



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Διπλωματική Εργασία

ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ  
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΟ Γ.Ν. ΚΙΛΚΙΣ ΜΕΣΩ  
ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

της

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΝΕΡΑΝΤΖΟΥΛΑ  
ΑΜ 30/09

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ  
ΑΛΕΤΡΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ  
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού  
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων  
(με εξειδίκευση στη Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας)

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2012

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα, επίκουρο καθηγητή του Πανεπιστημίου Μακεδονίας κ. Βασίλειο Αλετρά για την πολύτιμη βοήθεια του, τη συμπαράσταση και την καθοδήγηση του.

Καθώς επίσης το Επιστημονικό Συμβούλιο, τη Διοίκηση του Νοσοκομείου και όλους τους συναδέλφους που διέθεσαν μέρος του χρόνου τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, μολονότι μπορεί να φανώ γραφική, θέλω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους γονείς μου Γιάννη και Ελένη που στήριζαν την προσπάθεια μου με υπομονή και δύναμη και φυσικά τον μικρό μου Γιάννη που στερήθηκε τη μανούλα του για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα!

## Περίληψη

Σκοπός της εργασίας είναι η αποτύπωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί ιατροί κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έγινε μια προσπάθεια να αντληθούν πληροφορίες αξιόπιστες, έγκυρες, ακριβείς, μετρήσιμες και ικανές να αποτελέσουν τη βάση για μελλοντικές εκτενέστερες και λεπτομερέστερες μελέτες με απώτερο σκοπό την αξιοποίησή τους για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των εργαζομένων και την παροχή υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες .

Υλικό – μέθοδος. Η έρευνα διεξήχθη σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου του Κιλκίς και το δείγμα αποτελείται από όλες της ειδικότητες και βαθμίδες των υπηρετούντων ιατρών. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση πρότυπου ερωτηματολογίου που αναπτύχθηκε για τους σκοπούς της μελέτης, και το οποίο υπέστη τροποποιήσεις μετά από πιλοτική εφαρμογή σε ευάριθμο ιατρικό προσωπικό. Οι βασικές ερωτήσεις διατυπώθηκαν με τη μέθοδο Likert, ενώ περιελάμβανε και στοιχεία για την κάλυψη των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, έγινε έλεγχος του δείγματος με το κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) και Bartlett's Test of Sphericity. Μετέπειτα εφαρμόστηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση, από την οποία προέκυψαν 10 παράγοντες. Από αυτούς δημιουργήθηκαν οι αθροιστικές κλίμακες και μετά από έλεγχο αξιοπιστίας, με τη χρήση του συντελεστή  $\alpha$  του Cronbach, επιλέχθηκαν δύο από αυτές. Πραγματοποιώντας στατιστικό έλεγχο διαφοράς μέσω των ανεξάρτητα δείγματα, έγινε ανάλυση των αθροιστικών κλιμάκων "συνεργασία", "χώρος εργασίας/ καθαριότητα" ως προς το φύλο. Στις δύο αυτές αθροιστικές κλίμακες διενεργήθηκε, ακόμη, ανάλυση με τη στατιστική μέθοδο ανάλυσης της διακύμανσης (ANOVA) για να διαπιστωθεί αν τα χαρακτηριστικά των γιατρών επηρεάζουν τις απόψεις τους.

Αποτελέσματα. Το ποσοστό συμμετοχής των εργαζομένων ιατρών κυμάνθηκε στα επίπεδα του 80% από τα 110 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν. Από την περιγραφική στατιστική ανάλυση διαπιστώνονται πολύ χαμηλές μέσες τιμές σχεδόν στο σύνολο των στοιχείων που περιγράφονται. Η τιμή KMO ήταν 0,624, ενώ το Bartlett's Test ήταν στατιστικά σημαντικό ( $p=0,000$ ). Οι συντελεστές  $\alpha$  του Cronbach για τις δύο

αθροιστικές κλίμακες μας έδωσαν επίσης ικανοποιητικές τιμές. Πιο συγκεκριμένα, για την Συνεργασία, η τιμή του συντελεστή ήταν 0,73 και για το χώρο εργασίας 0,59. Με τη μέθοδο T-test για ανεξάρτητα δείγματα, διαπιστώθηκε ότι το φύλο επηρεάζει την αθροιστική κλίμακα “συνεργασία” και μόνο, ενώ με τη μέθοδο ANOVA δεν διαπιστώθηκε καμία επιρροή των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στις δύο αθροιστικές κλίμακες.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα κρίνονται ικανοποιητικά, μολονότι το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε δεν είναι μεγάλο. Σε μελλοντικές μελέτες θα ήταν σκόπιμο να αυξηθεί το μέγεθος του δείγματος και να ελεγχθεί το ερωτηματολόγιο με Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων.

# Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	ii
Περίληψη .....	iii
Περιεχόμενα .....	v
Περιεχόμενα πινάκων .....	vi
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή .....	2
1.1 Εισαγωγή και σκοπός της εργασίας .....	2
1.2 Δομή της εργασίας .....	3
1.3 Μεθοδολογία .....	4
Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική ανασκόπηση .....	5
2.1 Εισαγωγή στην οργάνωση και διοίκηση .....	5
2.2 Η διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας .....	7
2.3 Η νοσοκομειακή περίθαλψη και τα καθήκοντα του προσωπικού .....	8
2.4 Ο ρόλος και τα καθήκοντα των γιατρών .....	10
2.5 Η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης των νοσοκομειακών γιατρών .....	11
2.6 Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί γιατροί .....	15
Κεφάλαιο 3: Η μεθοδολογία της έρευνας .....	19
3.1 Εισαγωγή .....	19
3.2 Η συμμετοχή του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς .....	19
3.3 Υλικό και μέθοδος .....	21
3.4 Αποτελέσματα της έρευνας .....	26
3.5 Περιορισμοί και συζήτηση .....	35
Κεφάλαιο 4: Συμπεράσματα .....	38
Βιβλιογραφία .....	40
Προσαρτήματα .....	48

## **Περιεχόμενα πινάκων**

Πίνακας 1: Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	27
Πίνακας 2: Σύντομη περιγραφή ερωτήσεων-στοιχείων .....	29
Πίνακας 3: Ανάλυση παραγόντων (Rotated Factor Matrix(a)) .....	32
Πίνακας 4: Συντελεστές Cronbach αθροιστικών κλιμάκων και μέση τιμή στοιχείων...	34

# Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

## 1.1 Εισαγωγή και σκοπός της εργασίας

Το νοσοκομείο με τις όποιες μορφές είχε στο πέρασμα των αιώνων από το ασκληπιείο των αρχαίων χρόνων, μεταγενέστερα πτωχοκομείο ή και μοναστήρι μέχρι το σύγχρονο νοσοκομείο της εποχής μας υπήρξε πάντοτε ο χώρος αναζήτησης περίθαλψης και φροντίδας υγείας από όλες τις κοινωνικές και οικονομικές ομάδες (Υφαντόπουλος, 2006).

Οι διάφοροι πολιτιστικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επικρατούσαν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και τόπους και η συνεχής εξέλιξη των κοινωνιών συνέβαλαν στην ανάπτυξη των νοσοκομείων ως μονάδων παροχής υπηρεσιών και καθόρισαν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που τα διακρίνουν. Έτσι η οργάνωση, η διοίκηση, η λειτουργία, η μορφή και η ανάπτυξη των νοσηλευτικών υπηρεσιών παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις διαχρονικά (Υφαντόπουλος, 2006).

Στη σύγχρονη παγκόσμια πραγματικότητα όπου οι ανάγκες υγείας του ανθρώπου και οι δυνατότητες της επιστήμης αλλάζουν ραγδαία το ιατρικό επάγγελμα συνεχίζει να χαρακτηρίζεται ως λειτούργημα τόσο από τους πολίτες, όσο και από τα επίσημα νομοθετικά κείμενα (Νόμος υπ'αριθ. 3418/2005).

Μέσα σε κλίμα παγκόσμιας πολιτικής, πολιτισμικής, οικονομικής και κοινωνικής κρίσης με την Ελλάδα να βρίσκεται στον πυρήνα αυτής της κρίσης, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας παραπαίει και τα νοσηλευτικά ιδρύματα αντιμετωπίζουν τεράστια διοικητικά, οικονομικά και λειτουργικά προβλήματα (Φιλίπιδης, 2010).

Είναι αναγκαίο να καταγραφούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι γιατροί στον χώρο που εργάζονται και μέσα από την ανάλυση και την επεξεργασία τους να βρεθούν οι λύσεις που θα οδηγήσουν στην επίτευξη του στόχου, δηλαδή την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στο χαμηλότερο δυνατό κόστος για το σύνολο του πληθυσμού.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αποτυπώσει με τον καλύτερο δυνατό

τρόπο τις δυσκολίες και τα εμπόδια που συναντούν και καλούνται να αντιμετωπίσουν οι Ιατροί κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και να καταλήξει σε συμπεράσματα χρήσιμα για την αναδιάρθρωση και αναβάθμιση των νοσοκομείων στην χώρα.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου εκφρασμένες σε 5-βαθμη κλίμακα Likert και έγινε έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

## **1.2 Δομή της εργασίας**

Η εργασία περιλαμβάνει ένα θεωρητικό και ένα εμπειρικό μέρος, τα οποία αποτελούν τέσσερα κεφάλαια. Το παρόν κεφάλαιο είναι εισαγωγικό. Μας εισάγει στο θέμα και το σκοπό της εργασίας, περιγράφει τη δομή και τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά τη συγγραφή της και τη διεξαγωγή της έρευνας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αποτελεί το κυρίως μέρος της θεωρίας. Πρόκειται για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που ξεκινά από την οργάνωση και διοίκηση, εξειδικεύει στη διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας και μας εισάγει στην έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ακολουθεί ο πυρήνας της εργασίας που είναι η νοσοκομειακή περίθαλψη, ο ρόλος και τα καθήκοντα των γιατρών, η εργασιακή ικανοποίηση και, τέλος, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί γιατροί.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έρευνα που διενεργήθηκε στα πλαίσια της παρούσας εργασίας. Γίνεται αναφορά στο Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς, το υλικό και τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκαν και τα αποτελέσματα της έρευνας. Το κεφάλαιο κλείνει με τους περιορισμούς της έρευνας και συζήτηση για μελλοντικές έρευνες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο συνοψίζονται τα κυριότερα αποτελέσματα της έρευνας για την εξαγωγή συμπερασμάτων και παρατίθενται προτάσεις για τη βελτίωση της κατάστασης στο Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς και άλλα ελληνικά νοσοκομεία.



### **1.3 Μεθοδολογία**

Για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας μελετήθηκε διεξοδικά η ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία. Με βάση τα στοιχεία που προέκυψαν από τη μελέτη της βιβλιογραφίας, σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε 110 γιατρούς που εργάζονται στο Νοσοκομείο του Κιλκίς. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια έγινε με κατάλληλο λογισμικό πρόγραμμα (SPSS). Από τα αποτελέσματα της έρευνας εξήχθησαν ενδιαφέροντα, αλλά μη γενικεύσιμα συμπεράσματα, με βάση τα οποία γίνονται προτάσεις για τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης.

## Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### 2.1 Εισαγωγή στην οργάνωση και διοίκηση

Για την εξέταση των προβλημάτων των νοσοκομειακών ιατρών κρίνεται σκόπιμη η εισαγωγή στη διοίκηση των οργανισμών, και περισσότερο συγκεκριμένα στην παρακίνηση των εργαζομένων, αφού στη θεωρία παρακίνησης των Δύο Παραγόντων του Herzberg στηρίχτηκε η δομή του ερωτηματολογίου.

Η διαχείριση ενός οργανισμού (μάνατζμεντ) περιλαμβάνει το συντονισμό και την χρήση όλων των παραγωγικών πόρων για να επιτευχθούν καθορισμένα αποτελέσματα (Κανελλόπουλος, 1990). Οι βασικές λειτουργίες του μάνατζμεντ είναι οι εξής (Μπουραντάς, 2002):

- Ο προγραμματισμός θέτει τους στόχους στον οργανισμό και διαμορφώνει ένα σχέδιο επίτευξής τους (Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη, 2007; Ζαβλανός, 2002; Χυτήρης, 2006).
- Η οργάνωση καθορίζει τις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των σκοπών, τις αναθέτει σε συγκεκριμένους ανθρώπους και διαμορφώνει τις βαθμίδες εξουσίας, μέσω του οργανογράμματος (Gray & Smetzel, 1989).
- Η διεύθυνση – καθοδήγηση αναφέρεται στην διοίκηση των εργαζομένων για την επίτευξη των επιχειρηματικών σκοπών (Γεωργόπουλος, 2004).
- Ο έλεγχος περιλαμβάνει την αξιολόγηση και τη διόρθωση των δραστηριοτήτων των υφισταμένων.

Στην οργάνωση και τη διεύθυνση, σημαντικό ρόλο κατέχει η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, η οποία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες της διοίκησης ενός οργανισμού. Ειδικά στον τομέα της υγείας, η σημασία της είναι ακόμη μεγαλύτερη, αφού ο κλάδος της υγείας είναι εντάσεως εργασίας, και η ποιότητα των

παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα εξαρτώνται, σε μεγάλο βαθμό, από την επιθυμία των εργαζομένων να παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Συνεπώς, η επιλογή, η εκπαίδευση, η διεύθυνση και η παρακίνηση του προσωπικού, μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, η χαμηλή παρακίνηση μειώνει την απόδοση του συστήματος υγείας (Reerink & Sauerborn, 1996).

Η παρακίνηση ορίζεται ως η διαδικασία που επηρεάζει την προθυμία, την κατεύθυνση και την επιμονή στην προσπάθεια επίτευξης ενός στόχου του οργανισμού (Robbins, 2001). Η πιο γνωστή, ίσως, θεωρία υποκίνησης είναι η Θεωρία της Ιεράρχησης των αναγκών του Maslow, σύμφωνα με την οποία οι ανθρώπινες ανάγκες είναι ιεραρχημένες, με τέτοιο τρόπο ώστε να παρακινούν τα άτομα να επιζητούν πρώτα την ικανοποίηση των κατώτερων επιπέδων των αναγκών, και στη συνέχεια, των επόμενων βαθμίδων της πυραμίδας. Οι ανάγκες του ανθρώπου, σύμφωνα με τη Θεωρία του Maslow, είναι οι εξής: οι φυσιολογικές ανάγκες, οι ανάγκες για ασφάλεια, οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες εκτίμησης και κύρους και οι ανάγκες αυτοεκπλήρωσης.

