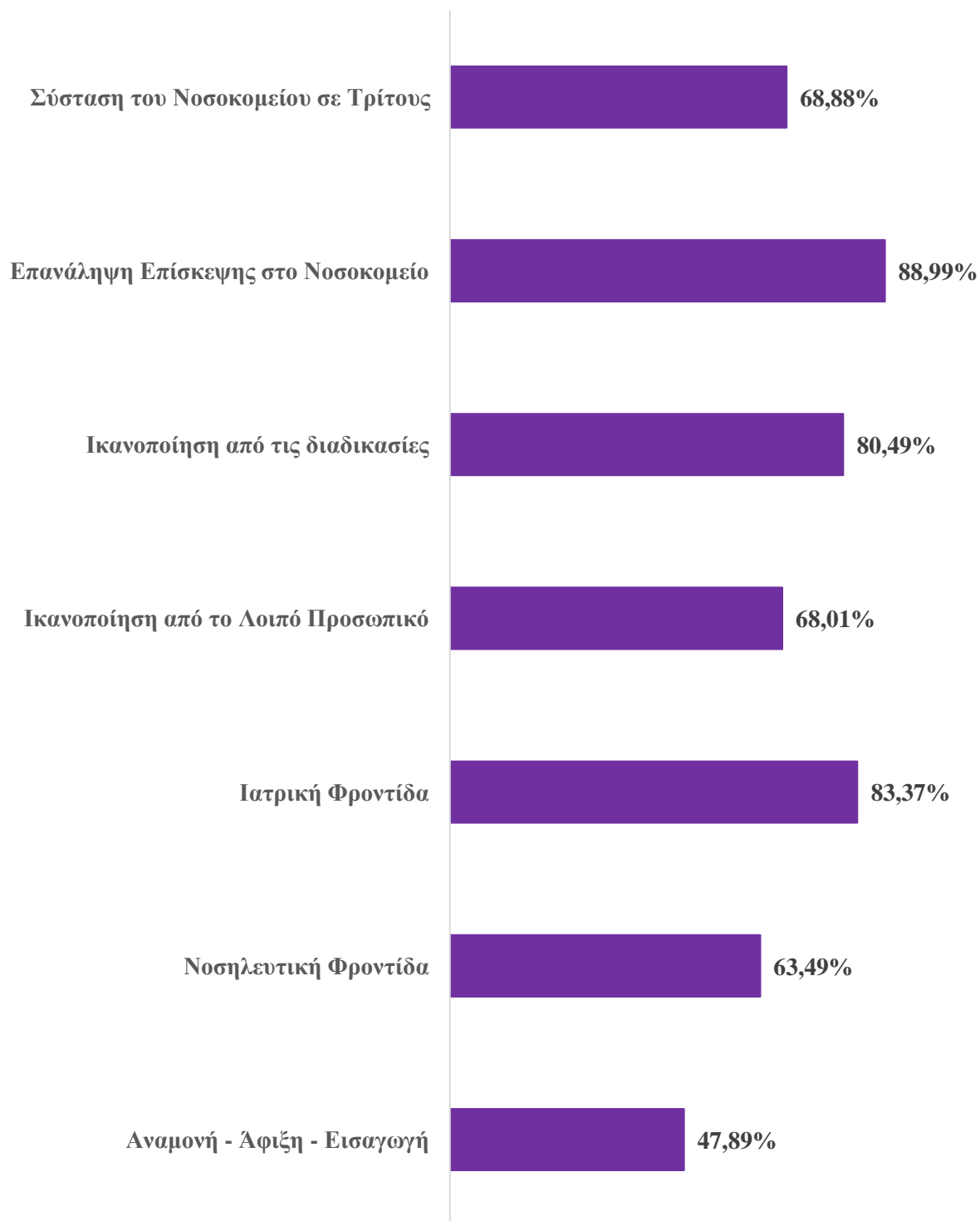
Οι Sotiropoulou et al. (2014), εξέτασαν την ικανοποίηση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη καρδιοχειρουργική επέμβαση σε νοσοκομεία της Αθήνας, αποκάλυψε ένα συνολικά μέτριο επίπεδο. Οι τέσσερις επιμέρους διαστάσεις που αξιολογήθηκαν (ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη, οργάνωση και σχεδιασμός της νοσηλείας, νοσοκομειακή περίθαλψη, νοσοκομειακός σχεδιασμός, νοσοκομειακή περιβάλλον, και άλλοι παράγοντες ποιότητας). Από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το δημογραφικό προφίλ των ασθενών δεν συσχετίζεται με την ικανοποίηση. Οι ηλικιωμένοι (61-74 ετών), οι παντρεμένοι, και οι ασθενείς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την εισαγωγή στο νοσοκομείο.<sup>437</sup>

Οι Chantzopoulou et al (2017) μελέτησαν την ικανοποίηση 382 ασθενών που εισήχθησαν σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία διαπιστώνοντας ότι το 69% ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την εικόνα των νοσοκομείων (καθαριότητα, οργάνωση, καταλληλότητα), τον ιατρικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό, τις συνθήκες στους θαλάμους και το φαγητό. Ωστόσο, από τους χρόνους αναμονής για την εισαγωγή στο νοσοκομείο, τις διεξαχθείσες εξετάσεις και τις χειρουργικές επεμβάσεις, παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό (89,2%) ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένο από το προσωπικό (συχνή και σαφής επικοινωνία, ευγένεια και εξυπηρετικότητα). Διαπιστώθηκε επίσης ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται από ορισμένους δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, εκπαίδευση, διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο).<sup>438</sup>



### 7.1.3.14. Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων

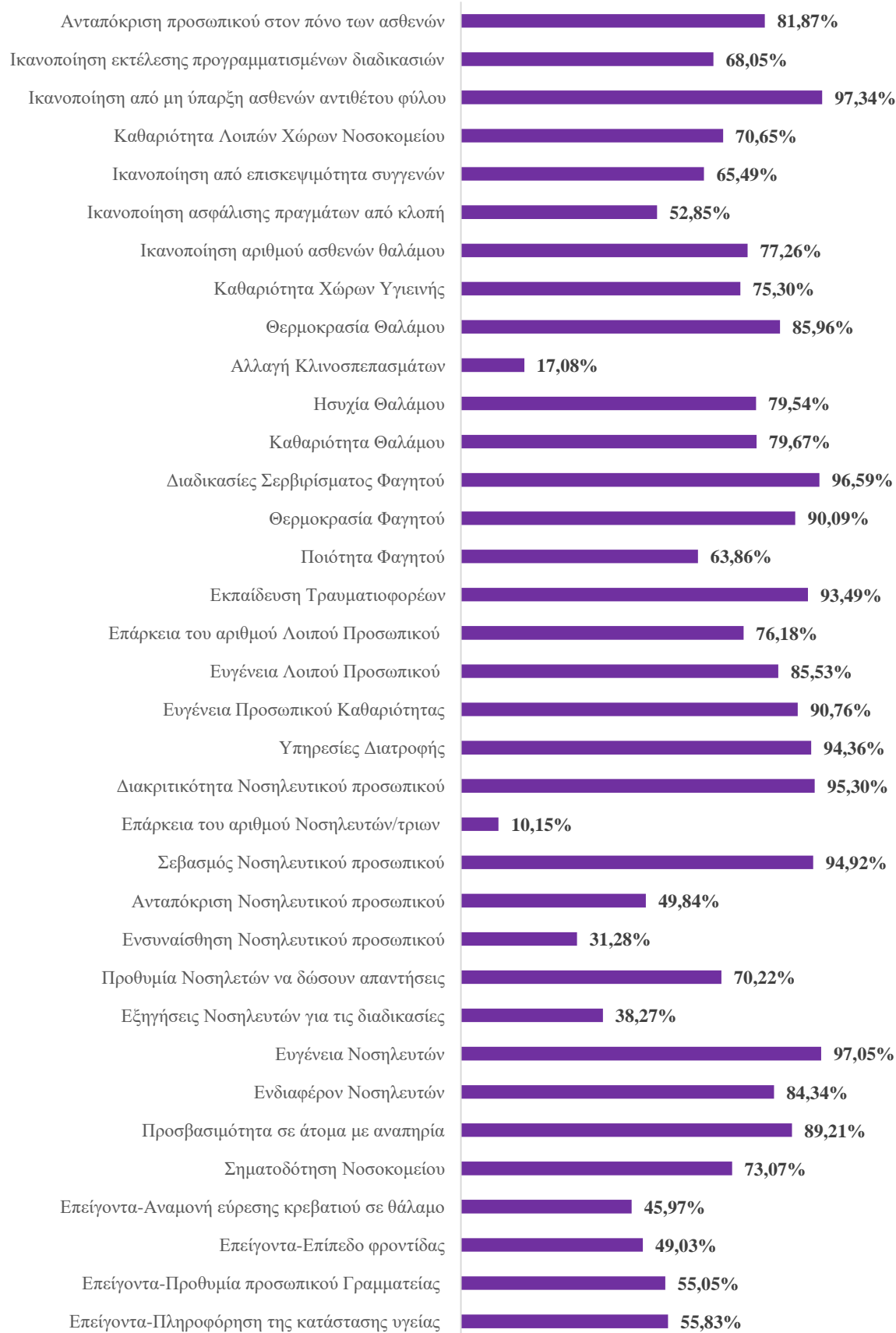
#### 7.1.3.14.1. Βασικοί Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων



Διάγραμμα 7.2.: Βασικοί Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων



### 7.1.3.14.2. Αναλυτικοί Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων



Διάγραμμα 7.3.: Αναλυτικοί Δείκτες Ικανοποίησης Νοσοκομείων





### 7.1.3.15. Συμπεράσματα και προτάσεις βελτίωσης για τα Νοσοκομεία

Η συστηματική αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών κατά τη διάρκεια ή και μετά τη νοσηλεία τους θεωρείται αναγκαία για τον εντοπισμό των αδυναμιών, των ελλείψεων και των ανεπαρκειών ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και, ως εκ τούτου, για τη λήψη διορθωτικών μέτρων από τη διοίκηση των νοσοκομείων, αλλά και σε κεντρικό επίπεδο διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας. Ειδικά στην Ελλάδα, όπου η συνεχιζόμενη οικονομική κρίση επηρεάζει τη συνολική απόδοση και τη στελέχωση των νοσοκομείων, η αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και των επιμέρους παραγόντων του είναι δυνατόν να αποτελέσει μια χρήσιμη διαδικασία για τους διευθυντές των νοσοκομείων. Και τούτο διότι, με σχετικά χαμηλό κόστος, μπορούν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα σε επίπεδο μονάδας σε σχέση με την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της περίθαλψης.

Τα νοσοκομεία της παρούσας μελέτης διαθέτουν σημαντικά πλεονεκτήματα, το σημαντικότερο εκ των οποίων είναι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, η διακριτικότητα και ο σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενούς, η γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού, η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και ειδικότερα ο τρόπος συμπεριφοράς των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον ασθενή, που δίχως αυτή την αξία δεν υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης. Τα νοσοκομεία της παρούσης έρευνας, υστερούν: α) στην υποδοχή (επείγοντα περιστατικά) και ιδιαίτερα στον προγραμματισμό αναμονής και εξέτασης, ως προς την προθυμία ανταπόκρισης του προσωπικού της γραμματείας, αλλά και ως την πληροφόρηση της κατάστασης υγείας τους, β) στην εισαγωγή τους, φαίνεται ότι παρουσιάζεται αργοπορία στην τακτοποίηση τους στο θάλαμο, ενώ σε ορισμένα νοσοκομεία παρουσιάζεται πρόβλημα στις πινακίδες ενημέρωσης-κατεύθυνσης. Επισημάνθηκε η έλλειψη κλινοσκεπασμάτων, προβλήματα στη τεχνική κατάσταση των επίπλων και καθισμάτων ειδικά στους χώρους αναμονής, την καθαριότητα και απεντόμωση των βοηθητικών χώρων, την ποιότητα φαγητού, στην τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων για τις απαιτούμενες εξετάσεις, εγχειρήσεις ή εξετάσεις, αλλά και στο χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων, τη φύλαξη των προσωπικών αντικειμένων των ασθενών και των συνοδών τους. Επίσης, εκφράστηκαν κάποια παράπονα για την παραμονή των συγγενών στους θαλάμους και για την σοβαρή έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού, γεγονός που προφανώς επιδρά στην ανταπόκριση, στο χρόνο που διαθέτουν για παροχή πληροφοριών και την ενσυναίσθηση τους.



## 7.2. Ερευνητικό Μέρος της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ

Η ΠΦΥ είναι μια πολυδιάστατη έννοια που καλύπτει πολλές πτυχές ενός συστήματος υγείας. Όντας το πρώτο σημείο επαφής μεταξύ των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αποτελεί τη πρώτη υπηρεσία υγείας που παρέχεται σε ένα ενιαίο, συνεχές περιβάλλον περίθαλψης όσο το δυνατόν πιο κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας των πολιτών. Βασικοί στόχοι της ΠΦΥ, αποτελούν: η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση, με γενικό στόχο την αναβάθμιση της υγείας των ανθρώπων. Βασικοί στόχοι της ΠΦΥ αποτελούν, η ισότητα της πρόσβασης (accessibility), η ισότητα της διαθεσιμότητας (availability), η διασφάλιση και ο συντονισμός της συνέχειας της φροντίδας (continuity) σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας. Όλες οι υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν νοσηλεία, δηλαδή η εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, ο σχεδιασμός και η εκτέλεση μέτρων και προγραμμάτων πρόληψης ασθενειών, η εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων διαχείρισης της υγείας, η προαγωγή της υγείας, η παροχή πρώτων βοηθειών, η παραπομπή σε δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, η τακτική παρακολούθηση και διαχείριση χρόνιων ασθενών και η πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη. Ο ΠΟΥ προσδιόρισε τους τέσσερις πυλώνες της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ως: α) καθολική κάλυψη, β) υπηρεσίες με επίκεντρο τον άνθρωπο και το όφελος, γ) επιτυχημένη διαχείριση και ηγεσία και δ) δημόσιες υπηρεσίες.

Σημειώνεται, ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει αποκτήσει ιδιαίτερη βαρύτητα τα τελευταία χρόνια, αφού παρέχει μια σαφή εικόνα της συνολικής απόδοσης ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης και μπορεί να εντοπίσει τη δυνατότητα υπεροχής ή κατωτερότητας σε σχέση με άλλους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών ως βασικός δείκτης της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών απαρτίζει ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τη διοίκηση του οργανισμού, καθώς παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τα προβλήματα προσωπικού, οργάνωσης και λειτουργίας και μπορεί επίσης να υποδείξει μέτρα για τη βελτίωσή τους.

Ως εκ τούτου, το θέμα αυτού του κεφαλαίου είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στα κέντρα υγείας γενικά, η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ειδικότερα. Ως εκ τούτου, βασικοί στόχοι της παρούσας μελέτης, αποτελούν: 1) να εκτιμηθεί η ικανοποίηση των πολιτών από την ποιότητα των άμεσων υπηρεσιών και των διαβουλεύσεων, 2) να συσχετιστεί η αποδοχή και η ικανοποίηση των χρηστών με τα εθνικά δημογραφικά



χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο, και 3) να εκτιμηθεί το επίπεδο ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στα κέντρα υγείας. Στόχος της παρούσας έρευνας δεν είναι μόνο η ανάδειξη προβλημάτων και ελλείψεων, αλλά και η εξαγωγή συμπερασμάτων που θα βοηθήσουν στο σχεδιασμό μέτρων για τη βελτίωση και την ανάπτυξη των σχετικών υπηρεσιών. Αναμένεται επίσης ότι οι ασθενείς/χρήστες θα εξοικειωθούν με παρόμοιες διαδικασίες και τέλος η έρευνα, η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα θα αξιολογηθούν σε σχέση με τη βιβλιογραφία και σχετικές μελέτες σε άλλες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

### **7.2.1. Είδος έρευνας, μεθοδολογία και συλλογή δεδομένων**

Η συλλογή του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε από τον Ιούνιο 2019 έως τον Απρίλιο 2021 με τη χρησιμοποίηση ενός ειδικού, πλήρως δομημένου με απαντήσεις κλειστού τύπου έντυπου ερωτηματολογίου, αυτοσυμπληρούμενο όποτε ήταν δυνατό από τους χρήστες-ασθενείς, σύμφωνα πάντοτε με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας, αφού ενημερώθηκαν σχετικά με το σκοπό της και εφόσον το επιθυμούσαν. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη: Στο Α' Μέρος προσπαθήσαμε να ανακτήσουμε πληροφορίες από τις εμπειρίες των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την υποδομή των Κέντρων Υγείας που ανήκουν στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής. Οι περισσότερες ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου Likert σε μια 6βαθμη κλίμακα με ένταση από διαφωνώ απόλυτα έως συμφωνώ απόλυτα και μπορούν να λάβουν αριθμητικές τιμές: 1 = συμφωνώ απόλυτα, 2 = συμφωνώ, 3 = είμαι ουδέτερος/η, 4 = διαφωνώ, 5 = διαφωνώ απόλυτα, 6 = Δεν ξέρω/Δεν απαντώ, χωρισμένες σε 7 διαστάσεις ικανοποίησης, όπως παρουσιάζεται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Οι βασικές ερωτήσεις είχαν κατ' εναλλαγή θετική και αρνητική διατύπωση. Η ικανοποίηση των επισκεπτών-χρηστών περιλάμβανε: 11 ερωτήσεις (1-11) που αφορούσαν το κλείσιμο ραντεβού και την υποδοχή, 7 ερωτήσεις (12-18) που αφορούν την αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις, 11 ερωτήσεις (19-29) για το ιατρείο και τις ιατρικές εξετάσεις, 2 ερωτήσεις (30-31) για τη νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης, υπάρχουν 6 ερωτήσεις (32-37) για τις εργαστηριακές εξετάσεις, 4 ερωτήσεις (38-41) που αφορούν την αναχώρηση, 2 ερωτήσεις (42-43) με επιπρόσθετα στοιχεία και 3 ερωτήσεις (44-46) για τη συνολική αξιολόγηση του Κέντρου Υγείας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις με δηλώσεις, θετικής ή αρνητικής διατύπωσης, ώστε να αποκλειστεί η θετική μεροληψία. Έτσι, το Α' Μέρος συνολικά περιέχει 46 ερωτήσεις-δηλώσεις. Στο εν λόγω ερωτηματολόγιο οι ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 34, 38, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52 αντιστράφηκαν πριν την στατιστική ανάλυση, αφού είναι αντίθετα διατυπωμένες από τις



υπόλοιπες. Στο διάγραμμα 7.2. που ακολουθεί, παρουσιάζεται διαγραμματικά η ανάλυση των διαστάσεων και τα στοιχεία που εξετάζονται αναλυτικά για τα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ.

Στο Β' Μέρος, αναπτύσσοντας 9 (1-9) ερωτήσεις εκτιμούμε τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των χρηστών υπηρεσιών, όπως: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, εισόδημα, ιθαγένεια, κ.α., αλλά και τους λόγους επίσκεψης στα Κέντρα Υγείας. Το ερωτηματολόγιο ολόκληρο, παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α'.



**Διάγραμμα 7.4.: Οι διαστάσεις ικανοποίησης επισκεπτών-χρηστών στα Κέντρα Υγείας**

### 7.2.2. Στατιστική ανάλυση

Ο μέσος όρος (MT), η τυπική απόκλιση (TA ή SD), η διάμεσος (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range) αναπτύχθηκαν, οι απόλυτες τιμές (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τις συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων αναπτύχθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney, ενώ για συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής



συσχέτισης του Spearman ( $r$ ). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0,10 έως 0,30, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,50 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,50. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 26.0.

### 7.2.3. Ικανοποίηση ασθενών από τα Κέντρα Υγείας

#### 7.2.3.1. Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά ασθενών

Ως προς την παρούσα έρευνα, το συνολικό δείγμα αποτελείται από 1.012 επισκέπτες-χρήστες υπηρεσιών που πραγματοποίησαν επισκέψεις στα είκοσι (20) Κέντρα Υγείας του Νομού Αττικής. Η πλειοψηφία των επισκεπτών ήταν γυναίκες (629 ή 62,15%), ενώ η πλειοψηφία του δείγματος ( $N=394$  ή 38,93%) κυμαίνεται μεταξύ 45-60 ετών. Περαιτέρω, το 72,13% ( $N=730$ ) των επισκεπτών ήταν έγγαμοι και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει απολυτήριο γυμνασίου ή λυκείου και μόνο το 1,68% διαθέτει κάποιο μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών. Το 45,36% ( $N=459$ ) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 31,62% ήταν συνταξιούχοι και το 4,64% ( $N=47$ ) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Η πλειοψηφία του δείγματος 84,09% ( $N=851$ ) επισκεπτών είχαν Ελληνική υπηκοότητα. Ως προς τη διαμονή τους, σχεδόν όλοι (99,90% ή  $N=1.011$ ) των επισκεπτών δήλωσαν ως νομό διαμονής την Αττική. Αναλυτικά, τα δημογραφικά στοιχεία αναπτύσσονται στον Πίνακα 7.32.

**Πίνακας 7.32. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών στα Κέντρα Υγείας**

Χαρακτηριστικά	N = 1.012	%
<b><u>Φύλο</u></b>		
Άνδρας	383	37,85%
Γυναίκα	629	62,15%
<b><u>Ηλικία</u></b>		
< 17 ετών	32	3,16%
18-30 ετών	38	3,75%
31-44 ετών	166	16,40%
45-60 ετών	394	38,93%
61-74 ετών	357	35,28%
75 > ετών	25	2,47%
<b><u>Οικογενειακή κατάσταση</u></b>		
Έγγαμος/η	730	72,13%
Άγαμος/η	143	14,13%
Διαζευγμένος/η	53	5,24%
Χήρος/α	86	8,50%



---

**Μορφωτικό επίπεδο**

Αναλφάβητος	12	1,19%
Δημοτικό	150	14,82%
Γυμνάσιο	223	22,04%
Λυκείο	534	52,77%
Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	76	7,51%
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	17	1,68%

**Επάγγελμα**

Αγρότης	1	0,10%
Δημόσιος Υπάλληλος	47	4,64%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	459	45,36%
Συνταξιούχος	320	31,62%
Εργάτης-τρια	15	1,48%
Φοιτητής-τρια	30	2,96%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	27	2,67%
Άνεργος-η/οικιακά	98	9,68%
Άλλο	15	1,48%

**Ιθαγένεια/Υπηκοότητα**

Ελληνική	851	84,09%
Άλλη	161	15,91%

**Νομός Διαμονής**

Αττικής	1.011	99,90%
Άλλος	1	0,10%

**Οικονομική Κατάσταση**

Δεν τα βγάζω πέρα	5	0,49%
Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες	894	88,34%
Τα βγάζω πέρα αλλά δεν μου μένουν και πολλά στην άκρη	111	10,97%
Είμαι άνετος οικονομικά	0	0,00%
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	2	0,20%

**Ο λόγος της επίσκεψης είναι:**

Απλή Συνταγογράφηση	46	4,55%
Παρακολούθηση & Εξέταση	687	67,89%
Επείγουσα Περίθαλψη	35	3,46%
Χορήγηση Πιστοποιητικού	8	0,79%
Παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος & Συνταγογράφηση	205	20,26%
Προληπτική Φροντίδα	31	3,06%
Άλλο	0	0,00%

---



### 7.2.3.2. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από το Κλείσιμο Ραντεβού-Υποδοχή

Οι επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους 75,62% (N=765) εξέφρασαν συνολικά ικανοποίηση ως προς τη διαδικασία Κλεισίματος ραντεβού-υποδοχής. Συγκεκριμένα, ως προς τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού 75,20% δήλωσε ικανοποίηση, ενώ 17,49% δυσαρέσκεια. Ως προς το προσωπικό υποδοχής και τις παρεχόμενες υπηρεσίες πληροφόρησης εξέφρασαν ικανοποίηση (66,60%, N=674). Ποσοστό 31,72% (N=321) εξέφρασε δυσαρέσκεια ως προς τη δυνατότητα και το χρόνο επιλογής ημέρας και ώρας ραντεβού, ενώ ποσοστό 30,04% (N=304) δήλωσε πως σε ότι αφορά το χρόνο αναμονής από τη στιγμή που επιθυμούσαν να εξεταστούν έως την στιγμή που πραγματοποιήθηκε η επίσκεψη στο ΚΥ ήταν μεγάλος. Υψηλή ικανοποίηση εκφράστηκε ως προς την πρόσβαση τους (97,92%), την προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρία (88,54%) και την σήμανση στους χώρους (92,98%).

**Πίνακας 7.33. Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας για το Κλείσιμο Ραντεβού-Υποδοχή**

Κλείσιμο Ραντεβού - Υποδοχή	Συμφωνώ		Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ		Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
	απόλυτα	Συμφωνώ		απόλυτα	απόλυτα	
Q1: Το κλείσιμο του ραντεβού σας έγινε εύκολα και γρήγορα	(N) 89 (%) 8,79%	672 66,40%	59 5,83%	156 15,42%	21 2,08%	15 1,48%
Q2: Ήταν δύσκολο να επιλέξετε εσείς ημέρα και ώρα ραντεβού	(N) 32 (%) 3,16%	289 28,56%	98 9,68%	461 45,55%	107 10,57%	25 2,47%
Q3: Η πρόσβαση σας στο Κέντρο Υγείας ήταν εύκολη	(N) 99 (%) 9,78%	892 88,14%	9 0,89%	12 1,19%	0 0,00%	0 0,00%
Q4: Το προσωπικό στο γραφείο πληροφοριών ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	(N) 36 (%) 3,56%	638 63,04%	245 24,21%	86 8,50%	2 0,20%	5 0,49%
Q5: Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που θελήσατε να εξεταστείτε έως την στιγμή που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας ήταν μεγάλος	(N) 9 (%) 0,89%	295 29,15%	169 16,70%	506 50,00%	20 1,98%	13 1,28%
Q6: Υπήρχε προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία	(N) 50 (%) 4,94%	846 83,60%	32 3,16%	59 5,83%	2 0,20%	23 2,27%
Q7: Η σήμανση στους χώρους του Κέντρου Υγείας για τα Ιατρεία ήταν ελλιπής	(N) 5 (%) 0,49%	36 3,56%	28 2,77%	804 79,45%	137 13,54%	2 0,20%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Κλείσιμο Ραντεβού-Υποδοχή</b>	<b>(N) 77 (%) 7,59%</b>	<b>688 68,03%</b>	<b>91 9,03%</b>	<b>133 13,17%</b>	<b>10 1,00%</b>	<b>12 1,17%</b>





Ως προς τον τρόπο κλεισίματος ραντεβού, η πλειοψηφία επέλεξε την τηλεφωνική επικοινωνία (76,68%, N=776).

#### **Πίνακας 7.34. Τρόπος κλεισίματος ραντεβού στο Κέντρο Υγείας**

Q8: Πως κλείσατε το ραντεβού σας στο Κέντρο Υγείας;	Αριθμός Επισκεπτών	Ποσοστό Επισκεπτών
Τηλεφωνικώς	776	76,68%
Μέσω Internet	140	13,83%
Με επίσκεψη στο ΚΥ	96	9,49%
<b>Σύνολο Επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας</b>	<b>1.012</b>	<b>100%</b>

Ως προς το χρόνο αναμονής για την πραγματοποίηση του ραντεβού τους ή των εργαστηριακών εξετάσεων τους, φαίνεται ότι ποσοστό 65,81% τακτοποιούνται εντός του μηνός που ζητήθηκε η υπηρεσία.

#### **Πίνακας 7.35. Διάστημα Αναμονής για την πραγματοποίηση της επίσκεψης**

Q9: Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις σας έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας ήταν;	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό Ασθενών
< 15 ημέρες	81	8,00%
16-30 ημέρες	585	57,81%
1 - 2 μήνες	310	30,63%
3 μήνες	0	0,00%
4 μήνες	0	0,00%
> 4 μήνες	0	0,00%
Πήγα χωρίς ραντεβού	36	3,56%
<b>Σύνολο Επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας</b>	<b>1.012</b>	<b>100%</b>

Ως προς το μέσο μεταφοράς που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της επίσκεψης ή των εργαστηριακών εξετάσεων, φαίνεται ότι ποσοστό 57,61% (N=583) χρησιμοποίησε ιδιωτικό μέσο για τη μεταφορά του, ενώ για ποσοστό 30,04% (N=304) ήταν εύκολη η πρόσβαση με τα πόδια.

#### **Πίνακας 7.36. Μέσο μεταφοράς για την πραγματοποίηση της επίσκεψης στα ΚΥ**

Q10: Με τι μέσον ήρθατε στο Κέντρο Υγείας;	Αριθμός Επισκεπτών	Ποσοστό Επισκεπτών
I.X.	583	57,61%
Αστική Συγκοινωνία	110	10,87%
Ταξί	15	1,48%
Με τα πόδια	304	30,04%
EΚΑΒ	0	0,00%
<b>Σύνολο Επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας</b>	<b>1.012</b>	<b>100%</b>

Εξ αυτών που χρησιμοποίησαν ιδιωτικό μέσο, 326 (55,92%) άτομα δήλωσαν ικανοποίηση από την εύκολη εύρεση θέσης για παρκάρισμα, ενώ οι υπόλοιποι είχαν πρόβλημα εξεύρεσης θέσης.



### 7.2.3.3. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από την αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις

Οι επισκέπτες των Κέντρων Υγείας, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους 77% (N=779) εξέφρασαν συνολικά ικανοποίηση ως προς τη διαδικασία αναμονής πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις. Συγκεκριμένα, ως προς την καθαριότητα της αίθουσας αναμονής (97,83%) και τη χωρητικότητα αυτής (91,21%) δηλώθηκε ικανοποίηση. Ως προς την εξεύρεση καθίσματος κατά την αναμονή, ποσοστό 56,62% (N=573) δήλωσε ικανοποίηση, ενώ 40,42% (N=409) δυσαρέσκεια. Ως προς τη θερμοκρασία στους χώρους αναμονής δηλώθηκε υψηλή ικανοποίηση (95,26%). Ως προς το χρόνο αναμονής για την εξυπηρέτηση τους, οι επισκέπτες δήλωσαν ικανοποίηση κατά ποσοστό 44,07% (N=446), ενώ δυσαρέσκεια 47,23% (N=478).

**Πίνακας 7.37. Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας για την αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις** N=1.012

Αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q12: Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή	(N) (%)	38 3,75%	952 94,07%	15 1,48%	4 0,40%	2 0,20%	1 0,10%
Q13: Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη	(N) (%)	3 0,30%	45 4,45%	40 3,95%	846 83,60%	77 7,61%	1 0,10%
Q14: Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε	(N) (%)	9 0,89%	564 55,73%	29 2,87%	394 38,93%	15 1,48%	1 0,10%
Q15: Η θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής ήταν δυσάρεστη (είχε πολύ κρύο ή πολύ ζέστη)	(N) (%)	7 0,69%	24 2,37%	15 1,48%	730 72,13%	234 23,12%	2 0,20%
Q16: Ο χρόνος που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής ήταν υπερβολικά μεγάλος	(N) (%)	15 1,48%	431 42,59%	87 8,60%	455 44,96%	23 2,27%	1 0,10%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από την αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις</b>	<b>(N) (%)</b>	<b>75 7,37%</b>	<b>705 69,62%</b>	<b>37 3,68%</b>	<b>184 18,22%</b>	<b>10 0,99%</b>	<b>1 0,12%</b>



Οι επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας, ερωτήθηκαν εάν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης τους επισκέφθηκαν τις τουαλέτες, ποσοστό 30,43% (N=308) αποκρίθηκε θετικά, ενώ ποσοστό 69,57% (N=704) αποκρίθηκε αρνητικά. Από τον Πίνακα 7.38. προκύπτει ότι εκ των επισκεφθέντων στις τουαλέτες, ποσοστό 87,34% (N=269) δήλωσε ικανοποίηση, ενώ ποσοστό 9,74% (N=30) δυσαρέσκεια.

**Πίνακας 7.38. Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας για την καθαριότητα και τη φροντίδα των τουαλετών** N=1.012

Q18: Οι τουαλέτες ήταν καθαρές και φροντισμένες	Συμφωνώ απόλυτα (N)	Συμφωνώ (N)	Είμαι Ουδέτερος (N)	Διαφωνώ (N)	Διαφωνώ απόλυτα (N)	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ (N)
	13	256	8	25	5	705
	(%) 1,28%	(%) 25,30%	(%) 0,79%	(%) 2,47%	(%) 0,49%	(%) 69,66%

#### 7.2.3.4. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από το ιατρείο και την ιατρική εξέταση

Οι επισκέπτες των Κέντρων Υγείας, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους 80,11% (N=811) εξέφρασαν συνολικά ικανοποίηση ενώ ποσοστό 8,73% δήλωσε δυσαρέσκεια ως προς την κατάσταση των ιατρείων και την ιατρική εξέταση. Συγκεκριμένα, ως προς την καθαριότητα των χώρων (96,74%, N=979) δηλώθηκε ικανοποίηση, για τους χώρους εξέτασης 85,87% δηλώθηκε επίσης ικανοποίηση ενώ υπήρξε και ποσοστό 5,14% (N=52) που δήλωσε ότι οι χώροι ήταν στενοί και άβολοι. Ως προς την ιατρική εξέταση, οι επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας δήλωσαν την ικανοποίηση τους ως προς το χρόνο που τους αφιερώθηκε στο ραντεβού με τον ιατρό τους (65,02%, N=658), ωστόσο ποσοστό 22,92% (N=232) δήλωσε δυσαρέσκεια. Ως προς την επιμέλεια του ιατρού, ως προς την αρμόζουσα απομόνωσή των εξετασθέντων κατά τη διάρκεια της εξέτασης ώστε να μη τους βλέπουν ή ακούν άτομα που δεν αρμόζει (τρίτοι και λοιποί), ποσοστό 89,43% (N=905) δήλωσε ικανοποίηση, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό 2,27% (N=23) δήλωσε δυσαρέσκεια.

Ως προς την προθυμία του ιατρού να ακούσει τον εξεταζόμενο, δηλώθηκε ικανοποίηση από ποσοστό 63,54% (N=643), ενώ ποσοστό 12,85% (N=130) δήλωσαν ότι οι ιατροί ήταν απρόθυμοι. Για την ποιότητα της πληροφόρησης που είχαν οι επισκέπτες από τους ιατρούς, δηλώθηκε ικανοποίηση κατά ποσοστό 89,82% (N=909), ενώ ένα μικρό ποσοστό (4,05%, N=41) δήλωσε μη ικανοποιημένο. Ως προς την εμπιστοσύνη, την ορθότητα και την καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που χορηγήθηκε, ποσοστό 67,39% (N=682) εξέφρασε ικανοποίηση, ενώ ποσοστό 15,32% (N=155) εξέφρασε μη ικανοποίηση.



**Πίνακας 7.39. Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας για το Ιατρείο και την Ιατρική εξέταση**

N=1.012

Ιατρείο και Ιατρική εξέταση		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q19: Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός	(N) (%)	40 3,95%	939 92,79%	24 2,37%	9 0,89%	0 0,00%	0 0,00%
Q20: Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος	(N) (%)	0 0,00%	52 5,14%	88 8,70%	810 80,04%	59 5,83%	3 0,30%
Q21: Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέταση σας	(N) (%)	64 6,32%	594 58,70%	110 10,87%	207 20,45%	25 2,47%	12 1,19%
Q22: Ο γιατρός έδειξε αδιαφορία για την κατάλληλη απομόνωσή σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης ώστε να μη σας βλέπουν ή ακούνε άτομα που δεν έπρεπε	(N) (%)	1 0,10%	22 2,17%	84 8,30%	675 66,70%	230 22,73%	0 0,00%
Q23: Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας	(N) (%)	69 6,82%	574 56,72%	213 21,05%	120 11,86%	10 0,99%	26 2,57%
Q24: Ο γιατρός σας έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση της υγείας σας	(N) (%)	2 0,20%	39 3,85%	61 6,03%	728 71,94%	181 17,89%	1 0,10%
Q25: Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας είπε ο γιατρός	(N) (%)	77 7,61%	605 59,78%	126 12,45%	128 12,65%	27 2,67%	49 4,84%
Q26: Οι εξηγήσεις και οδηγίες που λάβατε από το γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες;	(N) (%)	3 0,30%	81 8,00%	76 7,51%	708 69,96%	135 13,34%	9 0,89%
Q27: Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό, ευγένεια και φιλικότητα	(N) (%)	65 6,42%	689 68,08%	152 15,02%	64 6,32%	15 1,48%	27 2,67%
Q28: Η γενική σας άποψη από την επίσκεψη στο ιατρείο είναι θετική	(N) (%)	50 4,94%	815 80,53%	69 6,82%	75 7,41%	3 0,30%	0 0,00%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Ιατρείο και την Ιατρική εξέταση</b>	<b>(N) (%)</b>	<b>97 9,58%</b>	<b>714 70,52%</b>	<b>100 9,91%</b>	<b>80 7,88%</b>	<b>9 0,85%</b>	<b>13 1,25%</b>

Ως προς τις εξηγήσεις και τις οδηγίες που δόθηκαν από την πλευρά του ιατρού ως προς τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) δηλώθηκε ικανοποίηση κατά ένα υψηλό ποσοστό (83,30%, N=843), αλλά ποσοστό 8,30% (N=84) δήλωσε ότι οι οδηγίες ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες. Ως προς τον σεβασμό, την ευγένεια και τη φιλικότητα που φέρθηκαν οι ιατροί, ικανοποίηση εξέφρασε ποσοστό 74,51% (N=754), ενώ ποσοστό 7,71%



(N=78) δήλωσε δυσαρέσκεια. Η γενική άποψη των επισκεπτών είναι θετική κατά ποσοστό 85,47% (N=865), ενώ αρνητικοί ήταν οι επισκέπτες κατά 7,71% (N=78).

Ζητήθηκε από τους επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας να δηλώσουν το χρόνο διάρκειας της επίσκεψής τους, από τις απαντήσεις τους παρουσιάζεται ότι ποσοστό 58,60% (N=593) διήρκεσε 6-10 λεπτά, ενώ ποσοστό 40,12% (N=406) διήρκεσε 11-20 λεπτά.

**Πίνακας 7.40. Διάρκεια της επίσκεψης στο ιατρείο**

N=1.012

Q29: Πόσο χρόνο διήρκεσε η εξέταση στο ιατρείο;	Αριθμός Επισκεπτών	Ποσοστό Επισκεπτών
< 5 λεπτά	4	0,40%
6 - 10 λεπτά	593	58,60%
11 - 20 λεπτά	406	40,12%
21 - 30 λεπτά	6	0,59%
31 - 40 λεπτά	1	0,10%
> 41 λεπτών	1	0,10%
Δεν θυμάμαι / Δεν απαντώ	1	0,10%
<b>Σύνολο Επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας</b>	<b>1.012</b>	<b>100%</b>

### 7.2.3.5. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από τη Νοσηλευτική Φροντίδα

**Πίνακας 7.41. Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας**

N=1.012

Νοσηλευτική Φροντίδα	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q30: Οι νοσηλευτές/τριες ήταν ευγενικές με εσάς	(N) 20 (%) 1,98%	569 56,23%	74 7,31%	2 0,20%	2 0,20%	345 34,09%
Q31: Οι νοσηλευτές/τριες ήταν απρόθυμες να απαντήσουν σε ερωτήσεις σας	(N) 4 (%) 0,40%	6 0,59%	86 8,50%	492 48,62%	74 7,31%	350 34,58%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Φροντίδα</b>	<b>(N) 47 (%) 4,64%</b>	<b>531 52,42%</b>	<b>80 7,91%</b>	<b>4 0,40%</b>	<b>3 0,30%</b>	<b>348 34,34%</b>

Ως προς την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα, εκφράστηκε γενική ικανοποίηση (57,07%, N=578), συγκεκριμένα ως προς την ευγένεια εκφράστηκε θετικά ποσοστό 58,20% (N=589), ενώ ως προς την προθυμία ανταπόκρισης εκφράστηκε θετικά ποσοστό 55,93%, τα ποσοστά δυσαρέσκειας ήταν μη σημαντικά.



### 7.2.3.6. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από τις Εργαστηριακές εξετάσεις

Από τους επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας, δήλωσαν ότι πραγματοποίησαν επίσκεψη για εργαστηριακές εξετάσεις 429 (42,39%) άτομα, ενώ 583 (57,61%) δεν είχαν υποβληθεί. Εξ αυτών που πραγματοποίησαν επίσκεψη, ως προς την ικανοποίηση από την πραγματοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων, εκφράστηκε γενική ικανοποίηση (79,58%, N=341) και μη ικανοποίηση από ποσοστό 16,04% (N=69).

**Πίνακας 7.42. Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας ως προς τις εργαστηριακές εξετάσεις**

Εργαστηριακές Εξετάσεις	N=1.012						Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα		
Q33: Ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν μεγάλος	(N) 0	209	27	181	9	586	
	(%) 0,00%	20,65%	2,67%	17,89%	0,89%	57,91%	
Q34: Η σηματοδότηση στους χώρους του Κέντρου Υγείας για να βρείτε τα εργαστήρια ήταν επαρκής	(N) 16	369	3	32	7	585	
	(%) 1,58%	36,46%	0,30%	3,16%	0,69%	57,81%	
Q35: Οι χώροι εξέτασης στα εργαστήρια ήταν στενόχωροι / άβολοι	(N) 2	41	27	342	17	583	
	(%) 0,20%	4,05%	2,67%	33,79%	1,68%	57,61%	
Q36: Οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν εύκολα και ανώδυνα	(N) 16	366	17	30	0	583	
	(%) 1,58%	36,17%	1,68%	2,96%	0,00%	57,61%	
Q37: Το βοηθητικό προσωπικό των εργαστηρίων ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	(N) 1	22	15	364	27	583	
	(%) 0,10%	2,17%	1,48%	35,97%	2,67%	57,61%	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από τις Εργαστηριακές Εξετάσεις</b>	<b>(N) 17</b>	<b>324</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>2</b>	<b>584</b>	
	<b>(%) 1,68%</b>	<b>32,06%</b>	<b>1,76%</b>	<b>6,60%</b>	<b>0,20%</b>	<b>57,71%</b>	

Δηλώθηκε ότι η αναμονής για την εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν μεγάλη από ποσοστό 48,72% (N=209) ενώ ικανοποίηση δηλώθηκε από ποσοστό 44,29% (N=190). Επάρκεια ως προς τη σηματοδότηση στους χώρους των Κέντρων Υγείας για να βρούν τα εργαστήρια σημειώνεται από ποσοστό 89,74% (N=385), ενώ ποσοστό (9,09%, N=39) εκφράστηκε αρνητικά. Ως προς τους χώρους εξέτασης στα εργαστήρια και την ευρυθμία



τους, θετικά εκφράστηκε ποσοστό 83,68% (N=359), ενώ ποσοστό (10,02%, N=43) επισκεπτών δήλωσε δυσαρέσκεια και ότι τους βρίσκουν στενάχωρους και άβολους. Ως προς την ευκολία πραγματοποίησης των εξετάσεων, ικανοποίηση δηλώθηκε από ποσοστό 89,04% (N=382), ενώ ποσοστό (6,99%, N=30) εξέφρασε δυσαρέσκεια. Τέλος, ως προς την προθυμία του βοηθητικού προσωπικού των εργαστηρίων, δηλώθηκε ικανοποίηση από ποσοστό 91,14% (N=391), ενώ ποσοστό 5,36% (N=23) δήλωσε ότι αντιμετωπίστηκε με απροθυμία.

