



INTERNATIONAL  
HELLENIC  
UNIVERSITY

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**Διπλωματική Εργασία**

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ  
ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ, ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ  
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ “ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ”.**

της

**ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ ΠΑΡΘΕΝΑΣ**

Επιβλέπων καθηγητής: Μαυρίδης Σάββας

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού  
διπλώματος ειδίκευσης στη διοίκηση και οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2020**

## **Ευχαριστίες**

*Με την παρούσα παράγραφο θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της παρούσας μελέτης και ιδιαίτερα:*

*Τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Μαυρίδη Σάββα, για την πολύτιμη υποστήριξή του όλο αυτό το χρονικό διάστημα, τις παραγωγικές υποδείξεις του και το πολύ καλό κλίμα συνεργασίας που διαμόρφωσε, συμβάλλοντας τα μέγιστα στην κατάρτιση της διπλωματικής μου εργασίας.*

*Τα μέλη της οικογένειάς μου, για την υπομονή που υπέδειξαν για τις ώρες απουσίας μου καθώς και για την ηθική συμπαράσταση που μου προσέφεραν, μέχρι την ολοκλήρωση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος και ιδιαίτερα της διπλωματικής μου εργασίας.*

Copyright © ΠαρθέναΣυμεωνίδου, 2020.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν στη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

## Περίληψη

Η συνεργασία και η επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών, συνιστούν το θεμέλιο λίθο για την οργάνωση και την αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. **Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν, η διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών όλων των τμημάτων του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας, αναφορικά με το επίπεδο συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ τους. **Μεθοδολογία:** Για τις ανάγκες υλοποίησης της παρούσας μελέτης, επιλέχθηκε η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση κάνοντας χρήση της «Κλίμακας Μέτρησης της Συνεργατικής Συμπεριφοράς μεταξύ των Νοσηλευτών» (TheNurse-NurseCollaborationBehavioralScale) των Liao και συνεργάτες (2015). **Αποτελέσματα:** Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι, το σύνολο των συμμετεχόντων νοσηλευτών στην έρευνα ήταν γυναίκες έγγαμες, οι οποίες ανήκαν κυρίως στην ηλικιακή ομάδα 41-50, απόφοιτες του Τμήματος Νοσηλευτικής της Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (TE), οι οποίες υπηρετούσαν κυρίως στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και την Καρδιολογική Μονάδα του Νοσοκομείου. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαχείρισης των μεταξύ τους συγκρούσεων, η εδραίωση ενός κλίματος συνεργασίας και επικοινωνίας, τα οποία συνέβαλαν στην λήψη αποφάσεων και στο συντονισμό. **Συμπερασματικά** διαπιστώθηκε ότι, σε αντίθεση με αντίστοιχες μελέτες οι νοσηλευτές του Νοσοκομείου διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις για τη διαχείριση των συγκρούσεων, αλλά πρωτίστως τη διάθεση για συνεργασία προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή λύση. Επίσης, η ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ τους, η ανταλλαγή συμβουλών και η ακριβής ανταλλαγή πληροφοριών, συμβάλουν στην εδραίωση ενός καλού κλίματος επικοινωνίας, το οποίο προάγει την ασφάλεια των ασθενών. Αντίστοιχα, ιδιαίτερα ωφέλιμη είναι η υιοθέτηση κοινών διαδικασιών για τη λήψη αποφάσεων, η ανάληψη πρωτοβουλιών και η τήρηση των γραπτών πολιτικών διαδικασιών για την περίθαλψη των ασθενών. Η συνεχής ενίσχυση των υφιστάμενων γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών, η προθυμία για συνεργασία μεταξύ τους και η άμεση επικοινωνία προσδίδουν επαγγελματισμό, ο οποίος καθορίζει το επίπεδο της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται στο Νοσοκομείο.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Συνεργασία, επικοινωνία, νοσηλευτές, λήψη αποφάσεων, επαγγελματισμός.