Η δεύτερη θεωρία παρακίνησης που θα εξεταστεί είναι η θεωρία των δύο παραγόντων. Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg προσπαθεί να εντοπίσει τους παράγοντες που προκαλούν ικανοποίηση και άρα παρακινούν στο περιβάλλον εργασίας (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2007). Ταξινομεί τις ανθρώπινες ανάγκες σε δυο κατηγορίες: τους παράγοντες υποκίνησης, τα κίνητρα και τους παράγοντες συντήρησης. Ο Herzberg υποστήριξε ότι τα άτομα εργάζονται πιο παραγωγικά μόνο μέσω των παραγόντων υποκίνησης, ενώ οι συνθήκες εργασίας δεν επαρκούν για να τους υποκινήσουν (Ramlall, 2004). Αφενός, οι παράγοντες υποκίνησης περιλαμβάνουν τα εξής στοιχεία (Μπουραντάς, 2002): την επίτευξη κάποιου στόχου, την αναγνώριση, την εξέλιξη, το αντικείμενο, την υπευθυνότητα κτλ. Αφετέρου, οι παράγοντες συντήρησης περιλαμβάνουν: τη διοίκηση και την πολιτική του οργανισμού, την επίβλεψη, τις συνθήκες εργασίας, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την αμοιβή, το κύρος, την ασφάλεια εργασίας.

Οι θεωρίες υποκίνησης βρίσκουν μεγάλη απήχηση στις υπηρεσίες υγείας και έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας. Η έρευνα των Palaiologou et al. (2006) εξέτασε τις θεωρίες υποκίνησης των Maslow και Herzberg στους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα. Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι οι παράγοντες υποκίνησης στην Ελλάδα είναι το αντικείμενο της εργασίας, η αναγνώριση, οι συνεργάτες και η αμοιβή.

Η έρευνα των Polyzos et al. (2006) συνέλλεξε στοιχεία για την εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού σε ελληνικά νοσοκομεία. Τα αποτελέσματά της δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι ταξινομούν χαμηλά την αμοιβή.

Η θεωρία των Δύο Παραγόντων είναι αυτή που αποτέλεσε τη βάση της έρευνας, αφού τα προβλήματα των νοσοκομειακών γιατρών που εξετάζονται ανήκουν στους παράγοντες συντήρησης της εν λόγω θεωρίας.

## 2.2 Η διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας

Οι λειτουργίες του μάνατζμεντ και η παρακίνηση που εξετάστηκαν, εφαρμόζονται και στα νοσοκομεία και τους οργανισμούς υγείας, όμως με κάποιες διαφοροποιήσεις. Η φύση του αγαθού της υγείας και οι ιδιομορφίες του, έχουν σαν αποτέλεσμα να απαιτείται διαφορετική θεώρηση στην οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων σε σχέση με τους κοινούς οργανισμούς ή τις επιχειρήσεις. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών υγείας είναι η αυξημένη κρατική παρέμβαση, η αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις για την υγεία του, το μέγεθος των νοσοκομείων και το συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον.

Οι μονάδες υγείας παρουσιάζουν ορισμένες ιδιομορφίες στη διοίκηση, σε σχέση με άλλους οργανισμούς, καθώς εμφανίζουν κάποια ειδικά χαρακτηριστικά οργάνωσης, λόγω της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας. Σκοπός τους είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, αλλά και η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Δικαίος και συν., 1999).

Το μοντέλο διοίκησης των δημόσιων οργανισμών υγείας στην Ελλάδα είναι το κάθετο και ιεραρχικό, όπου η πλειοψηφία των αποφάσεων λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια (Γωγός, 2011). Αυτό το πρότυπο έχει επιπτώσεις στη λειτουργία των νοσοκομείων, αφού οι γραφειοκρατικές και ιεραρχικές διαδικασίες δεν επιτρέπουν την ταχεία και ευέλικτη επίλυση καθημερινών προβλημάτων, που φαίνεται να αποτελούν προβλήματα στην παρούσα έρευνα. Για παράδειγμα, οι ελλείψεις σε υλικά και μηχανήματα απαιτεί τη διενέργεια διαγωνισμού και την έγκριση της πολύ ωριότερα, μέσω του προϋπολογισμού. Επιπλέον, ενώ η υποστελέχωση και η ανισομερής κατανομή ειδικοτήτων είναι κάποια από τα προβλήματα των νοσοκομειακών γιατρών, ο

διοικητής του νοσοκομείου δεν μπορεί να προσλάβει επιπλέον προσωπικό, χωρίς την έγκριση του υπουργείου.

## **2.3 Η νοσοκομειακή περίθαλψη και τα καθήκοντα του προσωπικού**

Η υγειονομική περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τα νομαρχιακά, τα περιφερειακά και τα πανεπιστημιακά νοσηλευτικά ιδρύματα. Διακρίνονται ανάλογα με τις υπηρεσίες που προσφέρουν σε γενικά και ειδικά.

Περιεχόμενο της Νοσοκομειακής Περίθαλψης αποτελούν οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής και της ιατρικής υπηρεσίας (Θεοδώρου και συν., 2001) :

- Οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής υπηρεσίας διακρίνονται σε νοσηλευτικές και εκπαιδευτικές. Οι νοσηλευτικές αφορούν την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα επίπεδα: επείγουσα, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια. Οι εκπαιδευτικές αφορούν την προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, προγράμματα ειδικοτήτων, προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Οι δραστηριότητες της ιατρικής υπηρεσίας περιλαμβάνουν: α) την παροχή ιατρικής περίθαλψης (επείγουσα, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), β) την εκπαίδευση και γ) την έρευνα.

Ως αποτέλεσμα των διαφορετικών αναγκών στη νοσοκομειακή περίθαλψη υγείας δημιουργήθηκαν και διαφορετικά νοσοκομεία με διαφορετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα.

Ως προς το εύρος των δραστηριοτήτων τους διαχωρίζονται σε γενικά και ειδικά:

- Τα γενικά νοσοκομεία καλύπτουν μία ευρεία γκάμα ειδικοτήτων, ενώ τα ειδικά αφορούν κατά βάση μία ειδικότητα παραδείγματος χάριν, Δερματολογικών και Αφροδισίων νοσημάτων, Λοιμωδών νοσημάτων, Ψυχιατρικό νοσοκομείο, Ογκολογικό κ.ά.

- Τα ειδικά νοσοκομεία διαθέτουν ιατρούς ή τμήματα και άλλων ειδικοτήτων κυρίως υποστηρικτικά στον εξειδικευμένο ρόλο τους. Συνήθως έχουν υπερτοπικό χαρακτήρα, καλύπτοντας ευρύτερη της έδρας τους περιοχή και δεν ακολουθούν την συνηθισμένη αντιστοιχία ενός νοσοκομείου ανά υγειονομική περιφέρεια.

Ως προς το χρόνο νοσηλείας τα ξεχωρίζουμε σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας με διάρκεια συνήθως λιγότερη του ενός μηνός και χρόνιων παθήσεων μεγαλύτερη μηνός, π.χ. γηριατρικά, ψυχιατρικά, αποθεραπείας και αποκατάστασης κ.ά.

Επίσης σύμφωνα με την έκταση της γεωγραφικής περιφέρειας που καλύπτουν και το εύρος των ιατρικών ειδικοτήτων που διαθέτουν τα γενικά νοσοκομεία ταξινομούνται σε (Θεοδώρου και συν., 2001):

- Τα τοπικά νοσοκομεία (local) καλύπτουν μία μικρή περιοχή, με λίγους κατοίκους έως 50.000.
- Τα νομαρχιακά (district) καλύπτουν τις ανάγκες των κατοίκων όλου του νομού στον οποίο ανήκουν προσφέροντας επείγουσα, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στις βασικές τουλάχιστον ιατρικές ειδικότητες. Εξυπηρετούν αριθμό κατοίκων έως 500.000. Η ιατρική εκπαίδευση που παρέχουν περιορίζεται σε μερικές μόνο ειδικότητες και ενίοτε σε μέρος του συνολικού χρόνου ειδίκευσης.
- Τα περιφερειακά νοσοκομεία (regional) καλύπτουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού της ευρύτερης περιφέρειας με κατοίκους άνω των 500.000. Η φροντίδα υγείας που παρέχουν περιλαμβάνει όλα τα επίπεδα περίθαλψης και συνήθως όλες τις ειδικότητες. Θεωρούνται κατά βάσει μονάδες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς διαθέτουν υψηλής εξειδίκευσης εξοπλισμό και υποδομές και ιατρικό προσωπικό ευρείας σύνθεσης και δυνατοτήτων που ανταποκρίνεται σε υψηλές απαιτήσεις. Λειτουργεί ερευνητικό κέντρο και αναπτύσσει έντονη ερευνητική δραστηριότητα, βασική και εφαρμοσμένη. Παρέχεται ιατρική εκπαίδευση σε όλες τις ειδικότητες σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό επίπεδο καθώς και εξειδίκευση και συνεχιζόμενη δια βίου εκπαίδευση.

## 2.4 Ο ρόλος και τα καθήκοντα των γιατρών

Ο γιατρός αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, το οποίο χαρακτηρίζεται νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό. Οι δραστηριότητες της ιατρικής υπηρεσίας περιλαμβάνουν: την παροχή ιατρικής περίθαλψης, την εκπαίδευση και την έρευνα. Τα βασικά καθήκοντα του νοσοκομειακού ιατρού είναι η παροχή διάγνωσης, η παρακολούθηση του ασθενή και η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Η ιατρική διάγνωση διατυπώνεται από τον γιατρό και απεικονίζει θέματα υγείας, στα πλαίσια της ιατρικής πρακτικής. Στρέφεται συνήθως στην παθοφυσιολογία και την ασθένεια ή τον τραυματισμό.

Μέρος της δουλειάς του γιατρού είναι η σχέση του με τους ασθενείς και θεωρείται ιδιαίτερης σημασίας για την επιτυχία της θεραπείας. Ειδικότερα για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπου καθίσταται μακροχρόνια. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους, λόγω της φύσης της ασθένειας, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η ζωή του ασθενή μπορεί να απειλείται αποτελεί μια ιδιομορφία. Επομένως, η εκμάθηση των βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας πρέπει να είναι καθήκον κάθε γιατρού.

Ο γιατρός επιβάλλεται να βρίσκεται υπό συνεχή ενημέρωση, να έχει επίγνωση των αναγκών των ασθενών και να προσπαθεί να ενισχύει τις ικανότητές του. Η συναισθηματική νοημοσύνη και η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των ιατρών είναι αναγκαία για την βελτιστοποίηση της θεραπευτικής λειτουργίας.

Το ιατρικό λειτούργημα πρέπει να ασκείται σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Επιπλέον, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και να απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Συχνά, ο γιατρός καλείται να λάβει αποφάσεις εκ μέρους του ασθενή, καθώς ο ίδιος δεν είναι σε θέση να αποφασίσει και μπορεί να διαφωνεί με τη γνώμη του γιατρού. Δημιουργείται λοιπόν το ερώτημα για το αν ο γιατρός θα πρέπει να ενεργήσει με βάση τις γνώσεις του για να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ή αν πρέπει να δεχτεί τη γνώμη του ασθενή, ακόμη και αν αυτή δεν συμφωνεί με τη δική του πρόταση. Για να

λυθούν αυτού του είδους τα προβλήματα θεσπίζονται οι κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας. Έτσι, κατά τη λήψη ηθικών αποφάσεων, οι γιατροί υποβοηθούνται από τον κώδικα δεοντολογίας που χρησιμεύει ως οδηγός συμπεριφοράς (Chadwick, 2006).

Στην Ελλάδα, έχει ψηφιστεί ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, με το ν.3418/2005, ο οποίος ορίζει ότι κάθε ιατρός απολαμβάνει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, την επιστημονική ελευθερία και την ελευθερία της συνείδησής του, και παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Επιχειρείται δηλαδή, με το κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο, να εισαχθεί η έννοια της Ηθικής στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Η ιατρική ηθική ασχολείται με προβλήματα της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, αλλά και με διλήμματα της ιατρικής πραγματικότητας (Gillon, 1996).

## **2.5 Η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης των νοσοκομειακών γιατρών**

Υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που μπορεί να επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία, όπως για παράδειγμα, το ύψος των αμοιβών και των άλλων οικονομικών ωφελειών, οι δυνατότητες προαγωγής ή εξέλιξης, οι συνθήκες εργασίας, η διοίκηση και η ηγεσία, οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, καθώς και το αντικείμενο της εργασίας (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2007). Η απόδοση του προσωπικού εξαρτάται από αυτά τα κίνητρα. Η απόδοση όμως εξαρτάται και από τη δομή του οργανισμού, αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2007).

Το περιβάλλον εργασίας των γιατρών είναι ένα σύνθετο περιβάλλον, και οι γιατροί αντιδρούν διαφορετικά σε αυτό. Μερικοί το βρίσκουν τονωτικό και συναρπαστικό, ενώ άλλοι αγχωτικό και με βαρύ φόρτο εργασίας. Το ιατρικό περιβάλλον εργασίας απαιτεί συνεχώς νέες δεξιότητες μάθησης. Η έρευνα των McManus et al. (2004) εξετάζει τη συσχέτιση μεταξύ του κλίματος στο χώρο εργασίας και τις συνήθειες μελέτης, το άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και την εργασιακή ικανοποίηση. Προέκυψε ότι το κλίμα στο χώρο εργασίας παρουσιάζει μικρή μόνο συσχέτιση με τις συνήθειες μελέτης, αλλά έδειξε ισχυρή συσχέτιση με το άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση. Τον πιο σημαντικό ρόλο φαίνεται να



παίζει η προσωπικότητα του κάθε γιατρού.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί ιατροί αποτελούν ένα σημαντικό ζήτημα που σχετίζεται άμεσα και ποικιλοτρόπως με την λειτουργία των νοσοκομείων, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά τους. Βρίσκονται σε άμεση σχέση αλληλεπίδρασης με την εργασιακή ικανοποίηση (Job satisfaction), το επίπεδο υγείας των εργαζομένων ιατρών, την απόδοση και την αποτελεσματικότητά τους (Buddeberg-Fischera et al.,2011; Mroczek et al.,2005), καθώς και την ικανοποίηση των ασθενών (patient satisfaction) (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008) και σίγουρα σχετίζονται με διάφορους τρόπους με το κόστος υγείας τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε συνολικά μεγέθη.