### 7.2.3.7. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας για την Αναχώρηση

Στην ενότητα αυτή, περιλαμβάνονται ερωτήσεις που συνδέονται με τις διαδικασίες κατά την αναχώρηση των επισκεπτών από τα Κέντρα Υγείας και συγκεκριμένα με την επίσκεψη τους στη Γραμματεία, για τη ρύθμιση διοικητικών θεμάτων ή κάποιας άλλης εκκρεμότητας (π.χ. πληρωμή, θεώρηση βιβλιαρίου ή άλλο).

<b>Πίνακας 7.43. Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας όσον αφορά την Αναχώρηση</b>							
							N=1.012
<b>Αναχώρηση</b>		<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
Q39: Οι διαδικασίες πληρωμής / θεώρησης ήταν χρονοβόρες	(N)	8	413	32	471	2	86
	(%)	0,79%	40,81%	3,16%	46,54%	0,20%	8,50%
Q40: Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό	(N)	8	696	185	34	0	89
	(%)	0,79%	68,77%	18,28%	3,36%	0,00%	8,79%
Q41: Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή συγγενών σας από το προσωπικό της Γραμματείας είσαστε ευχαριστημένος/η	(N)	5	532	108	13	2	352
	(%)	0,49%	52,57%	10,67%	1,28%	0,20%	34,78%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από την Αναχώρηση</b>	<b>(N)</b>	<b>5</b>	<b>566</b>	<b>108</b>	<b>153</b>	<b>3</b>	<b>176</b>
	<b>(%)</b>	<b>0,49%</b>	<b>55,96%</b>	<b>10,70%</b>	<b>15,15%</b>	<b>0,33%</b>	<b>17,36%</b>

Εκ των ερωτηθέντων, τη Γραμματεία επισκέφθηκε ποσοστό 91,30% (N=924), ενώ δεν χρειάστηκε τις υπηρεσίες της Γραμματείας ποσοστό 8,70% (N=88). Χρονοβόρες θεωρήθηκαν οι διαδικασίες πληρωμής και θεώρησης από ποσοστό 41,60% (N=421), ενώ





ικανοποίηση εξέφρασε ποσοστό 46,74% (N=473). Ευγενικό και εξυπηρετικό χαρακτηρίστηκε το προσωπικό της Γραμματείας από ποσοστό 69,57% (N=704), ενώ δυσαρέσκεια εξέφρασε ποσοστό 3,36% (N=34). Ως προς την αντιμετώπιση των συνοδών ή των συγγενών του επισκέπτη από το προσωπικό της Γραμματείας, εξέφρασαν ικανοποίηση το 53,06% (N=537). Εν κατακλείδι, συνολική ικανοποίηση από τις διαδικασίες κατά την αναχώρηση δήλωσε ποσοστό 56,46% (N=571), ενώ δυσαρέσκεια εξέφρασε ποσοστό 15,48% (N=157).

### 7.2.3.8. Ικανοποίηση των επισκεπτών των Κέντρων Υγείας από τη συνεισφορά τους και την τήρηση ησυχίας

Ζητήθηκε από τους επισκέπτες των Κέντρων Υγείας να αξιολογήσουν τη συνεισφορά των Κέντρων Υγείας στη βελτίωση της κατάστασης υγείας τους, ποσοστό 78,95% (N=799) δήλωσε ικανοποίηση ενώ 9,29% (N=94), δήλωσε δυσαρέσκεια. Ως προς την τήρηση ησυχίας στους χώρους των ιατρείων, ικανοποίηση δηλώθηκε από ποσοστό 82,21% (N=832), ενώ δυσαρέσκεια από ποσοστό 13,74% (N=139). Η συνολική ικανοποίηση από τη συνεισφορά και την τήρηση ησυχίας, αξιολογήθηκε θετικά από ποσοστό 80,58% (N=816), ενώ αρνητικά αξιολογήθηκε από ποσοστό 11,51% (N=117).

**Πίνακας 7.44. Απαντήσεις επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας σχετικά με τη συνεισφορά τους και την τήρηση ησυχίας** N=1.012

Συνεισφορά και τήρηση ησυχίας	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q42: Από την συνεισφορά των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας για τη βελτίωση της κατάστασης σας είσαστε ευχαριστημένος/η	(N) 19	780	93	88	6	26
	(%) 1,88%	77,08%	9,19%	8,70%	0,59%	2,57%
Q43: Από την τήρηση ησυχίας στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας είσαστε ικανοποιημένος/η	(N) 19	813	41	136	3	0
	(%) 1,88%	80,34%	4,05%	13,44%	0,30%	0,00%
<b>Συνολική Ικανοποίηση από τη συνεισφορά και την τήρηση ησυχίας</b>	<b>(N) 19</b>	<b>797</b>	<b>67</b>	<b>112</b>	<b>5</b>	<b>13</b>
	<b>(%) 1,88%</b>	<b>78,71%</b>	<b>6,62%</b>	<b>11,07%</b>	<b>0,44%</b>	<b>1,28%</b>



### 7.2.3.9. Συνολική αξιολόγηση των Κέντρων Υγείας της ΠΦΥ

Ζητήθηκε από τους επισκέπτες των Κέντρων Υγείας, να αξιολογήσουν την εμπειρία τους συνολικά από την επίσκεψη τους, σε μια κλίμακα από 0 έως το 10. Στον Πίνακα 7.45. στο σύνολο τους τα Κέντρα Υγείας συγκέντρωσαν Μέσο Όρο=6,75 ή ποσοστό ανταπόκρισης 67,50%.

**Πίνακας 7.45. Συνολική αξιολόγηση των Κέντρων Υγείας** N=1.012

Κέντρα Υγείας	Μέσος Όρος Βαθμολογιών
KY 1	7,19
KY 2	6,77
KY 3	6,64
KY 4	6,67
KY 5	6,63
KY 6	6,54
KY 7	6,93
KY 8	6,61
KY 9	6,79
KY10	6,79
KY11	6,65
KY12	6,67
KY13	6,86
KY14	6,61
KY15	6,56
KY16	6,51
KY17	6,71
KY18	6,75
KY19	6,65
KY20	6,86
<b>Γενικός Μ.Ο. Βαθμολογιών</b>	<b>= 6,75</b>

Οι Μέσοι Όροι των βαθμολογιών των Κέντρων Υγείας κυμάνθηκαν μεταξύ 6,51-7,19 ή ποσοστά ανταπόκρισης 65,10%-71,90%. Το Κέντρο Υγείας KY1 που σημείωσε το μεγαλύτερο Μ.Ο.=7,19 ή ποσοστό ανταπόκρισης (71,90%), εφαρμόζει την ολόημερη λειτουργία και υποστηρίζει όλες τις ιατρικές ειδικότητες, ενώ είναι εγκατεστημένο κεντρικά με πρόσβαση κοντά στο μετρό, έτσι μπορεί να αποτελέσει το παράδειγμα ανάπτυξης (πρότυπο) και για τα υπόλοιπα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ.

Στην ερώτηση: «θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο Κέντρο Υγείας» εκτιμάται η πρόθεση του επισκέπτη να επαναλάβει την επίσκεψη του στο Κέντρο Υγείας, υψηλό ποσοστό 81,42%



(N=824) συμφωνεί ότι θα το έκανε ξανά, ποσοστό 1,68% (N=17) απάντησε αρνητικά, ενώ ποσοστό 16,90% (N=171) θέλησε να κρατήσει ουδέτερη στάση.

**Πίνακας 7.46. Πρόθεση επισκεπτών να επιλέξουν ξανά το Κέντρο Υγείας** N=1.012

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q45: Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο Κέντρο Υγείας του ΠΕΔΥ το οποίο επισκεφθήκατε;	(N) 68	756	171	17	0	0
	(%) 6,72%	74,70%	16,90%	1,68%	0,00%	0,00%

Ενώ στην ερώτηση: «Θα συστήνατε το Κέντρο Υγείας του ΠΕΔΥ το οποίο επισκεφθήκατε στους φίλους και την οικογένεια σας;» εκτιμά την πρόθεση του επισκέπτη να προτείνει το Κέντρο Υγείας και σε άλλους δικούς του ανθρώπους ή τρίτους. Ποσοστό 62,85% (N=636) απάντησε θετικά, ενώ ποσοστό 3,26% (N=33) απάντησε αρνητικά, ποσοστό 27,52% θέλησε να κρατήσει μια ουδέτερη στάση ή να μην απαντήσει.

**Πίνακας 7.47. Πρόθεση επισκεπτών να συστήσουν το Κέντρο Υγείας** N=1.012

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
Q46: Θα συστήνατε το Κέντρο Υγείας του ΠΕΔΥ το οποίο επισκεφθήκατε στους φίλους και την οικογένεια σας;	(N) 46	590	342	33	0	1
	(%) 6,34%	62,54%	27,12%	3,17%	0,43%	0,40%

### 7.2.3.10 Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας

#### 7.2.3.10.1. Βασικοί Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας



**Διάγραμμα 7.5.: Βασικοί Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας**



### 7.2.3.10.2. Αναλυτικοί Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας



Διάγραμμα 7.6.: Αναλυτικοί Δείκτες Ικανοποίησης Κέντρων Υγείας



### 7.2.3.11. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Ως προς την αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής, οι τιμές Cronbach alpha για τις διαστάσεις της ικανοποίησης των επισκεπτών-χρηστών στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ παρουσιάζονται τον Πίνακα 7.48.

**Πίνακας 7.48. Συντελεστές Cronbach alpha για τις διαστάσεις της ικανοποίησης των επισκεπτών-χρηστών στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ**

<u>Κατηγορίες</u>	<u>Ερωτήσεις</u>	<u>Cronbach alpha</u>
Κλείσιμο ραντεβού-υποδοχή	Q 1- 7	0,50
Αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις	Q 12-16	0,23
Ιατρική φροντίδα	Q 19-28	0,64
Νοσηλευτική φροντίδα	Q 30-31	0,85
Εργαστηριακές εξετάσεις	Q 33-37	0,96
Αναχώρηση	Q 39-41	0,59
Επιπρόσθετα στοιχεία	Q 42-43	
<b>Συνολικός Συντελεστής Έρευνας</b>		<b>0,65</b>

### 7.2.3.12 Συμπεράσματα και προτάσεις βελτίωσης για τα Κέντρα Υγείας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προσπαθώντας να απεικονίσουμε το προφίλ των επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας, αυτοί στην πλειονότητά τους ήταν γυναίκες (62,15%). Ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων, το μεγαλύτερο ποσοστό (38,93%) ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία μεταξύ 45-60 ετών, ενώ άνω των 61 ετών ήταν ποσοστό 37,75%, το 84,09% ήταν ελληνικής εθνικότητας. Το 72,13% ήταν έγγαμοι, ενώ το 52,77% ήταν απόφοιτοι Λυκείου και το 22,04% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου. Το 45,36% ήταν ιδιωτικοί υπαλληλοι και 31,62% συνταξιούχοι. Ο κύριος λόγος της επίσκεψης τους ήταν η παρακολούθηση και εξέταση ασθένειας ή αδιαθεσίας (67,89%), ποσοστό 20,26% προσήλθε για την παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος και τη συνταγογράφηση φαρμάκων, μόνο για συνταγογράφηση (4,55%), για επείγουσα περίθαλψη 3,46% και για προληπτική φροντίδα μόλις 3,06%. Ως προς το κλείσιμο του ραντεβού που επί το πλείστον έγινε τηλεφωνικά (76,68%) και την υποδοχή, εκφράστηκε γενικά ικανοποίηση, ωστόσο περίπου ποσοστό 30% εξέφρασε δυσκολία επιλογής ημέρας και ώρας ραντεβού και υψηλή αναμονή, ενώ ποσοστό 13,54% αντιμετώπισε πρόβλημα με την σήμανση. Ποσοστό 57,81% έκλεισε ραντεβού για τις επόμενες 16-30 ημέρες, ενώ 30,63% υπερέβη τον 1 μήνα. Η προσέλευση τους πραγματοποιήθηκε κατά κύριο λόγο με προσωπικό μέσο (57,61%), κάποιιοι προσήλθαν με τα πόδια 30,04% και ποσοστό 10,87% χρησιμοποίησε τα μέσα μεταφοράς.



Κατά την αναμονή τους και πριν την πραγματοποίηση του ραντεβού τους στο ιατρείο, οι μισοί περίπου ασθενείς αντιμετώπισαν δυσκολία ανεύρεσης θέσης για την αναμονή τους, ενώ 44,07% δήλωσαν ότι ο χρόνος αναμονής τους ήταν μεγάλος. Ως προς τους χώρους εξέτασης, η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσε ικανοποίηση από την καθαριότητα τους, το μέγεθος των ιατρείων και το χρόνο του ραντεβού, ωστόσο ποσοστό 23% εξέφρασε δυσαρέσκεια. Η πλειονότητα των ασθενών (58,60%) δήλωσαν ότι το ραντεβού τους διήρκεσε μεταξύ 6-10 λεπτών, ενώ ποσοστό 40,12% δήλωσαν ότι το ραντεβού τους κράτησε μεταξύ 11-20 λεπτών. Περίπου το 90% των συμμετεχόντων, δήλωσαν ότι οι ιατροί έδειξαν το κατάλληλο ενδιαφέρον ως προς την αρμόζουσα απομόνωσή τους στη διάρκεια της εξέτασης τους, έτσι ώστε να μη τους βλέπουν ή ακούνε άτομα που δεν έπρεπε, σχεδόν 64% δήλωσαν ότι οι ιατροί έδειξαν διάθεση να ακούσουν όσα είχαν να τους πουν σε σχέση με την υγεία τους, ενώ περίπου 75% δήλωσαν ότι οι ιατροί τους φέρθηκαν με σεβασμό, ευγένεια και φιλικότητα. Γενικά, περίπου 85%, είχε θετική άποψη από την επίσκεψη στο ιατρείο. Ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα εκφράστηκε ικανοποίηση, ενώ για τις εργαστηριακές εξετάσεις εκφράστηκε δυσαρέσκεια ως προς το χρόνο αναμονής και παραλαβής των αποτελεσμάτων. Ως προς την αναχώρηση, φαίνεται να υπάρχουν κάποια προβλήματα καθυστερήσεων σε σχέση με τις γραφειοκρατικές διαδικασίες, αλλά και με τη συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.



**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**  
**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ**  
**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> - ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

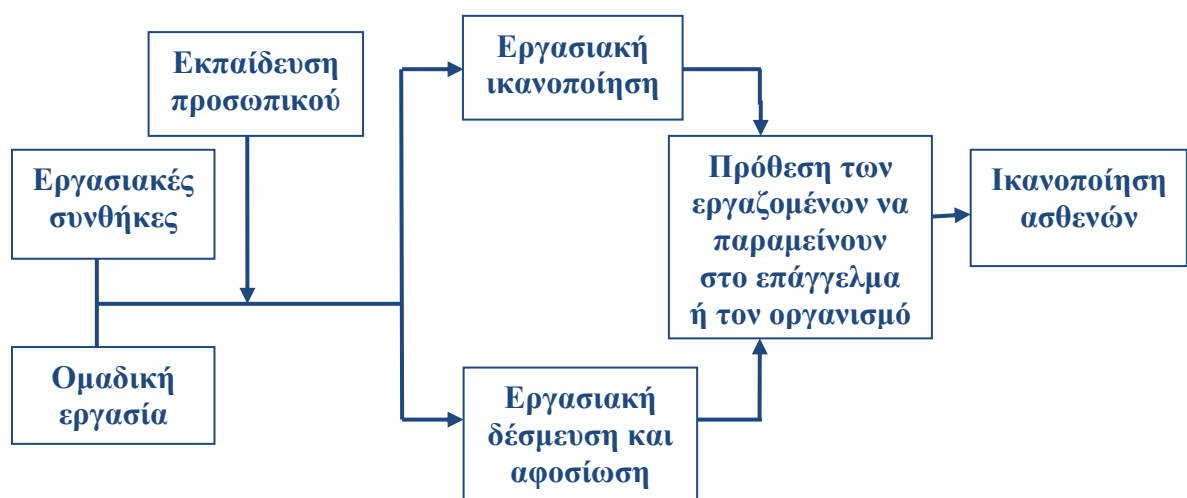
### 8.1. Σχέσεις Επαγγελματιών Υγείας-Ασθενών

Η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί το επίπεδο που λαμβάνουν ικανοποίηση οι εργαζόμενοι στους υγειονομικούς οργανισμούς, σύμφωνα με την εργασία και τη θέση τους. Αντίστοιχα, τροποποιώντας τον ίδιο ορισμό μπορούμε να θεωρήσουμε πως η ικανοποίηση των ασθενών αναφέρεται στο επίπεδο ικανοποίησης τους ως προς τα αγαθά ή τις υπηρεσίες, καθώς επίσης και την ικανοποίηση της ποιότητας των αγαθών ή των υπηρεσιών που τους παρέχονται από τους υγειονομικούς οργανισμούς. Οι εργαζόμενοι, είναι περισσότερο πιθανό να βρίσκουν ικανοποίηση με την εργασία τους, εάν αισθάνονται άνετα και η διοίκηση είναι δίκαιη και νοιάζεται για αυτούς. Αντίθετα, όταν οι εργαζόμενοι είναι δυσαρεστημένοι δεν θα είναι πιστοί στον οργανισμό τους, ενώ η έλλειψη ικανοποίησης και αφοσίωσης όταν χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους μπορεί να προκαλέσει κακή απόδοση, χαμηλή ποιότητα της ιατρονοσηλευτικής εργασίας, χαμηλή παραγωγικότητα ή μπορεί ακόμη να τους οδηγήσει σε αναζήτηση εργασίας κάπου αλλού. Αυτό συμβαίνει, γιατί όταν ένας εργαζόμενος βρίσκεται σε μια άσχημη κατάσταση, δεν επικεντρώνεται στην εκτέλεση των επαγγελματικών του καθηκόντων αλλά στο πώς είναι δυνατόν να βρει μια πιο ικανοποιητική θέση εργασίας σε άλλον οργανισμό, γεγονός που οδηγεί στην εναλλαγή προσωπικού. Αυτή η κατάσταση ενδέχεται να έχει αρνητικό αντίκτυπο στο χώρο της υγείας, όπως απώλεια έμπειρου προσωπικού, απρογραμμάτιστες ανακατανομές, νέες προσλήψεις με αύξηση των σχετικών δαπανών. Ο Atkins et al. (1996), επισήμανε ότι η μη ικανοποίηση των εργαζομένων επενεργεί αρνητικά στην ποιότητα της περίθαλψης και στη συνέχεια της φροντίδας, έχοντας τελικά αρνητική επίδραση στην αφοσίωση των ασθενών και με τη σειρά της στη φήμη και την πιστότητα του νοσοκομείου.<sup>439</sup>

Η μέτρηση του επιπέδου ποιότητας και ικανοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης συγκροτεί βασικό στοιχείο ως προς την επαρκή διαχείριση των πόρων, επιτρέπει την εστίαση στις προτιμήσεις των χρηστών, δίνοντάς τους την ευκαιρία να δημιουργήσουν μια εξατομικευμένη υπηρεσία υγείας, καλύτερα προσαρμοσμένη στις προσδοκίες και τις ανάγκες τους. Ως ακολούθως, η ικανοποίηση των ασθενών είναι δυνατόν να παρέχει χρησιμότητα στη δομή των αξιολογήσεων που συνδέονται με την ενδονοσοκομειακή



περίθαλψη, τις κρίσεις των ασθενών, την οργανωτική διαχείριση και πιστότητα των οργανισμών. Όταν ομιλούμε για δημόσια νοσοκομεία ή κέντρα υγείας, μπορεί να μην υπάρχει φαινομενικά οικονομικό συμφέρον για τη διεξαγωγή τέτοιων είδους μελετών, αφού αυτοί οι οργανισμοί δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για το κέρδος. Ωστόσο, το κράτος ασκώντας κοινωνική πολιτική δεσμεύει πόρους για τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, που θα ήταν δυνατό να διαθέσει σε άλλους σκοπούς και έργα, και για τις επιλογές του αυτές κρίνεται από τους πολίτες και τις τοπικές κοινωνίες. Συνεπώς, το επίπεδο ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών και ικανοποίησης των ασθενών, συγκροτούν κρίσιμα στοιχεία για την αποδοτικότητα και την μακροπρόθεσμη επιτυχία των οργανισμών υγείας. Πολλές έρευνες, αναφέρονται στην ύπαρξη θετικών αποτελεσμάτων από τη σχέση που αναπτύσσεται από την ικανοποίηση των ασθενών και του υγειονομικού προσωπικού, αντίθετα σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν ικανοποίηση από την παροχή της υλικοτεχνικής υποδομής, ιδιαίτερα στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία την τελευταία δεκαετία, ως επακόλουθο της μακροχρόνιας οικονομικής κρίσης. Το γεγονός αυτό επισημαίνει, τον ιδιαίτερο ρόλο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ως βασικού «πυλώνα» διαμόρφωσης μιας ευμενούς εντύπωσης για τις συνολικές υγειονομικές υπηρεσίες. Τεκμαίρεται λοιπόν, ότι οι οργανισμοί στον τομέα υγείας επιβάλλεται να διατηρούν και πολύ περισσότερο να βελτιώνουν σε ικανοποιητικό επίπεδο την εκπαίδευση των εργαζομένων, τις εργασιακές συνθήκες του ανθρώπινου κεφαλαίου και την ομαδική εργασία, με τελικό στόχο την ικανοποίηση και την παραμονή του προσωπικού τους (βλέπε Διάγραμμα 8.1).<sup>440</sup> Σημειώνεται, ότι η υλοποίηση υψηλών επιπέδων ποιότητας και ικανοποίησης των ασθενών, αποτελεί ευθύνη όλων των εμπλεκομένων στη λειτουργία ενός οργανισμού, από την ανώτερη διοίκηση μέχρι τον ανειδίκευτο εργάτη.



**Διάγραμμα 8.1.: Βασικοί παράγοντες ικανοποίησης και παραμονής των επαγγελματιών υγείας στον τομέα υγείας**

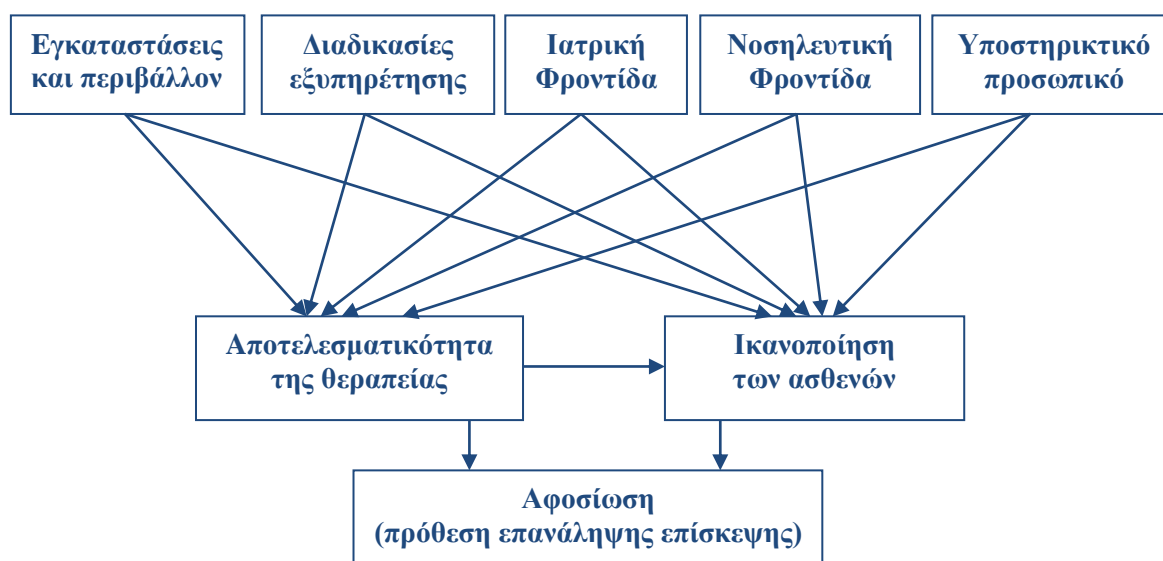


Η ικανοποίηση συνδέεται επίσης με τα ανθρώπινα συναισθήματα, δηλαδή την ευχαρίστηση ή απογοήτευση που ανακύπτει ύστερα από τη σύγκριση της αντιλαμβανόμενης απόδοσης ή του αποτελέσματος ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας με τις υπάρχουσες προσδοκίες. Κατά τη διάρκεια της εμπειρίας της υγειονομικής περίθαλψης, ένας ασθενής αναμένει να αισθάνεται σεβασμό, εκτίμηση και ακρόαση, στην περίπτωση όμως που το επίπεδο εξυπηρέτησης και φροντίδας δεν εισακούει στα πρότυπά τους, αυτές οι αρνητικές εντυπώσεις μοιράζονται με άλλους. Ο Kruse υποστήριξε, ότι οι ασθενείς θα μεταφέρουν σε περίπου εννέα έως δεκαπέντε άτομα την αρνητική τους εμπειρία με ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά θα αναφέρουν μόνο το 20% των φορών της θετικής τους εμπειρίας.<sup>441</sup> Είναι σαφές, επομένως, ότι η ανατροφοδότηση δύναται να συμβάλει στη βελτιωμένη κατανόηση των αναγκών και των ανησυχιών των ασθενών, την προστασία των δικαιωμάτων τους, τον εντοπισμό των «μελανών» σημείων της περίθαλψης και στην αξιολόγηση των προσπαθειών για τη βελτίωσή τους. Επιπλέον, η ανατροφοδότηση βελτιώνει και συνάμα τονώνει τον επαγγελματισμό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού παρέχοντας κίνητρα για την πρόοδο ενός οργανισμού στο σύνολό του.<sup>387</sup> Ταυτόχρονα, η ανατροφοδότηση επιτρέπει τη μέτρηση και τη σύγκριση των επιδόσεων διαφορετικών οργανισμών και συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ενώ συμβάλλει στη δημιουργία στόχων σχετικά με την ανάπτυξη της πολιτικής για την υγειονομική περίθαλψη.<sup>234</sup> Υπάρχει επίσης, μια ισχυρή αιτιώδης σχέση ανάμεσα στη ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και την ικανοποίηση των ασθενών, αφού οι ικανοποιημένοι ασθενείς παρουσιάζεται ότι είναι περισσότερο συμμορφωμένοι με τη θεραπεία, περισσότερο πρόθυμοι να εκπαιδευτούν και να μάθουν και τελικά έχουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Δεδομένου ότι η διαδικασία θεραπείας βασίζεται στην ενεργό συμμετοχή του ασθενούς και τη σωστή επικοινωνία με τον ιατρό, η παρακολούθηση της ικανοποίησης ενδέχεται να βοηθήσει στον εντοπισμό περιπτώσεων κακής συνεργασίας μεταξύ των δύο.<sup>442</sup> Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να συμβάλει στη διαχείριση και την αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως σε μια περίοδο που η ιατρική κοινότητα εστιάζει στη σχέση ιατρού-ασθενούς.<sup>234, 423</sup>

Το πέρασμα της θεραπευτικής επαφής, από την πατερναλιστική-ιατροκεντρική προσέγγιση σε μια ισότιμη συνεργασία αλληλεπίδρασης, αξιώνει πέρα από τις άριστες εξειδικευμένες τεχνικές γνώσεις των ιατρών, την ύπαρξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων που έχουν τη δύναμη να εμπνέουν εμπιστοσύνη, σεβασμό και ακεραιότητα, διαμορφώνοντας τις προϋποθέσεις για ασφαλή και αξιόπιστη φροντίδα. Έτσι, δεδομένης της κατεύθυνσης σε μια ασθενοκεντρική



φύση του κλάδου της υγειονομικής περίθαλψης, η συμβολή από την πλευρά των ασθενών είναι ιδιαίτερα πολύτιμη. Στο παρελθόν, οι αναπτυσσόμενες έρευνες ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν ως βασικό εργαλείο για τον προσδιορισμό κενών και την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών για τη βελτίωση της ποιότητας. Ως προς τους ουσιαστικότερους παράγοντες που συνδέονται με την ικανοποίηση των ασθενών και την πρόθεση επανάληψης της εμπειρίας τους, περιλαμβάνονται: οι εγκαταστάσεις και διαδικασίες, οι χρόνοι αναμονής, η συνέχεια και η συνέπεια της φροντίδας, η επικοινωνία με τους ασθενείς και η εμπιστοσύνη με τους επαγγελματίες της υγείας (βλέπε Διάγραμμα 8.2.).



**Διάγραμμα 8.2.: Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και την πρόθεση επανάληψης την εμπειρίας τους**

Ιδιαίτερα, η εμπιστοσύνη των ασθενών στους ιατρούς τους και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενή έχει αποδειχθεί ότι έχει θετικές επιπτώσεις και στα αποτελέσματα της υγείας. Ως εκ τούτου, στο μέρος αυτό της διατριβής, επικεντρωνόμαστε σε ένα ιδιαίτερος σημαντικό στόχο αυτής της έρευνας, ο οποίος είναι η διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων και των συσχετίσεων που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ της ικανοποίησης των επαγγελματιών της υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.

## 8.2. Θεωρίες συσχέτισης ικανοποίησης εργαζομένων και ικανοποίησης ασθενών

Οι έννοιες της «εργασιακής ικανοποίησης» και της «ικανοποίησης των ασθενών» έχουν αποκτήσει όλο και μεγαλύτερη σημασία στον τομέα της διοικητικής επιστήμης, ιδίως από τη



δεκαετία του 1990. Οι ασθενείς θεωρούνται πλέον ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας και, ως εκ τούτου, οι οργανισμοί αναμένεται να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους σχεδιάζοντας και παράγοντας προϊόντα και υπηρεσίες που τους ικανοποιούν.

Πολλοί ερευνητές χωρίζουν τους κύριους χρήστες των συστημάτων υπηρεσιών σε δύο βασικές ομάδες: α) εσωτερικούς (εργαζόμενοι) και β) εξωτερικούς (ασθενείς). Οι ανάγκες των χρηστών πρέπει να εξετάζονται ξεχωριστά, δηλαδή όχι μονάχα οι ανάγκες των ασθενών, αλλά και αυτές των εργαζομένων. Πράγματι, η έμφαση δίνεται στο γεγονός ότι εάν ένας οργανισμός δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες των υπαλλήλων του, πιθανότατα δεν θα μπορέσει ποτέ να ικανοποιήσει τους ασθενείς του. Τέλος, η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι όταν οι επαγγελματίες έχουν ισχυρά κίνητρα, δύναμη και συνεργασία, δείχνουν αντίστοιχα υψηλά επίπεδα ενδιαφέροντος και παρακίνησης, με συνεπακόλουθο την δημιουργία υψηλών επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών.<sup>443</sup>

### **8.2.1. Θεωρίες επιρροής της ικανοποίησης των εργαζομένων στην ικανοποίηση των ασθενών**

Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συνδέονται άμεσα με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, ενώ οι ικανοποιημένοι επαγγελματίες θεωρούνται αφοσιωμένοι, πιστοί, παραγωγικοί, καινοτόμοι και μπορούν να διαθέτουν δεξιότητες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι, οι ικανοποιημένοι επαγγελματίες είθισται να μετέχουν ενεργά στις προσπάθειες επίτευξης υψηλών επιπέδων αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και λειτουργικότητας στους οργανισμούς που τους απασχολούν. Ο αντίκτυπος της εργασιακής ικανοποίησης στην ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών έχει απασχολήσει ευρέως τη διεθνή βιβλιογραφία, με τους δυσαρεστημένους εργαζόμενους, να πιστεύεται ότι δεν είναι σε θέση να παρέχουν υψηλού επιπέδου ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς.<sup>444</sup>

Κατοπινές έρευνες που αναπτύχθηκαν συσχέτισαν την ικανοποίηση του προσωπικού στον υγειονομικό τομέα και την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών. Το 1991, οι Bolton & Drew υποστήριξαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει αξιόπιστα τις αντιλήψεις των ασθενών σε σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, γεγονός που έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και που με τη σειρά της επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Αρκετές άλλες μελέτες έχουν επίσης υποστηρίξει την επιρροή της σχέσης που υπάρχει ενδιάμεσα στην ικανοποίηση των



εργαζομένων και των επισκεπτών. Έτσι, θεωρείται ότι μόνο οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι καταφέρνουν να κάνουν τους ασθενείς του οργανισμού τους ικανοποιημένους.<sup>445, 446</sup> Το 1994, οι Heskett et al. υποστήριξαν ότι η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, είναι ανάλογη της καθολικής ικανοποίησης, κάτι που επιβεβαιώθηκε αργότερα από τους Singh & Sirdeshmukh (2000).<sup>447</sup> Επίσης, μια μελέτη του 2002 από τον Needleman παρουσίασε μια ακλόνητη σχέση μεταξύ της χαμηλής στελέχωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των υψηλών ποσοστών επιπλοκών και θανάτων των ασθενών, περαιτέρω οι Malhotra & Mukherjee (2004) διαπίστωσαν ότι από την ανάλυση των διεξαχθέντων ερευνών, η αλληλεξάρτηση μεταξύ των επαγγελματιών και της ποιότητας των υπηρεσιών παρουσιάζεται ισχυρή.

Οι Xu & Goedegebuure (2005) διαπίστωσαν την ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης των εργαζομένων και της ικανοποίησης των ασθενών, ενώ οι Oh & Yoon (2011) υποστήριξαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση στις υπηρεσίες παρουσιάζει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα των υπηρεσιών και καταστάλαξαν στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζει επίσης την ικανοποίηση των χρηστών. Διαπίστωσαν επίσης ότι η ικανοποίηση από την εργασία αποτελεί βασικό παράγοντα της ικανοποίησης των χρηστών. Επιπλέον, μια μελέτη που συνέδεσε την ικανοποίηση από την εργασία με τον τρόπο σύμφωνα με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την επαγγελματική τους απόδοση διαπίστωσε ότι η ικανοποίηση από την εργασία απαρτίζει καθοριστικό παράγοντα της συνολικής ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η αύξηση του ποσοστού των καλά εκπαιδευμένων νοσηλευτών οδηγεί σε λιγότερα φαρμακευτικά λάθη, λιγότερες πληγές στο κρεβάτι και υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών.<sup>448</sup>

### **8.3. Βασικοί παράγοντες που διαμορφώνουν τη σχέση επαγγελματιών υγείας-ασθενών**

Ποιες είναι οι προσδοκίες ενός ασθενή ή ενός επισκέπτη, όταν προσέρχεται σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης; Αυτές είναι υποκειμενικές ή προσωπικές και μη εύκολα ερμηνεύσιμες. Παραταύτα, μολονότι απαιτείται ακόμη έρευνα για την ολοκληρωμένη θεωρητικοποίηση της σχέσης ιατρού-ασθενούς, έχουν περιγραφεί ορισμένες βασικές λειτουργίες που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της πρακτικής και αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για το είδος της θεραπευτικής σχέσης που ενδέχεται να καθιερωθεί. Τις τελευταίες δεκαετίες, το πρότυπο της φροντίδας, κατά το οποίο ο ιατρός



λαμβάνει από μόνος του όλες τις αποφάσεις που αφορούν τον ασθενή, εγκαταλείπεται σταδιακά. Σήμερα, η σχέση ιατρού-ασθενούς εξελίσσεται με απρόσκοπτες ευκαιρίες πληροφόρησης, τακτική επιθυμία των ασθενών για πληροφόρηση και μια περισσότερο ελεύθερη και συναινετική σύνδεση της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών βελτιώνεται συνεχώς, ενώ υπάρχουν περισσότερες γυναίκες ιατροί σε σύγκριση με το παρελθόν, γεγονός που έχει θετικό αντίκτυπο στην προαναφερθείσα σχέση. Επιπλέον, οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία και οι αλλαγές στη νομοθεσία σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών είχαν σημαντικό αντίκτυπο στη σχέση ιατρού-ασθενούς, με την έννοια της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή να έχει επικρατήσει και να ταιριάζει με τις επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις και τον σεβασμό των αξιών, των αντιλήψεων και των πεποιθήσεων. Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης επιβάλλεται να προσδιορίζεται με τη χρήση διαφόρων κριτηρίων, για παράδειγμα, της καταλληλότητας, της αποτελεσματικότητας, της προσβασιμότητας, της αξιοπιστίας και της διαθεσιμότητας της παροχής υπηρεσιών.

Ο Donabedian δήλωσε το 1987, ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών περίθαλψης, δύναται να χωριστεί σε δύο κατηγορίες: α) την τεχνική ποιότητα και β) την διαπροσωπική ποιότητα. Η τεχνική ποιότητα σχετίζεται με την εμπειρογνωμοσύνη των ιατρών, την ικανότητά τους να προκρίνουν ικανές στρατηγικές φροντίδας και θεραπείας και τη δυνατότητα τους να εφαρμόζουν τις στρατηγικές αυτές χρησιμοποιώντας νέες μεθόδους και τεχνικά μέσα στην υγειονομική περίθαλψη.<sup>449</sup> Νέες σύγχρονες έρευνες, ορίζουν τη διαπροσωπική ποιότητα, την αποτελεσματική επικοινωνιακή εμπιστοσύνη, την ενσυναίσθηση, το επίπεδο πληροφόρησης και τη συμπόνια μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών ως σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών, οι οποίοι συμβάλλουν στη βελτίωση ή την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών σε ένα βελτιωμένο επίπεδο. Ωστόσο, οι δεξιότητες επικοινωνιακής επικοινωνίας των ιατρών και των νοσηλευτών, φαίνεται να αποτελούν το «θεμέλιο λίθο» της ουσιαστικής υποστήριξης στο πλαίσιο μιας ολιστικής εξατομικευμένης φροντίδας, διαδραματίζοντας ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο και επιτρέποντάς τους να διαμορφώσουν ουσιαστικές σχέσεις στο περιβάλλον, να κατανοήσουν τη φύση της γλώσσας του ασθενούς, να επιβεβαιώσουν την κατανόηση του τι προτείνεται και να παράσχουν τις απαραίτητες πληροφορίες και εντέλει να επιτύχουν τη διαχείριση των προσδοκιών των ασθενών, έτσι ώστε να διασφαλίσουν ότι η πρόταση γίνεται κατανοητή από τον ασθενή.<sup>450</sup>





### 8.3.1. Ο ρόλος της επικοινωνίας

Πολλοί συγγραφείς έχουν ασχοληθεί με τη σημασία και το ρόλο της επικοινωνίας στην ιατρική επιστήμη, οι οποίοι συνδέουν την επικοινωνιακή επικοινωνία με βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα, καταδεικνύοντας έτσι τη σημασία που αρμόζει να δώσουν οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την υγεία στο θέμα αυτό.<sup>451</sup> Η σχέση ιατρού-ασθενούς χαρακτηρίζεται από σαφώς άνισα στοιχεία, τα οποία τη διακρίνουν από όλες τις υπόλοιπες κοινωνικές σχέσεις, αφού: α) δεν πρόκειται για μια εθελοντική σχέση, αλλά για μια αναγκαστική ή υποχρεωτική σχέση, β) τα άτομα διατελούν σε διαφορετικές θέσεις από πλευράς ισχύος και εμπλέκονται διαφορετικά συναισθηματικά (π.χ. συνθήκες άγχους, πίεσης, εξάρτησης κλπ.), γ) οι σχέσεις που διαμορφώνονται έχουν σκοπό να επιλύσουν προβλήματα που σχετίζονται με την επιβίωση, επομένως η επικοινωνία που αναπτύσσεται είναι μια μορφή αλληλεπίδρασης με συγκεκριμένα και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.<sup>452</sup> Θεωρείται ότι, στις περιπτώσεις που οι ιατροί επικεντρώνονται αποκλειστικά στη διατήρηση της σωματικής ευεξίας του ασθενούς, αρνούμενοι ή αγνοώντας την πτυχή της επικοινωνίας, το έργο τους θεωρείται απλοϊκό, ακόμη και επικίνδυνο. Επομένως, μια στενή και αποτελεσματική σχέση ιατρού-ασθενούς προϋποθέτει ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες του επαγγελματία υγείας, οι οποίες είναι θεμελιώδεις για μια επιτυχημένη σχέση με τον ασθενή, συμβάλλουν επικοινωνιακά στη διαδικασία λήψης ιατρικού ιστορικού, βοηθώντας τον ασθενή να εξοικειωθεί στο περιβάλλον, μειώνοντας το άγχος και βοηθώντας τον ιατρό στην αντιμετώπιση των δυσεπίλυτων και μη προβλέψιμων καταστάσεων. Η επιτυχία αυτής της επικοινωνίας συναρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη χρήση της ιατρικής ορολογίας. Η ιατρική ορολογία προκαλεί συχνά σύγχυση και άγχος στους ασθενείς λόγω των ιδιαίτερων τεχνικών κωδικών και της ασαφούς και δυσνόητης ορολογίας. Η αδυναμία των ιατρών να επικοινωνήσουν με σαφήνεια για την κατάσταση της υγείας ενός ασθενούς δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και οδηγεί στην αναπαραγωγή μονολόγων εκ μέρους των ιατρών. Έτσι, εκτός από τις δεξιότητες διαβούλευσης (consulting skills) που αναφέρονται στη θεραπεία των ασθενών, όπως η κλινική εξέταση, η διάγνωση, ο διαγνωστικός και θεραπευτικός χειρισμός, απαιτούνται και συμβουλευτικές δεξιότητες (counselling skills) που αναφέρονται στη συμμόρφωση των ασθενών και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.<sup>453</sup>

Σύμφωνα με το μέσο, που αποφασίζεται να χρησιμοποιηθεί από τους εμπλεκόμενους για την πραγματοποίηση της επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, η επικοινωνία



μπορεί να λάβει δύο κύριες μορφές: α) τη λεκτική επικοινωνία, που πραγματοποιείται μέσω της χρήσης λεκτικών συμβόλων και από την άλλη πλευρά β) τη μη λεκτική επικοινωνία, που αφορά την αλληλεπίδραση των ανθρώπων μέσω μη λεκτικών σημάτων, στα οποία πολλοί αναφέρονται ως «γλώσσα του σώματος», δηλαδή τις εκφράσεις του προσώπου, τη στάση του σώματος ή τις χειρονομίες και γενικότερα όλα εκείνα τα στοιχεία που δεν περιλαμβάνονται στη λεκτική επικοινωνία. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι αδύνατον να αντικαταστήσει πλήρως τη λεκτική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, όμως τη συμπληρώνει, τη βελτιώνει και την ενισχύει και επειδή λειτουργεί σε υποσυνείδητο επίπεδο, εκφράζει τα πηγαία συναισθήματα του ασθενούς και σπάνια παρεξηγείται. Θεωρείται ότι η επικοινωνία στην ιατρική πρακτική, τόσο η λεκτική όσο και η μη λεκτική, παρουσιάζεται συχνά ως ανεπαρκής και οι αποτυχίες στην επικοινωνία αυτή, ιδίως στη μη λεκτική επικοινωνία, συνδέονται με τη δυσαρέσκεια και την αγωνία των ασθενών.<sup>454</sup>

Σύμφωνα με τους Rotter et al (1997), υπάρχουν πέντε βασικά πρότυπα επικοινωνίας που προσδιορίζουν τη θεραπευτική σχέση ιατρού-ασθενούς: (α) το αυστηρά βιοϊατρικό, που χαρακτηρίζεται από τη χρήση κλειστών ερωτήσεων και περιλαμβάνει συζητήσεις μόνο περί ιατρικών θεμάτων. (β) το εκτεταμένο βιοϊατρικό, κατά το οποίο ο ιατρός θίγει και ψυχοκοινωνικά θέματα προκειμένου να έρθει πιο κοντά στον ασθενή. (γ) το βιοψυχοκοινωνικό, κατά το οποίο γίνεται αναφορά τόσο σε ιατρικά όσο και σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα μέσω της χρήσης ανοικτών ερωτήσεων, επιτρέποντας στον ασθενή μέσω της διαμόρφωσης μιας ισοδύναμης σχέσης, να περιγράψει την προσωπική του εμπειρία, δ) το ψυχοκοινωνικό, που χαρακτηρίζεται από την αποκλειστική απασχόληση του ιατρού με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενούς και τον τρόπο που αυτά επιδρούν στην οργανική κατάσταση του ασθενούς, δίνοντας έτσι στον ασθενή τη δύναμη της εξουσίας, ε) το καταναλωτικό, που ο ρόλος του ιατρού ως ειδικού στη παροχή απαντήσεων στις ερωτήσεις των ασθενών και την ικανοποίηση των προσδοκιών τους, διατηρώντας πάντοτε τη διαπροσωπική του δύναμη.<sup>455</sup> Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι, όταν η εφαρμογή βιοϊατρικών μοντέλων γίνεται όλο και πιο εμφανής, η έλλειψη ή η ανεπαρκής επικοινωνία στην κλινική πρακτική εξελίσσεται σε σοβαρό πρόβλημα.<sup>456, 457</sup> Για αρκετούς επαγγελματίες στην υγεία, η απομάκρυνση από τους ασθενείς αποτελεί την προτιμώμενη μέθοδο επικοινωνίας, και αυτό συμβαίνει επειδή τους επιτρέπεται να προχωρούν μόνοι τους στη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Ως εκ τούτου, διατηρούν τη δυνατότητα τους να ακολουθούν τη δική τους επιχειρηματολογία και τα στερεότυπά τους όταν ερμηνεύουν τα προβλήματα των ασθενών, χρησιμοποιούν επίσης μια δυσνόητη



επιστημονική ιατρική ορολογία που δεν κατανοούν οι ασθενείς και δεν αφιερώνουν τον απαιτούμενο χρόνο για να δώσουν στους ασθενείς τον απαραίτητο χώρο να εκφραστούν όπως επιθυμούν. Πιθανοί λόγοι αυτής της προσέγγισης, είναι οι εξής: οι ασθενείς θέτουν δύσκολες ερωτήσεις ή εκφράζουν μη διαχειρίσιμα συναισθήματα, οι επαγγελματίες έχουν στερεότυπα, φοβούνται τη δική τους ενσυναίσθηση, φοβούνται περαιτέρω ψυχιατρική βλάβη στον ασθενή, έχουν το φόβο ότι αφιερώνουν πολύτιμο χρόνο στο να ακούνε τα προβλήματα ή τις ανάγκες των ασθενών που δεν είναι σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους, φοβούνται ότι θα παρουσιάσουν έλλειψη κατάρτισης σε δεξιότητες επικοινωνίας ή δεν θα υποστηριχθούν από τους συναδέλφους τους.<sup>458, 459</sup>

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, φαίνεται ότι οι μεγάλες ελλείψεις προσωπικού που συνεπάγονται μεγάλο φόρτο εργασίας και κόπωση αποτελούν τροχοπέδη στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς. Επιπλέον, η γενική τάση αποπροσωποποίησης στη σύγχρονη κοινωνία φαίνεται να έχει επηρεάσει και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς δηλώθηκε η πεποίθηση ότι πρέπει να διατηρήσει κάποιος αποστάσεις από τους ασθενείς, προκειμένου να μείνει ανεπηρέαστος και να επιβιώσει ψυχικά σε αυτό το επάγγελμα.<sup>460</sup> Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας εφόσον επιλέγουν να παραμείνουν σε αυτό τον ιδιαίτερο τομέα και να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες για την επίτευξη της βέλτιστης φροντίδας, πρέπει να αποτελούν πρότυπα φροντίδας. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας έχει άμεσο θετικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη των ασθενών, είναι δυνατόν να οδηγήσει στη δημιουργία ενός ισχυρού θεραπευτικού δεσμού-συμμαχίας, συμβάλλοντας στην ικανοποίηση των ασθενών, με άμεση συνέπεια τη μείωση των συγκρούσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών.<sup>461</sup> Σύμφωνα με εκτιμήσεις, έως και το 80% των υποθέσεων που παραπέμπονται στα δικαστήρια από ασθενείς για ιατρούς, αφορούν θέματα τριβής ή προβλήματα επικοινωνίας στη σχέση τους και σε μικρότερο βαθμό για θέματα ιατρικού σφάλματος ή ακατάλληλης κλινικής πρακτικής. Έτσι, οι δικαστικές διαφορές επηρεάζουν τόσο την προσωπική (ταπείνωση, απομόνωση, κακή υγεία) όσο και την επαγγελματική εξέλιξη των εμπλεκόμενων ιατρών.