## **Abstract**

Collaboration and communication among nurses is the cornerstone of the organization and efficient functioning of health services. **Aim:** The purpose of this study was to investigate the views of nurses in all departments of the "Bodossaki" General Hospital of Ptolemaida, regarding the level of cooperation and communication between them. **Methodology:** For the needs of the present study, the quantitative methodological approach was selected using the Liao and Associates (2015) of The Nurse-Nurse Collaboration Behavioral Scale (2015). **Results:** From the statistical processing of the data it was found that all the nurses participating in the research were married women, who belonged mainly to the age group 41-50, graduates of the Department of Nursing of Technological Education (TE), who served mainly in the Unit. Intensive Care (ICU) and the Cardiology Unit of the Hospital. In addition, a satisfactory level of management of conflicts between them was established, the establishment of a climate of cooperation and communication, which contributed to decision-making and coordination. **In conclusion,** it was found that, in contrast to similar studies, the hospital's nurses have the necessary knowledge to manage conflicts, but also the willingness to cooperate in order to achieve the best possible solution. Also, honest communication between them, the exchange of advice and the accurate exchange of information, contribute to the consolidation of a good communication climate, which promotes patient safety. Respectively, it is particularly beneficial to adopt common procedures for decision-making and to follow written policy procedures for the care of patients. The continuous strengthening of the existing knowledge and skills of the nurses, the willingness for cooperation between the nurses and the direct communication give professionalism, which determines the level of the quality of care provided in the Hospital.

**Key-Words:** Collaboration, communication, nurses, decision making, professionalism.

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	4
Abstract .....	5
Πίνακας Περιεχομένων .....	6
Περιεχόμενα Πινάκων .....	8
Περιεχόμενα Γραφημάτων .....	10
Πίνακας Διαγραμμάτων .....	11
Συντομογραφίες .....	12
Εισαγωγή .....	13
<b>Κεφάλαιο 1. Ομάδα εργασίας στην υγεία .....</b>	<b>15</b>
1.1. Η έννοια και η σημαντικότητα της ομάδας .....	15
1.2. Η ομάδα εργασίας στον εργασιακό χώρο .....	18
1.3. Ταξινόμηση κοινωνικών ομάδων .....	18
1.4. Η έννοια της ομάδας στον τομέα της υγείας .....	21
1.5. Συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών .....	23
<b>Κεφάλαιο 2. Συνεργασία και Επικοινωνία στους Νοσηλευτές .....</b>	<b>27</b>
2.1. Συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών .....	27
2.1.1. Διαχείριση Συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτών .....	29
2.1.2. Κοινές Διαδικασίες και λήψη αποφάσεων .....	31
2.1.3. Επαγγελματισμός και συντονισμός νοσηλευτών .....	34
2.1.4. Ικανότητες και δεξιότητες νοσηλευτών .....	34
2.2. Επικοινωνία στις υπηρεσίες υγείας .....	39
2.2.1. Η έννοια και τα είδη της επικοινωνίας .....	39
2.2.2. Επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών .....	41
<b>Κεφάλαιο 3. «Μποδοσάκειο» Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας .....</b>	<b>44</b>
3.1. Ιστορική αναδρομή .....	44
3.2. Οργανωτική Δομή και Θεσμικό Πλαίσιο Νοσοκομείου .....	48
3.2.1. Θεσμικό Πλαίσιο .....	48
3.2.2. Οργανωτική Δομή .....	49
2.3. Πρόδρομος Μποδοσάκης Αθανασιάδης .....	52
<b>Κεφάλαιο 4. Έρευνα .....</b>	<b>55</b>
4.1. Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα .....	55
4.2. Δείγμα .....	55

4.3. Ποσοτική Μέτρηση της Συνεργασίας στην Υγεία .....	55
4.3.1. Διαδικασία .....	56
4.4. Ανάλυση Δεδομένων .....	57
4.5. Έλεγχος Αξιοπιστίας Ερωτηματολογίου .....	57
<b>Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα .....</b>	<b>58</b>
5.1. Μελέτη Συμμετοχής .....	58
5.1.1. Συμμετέχοντες .....	58
5.2. Συσχετίσεις .....	74
<b>Συμπεράσματα .....</b>	<b>82</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>89</b>
<b>Παράρτημα .....</b>	<b>95</b>
Ερωτηματολόγιο .....	95