Φαίνεται ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι κακές συνθήκες εργασίας μειώνουν την εργασιακή ικανοποίηση (Oliver Ommen et al., 2009) ενώ η δυνατότητα συνεχούς εκπαίδευσης και συμμετοχής στην επιστημονική έρευνα αυξάνουν την εργασιακή ικανοποίηση (Mohr et al., 2011). Η εργασιακή ικανοποίηση είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου. (Malcolm et al., 2011).

Παρόμοια έρευνα με την παρούσα διενεργήθηκε από τους Gurses και Carayon (2007,2005) στη Μασαχουσέτη των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Στην έρευνα συμμετείχαν 17 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από 7 νοσοκομεία της Μασαχουσέτης, με δείγμα 272 νοσηλευτές. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας εμφάνιζε ομοιότητες με το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα για τους νοσηλευτές είναι το θορυβώδες περιβάλλον εργασίας και ακολουθούν οι ενοχλήσεις από τους συγγενείς των ασθενών, οι ταραχές, το πολυσύχναστο περιβάλλον εργασίας, οι καθυστερήσεις στα φάρμακα από το φαρμακείο, ο χρόνος που δαπανάται στην εκπαίδευση των οικογενειών, η έλλειψη εξοπλισμού, οι ελλείψεις στα δωμάτια, η ανεπάρκεια του χώρου εργασίας για την ολοκλήρωση της γραφειοκρατίας, οι προμήθειες, τα διαγράμματα των ασθενών, τα τηλεφωνήματα από τις οικογένειες, η καθυστέρηση στις ιατρικές εντολές και οι αστοχίες του εξοπλισμού.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Maslow (Vroom-Deci, 1970) η ανθρώπινη συμπεριφορά και ειδικότερα η εργασιακή ερμηνεύεται μέσω μιας κλίμακας ιεράρχησης ως προς τη κάλυψη των αναγκών τους και τον τρόπο με τον οποίο οι ικανοποίηση αυτών των αναγκών λειτουργεί ως κίνητρο για βελτίωση των εργαζομένων στο χώρο

εργασίας. Έτσι επιβάλλεται να ικανοποιηθούν πρωταρχικά οι φυσιολογικές ανάγκες και οι ανάγκες για ασφάλεια και σταδιακά να προχωρήσουμε και σε κάλυψη των αναγκών των επόμενων επιπέδων. Συνεπώς, οι γιατροί θα πρέπει αρχικά να έχουν μια αμοιβή που να καλύπτει τις βασικές τους ανάγκες, και την κοινωνική τους ασφάλιση επαρκώς, ώστε να τους εξασφαλίζει ένα αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς ως προς τις ανάγκες της πρώτης βαθμίδας. Οι καλές εργασιακές και διαπροσωπικές σχέσεις είναι σημαντικές καθώς καλύπτουν τις κοινωνικές τους ανάγκες, ενώ η εκτίμηση από την πλευρά των ασθενών και των οικογενειών τους ικανοποιούν τις ανάγκες αναγνώρισής τους και ηθικής ικανοποίησης. Τέλος, για τις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στο ιατρικό προσωπικό να διεξάγει έρευνες για τη θεραπεία ασθενειών, να συμμετέχει σε προγράμματα δια βίου μάθησης, συνεχούς εκπαίδευσης, σεμινάρια, ημερίδες κ.ά., να αναγνωρίζεται η συμβολή τους στη συνέχιση και βελτίωση της ζωής κτλ.

Η επιτυχημένη οργάνωση του νοσοκομείου επηρεάζει γενικότερα την αντίληψη των εργαζόμενων ιατρών, δίνοντας αξία και νόημα στο έργο που επιτελούν και στο εργασιακό τους περιβάλλον. Συμβάλλει έμμεσα στη μείωση του επαγγελματικού στρες, τη διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας, την καλύτερη εκτέλεση των ιατρικών τους καθηκόντων και φυσικά στην βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας. (Arnetz et al, 2011).

Είναι αναγκαίο όλοι οι πολίτες τόσο αυτοί που συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας, όσο και αυτοί που τις λαμβάνουν να ανακτήσουν την εμπιστοσύνη τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η εμπιστοσύνη συμβάλλει με πολλούς τρόπους στη βελτίωση της λειτουργίας του συστήματος υγείας, καθώς αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση και φαίνεται να αποτελεί ένα από τα βασικά συστατικά για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας (Firth-Cozens, 2011; Wallace et al., 2009; Klein et al., 2011).

Η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης φαίνεται πως αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του ιατρικού κλάδου. Στην έρευνα του Smith (2001) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πιο προφανής αιτία της δυστυχίας των γιατρών είναι ότι αισθάνονται καταπονημένοι και χωρίς επαρκή υποστήριξη.

Οι αποδοχές και ο φόρτος εργασίας είναι δύο προφανείς αιτίες για τη έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των γιατρών. Ωστόσο, τα στοιχεία από συστήματα με πολύ υψηλές αμοιβές δείχνουν ότι αυτά τα στοιχεία δεν είναι αρκετά από μόνα τους για

να εξασφαλίσουν υψηλά το ηθικό των ιατρών. Πολλές από τις αιτίες είναι πιθανώς αποτέλεσμα των αλλαγών στις προσδοκίες των γιατρών για ασθενείς, κυβερνήσεις και εργοδότες (Edwards et al., 2002).

Πολλές αιτίες αφορούν και το ίδιο το επάγγελμα της ιατρικής. Η δουλειά είναι δύσκολη και συναισθηματικά απαιτητική, και οι γιατροί είναι πιο πιθανό να ασκούν αυστηρή αυτοκριτική (Firth-Cozens, 1997). Η έλλειψη αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των γιατρών επιδεινώνει την κατάσταση. Η εργασία σε ομάδες φαίνεται πως βάζει τους γιατρούς σε καλύτερη θέση για να αντιμετωπίσουν το άγχος (Firth-Cozens, 2000; Sexton et al., 2000). Η προσωπική επιλογή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, το υψηλό επίπεδο κατάρτισης, καθώς και η κοινωνικοποίηση των γιατρών έχει την τάση να αμβλύνει τα προβλήματα. Ως τέτοια νοούνται ο υψηλός φόρτος εργασίας, το άγχος, και η αντίδραση στις αλλαγές που προκύπτουν στον χώρο εργασίας, στις συνθήκες, στον τρόπο, στην διοίκηση και οτιδήποτε μπορεί να μεταβάλλει την καθημερινότητα τους, αφού υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα σε αυτό που οι γιατροί ανέμεναν από τη δουλειά τους και την πραγματικότητα (Edwards et al., 2002).

Υπάρχει, ακόμη, σχέση μεταξύ της στάσης απέναντι στη συνταξιοδότηση και το περιβάλλον εργασίας ορισμένων επαγγελματιών. Η μελέτη των Sutinen et al. (2007) εντόπισε συσχετισμούς ανάμεσα στις σκέψεις αποχώρησης και συνταξιοδότησης με τις συνθήκες εργασίας και το άγχος στους νοσοκομειακούς γιατρούς. Το δείγμα περιελάμβανε 447 νοσοκομειακούς γιατρούς στη Φινλανδία. Τα αποτελέσματα της έρευνας εντόπισαν αυξημένη πιθανότητα σκέψεων αποχώρησης ή συνταξιοδότησης. Αυτές οι σκέψεις ήταν πιο συχνές σε γιατρούς που ανέφεραν χαμηλά επίπεδα ελέγχου της εργασίας, κακή ομαδική εργασία, αδικίες σε σχέση με την εποπτεία, αλλά και γενικά κακές συνθήκες εργασίας.

Στον αντίποδα της εργασιακής ικανοποίησης βρίσκεται η εργασιακή εξουθένωση, που παρατηρείται πολύ συχνά στον ιατρικό κλάδο. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out) αναφέρεται στο αίσθημα της εξάντλησης και της απώλειας του ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες, κατά την άσκηση της εργασίας τους.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση, αφού στην καθημερινότητά του έρχονται αντιμέτωποι με ασθένειες και το θάνατο (Carplan et al., 1975). Συνεπώς, οι πράξεις, τα λάθη ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή και την υγεία των ασθενών τους (Rees & Cooper, 1991).

Σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1986), η Επαγγελματική Εξουθένωση ορίζεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο γιατρός χάνει το ενδιαφέρον του για τους ασθενείς του, δεν είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και έχει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Όσον αφορά την Ελλάδα, η έρευνα των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) έδειξε ότι, οι βασικότεροι παράγοντες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που αφορούν τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, όπως για παράδειγμα η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και το θάνατο, οι αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κτλ, καθώς επίσης και παράγοντες που αφορούν την ελληνική πραγματικότητα, δηλαδή τα ελλιπή μέσα, οι περιορισμένες υποδομές, η ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού κτλ.

Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως στις δύσκολες επαγγελματικές συνθήκες του ιατρικού επαγγέλματος, όπως το εξαντλητικό πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του νοσοκομείου (Pines, 1986). Άλλοι (Dekker & Schaufeli, 1995; Antoniou, 1999) εστιάζουν στους ατομικούς παράγοντες, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες του επαγγελματία (Firth-Cozens & Payne, 1999).

## **2.6 Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακοί γιατροί**

Τα προβλήματα των νοσοκομειακών γιατρών πηγάζουν είτε προσωπικά από τους ίδιους, είτε από τα προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Τα κυριότερα προβλήματα των νοσοκομειακών ιατρών είναι : η υποστελέχωση, η έλλειψη υποδομών, ο φόρτος εργασίας και οι συνθήκες εργασίας, τα σωματικά προβλήματα, οι εργασιακές σχέσεις, τα ψυχολογικά προβλήματα και η εργασιακή εξουθένωση,

### **Η έλλειψη προσωπικού**

Το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό αποτελούν την βάση για την λειτουργία των νοσοκομείων (Simons, Bonnett-Jones, 1989, Abel-Smith, 1986).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από γεωγραφική ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού, από ανισομέρεια των επαγγελματιών υγείας, αλλά και από ανισομέρεια ιατρικών ειδικοτήτων. Η μη επαρκής στελέχωση νοσοκομείων επιφέρει κόπωση στους εργαζομένους, ενώ η ανισομέρεια στις ιατρικές ειδικότητες, το πρόβλημα των συνεργειών των τμημάτων και άλλα δομικά και διοικητικά προβλήματα έχουν ως αποτέλεσμα την δυσλειτουργία και τη μειωμένη ποιότητα των υπηρεσιών των νοσοκομείων.

Η ανεπαρκής στελέχωση των ιατρικών και νοσηλευτικών θέσεων αποτελεί κίνδυνο για τους ασθενείς ενώ δημιουργεί δυσκολίες στη διεκπεραίωση της εργασίας του ιατρικού προσωπικού. Επιπλέον, η υποστελέχωση συνδέεται με το μεγάλο φόρτο εργασίας και τα χαμηλά κίνητρα εργασίας του ιατρικού προσωπικού (Ulrich & Zimming, 2004).

### **Φόρτος εργασίας & Συνθήκες εργασίας**

Πολλές φορές ο μεγάλος φόρτος εργασίας δημιουργεί ένα κλίμα έντασης μεταξύ των εργαζομένων, λόγω της υπερεργασίας τους. Αυτό το πρόβλημα συνδέεται με την υποστελέχωση, αφού λιγότεροι γιατροί αναγκάζονται να διεκπεραιώσουν περισσότερες εργασίες (Ulrich & Zimming, 2004).

Οι κακές συνθήκες εργασίας των νοσοκομειακών γιατρών συνδέονται, με τα εξαντλητικά ωράρια και τις εφημερίες. Η νυχτερινή βάρδια του Ιατρικού προσωπικού αποτελεί μια δύσκολη και ψυχοφθόρα διαδικασία και επιπλέον μια υποχρεωτική εργασιακή σχέση στα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας. Όμως, οι πολλές ώρες εργασίας φαίνεται πως επηρεάζουν αρνητικά την επίδοση, αλλά και την υγεία των γιατρών (Spurgeon et al., 1997).

Η δύσκολη αποστολή των ιατρών συχνά οδηγεί στην αλλοτρίωση της συμπεριφοράς τους απέναντι στους ασθενείς. Οι αντίξοες συνθήκες εργασίας φορτίζουν με αρνητικά συναισθήματα τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται η στάση τους απέναντι στον ασθενή ή το συνάδελφο και να γίνεται απόμακρη, κατά τη διάρκεια της προσφοράς των υπηρεσιών του μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

## **Η έλλειψη εξοπλισμού**

Αν και σε πολλά νοσοκομεία της χώρας, οι χώροι του νοσοκομείου πλέον είναι αναβαθμισμένοι τεχνολογικά και εξοπλισμένοι με σύγχρονα μέσα, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις και απαρχαιωμένος εξοπλισμός σε πολλές περιπτώσεις. Πολλά κέντρα υγείας, ιδιαίτερα σε παραμεθόριες περιοχές της Ελλάδας, έχουν ελλιπή εξοπλισμό, περιορισμένες παροχές για την προφύλαξη του ιατρικού προσωπικού και των ασθενών από λοιμώξεις, αλλά και περιορισμένη ή και ανεπαρκή παροχή μέσων για την ακριβή και έγκυρη ιατρική διάγνωση μέσω των απαιτούμενων ιατρικών εξετάσεων και ελέγχων. Αυτά είναι μερικά από τα προβλήματα που καθημερινά φέρνουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε αδιέξοδο.

Οι ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και η αδυναμία ανταπόκρισης των δημόσιων νοσοκομείων στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο, έχουν σαν συνέπεια τη μείωση του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες και τη στροφή των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα (Θεοδώρου και συν., 2005).

## **Σωματικοί κίνδυνοι**

Οι νοσοκομειακοί γιατροί, και άλλοι επαγγελματίες της υγείας, δουλεύουν υπό πολύ πιεστικές για το σώμα συνθήκες. Κινδυνεύουν από μια σειρά ασθενειών στις οποίες εκτίθενται στο χώρο του νοσοκομείου, λόγω της ελλιπούς καθαριότητας και απολύμανσης των επιφανειών (Ulrich & Zimming, 2004).