Η αποτελεσματική επικοινωνία, δύναται επίσης να έχει έμμεσο θετικό αντίκτυπο, αφού αυξάνει το επίπεδο συμμόρφωσης και δέσμευσης προς τις ιατρικές οδηγίες και εντολές που ακολουθούν οι ασθενείς, οδηγώντας σε μια πιο συνεπή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, της συμμετοχικής συμπεριφοράς και κατ' επέκταση σε καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.<sup>462</sup> Τελικά, αυτή η αίσθηση συμφωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενούς σε σχέση με τη φύση



και τη θεραπεία της νόσου συνδέεται στενά με την πρώιμη ανάρρωση του ασθενούς, μειώνοντας την επιβάρυνση του ασθενούς και ανακουφίζοντας το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης από τη συμφόρηση, αφού μειώνονται οι νοσηλείες και οι επισκέψεις.<sup>463-466</sup>

Μια μελέτη των Sator κ.ά. (2008) σχετικά με την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς στην ογκολογία έδειξε ότι ο βαθμός στον οποίο οι ιατροί δίνουν προσοχή σε σχετιζόμενα θέματα με τον ασθενή, είναι ανάλογος ως προς την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης καθώς και με την ικανοποίηση.<sup>467</sup> Είναι επομένως σαφές, ότι η αποτελεσματική επικοινωνία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη και επιβάλλεται να αντιμετωπιστεί όπου απαιτούνται βελτιώσεις. Ο σεβασμός, η κατανόηση και η ειλικρίνεια μεταξύ των συνομιλητών είναι επίσης πιθανό να προάγουν ένα κλίμα εμπιστοσύνης που επιτρέπει στους ασθενείς να φανερώνουν τα συναισθήματά τους με μεγαλύτερη ευχέρεια, να μοιράζονται τις εμπειρίες τους από την ασθένεια, τις σκέψεις, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες τους. Διαφορετικά, οι κακές αλληλεπιδράσεις μεταξύ ιατρού και ασθενούς μπορεί να οδηγήσουν σε κλονισμό της εμπιστοσύνης προς τον ιατρό, μειωμένη εγκυρότητα-αντίληψη της ιατρικής καθοδήγησης, αρνητικό αντίκτυπο στην αξιολόγηση των εμπλεκόμενων ιατρών και των κατευθυντήριων οδηγιών και πιθανή «απόρριψη». Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών και έλλειψη ενσυναίσθητης αντιμετώπισης των ιατρών, αυξάνοντας έτσι τα ιατρικά σφάλματα.<sup>468, 469</sup>

Όπως διαφαίνεται, η σχέση ιατρού-ασθενούς απαρτίζει τον σημαντικότερο προσδιοριστή της ικανοποίησης, ενώ η επικοινωνία το ουσιαστικότερο συστατικό της σχέσης αυτής. Από τη σκοπιά του ασθενούς, η ποιότητα της επικοινωνίας θεωρείται σημαντικό κριτήριο στην αξιολόγηση των επαγγελματιών της υγείας και τυχόν δυσλειτουργίες που έχουν σχέση με αυτήν οδηγούν σε διάφορες αρνητικές συνέπειες.<sup>470</sup> Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση, η μέτρηση και η αντίληψη της ποιότητας της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς θεωρείται πολύτιμη, σε μεγάλο βαθμό μη μετρήσιμη γνώση που μπορεί να καθοδηγήσει, να συντονίσει και να βελτιστοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας.<sup>471</sup> Οι αντιλήψεις, προσδοκίες, πεποιθήσεις των ιατρών σε σχέση με την επικοινωνία και τις σχέσεις που αναπτύσσονται με τους ασθενείς, δεν έχουν μελετηθεί τόσο ολοκληρωμένα όσο οι αντίστοιχοι τομείς των ασθενών. Επίσης, η θέση του ιατρού-ασθενή μετριέται λιγότερο συχνά από τη θέση του ασθενή.<sup>472</sup>



### 8.3.2. Ο ρόλος της εμπιστοσύνης και των διαπροσωπικών σχέσεων

Η κοινωνιολογική έρευνα για την υγεία αναγνωρίζει τη σημασία της εμπιστοσύνης στην υγειονομική περίθαλψη, ο William Osler εύστοχα διατύπωσε ότι «Ένας καλός ιατρός αντιμετωπίζει την ασθένεια, ενώ ένας σπουδαίος ιατρός θεραπεύει τον ασθενή που έχει την ασθένεια», θέλοντας να υπογραμμίσει τη σημαντικότητα μιας υγιούς σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή.<sup>473</sup> Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η αποτελεσματική επικοινωνιακή εμπιστοσύνη ενισχύει τη συνεργασία που απαιτείται στις διάφορες σχέσεις που αναπτύσσονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.<sup>441</sup> Ειδικότερα, η εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι η πηγή μιας ισχυρής σχέσης που όχι μόνο επηρεάζει τη συμπεριφορά και των δύο μερών, αλλά έχει και μεγάλη θεραπευτική αξία. Στην πραγματικότητα, η εμπιστοσύνη λειτουργεί ως μηχανισμός μείωσης της ευκαιριακής συμπεριφοράς.<sup>475</sup> Ωστόσο, ορισμένοι κοινωνικοί επιστήμονες διαφωνούν με αυτούς τους ισχυρισμούς, επισημαίνοντας την έλλειψη δεδομένων που να υποστηρίζουν αυτούς τους ισχυρισμούς και την έλλειψη εμπειρικών ερευνών που να διερευνούν τον τρόπο σύμφωνα με τον οποίο η εμπιστοσύνη επηρεάζει τα θεραπευτικά αποτελέσματα.<sup>476</sup> Τα ήδη υπάρχοντα εμπειρικά στοιχεία δείχνουν πως η εμπιστοσύνη επενεργεί έμμεσα στα αποτελέσματα της υγείας, μέσω της βελτίωσης της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία, όπως η αναζήτηση βοήθειας και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, η οποία επιτρέπει την έγκαιρη και ακριβή διάγνωση και τη συμμόρφωση στη θεραπεία.<sup>477</sup>

Η σχέση ιατρού-ασθενούς ειδικότερα έχει προσελκύσει μεγάλη επιστημονική προσοχή. Στις ΗΠΑ, η εμπιστοσύνη συναντάται σε ποικίλα πλαίσια και έχει ήδη αναγνωριστεί ως σημαντική σε μια σειρά από σχέσεις υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι σχέσεις ασθενούς-ιατρού και ασθενούς-νοσηλεύτη.<sup>442, 443</sup> Επισημάνθηκε βεβαίως, ότι η εμπιστοσύνη είναι σημαίνουσα και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας από οργανωτική άποψη. Ωστόσο, παρά τη σημασία της, η έρευνα σχετικά με την εμπιστοσύνη από αυτές τις οπτικές γωνίες είναι περιορισμένη. Η εμπιστοσύνη είναι αναγκαία σε περιστάσεις που υφίσταται άγνοια ή απροσδιοριστία σε σχέση με τα κίνητρα, τις προθέσεις και τη μελλοντική συμπεριφορά των άλλων τους οποίους εμπιστεύεται κανείς. Η εμπιστοσύνη είναι επίσης απαραίτητη σε καταστάσεις όπου υπάρχει ένας βαθμός κινδύνου λόγω αβεβαιότητας.<sup>443, 480</sup>

Οι Thom et al (2002) όρισαν την εμπιστοσύνη των ασθενών στους ιατρούς ως ένα σύνολο πεποιθήσεων και προσδοκιών ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα προβούν σε



ορισμένες ενέργειες, ενώ οι Pearson et al (2000) για το ίδιο θέμα όρισαν την εμπιστοσύνη ως ένα συναισθηματικό χαρακτηριστικό μέσω του οποίου οι ασθενείς αναπτύσσουν μια άνετη αίσθηση πίστης και εξάρτησης από τις προθέσεις του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Είναι σαφές ότι η κατεύθυνση της πολιτικής για την υγεία μετατοπίζεται προς μια πιο συνεργατική μορφή σχέσης ιατρού-ασθενούς, η οποία βασίζεται σε ένα συνεργατικό μοντέλο λήψης αποφάσεων, το παλιό παραδοσιακό παθολογικό μοντέλο εξαφανίζεται.<sup>481, 482</sup> Οι προαναφερθείσες συνθήκες που καθορίζουν τις καταστάσεις στις οποίες απαιτείται εμπιστοσύνη μπορούν επίσης να βρεθούν στις διάφορες σχέσεις που υπάρχουν στην υγειονομική περίθαλψη. Τουλάχιστον στη σχέση ασθενούς-παρόχου, η εμπιστοσύνη είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ορισμένες συνθήκες που χαρακτηρίζουν την υγειονομική περίθαλψη, όπως η αβεβαιότητα, συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων κινδύνου.<sup>443</sup> Αν και η εμπιστοσύνη αποτελεί μια διφορούμενη έννοια που παρουσιάζει δυσκολία να οριστεί ή και να διερευνηθεί, δύο σημαντικές πτυχές της εμπιστοσύνης επαναλαμβάνονται συχνά στη βιβλιογραφία. Αφενός, επισημαίνεται ότι η εμπιστοσύνη σχετίζεται με την προσδοκία ότι το αντικείμενο της εμπιστοσύνης θα μεριμνήσει και θα διενεργήσει σύμφωνα με τα συμφέροντα του εμπιστευόμενου μέρους. Στην περίπτωση αυτή η εμπιστοσύνη αναφέρεται στην ηθική, τα κίνητρα και την ειλικρίνεια του άλλου μέρους. Αντίθετα, η εμπιστοσύνη συνδέεται με την προσδοκία ότι το άλλο μέρος διαθέτει τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.<sup>464</sup> Η ανησυχία για τα κίνητρα του άλλου μέρους, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο ασθενής διατελεί σε μια ιδιαίτερος δύσκολη και ευάλωτη κατάσταση, προσδίδει στη σχέση εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενή έναν ισχυρό συναισθηματικό χαρακτήρα εκτός από τη γνωστική της βάση.<sup>461</sup>

Ωστόσο, οι σχέσεις που αναπτύσσονται στην υγειονομική περίθαλψη είναι πολυάριθμες και, κατά συνέπεια, τα αντικείμενα εμπιστοσύνης στην υγειονομική περίθαλψη είναι επίσης πολυάριθμα. Ιδιαίτερα στις διαπροσωπικές σχέσεις, η εμπιστοσύνη στην υγειονομική περίθαλψη δεν περιορίζεται στη σχέση μεταξύ ασθενών και γιατρών, αλλά επεκτείνεται και στις σχέσεις που δημιουργούν οι ασθενείς με άλλους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι νοσηλευτές. Επιπλέον, οι οργανισμοί και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν επίσης να αποτελέσουν αντικείμενα εμπιστοσύνης για τους ασθενείς.<sup>461, 464</sup> Ως βασικός τρόπος προσέγγισης των διαφόρων αντικειμένων εμπιστοσύνης στην υγειονομική περίθαλψη έχει προταθεί ο διαχωρισμός τους σε σχέσεις εμπιστοσύνης σε μικροεπίπεδο και σε σχέσεις εμπιστοσύνης σε μακροεπίπεδο. Η πρώτη περιλαμβάνει την εμπιστοσύνη μεταξύ των ασθενών και των εργαζομένων στον υγειονομικό τομέα, τη σχέση





μεταξύ των επαγγελματιών στον υγειονομικό τομέα και τη σχέση μεταξύ των εργαζομένων και των μελών της διοίκησης του οργανισμού. Οι σχέσεις εμπιστοσύνης σε μακροεπίπεδο λαμβάνουν υπόψη την εμπιστοσύνη των ασθενών, την εμπιστοσύνη του κοινού στους επαγγελματίες υγείας και στη διοίκηση γενικά, την εμπιστοσύνη σε συγκεκριμένους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι σχέσεις σε μικροεπίπεδο αντιπροσωπεύουν περισσότερο μια διαπροσωπική και οργανωτική σχέση εμπιστοσύνης, ενώ οι σχέσεις σε μακροεπίπεδο αντιπροσωπεύουν διάφορους τύπους θεσμικών σχέσεων εμπιστοσύνης. Επιπλέον, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούμε να μιλήσουμε για εμπιστοσύνη στο σύστημα των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας γενικά, των ιατρικών τεχνολογιών, των πηγών πληροφόρησης και της αξιολόγησης των κινδύνων. Συμπερασματικά, η βιβλιογραφία έχει εντοπίσει και εξετάσει ένα ευρύ φάσμα επιπέδων, αντικειμένων και σχέσεων εμπιστοσύνης στην υγειονομική περίθαλψη. Τα επίπεδα αυτά είναι αλληλένδετα και οι τρόποι με τους οποίους αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν το ένα το άλλο, όπως και η διαφορετική βαρύτητα που μπορεί να δοθεί σε οποιοδήποτε από αυτά, αποτελούν τομείς που απαιτούν περαιτέρω μελέτη και εξειδίκευση για την κοινωνιολογική έρευνα.<sup>443, 461</sup> Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, δεν πρέπει να εξεταστούν μόνο οι προοπτικές των ασθενών-χρηστών και του γενικού κοινού, αλλά και η εμπιστοσύνη από την οπτική γωνία των επαγγελματιών, των διευθυντών και των οργανισμών. Η εμπιστοσύνη ποικίλλει μεταξύ των συστημάτων υγείας και των χωρών. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη ερευνών σχετικά με την εμπιστοσύνη σε διάφορες χώρες, κάτι που είναι απαραίτητο για συγκριτικές έρευνες. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν αυτά τα ζητήματα σε μεγαλύτερο βάθος.<sup>443, 461, 483</sup>

Η διαπροσωπική φροντίδα, η οποία εκφράζεται με την ενσυναίσθηση, την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό, τη συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις για τη θεραπεία και τις διαπροσωπικές σχέσεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας περίθαλψης, έχει αναδειχθεί σε σημαντικό παράγοντα ικανοποίησης των ασθενών.<sup>484</sup> Οι Rafii et al (2007) σημείωσαν ότι η ευγένεια και ο σεβασμός του νοσηλευτικού προσωπικού, η προσήλωση στα προβλήματα των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και η ποιότητα της επικοινωνίας ήταν οι ουσιαστικότερες μεταβλητές ικανοποίησης, οι οποίες βρίσκονταν σε υψηλότερο επίπεδο από τους παράγοντες που είχαν σχέση με το φυσικό περιβάλλον, την καθαριότητα και την προσβασιμότητα του νοσοκομείου.<sup>485</sup> Σε μελέτη που διεξήχθη σε δείγμα 32 νοσοκομείων των ΗΠΑ, οι Otani et al. (2011) διαπίστωσαν πως η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό από την ποιότητα της νοσηλευτικής και ιατρικής





φροντίδας, ενώ η σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό αποτέλεσε τη σημαντικότερη μεταβλητή για τον καθορισμό της ικανοποίησης, ακολουθούμενη από την παροχή συγκεκριμένων συστάσεων υγείας και θεραπείας.<sup>486</sup> Παρομοίως, οι Sweeney et al (2003) διαπίστωσαν πως η θετική επικοινωνία και οι σαφείς καθοδηγήσεις από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες για τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών, ενώ οι Arshad et al (2012) διαπίστωσαν ότι οι διαπροσωπικές επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού, οι στάσεις του ιατρού, οι στάσεις απέναντι στους ασθενείς, οι διαπροσωπικές επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού, οι στάσεις απέναντι στους ασθενείς, η στάση απέναντι στους ασθενείς ήταν οι σημαντικότερες μεταβλητές για την ικανοποίηση. Παρομοίως, οι Cheng et al (2003) επαλήθευσαν ότι η διαπροσωπική φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό αξιολογήθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών, περισσότερο καθοριστικός ακόμη και από την κλινική επάρκεια των ιατρών και τα φυσικά χαρακτηριστικά του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.<sup>487-489</sup>

Οι Markey et al (2004), προσδιόρισαν την επικοινωνία του προσωπικού, την ενσυναίσθηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις ως τις σημαντικότερες μεταβλητές που κατευθύνουν την ικανοποίηση των ασθενών στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) των νοσοκομείων των ΗΠΑ, ενώ οι Kim & Kim (2009) διαπίστωσαν παρομοίως πως η διαπροσωπική φροντίδα, που εκφράζεται με τη συμμετοχή του ασθενούς, την εστίαση στις ανησυχίες του, την παροχή πλήρους και λεπτομερούς πληροφόρησης, την ενσυναίσθηση, την αποδοχή της προοπτικής του ασθενούς και τη συναισθηματική υποστήριξη, αποτελούσαν τις σημαντικότερες μεταβλητές που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Η ευγένεια, η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός των θεραπευτικών προτιμήσεων και η επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας και τους φροντιστές βρέθηκαν να είναι οι σημαντικότεροι συντελεστές που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση από τις υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά και τις θετικές συστάσεις για τους ιατρούς προς τρίτους.<sup>417, 490, 491</sup>

### **8.3.3. Ο ρόλος της κλινικής ενσυναίσθησης**

Η ενσυναίσθηση είναι μια διανοητική ή γνωστική διαδικασία, ένας συναισθηματικός συγχρονισμός και ένα σημαντικό στοιχείο των διαπροσωπικών σχέσεων, σύμφωνα με την οποία ένα άτομο επιχειρεί να κατανοήσει βαθιά την εμπειρία του άλλου ατόμου χωρίς να το κρίνει. Ταυτόχρονα, είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι κλινικοί γιατροί για να ξεπεράσουν πιθανά εμπόδια στις ιατρικές σχέσεις. Η παρατήρηση, η



επικοινωνία και η διορατικότητα, καθώς και η συναισθηματική ευαισθησία και η συμπόνια είναι σημαντικές δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει ένα άτομο που επιθυμεί να επιδείξει ενσυναίσθηση.

Ο όρος ενσυναίσθηση έχει μεταφραστεί από τη γερμανική λέξη «*einführung*», που χρησιμοποιείται για να δηλώσει όχι μόνο το συναίσθημα, αλλά και την ικανότητα της κατανόησης-αντίληψης των προσωπικών εμπειριών των ανθρώπων. Η έννοια της ενσυναίσθησης διαφοροποιείται από αυτές της συμπάθειας και της συμπόνιας. Η μεν συμπάθεια (*sympathy*) αναφέρεται στη λύπη, τον οίκτο ή την έγνοια, με άλλα λόγια τον τρόπο συμμετοχής του επαγγελματία στην ψυχική κατάσταση του ατόμου που υποφέρει, ενώ η ενσυναίσθηση (*empathy*) δηλώνει την προσπάθεια κατανόησης των συναισθημάτων, αλλά και των καταστάσεων που ο άλλος αντιμετωπίζει. Από την άλλη, η συμπόνια (*compassion*), υποδηλώνει την επίγνωση των καταστάσεων, ταυτόχρονα όμως με την επιθυμία για βοήθεια και ανακούφιση του ασθενούς, ενώ ως πολυσχιδής έννοια ενέχει τις ανωτέρω αξίες της συμπάθειας (*sympathy*), της ενσυναίσθησης (*empathy*), αλλά και του σεβασμού.

Χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού-ασθενούς είναι ότι ο ιατρός, χωρίς να εγκαταλείπει τον προσωπικό του χώρο, υιοθετεί προσωρινά την άποψη του ασθενούς και χρησιμοποιεί ασυνείδητα κοινωνικά πρότυπα συμπεριφοράς που προκαλούν κατανόηση, ευαισθησία, ζεστασιά, αισιοδοξία και ενδιαφέρον στον ασθενή. Η ενσυναίσθηση διαδραματίζει έτσι διαμεσολαβητικό ρόλο, ενισχύοντας εγγενώς το δεσμό ιατρού-ασθενούς, ενισχύοντας την αίσθηση της κοινής ταυτότητας και του κοινού σκοπού και μειώνοντας τις προκαταλήψεις και τις αντιδράσεις. Η εμπλοκή της ενσυναίσθησης βοηθά τους ασθενείς να διατυπώνουν με μεγαλύτερη σαφήνεια όλες τις παραμέτρους των προβλημάτων υγείας τους και έτσι διευκολύνει τον ιατρό να κάνει μια πιο σωστή διάγνωση. Πράγματι, το αίσθημα ότι ο ασθενής μπορεί να γίνει κατανοητός είναι από μόνο του θεραπευτικό, καθώς εντείνει την αίσθηση του ανήκειν, της σύνδεσης και της υποστήριξης. Η ενσυναίσθηση διευκολύνει έτσι την πορεία προς τη διαπροσωπική κατανόηση και τη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Αυτή η κατανόηση απαιτεί φυσικά ενεργή αλληλεπίδραση τόσο από την πλευρά του ιατρού όσο και από την πλευρά του ασθενούς. Κατά την εξέλιξη αυτής της αλληλεπίδρασης, υπάρχει πάντοτε η ευκαιρία να επιδειχθεί αμοιβαία κατανόηση, ιδίως όταν οι ασθενείς εκφράζουν τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς τους.<sup>492</sup> Όσο πιο πολύ ο ασθενής



αισθάνεται ότι τον νιώθουν σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά, τόσο ισχυρότερη είναι η αίσθηση της αποδοχής, η οποία αποτελεί θεμελιώδη ανθρώπινη ανάγκη.

Η αμοιβαία κατανόηση μεταξύ ιατρού και ασθενούς δεν είναι μόνο επωφελής για τον ασθενή, αλλά δημιουργεί επίσης έναν δυναμικό βρόχο ανατροφοδότησης που διευκολύνει τον ιατρό να κάνει τη σωστή διάγνωση και η προτεινόμενη θεραπεία γίνεται πιο αποτελεσματική. Υπάρχει επίσης η άποψη ότι όσο πιο ενσυναισθητικός είναι ο ιατρός, τόσο καλύτερο είναι το κλινικό αποτέλεσμα, επειδή η ίδια η σχέση ιατρού-ασθενούς έχει ισχυρό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σύμφωνα με τον Hojat, η σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και κλινικού αποτελέσματος είναι γραμμική, με θετικά ιατρικά αποτελέσματα να παρατηρούνται όταν η ανθρώπινη επαφή έχει φοβικό-μειωτικό αποτέλεσμα, γεγονός που συμβαίνει επειδή η σχέση ιατρού-ασθενούς είναι αμφίδρομη.<sup>493</sup> Επειδή η σχέση ιατρού-ασθενούς είναι δρόμος διπλής κατεύθυνσης, πιστεύεται ότι η ικανοποίηση από την ποιότητα της σχέσης ιατρού-ασθενούς δύναται να προστατεύσει τους επαγγελματίες από την επαγγελματική εξουθένωση, τη χρήση ουσιών ή τις τάσεις αυτοκτονίας, οι οποίες παρουσιάζονται με ασυνήθιστα μεγάλη συχνότητα στους ιατρούς μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Εν κατακλείδι, όχι μόνο η αποφυγή μιας ενσυναισθητικής στάσης, αλλά και η αποστασιοποίηση των ιατρών υπονομεύει την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και την ίδια τη θεραπεία. Η έρευνα έχει δείξει ότι τα προβλήματα εκ μέρους των ιατρών και ο διάλογος με ελάχιστη ενσυναίσθηση ενδεχομένως αυξάνουν την πιθανότητα οι ασθενείς να χρησιμοποιήσουν παράπονα και αγωγές κατά των ιατρών για να αποδείξουν την ανεπαρκή ιατρική φροντίδα. (medical malpractice).<sup>494</sup>

#### **8.3.4. Ο ρόλος της ενημέρωσης των ασθενών**

Οι έρευνες παρουσιάζουν ότι η ενημέρωση των ασθενών είναι δυνατόν να τους ωθήσει να ακολουθήσουν αποτελεσματικότερα τις οδηγίες του ιατρού τους σχετικά με τη θεραπεία που λαμβάνουν, να διαλύσουν ενδεχόμενους φόβους και να μειώσουν το άγχος. Εάν οι ασθενείς δεν ακολουθούν καλόπιστα τις εντολές του ιατρού, υπάρχει πιθανότητα να επιδεινώσουν την υγεία τους ή να αλλάξουν ανεπαρκώς τη θεραπεία τους επειδή είναι αναποτελεσματική, με αποτέλεσμα να σπαταληθεί περισσότερος χρόνος και χρήμα. Αντίθετα, με επαρκή πληροφόρηση, η τήρηση των ιατρικών συνταγών που σχετίζονται με τη θεραπεία μπορεί να



μεγιστοποιηθεί και να βελτιωθεί, συμβάλλοντας έτσι στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.<sup>495</sup>

Στο παρελθόν, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πολλές φορές έχουν επικριθεί επειδή δεν παρέχουν στους ασθενείς όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες. Η πηγή των πληροφοριών είναι αμφιλεγόμενη σε όλο τον κόσμο, με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να βρίσκονται σε συνεχή σύγκρουση. Ως επί το πλείστο, οι κύριες πηγές πληροφόρησης είναι το ιατρικό προσωπικό και σπάνια οι νοσηλευτές θεωρούνται κύρια πηγή πληροφόρησης, αφού εκτός από την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, οι νοσηλευτές αναγκάζονται να μετακινούνται συνεχώς μέσα και έξω από τους θαλάμους, κάνοντας συχνά εξειδικευμένες επισκέψεις, γεγονός που κάνει την επικοινωνία ανεπαρκή και στις περισσότερες περιπτώσεις επιφανειακή.<sup>456, 457</sup> Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση και κόπωση των ασθενών, οι οποίοι μπορεί να μην γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους. Το θέμα της παροχής πληροφοριών στους ασθενείς γίνεται ακόμη πιο σημαντικό υπό το πρίσμα μελετών που δείχνουν συσχέτιση μεταξύ της παροχής πληροφοριών και του επιπέδου άγχους που βιώνουν οι ασθενείς. Οι σχετικές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η παροχή πλήρους και επαρκούς πληροφόρησης στους ασθενείς έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Οι ασθενείς φαίνεται να επιθυμούν εκτεταμένη και ολοκληρωμένη ενημέρωση, καθώς πιστεύουν ότι μπορούν να διαχειριστούν περισσότερο αποτελεσματικά το επίπεδο του άγχους τους. Στην Ελλάδα, μια μελέτη των Golia et al (2002) σχετικά με την αξιολόγηση του προεγχειρητικού άγχους και της κατάθλιψης διαπίστωσε ότι η επίγνωση της ασθένειας και η επαρκής ενημέρωση συνέβαλαν σημαντικά στον έλεγχο του άγχους.<sup>496</sup> Άλλοι ερευνητές (Stergiopoulou and Vlachos., 2010) καταστάλαξαν στο συμπέρασμα ότι μια ολοκληρωμένη προεγχειρητική ενημέρωση μείωσε σημαντικά το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών και είχε θετικό αντίκτυπο στη μετέπειτα ανάρρωσή τους.<sup>497</sup> Μια μελέτη των Goolam et al. (2006) έδειξε ότι οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνθηκαν καθησυχασμένοι μετά την ενημέρωση. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι οι ανάγκες πληροφόρησης ποικίλλουν και συναρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η προσωπικότητα, η ατομικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης κλπ. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ οι ασθενείς επιθυμούν επικοινωνιακή αλληλεπίδραση και ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας τους, δεν ισχύει το ίδιο για τη συμμετοχή τους σε κοινές αποφάσεις σχετικά με τη θεραπευτική φροντίδα. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα στοιχεία της έρευνας ασθενών, δείχνουν ότι οι ασθενείς θέλουν να αναθέτουν το ρόλο τους στη λήψη



αποφάσεων αποκλειστικά στον ιατρό τους, ενώ η επικοινωνιακή αλληλεπίδραση υποστηρίζεται σε μεγάλο βαθμό.<sup>460, 498</sup>

### **8.3.5. Λοιποί παράγοντες που καθορίζουν τη σχέση ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών**

Η κύρια πρόκληση, κατά την άποψή μας, είναι να προσδιοριστούν οι βασικές παράμετροι που έχουν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στην επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες, δηλαδή οι στάσεις και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της εργασίας και των υπηρεσιών, και να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο για τη διαχείριση των βασικών παραγόντων που επιδρούν στην ικανοποίηση τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των ασθενών σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Το περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο συμπεριφοράς των ατόμων, του προσωπικού και των ασθενών-χρηστών, επηρεάζοντας τις αλληλεπιδράσεις τους και μεταδίδοντας μηνύματα σε σχέση με τη διοίκηση, την οργάνωση, το προσωπικό και την ποιότητα των υπηρεσιών. Οι Fitzsimmons, Fitzsimmons & Bordoloi (2014), υποστήριξαν ότι το περιβάλλον των υπηρεσιών παρέχει μια οπτική μεταφορά για την υπηρεσία και βοηθάει τους ασθενείς να περιηγηθούν στο χώρο, ενώ διευκολύνει την αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και προσωπικού, με την παρουσίαση και τη διαγωγή του προσωπικού προς τους χρήστες των υπηρεσιών να επιδρά άμεσα στην αντίληψή τους για την υπηρεσία.<sup>499, 500</sup>

Οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τους συγγενείς των ασθενών, τα υψηλά επίπεδα άγχους και ο φόρτος εργασίας, αναφέρονται σταθερά ως οι σημαντικότεροι συντελεστές του περιβάλλοντος της εργασίας που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Επιπλέον, το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού στα νοσοκομεία στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οδήγησε στην αύξηση του φόρτου εργασίας, ο οποίος είναι ιδιαίτερα έντονος κατά τις βραδινές και νυχτερινές βάρδιες. Επιπλέον, η έλλειψη περιγραφών καθηκόντων για το νοσηλευτικό προσωπικό και η εμπλοκή του σε καθήκοντα άσχετα με το νοσηλευτικό έργο είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην έντονη δυσαρέσκεια που καταγράφεται σε πολλές έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα. Τα χαμηλά επίπεδα στελέχωσης συσχετίζονται με την υπεραριθμία προσωπικού σε εθνικές έρευνες σε χώρες όπως η Αγγλία, η Σκωτία, καθώς και σε έρευνες σε επίπεδο πολιτείας στις ΗΠΑ. Συνδέεται επίσης άμεσα με την εξασθένηση της



αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών και την αύξηση των επιπλοκών, αλλά και της θνησιμότητας των ασθενών.<sup>501-503</sup>

### **8.5. Η επίδραση της ικανοποίησης των εργαζομένων στην ικανοποίηση των ασθενών**

Οι εσωτερικές διαδικασίες και ο τρόπος που αυτές γίνονται αντιληπτές από το προσωπικό επηρεάζουν τους εξωτερικούς πελάτες (ασθενείς) αλλά και τους εσωτερικούς πελάτες (επαγγελματίες υγείας) που παρέχουν υπηρεσίες. Σε οργανισμούς προσανατολισμένους στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, η συμμετοχή του ανθρώπινου παράγοντα αποτελεί σημαντικό συντελεστή, εκτός από την επιδίωξη της επιτυχίας.<sup>504</sup> Ορισμένες μελέτες διαπίστωσαν στατιστικά σημαίνουσα θετική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από τις σχέσεις τους με τους χρήστες των υπηρεσιών, αλλά και της ποσότητας των πληροφοριών που παρέχονται στους τελευταίους. Η σχέση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους χρήστες των υπηρεσιών, αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική πτυχή της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Η διαχείριση της διαπροσωπικής σχέσης είναι ζωτικής σημασίας, αφού μέσω της αμφίδρομης επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς μπορούν να γνωστοποιήσουν τις προτιμήσεις τους και να λάβουν τις πληροφορίες που απαιτούνται ώστε να κάνουν τις σωστές και ατομικές επιλογές υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τους Heskett et al (1997), η ικανοποίηση του προσωπικού συμβάλλει στην ικανοποίηση των ασθενών και, επομένως, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ικανοποίηση των ασθενών και την πρόθεσή τους να επαναλάβουν τις επισκέψεις τους. Περιγράφουν δε τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της ικανοποίησης του προσωπικού ως έναν καθρέφτη που ενισχύει τη θετική σχέση μεταξύ τους.<sup>505</sup>

Οι Bodur (2002) και Landon (2003), υπογράμμισαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζει την ποιότητα, την αποδοτικότητα και την τελεσφόρηση των εργασιών. Αυτό γίνεται κατανοητό, καθώς η εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.<sup>506, 507</sup> Οι ικανότητες που πρέπει να αναπτύξουν οι εργαζόμενοι, αφορούν την προσωπική τους δέσμευση για συμπεριφορές βελτίωσης της ποιότητας, την επαγγελματική τους αξιοπιστία και την ικανότητά τους να συνδέονται με τον οργανισμό, η οποία αποτελεί βασικό στοιχείο για τη καλύτερευση της κλινικής πρακτικής και τη λήψη αποφάσεων από τους ασθενείς. Τέλος, μια μελέτη των Clemes et al. (2001) διαπίστωσε πως η ανταπόκριση του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί έναν από τους



βασικούς παράγοντες που σχηματίζουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.<sup>508</sup>

Η ικανοποίηση των ασθενών παρέχει πληροφορίες σύμφωνα με το κατά πόσον οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών και συγκροτεί ουσιαστικό δείκτη για την προσέγγιση της μελλοντικής συμπεριφοράς των ασθενών, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της περίθαλψης. Ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του παρόχου και της ικανοποίησης που λαμβάνουν τελικά οι ασθενείς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Με την κατανόηση των καθοριστικών παραγόντων της ικανοποίησης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, οι ερευνητές μπορούν να αποφασίσουν ποιοι παράγοντες απαιτείται να βελτιωθούν ώστε να επιτευχθεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.<sup>509</sup> Δεδομένου ότι οι επαγγελματίες στον υγειονομικό τομέα έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς, παρουσιάζεται ότι οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας δύνανται να επηρεάσουν το επίπεδο και την ποιότητα της περίθαλψης.<sup>510</sup> Ωστόσο, η έρευνα έχει επίσης δείξει ότι ένα ευρύτερο φάσμα εξωτερικών παραγόντων είναι δυνατόν να επηρεάσει την ικανοποίηση των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων παραγόντων που έχουν σχέση με την πρόσβαση και τη διαθεσιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και παραγόντων που έχουν σχέση με το προσωπικό που παρέχει τις εν λόγω υπηρεσίες. Όσον αφορά τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, μελέτες έχουν αναδείξει ότι τα κίνητρα, η ευγένεια, η ανταπόκριση και η ικανότητα του να παρέχει αποτελεσματική και εξειδικευμένη φροντίδα είναι σημαντικά. Μελέτη των Kambantai και Nyack (2004) κατέληξε σε παρόμοια αποτελέσματα, αφού οι ασθενείς ανέφεραν ως καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης τους, την επικοινωνία και την κατανόηση από το ιατρικό προσωπικό.<sup>481, 511</sup>

## **8.6. Η επίδραση της ικανοποίησης των ασθενών στην ικανοποίηση των εργαζομένων**

Η σχέση ιατρού-ασθενούς διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαδικασία θεραπείας, ιδίως για τους ασθενείς με χρόνια προβλήματα. Σε γενικές γραμμές, όλες οι ασθένειες δύνανται να δημιουργήσουν ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις στις οποίες ένα άτομο μπορεί να αντιδράσει διαφορετικά, γεγονός που μπορεί να εξαρτάται από την ηλικία, την προσωπικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους φροντιστές και το πλαίσιο στο οποίο αντιμετωπίζεται το πρόβλημα, εκτός από τα ιδιαίτερα γνωρίσματα της ασθένειας. Καθώς η κατανόηση του κλινικού ιατρού εμβαθύνει ως προς τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια επιδρά στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, η αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενούς και κλινικού





ιατρού θα αλλάζει και θα αναπτύσσεται συνεχώς. Ως αποτέλεσμα, το έργο του κλινικού ιατρού γίνεται πιο ουσιαστικό και ολοκληρωμένο και ο ασθενής αισθάνεται ότι λαμβάνει πιο ολοκληρωμένη φροντίδα.<sup>512</sup>

### **8.7. Εμπειρική διερεύνηση της αλληλεπίδρασης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού-ασθενών**

Στην παρούσα μελέτη συσχετίσαμε στοιχεία των κλινικών των νοσοκομείων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα για κοινή χρονική περίοδο, δηλαδή μεταξύ Ιουλίου 2019 και Δεκεμβρίου 2020. Τα συσχετιζόμενα στοιχεία προέρχονται από δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια. Συγκεκριμένα, το μεν πρώτο είναι το ερωτηματολόγιο JSS του Spector που αναφέρεται στη συγκέντρωση στοιχείων για την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στα Νοσοκομεία, που συνολικά ελήφθησαν 3.278 παρατηρήσεις, ενώ το δεύτερο δημιουργήθηκε για τη συγκέντρωση στοιχείων ικανοποίησης των ασθενών στα Νοσοκομεία και συνολικά ελήφθησαν 2.851 παρατηρήσεις, και τα δύο ερωτηματολόγια παρουσιάζονται στο Παράρτημα Α'.

Για την πραγματοποίηση της συσχέτισης, τέθηκαν οι κάτωθι παραδοχές και περιορισμοί:

- τα στοιχεία συσχετίστηκαν με βάση την κλινική του Νοσοκομείου στα οποία εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας και προσήλθαν οι ασθενείς, ο κοινός τόπος δηλαδή που αναπτύχθηκε η σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή είναι το επίπεδο της κλινικής, π.χ. Παθολογική του ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», χωρίς όμως να προχωρήσουμε σε περαιτέρω διάκριση, δηλαδή Α', Β' ή Γ' κλπ. των Παθολογικών Κλινικών του συγκεκριμένου νοσοκομείου.
- συσχετίστηκαν οι μέσοι όροι ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας με τους μέσους όρους ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που ελήφθησαν, γεγονός που στην πραγματικότητα περιορίζει έως κάποιο βαθμό την ενδογένεια.
- τα συσχετιζόμενα στοιχεία αφορούν αυστηρά την περίοδο μεταξύ Ιουλίου 2019 έως Δεκεμβρίου 2020, μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών που πραγματοποιήθηκαν μέχρι τα τέλη του έτους 2021, αποκλείστηκαν αφού δεν συνεχίζονταν παράλληλα μετρήσεις ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας.
- θεωρούμε δεδομένο ότι υπάρχει ενδογένεια, αρχικά εξαιτίας της αμφίδρομης σχέσης που υπάρχει στη σχέση ιατρού-ασθενούς είτε εξαιτίας της πλασματικής ικανοποίησης που παρουσιάζεται όταν ένας ασθενής δίνει υψηλότερη βαθμολογία λόγω της καλής



τελικής έκβασης της υγείας του, ασχέτως με τη σχέση επικοινωνίας που αναπτύχθηκε με τον ιατρό του.