## Περιεχόμενα Πινάκων

4.1. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach .....	57
5.1. Φύλο συμμετεχόντων νοσηλευτών .....	58
5.2. Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων νοσηλευτών .....	59
5.3. Μορφωτικό Επίπεδο νοσηλευτών .....	60
5.4. Οικογενειακή Κατάσταση νοσηλευτών .....	60
5.5. Έτη προϋπηρεσίας νοσηλευτών .....	61
5.6. Τμήμα εργασίας στο Νοσοκομείο .....	62
5.7. Νοσηλευτική Ειδικότητα .....	63
5.8. Εξέταση απόψεων συνολικά .....	64
5.9. Σκληρή εργασία στην εξεύρεση λύσης .....	64
5.10. Συνεργασία νοσηλευτών τμήματος για την επίλυση συγκρούσεων .....	65
5.11. Ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων στην λήψη αποφάσεων .....	65
5.12. Ειλικρινή αναφορά στον εαυτό τους .....	66
5.13. Ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών .....	66
5.14. Ευχάριστη η επικοινωνία σε επίπεδο τμήματος .....	67
5.15. Συμβουλές από άλλους νοσηλευτές .....	67
5.16. Μεταβίβαση πληροφοριών .....	68
5.17. Κατανόηση πληροφοριών που λαμβάνονται .....	68
5.18. Λήψη αποφάσεων ατομικά .....	69
5.19. Δυνατότητα λήψης αποφάσεων για θέματα της εργασίας τους .....	69
5.20. Στόχοι ασφαλείας εντός των τμημάτων .....	70
5.21. Ύπαρξη γραπτών πολιτικών και διαδικασιών στα τμήματα .....	70
5.22. Σεβαστή και εγκάρδια σχέση μεταξύ των νοσηλευτών .....	71
5.23. Προθυμία για συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών .....	71
5.24. Άμεση επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών σε θέματα φροντίδας ...	72
5.25. Ύπαρξη τεχνικών δεξιοτήτων .....	72
5.26. Καθοδήγηση και διδασκαλία από τους παλαιούς νοσηλευτές .....	73
5.27. Νοσηλευτική ηγεσία .....	73
5.28. Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και διαχείρισης συγκρούσεων .....	76



5.29. Φύλο νοσηλευτών και εξέταση απόψεων .....	76
5.30. Συσχέτιση μεταξύ φύλου και επιπέδου συνεργασίας .....	77
5.31. Φύλο νοσηλευτών και συνεργασία για την επίλυση συγκρούσεων	77
5.32. Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της επικοινωνίας .....	78
5.33. Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των κοινών διαδικασιών .....	79
5.34. Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της λήψης αποφάσεων .....	79
5.35. Συσχέτιση φύλου και συντονισμού – επαγγελματισμού νοσηλευτών	80
5.36. Συσχέτιση φύλου και προθυμία για συνεργασία .....	80
5.37. Συσχέτιση φύλου και άμεσης επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών ...	81
5.38. Επίδοση υγείας και ασφάλειας .....	88

## **Περιεχόμενα Γραφημάτων**

5.1. Φύλο συμμετεχόντων νοσηλευτών .....	58
5.2. Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων νοσηλευτών .....	59
5.3. Μορφωτικό Επίπεδο νοσηλευτών .....	60
5.4. Οικογενειακή Κατάσταση νοσηλευτών .....	61
5.5. Νοσηλευτική Ειδικότητα .....	63
5.6. Δείκτης συχνότητας ατυχημάτων στη ΔΕΗ .....	87
5.7. Δείκτες σοβαρότητας ατυχημάτων στη ΔΕΗ .....	87

## **Πίνακας Διαγραμμάτων**

2.1. Μοντέλο δεξιοτήτων και ικανοτήτων νοσηλευτών .....	35
2.2. Διαδικασία Επικοινωνιών .....	39
3.1. Κατανομή κλινών .....	47
3.2. Οργανωτική Δομή Μποδοσάκειου Νοσοκομείου .....	49
3.3. Οργάνωση Διοικητικής Υπηρεσίας .....	50
3.4. Οργανωτική Δομή Ιατρικής Υπηρεσίας .....	51

## **Συντομογραφίες**

**Γ.Ν.** - Γενικό Νοσοκομείο

**ΔΕ** – Δημοτική Εκπαίδευση

**ΔΕΗ** – Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού

**ΗΠΑ**- Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

**ΙΕΚ** – Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης

**ΜΕΘ** -Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

**Π.Δ.** – Προεδρικό Διάταγμα

**ΠΟΥ** – Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**ΠΕ** – Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

**ΤΕ** – Τεχνολογική Εκπαίδευση

**ΤΕΠ** - Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

**ΥΠ** – Υπουργική Απόφαση

**ΥΠΕ** - Υγειονομική Περιφέρεια

**ΦΕΚ** – Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

**AACN** – American Association of Colleges of Nursing

**ESAW** -European Statisticson Accidentsat Work

**NATO** - North Atlantic Treaty Organization

**WHO** – World Health Organization

## Εισαγωγή

Το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ), σε δύο εκθέσεις του το 2000 και 2001 αντίστοιχα, αρκετά χρόνια πριν εκθείασε το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών και της διαχείρισης της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, επεσήμαναν την αναγκαιότητα αξιολόγησης των συστημάτων και των διαδικασιών στον τομέα της υγείας, με σκοπό την αποτροπή ανεπιθύμητων συμβάντων και λαθών σε επίπεδο διαχείρισης (American Institute of Medicine, 2000; American Institute of Medicine, 2001).