Το ίδιο το επάγγελμα λόγω του αντικειμένου με το οποίο καταπιάνεται, ενέχει κινδύνους για την υγεία των ιατρών, ακόμη και με τις ιδανικότερες συνθήκες.

## **Ψυχολογικά προβλήματα – Εργασιακή εξουθένωση**

Το περιβαλλοντικό stress είναι τόσο έντονο στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων ώστε ακόμα και τα άτομα με αναπτυγμένους μηχανισμούς αντοχής και άμυνας, αδυνατούν να ανταποκριθούν στις δύσκολες και αυξημένες απαιτήσεις του περιβάλλοντος εργασίας.

Κατά τους Lintzer et al. (2002), πολλά από τα παραπάνω προβλήματα, όπως οι απαιτήσεις του επαγγέλματος, η πίεση του χρόνου, η έλλειψη υποστήριξης από τους

συναδέλφους, η δυσκολία ισορροπίας ανάμεσα στην επαγγελματική και την οικογενειακή ζωή, είναι παράγοντες που προκαλούν μεγάλο ψυχολογικό άγχος στους νοσοκομειακούς γιατρούς.

Ενδεικτικό του εργασιακού στρες είναι το γεγονός ότι η πίεση των γιατρών συγκρίνεται με την πίεση που δέχονται οι πιλότοι αεροσκαφών (Sexton, Thomas & Helmreich, 2000).

### **Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις**

Τα κυριότερα προβλήματα που ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία είναι η έλλειψη κλίματος συνεργασίας, η διαφορετική γραμμή λειτουργίας και θεραπείας από τους διάφορους γιατρούς σε ένα νοσοκομείο, η ασαφής διανομή αρμοδιοτήτων, η κακή επικοινωνία μεταξύ των γιατρών, η ελλιπής ενημέρωση ανάμεσα στις βάρδιες κτλ.

Με βάση όλα όσα παρατέθηκαν, οι κύριες κατηγορίες προβλημάτων, που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο της έρευνας είναι τα εξής:

- Χώρος και συνθήκες εργασίας. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται η διαμόρφωση του χώρου, τα μέτρα προστασίας (καθαριότητα, αντισηψία κτλ), η ποιότητα των γευμάτων, οι χώροι των εξωτερικών ιατρείων, οι χώροι για τη διεκπεραίωση γραφικών εργασιών κτλ.
- Εξοπλισμός και τεχνολογία. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται τα αναλώσιμα, ο αριθμός και η ποιότητα των ιατρικών συσκευών και μηχανημάτων, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, οι εγκαταστάσεις και οι υποδομές, η γνώση χειρισμού των μηχανημάτων κτλ.
- Οργάνωση και διαπροσωπικές σχέσεις. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι οδηγίες για την εκτέλεση των εργασιών, η συνεργασία, η ανταπόκριση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, η κοινή γραμμή θεραπείας, η ενημέρωση κατά την αλλαγή βάρδιας, το ελλιπές προσωπικό κτλ.

## **Κεφάλαιο 3: Η μεθοδολογία της έρευνας**

### **3.1 Εισαγωγή**

Σύμφωνα με όσα προέκυψαν από τη μελέτη της βιβλιογραφίας για το ιατρικό επάγγελμα, τη διοίκηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων, αλλά και πιο συγκεκριμένα, για την εργασιακή ικανοποίηση και τα προβλήματα των γιατρών, σχεδιάστηκε η έρευνα στο Γενικό Νοσοκομείο του Κιλκίς.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εστιάζουν στον εντοπισμό των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ιατρικό προσωπικό, και αντιστοιχούν, σε μεγάλο βαθμό, στους παράγοντες συντήρησης της Θεωρίας των Δύο Παραγόντων του Herzberg.

### **3.2 Η συμμετοχή του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς**

Η έρευνα διεξήχθη στο Νοσοκομείο Κιλκίς με στόχο να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ιατρικό προσωπικό στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Θα μπορούσε φυσικά να λάβει χώρα και σε ένα σύνολο περισσότερων νοσοκομείων και να μας δώσει μία γενικότερη εικόνα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Από τους 110 Ιατρούς που εργάζονται στο ίδρυμα έλαβαν μέρος στην εργασία συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο 88, δηλαδή ποσοστό συμμετοχής 80%. Το δείγμα περιλαμβάνει όλες τις ειδικότητες και όλες τις βαθμίδες.

Το Νοσοκομείο του Κιλκίς δημιουργήθηκε το 1928, με 20 κλίνες. Πλέον, αποτελεί Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου), μια αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα με Διοικητική και Οικονομική αυτοτέλεια με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Ά Κεντρικής Μακεδονίας. Υπάγεται στις διατάξεις του Ν.2889 (ΦΕΚ 37/Α/01) : « Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις». Υπόκειται στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας. Ανήκει στη 4ηΥΠΕ Μακεδονίας - Θράκης.



Περιλαμβάνει τμήματα κύριας νοσηλείας σε διάφορες θεραπευτικές κατηγορίες και παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία εμπεριέχει τη φροντίδα της διαγνωστικής, θεραπευτικής και προληπτικής αγωγής και της κοινωνικής ιατρικής. Επίσης παρέχει και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας η οποία περιλαμβάνει τη νοσηλεία, τον εργαστηριακό έλεγχο για τη κάλυψη των απαιτήσεων νοσηλείας, καθώς και γενικές επεμβάσεις- εγχειρίσεις.

Στη δραστηριότητα του Νοσοκομείου υπάγεται και ο τομέας της ανάπτυξης και προαγωγής της Ιατρικής έρευνας, η εφαρμογή προγράμματος ειδίκευσης και των προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης. (Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς . Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, 2002).

Σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα της 4ης ΥΠΕ Μακεδονίας Θράκης, στο νοσοκομείο Κιλκίς από το 2009 λειτουργεί νέα, ανεξάρτητη και σύγχρονη Ψυχιατρική κλινική, ενώ σύμφωνα με νεότερες πληροφορίες, το εν λόγω νοσοκομείο εμφανίζει τα εξής δεδομένα<sup>1</sup>:

- ανεπτυγμένες κλίνες: 262
- ανθρώπινο δυναμικό: 623
- δαπάνες 2010: €8.145.326

Μετά την πολυετή κοινωνική του προσφορά και διεκδικώντας διαχρονικά τον ρόλο του στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια (πλήρη ανάπτυξη κλινικών, εργαστηρίων, ψυχιατρικής μονάδας, μονάδας τεχνητού νεφρού, τμήματος αιμοδοσίας), το Νοσοκομείο σήμερα παρουσιάζει δομικά προβλήματα κυρίως στις νοσηλευτικές πτέρυγες, με λειτουργικές προεκτάσεις και διασπορά των διοικητικών υπηρεσιών εντός του αύλειου χώρου. Η υπό παραλαβή Γ' Πτέρυγα (συμβ. συγχρηματοδότησης από το Γ' κοινοτικό πρόγραμμα 2003) θα προσφέρει στην ποιότητα των χώρων του χειρουργείου, των βοηθητικών χώρων, της αιμοδοσίας και την αναβάθμιση της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού.

Πρέπει να επισημανθεί ότι στα τέλη του 2011 έγινε η πρώτη μετακίνηση μίας εκ των υπηρεσιών του νοσοκομείου στη νέα πτέρυγα και συγκεκριμένα της αιμοδοσίας. Αναμένεται σταδιακά να γίνει η μετακίνηση και άλλων τμημάτων με στόχο την αναβάθμιση του νοσοκομείου και την αξιοπρεπή παροχή υπηρεσιών στη

---

<sup>1</sup> Από την ιστοσελίδα: <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-03-08-10-56-50/4>

δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Για τη λήψη έγκρισης, ακολουθήθηκαν όλες οι νόμιμες διαδικασίες που απαιτούνται για την πραγματοποίηση μιας τέτοιας έρευνας. Μετά από προφορική συνεννόηση με τον Διοικητή του Νοσοκομείου κατατέθηκε και πρωτοκολλήθηκε στις αρχές Νοέμβρη του 2011 αίτηση με συνημμένα όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Συγκεκριμένα περιελάμβαναν αίτηση του επιβλέποντα καθηγητή και της μεταπτυχιακής φοιτήτριας η οποία εργαζόταν Γ.Ν. Κιλκίς ως επικουρικός ιατρός επιμελήτρια β' στο τμήμα της αιμοδοσίας ώστε να επιτραπεί η διανομή ερωτηματολογίου καθώς και προσχέδιο του ερωτηματολογίου.

Η αίτηση εγκρίθηκε αρχικά από τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής, τον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και μετέπειτα από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Για την τελική έγκριση εστάλη στην αρμόδια ΔΥΠΕ, από όπου έλαβε και την οριστική θετική απάντηση στις 10/1/2012 αριθ. πρωτ.Β/3/127, με την επισήμανση ότι για τη διεξαγωγή της δεν παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και ότι με την ολοκλήρωση της μελέτης θα κατατεθεί έκθεση αποτελεσμάτων και στο νοσοκομείο αλλά και στη 4η ΔΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης.

### **3.3 Υλικό και μέθοδος**

Η παρούσα εργασία αποτελεί συνέχεια του έργου της Καλλιανίδου (2009), η οποία όμως αφορούσε στο νοσηλευτικό προσωπικό. Φυσικά το ερωτηματολόγιο έπρεπε να τροποποιηθεί σε μεγάλο βαθμό για να καλύψει τις ανάγκες του ιατρικού επαγγέλματος και του Νοσοκομείου Κιλκίς. Ουσιαστικά είχαμε τη δημιουργία ενός νέου ερωτηματολογίου για μία άλλη κατηγορία εργαζομένων και επιχειρεί να δώσει υπόσταση σε αυτό που αποτελεί το χώρο εργασίας του νοσοκομειακού ιατρού και την καθημερινότητα του μέσα σε αυτόν.

Πρώτο στάδιο:

Συντάχθηκε ένα προσχέδιο ερωτηματολογίου (Aletas et al, 2010). Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της παρατήρησης και διαθέτοντας εμπειρία αρκετών ετών σε διάφορα νοσοκομεία, αρχικά ως φοιτήτρια, μετέπειτα ως αγροτική και ειδικευόμενη ιατρός και, την τελευταία 4ετία, ως επικουρική ιατρός επιμελήτρια β', η ερευνήτρια με

την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή διαμόρφωσε το αρχικό ερωτηματολόγιο.

Δεύτερο στάδιο:

Επιλέχθηκαν 10 συνάδελφοι διαφορετικών ειδικοτήτων και βαθμίδων, οι οποίοι μέσω συνέντευξης και καταγραφής των προσωπικών τους παρατηρήσεων, όσον αφορά τον χώρο εργασίας, έδωσαν νέα στοιχεία και πληροφορίες, ώστε το ερωτηματολόγιο να καλύπτει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τα ζητήματα που οι ίδιοι οι ιατροί αντιλαμβάνονται ως προβλήματα κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Οι συνεντεύξεις ήταν εθελοντικές, διάρκειας περίπου 20 λεπτών, καταγράφηκαν χειρόγραφα και δόθηκαν στον χώρο εργασίας των ιατρών κατά την διάρκεια του ελεύθερου χρόνου που διέθεταν.

Τρίτο στάδιο:

Τα στοιχεία αυτά χρησιμοποιήθηκαν για την διαμόρφωση του τελικού ερωτηματολογίου. Έτσι καθώς η διατύπωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα εξαιρετικά δύσκολο κομμάτι χρειάστηκε να γίνουν αρκετές αλλαγές μέχρι αυτό να πάρει την τελική του μορφή. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι σαφείς, ξεκάθαρες, περιεκτικές, κατανοητές, να μην πλατειάζουν, να μην περιέχουν διπλές αρνήσεις που μπερδεύουν και να μην κουράζουν τους συμμετέχοντες. Πρέπει σαφώς να επικεντρώνονται στο θέμα και φυσικά να μην κατευθύνουν τους ερωτηθέντες προς συγκεκριμένους στόχους. Πρέπει να διασφαλίζουν αντικειμενικότητα και αξιοπιστία στο αποτέλεσμα.

Το αρχικό ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 35 ερωτήσεις τύπου Likert σε πεντάβαθμη κλίμακα έντασης, με αρίθμηση από το 5=Συμφωνώ απόλυτα, 4=συμφωνώ, 3=ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 2=διαφωνώ, έως και το 1=διαφωνώ απόλυτα. Περιελάμβανε επίσης και 7 ερωτήσεις ανοικτού τύπου που αφορούσαν σε δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Οι ερωτήσεις-προτάσεις διαχωρίστηκαν σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες : α) χώρος-περιβάλλον, β) εξοπλισμός-τεχνολογία και γ) οργάνωση-διαπροσωπικές σχέσεις.

Τα ερωτηματολόγια τύπου Likert είναι κατ' ουσία "κλίμακες διαστήματος" παίρνουν αριθμητικές τιμές και αυτό εξυπηρετεί την στατιστική ανάλυση και βοηθάει την εξαγωγή συμπερασμάτων. Οι προτάσεις διαβαθμίζονται από την απόλυτη συμφωνία έως την απόλυτη διαφωνία. Προτιμάτε και χρησιμοποιείται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία. (Krowinski & Steiber, 1996) Επίσης εναλλάσσονται αρνητικές και

θετικές προτάσεις ώστε να μην παρασύρουν και να μην μεροληπτούν. Ο τρόπος με τον οποίο είναι διαμορφωμένα τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια καλύπτει όλα τα βασικά χαρακτηριστικά που απαιτούνται για ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο.

Τέταρτο στάδιο:

Ακολουθώντας τις οδηγίες της American Statistical Association (1997) για τον προέλεγχο πραγματοποιήθηκε πιλοτική δοκιμή του ερωτηματολογίου σε ένα περιορισμένο αριθμό 8 ατόμων. Εφαρμόστηκε η ταυτόχρονη μέθοδος αντί της αναδρομικής που επίσης προτείνεται συχνά. Ο ερωτώμενος εδώ εκφράζει φωναχτά την σκέψη του και ταυτόχρονα συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο και ο ερευνητής καταγράφει τα σχόλια, τις παρατηρήσεις καθώς και τον χρόνο που απαιτείται για την όλη διαδικασία. Έτσι ελέγχεται για άλλη μία φορά η πληρότητα των ερωτήσεων, η προσέγγιση του θέματος που θέλουμε να καλύψουμε και φυσικά η διατύπωση των ερωτήσεων. Ταυτόχρονα καταγράφεται η γενικότερη εντύπωση που αποκομίζουν οι συμμετέχοντες.