Τελικά, οι κοινές παρατηρήσεις που προέκυψαν μεταξύ προσωπικού-ασθενών στις ίδιες κλινικές νοσοκομείων στην προαναφερόμενη περίοδο έρευνας ήταν 97.

Η αιτιότητα ήταν πάντα περιζήτητη σε όλα σχεδόν τα επιστημονικά πεδία. Η αιτιότητα αποτελεί μια έννοια η οποία είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα και συνδέεται απευθείας με την ίδια την έννοια της αιτιότητας και με τη σύγχυση που προκύπτει μεταξύ της αιτιότητας και της συσχέτισης.<sup>513-515</sup> Η συσχέτιση και η αιτιότητα αποτελούν δύο παρατηρούμενα φαινόμενα τα οποία συσχετίζονται. Υπάρχει μια γενική συναίνεση γύρω από τρεις απολύτως απαραίτητες προϋποθέσεις για να είναι μια σχέση αιτιώδης. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι η συσχέτιση, η χρονικότητα και η απουσία ταυτόχρονης εξήγησης. Περισσότερο συγκεκριμένα, για να δημιουργηθεί μια αιτιώδης σχέση μεταξύ των φαινομένων A (η πιθανή αιτία) και B (το παρατηρούμενο αποτέλεσμα), το A και το B πρέπει να συνδέονται αξιόπιστα, το A πρέπει να προηγείται του B και να μην υπάρχει κανένα άλλο φαινόμενο που θα μπορούσε να εξηγήσει την μεταβλητότητα που παρατηρείται στο B. Συνεπάγεται δηλαδή, ότι η συσχέτιση δεν αποτελεί συνώνυμο της αιτιότητας, αλλά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την υπόσταση της αιτιότητας.

Ένα ουσιαστικό πρόβλημα που ενδέχεται να ανακύψει κατά τη διεξαγωγή μιας ανάλυσης παλινδρόμησης είναι ότι οι εκτιμήσεις των παραμέτρων στην παλινδρόμηση είναι ασυνεπείς λόγω ενδογένειας (endogeneity). Μια μεταβλητή προσδιορίζεται ως ενδογενής στην περίπτωση που συνδέεται με το διαταρακτικό όρο, πραγματοποιείται με άλλα λόγια παραβίαση της υπόθεσης της ανεξαρτησίας ανάμεσα στις ερμηνευτικές μεταβλητές και του διαταρακτικού όρου. Ο βασικός λόγος που παρουσιάζεται η ενδογένεια αποτελεί η μεροληψία λόγω της παράλειψης μεταβλητών που επιδρούν στην εξαρτημένη μεταβλητή. Στην περίπτωση που παραλειφθεί από το μοντέλο κάποια ανεξάρτητη μεταβλητή που είναι ωστόσο σημαντική για την ερμηνεία της εξαρτημένης, τότε η επίδραση που αυτή ασκεί στην εξαρτημένη μεταβλητή φαίνεται σαν να προκαλείται από τις άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές του υποδείγματος παρέχοντας λανθασμένες εκτιμήσεις των παραμέτρων. Ακόμη μια αιτία για την εμφάνιση της ενδογένειας αποτελεί η αμφίδρομη αιτιότητα. Συγκεκριμένα συνάγεται ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή επηρεάζει την εξαρτημένη, ενώ την ίδια στιγμή η εξαρτημένη επηρεάζει την ανεξάρτητη. Η αμφίδρομη αιτιότητα οδηγεί σε λανθασμένη ερμηνεία της



εξαρτημένης μεταβλητής. Τέλος, ένας επιπλέον λόγος που προκαλείται ενδογένεια είναι τα σφάλματα μέτρησης (measurement errors) στις ερμηνευτικές μεταβλητές. Όταν πρόκειται για μεταβλητές που δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα, είναι δυνατόν να χρησιμοποιείται κάποια προσέγγιση που να μην εκφράζει σωστά την αντίστοιχη μεταβλητή ή ενδέχεται να μην έχει γίνει ορθή συλλογή ή αποτύπωση των δεδομένων. Διάφορες μέθοδοι υπάρχουν για τη επίλυση του προβλήματος της ενδογένειας, μια από της μεθόδους αυτές είναι το μοντέλο των σταθερών επιδράσεων που περιλαμβάνει μια βοηθητική μεταβλητή που αποτελείται από όλα αυτά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που πιθανώς να περιλαμβάνονται και σε άλλες ερμηνευτικές μεταβλητές του υποδείγματος, όπως επίσης και μη παρατηρούμενες μεταβλητές. Μια άλλη μέθοδος που εφαρμόζεται είναι η μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων σε δύο στάδια (2SLS) με τη χρήση βοηθητικών μεταβλητών (instrumental variables), πιο συγκεκριμένα επιλέγονται μεταβλητές που σχετίζονται με την ανεξάρτητη μεταβλητή αλλά είναι ασυσχέτιστες με το σφάλμα από υπόθεση ή από κατασκευή, στην περίπτωση αυτή οι βοηθητικές μεταβλητές αρμόζει επίσης να είναι εξωγενείς. Στο πρώτο στάδιο της μεθόδου κάθε επεξηγηματική μεταβλητή που είναι ενδογενής παλινδρομείτε με όλες τις εξωγενείς μεταβλητές του μοντέλου με την απλή μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων (OLS) και προκύπτουν εκτιμήσεις για την ενδογενή μεταβλητή. Στο δεύτερο στάδιο πραγματοποιείται η παλινδρόμηση όπως συνήθως, όμως στη θέση της ενδογενούς μεταβλητής, χρησιμοποιείται η εκτίμησή της από το πρώτο στάδιο. Έτσι μειώνεται η μεροληψία των εκτιμητών που προκύπτει από το πρόβλημα της ενδογένειας.<sup>516, 517</sup> Επομένως, σε ένα υπόδειγμα της μορφής:

$$Y = Xb + u$$

η ενδογένεια μπορεί να περιγραφεί ως  $E(u|X) \neq 0$  που σημαίνει ότι παραβιάζεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και του διαταρακτικού όρου. Έτσι, για να λύσουμε το πρόβλημα της ενδογένειας απαιτείται να βρούμε βοηθητικές μεταβλητές βασισμένοι πάνω σε κάποιες υποθέσεις. Αρχικά, θα πρέπει η εξωγενής μεταβλητή να συσχετίζεται με την ανεξάρτητη μεταβλητή ( $Corr(ZX) \neq 0$ ) και δεύτερον θα πρέπει να είναι εξωγενής  $E(u|Z) = 0$  διότι σε διαφορετική περίπτωση, θα έπρεπε να εισαχθεί στην παλινδρόμηση και να λειτουργεί ως ερμηνευτική μεταβλητή για την  $Y$  και στην περίπτωση αυτή δεν θα ίσχυε η υπόθεση της εξωγένειας. Για την εκτίμηση μέσω βοηθητικών μεταβλητών μια διαδεδομένη μεθοδολογία εκτίμησης είναι μέσω Ελαχίστων Τετραγώνων δύο σταδίων. Στο πρώτο στάδιο λαμβάνουμε τις προσαρμοσμένες τιμές  $\hat{X}$  από την παλινδρόμηση των βοηθητικών μεταβλητών πάνω στις ανεξάρτητες μεταβλητές  $X = Z\gamma + v$



και στο δεύτερο στάδιο εκτιμούμε την παλινδρόμηση  $Y = \hat{X}b + u$  έτσι ώστε να λάβουμε τις συνεπείς επιδράσεις με την προϋπόθεση ότι οι βοηθητικές μεταβλητές που χρησιμοποιήσαμε ήταν οι σωστές.

Στο άρθρο τους οι Clever et. al. (2008) εκτίμησαν τη σχέση μεταξύ των συμπεριφορών επικοινωνίας των ιατρών και της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών με τη περίθαλψη χρησιμοποιώντας μια νέα μεθοδολογία για την εύρεση βοηθητικής μεταβλητής για την αντιμετώπιση σύγχυσης αυτής της συσχέτισης μέσω των χαρακτηριστικών των ασθενών.<sup>511</sup> Για να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα της αμφίδρομης αιτιότητας και άλλων παραγόντων αυτής της σχέσης, δημιούργησαν ένα νέο μέτρο των επικοινωνιακών συμπεριφορών του ιατρού ενός ασθενούς κατασκευασμένο έτσι ώστε να είναι ανεξάρτητο από παράγοντες των ασθενών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη συνολική ικανοποίηση, ώστε να μπορεί να χρησιμεύσει ως μια βοηθητική μεταβλητή για τη μελέτη των επιπτώσεων της επικοινωνίας στη συνολική ικανοποίηση. Έτσι, δημιουργούν μία μεταβλητή χρησιμοποιώντας την μέση βαθμολογία των επικοινωνιακών συμπεριφορών που λαμβάνει ο ιατρός μέσω άλλων ασθενών που φρόντισε ο ίδιος.

Στη συγκεκριμένη μελέτη που αναπτύχθηκε επιθυμούμε να εκτιμήσουμε την επίδραση της ικανοποίησης των ιατρών πάνω στην ικανοποίηση των ασθενών. Η ανεξάρτητη μεταβλητή που λαμβάνει την ικανοποίηση των ιατρών από την εργασία τους μπορεί να θεωρηθεί ενδογενής αφού η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών, συμβαίνει ωστόσο και το αντίστροφο. Δηλαδή, η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας. Υπάρχει λοιπόν, πρόβλημα αμφίδρομης αιτιώδους συνάφειας μεταξύ των 2 μεταβλητών. Για τον λόγο αυτό θα χρησιμοποιήσουμε 2 μεταβλητές ως βοηθητικές για να διορθώσουμε το πρόβλημα της ενδογένειας. Η πρώτη μεταβλητή είναι η ψευδομεταβλητή για την κλινική στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ύπαρξη και ανάπτυξη της σχέσης ιατρού-ασθενούς και η δεύτερη είναι ο μέσος όρος των απαντήσεων για το εάν θα επέλεγε ο ασθενής να έρθει ξανά στη συγκεκριμένη κλινική του Νοσοκομείου. Η επιλογή του συγκεκριμένου ερωτήματος πραγματοποιήθηκε για τρεις κύριους λόγους, και ιδιαίτερα επειδή συμβαδίζει με την πρότερη βιβλιογραφία σε σχέση με το θέμα, διότι το ερώτημα αναφέρεται σε μια συνολική αξιολόγηση του ασθενή και συνεπώς θεωρείται πιο αντικειμενικό από τις μεμονωμένες μετρήσεις για τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου. Τέλος, αυτό που επιθυμεί κάθε σύστημα υγείας και αυτό που συνάμα διερευνά η παρούσα έρευνα είναι η ικανοποίηση του ασθενούς



από την εμπειρία του και η δήλωση του ότι εμπιστεύεται το φορέα παροχής της υγειονομικής περίθαλψης.<sup>519, 520</sup> Στον Πίνακα 8.1. παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης της ικανοποίησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πάνω στην ικανοποίηση των ασθενών.

**Πίνακας 8.1. Εμπειρική διερεύνηση της αλληλεπίδρασης προσωπικού-ασθενών N=97**

Results of 2SLS and OLS regressions predicting Patients satisfaction on personnel job satisfaction		
	TSLS	OLS
c	-0,636	0,324
Επαγγελματική Ικανοποίηση Προσωπικού	1,1215***	0,7984***
R-squared	0,255	0,305
Adjusted R-squared	0,247	0,298
S.E. of regression	0,185	0,178
F-statistic	32,015	41,725
Prob (F-statistic)	0,000	0,000
J-statistic	2,796	
Prob (J-statistic)	0,094	

Στην πρώτη στήλη παρατίθενται τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης δύο σταδίων με βοηθητικές μεταβλητές την ψευδομεταβλητή της κλινικής και την μεταβλητή για το εάν θα επισκέπτονταν ξανά το ίδιο νοσοκομείο. Περαιτέρω, διενεργήσαμε τρεις ελέγχους για να προσδιορίσουμε την καταλληλότητα των βοηθητικών μεταβλητών. Αρχικά διενεργούμε τον έλεγχο των Andrew-Rubin για την υπερταυτοποίηση των περιορισμών να δίνει τιμή πιθανότητας 9% που σημαίνει ότι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση ότι οι 2 βοηθητικές μεταβλητές είναι έγκυρες και εξωγενείς. Επιπλέον, ένας εμπειρικός κανόνας για τον έλεγχο αν οι βοηθητικές μεταβλητές είναι ασθενείς στην παλινδρόμηση είναι μέσω του F-ελέγχου στην παλινδρόμηση του πρώτου σταδίου των βοηθητικών μεταβλητών πάνω στην εξαρτημένη μεταβλητή ο οποίος επιβάλλεται να είναι μεγαλύτερος του 10 με σκοπό οι εκτιμήσεις να μην είναι μεροληπτικές. Η τιμή του F-ελέγχου είναι 33,59 το οποίο επιβεβαιώνει ότι οι βοηθητικές μεταβλητές που έχουμε χρησιμοποιήσει είναι ισχυρές προς αποφυγή μεροληψίας των αποτελεσμάτων στην παλινδρόμηση 2 σταδίων. Επομένως, από την παλινδρόμηση 2 σταδίων παρατηρούμε ότι



πιθανή αύξηση στην επαγγελματική ικανοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά 1 μονάδα οδηγεί σε μια αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών κατά 1,12 μονάδες.

Συμπερασματικά, στην παρούσα έρευνα παρουσιάζεται αλληλεπίδραση στη σχέση μεταξύ προσωπικού και ασθενών στα νοσοκομεία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, ενώ δεν παρουσιάστηκαν στοιχεία ενδογένειας από την σύγκριση των δύο διαφορετικών ερωτηματολογίων που αναπτύχθηκαν για την προσέγγιση της ικανοποίησης των ιατρών και των ασθενών.

### **8.8. Μελέτες που διερεύνησαν την αλληλεπίδραση επαγγελματιών υγείας-ασθενών**

Η έρευνα των Huey et al. (2005) διερεύνησε τη σχέση μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και τις αντιλήψεις για την εργασία τους με την ικανοποίηση των εξωτερικών ασθενών στην Ταϊβάν. Αυτή η ποσοτική έρευνα, διεξήχθη σε 10 δημόσια νοσοκομεία της Ταϊπέι με 312 ασθενείς και 2.507 παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Διαπίστωσαν ότι εάν οι ιατροί είχαν μεγαλύτερη πρόθεση να παραιτηθούν, οι εξωτερικοί ασθενείς θα ήταν λιγότερο πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν τα δημόσια νοσοκομεία της Ταϊπέι ξανά. Επιπλέον, εάν οι νοσηλευτές είχαν υψηλότερα ικανοποιητικά επίπεδα προς τους επαγγελματικούς τους ρόλους, οι εξωτερικοί ασθενείς θα ήταν περισσότερο πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν ξανά προσωπικά τα δημόσια νοσοκομεία της Ταϊπέι. Τα ευρήματα αυτά ήταν εξαιρετικά ενθαρρυντικά για την προσπάθεια ενίσχυσης της ποιότητας του εργασιακού περιβάλλοντος μέσω στρατηγικών ανθρώπινου δυναμικού. Επιπλέον, στις περισσότερες από τις περιπτώσεις, στην ικανοποίηση των ασθενών με ιατρούς, νοσηλευτές ή ιατρούς τεχνολόγους οι στάσεις σε σχέση με τις υπηρεσίες προέβλεψαν τα επίπεδα των αποτελεσμάτων. Η μελέτη έδειξε ότι οι δυσαρεστημένοι ιατροί είναι δυνατόν να συμβάλουν σε χαμηλότερα συνολικά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, λιγότερη προθυμία των ασθενών να χρησιμοποιήσουν ξανά προσωπικά τις υπηρεσίες και λιγότερη προθυμία να συστήσουν τα δημόσια νοσοκομεία της Ταϊπέι σε φίλους και συγγενείς.

Αργότερα, οι Shibu et al. (2013) απασχολήθηκαν με την επίδραση του ρόλου της εργασιακής ικανοποίησης, στην ικανοποίηση των ασθενών. Δύο ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν για τη διεξαγωγή της μελέτης, το ερωτηματολόγιο για τους εργαζόμενους αποτελείται από τα προσωπικά στοιχεία των εργαζομένων και επιπλέον 19 ερωτήσεις, από τις οποίες 14 ήταν κλειστές και 5 ανοιχτές. Από την άλλη πλευρά, διανεμήθηκε ένα άλλο ερωτηματολόγιο σε 158 ασθενείς, που αποτελούνταν από τα στοιχεία ασθενούς και είχε



επιπλέον 12 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 11 ήταν κλειστού τύπου, ενώ μια ήταν ανοιχτού τύπου ερώτηση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι δεν ήταν ευχαριστημένοι με τα ληφθέντα οφέλη από την οργάνωση και εξέφρασαν την άποψη ότι η οργάνωση τους εκμεταλλεύτηκε περισσότερο από το αναμενόμενο. Ένα μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων ισχυρίστηκε ότι καθοδηγούνταν από ασαφείς και παλιούς οργανωτικούς κανόνες.

Την ίδια περίοδο, οι Janicijevic et al. (2013) μελέτησαν τη σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης των εργαζομένων στον υγειονομικό τομέα και της ικανοποίησης των ασθενών. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων που βασίστηκαν σε έρευνες, από 18.642 εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και 9.283 ασθενείς σε πενήντα ιδρύματα δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στη Σερβία. Η ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε σε περιγραφικές στατιστικές και συσχετίσεις. Στην τελική φάση της έρευνας, αναλύθηκε η αμοιβαία επίδραση των δεικτών ικανοποίησης των εργαζομένων και των δεικτών ικανοποίησης των ασθενών. Παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις και έχει αποδειχθεί ότι υπήρξε χαμηλός βαθμός συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης των εργαζομένων και της ικανοποίησης των ασθενών. Η ανάλυση της συσχέτισης έδειξε μια μικρή αλλά στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας με το χρόνο που έχουν στη διάθεσή τους για την εκπλήρωση των καθηκόντων τους και της ικανοποίησης των ασθενών από το αποτέλεσμα της θεραπείας και της γενικής ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες που παρέχουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Οι προσδοκίες των Ελλήνων ασθενών καταγράφηκαν σε μια μελέτη αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που διεξήχθη σε 34 χώρες. Οι βασικοί παράγοντες που αξιολογήθηκαν ως σημαντικοί για την ικανοποίηση των ασθενών ήταν: σαφής γλώσσα, ευγένεια και σεβασμός, προσοχή του ιατρού στο πρόβλημα του ασθενούς, σαφείς εξηγήσεις και οδηγίες, αντιμετώπιση του ασθενούς ως ατόμου και όχι ως προβλήματος.<sup>521</sup>





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 9.1. Συμπεράσματα της έρευνας ως προς τους επαγγελματίες υγείας

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα σύνολο συναισθημάτων που σχετίζονται με τον εργασιακό χώρο. Πρόκειται για έναν από τους κύριους προσδιοριστικούς παράγοντες των κινήτρων και της απόδοσης των εργαζομένων, ενώ παρουσιάζεται ότι έχει σημαντική και ισχυρή επίδραση στην παραγωγικότητα του οργανισμού. Παρομοίως, έρευνες παρουσιάζουν ότι το επίπεδο της οργανωσιακής ευημερίας προσδιορίζεται μέσω μεταβλητών που σχετίζονται άμεσα με την ικανοποίηση των εργαζομένων. Δίχως ένα φιλικό εργασιακό περιβάλλον που να χαρακτηρίζεται από συνεργασία, εκτίμηση και αποκέντρωση, οι εργαζόμενοι δεν μπορούν να αισθάνονται συνδεδεμένοι με τον οργανισμό. Αντίθετα, η παροχή ενός περιβάλλοντος στο οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται ικανοποίηση αποτελεί σημαντικό καθήκον κάθε οργανισμού. Θεωρείται επίσης, ότι οι μη ικανοποιημένοι εργαζόμενοι μπορούν να δημιουργήσουν μια επικίνδυνη κατάσταση για τους οργανισμούς, τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον.<sup>512</sup>

Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε με την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου που αναπτύχθηκε από τον Paul Spector το 1984. Βασικός στόχος της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί ποιοι παράγοντες έχουν θετική ή αρνητική επίδραση στην επαγγελματική ικανοποίηση και να εξαχθούν ορισμένα συμπεράσματα με βάση τη συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων επαγγελματικής ικανοποίησης. Σύμφωνα με τους στόχους της μελέτης, καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα.

Η αρχική ανάλυση των στοιχείων έδειξε ότι οι επαγγελματίες είναι εξαιρετικά δυσαρεστημένοι με τις αμοιβές που λαμβάνουν (ταύτιση με Νιάκα, 1994).<sup>176</sup> Σε έναν κλάδο που οι μισθοί έχουν μειωθεί κατά περισσότερο από 30% τα τελευταία χρόνια και οι εργαζόμενοι έχουν στερηθεί αρκετές αυξήσεις μισθών, ήταν αναμενόμενο ότι οι εργαζόμενοι θα ήταν δυσαρεστημένοι σε αυτόν τον τομέα. Η ανάλυση συσχέτισης παρουσίασε ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μεγαλύτερη είναι η δυσαρέσκεια για τους μισθούς. Είναι λοιπόν σαφές, ότι όσο πιο μορφωμένος είναι ένας εργαζόμενος, τόσο περισσότερο επιθυμεί μια θέση με εγγυημένο υψηλότερο μισθό. Στην Ελλάδα της κρίσης, οι περικοπές και το πάγωμα των μισθών τα τελευταία χρόνια έχουν



παγιδεύσει πολλούς εργαζόμενους σε σταθερούς μισθούς με υποχρεώσεις που θα είναι δύσκολο και δυσβάσταχτο να ικανοποιηθούν υπό τις νέες συνθήκες τα επόμενα χρόνια. Δεδομένου ότι τόσο τα νοσοκομεία ( $MT = 2,12$ ) όσο και τα κέντρα υγείας ( $MT = 2,38$ ) έχουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες, μπορεί να συναχθεί από τη συσχέτιση μεταξύ μισθών και ηλικίας ότι οι νεότεροι δεν είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι με τους μισθούς τους από ό,τι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία. Αυτό είναι δυνατόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι έχουν «συνηθίσει» υψηλότερους μισθούς από τους νεότερους, γεγονός που ενδέχεται να οδηγήσει σε μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. Έτσι, σύμφωνα με τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι ο παράγοντας μισθός επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων στην έρευνα αναφορικά με τις ευκαιρίες προαγωγής στο χώρο εργασίας και σχετικά με τα κίνητρά τους στο εργασιακό περιβάλλον. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία ( $MT = 2,45$ ) και στα κέντρα υγείας ( $MT = 2,84$ ) θεωρούν ότι δεν έχουν όλοι τις ίδιες προοπτικές προαγωγής και ότι δεν υπάρχουν επαρκή κίνητρα προαγωγής που να τους βοηθούν να εντείνουν τις προσπάθειές τους. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Rajkumar (2013), οι ευκαιρίες προαγωγής στο χώρο της εργασίας, αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της συνολικής ικανοποίησης που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι. Μέσω συσχετίσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά, διαπιστώθηκε ότι οι νεότεροι εργαζόμενοι είναι λιγότερο δυσαρεστημένοι από τους παράγοντες προαγωγής, καθώς είναι πιο πρόθυμοι να προαχθούν στο μέλλον. Η αμέσως μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα δήλωσε ότι δεν είναι ικανοποιημένη από αυτή την άποψη. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της μελέτης αυτού του παράγοντα είναι ότι οι νεότερες ηλικιακές ομάδες είναι δυσαρεστημένες με όσους έχουν μεταπτυχιακό και διδακτορικό τίτλο σπουδών, ενδεχομένως επειδή είχαν τα προνόμια για προαγωγή και πιθανόν να μην την έχουν λάβει ακόμη.

Αντίθετα, η ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Νοσοκομείο -  $MT = 4,66$ , Κέντρο Υγείας -  $MT = 4,52$ ) από τη σχέση τους με τους προϊσταμένους και την εποπτεία υποδηλώνει υψηλό βαθμό ενσυναίσθησης και κρίσης. Ωστόσο, όταν ρωτήθηκαν αν οι άμεσοι προϊστάμενοί τους ενδιαφέρονται για τα συναισθήματα και τις ανάγκες των υφισταμένων τους, οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας φάνηκε να διαφωνούν.

Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις πρόσθετες παροχές και τις ειδικές ανταμοιβές συνάδουν με τις απόψεις τους σχετικά με τους μισθούς. Έτσι, για τις πρόσθετες



παροχές (Νοσοκομεία -  $MT=2,67$ , Κέντρα Υγείας -  $MT=3,31$ ) απάντησαν από μη ικανοποιητικά έως αμφίσημα, ενώ για τις ειδικές ανταμοιβές (οι οποίες μάλιστα δεν σχετίζονται μόνο άμεσα με τον μισθό αλλά αποτελούν και αναγνώριση της καλής απόδοσης) έδωσαν ένα ευρύ φάσμα αξιολογήσεων (νοσοκομεία -  $MT=2,91$ , κέντρα υγείας -  $MT=3,30$ ).

Χαμηλός παρουσιάζεται και ο βαθμός ικανοποίησης των επαγγελματιών από τη λειτουργία των οργανισμών υγείας, αφού φαίνεται ότι δεν διαθέτουν τις ευέλικτες και σύγχρονες διαδικασίες για τη διευκόλυνση της εργασίας τους, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο φόρτο εργασίας και γραφειοκρατικές διαδικασίες. Το πρόβλημα παρουσιάζεται μεγαλύτερο στα Νοσοκομεία- $MT=2,82$  σε σύγκριση με τα Κέντρα Υγείας- $MT=3,72$ , γεγονός φυσιολογικό αφού τα Νοσοκομεία είναι πολύ μεγαλύτεροι οργανισμοί, έχουν περισσότερες και πολυπλοκότερες διαδικασίες, ενώ δέχονται πολύ περισσότερα και δυσκολότερα περιστατικά σε σχέση με αυτά των Κέντρων Υγείας.

Η ικανοποίηση σε σχέση με τη διάσταση της συναδελφικότητας, αξιολογήθηκε ικανοποιητικότερα στα Νοσοκομεία- $MT=4,25$  σε σχέση με τα Κέντρα Υγείας- $MT=3,65$ , φαίνεται ότι οι δύσκολες και απαιτητικές συνθήκες εργασίας, δημιουργούν περισσότερο σφιχτούς δεσμούς μεταξύ των εργαζομένων.

Η φύση της εργασίας αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα παρακίνησης σύμφωνα με τη θεωρία των δύο παραγόντων που ανέπτυξε ο Herzberg.<sup>512</sup> Με τις μέσες τιμές στα νοσοκομεία ( $MT = 4,34$ ) και στα κέντρα υγείας ( $MT = 4,55$ ) να κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα, φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι βιώνουν μεγάλη προσωπική ικανοποίηση και υπερηφάνεια λόγω αυτού του παράγοντα. Αυτό επίσης είναι δυνατόν να εξηγηθεί από το γεγονός ότι γενικότερα οι υπάλληλοι του δημόσιου τομέα παρακινούνται ιδιαίτερα από αλτρουιστικά κίνητρα, τη δέσμευση για το δημόσιο καλό, το ενδιαφέρον για τους άλλους και τις κοινωνικοψυχολογικές δυνάμεις.

Η ανάλυση παραγόντων παρουσίασε, ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες παρακίνησης για τους επαγγελματίες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στα δημόσια νοσοκομεία ήταν οι παροχές και ο μισθός, η υποστηρικτική στάση της εποπτείας και της διοίκησης, η ανάπτυξη καλής επικοινωνίας, η φύση της εργασίας (π.χ. ευθύνη και αυτονομία όσον αφορά την εργασία, σεβασμός για την εργασία, σημασία στο νοσοκομείο όπου εργάζονται, ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών εργασίας κ.λπ.) και η υποστηρικτικότητα των συναδέλφων. Τα



αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι διαφορετικές θεωρίες παρακίνησης μπορούν να προβλέψουν την παρακίνηση των εργαζομένων. Για παράδειγμα, ο σεβασμός για την εργασία, η προσπάθεια και η αντιλαμβανόμενη σημασία, αποτελούν παραμέτρους του μοντέλου ιεραρχικών αναγκών του Maslow και της θεωρίας δύο παραγόντων του Hersberg.

Ζητήσαμε από τους επαγγελματίες υγείας να ιεραρχήσουν τους παράγοντες που τους παρακινούν περισσότερο σε μια κλίμακα από 1 έως 10 (βλέπε Πίνακα 4.46.). Οι αμοιβές τόσο στα Νοσοκομεία όσο και στα Κέντρα Υγείας αξιολογήθηκαν ως το πρώτο κίνητρο παρακίνησης, ακολούθησαν σε υψηλά επίπεδα η επιμόρφωση μέσω σεμιναρίων και εκπαίδευσης σε νέα συστήματα-τεχνολογίες και οι ευκαιρίες για νέες γνώσεις-δεξιότητες, αλλά και η μονιμότητα και η ασφάλεια στην εργασία. Μεταξύ των κατηγοριών των επαγγελματιών υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό προσωπικό), αποδόθηκε διαφορετική βαρύτητα σε κάθε κατηγορία κινήτρου, γεγονός που συνεπάγεται ότι πρέπει για κάθε κατηγορία προσωπικού να σχεδιάζονται διαφορετικοί παρακινητικοί παράγοντες.

Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι το άγχος, οι συχνές απουσίες και τα επαγγελματικά ταξίδια συνδέονται με χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών. Η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών σχετίζεται με τις συχνές αλλαγές στα πρότυπα στελέχωσης των νοσοκομείων και την έλλειψη νοσηλευτών λόγω της αυξανόμενης ζήτησης για νοσηλευτές, αλλά όχι της προσφοράς για την κάλυψη αυτής της ζήτησης.<sup>512</sup> Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης ξοδεύουν τεράστιο χρόνο και χρήματα για την πρόσληψη νοσηλευτών για να εργαστούν στο νομό Αττικής, αλλά μόλις προσληφθούν, πραγματοποιείται μεταφορά ή απόσπαση νοσηλευτών σε άλλα νοσοκομεία ή οργανισμούς, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διατήρησή ικανοποιητικού αριθμού επαγγελματιών. Είναι πολύ σημαντικό οι νοσηλευτές να παραμείνουν στον οργανισμό, καθώς παρέχουν ζωτικής σημασίας υπηρεσίες και υποστήριξη σε ολόκληρο τον οργανισμό υγείας. Είναι απαραίτητο επίσης να δοθούν κίνητρα στους νοσηλευτές να συνεισφέρουν στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται και πρέπει να βρεθούν ασφαλιστικές δικλίδες για τη διατήρησή τους.<sup>512</sup> Η προσέλκυση και η διατήρηση των νοσηλευτών στα νοσοκομεία παραμένει ένα σημαντικό ζήτημα, δεδομένου ότι τα νοσοκομεία συνιστούν βασικό πυλώνα ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας, αφού οι νοσηλευτές αντικειμενικά αποτελούν την πλειοψηφία του επαγγελματικού προσωπικού υγείας και παρέχουν κρίσιμη φροντίδα στο νοσοκομείο. Ξεχωριστό ενδιαφέρον εμφανίζουν τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην ικανοποίηση. Ειδικότερα,



διαπιστώθηκε ότι το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση από το προσωπικό των νοσοκομείων, καθώς οι άνδρες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις ευκαιρίες προαγωγής και εξέλιξης σε σχέση με τις γυναίκες. Περαιτέρω, η προϋπηρεσία επηρέασε την ικανοποίηση του προσωπικού των νοσοκομείων, καθώς όσοι είχαν λιγότερο από 10 χρόνια υπηρεσίας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από το μισθό, τις ευκαιρίες προαγωγής, τα οφέλη και την επικοινωνία, ενώ τα γενικά επίπεδα ικανοποίησης ήταν υψηλότερα από εκείνους που είχαν περισσότερα από 10 χρόνια υπηρεσίας.

Εν κατακλείδι, στην παρούσα έρευνα τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα έδειξαν πως η πλειονότητα του δείγματος ήταν αμφίθυμοι/-ες στα Νοσοκομεία (MT = 3,33) και στα Κέντρα Υγείας (MT = 3,54), με την εργασιακή ικανοποίησή τους να παρουσιάζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας μέτρια. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει οι διαστάσεις που προκαλούν δυσαρέσκεια να εξαλειφθούν, ενώ αυτοί που προκαλούν ικανοποίηση να συνεχίσουν να ενισχύονται.

## **9.2. Συμπεράσματα της έρευνας ως προς τους ασθενείς στα Νοσοκομεία και τους επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας**

### **9.2.1. Συμπεράσματα της έρευνας ως προς τους ασθενείς στα Νοσοκομεία**

Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου των Αλετράς και συν (2009) στην παρούσα έρευνα, είχε αποτέλεσμα να μας δείξει ότι οι ασθενείς, παρουσιάζονται ικανοποιημένοι γενικά από την αναμονή-άφιξη-εισαγωγή τους, ωστόσο παρουσιάζονται προβλήματα προγραμματισμού και οργάνωσης που συνδέονται με το χρόνο αναμονής για εισαγωγή, την αναμονή στα επείγοντα και την εύρεση θαλάμου. Παρότι η σηματοδότηση χαρακτηρίζεται ικανοποιητική, σε ορισμένες περιπτώσεις σημειώθηκαν δυσκολίες πρόσβασης. Ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα, οι ασθενείς εξέφρασαν ικανοποίηση για την ευγένεια, τη διακριτικότητα και το σεβασμό προς το πρόσωπο τους, τυχόν παράπονα συγκεντρώνονται σε σχέση με την καθυστέρηση ανταπόκρισης, την απροθυμία απαντήσεων σχετικά με τις ακολουθούμενες διαδικασίες ή τη συζήτηση σε σχέση με τις ανησυχίες και τους φόβους του ασθενούς, ωστόσο από τους ασθενείς αναγνωρίζεται ότι υπάρχει έλλειψη προσωπικού. Ως προς την ιατρική φροντίδα, εκφράστηκε υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα, τα όποια παράπονα συγκεντρώνονται γύρω από τη διαθεσιμότητα των ιατρών και την επάρκεια τους. Περαιτέρω, ικανοποίηση εκφράστηκε από τη συμπεριφορά του υπόλοιπου προσωπικού (π.χ. υποδοχής, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, τραυματιοφορείς, διοικητικοί υπάλληλοι), όμως αρκετά ήταν τα παράπονα συμπεριφοράς ή αδιαφορίας, ενώ



εκφράστηκαν και παράπονα ελλιπούς φύλαξης και κλοπών από τους ασθενείς και τους συνοδούς τους. Αν και έχουν γίνει λίγες έρευνες στον τομέα αυτό, η σημασία της συμπεριφοράς του προσωπικού και της επικοινωνίας των ασθενών με το διοικητικό προσωπικό έχει αναγνωριστεί ως καθοριστικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών. Το φαγητό αποτελεί πάντοτε ένα θέμα διαφορούμενο, παράπονα εκφράστηκαν ως προς την ποιότητα του (περίπου 30% των ασθενών), λιγότερα για τη θερμοκρασία (περίπου 6% των ασθενών), ωστόσο σημειώνεται ότι η διαδικασία του σερβιρίσματος πραγματοποιείται χωρίς καθυστέρηση και σε καθορισμένες ώρες. Ως προς την καθαριότητα και την ηρεμία στο θάλαμο εκφράστηκε γενική ικανοποίηση, περίπου ποσοστό 19% δήλωσε δυσαρέσκεια, ενώ πρόβλημα με την θερμοκρασία δήλωσε περίπου ποσοστό 13%. Η δυσαρέσκεια αυτή εκφράστηκε από ασθενείς που νοσηλεύονταν σε θαλάμους με πολλά κρεβάτια, υπήρχε συνωστισμός και φασαρία. Μεγάλη δυσαρέσκεια εκφράστηκε για τη συχνότητα αλλαγής κλινοσκεπασμάτων και της κατάστασης τους, ενώ ελλείψεις αναφέρθηκαν στον εφοδιασμό υλικών στους χώρους υγιεινής. Ως προς την καθαριότητα δηλώθηκε γενικά ικανοποίηση (περίπου 78%), φαίνεται όμως ότι η παλαιότητα των εγκαταστάσεων και οι ελλείψεις απεντομώσεις δημιουργούν προβλήματα. Περίπου 21% δήλωσε δυσαρέσκεια ως προς την τήρηση των προγραμματισμένων διαδικασιών και την ταχύτητα εξυπηρέτησης. Τα παραπάνω ευρήματα επαληθεύουν τη διαπίστωση ότι τόσο το τεχνικό, όσο και το νοσοκομειακό περιβάλλον, διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών.<sup>513</sup>

Συνολικά, τα νοσοκομεία που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκαν με ποσοστό ανταπόκρισης άνω του 70%, που κρίνεται ικανοποιητικό υπό τις υγειονομικές συνθήκες που επικρατούσαν. Το αποτέλεσμα, προσδιορίζεται σαφέστατα από την διαπροσωπική φροντίδα και τις προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας και λιγότερο από το τεχνικό και νοσηλευτικό περιβάλλον που χρήζει βελτίωσης.

### **9.2.2. Συμπεράσματα της έρευνας ως προς τους επισκέπτες στα Κέντρα Υγείας**

Τις τελευταίες δεκαετίες, τα συστήματα υγείας σε πολλές χώρες έχουν γίνει περισσότερο ανθρωποκεντρικά και έχουν επικεντρωθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που αποτελεί την ουσιαστικότερη «ραχοκοκαλιά» για την προαγωγή της υγείας και την ιατρική πρόοδο της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, παρ' όλες τις προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η βιβλιογραφία από όλο τον κόσμο δείχνει ότι τα



συστήματα υγείας στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες χαρακτηρίζονται επίσης από χαμηλή ποιότητα φροντίδας και συγχρόνως χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών.

Στην έρευνα μας, οι επισκέπτες-χρήστες των υπηρεσιών γενικά ανέφεραν θετικές απόψεις, ως προς την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και αρκετοί τομείς παρουσίασαν βελτίωση σε σχέση με το παρελθόν. Βέβαια, εντοπίστηκαν και αρκετά κενά ιδίως όσον αφορά το κλείσιμο του ραντεβού, την ταχύτητα εξυπηρέτησης, τη σήμανση, την επάρκεια των καθισμάτων κατά την αναμονή, τους χρόνους αναμονής και τους χρόνους τήρησης των προγραμματισμένων ραντεβού, τους χρόνους της διάρκειας εξέτασης, την πρόσβαση του ιατρού στο ιστορικό του ασθενούς, την παροχή προληπτικών υπηρεσιών και τη συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Συνολικά, τα κέντρα υγείας που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκαν με ποσοστά ανταπόκρισης από 65,10% έως 71,90% και μέσο όρο 67,50%, που σημαίνει ότι πρέπει να αναληφθούν σημαντικές προσπάθειες ενίσχυσης του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στις ερωτήσεις αν οι ασθενείς θα ξαναερχόντουσαν στα κέντρα υγείας για το ραντεβού τους ή θα το πρότειναν σε φίλους και γνωστούς, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αποκρίθηκε θετικά και στις δυο ερωτήσεις.

### **9.3. Συζήτηση ως προς τα αποτελέσματα**

Σημειώνεται ότι ο τομέας της υγείας σε όλο τον κόσμο βρίσκεται σε μια διαδικασία επανακαθορισμού, συνεχών αλλαγών και προκλήσεων. Ειδικότερα, σε χώρες όπως η Ελλάδα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναγκάστηκε τα τελευταία έτη να ενσωματώσει πολλές και ραγδαίες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές (γήρανση πληθυσμού, εισροή μεταναστών, συρρίκνωση εισοδημάτων κ.ά.), γεγονότα που αναμένεται ότι θα επιβαρύνουν σημαντικά την ποιότητα του συστήματος υγείας τα επόμενα χρόνια. Γίνεται λοιπόν κατανοητή η αναγκαιότητα του ορισμού της ποιότητας στην υγεία, ως έναν από τους δείκτες επιβίωσης του συστήματος. Με τη δημογραφική αλλαγή, οι απαιτήσεις που τίθενται στους ασθενείς κατά τη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών σε μια γηράσκουσα κοινωνία αυξάνονται και γίνονται περισσότερο πολύπλοκες. Ως αποτέλεσμα, απαιτείται μεγαλύτερη εξειδίκευση του προσωπικού υγείας, καθώς οι κυβερνήσεις προσπαθούν να μειώσουν το κόστος και να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η πανδημία Covid-19 έφερε πολλές προκλήσεις σε όλο τον κόσμο που σχετίζονται με την αβεβαιότητα, το άγχος, το φόβο και τον κίνδυνο επαφής και μόλυνσης των ασθενών, γεγονός που έφερε το προσωπικό υγείας σε





δύσκολη θέση, αυξάνοντας τα αρνητικά συναισθήματα και μειώνοντας την ικανοποίηση από την εργασία. Για τις περιπτώσεις Covid-19 υπάρχει ανάγκη επαναπροσδιορισμού της υποστήριξης του προσωπικού υγείας, αναγνωρίζοντας τη συμβολή της εργασίας τους και εξασφαλίζοντας την ασφάλεια και την συνεχόμενη εκπαίδευση του.

Η υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον είναι σημαντική και συμβάλλει στην ανάπτυξη του προσωπικού καθώς και στη μεταφορά γνώσεων και πληροφοριών από τα ανώτερα επίπεδα στα κατώτερα. Η ανεπαρκής υποστήριξη και η έλλειψη επαίνων μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση του προσωπικού, όπως και η ανεπαρκής αναγνώριση του έργου των επαγγελματιών υγείας και η ανεπαρκής ανατροφοδότηση και καθοδήγηση. Δεδομένου ότι η επιστημονική μονάδα είναι μεγάλη στην Ελλάδα, φαίνεται ότι είναι δυνατή η ανάπτυξη ομαδικής εργασίας μέσω συνεργασιών εντός και μεταξύ οργανισμών υγείας στην Ελλάδα, καθώς και με νοσοκομεία του εξωτερικού. Μέσω της εφαρμογής ομαδικής εργασίας, πέρα από τη συμμετοχή των μελών της ομάδας, επιτυγχάνεται και αυξημένο αίσθημα ψυχολογικής ασφάλειας. Η ομαδική εργασία και η συλλογικότητα αυξάνουν την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων και μειώνουν την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης και παραίτησης. Η ομαδική εργασία και η συλλογικότητα αυξάνουν την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων και ταυτόχρονα μειώνουν την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) και παραίτησης.