Εντός αυτού του πλαισίου, παράγοντα κλειδί φάνηκε ότι συνιστά η συνεργατική ομαδική εργασία και ο αντίκτυπος αυτής, ως προς την βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών. Μια ομάδα υγειονομικής περίθαλψης όπως είναι οι νοσηλευτές, εντός του χώρου εργασίας – νοσηλευτικό ίδρυμα δεν λειτουργεί πάντα συνεργατικά, καθώς ο τρόπος εργασίας της ομάδας ποικίλλει εντός των τμημάτων του (Walters, 2015). Παράλληλα, σημαντικό παράγοντα συνιστά το επίπεδο επικοινωνίας.

Την τελευταία περίπου πενταετία, σημαντικός αριθμός μελετών τόσο στον ελλαδικό όσο και στο διεθνή χώρο, έχει εστιάσει το ερευνητικό του ενδιαφέρον πρωτίστως στη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, στους παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης ή εξουθένωσης των νοσηλευτών. Αντίθετα, δεν εντοπίζονται μελέτες οι οποίες να διερευνούν το επίπεδο συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καθώς και τον αντίκτυπο τους στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη το βιβλιογραφικό κενό, η παρούσα ερευνητική μελέτη αποβλέπει στη διερεύνηση του βαθμού συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών στο δημόσιο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, για τις ανάγκες υλοποίησης της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε το «Μποδοσάκειο» Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, όπου έγινε προσπάθεια καταγραφής των απόψεων των νοσηλευτών όλων των τμημάτων του, αναφορικά με το επίπεδο συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ τους.

Για την καλύτερη προσέγγιση του ζητούμενου, η παρούσα μελέτη δομήθηκε σε πέντε κυρίως κεφάλαια και επιμέρους θεματικές ενότητες εντός αυτών. Συγκεκριμένα, στην

αρχή το εισαγωγικό σημείωμα επιδίωξε να ενημερώσει τον αναγνώστη για την αναγκαιότητα υλοποίησης της παρούσας μελέτης και ταυτόχρονα να τονίσει τον βασικό σκοπό της.

Στο γενικό μέρος και ειδικότερα στο 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο της μελέτης, προσεγγίζεται το ζήτημα των ομάδων και τον ρόλο που αυτές διαδραματίζουν στον χώρο εργασίας και πολύ περισσότερο στον τομέα της υγείας. Παράλληλα, προσεγγίζεται η έννοια της συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού στους οργανισμούς υγείας.

Στο 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, προσεγγίζονται λεπτομερώς οι έννοιες της συνεργασίας και της επικοινωνίας στον τομέα της νοσηλευτικής πρακτικής. Συγκεκριμένα, σε πρώτο χρόνο όσον αφορά την συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών, αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο της διαχείρισης συγκρούσεων και της λήψης αποφάσεων. Ενώ, σε δεύτερο χρόνο παρουσιάζεται η επικοινωνία και η συμβολή της στην καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών του Νοσοκομείου.

Στο 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο, γίνεται εκτεταμένη αναφορά στο «Μποδοσάκειο» Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας. Συγκεκριμένα, παρατίθενται πληροφορίες αναφορικά με το έτος ίδρυσης, την οργάνωση και τα τμήματα, καθώς στον δωρητή Πρόδρομο Μποδοσάκη Αθανασιάδη, από τον οποίο έλαβε την ονομασία του το Νοσοκομείο.

Στη συνέχεια στο 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο, δηλαδή στο ειδικό μέρος πλέον της παρούσας μελέτης, αναλύεται διεξοδικά η έρευνα όπως αυτή προσεγγίστηκε. Δηλαδή, παρουσιάζεται ο στόχος της έρευνας καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία προέκυψαν μετά τη συστηματική βιβλιογραφική έρευνα η οποία διενεργήθηκε, σε ελληνικές και ξένες επιστημονικές βάσεις δεδομένων. Εντός αυτού του πλαισίου, παρατίθεται λεπτομερώς η μεθοδολογία η οποία επιλέχθηκε για την υλοποίηση της έρευνας.