Ως αποτέλεσμα του pre-testing προέκυψε το τελικό ερωτηματολόγιο. Ο χρόνος συμπλήρωσης του διαμορφώθηκε στα 8-10 λεπτά. Ο αριθμός των ερωτήσεων τύπου Likert μειώθηκε στις 29. Αφαιρέθηκαν όσες ερωτήσεις κρίθηκαν ως μη άμεσα συνδεδεμένες με το θέμα και αυτές των οποίων οι απαντήσεις κρίθηκαν δεδομένες και δεν εμπειρεύαν λόγο ύπαρξης. Έγινε αναδιατύπωση κάποιων ερωτήσεων, ώστε να είναι ποιο συγκεκριμένες και σαφείς. Επίσης μετακινήθηκαν ερωτήσεις από μία κατηγορία σε άλλη, καθώς εκτιμήθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη συγγένεια ως προς αυτές.

Σκοπός του επαναλαμβανόμενου επανελέγχου είναι να διασφαλισθεί η φαινομενική εγκυρότητα και η εγκυρότητα περιεχομένου. Οι άνθρωποι που εργάζονται στο χώρο και έχουν άμεση εμπειρία σε σχέση με το θέμα που αναλύουμε στην εργασία μας είναι αυτοί που μπορούν να ελέγξουν τη φαινομενική εγκυρότητα. Ενώ ειδικοί επιστήμονες μπορούν να ελέγξουν τη εγκυρότητα περιεχομένου της έρευνας σε ότι αφορά το δικό τους γνωστικό αντικείμενο. (Ραφτόπουλος & Θεοδοσοπούλου, 2002)

Το σύνολο του ερωτηματολογίου αποτελείται από 5 σελίδες :

1η - Πανεπιστημιακό ίδρυμα, θέμα έρευνας και στοιχεία της μεταπτυχιακής φοιτήτριας και του επιβλέποντα καθηγητή

2η - Ενημερωτικό σημείωμα προς τους συμμετέχοντες

3η και 4η - Ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου οι ερωτήσεις 1 έως 11 αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον και τον χώρο εργασίας γενικότερα, 12 έως 18 αφορούν τον τεχνολογικό εξοπλισμό και τις εγκαταστάσεις και 19 έως 29 αφορούν την οργάνωση στον χώρο εργασίας καθώς και τις σχέσεις εργασίας μεταξύ των εργαζομένων

4η -Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου (δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά)

Μετά από προσωπική ενημέρωση των Διευθυντών των αντίστοιχων κλινικών, τα ερωτηματολόγια επιδόθηκαν μέσα σε φάκελο στο κάθε τμήμα χωριστά αμέσως μόλις δόθηκε η έγκριση από την αρμόδια ΔΥΠΕ. Σε χρονικό διάστημα 10 ημερών, έγινε η συλλογή τους από όλα τα τμήματα σταδιακά και σε διαφορετικούς χρόνους. Διατηρήθηκε φυσικά η ανωνυμία όλων όσων συμμετείχαν στα πλαίσια του απαιτούμενου απορρήτου. Το πλήρες ερωτηματολόγιο παρατίθεται στα προσαρτήματα.

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε είναι το SPSS (Statistical Package for the social Sciences), έκδοση 13. (Λιούτας & Φωλίνας, 2010). Στις ερωτήσεις Likert που αναλύσαμε έγινε αντιστροφή των αρνητικά διατυπωμένων στην αρχική τους κωδικοποίηση, ώστε να δημιουργηθεί ένας κοινός τρόπος μέτρησης. Έτσι μεγαλύτερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μικρότερη δυσκολία και αντιστρόφως. Έγινε δηλαδή μετατροπή των τιμών το 1→5, 2→4, 4→2 και 5→1 (Likert, 1932)

Μολονότι τα δεδομένα ήταν λίγα (88 έγκυρα ερωτηματολόγια) προχωρήσαμε σε Παραγοντική Ανάλυση. Η αντιστοιχία του 1 προς 5 στη σχέση αριθμού ερωτήσεων προς τον αριθμό απαντημένων ερωτηματολογίων δεν τηρήθηκε. Ο σχετικά μικρός αριθμός εργαζομένων ιατρών στο Γ.Ν. Κιλκίς και το γεγονός ότι θέλαμε να καλύψουμε με τις ερωτήσεις μας στο μέγιστο δυνατό βαθμό το θέμα που διαπραγματεύεται η εργασία, δεν μας επέτρεψε να μειώσουμε περαιτέρω τον αριθμό των ερωτήσεων.

Θα πρέπει να δούμε λοιπόν με σχετική επιφύλαξη την ανάλυση παραγόντων λόγω του μικρού δείγματος. Η επάρκεια του δείγματος ελέγχθηκε με το κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Σύμφωνα με τους (Krownski & Steiber 1996) ο δείκτης αυτός εκφράζει το βαθμό καταλληλότητας της συγκεκριμένης τεχνικής για την έρευνα. Τιμή μεγαλύτερη από 0,6 θεωρείται αποδεκτή, ενώ πολύ καλή τιμή θεωρείται πάνω από 0,7.

Με στόχο να μειωθεί το τυχαίο σφάλμα προχωρήσαμε σε Exploratory Factor Analysis (διερευνητική παραγοντική ανάλυση). Έγινε εξαγωγή με τη μέθοδο Unweighted least squares και περιστροφή με τη μέθοδο Varimax.

Κατόπιν, δημιουργήσαμε αθροιστικές κλίμακες. Για να συμπεριλάβουμε ένα στοιχείο σε μία αθροιστική κλίμακα ακολουθήσαμε τα βήματα άλλων αναλυτών (Labarere et al 1999, Westaway et al 2003). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία πρέπει το κατώτερο όριο συσχέτισης να είναι μεγαλύτερο του 0,5 και ταυτόχρονα η διαφορά μεταξύ των συντελεστών συσχέτισης κάθε μεμονωμένου στοιχείου του ερωτηματολογίου με τους υπόλοιπους παράγοντες να είναι μεγαλύτερη του 0,20. Επίσης προϋπόθεση για να δημιουργηθεί μία αθροιστική κλίμακα είναι να περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο στοιχεία. Τα υπόλοιπα στοιχεία εφόσον αποτελούν μεμονωμένες τιμές ακόμη και εάν αυτές βρίσκονται μέσα στα όρια που αναφέραμε δεν μπορούν να δημιουργήσουν κλίμακες (Aletras et al, 2006).

Στη συνέχεια, διενεργήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας χρησιμοποιώντας τον συντελεστή  $\alpha$  του Cronbach (Cronbach, 1947). Ο δείκτης αυτός αυξάνεται, όσο αυξάνονται οι συσχετισμοί μεταξύ των στοιχείων. Για αυτόν τον λόγο αποκαλείται επίσης δείκτης εσωτερικής συνάφειας ή συνοχής (internal consistency reliability). Αποτυπώνει το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν το ίδιο δημιούργημα. Εκφράζει δηλαδή ουσιαστικά την ομοιογένεια του δείγματος. Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach είναι ίσως από τους σημαντικότερους δείκτες αξιοπιστίας και χρησιμοποιείται ευρέως διεθνώς (Vehkalahti, 2000). Οι τιμές που λαμβάνει κυμαίνονται στο διάστημα 0 – 1. Τιμές πάνω από 0,7 θεωρούνται ικανοποιητικές και δηλώνουν την ύπαρξη καλής συσχέτισης μεταξύ των στοιχείων που μετρήσαμε. Αν η τιμή του συντελεστή είναι μικρότερη του 0,7 προχωράμε σε νέους υπολογισμούς της τιμής του, αφαιρώντας ένα προς ένα τα στοιχεία από την αθροιστική κλίμακα με τελικό στόχο να βρούμε εκείνα τα στοιχεία με τα οποία λαμβάνει την μεγαλύτερη δυνατή τιμή. Δυστυχώς η θετική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του αριθμού των στοιχείων και της τιμής του συντελεστή δεν βοηθάει την δική μας έρευνα λόγω του μικρού δείγματος.

Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο T-test (Ρούσσοι & Ευσταθίου, 2008) για ανεξάρτητα δείγματα εξετάστηκε αν το φύλο επηρεάζει τη “συνεργασία”. Για να κάνουμε στατιστική ανάλυση μεταξύ πολλών μέσων χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο One-Way Analysis of Variance (ANOVA) στο PASW/SPSS (Πραμαγγιούλης, 2008).

Πρόκειται για μια μέθοδο παρόμοια του T-test, η οποία προσδιορίζει εάν οι μέσες τιμές μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διακυμάνσεις. Ενώ το T-test χρησιμοποιείται για να συγκρίνει τους μέσους δύο ομάδων, το ANOVA test χρησιμοποιείται για να συγκρίνει τους μέσους τριών ή περισσότερων ομάδων. Εξετάζει τη σχέση της εξαρτημένης μεταβλητής με την ανεξάρτητη, υπολογίζοντας εάν η μεταβλητότητα των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής Y εξηγείται από την ανεξάρτητη μεταβλητή  $X^2$ .

### **3.4 Αποτελέσματα της έρευνας**

Όπως προαναφέραμε σε σύνολο 110 εργαζομένων ιατρών λάβαμε 88 έγκυρα ερωτηματολόγια, δηλαδή ένα αρκετά υψηλό ποσοστό 80%. Το Non-Response Variance αποφεύγεται, καθώς δεν αναμένουμε μεγάλη μεροληψία.

Το πρώτο κομμάτι της ανάλυσης μας, αφορά τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στον παρακάτω πίνακα δίνεται οι απόλυτοι αριθμοί και τα ποσοστά τους.

---

<sup>2</sup> Από την ιστοσελίδα: <http://video.ezinemark.com/one-way-analysis-of-variance-anova-in-pasw-spss.mov-441c5c3b220.html>

**Πίνακας 1: Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	48	55,8
Γυναίκα	38	44,2
<b>Ηλικία</b>		
25-34	27	31,4
35-44	27	31,4
45-54	19	22,1
Πάνω από 55	13	15,1
<b>Ιθαγένεια/Υπηκοότητα</b>		
Ελληνική	85	100
Άλλη		
<b>Θέση</b>		
Ειδικευόμενος	40	46,5
Επιμελητής β'	14	16,3
Επιμελητής α'	13	15,1
Διευθυντής	19	22,1
<b>Άλλοι τίτλοι σπουδών</b>		
Μεταπτυχιακό	5	15,2
Διδακτορικό	4	12,1
Εξειδίκευση	12	36,4
Άλλο	12	36,4
<b>Χρόνος προϋπηρεσίας στο Γ.Ν. Κιλκίς</b>		
0-5	52	61,2
6-10	10	11,8
11-15	6	7,1
16-20	7	8,2
21-25	7	8,2
26 και άνω	3	3,5
<b>Χρόνος συνολικής προϋπηρεσίας</b>		
0-5	33	38,8
6-10	13	15,3
11-15	11	12,9
16-20	7	8,2
21-25	8	9,4
26 και άνω	13	15,3

Το δείγμα αποτελείται από 48 άνδρες (55,8%) και 38 γυναίκες (44,2%). Συνεπώς, παρατηρείται δηλαδή μία ελαφρά αριθμητική υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών, συνήθης στον ιατρικό χώρο. Διαπιστώνουμε, ακόμη, ότι υπάρχει σχετική ηλικιακή ομοιομορφία, ενώ το σύνολο των ιατρών είναι Έλληνες. Όσον αφορά τη θέση εργασίας, το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν οι ειδικευόμενοι ιατροί. Πλην των απολύτως προαπαιτούμενων τίτλων για κάθε εργαζόμενο ιατρό, διαπιστώνουμε και



την ύπαρξη επιπλέον τίτλων όπως μεταπτυχιακού, διδακτορικού, εξειδίκευσης κτλ. Στον χρόνο προϋπηρεσίας στο Γ.Ν. Κιλκίς, το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται στα πρώτα πέντε έτη, ενώ και σε σχέση με τον χρόνο συνολικής προϋπηρεσίας το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται στο χρονικό διάστημα 0-5 έτη (38,8%).

Στον πίνακα 2, δίνονται ο απόλυτος αριθμός των απαντήσεων που δόθηκαν, η ελάχιστη τιμή, η μέγιστη τιμή, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Παρατηρώντας τον μέσο με ελάχιστη τιμή το 1, μέγιστη τιμή το 5 και λαμβάνοντας το 3 ως στάση αδιαφορίας (αφού το 3 αποτελεί τη μέση τιμή στην κλίμακα Likert που δεν δείχνει ούτε ικανοποίηση, ούτε δυσαρέσκεια), διαπιστώνεται μία γενικότερη δυσαρέσκεια των ιατρών.