Ως αναφορά τα χαρακτηριστικά των θέσεων εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στις θέσεις και τις αρμοδιότητες, αυτά πρέπει να εξετάζονται κατά περίπτωση και σε ένα συναινετικό κλίμα, σε συνεπή και τακτική βάση, γεγονός που θα επικαιροποιήσει την ψυχολογία των εργαζομένων και θα δημιουργήσει εργαζόμενους με εξειδίκευση σε διαφορετικούς και ποικίλους τομείς. Η ανάθεση αντικειμένων εργασίας με βάση τις ανάγκες του οργανισμού και σύμφωνα με τα τυπικά προσόντα του εργαζομένου (πτυχίο, μεταπτυχιακό, άλλες γνώσεις) θα μειώσει το άγχος και το στρες για την ορθή εκτέλεση της εργασίας. Τέλος, η ανάθεση ευθυνών και η δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών από τους εργαζόμενους θα ικανοποιήσει την ανάγκη τους για επίτευξη και θα αυξήσει το κύρος τους και την κοινωνική τους αναγνώριση από τους άλλους. Στην Ελλάδα, χρειάζονται κανονισμοί που θα διέπουν τις αναλογίες προσωπικού και θα δημιουργούν καλές συνθήκες εργασίας, ώστε οι νοσηλευτές να μην αισθάνονται δυσαρεστημένοι ή επαγγελματικά εξαντλημένοι, ώστε να καταλήγουν να αναθεωρούν την επαγγελματική τους ιδιότητα ή να μετακινούνται σε θέσεις διδασκαλίας ή διοίκησης αντί για κλινικές θέσεις. Η φροντίδα των ασθενών



επωφελείται από ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας για το προσωπικό της υγείας. Επίσης, η ποιότητα της περίθαλψης συνδέεται άμεσα με τον επαρκή στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού, την τήρηση στατιστικών στοιχείων σε όλα τα νοσοκομεία και την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος. Πρόσφατες μελέτες και η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζουν την ανάπτυξη τριών στρατηγικών για την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού, οι στρατηγικές αυτές εμπεριέχουν τη συστηματική εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την ενημέρωση και την εναλλαγή του νοσηλευτικού προσωπικού και την ενεργό υποστήριξη της νοσηλευτικής ηγεσίας/διοίκησης. Η ταυτόχρονη ανάπτυξη των παραπάνω τριών στρατηγικών ενδέχεται να αποτρέψει τα ατομικά και οργανωσιακά προβλήματα που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση.

Το μέλλον των δημόσιων νοσοκομείων εξαρτάται από τις αποφάσεις των Διοικήσεων τους. Οι διοικητές και διευθυντές των νοσοκομείων είναι αυτοί που αποφασίζουν, εφαρμόζουν και έχουν την ευθύνη της υλοποίησης. Συνεπώς, δεν μπορεί να αποτελεί τεκμήριο για τυχόν αποτυχίες μόνο ή μόνιμα η μη αποτελεσματικότητα του προσωπικού, και όχι οι διευθυντές ή ο διοικητής του νοσοκομείου. Ο διορισμός διοικητών που δεν έχουν σχέση με τον τομέα της υγείας και η συνεχής αλλαγή και μετακίνηση διοικητών ή διευθυντών από νοσοκομείο σε νοσοκομείο έχει οδηγήσει στην έλλειψη μιας ενιαίας στρατηγικής για τη διασφάλιση της ευημερίας του προσωπικού και των ασθενών, με αρνητικές συνέπειες. Τα διευθυντικά στελέχη θεωρείται ότι είναι περισσότερο αποδεκτά από τους υφισταμένους τους, εάν διορίζονται με βάση την αξία τους και καταλαμβάνουν θέσεις ευθύνης ή προάγονται από το εσωτερικό του οργανισμού. Η επικοινωνία και η συνεργασία μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων εξακολουθούν να είναι ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς οι δύο αυτές πτυχές αποτελούν βασικούς παράγοντες για την ικανοποίηση των εργαζομένων. Καθώς οι εργαζόμενοι βρίσκονται σε άμεση επαφή με την εργασία τους, είναι ευκολότερο να εντοπίζονται οι αναγκαίες αλλαγές και βελτιώσεις. Οι μηνιαίες συνεδριάσεις των τμημάτων και οι έρευνες ικανοποίησης των εργαζομένων είναι χρήσιμες για τη συμμετοχή των εργαζομένων στην ανταλλαγή ιδεών, τη διατύπωση προτάσεων και τη λήψη αποφάσεων.

Αυτοί που αναλαμβάνουν θέσεις ευθύνης σε έναν οργανισμό, επιβάλλεται να βρίσκονται σε θέση να εκτιμούν τα ατομικά χαρακτηριστικά, την προσωπικότητα και τα δυνατά σημεία του καθενός από τους υφισταμένους τους, προκειμένου να τους τοποθετήσουν στη σωστή θέση ή να τους πείσουν να κάνουν τη σωστή εργασία. Ως εκ τούτου, οι προϊστάμενοι και οι διευθυντές ενδείκνυται να εκπαιδεύονται όχι μόνο για τη δική τους εργασία, αλλά και στη



διαχείριση, την ψυχολογία και την εκπαίδευση των υφισταμένων τους. Είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό οι εργαζόμενοι σε θέσεις ευθύνης να εκπαιδεύονται, ώστε να αξιολογούν τους υφισταμένους τους με ακρίβεια και δικαιοσύνη, προκειμένου να αποφεύγονται οι συγκρούσεις και οι αδικίες στον εργασιακό χώρο.

Η έρευνά μας έδειξε ότι πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και, ως εκ τούτου, διαθέτουν πολύ καλή βάση για περαιτέρω ανάπτυξη. Η πολιτική κάθε οργανισμού, ενδείκνυται να περιλαμβάνει την ενθάρρυνση του προσωπικού να παρακολουθεί σεμινάρια και προγράμματα κατάρτισης που σχετίζονται με τον τομέα του, την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές τεχνικές, έτσι ώστε οι ίδιοι να αισθάνονται μορφωμένοι και εμπλουτισμένοι ως προς τις δεξιότητές τους και ο οργανισμός να επωφελείται. Η πρακτική της ενδυνάμωσης των επαγγελματιών υγείας και της ενίσχυσης της δια βίου μάθησης συνάδει με τα ευρήματα των Watkins et al (2009) σχετικά με τις παραμέτρους ενός οργανισμού μάθησης στην υγειονομική περίθαλψη και την εφαρμογή μέτρων σε οργανωτικό επίπεδο για τη μετατροπή των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης σε οργανισμούς μάθησης με επιδίωξη τη βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Η πανδημία Covid-19, επιτάχυνε την ανάγκη για μετασχηματισμό των οργανισμών, κυρίως του συστήματος υγείας, χρησιμοποιώντας εκτεταμένη ψηφιοποίηση, ως απάντηση στην απρόσμενη αυτή αλλαγή. Ωστόσο, σημαντικά εμπόδια συναντώνται και για την αντιμετώπιση τους επιβάλλεται η υλοποίηση των απαραίτητων αλλαγών ώστε να υλοποιηθεί το ψηφιακό αυτό άλμα. Στη σημερινή εποχή της τεχνητής νοημοσύνης, ο ψηφιακός μετασχηματισμός έχει τεράστιο αντίκτυπο σε όλες τις κοινωνίες, τα συστήματα υγείας πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι τόσο ο ψηφιακός μετασχηματισμός όσο και η τεχνητή νοημοσύνη πρέπει να πάνε χέρι-χέρι για να βοηθήσουν στην επίτευξη ενός αξιόπιστου ψηφιακού μετασχηματισμού.

#### **9.4. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και περιορισμοί**

Η συγκεκριμένη έρευνα, έδωσε την ευκαιρία να εκφραστούν και να καταγραφούν οι αντιδράσεις των πολιτών για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας της Αττικής, αν δηλαδή ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των πολιτών. Στο μέλλον, η επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και τα αποτελέσματα ερευνών για άλλα συναφή θέματα, όπως η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης,



η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, η ποιότητα ζωής, τα ιατρικά σφάλματα και η ικανοποίηση των ασθενών θα μπορούσαν να συνδυαστούν σε μια ενιαία έρευνα. Τέτοιες έρευνες απαιτείται να διεξάγονται υπό την αιγίδα και τη συνεργασία μεταξύ των ιατρικών σχολών και των υγειονομικών αρχών, καθώς μόνο τέτοιες συνεργασίες εξασφαλίζουν τη μεγαλύτερη δυνατή εμπιστοσύνη εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών.

Η χρήση των συνεντεύξεων ως εργαλείο μέτρησης μπορεί να προσφέρει σημαντικά αποτελέσματα, καθώς όχι μόνο επιτρέπει μια βαθύτερη ανάλυση των λόγων που συμβάλλουν ή δεν συμβάλλουν στην ικανοποίηση των εργαζομένων, αλλά δίνει επίσης τη δυνατότητα πρόβλεψης των λόγων ικανοποίησης των εργαζομένων, ενώ επιτρέπει στους συμμετέχοντες να προσφέρουν τις δικές τους λύσεις στα προβλήματα που αναφέρουν.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι ιδιαίτερα σημαντικά, ωστόσο καθώς προέκυψαν από τη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της Αττικής, δεν μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό, δηλαδή στους εργαζόμενους ή στους ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα. Ως εκ τούτου, μελλοντικές μελέτες μπορούν να εξετάσουν την εργασιακή ικανοποίηση, τα κίνητρα και την ικανοποίηση των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας σε άλλες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για να προσδιοριστεί η ποιότητα ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, είναι απαραίτητο να εξεταστεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα προσαρμοστικό μέτρο αντίληψης και χρησιμοποιείται συχνά ως κριτήριο απόδοσης. Σε γενικές γραμμές, ο προσδιορισμός των συνιστωσών της ποιότητας των υπηρεσιών αποτελεί ιδιαίτερα δύσκολο έργο λόγω της έλλειψης φυσικής υπόστασης της υπηρεσίας και της πολυπαραγοντικής φύσης της. Η συμμετοχή των εργαζομένων είναι απαραίτητη για τη διαχείριση και τον μετασχηματισμό ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης και οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι ικανοποιημένοι και να έχουν κίνητρα για να κάνουν τη δουλειά τους.

Ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους πιο στρεσογόνους χώρους εργασίας, συμβάλλοντας όχι μόνο στο χρόνιο στρες αλλά και σε σύνδρομα κόπωσης. Οι συνθήκες αυτές είναι αλληλένδετες και συμβάλλουν στη χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Τα τελευταία χρόνια, η εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων και η αποτελεσματική παρακίνηση έχουν καταστεί υψηλές προτεραιότητες για τους οργανισμούς που επιδιώκουν να βελτιώσουν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν, ιδίως με περιορισμένους οικονομικούς πόρους. Η παρακίνηση χαρακτηρίζεται από εσωτερικές και εξωτερικές δυνάμεις που ωθούν τους ανθρώπους σε ορισμένες συμπεριφορές σε σχέση με την εργασία τους και καθορίζουν τη μορφή, την κατεύθυνση, την ένταση και τη διάρκειά τους. Από την άλλη πλευρά, η ικανοποίηση από την εργασία είναι η συναισθηματική ανταπόκριση ενός ατόμου στην εργασία του και στις διάφορες πτυχές της. Η επιτυχία της διοίκησης έγκειται στην ικανότητα της να δημιουργεί τις κατάλληλες καταστάσεις που οδηγούν στην εργασιακή ικανοποίηση, παρακινούν τους εργαζόμενους και αυξάνουν την απόδοση.

Η παρούσα μελέτη διερευνά την επίδραση της ικανοποίησης των εργαζομένων στην ικανοποίηση των ασθενών στον τομέα της υγείας. Στόχος της είναι επίσης να αξιολογήσει τις παραμέτρους που έχουν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στην εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες. Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν το σημαντικό ρόλο της επικοινωνίας και της ενσυναίσθησης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι θεμελιώδεις για την επιτυχή άσκηση της ιατρικής και μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών, τη συμμόρφωση και τα αποτελέσματα. Η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η σημασία και ο ρόλος της ενσυναίσθησης εκτιμάται επίσης ιδιαίτερα ως παράγοντας βελτίωσης της θεραπευτικής σχέσης, της ικανοποίησης των ασθενών και της συμμόρφωσης στις οδηγίες. Ο προσδιορισμός αυτών των σχέσεων και των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της εργασίας και των υπηρεσιών αποτελεί τη βάση για τη διαχείριση των βασικών παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση τόσο των εργαζομένων στον τομέα της υγείας όσο και των ασθενών.

**Λέξεις Κλειδιά:** επαγγελματική ικανοποίηση, παρακίνηση, δημόσιος τομέας, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, βελτίωση ποιότητας, ικανοποίηση του ασθενή, επικοινωνία, ενσυναίσθηση



## ABSTRACT

To determine the quality of a health care system, the extent of patient satisfaction must be examined. Patient satisfaction is an adaptive measure of perception, usually used as a performance criterion. Generally, determining the components of service quality is a particularly difficult task because of the lack of physical substance of services and of their multifactorial nature. The involvement of the employees is essential in order to to manage or change a healthcare providing organization and moreover, they must be satisfied and motivated in performing their work.

The healthcare sector is one of the most stressful workplaces, contributing not only to chronic stress, but also to fatigue syndromes. These conditions are interrelated and contribute to low levels of job satisfaction among healthcare workers. In recent years, job satisfaction and effective motivation of employees have become a high priority for organizations wishing to improve the quality and productivity of services provided, especially in the context of limited financial resources. Motivation is characterized by intrinsic and extrinsic forces that drive a person to behave in a certain way in relation to their work and determine its form, direction, intensity and duration. On the other hand, job satisfaction is an individual's emotional response to work and its various aspects. Successful management lies on the ability to create the appropriate circumstances leading to job satisfaction, to motivate employees and to improve their performance.

This study investigates the impact of employee satisfaction on patients' satisfaction in the health care sector. In addition, it aims to assess the parameters that have the greatest impact on health care workers' job satisfaction and patients' satisfaction with the services. Many studies confirm the important role of communication and empathy in the physician-patient relationship. Communication skills are fundamental to successful medical practice and can have a significant impact on patients' satisfaction, compliance and outcomes. Physician-patient communication is a determining factor of the level of quality of healthcare services. Moreover, the importance and role of empathy as a factor in improving the therapeutic relationship, patients' satisfaction, and the compliance with the instructions is also highly emphasized. Identifying these relationships and the factors that influence the quality of work and services will provide the basis for managing the key factors that influence the satisfaction of both healthcare professionals and patients.

**Key Words:** job satisfaction, motivation, public sector, quality of health services, quality improvement, patient satisfaction, communication, empathy





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hoppock R., "Job Satisfaction", Harper and Brothers, New York, 1935; p: 47
2. Koustelios A., "Personal characteristics and job satisfaction of Greek teachers", *International Journal of Educational Management*, 2001; 15(7), pp:354–358. doi.org/10.1108/EUM0000000005931
3. Λαμπράκη Μ., Βλασιάδης Κ., Πατεράκης Γ., Φιλαλήθης Α., «Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2016; 33(4):472-8.
4. Čulibrk J, Delić M, Mitrović S, Čulibrk D., Job Satisfaction, Organizational Commitment and Job Involvement: The Mediating Role of Job Involvement. *Front Psychol*. 2018 Feb 16;9:132. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00132.
5. Linn LS, Brook RH, Clark VA, Davies AR, Fink A, Kosecoff J. Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Med Care*. 1985 Oct;23(10):1171-8. doi: 10.1097/00005650-198510000-00006.
6. Nadinloyi K.B., Sadeghi H. & Hajloo N., Relationship between job satisfaction and employees mental health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84: 293-297. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.554
7. Tsounis, Andreas & Sarafis, Pavlos., Η Έννοια της Επαγγελματικής Ικανοποίησης: Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Αποτελέσματα στην Εργασιακή Απόδοση. *Interscientific Health Care*. 2016; 8(2): 36-47.
8. Alpander GG. Relationship between commitment to hospital goals and job satisfaction: a case study of a nursing department. *Health Care Manage Rev*. 1990 Fall;15(4):51-62. doi: 10.1097/00004010-199001540-00007.
9. Meier, L. L., & Spector, P. E. Job satisfaction. *Wiley Encyclopedia of Management*. 2015; 1-3. https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom050093
10. Sarachek, B., *Elton Mayo's Social Psychology and Human Relations*, *Academy of Management Journal*. 1968; 11(2):189-197.
11. Πέλεχας, Ε., Αντωνιάδης, Α., Συγκριτικά μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2013; 30(3): 325-334.
12. Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Ρεκλείτη, Μ., Ζυγά, Σ., Κοτρώτσιου, Ε. και Γκούβα, Μ., Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας – νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2011; 29(1): 61 – 69.
13. Sharma, M. & Ghosh, A. "Perception of Organizational Climate and Job Satisfaction in Nursing Staff Personnel", *Indian Journal of Social Work*, 2006; 67(3): 263-74.
14. Aziri, B., Job satisfaction: a literature review, *Management Research and Practice*, 2011; 3 (4): 77-86.
15. Candan, H., A research towards determination of job satisfaction level of public employees: Karaman governorship sample, *Journal of Human Resource Management*. 2013; 1(2): 1-8.
16. Locke, E. A., The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. New York, NY: Hold, Reinhart & Winston. 1976; pp. 1297–1349
17. Wanous, J.P. and Lawler, E.E., Measurement and Meaning of Job Satisfaction, *Journal of Applied Psychology*. 1972; 56(2): 95-105. doi.org/10.1037/h0032664
18. Jiskani, S. N., K. R. Bhatti και A. Shoab., Measuring Job Satisfaction Level of Government Sector Employees: A case of Bureau of Statistics, Government of Sindh, Pakistan, *Journal of Management and Social Sciences*. 2011; 7 (1): 1-7.





19. Ma CC, Samuels ME, Alexander JW., Factors that influence nurses' job satisfaction. *J Nurs Adm.* 2003 May; 33(5):293-9. doi: 10.1097/00005110-200305000-00005.
20. Takeda F, Ibaraki N, Yokoyama E, Miyake T, Ohida T. The relationship of job type to burnout in social workers at social welfare offices. *J Occup Health.* 2005 Mar;47(2):119-25. doi: 10.1539/joh.47.119. PMID: 15824476.
21. Okpara, J.O., "Gender and the relationship between perceived fairness in pay, promotion, and job satisfaction in a sub-Saharan African economy", *Women in Management Review*, 2006; 21(3): 224-240. doi.org/10.1108/09649420610657407
22. House, R.J., Path-Goal Theory of Leadership: Lessons, Legacy, and a Reformulated Theory. *The Leadership Quarterly.* 1996; 7(3): 323-352. [http://dx.doi.org/10.1016/S1048-9843\(96\)90024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1048-9843(96)90024-7)
23. Shabbir, M., Wei, S., Nabi, G., Zaheer, A. N., & Khan, H. (2014). Job satisfaction status of public primary school teachers: a case of Pakistan administrative Kashmir. *European Journal of Educational Sciences*, 1(4), 56 – 71. doi: 10.19044/ejes.v1no4a6
24. Mueller, C. W., & Kim, S. W., The contented female worker: Still a paradox?. In K. A. Hegtvedt and J. Clay-Warner (Eds.), *Justice: Advances in group processes*. 2008; 25: pp.117-150. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited.
25. Gregson T. Factor analysis of multiple-choice format for job satisfaction. *Psychological Reports.* 1987; 61(5):747-750. <https://doi.org/10.2466/pr0.1990.66.3.787>
26. Chay HL, Bruvold NT., Creating value for employees: Investment in employee development. *International Journal of Human Resource Management.* 2003;14(6):981-1000
27. Graham, S., & Weiner, B., Theories and principles of motivation. In D. C. Berliner & R. C. Calfee (Eds.), *Handbook of educational psychology*. 1996; pp. 63–84. Macmillan Library Reference Usa; Prentice Hall International.
28. Becker B.E., Huselid M.A., "High performance work systems and firm performance: A synthesis of research and managerial implications. In G.R. Ferris (Ed.)", *Research in personnel and human resources management*. 1998; 16:53-101, Greenwich, CT: JAI Press.
29. Taylor, J., Job Satisfaction and Quality of Work Life: A reassessment. *Journal of Occupational Psychology.* 1977; 50, 243-252
30. Brannigan, A., & Zwerman, W., The real "Hawthorne effect", *Society-New Brunswick*, 2001; 38(2): 55-60. doi: 10.1007/s12115-001-1041-6
31. Mayo, E., (1945), *The social problems of an industrial civilization*, Harvard University Press, Division a Research Cambridge, Mass.
32. Wherry, R. J., Industrial morale (a symposium): IV. Factor analysis of morale data: Reliability and validity. *Personnel Psychology.* 1958; 11: 78–89.
33. Smith, P C ., Kendall, L.M., & Hulin, C.C. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement*. Chicago, IL: Rand McNally.
34. Hackman, J. R., & Oldham, G. R., Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior & Human Performance.* 1976; 16(2): 250–279. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
35. Staw, B. M., Bell, N. E., & Clausen, J. A., The dispositional approach to job attitudes: A lifetime longitudinal test. *Administrative Science Quarterly.* 1986; 31(1): 56–77. <https://doi.org/10.2307/2392766>
36. Warr, P. (1987), *Work, unemployment and mental health*, Oxford science publications, Oxford, UK: Oxford University Press.
37. Cranny, C.J., Smith, P.C. and Stone, E. (1992) *Job Satisfaction: How People Feel about Their Jobs*. Lexington Books, Lexington.



38. Agho, A.O., Mueller, C.W. and Price, J.L., Determinants of Employee Job Satisfaction: An Empirical Test of a Causal Model. *Human Relations*. 1993; 46: 1007-1027. doi.org/10.1177/001872679304600806
39. Spector, P., E., Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences, Thousand Oaks, CA.: Sage. 1997; 3: 23–54.
40. Christen, M., Iyer, G., Soberman, D., Job satisfaction, job performance, and effort: A reexamination using agency theory, *Journal Market*, 2006; 70(1): 137-150. doi.org/10.1509/jmkg.70.1.137.qxd
41. Stamm, B. H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue–Version 5 (ProQOL).[http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf)
42. Robbins, S. and Judge, T., *Organizational Behavior 15th Edition* New Jersey: Prentice Hall. 2011; pp.494,499
43. Panaccio, A., Vandenberghe, C., & Ben Ayed, A. K., The role of negative affectivity in the relationships between pay satisfaction, affective and continuance commitment and voluntary turnover: A moderated mediation model. *Human Relations*. 2014; 67(7), 821–848. doi.org/10.1177/0018726713516377
44. Bellou V., Organizational culture as a predictor of job satisfaction: The role of gender and age. *The Career Development International*. 2010; 15(1): 4–19. doi.org/10.1108/13620431011020862
45. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2016a). Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Επιμέλεια Τούντας Γ. Διαθέσιμο στο: [http://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia\\_singles\\_complete\\_ver02.pdf](http://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf) . Τελευταία ανάκτηση : 28/12/2016.
46. Antoniou, A.S.G., Davidson, M.J. and Cooper, C.L., Occupational Stress, Job Satisfaction and Health State in Male and Female Junior Hospital Doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology*. 2003; 18:592-621. doi.org/10.1108/02683940310494403
47. Kontodimopoulos N, Paleologou V, Niakas D., Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2009 Sep 15;9:164. doi: 10.1186/1472-6963-9-164.
48. Αλεξιάς Γ., Αναγνωστόπουλος Φ., & Πιλάτης Ι., Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. *The Greek Review of Social Research*. 2014; 131: 109–136. doi.org/10.12681/grsr.83
49. Iliopoulos E, Priporas CV., The effect of internal marketing on job satisfaction in health services: a pilot study in public hospitals in Northern Greece. *BMC Health Serv Res*. 2011 Oct 9;11:261. doi: 10.1186/1472-6963-11-261.
50. Zaim, S., Turkyilmaz, A., Acar, M.F., Al-Turky, U. and Demirel, O.F., ‘Maintenance strategy selection using AHP and ANP algorithms: a case study’, *Journal of Quality in Maintenance Engineering*. 2012; 18:16-29.
51. Moynihan, Donald & Pandey, Sanjay., Finding Workable Levers Over Work Motivation: Comparing Job Satisfaction, Job Involvement, and Organizational Commitment. *Administration & Society*. 2007; 39: 803-832. doi.org/10.1177/0095399707305546.
52. Altuntaş S. Factors affecting the job satisfaction levels and quit intentions of academic nurses. *Nurse Educ Today*. 2014 Apr;34(4):513-9. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.002.
53. Goldberg LR., An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol*. 1990 Dec;59(6):1216-29. doi: 10.1037//0022-3514.59.6.1216.
54. Porter, L. W., & Lawler, E. E., What Job Attitudes Tell about Motivation. *Harvard Business Review*. 1968; 46(1): 118-126.



55. Markovits, Y., Davis, A. J., & van Dick, R., Organizational commitment profiles and job satisfaction among Greek private and public sector employees. *International Journal of Cross Cultural Management*. 2007; 7(1): 77–99. <https://doi.org/10.1177/1470595807075180>
56. Markovits, Y., Davis, A. J., Fay, D., & van Dick, R., The link between job satisfaction and organizational commitment: differences between public and private sector employees. *International Public Management Journal*. 2010; 13(2): 177-196. <https://doi.org/10.1080/10967491003756682>
57. Thompson, E. R., & Phua, F. T. T., A Brief Index of Affective Job Satisfaction. *Group & Organization Management*. 2012; 37(3): 275–307. doi: 10.1177/1059601111434201
58. Saari, L. M., & Judge, T.A., Employee Attitudes and Job Satisfaction. *Human Resource Management*. 2004; 43(4): 395-407. <https://doi.org/10.1002/hrm.20032>
59. Eker, M., Anbar, A., & Dirbiyik, L., Job satisfaction of academicians in Turkey and the factors affecting. *The Journal of Industrial Relations and Human Resources*. 2007; 9(4):66-90. doi:10.4026/1303-2860.2007.0056.X
60. Tasios, T., & Giannouli, V., Job descriptive index (JDI): Reliability and validity study in Greece. *Archives of Assessment Psychology*. 2017; 7(1): 31-61.
61. Herzberg, F., Mausner, B. and Snyderman, B., *The Motivation to Work*. 2nd Edition, John Wiley & Sons Inc. New York. 1959; 20: 141-147.
62. Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., & Patton, G. K., The job satisfaction job performance relationship: a qualitative and quantitative review. *Psychol Bull*, 2001; 127, 376-407. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.3.376>
63. Purohit B, Bandyopadhyay T., Beyond job security and money: driving factors of motivation for government doctors in India. *Hum Resour Health*. 2014 Feb 21;12:12. doi: 10.1186/1478-4491-12-12.
64. Halkos, George & Bousinakis, Dimitrios., The effect of stress and satisfaction on productivity. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2010; 59(5):415-431. doi:10.1108/17410401011052869.
65. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2005 Feb; 62(2):105-12. doi: 10.1136/oem.2002.006734.
66. Top, M., & Gider, O., Interaction of organizational commitment and job satisfaction of nurses and medical secretaries in Turkey. *The International Journal of Human Resource Management*. 2013; 24: 667–683. doi:10.1080/09585192.2012.680600
67. Extremera, N., Mérida-López, S., Quintana-Orts, C., & Rey, L., On the association between job dissatisfaction and employee’s mental health problems: Does emotional regulation ability buffer the link? *Personality and Individual Differences*. 2020; 155, Article 109710. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109710>
68. Robbins, S. P., & Laughton, N. (2001). *Organizational behavior: Concepts, controversies and application* (2nd ed.). Toronto: Prentice Hall.
69. Ducharme, L. & J.K. Martin. “Unrewarding work, coworker support, and job satisfaction: A test of the ‘buffering’ hypothesis.” *Work and Occupations: An International Sociological Journal*. 2000; 27(2): 223-43.
70. Βακόλα, Μ. και Νικολάου, Ι., “Οργανωσιακή ψυχολογία και συμπεριφορά”, Εκδόσεις Rosili, ISBN: 978-960-89407-4-1. 2012; pp.126, 392, 255-256
71. Shader, Karen & Broome, Marion & Broome, Carroll & West, Mary & Nash, Mary. Factors Influencing Satisfaction and Anticipated Turnover for Nurses in an Academic Medical Center. *Journal of Nursing Administration*. 2001; 31: 210-216. [10.1097/00005110-200104000-00010](https://doi.org/10.1097/00005110-200104000-00010).



72. Franco, L.M., Bennett, S. and R. Kanfer., Health sector reform and public-sector health worker motivation: A Conceptual framework. *Social Science and Medicine*. 2002; 54(8):1255-1266. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00094-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00094-6)
73. Robbins St., «Basic Motivation Concepts Organizational Behavior», Prentice Hall, New Jersey. 2001; ch.6, pp.155-209
74. Ahl, H. (2006). Motivation in adult education: a problem solver or a euphemism for direction and control? *International Journal of lifelong education*, 25(4), 385-405.
75. Asim, M., Impact of motivation on employee performance with the effect of training: specific to education sector of Pakistan. *International journal of scientific and research publications*. 2013; 3(9): 1-9.
76. Maier, N.R.F. (1946). *Psychology in Industry*. Houghton Mifflin.
77. Ryan, R. M., & Deci, E. L., Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000; 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
78. Toode K, Routasalo P, Suominen T. Work motivation of nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2011 Feb;48(2):246-57. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.013.
79. Stumpf, S.A., Tymon, W.G., Favorito, N. and Smith, R.R., "Employees and change initiatives: intrinsic rewards and feeling valued", *Journal of Business Strategy*. 2013; 34(2): 21-29. <https://doi.org/10.1108/02756661311310422>
80. Montana, P. and Charnov, B. (2002). *Management: Management Classical Theory Organizations structures - Management Staff And Dynamic Working Groups*, Athens.
81. Bowen, B. E., & Radhakrishna, R. B., Job satisfaction of agricultural education faculty: A constant phenomena. *Journal of Agricultural Education*. 1991; 32 (2): 16-22.
82. Strickler, J., What really motivates peoples? *The Journal of Quality and Participation*. 2006; 29(1), 26–28.
83. Nohria N, Groysberg B, Lee LE., Employee motivation: a powerful new model. *Harv Bus Rev*. 2008 Jul-Aug; 86(7-8):78-84, 160. PMID: 18681299.
84. Amabile, T., “Motivational Synergy: Towards New Conceptualizations of Intrinsic and Extrinsic Motivation in the Workplace”, *Human Resource Management Review*. 1993; 3(3):185-201
85. Osterloh, M., Frey, B. and Frost, J., “The dynamics of motivation of new organizational forms”, *International Journal of Economics and Business*. 2002; 9: 61-77. <https://doi.org/10.1080/13571510110102976>
86. Furnham, A., Eracleous, A. and Chamorro-Premuzic, T., "Personality, motivation and job satisfaction: Hertzberg meets the Big Five", *Journal of Managerial Psychology*. 2009; 24(8): 765-779. <https://doi.org/10.1108/02683940910996789>
87. Landy, F. J., & Conte, J. M., *Work in the 21st Century: An introduction to industrial and organizational psychology*. 3rd ed. Malden: Blackwell Publishing. 2010; 406-407
88. Perry, J.L. and Wise, L.R., *The Motivational Bases of Public Service*. *Public Administration Review*. 1990; 50, pp. 367-373. <https://doi.org/10.2307/976618>
89. Wright B.E., “Public-sector work motivation: a review of the current literature and a revised conceptual model”, *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2001; 11(4): 559-586
90. Anderfuhren-Biget, S., Varone, F., Giauque, D., & Ritz, A., Motivating employees of the public sector: does public service motivation matter?. *International public management journal*. 2010; 13(3), 213-246.
91. Camilleri E., Antecedents affecting public service motivation, *Personnel Review*. 2007; 36(3): 356-377



92. Perry, James L. and Annie Hondeghem. "Building Theory and Empirical Evidence about Public Service Motivation." *International Public Management Journal*. 2008; 11(1):3-12. doi: 10.1080/10967490801887673
93. Ugaddan, R. & Park, S., "Quality of leadership and public service motivation: A social exchange perspective on employee engagement", *International Journal of Public Sector Management*. 2017; 30(3):270-285
94. Spicker, P., "'Leadership': a perniciously vague concept", *International Journal of Public Sector Management*. 2012; 25(1):34-47
95. Manolopoulos, D., Work motivation in the Hellenic extended public sector: an empirical investigation. *The International Journal of Human Resource Management*. 2008; 19(9): 1738-1762.
96. Chatzopoulou M., Vlachvei A., Monovasilis Th., Employee's Motivation and Satisfaction in light of Economic Recession: Evidence of Grevena Prefecture-Greece. Elsevier. *Procedia Economics and Finance*. 2015; 24:136-145.
97. Bright L., "Why Do Public Employees Desire Intrinsic Nonmonetary Opportunities?", 2009; 38(3):17-18
98. Μπουραντάς, Δ., *Μάνατζμεντ*, Αθήνα. 2002; σ. 270-272, 279, 310
99. Vandenabeele, Wouter., Development of a Public Service Motivation Measurement Scale: Corroborating and Extending Perry's Measurement Instrument. *International Public Management Journal - Int Public Manag J*. 2008; 11: 143-167. doi:10.1080/10967490801887970.
100. Vandenabeele, W., 'Toward a public administration theory of public service motivation: An institutional approach', *Public management review*. 2007; 9(4): 545-556. doi: 10.1080/14719030701726697
101. Naff C.K., Crum J., Working for America: Does Public Service Motivation make a difference?, *Review of Public Personnel Administration*. 1999; 19(5): 5-16
102. Buelens, M., & Van den Broeck, H., An analysis of differences in work motivation between public and private sector organizations. *Public Administration Review*. 2007; 67(1): 65-74. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00697.x>
103. Steijn, B., HRM and Job Satisfaction in the Dutch Public Sector. Paper Presented at the EGPA Conference in Potsdam, Study Group on Public Personnel Policies. 2002.
104. Bourantas, D., Anagnostelis, J., Mantes, Y., & Kefalas, A. G., Culture gap in Greek management. *Organization Studies*. 1990; 11(2): 261-283.
105. Bourantas D. and Papalexandris N., "Personality traits discriminating between employees in public- and in private- sector organizations", *International Journal of Human Resource Management*. 1999; 10 (5), 858-869
106. Hofstede, G.J., Jonker, C.M., & Verwaart, T., Cultural differentiation of negotiating agents. *Group Decision and Negotiation*. 2012; 21: 79-98.
107. Χυτήρης Λ., *Οργανωσιακή Συμπεριφορά: Έννοιες, Θεωρία και Τρόποι Συμπεριφοράς για Αποτελεσματική Διοίκηση*, Αθήνα: Μένος. 2017; σελ.452
108. Parker, R. and Bradley, L., "Organisational culture in the public sector: evidence from six organisations", *International Journal of Public Sector Management*. 2000; 13(2): 125-141. <https://doi.org/10.1108/09513550010338773>
109. Μπουραντάς, Δ., *Ηγεσία: Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική. 2005; σελ.71
110. Denison, D.R., Haaland, S. and Goelzer, P., Corporate Culture and Organizational Effectiveness: Is Asia Different from the Rest of the World? *Organizational Dynamics*. 2004; 33:98-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.orgdyn.2003.11.008>
111. Χυτήρης Λ., *Οργανωσιακή Συμπεριφορά: η ανθρώπινη συμπεριφορά σε οργανισμούς και επιχειρήσεις*, Εκδόσεις Interbooks. 2001; σελ.152-153,160-161,183-203,326





112. Foss, N. J., & Lindenberg, S., Teams, Team Motivation, and the Theory of the Firm. *Managerial and Decision Economics*. 2012; 33(5-6): 369-383. <https://doi.org/10.1002/mde.2559>
113. Ζαβλανός Μ., Οργανωτική συμπεριφορά. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα, 2002; σελ. 227-229, 355-375
114. Popa I., Popescu D. Motivation in the context of global economic crisis. *J. E. Eur. Res. Bus. Econ.* 2013; Vol. 2013 (2013), Article ID 923384, DOI: 10.5171/2013.923384
115. Bakalis, N., Batsolaki, M., Characteristics in designing an organization Application in nursing institution. *Nosileutiki*. 2006; 45 (1): 59-67.
116. Avolio, B. J., & Bass, B. M., Individual consideration viewed at multiple levels of analysis: A multi-level framework for examining the diffusion of transformational leadership. *The Leadership Quarterly*. 1995; 6(2): 199–218. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(95\)90035-7](https://doi.org/10.1016/1048-9843(95)90035-7)
117. Choi, S.L., Goh, C.F., Adam, M.B.H. et al. Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. *Hum Resour Health*. 2016; 14, 73. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0171-2>
118. Rajhans, Kirti., Effective Organizational Communication: a Key to Employee Motivation and Performance. *Inter-science Management Review*. 2009; pp.145-149. : 10.47893/IMR.2009.1040
119. Rajhans, K., Effective Organizational Communication: a Key to Employee Motivation and Performance. *Inter-science Management Review*. 2012; 2(2): 81-85
120. Purwanto, Sony B., Pengaruh Komunikasi, Motivasi dan Kepuasan Kerja terhadap Kinerja Karyawan (Studi pada Proyek Pondasi Tower di Timor Leste PT Cahaya Inspirasi Indonesia). *Jurnal Aplikasi Manajemen*. 2013; 11(1):139-144
121. Rajhans, Kirti & Shome, Tunisha., The Impact of Organisational Communication Satisfaction on Employee Productivity. *International Journal of Applied Marketing and Management*. 2016; 1(1). doi:10.21863/ijamm/2016.1.1.003.
122. Seppo Honkapohja, The Euro Area Crisis: A View from the North, *Journal of Macroeconomics*, 2014; Volume 39, Part B, Pages 260-271, ISSN 0164-0704, <https://doi.org/10.1016/j.jmacro.2013.08.004>.
123. Stylianidis, S., & Souliotis, K., The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. *BJPsych International*, 2019; 16(1): 16-18. doi:10.1192/bji.2017.31
124. Nijssen, M., & Paauwe, J., Overleven in een dynamische omgeving: helpt wendbaar organiseren? *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*. 2012; 86(1/2): 1-9.
125. Marchington, Mick & Kynighou, Anastasia., The dynamics of employee involvement and participation during turbulent times. *International Journal of Human Resource Management*. 2012; 23: 3336-3354. doi:10.1080/09585192.2012.689161.
126. Zeffane, R, “Dynamics of strategic change: Critical issues in fostering positive organizational change”, *Leadership & organization*. 1996; 17(7): 36-43.
127. Deprez S, Amant F, Smeets A, Peeters R, Leemans A, Van Hecke W, Verhoeven JS, Christiaens MR, Vandenberghe J, Vandenbulcke M, Sunaert S. Longitudinal assessment of chemotherapy-induced structural changes in cerebral white matter and its correlation with impaired cognitive functioning. *J Clin Oncol*. 2012 Jan 20;30(3):274-81. doi: 10.1200/JCO.2011.36.8571.
128. Armenakis, Achilles & Harris, Stanley & Mossholder, Kevin. Creating Readiness for Organizational Change. *Human Relations*. 1993; 46: 681-704. doi:10.1177/001872679304600601.
129. Armenakis, A. A., & Bedeian, A. G., Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s. *Journal of Management*. 1999; 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1177/014920639902500303>



130. Mohamed, M., & Abdel-Ghany, M., Readiness for change, change beliefs and resistance to change of extension personnel in the New Valley Governorate about mobile extension. *Annals of Agricultural Sciences*. 2014; 59: 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.aoas.2014.11.019>.
131. Maslow, A. H., A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943; 50(4): 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
132. Maslow, A. H., "Higher" and "lower" needs. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 1948; 25: 433–436. doi: 10.1080/00223980.1948.9917386
133. Chatzopoulou, M., Vlachvei, A., & Monovasilis, T., “Employee's Motivation and Satisfaction in Light of Economic Recession: Evidence of Grevena Prefecture-Greece”. *Procedia Economics and Finance*. 2015; 24: 136-145. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00633-4](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00633-4)
134. Dugguh, S. I., & Dennis, A., “Job satisfaction theories: Traceability to employee performance in organizations”. *Journal of Business and Management*. 2014; 16(5): 11-18. <https://doi.org/10.9790/487X-16511118>
135. Paul, J. P., Robertson, K. B., & Herzberg, F., Job enrichment pays off. *Harvard Business Review*. 1969; 47(2): 61–78.
136. Τζωρτζάκης, Κ., Τζωρτζάκη, Α., «Οργάνωση και Διοίκηση (Μάνατζμεντ)» Εκδότης: Τζωρτζάκης Κ., Αθήνα. 1992; σελ.224-230.
137. Raeisi AR, Yarmohammadian MH, Bakhsh RM, Gangi H. Performance evaluation of Al-Zahra academic medical center based on Iran balanced scorecard model. *J Educ Health Promot*. 2012;1:1. doi: 10.4103/2277-9531.94408.
138. Alderfer, C.P., An Empirical Test of a New Theory of Human Needs. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1969; 4:142-175. doi:10.1016/0030-5073(69)90004-X
139. Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Σιγάλας, Ι. και συν., Βασικές Αρχές Διοίκησης, Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα. 1999.
140. Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, R. O., & Capwell, D. F., Job attitudes; review of research and opinion. *Psychological Service of Pittsburgh*. 1957.
141. Ζαβλανός, Μ., Οργανωτική Συμπεριφορά, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα. 1998.
142. Morris LS, Grehl MM, Rutter SB, Mehta M, Westwater ML. On what motivates us: a detailed review of intrinsic v. extrinsic motivation. *Psychol Med*. 2022 Jul;52(10):1801-1816. doi: 10.1017/S0033291722001611.
143. Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H., Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*. 2013; 64: 361–388. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
144. Cerasoli, C. P., Nicklin, J. M., & Ford, M. T., Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: A 40-year meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2014; 140(4): 980–1008. doi:10.1037/a0035661.
145. Jathanna R, Melisha RD, Mary G, Latha KS. Determinants of Job Satisfaction among Healthcare Workers at a Tertiary Care Hospital. *Online J Health Allied Scs*. 2011;10(3):5
146. Hong E, Lee YS., The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *Int J Nurs Pract*. 2016 Dec;22(6):625-632. doi: 10.1111/ijn.12493.
147. Tabatabaei, Shahnaz & Ghaneh, Saeed & Mohaddes, Hadi & Khansari, Maryam., Relationship of Job Satisfaction and Demographic Variables in Pars Ceram Factory Employees in Iran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84: 1795-1800. doi:10.1016/j.sbspro.2013.07.036.