Στο 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα τα οποία προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν – απόψεις νοσηλευτών του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας, αναφορικά με το βαθμό συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ τους. Ενώ, στη συνέχεια παρατίθενται τα συμπεράσματα στα οποία οδηγήθηκε η παρούσα ερευνητική μελέτη, καθώς και οι ανάγκες για μελλοντική έρευνα.

## **Κεφάλαιο 1. Ομάδα εργασίας στην Υγεία**

### **1.1. Η έννοια και η σημαντικότητα της ομάδας**

Όπως επεσήμανε ο Αριστοτέλης, ο άνθρωπος ως «κοινωνικό όν» από τη φύση του, έχει επίκτητη την αναζήτηση της συναναστροφής με άλλους ανθρώπους. Ως μέλος ο ίδιος διαφόρων ανθρώπινων συνόλων όπως είναι η οικογένεια, η ομάδα εργασίας, οι αθλητικές ομάδες, οι εθελοντικοί οργανισμοί, οι πολιτιστικοί σύλλογοι, αλλά και ομάδες ποικίλων ενδιαφερόντων, αποκτά την αίσθηση του «ανήκειν» και της συμμετοχής, αποφεύγοντας τις αρνητικές επιδράσεις της περιθωριοποίησης.

Η συμμετοχή του ανθρώπου ως μέλος στα διάφορα σύνολα, προσφέρει μια μορφή προστασίας αλλά και μονιμοποίησης, αναγκαία για την ικανοποίηση των βιωματικών και φυσικών αναγκών του. Για όλους τους παραπάνω λόγους, τα κοινωνικά σύνολα τα οποία χαρακτηρίζονται ως «κοινωνικές ομάδες», διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε ποικίλους τομείς της ανθρώπινης ζωής όπως η πνευματική λειτουργία, η ευεξία, η σωματική και ψυχική υγεία.

Η επίδοση των κοινωνικών ομάδων πάντα θα αποτελεί μείζον ζήτημα για το πεδίο των επιχειρήσεων, αλλά και ευρύτερα για κάθε τομέα όπου παρατηρείτε έντονη ανθρώπινη δραστηριότητα. Παρά την πρόοδο που έχει σημειώσει ο τομέας των νέων τεχνολογιών, προάγοντας τη μαζική χρήση τεχνολογιών και διευκολύνοντας την ατομική δραστηριότητα – πρόσβαση στο διαδίκτυο, εντούτοις η εποικοδομητική συνεργασία μεταξύ του ανθρώπινου δυναμικού των επιχειρήσεων θα αποτελεί το βασικό παράγοντα ανταγωνισμού τους (Κονδύλης, 2010).

Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ομάδας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανθρώπινη φύση. Ο άνθρωπος γεννιέται εντός μιας ομάδας όπως είναι η οικογένεια, μεγαλώνει εντός πολλών ομάδων (οικογένεια, σχολείο, φίλοι), ενώ αργότερα στην ενήλικη ζωή του δραστηριοποιείται εντός διαφόρων ομάδων. Σε αρκετές από αυτές τις ομάδες ο άνθρωπος συμμετέχει με τη μορφή μέλους όπως είναι οι εργασιακές ομάδες, ενώ και ο ίδιος δημιουργεί τις δικές του ομάδες (νέα οικογένεια, μια παρέα που δημιουργείτε αυθόρμητα, σύλλογοι και οργανισμοί ως ιδρυτικά μέλη) (Κονδύλης, 2010).

Ως ομάδα μπορεί να οριστεί το σύνολο δύο ή περισσότερων ατόμων, τα οποία έχουν μια τακτική επαφή μεταξύ τους, αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται. Σύμφωνα με τον Shaw (1976), τα μέλη της ομάδας έχουν κοινές αντιλήψεις, κίνητρα, στόχους

και σκοπούς, ενώ αντίστοιχα κοινά αποδεκτούς κανόνες οι οποίοι διαμορφώνουν την οργάνωση της ομάδας και την σχέση μεταξύ των μελών της.