**Πίνακας 2: Σύντομη περιγραφή ερωτήσεων-στοιχείων**

	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
1.Χώρος εργασίας	88	1	5	2,26	0,941
2.Εξωτερικά ιατρεία	86	1	5	2,35	1,082
3.Καθαριότητα, υγιεινή, αντισηψία	87	1	5	2,64	1,067
4.Ψυχική επιβάρυνση	88	1	5	2,50	1,269
5.Χώροι για γραφική εργασία	88	1	5	2,34	1,103
6.Φόρτος εργασίας	88	1	5	2,90	1,135
7.Εφημερία (χώροι ανάπαυσης)	88	1	5	1,83	0,997
8.Εφημερίες	88	1	5	2,35	1,104
9.Ρεπό	88	1	5	<b>3,13</b>	1,143
10.Ψυχολογική επιβάρυνση και επίδραση προς τους ασθενείς	88	1	5	<b>3,50</b>	1,174
11.Ποιότητα γευμάτων	88	1	5	1,69	0,939
12.Επάρκεια αναλώσιμων υλικών	88	1	4	1,41	0,600
13.Γνώση χειρισμού μηχανημάτων	87	1	5	<b>3,00</b>	1,067
14.Ποιότητα αναλώσιμων και φαρμακευτικού υλικού	88	1	4	2,38	0,914
15. Ποσοτική επάρκεια ιατρικών συσκευών/μηχανημάτων	88	1	5	2,45	1,016
16.Καταλληλότητα εργαλείων/ μηχανημάτων	87	1	5	1,91	0,996
17.Επάρκεια ηλεκτρονικών υπολογιστών/ συστημάτων πληροφορικής	87	1	5	1,83	1,102
18. Καταλληλότητα κτιριακών εγκαταστάσεων/ υποδομών	88	1	5	1,63	0,938
19.Οδηγίες προς το νοσηλευτικό/παραϊατρικό προσωπικό δίνονται γραπτώς.	87	1	5	2,53	1,293
20. Συνεργασία ιατρών, νοσηλευτικού, παραϊατρικού προσωπικού	88	1	5	<b>4,00</b>	0,816
21. Ανταπόκριση νοσηλευτικού, παραϊατρικού προσωπικού στις ιατρικές εντολές	88	1	5	<b>3,74</b>	0,864
22.Ιατροί διαφορετικών βαθμίδων – διαφορετική αντιμετώπιση ιατρικών περιστατικών	88	1	5	2,40	0,965
23. Κοινή γραμμή εφαρμογής της προτεινόμενης θεραπείας	88	1	5	<b>3,07</b>	1,102
24. Ενημέρωση συναδέλφων κατά την αλλαγή βάρδιας	88	1	5	<b>3,86</b>	0,833
25. Συνεργασία με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων	88	1	5	<b>3,43</b>	1,122
26.Αναγκαιότητα πρωτοκόλλου ιατρικών καθηκόντων	88	1	5	2,35	1,073
27.Πρόγραμμα εκπαίδευσης ειδικευομένων ιατρών	88	1	5	2,48	1,061
28.Επιβάρυνση των υπολοίπων καθηκόντων	87	1	5	<b>3,30</b>	0,990
29.Επάρκεια ιατρικού προσωπικού	88	1	5	2,11	1,119

Θα γίνει συνοπτική αναφορά στα κυριότερα ευρήματα του πίνακα. Παρατηρούμε ότι μόνο η ερώτηση 20 έχει μέση τιμή 4 και δηλώνει σχετική ικανοποίηση όσον αφορά τις εργασιακές σχέσεις που επικρατούν στο νοσοκομείο μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και παραϊατρικού προσωπικού.

Τρεις ερωτήσεις έχουν τιμές μεγαλύτερες από 3,5. Η ερώτηση 24 που αφορά στην ενημέρωση των συναδέλφων κατά την αλλαγή βάρδιας για τα ιατρικά περιστατικά με τιμή 3,86, καθώς και η ερώτηση 21 με τιμή 3,74 που αναφέρεται στην ανταπόκριση νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στις ιατρικές εντολές συνηγορούν και επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα που βγάλαμε από την ερώτηση 20.

Η ερώτηση 10 λαμβάνει τιμή 3,5 και φαίνεται ότι οι ιατροί θεωρούν πως οι συνθήκες εργασίας δεν επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την συμπεριφορά τους προς τους ασθενείς, χωρίς βέβαια να δηλώνουν και ιδιαίτερα ικανοποιημένοι.

Όλες οι υπόλοιπες ερωτήσεις λαμβάνουν τιμές μικρότερες του 3. Τις χαμηλότερες τιμές (κάτω από 2) έλαβαν οι ερωτήσεις που ήταν σχετικές με κτιριακές εγκαταστάσεις, υποδομές, τεχνολογικό εξοπλισμό, μηχανήματα/ εργαλεία, τα οποία κρίνονται ως ελλιπή και ακατάλληλα. Τις χαμηλότερες τιμές λαμβάνουν οι Ηλεκτρονικοί υπολογιστές, τα συστήματα πληροφορικής και η επάρκεια αναλώσιμων υλικών. Χαρακτηριστικές είναι οι χαμηλές τιμές που λαμβάνουν οι χώροι ανάπαυσης των ιατρών (εφημερία) και η ερώτηση που αφορά στην ποιότητα των γευμάτων που σερβίρονται στους εφημερεύοντες ιατρούς.

Όπως προαναφέρθηκε, στην Ανάλυση Παραγόντων, τα αποτελέσματα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιφύλαξη, λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος. Η επάρκεια του δείγματος ελέγχθηκε με το κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), και προέκυψε ότι η τιμή KMO ήταν 0,624, ενώ η τιμή που προέκυψε από το Bartlett's Test of Sphericity ήταν 0,000, επίσης ικανοποιητική αφού καθιστά στατιστικά σημαντικό το δείγμα της έρευνας.

Με στόχο να μειωθεί το τυχαίο σφάλμα προχωρήσαμε σε Exploratory Factor Analysis (διερευνητική παραγοντική ανάλυση), εξαγωγή με τη μέθοδο Unweighted least squares και περιστροφή με τη μέθοδο Varimax. Οι δέκα παράγοντες που προέκυψαν, ερμηνεύουν το 69,25% της διακύμανσης των αρχικών μεταβλητών.

Κατόπιν δημιουργήσαμε αθροιστικές κλίμακες. Προχωρήσαμε σε έλεγχο αξιοπιστίας χρησιμοποιώντας τον συντελεστή  $\alpha$  του Cronbach. Δυστυχώς η θετική

συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του αριθμού των στοιχείων και της τιμής του συντελεστή δεν βοηθάει την δική μας έρευνα λόγω του μικρού δείγματος.

**Πίνακας 3: Ανάλυση παραγόντων (Rotated Factor Matrix(a))**

Στοιχείο-ερώτηση	Παράγοντας									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0,124	0,046	-0,088	0,095	<b>0,713</b>	0,047	0,046	0,025	0,184	0,103
2	0,000	0,003	-0,040	0,283	0,149	-0,130	-0,168	0,153	<b>0,638</b>	-
3	0,228	0,000	0,292	0,199	<b>0,536</b>	-0,133	0,102	0,305	0,152	-
4	0,142	0,130	<b>0,759</b>	0,085	0,048	0,093	0,086	-0,008	0,016	0,019
5	-	0,258	0,084	0,226	0,300	-0,181	-0,050	<b>0,542</b>	-	-
6	0,025	0,116	0,57	0,51	0,297	-0,025	0,332	0,070	-0,064	-
7	0,041	<b>0,56</b>	0,277	-0,062	0,341	-0,136	0,017	0,236	0,019	0,071
8	0,305	<b>0,52</b>	0,251	0,010	-0,032	0,354	0,052	0,099	-	0,159
9	0,039	0,482	-0,025	0,185	-0,057	-0,050	0,032	0,008	0,030	-
10	0,400	-	0,455	0,053	0,077	0,313	0,288	0,075	3,81E-005	0,026
11	-	0,008	-0,068	-0,199	0,192	7,506E-006	0,095	0,065	-	0,010
12	0,038	-	0,187	0,032	-0,062	-0,176	<b>0,641</b>	0,094	-	0,157
13	0,172	0,032	0,187	0,032	-0,062	-0,176	<b>0,641</b>	0,094	0,031	0,219
14	0,258	0,093	-0,044	<b>0,553</b>	0,021	-0,011	0,046	0,143	0,108	0,094
15	0,049	0,133	0,075	0,226	-0,008	-0,543	0,164	0,143	0,220	-
16	0,185	0,256	-0,293	0,179	0,213	0,021	0,145	0,356	0,043	0,257
17	0,049	0,368	-0,031	0,399	0,207	-0,032	<b>0,629</b>	0,015	-	0,137
18	-	0,009	-0,014	0,038	-0,028	0,035	0,083	<b>0,560</b>	0,015	-
19	0,042	-	0,122	<b>0,591</b>	0,063	-0,023	0,054	0,043	0,164	0,197
20	-	0,061	0,122	<b>0,591</b>	0,063	-0,023	0,054	0,043	0,058	0,078
21	0,063	-	-0,158	0,084	-0,356	-0,055	0,071	0,076	0,087	0,024
22	0,417	0,028	0,209	0,166	0,122	0,034	0,103	-0,054	-	-
23	<b>0,650</b>	0,099	0,209	0,166	0,122	0,034	0,103	-0,054	0,236	0,139
24	<b>0,773</b>	0,166	0,236	-0,062	0,192	-0,300	-0,068	-0,235	0,009	0,076
25	<b>0,565</b>	0,277	-0,036	-0,075	0,111	0,389	-0,021	0,166	-	0,008
26	<b>0,657</b>	-	0,045	0,047	0,031	0,278	-0,185	0,095	0,130	-
27	-	0,010	0,045	0,047	0,031	0,278	-0,185	0,095	0,135	0,106
28	0,460	-	0,042	0,182	-0,117	0,080	-0,326	-0,094	0,067	0,064
29	0,468	0,024	0,042	0,182	-0,117	0,080	-0,326	-0,094	0,067	0,145
30	0,468	0,084	0,046	0,003	0,123	0,079	0,054	0,036	0,319	0,078
31	0,131	0,341	0,089	0,373	0,155	0,201	0,045	0,063	-	-
32	0,362	-	0,130	0,083	0,116	0,061	0,403	0,297	0,023	0,260
33	-	0,182	0,130	0,083	0,116	0,061	0,403	0,297	0,476	-
34	0,131	0,062	0,199	0,074	-0,025	0,479	-0,070	-0,005	0,051	0,090
35	0,120	0,057	0,045	0,064	0,136	0,112	0,051	0,056	0,009	0,014
36	0,120	0,057	0,045	0,064	0,136	0,112	0,051	0,056	0,009	<b>0,710</b>

Extraction Method: Unweighted Least Squares. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation converged in 25 iterations.

Οι αθροιστικές κλίμακες που προέκυψαν είναι οι εξής:

- “Συνεργασία”, όπου περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 20, 21, 22, 23 στον παράγοντα 1 με τιμή Cronbach 0,73
- “Χώρος εργασίας/ καθαριότητα” όπου περιλαμβάνονται ερωτήσεις 1, 3 στον παράγοντα 5 με τιμή Cronbach 0,59

Τα στοιχεία τους είναι παρόμοια, επομένως είναι καλές κλίμακες.

Οι παρακάτω αθροιστικές κλίμακες που προέκυψαν αγνοήθηκαν λόγω των πολύ χαμηλών συντελεστών Cronbach :

- Αναλώσιμα/μηχανήματα όπου περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 12, 16 στον παράγοντα 7 (Cronbach 0,44)
- Γραφική εργασία/ υπολογιστές όπου περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 5,17 στον παράγοντα 8 (Cronbach 0,45)
- Χειρισμός μηχανημάτων/ εγκαταστάσεις οι ερωτήσεις 13, 18 στον παράγοντα 4 (Cronbach 0,46).
- Εφημερία/εφημερίες αντιστοίχως 7 και 8 ερώτηση στον παράγοντα 2 (Cronbach 0,502)

**Πίνακας 4: Συντελεστές Cronbach αθροιστικών κλιμάκων και μέση τιμή στοιχείων**

Κλίμακα	Περιγραφή στοιχείου	Συντελεστής κλίμακας	Συντελεστής χωρίς στοιχείο	Μέση τιμή
<b>Συνεργασία</b>		0,73		
20	Συνεργασία ιατρών, νοσηλευτικού, παραϊατρικού προσωπικού		0,654	4,00
21	Ανταπόκριση νοσηλευτικού, παραϊατρικού προσωπικού στις ιατρικές εντολές		0,662	3,74
22	Ιατροί διαφορετικών βαθμίδων – διαφορετική αντιμετώπιση ιατρικών περιστατικών		0,671	2,40
23	Κοινή γραμμή εφαρμογής της προτεινόμενης θεραπείας		0,704	3,07
<b>Χώρος εργασίας/ καθαριότητα</b>		0,59		
1	Χώρος εργασίας		.(a)	2,28
3	Καθαριότητα, υγιεινή, αντισηψία		.(a)	2,64

Μετά την ομαδοποίηση, δημιουργήθηκαν αθροιστικά σκορ των στοιχείων που ανήκουν στην κάθε ομάδα, δηλαδή των μέσων που προκύπτουν των τεσσάρων στοιχείων στην ομάδα "συνεργασία" και των δύο στοιχείων στην ομάδα "χώρος εργασίας/ καθαριότητα".

Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο T-test για ανεξάρτητα δείγματα εξετάστηκε αν το φύλο επηρεάζει τη "συνεργασία". Διαπιστώσαμε λοιπόν ότι οι άντρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (3,4948) από τις γυναίκες (3,0592). Το t-test μας έδωσε τιμή  $p = 0,004$ , υπάρχει δηλαδή στατιστική σημαντικότητα εφόσον το  $p < 0,01$ . Η τιμή  $p$  ίση με 0,004 δείχνει ότι η πιθανότητα να οφείλεται στον παράγοντα "τύχη" ο συντελεστής συσχέτισης που βρέθηκε, είναι 0,4 %. Στο "χώρος εργασίας/ καθαριότητα" οι τιμές που μας δίνουν είναι 2,6458 οι άνδρες και 2,2297 οι γυναίκες, τιμές που δηλώνουν γενικότερη δυσαρέσκεια, η οποία εμφανίζεται εντονότερη στις γυναίκες. Το  $p$  ήταν 0,025, μη ικανοποιητικό.

Για να κάνουμε στατιστική ανάλυση μεταξύ πολλών μέσων χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο One-Way Analysis of Variance (ANOVA). Από τον έλεγχο αυτό, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία, η θέση, η τίτλοι σπουδών, η προϋπηρεσία στο Γ.Ν.Κιλκίς και η συνολική προϋπηρεσία δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση ως προς τη "συνεργασία" με αντίστοιχες τιμές  $p = 0,227$ ,  $p = 0,251$ ,  $p = 0,104$ ,  $p = 0,149$ , και  $p = 0,147$ . Επιπλέον, ηλικία, η θέση, οι τίτλοι σπουδών, η προϋπηρεσία στο Γ.Ν.Κιλκίς και η συνολική

προϋπηρεσία δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση ούτε, ως προς τον παράγοντα “Χώρος εργασίας/ καθαριότητα” ( $p = 0,112$ ,  $p = 0,172$ ,  $p = 0,844$ ,  $p = 0,559$  και  $p = 0,149$ ). Κατ' ουσία, στην ανάλυση ANOVA δεν φαίνεται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά να επηρεάζουν τις απόψεις των ιατρών.

### 3.5 Περιορισμοί και συζήτηση

Βασικό περιορισμό για την παρούσα εργασία αποτελεί το μικρό δείγμα που μελετήθηκε. Συνεπώς, τα αποτελέσματα που προέκυψαν θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με επιφύλαξη και να μην γίνουν γενικεύσεις. Τα ευρήματα θα πρέπει να μελετηθούν με προσοχή και να αναφέρεται ρητά ότι αφορούν αυστηρά το συγκεκριμένο χώρο εργασίας, σε συγκεκριμένο χρόνο και τις υπάρχουσες συνθήκες.