148. Belias, D. & Koustelios, A. (2014). Transformational Leadership and Job Satisfaction in the Banking Sector: A Review . *International Review of Management and Marketing*, 4 (3), 187-200. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/irmm/issue/32081/355059>
149. Heywood, John & Bender, Keith & Donohue, Susan. (2005). Job Satisfaction and Gender Segregation. *Oxford Economic Papers*. 57. 479-496. doi:10.1093/oep/gpi015.
150. Sabharwal, Meghna & Corley, Elizabeth. (2009). Faculty Job Satisfaction across Gender and Discipline. *The Social Science Journal*. 46. 539–556. 10.1016/j.soscij.2009.04.015.
151. David Bernal, David Snyder, Michael McDaniel, The Age and Job Satisfaction Relationship: Does its Shape and Strength Still Evade Us?, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 53B, Issue 5, September 1998, Pages P287–P293, <https://doi.org/10.1093/geronb/53B.5.P287>
152. Zhang, X., Bian, L., Bai, X. *et al.* The influence of job satisfaction, resilience and work engagement on turnover intention among village doctors in China: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 20, 283 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05154-0>
153. Oh, S., & Kim, H. (2019). Turnover intention and its related factors of employed doctors in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 1–8.
154. Dixon, Marlene & Sagas, Michael. (2007). The Relationship Between Organizational Support, Work-Family Conflict, and the Job-Life Satisfaction of University Coaches. *Research quarterly for exercise and sport*. 78. 236-47. doi:10.1080/02701367.2007.10599421.
155. Wright, B. E., & Davis, B. S. (2003). Job Satisfaction In The Public Sector: The Role of the Work Environment. *The American Review of Public Administration*, 33(1), 70–90. <https://doi.org/10.1177/0275074002250254>
156. Jothibas, S. 2016. A study on the stress management practices and job satisfaction of women employees in the state bank of India, Tamil Nadu. Laxmi Book Publication.
157. Dawson, C., Veliziotis, M., & Hopkins, B. (2017). Temporary employment, job satisfaction and subjective well-being. *Economic and Industrial Democracy*, 38(1), 69–98. <https://doi.org/10.1177/0143831X14559781>
158. Nestor, P.I. & Leary, P.. (2000). The relationship between tenure and non-tenure track status of extension faculty and job satisfaction. *Journal of Extension*. 38.
159. Dobrow, Shoshana & Ganzach, Yoav & Liu, Yihao. (2016). Time and Job Satisfaction: A Longitudinal Study of the Differential Roles of Age and Tenure. *Journal of Management*. 44. doi: 10.1177/0149206315624962.
160. Vroom, Victor & Deci, Edward. (1971). The stability of post-decision dissonance: A follow-up study of the job attitudes of business school graduates. *Organizational Behavior and Human Performance*. 6. 36-49. 10.1016/0030-5073(71)90004-3.
161. Rose, M. (2003). Good Deal, Bad Deal? Job Satisfaction in Occupations. *Work, Employment and Society*, 17(3), 503–530. doi: 10.1177/09500170030173006
162. Kuvaas, B. et al., Do intrinsic and extrinsic motivation relate differently to employee outcomes? *Journal of Economic Psychology*. 2017; 61: 244–258. doi: 10.1016/j.joep.2017.05.004.
163. Raddaha, A.H.A., Alasad, J., Albikawi, Z.F., Batarseh, K.S., Realat, E.A., Saleh, A.A. & Froelicher, E.S. (2012) Jordanian nurses’ job satisfaction and intention to quit, *Leadership in Health Services*. 25(3). p.216-231.
164. Johns, G. (1996), “Organizational behavior: Understanding and managing life at work”



165. Van Saane N., Sluiter J.K, Verbeek JHAM, Frings-Dresen M.H.W. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction – a systematic review. *Occupational medicine*. 53: 191-200
166. Nudsen HK, Ducharme LJ, Roman PM. Clinical supervision, emotional exhaustion, and turnover intention: A study of substance abuse treatment counselors in the Clinical Trials Network of the National Institute on Drug Abuse. *J Subst Abuse Treat* 2008, 35:387–395
167. Greenberger DB, Strasser S, Cummings LL, Dunham RB. The impact of personal control on performance and satisfaction. *Organ Behav Hum Decis Process* 1989, 43:29–51
168. Sandhu, Muhammad Ali Asghar. (2012). Examining the Relationship between Training, Motivation and Employees Job Performance – The Moderating Role of Person Job Fit. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*.
169. Kanellopoulos C., (2012), “The size and structure of uninsured labour”, *Economic Bulletin*, Vol.37:25-44. Athens: Bank of Greece
170. Franco, Alvaro; Álvarez-Dardet, Carlos and Ruiz, Maria T. “Effect of Democracy on Health: Ecological Study.” *British Medical Journal*, 2004, 329(7480), pp. 1421–23
171. Peters H.D., Chakraborty S., Mahapatra P. & Steinhardt L. (2010). Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Human Resources for Health* 8: 27.
172. Ratanawongsa N., Howell E.E. & Wright S.M. (2006). What motivates physicians throughout their careers in medicine? *Comprehensive Therapy* 32: 210-217.
173. She, H Y., The relationship between intrinsic job satisfaction, extrinsic job satisfaction, personal factors and turnover intentions- private hospital pharmacists in Hong Kong. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2022; 30. ii49-ii50. doi: 10.1093/ijpp/riac089.058.
174. Atchison TA., The myths of employee satisfaction. *Healthcare Executive*. 1999 Mar-Apr;14(2):18-23.
175. Νιάκας Δ. (1994). Η αγορά εργασίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα: Η νοσηλευτική στην Ελλάδα, Εξελίξεις και προοπτικές. *Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας*, 25 – 40
176. Mathes T, Pieper D, Morche J, Polus S, Jaschinski T, Eikermann M. Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jul 5;7(7):CD011156. doi: 10.1002/14651858.CD011156.pub2.
177. Graham, M.W. and Messner, P.E., "Principals and job satisfaction", *International Journal of Educational Management*. 1998; 12(5):196-202. doi: 10.1108/09513549810225925
178. Tsounis A., Sarafis P. & Bamidis P., Motivation among Physicians in Greek Public Health-Care Sector. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 2014; 4(5): 1094-1105. doi: 10.9734/BJMMR/2014/6821
179. Σαραφίδης Π. & Τσιώρα Β., Η υποκίνηση του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας*. 2006; 17(102): 21-26.
180. Kjeldsen A. M., & Hansen J. R., Sector differences in the public service motivation–job satisfaction relationship: exploring the role of organizational characteristics. *Review of Public Personnel Administration*, 2018; 38(1): 24-48.
181. Arcangelo, V., Fitzgerald, M., Carroll, D. and David, J., Collaborative care between nurse practitioners and physicians. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 1996; 23: 103-113.
182. Kinnaman ML, Bleich MR. Collaboration: aligning resources to create and sustain partnerships. *J Prof Nurs*. 2004 Sep-Oct;20(5):310-22. 10.1016/j.profnurs.2004.07.009.
183. Oshagbemi, T., Job satisfaction and dissatisfaction in higher education. *Education & Training*, 1997; 39(9): 354–359. <https://doi.org/10.1108/00400919710192395>



184. Greenfield, D. N., Psychological Characteristics of Compulsive Internet Use: A Preliminary Analysis. *Cyberpsychology and Behavior*. 1999; 2: 403-412. <https://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.403>
185. Disch, J.B., Medical directors as partners in creating healthy work environments. *AACN Clinical Issues*. 2001; 12: 366-377.
186. Schmitt, M., Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from U.S. healthcare research. *Journal of Interprofessional Care*. 2001; 15: 47-66.
187. Graham, M.W. and Messner, P.E., "Principals and job satisfaction", *International Journal of Educational Management*. 1998; 12 (5): 196-202. <https://doi.org/10.1108/09513549810225925>
188. Harter JK, Schmidt FL, Hayes TL. Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis. *J Appl Psychol*. 2002 Apr;87(2):268-79. doi: 10.1037/0021-9010.87.2.268.
189. Kraimer, Maria & Wayne, Sandy & Liden, Robert & Sparrowe, Raymond., The Role of Job Security in Understanding the Relationship Between Employees' Perceptions of Temporary Workers and Employees' Performance.. *The Journal of applied psychology*. 2005; 90: 389-98. doi: 10.1037/0021-9010.90.2.389.
190. Wolniak, Radosław and Olkiewicz, Marcin. "The Relations Between Safety Culture and Quality Culture" *System Safety: Human - Technical Facility – Environment*. 2019; 1(1): 10-17. <https://doi.org/10.2478/czoto-2019-0002>
191. Sverke M, Hellgren J, Näswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *J Occup Health Psychol*. 2002 Jul;7(3):242-64. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.7.3.242>
192. Chen SY, Wu WC, Chang CS, Lin CT, Kung JY, Weng HC, Lin YT, Lee SI. Organizational justice, trust, and identification and their effects on organizational commitment in hospital nursing staff. *BMC Health Serv Res*. 2015 Sep 7;15:363. doi: 10.1186/s12913-015-1016-8.
193. Ayub, Abida & Majeed, Mehwish & Imran, Rabia., Impact of Organizational Justice, Job Security and Job satisfaction on Organizational Productivity. *Journal of Economics, Business and Management*. 2015; 3. doi: 10.7763/JOEBM.2015.V3.295.
194. Cooper, C. L., Identifying stressors at work: Recent research developments. *Journal of Psychosomatic Research*. 1983; 27(5): 369–376. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(83\)90068-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90068-5)
195. Ozler.E.D.N., B. Buyukarslan.A.B., “The Overall Outlook Of Favoritism In Organizations: A Literature Review”. *International Journal Of Business And Management Studies*. 2011; 3(1): 275-284.
196. Sakketou, A. , Galanakis, M. , Varvogli, L. , Chrousos, G. & Darviri, C., Validation of the Greek Version of the “Job Stress Measure”. *Psychology*. 2014; 5: 1527-1535. doi: 10.4236/psych.2014.513163.
197. Bonnie A. Clough, Michael J. Ireland, Sheena Leane, Sonja March, Stressors and protective factors among regional and metropolitan Australian medical doctors: A mixed methods investigation, *Journal of Clinical Psychology*. 2020; 76(7):1362-1389. [10.1002/jclp.22940](https://doi.org/10.1002/jclp.22940)
198. Jick, T. D., & Mitz, L. F., Sex differences in work stress. *The Academy of Management Review*. 1985; 10(3): 408–420. <https://doi.org/10.2307/258124>
199. Loo, M.K., Amin, S.M., and Sa, N., “The Sources and the impacts of occupational stress among manufacturing workers” *Int J Res Aca Rev*. 2015; 2(2): 166-173.



200. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (Lond)*. 2010 Jun;60(4):277-86. doi: 10.1093/occmed/kqq081.
201. Reuben M. Badubi, "Theories of Motivation and Their Application in Organizations: A Risk Analysis," *International Journal of Innovation and Economic Development*, Inovatus Services Ltd. 2017; 3(3): 43-50.
202. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Feb;30(2):202-10. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0100.
203. Joseph RP, Royse KE, Benitez TJ, Pekmezi DW. Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Qual Life Res*. 2014 Mar;23(2):659-67. doi: 10.1007/s11136-013-0492-8.
204. Blau, G., Developing and testing a taxonomy of lateness behavior. *Journal of Applied Psychology*. 1994; 79(6): 959-970. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.79.6.959>
205. Duffield CM, Roche MA, Homer C, Buchan J, Dimitrelis S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *J Adv Nurs*. 2014 Dec;70(12):2703-12. doi: 10.1111/jan.12483.
206. Li Y, Jones CB. A literature review of nursing turnover costs. *J Nurs Manag*. 2013 Apr;21(3):405-18. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01411.x.
207. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, Laschinger HK, North N. Nurse turnover: a literature review - an update. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jul;49(7):887-905. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001.
208. Peters A, Palomo R, Pittet D. The great nursing brain drain and its effects on patient safety. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2020 Apr 30;9(1):57. doi: 10.1186/s13756-020-00719-4.
209. Murro, M., Globalization, migration and brain drain: a reality check. *Health Policy and Development*. 2008; 6(3): 153-63.
210. Cometto G, Tulenko K, Muula AS, Krech R. Health workforce brain drain: from denouncing the challenge to solving the problem. *PLoS Med*. 2013;10(9):e1001514. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001514>. Accessed June 2, 2016.
211. Kadel, M., & Bhandari, M., Factors intended to brain drain among nurses working at private hospitals of Biratnagar, Nepal. *BIBECHANA*. 2019; 16: 213-220.
212. Agho, A., Price, J., & Mueller, W., Discriminant validity of measures of job satisfaction, positive affectivity and negative affectivity. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1992; 65: 185-196.
213. Brayfield, A. and Rothe, H., An Index of Job Satisfaction. *Journal of Applied Psychology*. 1951; 35: 307-311. <http://dx.doi.org/10.1037/h0055617>
214. Stanton, Jeffrey & Sinar, Evan & Balzer, William & Julian, Amanda & Thoresen, Paul & Aziz, Shahnaz & Fisher, Gwenith & Smith, Patricia., Development of a Compact Measure of Job Satisfaction: The Abridged Job Descriptive Index. *Educational and Psychological Measurement*. 2002; 62: 173-191. doi: 10.1177/001316440206200112.
215. Ironson, G. H., Smith, P. C., Brannick, M. T., Gibson, W. M., & Paul, K. B. Construction of a Job in General scale: A comparison of global, composite, and specific measures. *Journal of Applied Psychology*. 1989; 74(2): 193-200. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.2.193>
216. Schneider, B., & Dachler, H. P., A note on the stability of the Job Descriptive Index. *Journal of Applied Psychology*. 1978; 63(5): 650-653. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.63.5.650>





217. Spector PE. Measurement of human service staff satisfaction: development of the Job Satisfaction Survey. *Am J Community Psychol.* 1985 Dec;13(6):693-713. doi: 10.1007/BF00929796.
218. Hackman, J. R., & Oldham, G. R., Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology.* 1975; 60(2): 159–170. <https://doi.org/10.1037/h0076546>
219. Gillet B.J., and Schwab Donald P., “Convergent and Discriminant Validities of the Corresponding Job Description Index and Minnesota Satisfaction Questionnaire Scales,” *Journal of Applied Psychology,* 1975; 60 (3): 313–17.
220. Tan, P. P., & Hawkins, W. E., The factor structure of the Minnesota Satisfaction Questionnaire and participants of vocational rehabilitation. *Psychological Reports.* 2000; 87:34-36. doi:10.2466/pr0.2000.87.1.34
221. Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, G. D., & Klesh, J., Michigan Organizational Assessment Questionnaire. In S. E. Seashore, E. E. Lawler, P. H. Mirvis, & C. Cammann (Eds.), *Assessing Organizational Change: A Guide to Methods, Measures, and Practices.* New York: Wiley-Interscience. 1983; pp. 71-138
222. Koustelios, A., & Kousteliou, I., Relations among measures of job satisfaction, role conflict, and role ambiguity for a sample of Greek teachers. *Psychological Reports.* 1998; 82(1): 131–136. doi.org/10.2466/PR0.82.1.131-136
223. Koustelios, A. D., & Bagiatis, K., The Employee Satisfaction Inventory (ESI): Development of a Scale to Measure Satisfaction of Greek Employees. *Educational and Psychological Measurement.* 1997; 57(3):469–476. 10.1177/0013164497057003008
224. De Vaus, David., *Social surveys - A review.* Social Surveys 2: History, Ethics and Criticisms. London: Sage. 2007; Vol 1: 21-44.
225. Carr, L. T., The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: what method for nursing? *Journal of advanced nursing.* 1994; 20(4): 716-721.
226. Yang, H., Miao, D., Zhu, X., Sun, Y., Liu, X. & Wu, S., “The influence of a pay increase on job satisfaction: A study with the Chinese army”, *Social Behaviour and Personality.* 2008; 36(10): 1333–1340.
227. Blau, F. D. and DeVaro, J., “New Evidence on Gender Differences in Promotion Rates: An Empirical Analysis of a Sample of New Hires”, *Industrial Relations.* 2007; 46(3): 511-550. <https://doi.org/10.1111/j.1468-232X.2007.00479.x>
228. Snowdon, D.A., Leggat, S.G. & Taylor, N.F. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17: 786 <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
229. Artz, B., "Fringe benefits and job satisfaction", *International Journal of Manpower.* 2010; 31(6): 626-644. doi.org/10.1108/01437721011073346
230. Rad, A. M. M., & De Moraes, A., Factors Affecting Employees' Job Satisfaction in Public Hospitals: Implications for Recruitment and Retention. *Journal of General Management.* 2009; 34(4): 51–66. <https://doi.org/10.1177/030630700903400404>
231. Tran KT, Nguyen PV, Dang TTU, Ton TNB. The Impacts of the High-Quality Workplace Relationships on Job Performance: A Perspective on Staff Nurses in Vietnam. *Behav Sci (Basel).* 2018 Nov 23; 8(12):109. doi: 10.3390/bs8120109.
232. Valaei N, Rezaei S. Job satisfaction and organizational commitment: An empirical investigation among ICT-SMEs. *Manage Res Rev.* 2016; 39(12):1663–94. doi: 10.1108/MRR-09-2015-0216.
233. Klaus, L., Lerouge, C., & Blanton, J. E., System Developers Nature of Work Characteristics and their Relationship with Organizational Commitment and Job Satisfaction. *Journal of International Management.* 2014; 25(1): 1-19.



234. Shen, L., & Austin, L., Communication and job satisfaction. *Social Issues in the Workplace: Breakthroughs in Research and Practice*. 2017; 355-379. 10.4018/978-1-5225-3917-9.ch018.
235. Αλετράς Β., Μπασσιούρη Φ., Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίδου Δ., Νιάκας Δ., Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2009; 26(1): 79-89
236. Ponto J. Understanding and Evaluating Survey Research. *J Adv Pract Oncol*. 2015 Mar - Apr; 6(2):168-71.
237. Tsounis, A., & Sarafis, P., Validity and reliability of the Greek translation of the Job Satisfaction Survey (JSS). *BMC Psychology*. 2018; 6: 1-6.
238. Cortina, J.M., What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*. 1993; 78:98-104. doi:10.1037/0021-9010.78.1.98.
239. Konting, M. M., Kamaruddin, N., & Man, N. A., Quality Assurance in Higher Education Institutions: Exit Survey among University Putra Malaysia Graduating Students. *International Education Studies*. 2009; 2(1): 25–31.
240. Cronbach LJ, "Coefficient alpha and the internal structure of tests". *Psychometrika*. 1951; 16(3): 297–334. doi:10.1007/bf02310555.
241. Schmitt, N., Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*. 1996; 8(4): 350–353. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.8.4.350>
242. Ursachi, G., Horodnic, I. A., & Zait, A., How Reliable are Measurement Scales? External Factors with Indirect Influence on Reliability Estimators. *Procedia Economics and Finance*. 2015; 20(15): 679–686. [https://doi.org/10.1016/s2212-5671\(15\)00123-9](https://doi.org/10.1016/s2212-5671(15)00123-9)
243. Van Griethuijsen, R.A.L.F., van Eijck, M.W., Haste, H. *et al.* Global Patterns in Students' Views of Science and Interest in Science. *Res Sci Educ*. 2015; 45: 581–603. <https://doi.org/10.1007/s11165-014-9438-6>
244. Taber, K. S., The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*. 2018; 48(6): 1273-1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
245. Mosadeghrad AM, Ferlie E, Rosenberg D. A study of the relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees. *Health Serv Manage Res*. 2008 Nov;21(4):211-27. doi: 10.1258/hsmr.2007.007015.
246. Singh, Rajkumar Giridhari., Factors Explaining Job Satisfaction Among Hospital Employees. *OPUS: Annual HR Journa*. 2013; 4(1): 29-43.
247. Arnetz, Bengt., Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 1999; 11:345-51. 10.1093/intqhc/11.4.345.
248. Cohen, J., *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* Hillsdale. NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1988; doi:10.4324/9780203771587.
249. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011 Jun 27; 2:53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
250. Jurgensen, C.E., Job Preferences (What Makes a Job Good or Bad?). *Journal of Applied Psychology*. 1978; 63: 267-276. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.63.3.267>
251. Curral, S. C., Towler, A. J., Judge, T. A and Kohn, L., Pay satisfaction and organizational outcomes. *Personnel psychology*. 2005; 58: 613-640.
252. Kaur S, Sharma R, Talwar R, Verma A, Singh S: A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a tertiary hospital in Delhi. *Indian J Med Sci*. 2009, 63:139-144. doi:10.4103/0019-5359.50762.



253. Artz B. Fringe benefits and job satisfaction. *International Journal of Manpower*. 2010; 31(6), 626–44. doi: 10.1108/01437721011073346K.
254. Roditis K, Samara E, Louis K. A survey to assess job satisfaction among junior doctors in Greece. *Scientific Chronicles*. 2019; 24(1): 72-96. doi:10.11212/exronika/2019.1.7.
255. Castle NG, Degenholtz H, Rosen J. Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Services Research*. 2006; 24:60-70. doi:10.1186/1472-6963-6-60.
256. Pergamit MR & Veum JR. What is a Promotion? *ILR Review*. 1999; 52(4), 581–601. <https://doi.org/10.1177/001979399905200405>
257. Snowdon, D.A., Sargent, M., Williams, C.M. et al., Effective clinical supervision of allied health professionals: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(2). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4873-8>
258. Janíková Eva & Bužgová Radka., Satisfaction with supervision of healthcare workers in relation to job satisfaction and selected characteristics of supervision. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2021; 12:487-94. 10.15452/cejnm.2021.12.0004.
259. Tomlinson, J., Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis. *BMC Med Educ*. 2015; 15: 103 <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0324-3>
260. Vera M, Martínez IM, Lorente L, Chambel MJ, The role of co-worker and supervisor support in the relationship between job autonomy and work engagement among Portuguese nurses: a multilevel study. *Soc Indic Res*. 2016; 126:1143-56. doi:10.1007/s11205-015-0931-8.
261. Tsai Y., Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Serv Res*. 2011 May 14;11:98. 10.1186/1472-6963-11-98.
262. Liu Y, Aungsuroch Y, Yunibhand J., Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. *Int Nurs Rev*. 2018, 63:84-91. doi:10.1111/inr.12215.
263. Burke R., Nursing staff attitudes following restructuring: the role of perceived organizational support, restructuring processes and stressors. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 2003; 23:129-157. doi:10.1108/01443330310790679.
264. Burke, R., & E. Greenglass, E., “Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support, Anxiety, Stress and Coping”. 2001; 14:93-115. doi:10.1080/10615800108248350.
265. Bhatnagar, K., & Srivastava, K., Job satisfaction in health-care organizations. 2012; 21:75-78. doi:10.4103/0972-6748.110959.
266. Chiok Foong Loke, J.: Leadership behaviours: effect on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*. 2001; 9:191-204. doi:10.1046/j.1365-2834.2001.00231.x.
267. Sansoni J, De Caro W, Marucci AR, Sorrentino M, Mayner L, Lancia L., Nurses' Job satisfaction: an Italian study. 2016; 28:58-69. doi:10.7416/ai.2016.2085.
268. WHO. WHO Director-General’s Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19-13 March 2020. Available online: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---13-march-2020> (accessed on 30 May 2021).
269. Kaiser, H. F., An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974; 39: 31-36. doi:10.1007/BF02291575
270. Truong, Y. and McColl, R., “Intrinsic motivations, self-esteem, and luxury goods consumption”, *Journal of Retailing and Consumer Services*. 2011; 18(6): 555-561, doi: 10.1016/j.jretconser.2011.08.004.





271. Hulland, J., "Use of partial least squares (PLS) in strategic management research: a review of four recent studies", *Strategic Management Journal*. 1999; 20(2): 195-204, doi: 10.1002/(SICI)1097-0266(199902)20:2%3C195::AID-SMJ13%3E3.0.CO;2-7.
272. Chen, Ching-Fu & Tsai, Dungchun., How Destination Image and Evaluative Factors Affect Behavioral Intentions?. *Tourism Management*. 2007; 28: 1115-1122. 10.1016/j.tourman.2006.07.007.
273. Jolliffe IT, Cadima J. Principal component analysis: a review and recent developments. *Philos Trans A Math Phys Eng Sci*. 2016 Apr 13;374(2065):20150202. doi: 10.1098/rsta.2015.0202.
274. Fan, Y., Chen, J., Shirkey, G. et al., Applications of structural equation modeling (SEM) in ecological studies: an updated review. *Ecol Process*. 2016; 5, 19 <https://doi.org/10.1186/s13717-016-0063-3>
275. Costello, A. B. and Osborne, J. W., Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2005; 10(7): 1-9. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>.
276. Bartlett, M. S., The effect of standardization on a Chi-square approximation in factor analysis. *Biometrika*. 1951; 38(3-4): 337–344. doi: 10.1093/biomet/38.3-4.337
277. Lings, I. N., Greenley G. E., Measuring internal Market Orientation. *Journal of Service Research*. 2005; 7(3): 290-305.
278. Larose DT., *Data mining methods and models*. John Wiley & Sons Publishing Inc. Hoboken, New Jersey, USA. 2006; p. 36-46, 48-61, 204-12, 227-34.
279. Hinkin, T. R., A review of scale development practices in the study of organizations. *Journal of Management*. 1995; 21: 967–988.
280. Hinkin, T. R., A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational Research Methods*. 1998; 1: 104–121.
281. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*. 2014;30(3):1151–1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361.
282. Vahedi S, Farrokhi F, Bevrani H., A Confirmatory Factor Analysis of the Structure of Statistics Anxiety Measure: An examination of four alternative models. *Iran J Psychiatry*. 2011 Summer; 6(3): 92-8.
283. Κανελλόπουλος, Δ. Θεωρίες Παρακίνησης του Ιατρικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2012; 11(2): 182-189.
284. Μάρκοβιτς Γ, Μοναστηρίδου Σ. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 2011; 1 (4): 51 – 56.
285. Bearman G, Hota SS, Haessler SD. Physician burnout and healthcare epidemiology: dual implications worthy of greater scrutiny. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020; 41(2): 250–1. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.348>
286. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: a rapid systematic review. *Psychiatry Res*. 2020; 293:113441. doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441.
287. Coombs, P. H., Chappells, H., and Shove, E. (1985). *The world crisis in education: The view from the eighties*, 136–170. New York: Oxford University Press.
288. Agrawal, S., *Motivation and Executive Compensation*. The IUP Journal of Corporate Governance. 2010; 9, Nov. 1 & 2, pp. 27-46.
289. Fu, W. and Deshpande, S.P., The impact of caring climate, job satisfaction, and organizational commitment on job performance of employees in a China's insurance company. *Journal of Business Ethics*. 2014; 124(2), pp.339-349.



290. Jackson, C., Addressing spirituality: A natural aspect of holistic care. *Holistic Nursing Practice*. 2011; 25(1): 3–7. doi: 10.1097/HNP.0b013e3182002b9d.
291. Perry, J. L., Mesch, D. and Paarlberg, L., “Motivating Employees in a New Governance Era: The Performance Paradigm Revisited”. *Public Administration Era*. 2006; 66(4): 89-122.
292. Timmreck T. Managing motivation and developing job satisfaction in the health care work environment. *Health Care Manag*. 2001; 20(1):42–58.
293. Beugré, Constant, D., & Offodile, O. F., Managing for organizational effectiveness in sub - Saharan Africa: a culture - fit model. *The International Journal of Human Resource Management*. 2001; 12 (4): 535-550. doi:10.1080/713769650
294. Jun, M. and Cai, S., and Shin, H. 2006. TQM practice in maquiladora: Antecedents of employee satisfaction and loyalty. *Journal of Operations Management*. 2006;24:791-812.
295. Franco LM, Bennett S, Kanfer R: Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework, *Soc Sci Med*. 2002; 54:1255-1266.
296. Hee, O.C. and Kamaludin, N.H.B. Motivation and Job Performance among Nurses in the Private Hospitals in Malaysia. *International Journal of Caring Sciences*. 2016; 9(1): 342-347.
297. Fort AL, Voltero L. Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia. *Hum Resour Health*. 2004 Jun 22;2(1):8. doi: 10.1186/1478-4491-2-8.
298. Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Hum Resour Health*. 2006 Mar 7;4:6. doi: 10.1186/1478-4491-4-6.
299. Viswesvaran, C., Sanchez, J. and Fisher, J., “The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis”, *Journal of Vocational Behavior*. 1999; 54(2), pp. 314-334. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1998.1661>.
300. Lowe, G., Schellenberg, G. and Shannon, H., “Correlates of employee’s perceptions of a healthy work environment”, *American Journal of Health Promotion*. 2003; 17(6), pp. 390-399.
301. Zhao X, Zhang T, Li B, et al. Job-related factors associated with changes in sleep quality among healthcare workers screening for 2019 novel coronavirus infection: a longitudinal study. *Sleep Med*. 2020; 75:21–6. doi.org/10.1016/j.sleep.2020.07.027.
302. Karaferis D, Aletras V, Raikou M, Niakas D. Factors Influencing Motivation and Work Engagement of Healthcare Professionals. *Mater Sociomed*. 2022 Sep;34(3):216-224. doi: 10.5455/msm.2022.34.216-224.
303. Valentine, S.R. Men and Women Supervisors' Job Responsibility, Job Satisfaction, and Employee Monitoring. *Sex Roles*. 2001; 45: 179–197 doi:10.1023/A:1013549710711
304. Scandura, T. A., & Lankau, M. J., Relationships of gender, family responsibility and flexible work hours to organizational commitment and job satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*. 1997; 18(4): 377–391. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199707\)18:4<377::AID-JOB807>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199707)18:4<377::AID-JOB807>3.0.CO;2-1)
305. Kalimullah, K. U., Farooq, S. U., Ullah, M. I., The relationship between rewards and employee motivation in commercial banks of Pakistan. *Research Journal of International Studies*. 2010; 14: 37-52.
306. Bakotic, D., Relationship between Job Satisfaction and Organizational Performance. *Economic Research-Ekonomska Istrazivanja*. 2016; 29(1): 118-130. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2016.1163946>
307. Okello DR, Gilson L. Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2015 Mar 31;13:16. doi: 10.1186/s12960-015-0007-5.



308. Berdud M, Cabasés JM, Nieto J. Incentives and intrinsic motivation in healthcare. *Gac Sanit.* 2016 Nov-Dec;30(6):408-414. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.04.013.
309. World Health Organization. World health report 2006: working together for health. Geneva: WHO; 2006.
310. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
311. Chirico F, Ferrari G, Nucera G, Szarpak L, Crescenzo P, Ilesanmi O. Prevalence of anxiety, depression, burnout syndrome, and mental health disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a rapid umbrella review of systematic reviews. *J Health Soc Sci.* 2021;6(2):209–20. <https://doi.org/10.19204/2021/prv17>.
312. Dieleman et al., ‘We are also dying like any other people, we are also people’: perceptions of the impact of HIV/AIDS on health workers in two districts in Zambia, *Health Policy and Planning.* 2007; 22(3):139–148. doi: 10.1093/heapol/czm006
313. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, et al. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med.* 2005 Jul; 61(1):97-109. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.055.
314. Scarpello, V., & Campbell, J. P., Job satisfaction: Are all the parts there? *Personnel Psychology.* 1983; 36(3): 577–600. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1983.tb02236.x>
315. Agouridakis P, Hatzakis K, Chatzimichali K, Psaromichalaki M, Askitopoulou H. Workload and case-mix in a Greek emergency department. *Eur J Emerg Med.* 2004 Apr;11(2):81-5. doi: 10.1097/00063110-200404000-00005.
316. Kvist T, Voutilainen A, Mäntynen R, Vehviläinen-Julkunen K. The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Serv Res.* 2014 Oct 18;14:466. doi: 10.1186/1472-6963-14-466.
317. Tzeng, H.M., The influence of nurses’ working motivation and job satisfaction on intention to quit: An empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 2002; 39: 867-878. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00027-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00027-5)
318. Gu, J., Zhen, T., Song, Y. et al. Job satisfaction of certified primary care physicians in rural Shandong Province, China: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19, 75. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3893-8>
319. Ab Rahman N, Husin M, Dahian K, Noh KM, Atun R, Sivasampu S. Job satisfaction of public and private primary care physicians in Malaysia: analysis of findings from QUALICO-PC. *Hum Resour Health.* 2019; 17(1):1–10.
320. Wen T, Zhang Y, Wang X, Tang G. Factors influencing turnover intention among primary care doctors: a cross-sectional study in Chongqing, China. *Hum Resour Health.* 2018;16(1):10.
321. Kumar P, Khan AM, Inder D, Sharma N. Job satisfaction of primary health-care providers (public sector) in urban setting. *J Family Med Prim Care.* 2013 Jul;2(3):227-33. doi: 10.4103/2249-4863.120718.
322. Ramlawati, R., Trisnawati, E., Yasin, N., & Kurniawaty, K., External Alternatives, Job Stress on Job Satisfaction and Employee Turnover Intention. *Management Science Letters*, 2021; 11, 511-518. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2020.9.016>
323. Ling, F. Y. Y., & Loo, C. M C., Characteristics of jobs and jobholders that affect job satisfaction and work performance of project managers. *Journal of Management in Engineering*, 2015; 31(3), 04014039 – 10. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000247](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000247)



324. Behmann M, Schmiemann G, Lingner H, Kühne F, Hummers-Pradier E, Schneider N. Job satisfaction among primary care physicians: results of a survey. *Dtsch Arztebl Int.* 2012 Mar;109(11):193-200. doi: 10.3238/arztebl.2012.0193.
325. Butu AC, Tomoaia-Cotisel A, Olsavszky V. Are Romanian family doctors ready for Health 2020? *Manag Health.* 2014;XVIII(2):17–20.
326. Singh, T., Kaur, M., Verma, M., & Kumar, R., Job satisfaction among health care providers: A cross-sectional study in public health facilities of Punjab, India. *J Family Med Prim Care*, 2019; 8 (10), 3268-75. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_600\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_600_19)
327. Papoutsis D, Labiris G, Niakas D., Midwives' job satisfaction and its main determinants: A survey of midwifery practice in Greece. *Br J Midwifery.* 2014; 22(7):480–6. <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.7.480>
328. Andrioti D, Skitsou A, Karlsson LE, Pandouris C, Krassias A, Charalambous G., Job Satisfaction of Nurses in Various Clinical Practices. *Int J Caring Sci.* 2017; 10(1):76–87.
329. Moisoglou, Ioannis & Meimeti, Evangelia & Zavras, Dimitrios & Galanis, Petros, Job Satisfaction in Primary Health Care in Athens, Greece: A Pilot Study. 2021; 14. 166-173.
330. Alotaibi AHM, Alotaibi AHM, Alotaibi AMH, Alwahbi EB, Alkathlan MS, et al. Job Satisfaction among Primary Healthcare Workers in Saudi Arabia and Associated Factors: A Systematic Review. *J Family Med Prim Care Open Acc.* 2022; 6: 185. <https://doi.org/10.29011/2688-7460.100085>
331. Jaiswal, P., Gadpayle, A. K., Modi, R., Padaria, R., Singhal, A., Sachdeva, S., Vajala, R., et al., Job satisfaction among hospital staff working in a Government teaching hospital in India. *Medical Journal of Dr D.Y. Patil University*, 2015; 8, 131-7. <https://doi.org/10.4103/0975-2870.153136>
332. Sararaks S, Jamaluddin R., Job satisfaction of doctors in Negeri Sembilan. *Med J Malaysia.* 1997 Sep;52(3):257-63.
333. Scheurer D, McKean S, Miller J, Wetterneck T. U.S. physician satisfaction: a systematic review. *J Hosp Med.* 2009 Nov;4(9):560-8. doi: 10.1002/jhm.496. PMID: 20013859.
334. Benatar, S., Stephen, G. and Bakker, I., “Global health and the global economic crisis”, *American Journal of Public Health.* 2011; 101 (4), pp. 646-653.
335. Oikonomidou E, Anastasiou F, Dervas D, Patri F, Karaklidis D, Moustakas P, Andreadou N, Mantzanas E, Merkouris B. Rural primary care in Greece: working under limited resources. *Int J Qual Health Care.* 2010 Aug; 22(4):333-7. doi: 10.1093/intqhc/mzq032.
336. Emmanouilidou M. The 2017 Primary Health Care (PHC) reform in Greece: Improving access despite economic and professional constraints? *Health Policy.* 2021 Mar;125(3):290-295. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.12.017.
337. Souliotis K, Tsimtsiou Z, Golna C, Nikolaidi S, Lionis C. Citizen Preferences for Primary Health Care reform in Greece. *Hippokratia.* 2019 Jul-Sep;23(3):111-117. PMID: 32581496; PMCID: PMC7307499.
338. Frengidou E, Galanis P. Patients' satisfaction with the National Primary Health Care net in Greece. *Int J Caring Sci.* 2020;13:1–267.
339. Kringos D., Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., Dedeu T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Pavlic D.R., et al. The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *Br. J. Gen. Pract.* 2013;63:e742–e750. doi: 10.3399/bjgp13X674422.
340. Trakakis A., Nektarios M., Tziaferi S., Prezerakos P. Measuring Technical Efficiency of Health Centres in Greece: A Data Envelopment Analysis Application for the Primary





- Health System of Greece. *Eur. Res. Stud. J.* 2021;24:1333–1353. DOI: 10.35808/ersj/2107
341. Karaferis D, Aletras V, Niakas D. Job Satisfaction and Associated Factors in Greek public hospitals. *Acta Biomed* 2022; 93(5):e2022230. Available from: <https://mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/13095>
342. Cohidon C, Wild P, Senn N., Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. *Ann Fam Med.* 2019 Nov;17(6):510-517. doi: 10.1370/afm.2449.
343. Katja Goetz, Marianne Jossen, Joachim Szecsenyi, Thomas Rosemann, Karolin Hahn, Sigrid Hess, Job satisfaction of primary care physicians in Switzerland: an observational study, *Family Practice.* 2016; 33(5): 498–503, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw047>
344. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Marty F, Dreiding P, Zoller M, Buddeberg C. Primary care in Switzerland--no longer attractive for young physicians? *Swiss Med Wkly.* 2006 Jul 8;136(27-28):416-24. Erratum in: *Swiss Med Wkly.* 2006 Aug 5;136(31-32):520.
345. Bucuniene I, Blazeviciene A, Bliudziute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Fam Pract.* 2005 Mar 7; 6(1):10. doi: 10.1186/1471-2296-6-10.
346. Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care.* 2005 Dec; 23(4):198-202. doi: 10.1080/02813430500311792.
347. Doncho, D., Kovacic, L. and Laaser. U., The role and organization of health care system. *Institute of Social Medicine.* 2013; 1: 1-13.
348. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2000; 17(6): 627-639.
349. Ναούμ, Σ., Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή. *Επιστημονικά Χρονικά.* 2020; 25(1): 85-99.
350. Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε., Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2009; 8(4): 391-396.
351. World Health Organization (WHO) (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Available at: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
352. Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ. Ρ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2016; 15 (4): 365-379.
353. Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης, Π., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας.* 2011; 3(4): 140-148
354. Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Παράγοντες που επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2007; 24(6): 578 - 582.
355. Σαρρής Μ, Χρυσάκης Μ, Σούλης Σ. Το νοσοκομείο επιχείρηση: Εκσυγχρονισμός, καινοτομία, νεωτερικότητα. *Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών.* 2003; 3:31–52
356. Θανάσας Ι, Χαραλάμπους Μ., Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016; 21(2): 158-170.
357. Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., Χατζητόλιος, Α., Η περιφερειακή οργάνωση του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα: Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2013; 30(2): 233-240



358. Ladhari, R., A review of twenty years of SERVQUAL research. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 2009; 1 (2): 172-98.
359. Mosadeghrad, A., Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance*. 2013; 26(3): 203-19. doi:10.1108/09526861311311409.
360. Eiriz, V. & Figueiredo, J.A., Quality evaluation in healthcare services based on customer-provider relationships. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*. 2005; 18 (6): 404-12
361. Παπαγεωργίου, Ε., Τσουνής, Α., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π., Η αξιοποίηση σύγχρονων οικονομικών και πληροφορικών εφαρμογών στα πλαίσια της ποιοτικής αναβάθμισης της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2014; 6(1): 24-34.
362. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260: 1743–1748
363. Schuster, M.A., McGlynn, E.A. and Brook, R.H., How good is the quality of healthcare in the United States?. *The Milbank Quarterly*. 1998;76 (4): 517-64.
364. Arrow Kenneth J. Uncertainty and the welfare Economics of Medical care, *American Economic Review*, 1963; 53(5):941-973.
365. Κοράκη Α, Πέππας Χ., Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;. *Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρίας Κέρκυρας* 2013; 1 (9):25–31.
366. Donabedian A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Anne Arbor, Health Administration Press, Michigan.
367. Council of Europe (1997) Recommendation No. R (97) 17 of the Committee of Ministers to Member States on the Development and Implementation of Quality Improvement Systems (QIS) in Health Care
368. Ovretveit J. The Economics of Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1995; 16:(3):116–127.
369. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003 Oct; 15(5):377-98. 10.1093/intqhc/mzg049.
370. Μπαιρακτάρης Κ., Κωσταγιόλας Π., Πλατής Χ. Πτυχές και ζητήματα για τον προγραμματισμό στον τομέα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, *Επιθεώρηση Υγείας*. 2006; 17: 16 – 20.
371. Cooper, JB., Gaba, DM., Liang, B., Woods, D., Blum, LN., The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *MedGenMed*. 2000 Jul 11;2(3):E38.
372. Wyszewianski. (2003). *Defining, Measuring and Improving Quality of Care*. *Clinics in Family Practice*.
373. Αδαμαντίδου Τ., Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*. 2004: 29-31.
374. Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσώρη, Ζ., Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, *περιεγχειρητική νοσηλευτική*. 2015; 4(3):106–120. doi:dx.doi.org/10.5281/zenodo.31755
375. Pierrakos G, Tomaras P. The Role of Patient Satisfaction in the Development of Health Care Services Marketing *Nosileftiki* 2009; 48(1): 105-114
376. Palmer, R.H, Peterson, L.E., Development and testing of performance measures for quality improvement in clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine*. 1995; 11: 402 – 406.



377. Σιγάλας, Ι., & Αλεξιάδης, Α., Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Πάτρα: Ε.Α.Π. 1999.
378. Παπακωστίδη Α. & Τσουκαλάς Ν., Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2012; 29(4): 480-488.
379. Derose SF, Petitti DB. Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. *Annu Rev Public Health.* 2003; 24:363-84. doi: 10.1146/annurev.publhealth.24.100901.140847.
380. Κοράκη Α, Πέππας Χ., Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;. *Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρίας Κέρκυρας* 2013; 1 (9):25–31.
381. Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α. Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2007. 24(1):7–21.
382. Haya R. Rubin, H.R., Pronovost, P., Diette, G.B., The advantages and disadvantages of process based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care.* 2001; 13(6): 469–474.
383. Μέριανου - Μιχαήλ Β, Ζαχαράκη - Σαββοπούλου Ρ., Ποιοτική Διασφάλιση στην Αιμοδοσία. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία,* 1993; 2(4).
384. Al-Dhaafri, H.S., Al-Swidi, A.K. and Yusoff, R.Z.B., The Mediating Role of Total Quality Management between the Entrepreneurial Orientation and the Organizational Performance. *The TQM Journal.* 2016; 28, 89-111. <http://dx.doi.org/10.1108/TQM-03-2014-0033>
385. Μουμτζόγλου Α., Πρόγραμμα Διασφάλισης της Ποιότητας στα Νοσοκομεία. *Επιθεώρηση της Υγείας,* 1997;47(7):48-50.
386. Junewicz A, Youngner SJ. Patient-satisfaction surveys on a scale of 0 to 10: improving health care, or leading it astray? *Hastings Cent Rep.* 2015 May-Jun;45(3):43-51. doi: 10.1002/hast.453.
387. Gill, L. and White, L., A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services.* 2009; 22, 8-19. <http://dx.doi.org/10.1108/17511870910927994>
388. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., et al., The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice from a Systematic Review of the Literature. *Health Technology Assessment.* 2002; 6, 1-244. <https://doi.org/10.3310/hta6320>
389. Pini A., Sarafis P., Malliarou M., Tsounis A., Igoumenidis M., Bamidis P., Niakas D., Assessment of Patient Satisfaction of the Quality of Health Care Provided by Outpatient Services of an Oncology Hospital. *Global Journal of Health Science.* 2014; 6(5), pp. 196-203.
390. Τούντας Γ, Λοπατατζίδης Θ, Χουλιαρά Λ., Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχ Ελλ Ιατρ.* 2003; 20:497–503.
391. Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Ε., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Ε. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2008; 25(1): 73 - 82.
392. Νιακάς Δ., Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Θέματα διαχείρισης-Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας Mediforce, Αθήνα. 2003; σ.85-124
393. Miglietta E, Belessiotis-Richards C, Ruggeri M, Priebe S. Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *J Psychiatr Res.* 2018 May; 100:33-46. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.014.
394. Fitzpatrick R, Hopkins A. (1993) *Measurement of Patients' Satisfaction with their Care.* London, Royal College of Physicians.





395. Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Robertts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J. D., & Delbanco, T. L., Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*. (Winter). 1991; 10: 254-267.
396. Cronin Jr., J. J., & Taylor, S., Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *The Journal of Marketing*. 1992; 56: 55-68. <https://doi.org/10.2307/1252296>.
397. Cleary PD, Edgman-Levitan S., Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*. 1997 Nov 19; 278(19):1608-12.
398. Prakash, B., Patient Satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 2010; 3: 151-155. <https://doi.org/10.4103/0974-2077.74491>
399. Xesfingi, Sofia, and Athanassios Vozikis., “EHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors.” *Interactive Journal of Medical Research*. 2016; 5 (2): e16. <https://doi.org/10.2196/ijmr.4749>.
400. Paul, J., Modi, A. and Patel, J., Predicting Green Product Consumption Using Theory of Planned Behavior and Reasoned Action. *Journal of Retailing and Consumer Services*. 2016; 29: 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2015.11.006>
401. Hall, J. and Dornan, M., Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 1990; 30:811-818. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7)
402. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, San-Sebastián JA, de-la-Sierra E, Thompson A. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*. 2006 Aug 16;6:102. doi: 10.1186/1472-6963-6-102.
403. Irish Society for Quality and Safety in Healthcare, (2011) Measuring the Patient’s Experience of Hospital Services: National Survey of Inpatient Care in Ireland. Available at: [www.isqsh.ie/index.php/en/2011-11-16-11-48-34/category/17-patient-experience-in-ireland](http://www.isqsh.ie/index.php/en/2011-11-16-11-48-34/category/17-patient-experience-in-ireland) (accessed 23 April 2016).
404. Ware, Je Jr., Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery. *Journal of surgery*. 2009; 146 (3).
405. Jackson, J., L., Chamberlin, J. Kroenke, K., «Predictors of patient satisfaction» *Social Science and Medicine*. 2001; 52: 609-620.
406. Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med*. 1991; 33(6):707-16. doi: 10.1016/0277-9536(91)90025-8.
407. Yellen, E., Davis, G.C. & Ricard, R., The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*. 2002; 16(4): 23-29.
408. Κοτσαγιώργη Ι. Γκέκα Κ. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2010; 9 (4): 398-408.
409. Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι., «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας». Θεσσαλονίκη, 4,5 & 6 Νοεμβρίου, 1994; σελ. 181-206.
410. Ilioudi, S., Lazakidou, A., & Tsironi, M., Importance of Patient Satisfaction Measurement and Electronic Surveys: Methodology and Potential Benefits. *International Journal of Health Research and Innovation*. 2013; 1(1): 67-87
411. Ley P., Complaints made by hospital staff and patients: A review of the literature. *Bull Br Psychol*. 1972; 25:115–120.
412. Vuori H., Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*. (1999); 13(3): 106-8.



413. Πολυκανδριώτη, Μ., Βουλγαρίδου, Κ., Θεμελή, Α., Γαλύφα, Δ., Αιάπη, Ε. & Κυρίτση, Ε., «Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια». Νοσηλευτική. 2009; 48(1): 94-104
414. Reader TW, Gillespie A, Roberts J., Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy *BMJ Quality & Safety* 2014; 23:678-689.
415. 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.
416. Male Leanne et al., Measuring patient experience: a systematic review to evaluate psychometric properties of patient reported experience measures (PREMs) for emergency care service provision. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017; 29(3): 314–326. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx027>
417. Polyzos, N., Mpartzokas, D., Pierrakos G., Asimakopoulou J., Yfantopoulos, J., Comparative surveys for patient satisfaction between hospitals in Athens, *Archives of Hellenic Medicine*. 2005; 22(3):286–297.
418. Abramowitz S, Coté AA, Berry E., Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *QRB Qual Rev Bull*. 1987 Apr; 13(4):122-30. doi: 10.1016/s0097-5990(16)30118-x.
419. Jenkinson M, Bannister P, Brady M, Smith S. Improved optimization for the robust and accurate linear registration and motion correction of brain images. *Neuroimage*. 2002 Oct; 17(2):825-41. doi: 10.1016/s1053-8119(02)91132-8.
420. Merlino J, Raman A., Understanding The Drivers Of The Patient Experience. *Harvard Business Review*. 2014; 91(5):108-116.
421. Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A., Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*. 2016; 99(12): 1923-1939.
422. Jatmiko, R., Pengaruh Pengelolaan Masalah Pelanggan, Edukasi Pelanggan Dan Partisipasi Pelanggan Terhadap Loyalitas Pelanggan. *Jurnal Ilmu Manajemen dan Akuntansi Terapan (JIMAT)*. 2013; 4(2): 100-107.
423. Κωσταγιόλας, Π., Πλατής, χ., Ζήμερας, Σ., Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας με βάση τις προσδοκίες των χρηστών, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2006; 23(6), 603-614.
424. Aletras, V.H., Papadopoulos, E.A. & Niakas, D.A., Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6(66). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-66>
425. Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ. και Νιάκας, Δ., «Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2007; 24(1): 89-96
426. Αλετράς, Β., Μπασιούρη, Φ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ. και Νιάκας, Δ., «Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2009; 26(1): 79-89.
427. Γαλάνης, Π., «Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2013; 30(1): 97-110
428. Weissman IL, Anderson DJ, Gage F. Stem and progenitor cells: origins, phenotypes, lineage commitments, and transdifferentiations. *Annu Rev Cell Dev Biol*. 2001;17:387-403. doi: 10.1146/annurev.cellbio.17.1.387.
429. Κυρίτσος Γ., Γεωργούση Ε., “Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα”, 1994 , Κεφ. 1°, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Εκδόσεις “Κλεινίας”, Αθήνα.



430. Niakas, D. and Gnardellis, C. Inpatient satisfaction in a regional hospital of Athens. *Iatriki* 2000; 77(5): 464-70
431. Niakas D, Gnardellis C, Theodorou M. Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Serv Manage Res.* 2004 Feb;17(1):62-9. doi: 10.1258/095148404322772741.
432. Gnardellis, C., Niakas, D., Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System, *International Journal of Healthcare Technology and Management.* 2005; 6(3): 307-320.
433. Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Υφαντόπουλος, Ι., Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2005; 22(3): 284-295.
434. Καλογεροπούλου Μ., Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2011; 28(6):794-803
435. Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ο., & Μαρβάκη, Χ., Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. *Το βήμα του Ασκληπιού.* 2014; 13:160-176.
436. Chantzopoulou, M., Marvaki, C., Latsou, D., & Papageorgiou, D., Inpatients satisfaction with health care services after emergency admission at tertiary hospital of Attiki. *Health & Research Journal.* 2017; 3(1): 26–42. doi: 10.12681/healthresj.20433
437. Atkins, D.J., Heard, D.C.Y. and Donovan, W.H., Epidemiologic overview of individuals with upper-limb loss and their reported research priorities. *Journal of Prosthetics and Orthotics.* 1996; 8, 2-11. <http://dx.doi.org/10.1097/00008526-199600810-00003>
438. Ogbonnaya, C., Tillman, C. J., & Gonzalez, K., Perceived Organizational Support in Health Care: The Importance of Teamwork and Training for Employee Well-Being and Patient Satisfaction. *Group & Organization Management.* 2018; 43(3): 475–503. <https://doi.org/10.1177/1059601118767244>
439. Kruse CS , Krowski N , Rodriguez B , et al., Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open* 2017; 7:e016242. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016242
440. Choi HK, Choi YH, Verberne M, Lefeber AW, Erkelens C, Verpoorte R. Metabolic fingerprinting of wild type and transgenic tobacco plants by 1H NMR and multivariate analysis technique. *Phytochemistry.* 2004 Apr;65(7):857-64. doi: 10.1016/j.phytochem.2004.01.019.
441. Chang WY, Ma JC, Chiu HT, Lin KC, Lee PH. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *J Adv Nurs.* 2009 Sep; 65(9):1946-55. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x.
442. Brown, Steven & Lam, Son., A Meta-Analysis of Relationships Linking Employee Satisfaction to Customer Responses. *Journal of Retailing.* 2008; 84: 243-255. doi: 10.1016/j.jretai.2008.06.001.
443. Schlesinger, L. A., & Heskett, J. L., Enfranchisement of Service Workers. *California Management Review.* 1991; 33(4): 83–100. <https://doi.org/10.2307/41166674>
444. Schlesinger, L.A. and Zornitsky, J., Job Satisfaction, Service Capability, and Customer Satisfaction: An Examination of Linkages and Management Implications. *Human Resource Planning.* 1991; 14: 141-149.
445. Heskett, J.L., Jones, T.O., Loveman, G.W., et al., Putting the Service-Profit Chain to Work. *Harvard Business Review.* 1994; 72: 164-170.
446. Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Han K, Liang Y, Gurses AP, Hopkinson S. A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm.* 2010 Jul-Aug; 40(7-8):309-15. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181e93719.



447. Donabedian A. Commentary on some studies on the quality of care. *Health Care Financ Rev.* 1987 Dec; Spec No(Suppl):75-85.
448. Παναγοπούλου Ε., Μπένοζ Α., «Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.* 2004; 21(4):385-390.
449. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009 Mar; 74(3):295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015.
450. Τσούνης Α. & Σαράφης Π., Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.* 2014; 31: 53-540.
451. Weiss BD. Removing Barriers to Better, Safer Care. *Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand. Manual For Clinicians.* 2nd ed. Chicago: American Medical Association Foundation; 2009:6-43.
452. Ruben, B. D., *Communication Theory and Health Communication Practice: The More Things Change, the More They Stay the Same.* *Health Communication.* 2014; 31(1): 1-11.
453. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS., Communication patterns of primary care physicians. *JAMA.* 1997 Jan 22-29; 277(4):350-6.
454. Gu, L., Tian, B., Xin, Y. *et al.* Patient perception of doctor communication skills and patient trust in rural primary health care: the mediating role of health service quality. *BMC Prim. Care.* 2022; 23, 255 <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01826-4>
455. Narenjiha, Mahsa & Haghghat, Shahpar & Bahaddor, Hamidollah & Shajari, Jila & Jameie, Seyed., The Importance of Physicians' Communication Skills and Patients' Satisfaction. *Thrita Journal of Medical Sciences.* 2012; 1: 57-61. 10.5812/thrita.5460.
456. Fong, Ha, J., & Longnecker, N., *Doctor-patient communication: a review.* Spring. 2010; 10: 38-43.
457. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am.* 2003 Sep; 87(5):1115-45. doi: 10.1016/s0025-7125(03)00066-x. PMID: 14621334.
458. Neumann M., Edelhauser F., Tauschel D., Fisher M., Wirtz M., Woopen C., Haramati A. & Scheffer C., Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine.* 2011; 86(8), 996-1009.
459. Todres, Les & Galvin, Kathleen & Holloway, Immy., The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2009; 4. 10.1080/17482620802646204.
460. Farin E, Gramm L, Schmidt E. Taking into account patients' communication preferences: instrument development and results in chronic back pain patients. *Patient Educ Couns.* 2012 Jan; 86(1):41-8. doi: 10.1016/j.pec.2011.04.012.
461. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, Macdonald ME, Ingram L, The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship, *Patient Educ Couns.* 2011; 85 (3):369-374
462. Ha JF, Longnecker N, *Doctor-patient communication: a review,* Ochsner J, 2010; 10(1):38-43
463. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al, The impact of patient-centered care on outcomes, *J Fam Pract.* 2000; 49(9):796-804
464. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations, *BMJ.* 2001; 323(7318):908-911
465. Sator M, Gstettner A, Hladschik-Kermer B. Doctor-patient-communication in an oncological outpatient department. A linguistic study of communication problems. *Wien Klin Wochenschr.* 2008; 120(5-6):158-70. German. doi: 10.1007/s00508-008-0948-y.





466. Πολυκανδριώτη, Μ., Γουδέβενος, Ι., Μιχάλης, Α., Πατσιλινάκος, Σ., Νικολάου, Β., Ολύμπιος, Χ., Δηλανάς, Χ., Βοττέας, Β., Ζόμπολος, Σ. & Ελισάφ, Μ., «Επίπτωση του Άγχους και της Κατάθλιψης στις Ανάγκες Νοσηλευομένων Ασθενών με Στεφανιαία Νόσο», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2012; 29(1):33-43
467. Πολυκανδριώτη, Μ., «Ανάγκη Ενημέρωσης-Πληροφόρησης των Ασθενών», *Το Βήμα Του Ασκληπιού*. 2011; 10(4):439- 440
468. Καραμανίσου Χ., *Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών και το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης: Προσανατολισμοί για την πολιτική υγείας*. Στο: Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Ν (Επιμ.) *Θεσμοί και πολιτικές υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010:443-455.
469. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2007 Aug; 67(3):333-42. doi: 10.1016/j.pec.2007.05.005.
470. Τσίμτσιου, Ζ., «Σχέση και Επικοινωνία Ιατρού-Ασθενή: Καταγραφή Αντιλήψεων και Προσδοκιών σε Δείγμα Ιατρών και Ασθενών», *Διδακτορικό, Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*. 2008.
471. Centor RM., To be a great physician, you must understand the whole story. *MedGenMed*. 2007 Mar 26; 9(1):59.
472. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med*. 2003 Apr; 56(7):1453-68. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00142-9.
473. Engström, M., Skytt, B. and Nilsson, A., Working Life and Stress Symptoms among Caregivers in Elderly Care with Formal and No Formal Competence. *Journal of Nursing Management*. 2011; 19: 732-741. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01270.x>
474. Calnan M, Rowe R. Researching trust relations in health care: conceptual and methodological challenges-introduction. *J Health Organ Manag*. 2006;20(5):349-58. doi: 10.1108/14777260610701759.
475. Kelley K, Clark B, Brown V, Sitzia J. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Health Care*. 2003 Jun;15(3):261-6. doi: 10.1093/intqhc/mzg031.
476. Gilbert, P. & Irons, C., Compassionate mind training, for shame and self-attacking, using cognitive, behavioral, emotional and imagery interventions. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research, and use in psychotherapy* London: Brunner-Routledge. 2005; pp. 263-325
477. Hall, B.H., Jaffe, A.B., Trajtenberg, M., The NBER patent citation data file: Lessons, insights and methodological tools. National Bureau of Economic Research. 2001.
478. Brownlie, J., & Howson, A., 'Leaps of Faith' and MMR: An Empirical Study of Trust. *Sociology*. 2005; 39(2): 221-239. <https://doi.org/10.1177/0038038505050536>
479. Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E, Azari, R., Patient trust in physician: Relationship to patient requests, *Family Practice*. 2002; 19(5): 476-483.
480. Pearson, S. D, Raeke, L. H., Patients' trust in physicians: Many theories, few measure, and little data, *Journal of General Internal Medicine*. 2000; 15, pp. 509-513.
481. Goudge J, Gilson L. How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience. *Soc Sci Med*. 2005 Oct; 61(7):1439-51. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.071.
482. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care*. 2011 Oct; 23(5):503-9. doi: 10.1093/intqhc/mzr038.
483. Rafii, A., Deval, B., Geay, J.F., Chopin, N. and Paoletti, X., Paraiso, D., et al. (2007) Treatment of FIGO stage IV ovarian carcinoma: Results of primary surgery or interval



- surgery after neoadjuvant chemotherapy: A retrospective study. *International Journal of Gynecological Cancer*, 17, 777-783. doi:10.1111/j.1525-1438.2007.00905.x
484. Otani K, Herrmann PA, Kurz RS., Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Serv Manage Res*. 2011 Nov;24(4):163-9. doi: 10.1258/hsmr.2011.011008.
485. Sweeney MO, Hellkamp AS, Ellenbogen KA, Greenspon AJ, Freedman RA, Lee KL, Lamas GA; MOde Selection Trial Investigators. Adverse effect of ventricular pacing on heart failure and atrial fibrillation among patients with normal baseline QRS duration in a clinical trial of pacemaker therapy for sinus node dysfunction. *Circulation*. 2003 Jun 17;107(23):2932-7. doi: 10.1161/01.CIR.0000072769.17295.B1.
486. Izza Arshad, Noreen; Bosua, Rachele; and K. Milton, Simon, "Understanding The Use Of Enterprise Content Management Systems (Ecms) In Diversification Type Of Organizations" (2012). PACIS 2012 Proceedings. 35. <https://aisel.aisnet.org/pacis2012/35>
487. Cheng, S., Heavy Metals in Plants and Phytoremediation. *Environmental Science and Pollution Research International*. 2003; 10: 335-340. doi: 10.1065/espr2002.11.141.3
488. Kim, W. G., Ng, C. Y., & Kim, Y., Influence of Institutional DINESERV on Customer Satisfaction, Return Intention, and Word-of-Mouth. *International Journal of Hospitality Management*. 2009; 28: 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2008.03.005>
489. Markey, C. N., Culture and the development of eating disorders: A tripartitemodel. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2004; 12: 139–156.
490. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, et al. A model of empathic communication in the medical interview. *Journal of the American Medical Association* 1997; 277: 678–682.
491. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement* 2001; 61(2): 349-365.
492. Levinson W, Roter D, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association* 1997; 277: 553–559.
493. DiMatteo, M. R. & Martin, L. R. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
494. Γκόλια Ι., Ντόνας Γ., Πανταζή Θ., Μουρατίδης Γ., Ερευνητική προσέγγιση του προεγχειρητικού άγχους και κατάθλιψης. *Εγκέφαλος*. 2002; 39 (2):1
495. Stergiopoulou A, Vlahos G. The Preoperative Education Effect on the Reduction of Patient Anxiety. *Νοσηλευτική*. 2010; 49 (1):26-30.
496. Rodriguez-Osorio CA, Dominguez-Cherit G. Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. *Curr Opin Crit Care*. 2008 Dec;14(6):708-13. doi: 10.1097/MCC.0b013e328315a611.
497. Morin, M. and Chebat, J. C., "Person – place congruency: The interactive effects of shopper style and atmospherics on consumer expenditure," *Journal of Service Research*. 2005; 8(2): 181-91.
498. Ezeh, Chris & Harris, Lloyd., Servicescape research: A review and a research agenda. *The Marketing Review*. 2007; 7: 59-78.
499. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organizational support, and quality of care:cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 2002; 14:5-13.
500. Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M, Ball J. The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *J Nurs Manag*. 2005 Jan; 13(1):51-60. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00460.x.



501. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud.* 2007 Feb;44(2):175-82. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003.
502. Χυτήρης, Λ. & Άννινος, Λ. (2015). Διοίκηση και Ποσότητα Υπηρεσιών. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά συγγράμματα και βοηθήματα. Εκδόσεις Kallipos.
503. Aloba, O., Mapayi, B., Akinsulore, S., Ukpong, D. & Fatoye, O., Trust in Physician Scale: Factor structure, reliability, validity and correlates of trust in a sample of Nigerian psychiatric outpatients. *Asian Journal of Psychiatry.* 2014; 11: 20–27.
504. Bodur S., Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occup Med (Lond).* 2002 Sep; 52(6):353-5. doi: 10.1093/occmed/52.6.353.
505. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians 1997–2001. *JAMA.* 2003; 289:442–449
506. Ham C. Improving the performance of health services: The role of clinical leadership. Available at: The Lancet, March 2003. <http://image.thelancet.com/extras/02art8342web.pdf>
507. Janicijevic I, Seke K, Djokovic A, Filipovic T. Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction - where is the linkage? *Hippokratia.* 2013 Apr; 17(2):157-62.
508. Rosiek A, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł, Leksowski K. Chronic Stress and Suicidal Thinking Among Medical Students. *Int J Environ Res Public Health.* 2016 Feb 15; 13(2):212. doi: 10.3390/ijerph13020212.
509. Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ., Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2004; 21(4): 354 - 362.
510. World Health Organization (1997) WHOQOL, Measuring Quality of Life Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
511. Beebe, H., Hitchcock, C., and Menzies, P. (eds) (2012). *The Oxford Handbook of Causation.* Oxford: Oxford University Press.
512. Hong, G. (2015). *Causality in a Social World: Moderation, Mediation, and Spill Over.* Chichester: Wiley.
513. Pearl, J., Glymour, M., and Jewell, N. P. (2016). *Causal Inference in Statistics: A Primer.* Chichester: Wiley.
514. Antonakis, J., Bendahan, S., Jacquart, P., and Lalive, R., “Causality and endogeneity: Problems and solutions,” in *The Oxford Handbook of Leadership and Organizations*, ed. D. V. Day (New York, NY: Oxford University Press). 2014; 93–117.
515. Stock, J. H., and Watson, M. W., *Introduction to Econometrics.* Boston, MA: Addison Wesley. 2003.
516. Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O., Does doctor–patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health services research.* 2008; 43(5p1), 1505-1519.
517. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. *N Engl J Med.* 2008 Oct 30;359(18):1921-31. doi: 10.1056/NEJMsa0804116.
518. Kennedy DM, Fasolino JP, Gullen DJ. Improving the patient experience through provider communication skills building. *Patient Experience Journal.* 2014; 1(1):56-60. doi: 10.35680/2372-0247.1009.
519. Schäfer, W. L., Boerma, W. G., Murante, A. M., Sixma, H. J., Schellevis, F. G., Groenewegen, P., Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bull World Health Organ.* 2015 Mar 1; 93(3): 161-168. doi: 10.2471/BLT.14.140368.





520. Agbozo, G. K., Owusu, I. S., Hoedoafia, M. A., & Atakorah, Y. B., The Effects of the Work Environment on Job Satisfaction: Evidence from the Banking Sector in Ghana. *Journal of Human Resource Management*. 2017; 5:12-18. 10.11648/j.jhrm.20170501.12
521. Gagné, M., & Deci, E. L., Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*. 2005; 26 (4): 331–362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
522. Piko, B.F., Burnout, Role Conflict, Job Satisfaction and Psychosocial Health among Hungarian Health Care Staff: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 311-318. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>
523. Zangaro, G., & Soeken, K., A meta-analysis of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing and Health*. 2007; 30(4): 445-458.
524. Gesme, D.H., E.L. Towle, M. Wiseman, «Essentials of staff development and why you should care», *Journal of Oncology Practice*. 2010; 6(2):104-106.
525. Wong EL, Yam CH, Cheung AW, Leung MC, Chan FW, Wong FY, Yeoh EK. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Serv Res*. 2011 Sep 29;11(1):242. doi: 10.1186/1472-6963-11-242.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

**A1. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Εργαζομένων στον Τομέα Υγείας**

**A2. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών στα Νοσοκομεία**

**A3. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών στο ΠΕΔΥ -  
Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας**



## Α1. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Εργαζομένων στον Τομέα Υγείας



Εθνικόν και  
Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών



Υπουργείο Υγείας  
1<sup>η</sup> Υγειονομική  
Περιφέρεια Αττικής

Το παρόν ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με σκοπό να διερευνηθεί η ικανοποίηση των εργαζομένων στον Δημόσιο Τομέα Υγείας. Χρειάζονται μόνο 15 λεπτά από τον χρόνο σας για την συμπλήρωσή του, είναι **ανώνυμο**, ενώ οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά** ως στοιχεία της έρευνας. Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για την συμβολή σας.

*Δημήτρης Καραφέρης*  
MSc in Strategic Management, (c)PhD  
E-mail: karafedis@yahoo.gr

*Δημήτρης Νιάκας*  
Επιβλέπων - Καθηγητής Οικονομικών  
της Υγείας του ΕΚΠΑ

### Τόπος διεξαγωγής της Έρευνας

Νοσοκομείο:.....Τμήμα:.....

ΠΕΔΥ:..... Τμήμα:.....

**Α' Μέρος – Παρακαλώ προσπαθήστε να απαντήσετε σε όλες ερωτήσεις κυκλώνοντας το αντίστοιχο νούμερο, έχοντας υπόψη ότι ο κάθε αριθμός σημαίνει:**

Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ
1	2	3	4	5	6

1. Αισθάνομαι ότι η αμοιβή μου είναι δίκαιη για τη δουλειά που προσφέρω

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Υπάρχουν λίγες πιθανότητες για προαγωγή στην εργασία μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Ο/Η προϊστάμενος/η μου είναι αρκετά ικανός/η στη δουλειά του/της

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τα προνόμια που μου προσφέρει η εργασία μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Όταν κάνω τη δουλειά μου σωστά, αποκομίζω την αναγνώριση που θα έπρεπε

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθεί ο οργανισμός στον οποίο απασχολούμαι έχουν ως αποτέλεσμα να κάνουν τη δουλειά μου πιο δύσκολη

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Σε γενικές γραμμές συμπαθώ τους συναδέλφους μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι η εργασία μου δεν έχει νόημα

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---



Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ
1	2	3	4	5	6

9. Η επικοινωνία στον οργανισμό στον οποίο απασχολούμαι κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

10. Οι αυξήσεις είναι μικρές και δεν είναι συχνές

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Εκείνοι που διεκπεραιώνουν καλά τα καθήκοντα τους έχουν αρκετά καλές πιθανότητες να πάρουν προαγωγή

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Ο/Η προϊστάμενος/η είναι άδικος μαζί μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. Τα προνόμια που αποκομίζω από την εργασία μου, είναι τόσο καλά όσο και αυτά που αποκομίζουν οι υπάλληλοι άλλων δημοσίων υπηρεσιών

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω εκτιμάται όπως πρέπει

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Οι προσπάθειες μου για να κάνω σωστή δουλειά σπανίως "μπλοκάρονται" από τη γραφειοκρατία

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Πιστεύω ότι πρέπει να δουλεύω περισσότερο στη δουλειά μου εξαιτίας της ανικανότητας των συναδέλφων μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. Μου αρέσει να κάνω αυτά που πρέπει να κάνω στη δουλειά μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. Οι στόχοι που ανά διαστήματα θέτει ο οργανισμός στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι σαφείς

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19. Αισθάνομαι ότι δεν εκτιμούν ιδιαίτερα τη δουλειά μου όταν σκέφτομαι το μισθό που μου δίνουν

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20. Οι άνθρωποι που δουλεύουν εδώ μπορούν να ανελιχθούν τόσο γρήγορα, όσο και αν δούλευαν οπουδήποτε αλλού

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21. Ο/Η προϊστάμενος/η δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---



Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ Αρκετά	Διαφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Αρκετά	Συμφωνώ Πολύ
1	2	3	4	5	6

22. Τα προνόμια που μας προσφέρει η εργασία μας είναι ικανοποιητικά

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

23. Οι πιθανότητες για να ανταμειφθεί ηθικά κάποιος που εργάζεται εδώ είναι λίγες

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

24. Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

25. Περνάω καλά με τους συναδέλφους μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

26. Συχνά αισθάνομαι ότι δεν γνωρίζω τι ακριβώς συμβαίνει στην υπηρεσία μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

27. Αισθάνομαι περήφανος που κάνω αυτή τη δουλειά

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

28. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις προοπτικές που υπάρχουν για αύξηση του μισθού μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

29. Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ τα δικαιούμαστε

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

30. Συμπαθώ τον προϊστάμενο/η μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

31. Στη δουλειά μου, έχω πάρα πολύ μεγάλο όγκο γραφικής εργασίας

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

32. Δεν πιστεύω ότι οι προσπάθειες μου αναγνωρίζονται στον βαθμό που θα έπρεπε

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

33. Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προοπτικές που υπάρχουν για μια πιθανή προαγωγή μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

34. Υπάρχουν αρκετοί διαπληκτισμοί και συγκρούσεις στη δουλειά μου

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

35. Η δουλειά μου είναι ευχάριστη

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

36. Τις δουλειές που μου αναθέτουν δεν μου τις εξηγούν πλήρως

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**Β' Μέρος – Δημογραφικά Στοιχεία Ερωτηθέντος:**

1. Φύλο  Άνδρας  Γυναίκα
2. Η ηλικία σας είναι:  
 έως 25  26 – 35  36 – 45  46 – 55  56 και άνω
3. Η οικογενειακή κατάσταση σας είναι:  
 Έγγαμος/η  Άγαμος/η  Διαζευγμένος/η  Χήρος/α
4. Ποιό είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας, ανεξάρτητα από την θέση για την οποία έχετε προσληφθεί:  
 Υποχρεωτική  Δευτεροβάθμια  
 Τριτοβάθμια  Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό
5. Σε ποιά από τις παρακάτω κατηγορίες προσωπικού εργάζεστε:  
 Ιατρικό-Επιστημονικό  Νοσηλευτικό-Παραϊατρικό  
 Διοικητικό-Πληροφορικής  Τεχνικό  Βοηθητικό
6. Εργάζεστε ως :  
 Μόνιμος Υπάλληλος  Συμβασιούχος
7. Συνολικά Έτη Προϋπηρεσίας στο Δημόσιο Τομέα:  
 έως 5  6 – 10  11 – 15  16 – 20  άνω των 20
8. Ποια από τις παρακάτω φράσεις εκφράζει καλύτερα την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού σας;  
 Δεν τα βγάζω πέρα  Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες  
 Τα βγάζω πέρα αλλά δεν μου μένουν και πολλά στην άκρη  
 Είμαι άνετος οικονομικά  Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
9. Από τους κάτωθι παράγοντες, ποιοι θεωρείτε ότι μπορούν να παροτρύνουν εσάς ή/και τους συναδέλφους σας να καταβάλλετε πρόσθετη προσπάθεια; Ιεραρχήστε τις παρακάτω επιλογές από **1** (καθόλου σημαντικός) έως **10** (πολύ σημαντικός)

Κίνητρα για πρόσθετη προσπάθεια & βελτίωση της παραγωγικότητας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Αναγνώριση συνεισφοράς & προόδου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ευκαιρίες ανάληψης πρωτοβουλιών & αξιοποίησης ικανοτήτων	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη σημαντικών αποφάσεων	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δυνατότητα εξέλιξης / προαγωγή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Επιμόρφωση προσωπικού, σεμινάρια & εκπαίδευση σε νέα συστήματα-τεχνολογίες	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καλή επίβλεψη & υποστήριξη από ανώτερα στελέχη	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ευκαιρίες ανάπτυξης νέας γνώσης- δεξιοτήτων	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ευέλικτο ωράριο εργασίας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Εκτίμηση & καλή φήμη	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ικανοποιητικές Αμοιβές	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Μονιμότητα - Εργασιακή Ασφάλεια	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Συμφωνώ και επιθυμώ την συμμετοχή μου στην έρευνα

Αθήνα,...../...../.....

*Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο και τη συμμετοχή σας!*



**Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
Ιατρική Σχολή Αθηνών**

### **Ενημερωτικό Σημείωμα & Συναίνεση Ερωτώμενου**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της Διδακτορικής Διατριβής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, που αφορά τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

Μέσω του ερωτηματολογίου επιχειρείται η συλλογή στοιχείων που θα βοηθήσουν στην καλύτερη οργάνωση της Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού και κατ' επέκταση όλου του Οργανισμού. Ο σημαντικότερος πόρος ενός οργανισμού είναι οι άνθρωποι. Υποστηρίζοντας τους, μέσα από προτάσεις βελτίωσης, θα επιτευχθεί τόσο η αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης τους όσο και η επίτευξη των συνολικών στόχων του οργανισμού.

Για τη συμπλήρωση του απαιτούνται ελάχιστα λεπτά, δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, αυτό που περισσότερο μας ενδιαφέρει είναι η προσωπική σας άποψη. Από εσάς θα επιθυμούσα μια ειλικρινή απάντηση προκειμένου να διαμορφώσω όσο το δυνατόν πιο ασφαλή και ακριβή αποτελέσματα.

Το ερωτηματολόγιο είναι **εμπιστευτικό** και **ανώνυμο**, ενώ οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά** ως στοιχεία ανάλυσης στο ερευνητικό κομμάτι της διατριβής. Στο τέλος του ερωτηματολογίου, παρακαλώ σημειώστε ότι ενημερωθήκατε και επιθυμείτε να συμμετάσχετε, μονογράψτε χωρίς να σημειώσετε το επώνυμο ή το όνομα σας.

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για την συμβολή σας.

**Δημήτρης Καραφέρης**  
*MSc Strategic Management, (c)PhD*





## A2. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών στα Νοσοκομεία



Εθνικόν και  
Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών



Υπουργείο Υγείας  
1<sup>η</sup> Υγειονομική  
Περιφέρεια Αττικής

Το παρόν ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με σκοπό να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών στον Δημόσιο Τομέα Υγείας. Χρειάζονται μόνο 12-15 λεπτά από τον χρόνο σας για την συμπλήρωσή του, είναι **ανώνυμο**, ενώ οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά** ως στοιχεία της έρευνας. Σας ευχαριστούμε πολύ εκ των προτέρων για την συμβολή σας.

*Δημήτρης Καραφέρης*  
MSc in Strategic Management, (c)PhD  
E-mail: karafedis@yahoo.gr

*Δημήτρης Νιάκας*  
Επιβλέπων - Καθηγητής Οικονομικών της  
Υγείας του ΕΚΠΑ

### Τόπος διεξαγωγής της Έρευνας

Νοσοκομείο:.....Κλινική:.....

### Α' Μέρος – Η Εμπειρία σας στο Νοσοκομείο

1. Εισαχθήκατε ως:  Επείγον Περιστατικό  προχωρήστε στην ερώτηση 2  
 Λίστα αναμονής-προσχεδιασμένα  προχωρήστε στην ερώτηση 4

**Κυκλώστε στις κάτωθι ερωτήσεις, τις απαντήσεις που σας εκφράζουν έχοντας υπόψη ότι ο κάθε αριθμός σημαίνει:** 1 = Συμφωνώ απόλυτα, 2 = Συμφωνώ, 3 = Είμαι ουδέτερος, 4 = Διαφωνώ, 5 = Διαφωνώ απόλυτα, 6 = Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

α/α	Αναμονή - Άφιξη - Εισαγωγή	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
2.	Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λάβατε ανεπαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας σας και τη θεραπευτική αγωγή	1	2	3	4	5	6
3.	Η φροντίδα που λάβατε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ήταν καλά οργανωμένη	1	2	3	4	5	6
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	1	2	3	4	5	6
5.	Το κλείσιμο του ραντεβού για εισαγωγή έγινε εύκολα στη Γραμματεία (τηλεφωνικώς ή με επίσκεψη στο νοσοκομείο)	1	2	3	4	5	6
6.	Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	1	2	3	4	5	6
7.	Το προσωπικό της Γραμματείας σας είχε εξηγήσει επαρκώς πριν την εισαγωγή σας τι ακριβώς θα γινόταν στο νοσοκομείο	1	2	3	4	5	6
8.	Η αναμονή σε καρέκλα ή καροτσάκι μέχρι να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο ήταν περισσότερη από ότι θα έπρεπε	1	2	3	4	5	6



9.	Στο εσωτερικό του νοσοκομείου υπήρχαν ταμπέλες ή άλλη σηματοδότηση με την οποία μπορούσατε εύκολα να πάτε εκεί όπου θέλατε	1	2	3	4	5	6
10.	Η διαδικασία εισαγωγής σας στο Νοσοκομείο ήταν δυσάρεστη	1	2	3	4	5	6
11.	Υπήρχε προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία	1	2	3	4	5	6

12. Πόσο διάστημα περιμένατε από την ημέρα που μάθατε ότι πρέπει να νοσηλευθείτε μέχρι την ημέρα που έγινε η εισαγωγή σας;
- < 7 ημέρες       8-15 ημέρες       16-30 ημέρες       1-2 μήνες  
 3-4 μήνες       5-6 μήνες       >6 μήνες       Δεν θυμάστε / Δεν ξέρετε
13. Πόση ώρα έκαναν να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο;
- < 10 λεπτά       11-30 λεπτά       31 λεπτά-1ώρα       1-2 ώρες       >2 ώρες       Δεν θυμάστε

a/a	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Συμφωνό απόλυτα	Συμφωνό	Είμαι Ουδέ- τερος	Διαφωνό	Διαφωνό απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
14.	Οι νοσηλευτές/τριες έδειξαν ενδιαφέρον και σας περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας	1	2	3	4	5	6
15.	Οι νοσηλευτές/τριες ήταν αγενείς	1	2	3	4	5	6
16.	Οι νοσηλευτές/τριες σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες (εξετάσεις από γιατρούς, ακτινογραφίες, κ.λ.π.)	1	2	3	4	5	6
17.	Οι νοσηλευτές/τριες ήταν απρόθυμοι να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας	1	2	3	4	5	6
18.	Οι νοσηλευτές/τριες συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας	1	2	3	4	5	6
19.	Οι νοσηλευτές/τριες καθυστερούσαν να έλθουν, όταν τις ζητούσατε	1	2	3	4	5	6
20.	Οι νοσηλευτές/τριες σας φέρθηκαν με σεβασμό	1	2	3	4	5	6
21.	Ο αριθμός των νοσηλευτών/τριων δεν ήταν επαρκής για την κάλυψη των υπαρχουσών αναγκών	1	2	3	4	5	6
22.	Οι νοσηλευτές/τριες ήταν διακριτικοί/κές	1	2	3	4	5	6
a/a	Ιατρικό Προσωπικό	Συμφωνό απόλυτα	Συμφωνό	Είμαι Ουδέ- τερος	Διαφωνό	Διαφωνό απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
23.	Οι γιατροί περνούσαν σπάνια για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας	1	2	3	4	5	6
24.	Οι γιατροί έδειχναν ενδιαφέρον για εσάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	1	2	3	4	5	6
25.	Οι γιατροί κάποιες φορές αγνοούσαν αυτά που τους λέγατε	1	2	3	4	5	6
26.	Οι γιατροί σας κρατούσαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας	1	2	3	4	5	6
27.	Οι γιατροί ήταν αγενείς	1	2	3	4	5	6
28.	Οι γιατροί ήταν διακριτικοί	1	2	3	4	5	6
29.	Οι οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες	1	2	3	4	5	6



30.	Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό	1	2	3	4	5	6
31.	Ο αριθμός των γιατρών δεν ήταν επαρκής για την κάλυψη των αναγκών	1	2	3	4	5	6
<b>a/a</b>	<b>Υπόλοιπο Προσωπικό</b>	<b>Συμφωνό απόλυτα</b>	<b>Συμφωνό</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνό</b>	<b>Διαφωνό απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
32.	Το προσωπικό του νοσοκομείου που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό	1	2	3	4	5	6
33.	Οι καθαρίστριες ήταν αγενείς	1	2	3	4	5	6
34.	Το υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, τραυματιοφορείς, υπάλληλοι κυλικείου) ήταν αγενές	1	2	3	4	5	6
35.	Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν επαρκές	1	2	3	4	5	6
36.	Χρειάστηκε να σας μεταφέρει τραυματιοφορέας; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (εάν <b>Ναι</b> απαντήστε την ερώτηση <b>37</b> , εάν <b>Όχι</b> προχωρήστε στην ερώτηση <b>38</b> )						
37.	Οι τραυματιοφορείς φαίνονταν κατάλληλα εκπαιδευμένοι	1	2	3	4	5	6
<b>a/a</b>	<b>Φαγητό</b>	<b>Συμφωνό απόλυτα</b>	<b>Συμφωνό</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνό</b>	<b>Διαφωνό απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
38.	Η ποιότητα του φαγητού ήταν κακή	1	2	3	4	5	6
39.	Η θερμοκρασία του φαγητού ήταν αυτή που έπρεπε (π.χ. δεν ήταν υπερβολικά καυτό ή κρύο)	1	2	3	4	5	6
40.	Το φαγητό σερβιριζόταν με καθυστέρηση	1	2	3	4	5	6
<b>a/a</b>	<b>Εσωτερικό Περιβάλλον</b>	<b>Συμφωνό απόλυτα</b>	<b>Συμφωνό</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνό</b>	<b>Διαφωνό απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
41.	Ο θάλαμος ήταν καθαρός	1	2	3	4	5	6
42.	Στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο), όπου μένατε είχε φασαρία	1	2	3	4	5	6
43.	Τα σεντόνια του κρεβατιού σας τα άλλαζαν όσο συχνά έπρεπε	1	2	3	4	5	6
44.	Η θερμοκρασία του θαλάμου ήταν ακατάλληλη (έκανε κρύο ή πολύ ζέστη)	1	2	3	4	5	6
45.	Οι χώροι υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5	6
46.	Στο θάλαμο σας νοιώθατε άβολα γιατί υπήρχαν περισσότεροι ασθενείς από ότι έπρεπε	1	2	3	4	5	6
47.	Νοιώθατε ότι τα προσωπικά σας πράγματα ήταν επαρκώς ασφαλισμένα από πιθανή κλοπή	1	2	3	4	5	6



48.	Νοιώθατε άβολα γιατί οι συγγενείς και φίλοι των ασθενών έμεναν στο θάλαμο πολύ ώρα	1	2	3	4	5	6
49.	Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου π.χ. (διάδρομοι, κυλικείο, γραφεία, χώροι αναμονής) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5	6
50.	Νοιώθατε συνεχώς άβολα στο θάλαμο, επειδή υπήρχαν ασθενείς του αντίθετου φύλου	1	2	3	4	5	6
<b>α/α</b>	<b>Διαδικασίες</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
51.	Οι προγραμματισμένες διαδικασίες (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξέταση αίματος, ούρων, κ.τ.λ.) γίνονταν χωρίς καθυστέρηση	1	2	3	4	5	6
52.	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)	1	2	3	4	5	6
53.	Νοιώσατε πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (εάν <b>Ναι</b> απαντήστε την ερώτηση <b>54</b> , εάν <b>όχι</b> προχωρήστε στην ερώτηση <b>55</b> )						
54.	Το προσωπικό του νοσοκομείου ενδιαφέρθηκε για τον πόνο που νοιώθατε και προσπάθησε να σας ανακουφίσει επαρκώς	1	2	3	4	5	6

## ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

55. Σε κλίμακα από το 0 ως το 10 (όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 το καλύτερο), με ποιον βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το Νοσοκομείο που επισκεφθήκατε

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

56. Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο Νοσοκομείο

<input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα	<input type="checkbox"/>	Συμφωνώ	<input type="checkbox"/>	Είμαι Ουδέτερος	<input type="checkbox"/>	Διαφωνώ	<input type="checkbox"/>	Διαφωνώ απόλυτα	<input type="checkbox"/>	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------------

57. Θα συστήνατε το Νοσοκομείο στους φίλους, την οικογένεια σας και τρίτους

<input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα	<input type="checkbox"/>	Συμφωνώ	<input type="checkbox"/>	Είμαι Ουδέτερος	<input type="checkbox"/>	Διαφωνώ	<input type="checkbox"/>	Διαφωνώ απόλυτα	<input type="checkbox"/>	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------------

**Β' Μέρος – Δημογραφικά Στοιχεία Ερωτηθέντος :**

1. Φύλο  Άνδρας  Γυναίκα
2. Τι ηλικία έχετε;  
 έως 17  18 – 30  31 – 44  45 – 60  61 – 74  άνω των 75
3. Οικογενειακή κατάσταση  
 Έγγαμος/η  Άγαμος/η  Διαζευγμένος/η  Χήρος/α
4. Μορφωτικό επίπεδο:  
 Αναλφάβητος  Δημοτικό  Γυμνάσιο  
 Λύκειο  Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ  Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό
5. Επάγγελμα  
 Αγρότης  Δημόσιος Υπάλληλος  Ιδιωτικός Υπάλληλος  
 Συνταξιούχος  Εργάτης-τρια  Φοιτητής-τρια  
 Ελεύθερος  Άνεργος-η / οικιακά  Άλλο  
 Επαγγελματίας
6. Ιθαγένεια / Υπηκοότητα  
 Ελληνική  Άλλη
7. Νομός που διαμένετε  
 Αττικής  Άλλος
8. Ποια από τις παρακάτω φράσεις εκφράζει καλύτερα την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού σας;  
 Δεν τα βγάζω πέρα  Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες  
 Τα βγάζω πέρα αλλά δεν μου μένουν και πολλά στην άκρη  
 Είμαι άνετος οικονομικά  Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
9. Τι μέσο μεταφοράς χρησιμοποιήθηκε για την προσέλευση σας στο Νοσοκομείο;  
 ΕΚΑΒ  ΤΑΞΙ  Ι.Χ.  Αστική Συγκοινωνία  Με τα πόδια
10. Είχατε κάποιο γνωστό σας άτομο στο νοσοκομείο (από το προσωπικό), που σας βοήθησε;  
 Ναι  Όχι  Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
11. Νοσηλεύεστε για περίοδο;  
 2-5 ημέρες  6-15 ημέρες  16-30 ημέρες  1-2 μήνες  
 3-4 μήνες  5-6 μήνες  7-8 μήνες  > 8 μήνες

Ενημερώθηκα και επιθυμώ την συμμετοχή μου στην έρευνα

Αθήνα, ...../...../.....

*Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο και τη συμμετοχή σας!*



**Εθνικόν και  
Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών**

### **Ενημερωτικό Σημείωμα & Συναίνεση Ερωτώμενου**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της Διδακτορικής Διατριβής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με σκοπό να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών στον Δημόσιο Τομέα Υγείας και ιδιαίτερα στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

Συμμετέχοντας σε αυτή τη μελέτη, μας βοηθάτε στο να ερευνήσουμε την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τη συμπλήρωση του απαιτούνται ελάχιστα λεπτά, αυτό που περισσότερο μας ενδιαφέρει είναι η προσωπική σας άποψη και εμπειρία. Από εσάς θα επιθυμούσα μια ειλικρινή απάντηση προκειμένου να διαμορφώσω όσο το δυνατόν πιο ασφαλή και ακριβή αποτελέσματα.

Το ερωτηματολόγιο είναι **εμπιστευτικό** και **ανώνυμο**, ενώ οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά** ως στοιχεία ανάλυσης στο ερευνητικό κομμάτι της διατριβής. Στο τέλος του ερωτηματολογίου, παρακαλώ σημειώστε ότι ενημερωθήκατε και επιθυμείτε να συμμετάσχετε, μονογράψτε χωρίς να σημειώσετε το επώνυμο ή το όνομα σας.

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για την συμβολή σας.

**Δημήτρης Καραφέρης**  
*MSc Strategic Management, (c)PhD*



### Α3. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών στο ΠΕΔΥ - Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας



**Εθνικόν και  
Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών**



**Υπουργείο Υγείας  
1<sup>η</sup> Υγειονομική  
Περιφέρεια Αττικής**

Το παρόν ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με σκοπό να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών στον Δημόσιο Τομέα Υγείας. Χρειάζονται μόνο 12-15 λεπτά από τον χρόνο σας για την συμπλήρωσή του, είναι **ανώνυμο**, ενώ οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά** ως στοιχεία της έρευνας.

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για την συμβολή σας.

**Δημήτρης Καραφέρης**  
MSc in Strategic Management, (c)PhD  
E-mail: karafedis@yahoo.gr

**Δημήτρης Νιάκας**  
Επιβλέπων - Καθηγητής Οικονομικών της  
Υγείας του ΕΚΠΑ

#### Τόπος διεξαγωγής της Έρευνας

Κέντρο Υγείας ΠΕΔΥ:..... Ιατρείο:.....

**Α' Μέρος – Κυκλώστε τις κάτωθι ερωτήσεις, έχοντας υπόψη ότι ο κάθε αριθμός σημαίνει:**

**1 = Συμφωνώ απόλυτα, 2 = Συμφωνώ, 3 = Είμαι ουδέτερος, 4 = Διαφωνώ,  
5 = Διαφωνώ απόλυτα, 6 = Δεν ξέρω / Δεν απαντώ**

α/α	Κλείσιμο Ραντεβού - Υποδοχή	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
1.	Το κλείσιμο του ραντεβού σας έγινε εύκολα και γρήγορα	1	2	3	4	5	6
2.	Ήταν δύσκολο να επιλέξετε εσείς ημέρα και ώρα ραντεβού	1	2	3	4	5	6
3.	Η πρόσβαση σας στο Κέντρο Υγείας ήταν εύκολη	1	2	3	4	5	6
4.	Το προσωπικό στο γραφείο πληροφοριών ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	1	2	3	4	5	6
5.	Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που θελήσατε να εξεταστείτε έως την στιγμή που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας ήταν μεγάλος	1	2	3	4	5	6
6.	Από την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία είσαστε ευχαριστημένος	1	2	3	4	5	6
7.	Η σήμανση στους χώρους του Κέντρου Υγείας για τα Ιατρεία ήταν ελλιπής	1	2	3	4	5	6
8.	Πως κλείσατε το ραντεβού σας στο Κέντρο Υγείας;  <input type="checkbox"/> Τηλεφωνικώς <input type="checkbox"/> Μέσω Internet <input type="checkbox"/> Με επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας						
9.	Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις σας έως την ημέρα που επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας ήταν; <input type="checkbox"/> < 15 ημέρες <input type="checkbox"/> 16 ημέρες-30 ημέρες <input type="checkbox"/> 1-2 μήνες <input type="checkbox"/> 3 μήνες <input type="checkbox"/> 4 μήνες <input type="checkbox"/> > 4 μήνες <input type="checkbox"/> Πήγα χωρίς ραντεβού						





10.	Με τι μέσον ήρθατε στο Κέντρο Υγείας; <input type="checkbox"/> I.X. <input type="checkbox"/> Αστική συγκοινωνία <input type="checkbox"/> Ταξί <input type="checkbox"/> Με τα πόδια <input type="checkbox"/> ΕΚΑΒ (εάν απαντήσατε με I.X. απαντήστε και την ερώτηση 11)						
11.	Η εύρεση θέσης για παρκάρισμα ήταν δύσκολη ; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι						
<b>a/a</b>	<b>Αναμονή πριν το ραντεβού ή τις εργαστηριακές εξετάσεις</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
12.	Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή	1	2	3	4	5	6
13.	Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη	1	2	3	4	5	6
14.	Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε	1	2	3	4	5	6
15.	Η θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής ήταν δυσάρεστη (είχε πολύ κρύο ή πολύ ζέστη)	1	2	3	4	5	6
16.	Ο χρόνος που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής ήταν υπερβολικά μεγάλος	1	2	3	4	5	6
17.	Επισκεφθήκατε τις τουαλέτες του Κέντρου Υγείας ; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (εάν <b>Ναι</b> απαντήστε και την ερώτηση 18)						
18.	Οι τουαλέτες ήταν καθαρές και φροντισμένες	1	2	3	4	5	6
<b>a/a</b>	<b>Ιατρείο &amp; Ιατρική Εξέταση</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέτερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
19.	Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός	1	2	3	4	5	6
20.	Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος	1	2	3	4	5	6
21.	Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέταση σας	1	2	3	4	5	6
22.	Ο γιατρός έδειξε αδιαφορία για την κατάλληλη απομόνωσή σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης ώστε να μη σας βλέπουν ή ακούνε άτομα που δεν έπρεπε	1	2	3	4	5	6
23.	Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας	1	2	3	4	5	6
24.	Ο γιατρός σας έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση της υγείας σας	1	2	3	4	5	6
25.	Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας είπε ο γιατρός	1	2	3	4	5	6
26.	Οι εξηγήσεις και οι οδηγίες που λάβατε από το γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες;	1	2	3	4	5	6
27.	Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό	1	2	3	4	5	6
28.	Οι γιατροί φαίνονταν ανίκανοι και με ανεπαρκή εκπαίδευση	1	2	3	4	5	6
29.	Πόσο χρόνο διήρκεσε η εξέταση στο ιατρείο; <input type="checkbox"/> < 5 λεπτά <input type="checkbox"/> 6-10 λεπτά <input type="checkbox"/> 11-20 λεπτά <input type="checkbox"/> 21-30 λεπτά <input type="checkbox"/> 31-40 λεπτά <input type="checkbox"/> > 41 λεπτά <input type="checkbox"/> Δεν θυμάμαι / Δεν απαντώ						



<b>a/a</b>	<b>Νοσηλευτική Φροντίδα</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέ- τερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
30.	Οι νοσηλεύτριες ήταν ευγενικές με σας	1	2	3	4	5	6
31.	Οι νοσηλεύτριες ήταν απρόθυμες να απαντήσουν σε ερωτήσεις σας	1	2	3	4	5	6
<b>a/a</b>	<b>Εργαστηριακές Εξετάσεις</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέ- τερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
32.	Χρειάστηκε να υποβληθείτε σε εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. μικροβιολογικές / αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, υπερηχογράφημα, κ.α.); <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (εάν Όχι πηγαίνετε στην ερώτηση 38)						
33.	Ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν μεγάλος	1	2	3	4	5	6
34.	Η σηματοδότηση στους χώρους του Κέντρου Υγείας για να βρείτε τα εργαστήρια ήταν επαρκής	1	2	3	4	5	6
35.	Οι χώροι εξέτασης στα εργαστήρια ήταν στενόχωροι / άβολοι	1	2	3	4	5	6
36.	Οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με εύκολο και ανώδυνο για εσάς τρόπο	1	2	3	4	5	6
37.	Το βοηθητικό προσωπικό των εργαστηρίων ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	1	2	3	4	5	6
<b>a/a</b>	<b>Αναχώρηση</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέ- τερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
38.	Πριν από την αναχώρησή σας χρειάστηκε να επισκεφθείτε τη Γραμματεία για τακτοποίηση κάποιας εκκρεμότητας (πληρωμή, θεώρηση βιβλιαρίου, ή άλλο;) <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (εάν Όχι πηγαίνετε στην ερώτηση 42)						
39.	Οι διαδικασίες πληρωμής / θεώρησης ήταν χρονοβόρες	1	2	3	4	5	6
40.	Το προσωπικό της Γραμματείας ήταν ευγενικό και εξυπηρετικό	1	2	3	4	5	6
41.	Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή συγγενών σας από το προσωπικό της Γραμματείας είσαστε ευχαριστημένος / η	1	2	3	4	5	6
<b>a/a</b>	<b>Επιπρόσθετα Στοιχεία</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέ- τερος</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Δεν ξέρω / Δεν απαντώ</b>
42.	Από τη συνεισφορά των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας σας είσαστε ευχαριστημένος / η	1	2	3	4	5	6
43.	Από την τήρηση ησυχίας στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας είσαστε ικανοποιημένος/η	1	2	3	4	5	6



## ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΕΔΥ

44. Σε κλίμακα από το 0 ως το 10 (όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 το καλύτερο), με ποιον βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το Κέντρο Υγείας του ΠΕΔΥ το οποίο επισκεφθήκατε

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

45. Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο Κέντρο Υγείας του ΠΕΔΥ το οποίο επισκεφθήκατε;

Σίγουρα όχι  Μάλλον όχι  Ούτε ναι-ούτε όχι  Μάλλον ναι  Σίγουρα ναι

46. Θα συστήνατε το Κέντρο Υγείας του ΠΕΔΥ το οποίο επισκεφθήκατε στους φίλους και την οικογένεια σας;

Σίγουρα όχι  Μάλλον όχι  Ούτε ναι-ούτε όχι  Μάλλον ναι  Σίγουρα ναι

### Β' Μέρος – Δημογραφικά Στοιχεία Ερωτηθέντος :

1. Φύλο  Άνδρας  Γυναίκα
2. Τι ηλικία έχετε;  
 έως 18  18 – 30  31 – 44  45 – 60  61 – 74  άνω των 75
3. Οικογενειακή κατάσταση  
 Έγγαμος/η  Άγαμος/η  Διαζευγμένος/η  Χήρος/α
4. Μορφωτικό επίπεδο:  
 Αναλφάβητος  Δημοτικό  Γυμνάσιο  
 Λύκειο  Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ  Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό
5. Επάγγελμα  
 Αγρότης  Δημόσιος Υπάλληλος  Ιδιωτικός Υπάλληλος  
 Συνταξιούχος  Εργάτης-τρια  Φοιτητής-τρια  
 Ελεύθερος  Άνεργος-η / οικιακά  Άλλο  
Επαγγελματίας
6. Ιθαγένεια / Υπηκοότητα  
 Ελληνική  Άλλη
7. Νομός που διαμένετε  
 Αττικής  Άλλος
8. Ποια από τις παρακάτω φράσεις εκφράζει καλύτερα την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού σας;  
 Δεν τα βγάζω πέρα  Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες  
 Τα βγάζω πέρα αλλά δεν μου μένουν και πολλά στην άκρη  
 Είμαι άνετος οικονομικά  Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
9. Γενικά επισκέπτεστε το Κέντρο Υγείας, για :  
 Απλή Συνταγογράφηση  Παρακολούθηση & Εξέταση  
 Επείγουσα Περίθαλψη  Χορήγηση Πιστοποιητικού  
 Παρακολούθηση χρόνιου νοσήματος & Συνταγογράφηση  Προληπτική Φροντίδα  
 Άλλο

Συμφωνώ και επιθυμώ την συμμετοχή μου στην έρευνα

Αθήνα, ...../...../.....

*Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο και τη συμμετοχή σας!*



**Εθνικόν και  
Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών**

### **Ενημερωτικό Σημείωμα & Συναίνεση Ερωτώμενου**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της Διδακτορικής Διατριβής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με σκοπό να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών στον Δημόσιο Τομέα Υγείας και ιδιαίτερα στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

Συμμετέχοντας σε αυτή τη μελέτη, μας βοηθάτε στο να ερευνήσουμε την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τη συμπλήρωση του απαιτούνται ελάχιστα λεπτά, αυτό που περισσότερο μας ενδιαφέρει είναι η προσωπική σας άποψη και εμπειρία. Από εσάς θα επιθυμούσα μια ειλικρινή απάντηση προκειμένου να διαμορφώσω όσο το δυνατόν πιο ασφαλή και ακριβή αποτελέσματα.

Το ερωτηματολόγιο είναι **εμπιστευτικό** και **ανώνυμο**, ενώ οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά** ως στοιχεία ανάλυσης στο ερευνητικό κομμάτι της διατριβής. Στο τέλος του ερωτηματολογίου, παρακαλώ σημειώστε ότι ενημερωθήκατε και επιθυμείτε να συμμετάσχετε, μονογράψτε χωρίς να σημειώσετε το επώνυμο ή το όνομα σας.

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για την συμβολή σας.

**Δημήτρης Καραφέρης**  
*MSc Strategic Management, (c)PhD*



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'**

### **ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΈΡΕΥΝΑΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»  
Ταχ. Διεύθυνση: Μεσογείων 154,  
Ταχ. Κώδικας 115 27  
Τμ. Γραμματείας  
Πληρ.: Ειρ. Τόλη  
Τηλ.: 213 20 32 158

3

Αθήνα, 23/09/19.

Αρ. Πρωτ. 27629

Προς:  
κ. Δημήτρη Καραφέρη  
Διοικητικό Υπάλληλο 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής

Θέμα: «Έγκριση διενέργειας Έρευνας του κ. Δημήτρη Καραφέρη στο ΓΝΑ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ».

Σε απάντηση της αριθμ. 16060/30-5-2019 αιτήσεως σας, σας γνωρίζουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 8<sup>η</sup>/29-8-2019 τακτική συνεδρίαση του ομόφωνα γνωμοδότησε θετικά και ενέκρινε την υλοποίηση έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής σας διατριβής με θέμα: «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο τομέα-Ανάλυση των υπηρεσιών υγείας».

Με τη διεξαγωγή της έρευνας είναι σύμφωνοι οι εξής:

1. κα Αργυρώ Παπαχρήστου, Διευθύντρια Διοικητικής Υπηρεσίας και
2. κα Χρυσή Μπαμπιονιτάκη, Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

Επισημαίνεται ότι θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας κατά τη συλλογή των δεδομένων. Επίσης η εμπιστευτικότητα αυτών καθώς και δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας.

Παρακαλούμε με την ολοκλήρωση της διδακτορικής σας διατριβής να κατατεθεί αντίγραφο στη Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας.

Η Διευθύντρια Διοικητικής Υπηρεσίας  
Αργυρώ Παπαχρήστου

Κοινοποίηση:

1. Τμ. Γραμματείας
2. Βιβλιοθήκη



ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΤΗΝ ΔΚΡΙΒΕΙΑ

Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»  
Χ. ΚΟΛΙΝΗ ΜΑΝΟΥΣΟΓΙΑΝΝΑΚΗ  
ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ  
ΤΕΧΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗΓΟΙ



Αρ. Πρωτ. 12416/Φ.448  
13-6-2019

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»  
Δ/ση: Λεωφ. Αλεξάνδρας 171 – 115 22 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ: 210 6409000, Fax: 210 6420146

Αθήνα, 13-06-2019

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ Γ. ΚΑΡΑΪΤΙΑΝΟΣ  
Αμ. Επικ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

ΠΡΟΣ  
Τον Πρόεδρο Δ.Σ. - Διοικητή

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά τη συνεδρίασή του στις 11-06-2019, μελέτησε διεξοδικά το υπ' αρ. πρωτ. 10603/27-05-2019 αίτημα του κ. Δ. Καραφέρη, ο οποίος είναι υποψήφιος Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, και εκπονεί διδακτορική διατριβή με θέμα «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στον Δημόσιο Τομέα – Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας».

Τα μέλη του Συμβουλίου εισηγήθηκαν θετικά για το αίτημα του κ. Καραφέρη να διεξαγάγει έρευνα σε μέρος του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» αλλά και σε ασθενείς, με την προϋπόθεση ότι θα οριστεί κάποιος υπεύθυνος από πλευράς Νοσοκομείου που θα έχει την επίβλεψη διεξαγωγής της έρευνας.

Ο ερευνητής δεσμεύεται για τα εξής:

- Δε θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.
- Θα τηρηθούν οι κανόνες δεοντολογίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των εμπλεκομένων στη μελέτη.
- Μετά το πέρας της ερευνητικής εργασίας να κατατεθεί αντίγραφο αυτής στο Νοσοκομείο.

Ο Πρόεδρος  
του Επιστημονικού Συμβουλίου

ΙΩΑΝΝΗΣ Γ. ΚΑΡΑΪΤΙΑΝΟΣ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΙΩΑΝΝΗΣ Γ. ΚΑΡΑΪΤΙΑΝΟΣ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ  
Γ.Ν. "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"  
Γ.Ν. "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"  
ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ,  
ΕΡΕΥΝΑΣ & ΣΥΝΕΧ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΠΛΗΡ. ΚΑΛ. ΔΡΙΤΣΑΚΟΥ  
ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ: ΠΛ. Έλενας Βενιζέλου 2  
ΤΑΧ.ΚΩΔ. 11521 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2132051125  
ΦΑΞ: 2132051125  
EMAIL: quality-secr@hospital-elena.gr

Νοσοκομείο Φιλικό Προς Τα Βρέφη  
Baby Friendly Hospital

Αθήνα, 4-7-19  
Αρ. Πρωτ. 16384

ΠΡΟΣ  
Τον κ. Καραφέρη Δημήτρη  
Θεσσαλίας 2, ΤΚ 15772, Ζωγράφου

Email [karafedis@yahoo.gr](mailto:karafedis@yahoo.gr)

#### ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτηση σας

Σχετ. 1) Το υπ'αρ.πρωτ. 12884/30-05-2019 έγγραφο μας με συνημμένη την υπ'αρ.πρωτ. 12684/27-05-2019 αίτηση σας  
2) Η υπ'αρ. 17/8ΗΔ/27-06-2019 Απόφαση ΕΣ

Σε απάντηση της σχετικής (1) αίτησης σας, σας διαβιβάζεται η σχετική (2) Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου, για ενημέρωση σας.  
Παραμένουμε στη διάθεση σας σχετικά.

Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΟΥΡΑΝΙΑ ΚΟΝΙΩΣΗ

Συνημμένα: Το σχετικό (2)

Κοινοποίηση :

1. Γρ. Διοίκησης
2. ΔΙΥ
3. ΔΝΥ
4. ΔΔΥ
5. Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας
6. Τμήμα Διαχείρισης Ανθ/νου Δυναμικού





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

<ΚΑΤ>

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

Ταχ.Δ/ση: Νίκης 2  
Τ.Κ. 145 61 Κηφισιά  
Πληροφορίες: Γραμματεία κος Γεώργιος Νιζάμης  
Fax: 2132086765  
Τηλέφωνο: 2132086570  
Email: agensec@kat-hosp.gr

ΚΗΦΙΣΙΑ: 12-09-2019

Αρ.πρωτ.Ε.Σ: 344

Έγκριση στο 9266/18-07-2019

**Προς:**

**Τα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου Γ.Ν.Α. ΚΑΤ**

**ΘΕΜΑ (42):** Αίτηση Καραφέρη Δημήτριου.

«Διακίνηση ερωτηματολογίων για την ικανοποίηση των εργαζομένων και των ασθενών στο Νοσοκομείο σας. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και εμπιστευτικά σύμφωνα με τις Αρχές Προστασίας Δεδομένων και τα GDPR»  
Αρ. Πρωτ. 9266 / 18-7-19.

Πρόταση Επιτροπής Έρευνας: **Εγκρίνεται**

**Το Επιστημονικό Συμβούλιο**, κατόπιν θετικής εισηγήσεως της Επιτροπής Έρευνας και μετά από συζήτηση επί του θέματος ομόφωνα εγκρίνει την επιστημονική μελέτη, δοθέντος ότι η συγκεκριμένη μελέτη ΔΕΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ αφενός μεν οικονομικά το Νοσοκομείο, αφετέρου δε τους συμμετέχοντες εργαζόμενους του Νοσοκομείου στην εκτέλεση της καθημερινής εργασίας τους.

**Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.**

**Δρ. Παρασκευόπουλος Ιωάννης**

**Κοινοποίηση:**  
κο Καραφέρη Δημήτριο

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ**  
ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
ΓΝΑ ΚΑΤ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
 1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ  
 ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ



Αθήνα: 04-09-2019  
 Αριθμ. Πρωτ.: 12975

Λ. Μεσογείων 152, 11527  
**ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ &  
 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**  
 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΤΡΙΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ  
 ΤΗΛ: 210 7770487, ΕΣΩΤ:3651  
 FAX: 210 7770487  
 E-mail:synekr@sotiria.gr

ΠΡΟΣ: Τον κ.

↓ ΚΑΡΑΦΕΡΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟ

Κοινοποίηση:

- ↓ Γραφείο Αναπληρωτή Διοικητή
- ↓ Επιστημονικό Συμβούλιο
- ↓ Διεύθυνση Διοικητικού- Οικονομικού
- ↓ Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
- ↓ Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- ↓ ΕΚΠΑ Ιατρική Σχολή
- ↓ Πρόεδρο Ιατρικής Σχολής

**ΘΕΜΑ: «Έγκριση ερευνητικής εργασίας»**

**ΣΧΕΤ:** Το υπ' αριθμ. 23/12-08-2019 θέμα 12ο (ΑΔΑ: Ψ123469069-Χ15), απόσπασμα πρακτικών του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας.

Σας γνωρίζουμε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας, (Συνεδρίαση 23/12-08-2019 θέμα 12ο), μετά από θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου (υπ' αριθμ. πρωτ. 16182/12-07-2019 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου), ενέκρινε την ερευνητική εργασία σας με τίτλο: «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα-Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας», στα πλαίσια της διδακτορικής σας διατριβής.

Η εν λόγω εργασία αφορά στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από το προσωπικό και τους ασθενείς του Νοσοκομείου, υπό την επίβλεψη του Καθηγητή, κ. Πέτρου Σφηκάκη.

Καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας θα διατηρηθούν η ανωνυμία, το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων και δεν θα επιβαρυνθεί το Νοσοκομείο μας με οιονδήποτε τρόπο.

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
 ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΚΟΥΦΑΚΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ της 9<sup>ης</sup>/27-09-2019 Συνεδρίασης

**ΘΕΜΑ 28<sup>ον</sup>:** Διακίνηση ερωτηματολογίων στα Νοσοκομεία της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής για την διεξαγωγή έρευνας στο πλαίσιο διδακτορικής διατριβής.

- ΣΧΕΤΙΚΑ:**
- 1.- Η αριθ. 655/06-08-2019 αίτηση του Υποψήφιου Διδάκτορα Δημ. Καραφέρη
  - 2.- με τη σύμφωνη γνώμη του Καθηγητή Μ.Α.Δημόπουλου Διευθυντή Θεραπευτικής Κλινικής
  - 3.- με τη σύμφωνη γνώμη του Καθηγητή Δ. Λουτράδη Δ/ντή της Α΄ Μ/Γυναικολογικής Κλινικής
  - 4.- με τη σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας Ιατρικής Υπηρεσίας Μ. Σπυροπούλου – Βλάχου
  - 5.- με τη σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Αν. Πιτσούνη
  - 6.- με τη σύμφωνη γνώμη του Αναπληρών την Αναπληρώτρια Διοικητική Διευθύντρια Δημήτρη Παπαδημητρίου
  - 7.- Βεβαίωση ΕΚΠΑ
  - 8.- Το αριθμ. 31707/07-06-2019 έγγραφο της 1η Υ.Π.Ε.
  - 9.- Πρωτόκολλο Διδακτορικής Διατριβής
  - 10.- Ενημερωτικό Σημείωμα και Συναίνεση Ερωτώμενου
  - 11.- Ερωτηματολόγιο Έρευνας.


Κατά την 9η/27.09.2019 συνεδρίαση, του Επιστημονικού Συμβουλίου **παρόντες ήσαν:**

- 1.- Δημόπουλος Μελέτιος - Αθανάσιος - Καθηγητής-Δ/ντής Θεραπευτικής Κλινικής
- 2.- Γαβρίλη Σταυρούλα – Διευθύντρια Παιδιατρικής
- 3.- Σταματάκης Εμμανουήλ – Επιμελητής Α΄ Ανασθησιολογίας
- 4.- Μαρινόπουλος Σπυρίδων - Επιμελητής Β΄ Μ-Γ
- 5.- Διακόςββας Μιχαήλ- Ειδικευόμενος Μ-Γ
- 6.- Θεοχάρη Ελένη -Βιολόγος
- 7.- Ζιώγας Νικόλαος – Μαιευτής
- 8.- Βρακά Αλεξάνδρα –Τεχνολόγος

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα,

**ΟΜΟΦΩΝΑ**

Εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίου στον υποψήφιο διδάκτορα Δημήτριο Καραφέρη στο πλαίσιο της διδακτορικής του διατριβής με θέμα "Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα – Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας".

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
  
Καθηγητής Μ.Α.Δημόπουλος  
Δ/ντης Θεραπευτικής Κλινικής  
του Πανεπιστημίου Αθηνών  
στο Νοσοκομείο « ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ »

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
1<sup>η</sup> Υ.Πε ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
« Λ Α Ϊ Κ Ο »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΘΗΝΑ 20-06-2019  
ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ./Ε.Σ.: 736

*Πρόεδρος*

Ιωάννης Φλώρος

*Αντιπρόεδρος*

Ιωάννης Μπαρμπετόσης

*Τακτικά Μέλη*

Πάρις Παππάς

Κωνσταντίνος Παπαδοϊνης

Χαράλαμπος Πανατζόπουλος

Αναστασία Αναλυτή

Μαρία Μαλλιάρου

Εμμανουήλ Κικιάκης

Μαρία Χατζοπούλου

*Αναπληρωματικά Μέλη*

Νικολίτσα Καφάση

Ειρήνη Κουρμπέτη

Γεωργία Φατοπούλου

Ηλίας Κόζιακας

Αγορίτσα Βαροκλιώτη

Ευθύμιος Αγαδάκος

Δήμητρα Πετράκη

*Γραμματεία*  
Κυριακή Τριάντη  
Ευφροσύνη Λιάλιτα

**ΠΡΟΣ:** - Τη Διοίκηση του Νοσοκομείου  
- ΚΑΡΑΦΕΡΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟ

**ΘΕΜΑ:** Αίτημα του κ. Δημητρίου Καραφέρη για διανομή ερωτηματολογίων

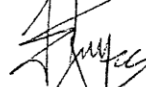
Σχετ: η υπ' αριθμ. πρωτ.7366/13-05-19 αίτησή του.

Επί του αιτήματος του κ. Δημητρίου Καραφέρη για διανομή ερωτηματολογίων στους εργαζόμενους και ασθενείς του νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με θέμα: «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στη Δημόσιο Τομέα-Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας» και 3μελή επιτροπή Π. Σφηκιάκης (επιβλ. μέλος) Δ. Νιάκας, Μ. Ράκου. Μετά και τη σύμφωνη γνώμη των κ.κ. Ι. Μπολέτη Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, Ι. Νικολάου Διευθύντρια Διοικητικής Υπηρεσίας και Δ. Καλογράνα Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται ομόφωνα θετικά.

Η συλλογή δεδομένων θα διασφαλίζει 1<sup>ου</sup> τόσο την ανωνυμία των φυσικών προσώπων οποίοι θα λάβουν μέρος στην έρευνα (σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό GDPR) όσο και των Νοσηλευτικών οργανισμών και 2<sup>ου</sup> αυτά θα χρησιμοποιηθούν για 1 συγκεκριμένη έρευνα, και δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο βάσει της υπεύθυνης δήλωσης που κατέθεσε.

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ



Ιωάννης Φλώρος

Παθολόγος - Εντατικολόγος

Συντ. Διευθυντής ΜΕΘ



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**  
**ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ.**  
**ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ**

**Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης & Διεθνών**  
**Συνεργασιών**

Ταχ. Δ/ση : Ζαχάρωφ 3, ΑΘΗΝΑ

Ταχ. Κώδικας : 11521

Πληροφορίες: Α. Πρεσβέλου

E-mail : ekpedeysi@1dyre.gov.gr

Τηλ. : 213-2010561

Fax : 213-2010492

Αθήνα, 07.06.2019

Αριθ. Πρωτ. : 31714

✓  
**ΠΡΟΣ: κ. ΚΑΡΑΦΕΡΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟ**

**ΘΕΜΑ :Έγκριση αιτήματος του κ. ΚΑΡΑΦΕΡΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, για διανομή ερωτηματολογίου σε χρήστες υπηρεσιών υγείας και σε εργαζόμενους των Κ.Υ. αρμοδιότητας 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής**

- Σχετ.:**
1. Η υπ' αρ. πρωτ. 26970/13-5-2019 αίτηση του κ. Καραφέρη Δημητρίου
  2. Η υπ' αρ. 30499/03-06-2019 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου ΠΦΥ της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής (συνεδρίαση 5<sup>η</sup>/24-05-2019 /θέμα 7<sup>ο</sup>)

Σας ενημερώνουμε ότι σύμφωνα με το ανωτέρω σχετικό (2), το Επιστημονικό Συμβούλιο Π.Φ.Υ της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής, εγκρίνει το αίτημα του κ. ΚΑΡΑΦΕΡΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, υποψήφιου διδάκτορα στην Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ, για διανομή ερωτηματολογίου σε χρήστες υπηρεσιών υγείας και σε εργαζόμενους των Κ.Υ. αρμοδιότητας 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής προκειμένου να διεξάγει επιστημονική έρευνα στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής του διατριβής με θέμα «**Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντας ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα-Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας**»

Προϋποθέσεις για την έγκριση αποτελούν:

1. Να μην επιβαρυνθούν οικονομικά τα Κέντρα Υγείας
2. Να διασφαλιστεί το απόρρητο (προσωπικά δεδομένα) των συμμετεχόντων
3. Να κατατεθεί στη Δ/ση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτ. Παρ. Υπηρεσιών Υγείας της Διοίκησης της 1ης ΥΠΕ Αττικής, ανάπτυπο της εργασίας για την βιβλιοθήκη της.

**Εσωτερική διανομή :**

- Τμ. Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης & Δ.Σ.

- Δ1



**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ**

**ΙΩΑΝΝΑ ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ**





ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ  
Α' ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΠΡΟΣ: κ. ΔΗΜΗΤΡΙΟ ΚΑΡΑΦΕΡΗ

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 04-09-19**

ΠΑΡΟΝΤΕΣ :

**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-ΓΑΝΤΕΝΒΕΙΝ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ,**  
Καθηγήτρια-Διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών  
**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Δ/ντρια ΕΣΥ Καρδιολογίας**  
**ΕΥΘΥΜΙΑ ΤΣΙΝΑ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Α' Οφθαλμολογίας**  
**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, ΑΝΑΠΛ. ΜΕΛΟΣ, Επιμελητής Β' Οδοντιατρικής**  
**ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Δ/ντής Βιοχημικού Εργαστηρίου**  
**ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΒΛΑΧΙΩΤΗ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Νοσηλευτικής**  
**ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΑΛΛΙΒΩΚΑΣ, ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας**

**ΘΕΜΑ :** Έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα- Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας»

**Επιστημονικά Υπεύθυνος: κ. ΠΕΤΡΟΣ ΣΦΗΚΑΚΗΣ, Καθηγητής Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**

**ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 16213/18-07-19**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή του στις 04 Σεπτεμβρίου 2019 έλαβε υπόψη του την ανωτέρω αίτηση του υποψήφιου διδάκτορα κ. Δημητρίου Καραφέρη, που αφορά στην έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα- Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας».

Ύστερα από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, η οποία εκπονείται στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της και όπως αναφέρεται δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση διεξαγωγής της ανωτέρω μελέτης, καθώς και την έγκριση των συνοδευτικών εγγράφων. Συγκεκριμένα:

1. Πρωτόκολλο μελέτης
2. Ενημερωτικό σημείωμα και συναίνεση ερωτώμενου
3. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης εργαζομένων στον Τομέα Υγείας
4. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών στα Νοσοκομεία

**Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-ΓΑΝΤΕΝΒΕΙΝ**  
**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ**  
**Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ**  
**«ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»**  
**Ν.Π.Δ.Δ.**

Αθήνα 19 Νοε. 2019

Αρ. Πρωτ.: 18827

**ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Στρατηγάκη Αικατερίνη  
Τηλ: 213200 9268  
E-mail: e.s@aglaiakyriakou.gr

**ΘΕΜΑ: Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίων στα Νοσοκομεία της 1ης ΥΠΕ Αττικής στο πλαίσιο διεξαγωγής διδακτορικής διατριβής στη Σχολή Επιστημών Υγείας – Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ και με τίτλο: «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα - Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας», που κατέθεσε ο κ. Δημήτριος Καραφέρης, Υπάλληλος ΠΕ Δ/κού – Οικονομικού 1ης ΥΠΕ Αττικής, με επιβλέποντα τον Καθηγητή Οικονομικών της Υγείας ΕΚΠΑ – κ. Δημήτριο Νιάκα.**

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

**Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Π.Α. «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»**

Έχοντας υπόψη:

1. Την υπ' αριθμ.:12671/18.07.2019 αίτηση έγκρισης διακίνησης ερωτηματολογίων στα Νοσοκομεία της 1ης ΥΠΕ Αττικής στο πλαίσιο διεξαγωγής διδακτορικής διατριβής στη Σχολή Επιστημών Υγείας – Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ και με τίτλο: «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα - Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας», που κατέθεσε ο κ. Δημήτριος Καραφέρης, Υπάλληλος ΠΕ Δ/κού – Οικονομικού 1ης ΥΠΕ Αττικής, με επιβλέποντα τον Καθηγητή Οικονομικών ΕΚΠΑ της Υγείας – κ. Δημήτριο Νιάκα.

2. Ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την 12<sup>η</sup>/09-09-2019 (Θ: 6) συνεδρίασή του έλαβε υπόψη του τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας η οποία μελέτησε τα στοιχεία της ερευνητικής μελέτης στο πλαίσιο διδακτορικής διατριβής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, καθώς και τη σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας - κας Γεωργίας Σαλεμή, και τη σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας Ιατρικής Υπηρεσίας - κας Χρυσούλας Κουμανίδου. Η μελέτη η οποία θα διεξαχθεί κατά τα έτη 2019 – 2022 στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, καθώς αυτά καταλαμβάνουν ένα σημαντικό ποσοστό του δημόσιου τομέα υγείας στην Ελλάδα, ενώ ταυτόχρονα εξυπηρετούν πολλές ιατρικές πράξεις, έχει δύο σκέλη:

α) τη διερεύνηση της ικανοποίησης των εργαζομένων κάθε κατηγορίας προσωπικού (Ιατρικού, Νοσηλευτικού, Διοικητικού κ.α.) και

β) τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Ο καθορισμός των σχέσεων και των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της εργασίας και των υπηρεσιών, θα δημιουργήσει μια βάση για τη διαχείριση σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν τόσο την ικανοποίηση των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη όσο και την ικανοποίηση των ασθενών.

Κατόπιν αυτών το Επιστημονικό Συμβούλιο ενέκρινε ομόφωνα τη διεξαγωγή της διδακτορικής μελέτης στο Νοσοκομείο, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

**3.** το γεγονός ότι την 25.07.2019 έληξε η θητεία του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

**4.** Τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν.3329/2005 όπως ισχύει, όπου ο Αναπληρωτής Διοικητής μεταξύ των άλλων έχει και την παρακάτω αρμοδιότητα:

*« Εισηγείται στο Δ.Σ. για τα εκπαιδευτικά και μη χρηματοδοτούμενα από εξωτερικούς φορείς ερευνητικά προγράμματα, έπειτα από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, αποφασίζει για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη αυτών και παρακολουθεί την υλοποίησή τους».*

**5.** Τις υπ. αριθμ. αποφάσεις: 12/24.07.19 Θ. 8 και Θ. 9 του Διοικητικού Συμβουλίου παροχής εξουσιοδοτήσεων υπογραφών προς τον Κοινό Διοικητή των διασυνδεδεμένων Γενικών Νοσοκομείων Παίδων Αθηνών « η Αγία Σοφία» και «Παν. και Αγλαΐας Κυριακού» κ. Εμμανουήλ Παπασάββα και σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος αυτού, στον κ. Τσαντή Σταύρο του Χρήστου, Αναπληρωτή Διοικητή του νοσοκομείου μας, για το χρονικό διάστημα από λήξης της θητείας του Δ.Σ. ήτοι από 25.07.2019 έως και τη συγκρότηση του νέου Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

## Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι

- Την έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίων στο Νοσοκομείο μας στο πλαίσιο διεξαγωγής διδακτορικής διατριβής στη Σχολή Επιστημών Υγείας – Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ και με τίτλο: «Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα - Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας», που κατέθεσε ο κ. Δημήτριος Καραφέρης, Υπάλληλος ΠΕ Δ/κού – Οικονομικού 1ης ΥΠΕ Αττικής, με επιβλέποντα τον Καθηγητή Οικονομικών της Υγείας ΕΚΠΑ – κ. Δημήτριο Νιάκα, καθώς η παραπάνω μελέτη πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου μας.

### Επισημαίνεται:

- Η έγκριση που έχει δοθεί, δεσμεύει τον επιβλέποντα της μελέτης, τον υποψήφια διδάκτορα και τους συνεργάτες, στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην ανωνυμία των συλλεχθέντων στοιχείων. Μετά το πέρας της μελέτης να κατατεθούν στη Γραμματεία του Επιστημονικού και Διοικητικού Συμβουλίου, σε ηλεκτρονική μορφή, η διδακτορική διατριβή, οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά συνέδρια και οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά περιοδικά.

- Ανάρτησης της Απόφασης στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ.

- Την εκ των υστέρων ενημέρωση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, μετά τη συγκρότησή του, για την εν λόγω απόφαση.

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
Γ.Ν.Π.Α «Π.& Α.ΚΥΡΙΑΚΟΥ»

ΤΣΑΝΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Η ΠΡΟΣΤΥΜΕΝΗ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΜΑΡΙΑ ΤΗΓΑΝΗ

**ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 3ης /24-09-2019  
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ " Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ".**

**ΘΕΜΑ: 3 ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ  
ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Το Επιστημονικό Συμβούλιο  
αφού έλαβε υπόψη το ανωτέρω θέμα  
μετά από διαλογική συζήτηση  
ομόφωνα αποφασίζει**

- A. και εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίων για την έρευνα από το Ε.Κ.Δ.Δ.Α
- B. και εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίου για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής του Κου Καραφέρη Δημητρίου .

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

  
**ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ ΜΠΑΚΟΥΛΑ**



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-  
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-  
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΑΘΗΝΑ: 30-5-2019  
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. 298**

**Προς:**  
Τον κ.ΚΑΡΑΦΕΡΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟ  
Π.Ε.Διοικητικού-Οικονομικού

**ΘΕΜΑ:** Διδακτορική Διατριβή.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 5<sup>η</sup> Τακτική Συνεδρίαση της 15-5-2019 συζήτησε το αίτημά σας για διεξαγωγή διδακτορικής διατριβής με θέμα: **«Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα - Ανάλυση την Υπηρεσιών Υγείας»**, που θα διεξαχθεί με διανομή ερωτηματολογίων στο προσωπικό και σε ασθενείς του Νοσοκομείου μας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εγκρίνει το αίτημά σας διότι υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας Καθηγητή κ.Σ.Ζακυνθινού, της Διευθύντριας Διοικητικής Υπηρεσίας κ.Π.Νίκα, της Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ.Ε.Κεϊμαλή και δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου από τη διεξαγωγή της μελέτης.

Πρόεδρος του Ε.Σ  
*[Signature]*  
Γ.Ν.Α.Ο. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ  
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ  
ΣΥΜΠ. ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
**Γ.ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

« Η ΕΛΠΙΣ »

07 ΦΕΒ. 2021

Αθήνα

Αριθμ. Πρωτ. 502

### Α Π Ο Φ Α Σ Η

#### Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

#### Αφού λάβαμε υπόψη:

- Τις διατάξεις του άρθρου 7 περ.8 του Ν.3329/2005
- Τον Οργανισμό του Νοσοκομείου.
- Την υπ' αριθμ. 1755/30-01-2020 πρόταση του Επιστημονικού Συμβουλίου, περί εγκρίσεως ερωτηματολογίου του κ. Καραφέρη Δημητρίου, στο πλαίσιο της διδακτορικής του διατριβής, με θέμα « Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα- Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας»(θετική προέγκριση από το μέλος του Ε.Σ. Γρηγοροπούλου Πην.).

#### Αποφασίζουμε

- Την έγκριση ερωτηματολογίου του κ. Καραφέρη Δημητρίου, στο πλαίσιο της διδακτορικής του διατριβής, με θέμα « Εργασιακή ικανοποίηση και παρακίνηση ως παράγοντες ποιότητας στο Δημόσιο Τομέα- Ανάλυση των Υπηρεσιών Υγείας»(θετική προέγκριση από το μέλος του Ε.Σ. Γρηγοροπούλου Πην.).

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



#### Κοινοποίηση

Γρ. Διοικήτή

Δ.Ι.Υ.

Δ.Δ.Υ.

Υ.Δ.Υ.

Δ.Ν.Υ.

Γραμματεία Επιστημονικού Συμβουλίου