Φυσικά θα μπορούσε να επεκταθεί η έρευνα, η οποία δείχνει εξαιρετικά ενδιαφέρουσα και επίκαιρη και σε άλλα νοσοκομεία, ώστε να διευρυνθεί το δείγμα ή και να γίνουν δυνατές οι συγκρίσεις. Σε κάθε περίπτωση θα ήταν εξαιρετικά ενδιαφέρον, να συγκριθούν τα αποτελέσματα της έρευνας με άλλες αντίστοιχες, που δεν βρέθηκαν όμως κατά την αναζήτησή στο διαδίκτυο. Ο σκόπελος αυτός ξεπεράστηκε με αναφορές σε εργασίες ή μελέτες που έχουν κοινά χαρακτηριστικά, ακόμη και αν διαφοροποιούνται σε κάποιο βαθμό.

Τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να συγκριθούν με τα αποτελέσματα της συγκριτικής αξιολόγησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με το «Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων» του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Λιαρόπουλος, 2010), έγινε συγκριτική αξιολόγηση όλων των νοσοκομείων ως προς πέντε κριτήρια: το Κριτήριο συγκέντρωσης του πληθυσμού, το Κριτήριο μεγέθους, το Κριτήριο έντασης αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής, το Κριτήριο οικονομικής αποδοτικότητας και το Κριτήριο παλαιότητας. Τα νοσοκομεία βαθμολογούνται με -1, 0 ή +1 για κάθε κριτήριο και η συνολική τους βαθμολογία κυμαίνεται από -5 ως +5. Η αναλυτική βαθμολογία που έλαβε το Γ.Ν. Κιλκίς :

- συγκέντρωση πληθυσμού -1
- μέγεθος νοσοκομείου 0



- παλαιότητα υποδομών -1
- αξιοποίηση υποδομών -1
- οικονομικής απόδοσης 1
- συνολική βαθμολογία -2

Διαπιστώνεται, επομένως, ότι προκύπτουν κάποια κοινά συμπεράσματα, όσον αφορά της υποδομές και την αξιοποίηση τους, με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, η εκπαίδευση των ειδικευομένων ιατρών κρίνεται ως μη ικανοποιητική, ενώ και η απαιτούμενη δια βίου εκπαίδευση δυστυχώς δεν είναι η επιθυμητή.

Συνεπώς, ακόμη και με μια διαφορετική προσέγγιση, όπως αυτή του υπουργείου, επισημαίνονται τα προβλήματα του Γενικού Νοσοκομείου του Κιλκίς που αφορούν την έλλειψη υποδομών. Βέβαια, γίνονται προσπάθειες για τον εκσυγχρονισμό τους (με τη δημιουργία νέας πτέρυγας και άλλων υποδομών), όμως σημειώνονται σημαντικές καθυστερήσεις και προβλήματα.

Τα προβλήματα του νοσοκομείου του Κιλκίς μπορούν να συγκριθούν εν μέρει με τα προβλήματα άλλων νοσοκομείων, όπως για παράδειγμα του νοσοκομείου του Μεσολογγίου, μέσω μιας διαφορετικής προσέγγισης. Σε έρευνα που έλαβε χώρα στο Νοσοκομείο Μεσολογγίου από τους Ντάτση και συν. (2007) εξετάστηκε η ικανοποίηση του προσωπικού του νοσοκομείου με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου 51 ερωτήσεων. Από τους συνολικά 415 ιατρούς-νοσηλευτές/τριες, επιλέχθηκαν τυχαία 130 και τελικά απαντήθηκαν 99 ερωτηματολόγια (76,15% ποσοστό ανταπόκρισης). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η διοίκηση δεν ενδιαφέρεται για την επίλυση των εργασιακών τους προβλημάτων και του επαγγελματικού stress, ενώ οι δυνατότητες συμβουλευτικής υποστήριξης, μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης είναι ανεπαρκείς. Επιπλέον, θεωρούν ότι απαιτείται βελτίωση σε ότι αφορά τις οικονομικές απολαβές, τις σχέσεις τους με τον ασθενή αλλά και το συνάδελφο, τη δημιουργία προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του εργασιακού stress, την ενθάρρυνση και υποστήριξη των προσπαθειών τους από τη διοίκηση, αλλά και ηθική επιβράβευση. Η ύπαρξη stress και μελαγχολικού συναισθήματος, αλλά και αισθημάτων απαξίωσης, είναι συνήθη στο προσωπικό του νοσοκομείου, επηρεάζοντας τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, αλλά και τη σχέση τους με τον ασθενή και την απόδοσή τους. Συνεπώς σε αυτή την περίπτωση δίνεται έμφαση κυρίως στα ψυχολογικά προβλήματα, τις διαπροσωπικές και εργασιακές σχέσεις, τα διοικητικά και οικονομικά προβλήματα ενώ

δεν γίνεται αναφορά στις υποδομές και τον τεχνολογικό εξοπλισμό, όπως στην παρούσα εργασία. Οι δύο αυτές μελέτες έχουν εν κατακλείδι πολλά κοινά σημεία.

## Κεφάλαιο 4: Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν τα προβλήματα του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων, και συγκεκριμένα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γιατροί του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.

Από τα αποτελέσματα είναι εμφανής μια γενικότερη δυσαρέσκεια ως προς το σύνολο των στοιχείων του ερωτηματολογίου. Οι χαμηλές τιμές που παρατηρούνται στο ερωτηματολόγιο είναι χαρακτηριστικές και βελτιώνονται ελαφρώς μόνο στις ερωτήσεις που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις.

Το εργασιακό περιβάλλον, ο χώρος εργασίας γενικότερα, καθώς και ο τεχνολογικός εξοπλισμός και οι εγκαταστάσεις δείχνουν να δυσαρεστούν το ιατρικό προσωπικό και να δυσκολεύουν το ιατρικό έργο. Το φαρμακευτικό υλικό και τα αναλώσιμα επίσης δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες. Η έλλειψη προσωπικού, οι εφημερίες και ο αυξημένος φόρτος εργασίας επιβαρύνουν ψυχικά το ιατρικό προσωπικό.

Τέλος, η σίτιση και το περιβάλλον ανάπαυσης των ιατρών φαίνεται να προκαλούν τον μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας, γεγονός που σίγουρα λειτουργεί επιβαρυντικά στην εργασιακή ικανοποίηση και φυσικά στην απόδοση και στην αποτελεσματικότητα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν, λόγω του μικρού δείγματος. Όμως, ο βασικός περιορισμός, που αναφέρθηκε προηγουμένως ως μειονέκτημα, μπορεί να αντιμετωπιστεί ως μία ευκαιρία να συλλεχθούν πληροφορίες που αφορούν το συγκεκριμένο νοσοκομείο και ίσως αξίζουν ιδιαίτερης προσοχής, καθώς το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων αγγίζει το 80% (δηλαδή 88 άτομα στα 110), το οποίο κρίνεται εξαιρετικά υψηλό.

Τα αποτελέσματα της συγκριτικής αξιολόγησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που υπάγεται στο «Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων», συμφωνούν ως ένα βαθμό με μέρος των αποτελεσμάτων της δικής μας μελέτης. Η αξιολόγηση επίσης επισημαίνει την έλλειψη υποδομών στο εν λόγω νοσοκομείο.

Εφόσον πρόκειται για ένα δημόσιο νοσοκομείο, η διοίκηση του Νοσοκομείου

του Κιλκίς δεν έχει την ευχέρεια να προωθήσει μεγάλες αλλαγές, χωρίς την έγκριση του Υπουργείου Υγείας, διαδικασία που ούτως ή άλλως απαιτεί χρόνο. Συνεπώς, η επιτάχυνση του εκσυγχρονισμού των υποδομών και του εξοπλισμού, δεν είναι εύκολη. Απαιτείται επομένως, ένας διαφορετικός τρόπος προσέγγισης της οργάνωσης όλου του συστήματος της υγείας, ο οποίος να στηρίζεται σε περισσότερες αποκεντρωμένες δομές.

Αυτό που προτείνεται σε αυτή την περίπτωση, είναι να υιοθετηθεί από τη διοίκηση του νοσοκομείου κάποιο σύστημα διασφάλισης ποιότητας ή να υιοθετηθεί μια φιλοσοφία διοίκησης ολικής ποιότητας, ώστε να τυποποιηθούν κάποιες από τις διαδικασίες που προκαλούν δυσαρέσκεια στο ιατρικό προσωπικό, όπως για παράδειγμα η σίτιση, η χρήση των αναλωσίμων, οι συνθήκες εργασίας και οι συνθήκες εφημερίας και ανάπαυσης κτλ.

Τέλος, προτείνεται να επαναληφθεί η συγκεκριμένη έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα νοσοκομείων ανά την χώρα, ώστε να προκύψουν γενικεύσιμα συμπεράσματα. Είναι σημαντικό οι βελτιώσεις σε ένα χώρο εργασίας, και ειδικά στο χώρο της υγείας, να λαμβάνουν υπόψη τις απόψεις των εργαζομένων, ώστε να προτείνονται λύσεις από άτομα που έχουν εις βάθος γνώση του προβλήματος μέσα από μία σχέση συνεργασίας όλων των εμπλεκομένων.

## Βιβλιογραφία

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς, (2001), “Καταγραφή δράσης 2001”, Κιλκίς : Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας Α` Πε.ΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας , 2002  
[http://195.251.240.254:8080/bitstream/handle/10184/1116/kournianou\\_unit4.pdf](http://195.251.240.254:8080/bitstream/handle/10184/1116/kournianou_unit4.pdf)  
sequence=8

Γερμενής Α.(1994) *Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας*.Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα , γ' έκδοση

Γεωργόπουλος, Ν.Β., (2004), *Στρατηγικό Μάνατζμεντ*, Αθήνα: εκδόσεις Μπένου.

Γώγος, Χ., (2011), «Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα», *Τριμηνιαίο ηλεκτρονικό Περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής*, Α. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, 10-21.

Δικαίος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (2005), Νόμος 3418/2005 *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας(άρθρο 2)*.

Ζαβλανός, Μ., (2002), *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλης.

Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαρατσέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ. (2005), «Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα». Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Πειραιάς, 23-44

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Κανελλόπουλος, Χ., (1990), *Μάνατζμεντ- Αποτελεσματική διοίκηση*, Αθήνα: International Publishing.

Λιαρόπουλος Λ., (2010)“*Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων*”, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα

Λιούτας Ε., Φωλίνας Δ. (2010) Σεμινάριο SPSS. “*Σύντομο εγχειρίδιο χρήσης PASW*” Θεσσαλονίκη.

Μπουραντάς, Δ. (2002), *Μάνατζμεντ Θεωρητικό Υπόβαθρο Σύγχρονες Πρακτικές*, Αθήνα: εκδόσεις Μπένου,.

Ντάτσης, Α., Τραγούδα, Ε., Χανιά, Μ., Ρογδάκης, Α., Γερόλυμος, Μ., Σπηλιώτης, Ι., (2007), «*Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον*», *Νοσηλευτική*, Vol. 46, No. 2, 268-281.

Παπαγιαννοπούλου Β, Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ., (2008) “*Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*”, *Athens Medical Society* [www.mednet.gr/archives](http://www.mednet.gr/archives)

Πραμαγγιούλης Π. (2008) “*Οδηγός ανάλυσης δεδομένων με τη χρήση SPSS*” Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Στατιστικής

Ραφτόπουλος Β., Θεοδοσοπούλου Θ. (2002) “*Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας*” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 19(5):577-589

Ρούσσος Π & Ευσταθίου Γ. (2008) *Σύντομο εγχειρίδιο SPSS 16.0* Αθήνα Πρόγραμμα Ψυχολογίας, τμήμα ΦΠΨ ΕΚΠΑ

Τζωρτζάκης, Κ., Τζωρτζάκη, Α.Μ., (2007), *Οργάνωση και Διοίκηση*, 4<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα; εκδόσεις Rosili.

Υφαντόπουλος Γ. (1988) *Ο προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα*.Αθήνα Εκδόσεις ΕΚΚΕ.

Υφαντόπουλος Γ. (2006) *Τα Οικονομικά της Υγείας*, Αθήνα Εκδόσεις: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός

Φιλίππιδης Φ.(2010) “Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στις Υπηρεσίες Υγείας”, *ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ*, Vol. 69, No. 1, 1

Χατζηπαντελής, Ε.Σ., Σιγάλας, Ι., (2007), «Η εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ιατρικά Θέματα*, τ. 51, 20-26.

## **ΞΕΝΗ**

Abel-Smith, B., (1986), “The World Economic Crisis. Part 2: Health Manpower out of the balance”, *Health Policy and Planning*, Vol. 1, 309-316.

Aletras V. Papadopoulos E. Niakas D. (2006) “Development and preliminary validation of a Greek-language Outpatient Satisfaction Questionnaire with principal components and multi-trait analyses” *BMC Health Services Research*, Vol. 6, 66.

Aletras V., Kostarelis A., Tsitouridou M., Niakas D., Nikolaou A., (2010), “Development and preliminary validation of a questionnaire to measure satisfaction with home care in Greece: an exploratory factor analysis of polychoric correlations” *BMC Health Services Research*, Vol. 10, 189

American Statistical Association (1997) *How to conduct pretesting*, Alexandria, USA, Retrieved from the internet site;

[www.amstat.org/sections/srms/brochures/pretesting.pdf](http://www.amstat.org/sections/srms/brochures/pretesting.pdf) on 15/11/2005

Antoniou A.-S, (1999), “Personal traits and professional burnout in health professionals”, *Archives of Hellenic Medicine*, Vol. 16, No. 1, 20-28.

Antoniou A.S., Antonodimitrakis P, (2001), “Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors”, *Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research*, Alexandroupolis.

Arnetz B., Lucas T., Arnetz J., (2011) “Organizational Climate, Occupational Stress, and Employee Mental Health: Mediating Effects of Organizational Efficiency” *JOEM* \_ Vol. 53, No. 1.

Buddeberg-Fischera B., Christena St., Weishauptc D., Hoffmannb A., Kubik-Huchb R., (2011), “Professional satisfaction of radiologists in Switzerland” *Swiss Med Wkly.* 9 October.

Caplan R. D, Cobb S, French J. R. P, Harrison R. V. & Pinneau S. R, (1975), “Job demands and worker health: Main effects and occupational difference”, *US Department of Health, Education and Welfare*, HEW Publication No (NIOSH) 75-160.

Carayon, P. & Gurses., A. P., (2005) "A Human Factors Engineering Conceptual Framework of Nursing Workload and Patient Safety in Intensive Care Units", *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 284–301.

Chadwick R., (1998), “Professional ethics”. In E. Craig (Editor), *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. London: Routledge.

Cronbach L.J., (1947) *Test Reliability: Its Meaning and Determination*, *Psychometrika*, Vol. 12 .

Dekker S. W. A., Schaufeli W. B, (1995), “The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study”, *Australian Psychologist*, Vol. 30 No. 1, 57-63.

Edwards, N., Kornacki, M. J., Silversin, J., (2002), “Unhappy doctors: What are the causes and what can be done?”, *British Medical Journal*, Vol. 324, pp. 835-838.

Firth-Cozens J., (1997), “Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey”, *BMJ*, Vol. 315, pp. 34–35.

Firth-Cozens J. (2000), “New stressors, new remedies”, *Occup Med (Lond)*, Vol. 50, pp. 199–201.

Sexton J. B., Thomas E. J., Helmreich R. L., (2000), “Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys”, *BMJ*, Vol. 320, pp. 745–749.



Firth-Cozens J., (2011), "Organisational trust: the keystone to patient safety"  
*Downloaded from [qualitysafety.bmj.com](http://qualitysafety.bmj.com) on December 2, 2011*

Firth-Cozens J., Payne R, (1999), *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*, U.K.: John Wiley & Sons Ltd.

Gillon R., (1996), "Justice and allocation of medical resources". In: *Philosophical Medical Ethics*, John Wiley and Sons, 93-100

Gray, R.E., Smetzel, L.R., (1989), *Management The competitive edge*, New York :  
McMillan Publishing Company.

Gurses A.P., Carayon P., (2007) "Performance obstacles of intensive care nurses". *Nurs Res.*56 (3), 185-194

Klein J, Grosse Frie K., Blum K. and Knesebeck O., (2011), "Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery" *BMC Health Services Research* 2011, 11:109 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/109>

Labarere J, Francois P, Bertrand D, Peyrin JC, Robert C, Fourny M., (1999), "Outpatient satisfaction: validation of a French-language questionnaire: data quality and identification of associated factors", *Clin Perform Qual Health Care*, Vol. 7, 63-69.

Likert R. (1932) "A technique for the measurement of attitudes" *Arch Psychol*, Vol. 140, 1-55

Lintzer, M., Gerrity, M., Douglas, J.A., McMurray, J.E., Williams, E.S., Konrad, T.R., (2002), "Physician stress: results from the physician worklife study", *Stress and Health*, 18, pp. 37-42.

Malcolm Cox, Joel Kupersmith, Robert L. Jesse, and Robert A. Petzel, (2011) "Building Human Capital: Discovery, Learning, and Professional Satisfaction" *Academic Medicine*, Vol. 86, No. 8, August.

Maslach, C., Jackson, S.E., (1986), "Burnout in organizational settings", *Applied Social Psychology Annual*, Vol. 5, pp. 133-153.

McManus, I.C., Keeling, A., Paice, E., (2004), "Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates", *BMC Medicine*, Vol. 2, No. 29, pp. 1-12.

Mohr D, and Burgess J., Jr., (2011) "Job Characteristics and Job Satisfaction Among Physicians Involved With Research in the Veterans Health Administration" *Academic Medicine*, Vol. 86, No. 8, August.

Mossialos E., McKee M., (2002) *E.U. law and the Social character of health care P.I.E. Peter Lang*. Bruxelles.

Mroczek J., Mikitarian G., Vieira E.; Rotarius T., (2005) "Hospital Design and Staff Perceptions" *The Health Care Manager*, Vol. 24, No. 3, 233–244.

Ommen O., Driller E., Köhler Th., Kowalski C., Ernstmann N., Neumann M., Steffen P. and Pfaff H., (2009), "The Relationship between Social Capital in Hospitals and Physician Job Satisfaction" *BMC Health Services Research*, Vol. 9, 81.

Paleologou, V., Kontodimopoulos, N., Stamouli, A., Aletras, V., Niakas, D., (2006), "Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector", *BMC Health Services Research*, Vol. 6.

Pines A. M, (1986), "Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact". In C. D. Scott & J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.

Ramlall, S., (2004), "A review of employee motivation theories and their implications for employee retention within organizations", *Journal of American Academy of Business*, Vol. 5, No. ½, 52-63.

Reerink I. H., Sauerborn R., (1996), "Quality of primary health care in developing countries: recent experiences and future directions", *International Journal of Quality Health Care*, Vol. 8, 131-139.

Rees D. W., Cooper C. L, (1991), "A criterion orientated validation study of the OSI outcomes measures on a sample of health service employees", *Stress Medicine*, Vol. 7, No. 2, 125-127.

- Robbins S. P., (2001), *Organizational Behavior*, 9<sup>th</sup> edition, New Jersey: Prentice Hall.
- Sexton, B.J., Thomas, E.J., Helmreich, R.L., (2000), “Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys”, *British Medical Journal*, Vol. 3, No. 20, 745-749.
- Simons, S., Bonnett-Jones, N., (1989), *Human Resource Development: The Management, Planning and Training of Health Personnel*, Evaluation & Planning Center for Health Care.
- Smith R., (2001), “Why are doctors so unhappy?” *British Medical Journal*, Vol. 322, pp. 1073-1074.
- Spurgeon, A., Harrington, M., Cooper, C.L., (1997), “Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position”, *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 54, pp. 367-375.
- Sutinen, R., Kivimaki, M., Elovainio, M., Forma, P., (2005), “Associations between stress at work and attitudes towards retirement in hospital physicians”, *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organizations*, Vol. 19, No. 2.
- Ulrich, R., Ziming, C., (2004), “*The role of the physical environment in the hospital of the 21<sup>st</sup> century: A once-in-a-lifetime opportunity*”, Center for Health design for the Designing the 21<sup>st</sup> century hospital Project, September.
- Vehkalahti, K. (2000). *Reliability of measurement scales: Tarkkonen’s general method supersedes Cronbach’s alpha*, University of Helsinki, Faculty of Social Sciences. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/tilas/vk/vehkalahti/>
- Vroom V. – Deci (1970) *Management and Motivation*, Readings, Penguin Books
- Wallace J., Lemaire J., Ghali W., (2009), “Physician wellness: a missing quality indicator”, *The Lancet* Vol 374 1714–21.
- Westaway M, Rheeder P, van Zyl D, Seager J, (2003), “Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status”, *Int J Qual Health*, Vol. 15, 337-344.

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ- Ηλεκτρονικές Πηγές Πληροφόρησης

4<sup>η</sup> ΥΠΕ Μακεδονίας- Θράκης, (2009), «Γ.Ν. Κιλκίς». Διαθέσιμο:  
<http://www.4ype.gr/index.php/hospitals/111-hosp-kilkis.html>

Eizenmark, (2012), “One-way analysis of variance in PAWS/ SPSS”. Διαθέσιμο:  
<http://video.ezinemark.com/one-way-analysis-of-variance-anova-in-pasw-spss.mov-441c5c3b220.html>

Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς (2002), «Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς». Διαθέσιμο:  
[http://195.251.240.254:8080/bitstream/handle/10184/1116/kournianou\\_unit4.pdf?sequence=8](http://195.251.240.254:8080/bitstream/handle/10184/1116/kournianou_unit4.pdf?sequence=8)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), «Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων». Διαθέσιμο: <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/>

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), «Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων: Νοσοκομεία 4<sup>ης</sup> ΥΠΕ Μακεδονίας - Θράκης». Διαθέσιμο:<http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-03-08-10-56-50/4>

# Προσαρτήματα

## 1.Ερωτηματολόγιο



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ  
ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΟΥΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΝΕΡΑΝΤΖΟΥΛΑ

ΙΑΤΡΟΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ  
ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Β'  
Τμήμα αιμοδοσίας του Γ.Ν. Κιλκίς

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΑΛΕΤΡΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

## Ενημερωτική Επιστολή προς τους ιατρούς

Αγαπητοί συνάδερφοι,

Το ερωτηματολόγιο αφορά μια ερευνητική μελέτη στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας (MBA ex). Σκοπός της επιστημονικής μελέτης είναι η διερεύνηση των δυσκολιών και των εμποδίων που συναντούν και καλούνται να αντιμετωπίσουν οι Ιατροί Δημόσιου Νοσοκομείου κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Η έρευνα διεξάγεται σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου και αφορά όλες της ειδικότητες και βαθμίδες.

Η συμμετοχή σας με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι απαντήσεις σας θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Ο χρόνος που θα χρειαστεί για να απαντήσετε στις ερωτήσεις είναι περίπου 10-15 λεπτά. Για όποιες απορίες σας θα βρισκόμαστε σε άμεση διάθεση σας. Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική.

Ευχαριστούμε θερμά εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Για περισσότερες πληροφορίες:

Καραγιάννη Νεραντζούλα

E-mail : karagiannitzouli@yahoo.gr

Στις παρακάτω προτάσεις παρακαλείστε να υποδείξετε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας, κυκλώνοντας τον κατάλληλο αριθμό.

ΧΩΡΟΣ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Ο χώρος εργασίας και η διαμόρφωσή του είναι κατάλληλα για την άσκηση των ιατρικών μου καθηκόντων.	5	4	3	2	1
2. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι ακατάλληλα για να προσφέρω τις υπηρεσίες μου με ευκολία.	5	4	3	2	1
3. Σε όλους τους χώρους του Νοσοκομείου λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας (καθαριότητας, υγιεινής, αντισηψίας).	5	4	3	2	1
4. Η ένταση της δουλειάς και οι επείγουσες καταστάσεις που καλούμαι να αντιμετωπίσω με επιβαρύνουν ψυχικά.	5	4	3	2	1
5. Υπάρχουν κατάλληλοι χώροι για την εκτέλεση γραφικών εργασιών (π.χ. καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς, συνταγογράφηση, κ.ά.)	5	4	3	2	1
6. Ο καθημερινός φόρτος εργασίας με εξαντλεί.	5	4	3	2	1
7. Τα εφημερία καλύπτουν επαρκώς την ανάγκη μου για χαλάρωση, υγιεινή και ξεκούραση.	5	4	3	2	1
8. Οι εφημερίες επιβαρύνουν σημαντικά το πρόγραμμά μου.	5	4	3	2	1
9. Τα ρεπό επαρκούν για να καλύψουν την ανάγκη μου για ξεκούραση.	5	4	3	2	1
10. Η ψυχολογική επιβάρυνση στον χώρο εργασίας, επηρεάζει αρνητικά την συμπεριφορά μου προς τους ασθενείς.	5	4	3	2	1
11. Η ποιότητα των γευμάτων που προσφέρονται στους εφημερεύοντες Ιατρούς είναι ικανοποιητική.	5	4	3	2	1

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
12. Η έλλειψη αναλώσιμων υλικών δυσκολεύει την εκτέλεση των ιατρικών μου καθηκόντων	5	4	3	2	1

13. Η γνώση χειρισμού του σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού είναι επαρκής.	5	4	3	2	1
14. Η ποιότητα αναλώσιμων και φαρμακευτικού υλικού είναι κακή.	5	4	3	2	1
15. Ο αριθμός των απαιτούμενων ιατρικών συσκευών/μηχανημάτων είναι επαρκής για την κάλυψη των ασθενών.	5	4	3	2	1
16. Η δυσλειτουργία μηχανημάτων και η ακαταλληλότητα εργαλείων δημιουργούν προβλήματα στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.	5	4	3	2	1
17. Το Νοσοκομείο διαθέτει ηλεκτρονικούς υπολογιστές και συστήματα πληροφορικής η χρήση των οποίων είναι ενταγμένη στην καθημερινή δραστηριότητα μου.	5	4	3	2	1
18. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις και οι υποδομές είναι ακατάλληλες.	5	4	3	2	1

ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
19. Οι οδηγίες προς το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό δίνονται γραπτώς.	5	4	3	2	1
20. Το κλίμα συνεργασίας μεταξύ ιατρών, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού είναι κακό.	5	4	3	2	1
21. Η ανταπόκριση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στις ιατρικές εντολές είναι άμεση και ικανοποιητική.	5	4	3	2	1
22. Οι γιατροί διαφορετικών βαθμίδων συχνά αντιμετωπίζουν με διαφορετικό τρόπο τα ιατρικά περιστατικά.	5	4	3	2	1
23. Υπάρχει κοινή γραμμή εφαρμογής της προτεινόμενης θεραπείας από όλους τους γιατρούς.	5	4	3	2	1
24. Η ενημέρωση από τους συναδέλφους κατά την αλλαγή βάρδιας είναι ελλιπής.	5	4	3	2	1
25. Η συνεργασία με τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων είναι ικανοποιητική.	5	4	3	2	1
26. Η απουσία πρωτοκόλλου ιατρικών καθηκόντων εμποδίζει τη σωστή εκτέλεση αυτών.	5	4	3	2	1
27. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών είναι ικανοποιητικό και παρέχει τις απαιτούμενες γνώσεις .	5	4	3	2	1



28. Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα δυσκολεύει την εκτέλεση των λοιπών καθηκόντων μου.	5	4	3	2	1
29. Το ιατρικό προσωπικό επαρκεί για τις ανάγκες του Νοσοκομείου.	5	4	3	2	1

Παρακαλούμε κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει και συμπληρώστε τις ερωτήσεις ανοικτού τύπου που ακολουθούν.

30. Φύλο

A. Άνδρας B. Γυναίκα

31. Ηλικία

A. 25-34 B. 35-44 Γ. 45-54 Δ. Πάνω από 55

32. Ιθαγένεια/Υπηκοότητα

A. Ελληνική B. Άλλη (παρακαλώ σημειώστε : -----)

33. Θέση

A. Ειδικευόμενος

B. Επιμελητής Β΄

Γ. Επιμελητής Α΄

Δ. Διευθυντής

34. Άλλοι τίτλοι σπουδών

A. Μεταπτυχιακό

B. Διδακτορικό

Γ. Εξειδίκευση

Δ. Άλλο

35. Χρόνος προϋπηρεσίας στο Γ.Ν. Νοσοκομείο Κιλκίς : -----

36. Χρόνος συνολικής προϋπηρεσίας : -----