Μετέπειτα, οι Guzzok και Shea (1992) επεσήμαναν ότι οι ομάδες εκτός από ομοιότητες παρουσιάζουν και διαφορές, καθώς συνιστούν αυτόνομες οντότητες αναγνωρίσιμες τόσο από τα μέλη της ομάδας όσο και από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Επίσης, η εσωτερική οργάνωση του κάθε μέλους είναι αυτή που τους διαφοροποιεί σε επίπεδο ρόλων και καθηκόντων, αλλά και αυτή που διέπει την μεταξύ τους αλληλεξάρτηση.

Σύμφωνα με τους Katzenbach και Smith (1993), μια ομάδα (team) συνήθως αποτελείται από δύο ή περισσότερα άτομα που αλληλεπιδρούν και εργάζονται μαζί, προκειμένου να επιτύχουν έναν κοινό στόχο. Μια ομάδα αποτελείται από μια ομάδα λίγων μελών - άτομα με συμπληρωματικές δεξιότητες που δεσμεύονται σε έναν κοινό στόχο και είναι αμοιβαία υπεύθυνοι για την επίτευξη του κοινού στόχου. Ωστόσο, οι στόχοι και οι σκοποί μιας ομάδας συνδέονται ευρύτερα με τους σκοπούς και τους στόχους ενός οργανισμού, του οποίου αποτελούν αναπόσπαστα μέλη (Sederblad & Scholin, 2007). Ενώ, υπάρχει μια αμοιβαία σχέση μεταξύ των μελών μιας ομάδας (team) ως σύνολο, όπου κάθε μέλος σε αυτήν προσφέρει τις δεξιότητες και τις γνώσεις του. Αντίθετα, σκοπός της ομάδας προς τα μέλη της είναι η προσφορά ασφάλειας και το αίσθημα του ανήκειν (Tarricone & Luca, 2002).

Η λέξη «group» (ομάδα), περίπου τον 17<sup>ο</sup> αιώνα χρησιμοποιήθηκε κυρίως για τον προσδιορισμό καλλιτεχνικών ομάδων και από το 18<sup>ο</sup> αιώνα και μετέπειτα για την συνάθροιση ανθρώπων (Anzieu & Martin, 1968). Συνεπώς, διαπιστώνεται ότι η έννοια της λέξης «group» (ομάδα), σχετίστηκε άμεσα με τη συνάφεια μεταξύ διαφορετικών προσώπων, ενώ αργότερα συνδέθηκε με τη δυναμική τους ως απόρροια της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της.

Στο διεθνή χώρο με σκοπό την περιγραφή της έννοιας «ομάδα», απαντώνται οι λέξεις «team» και «group», οι οποίες ωστόσο διαφέρουν μεταξύ τους εννοιολογικά. Συγκεκριμένα, η λέξη «group» αναφέρεται στη σύμπραξη ατόμων με σκοπό το συντονισμό των ατομικών τους προσπαθειών. Αντίθετα, η λέξη «team» προσδιορίζει μια ομάδα ανθρώπων οι οποίοι μοιράζονται από κοινού κοινούς στόχους και ένα εύρος προκλήσεων. Αυτή η αμοιβαία δέσμευση δημιουργεί επίσης κοινή ευθύνη, η οποία δημιουργεί ισχυρό δεσμό και ισχυρό κίνητρο για την εκτέλεση.



Από την άλλη πλευρά, οι λόγοι που οδηγούν τους ανθρώπους στη συγκρότηση ομάδων σύμφωνα με τους Baron και Besanko (1992), βασίζεται σε τρεις διαφορετικές θεωρίες. Με πρώτη τη θεωρία της «κοινωνικής μάθησης» (social learning theory), ο λόγος συγκρότησης ομάδων αποδίδεται στην αναγκαιότητα πρωτίστως του ανήκειν, ως μια σχέση αλληλεξάρτησης. Παράλληλα, αποδίδεται στην επιθυμία για λήψη βοήθειας, στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, στη συναισθηματική κάλυψη και στην ψυχαγωγία (Bandura, 1973).

Η δεύτερη θεώρηση σχετίζεται με την «κοινωνική σύγκριση», κατά την οποία τα μέλη μιας ομάδας διαμορφώνουν μια κοινή πραγματικότητα. Κατά τη σύγκριση του εαυτού τους τα μέλη της ομάδας με τους άλλους σε επίπεδο απόψεων, αξιών, προτιμήσεων και στάσεων, καλλιεργούν την ικανότητα του διαχωρισμού του σωστού από το λάθος και μέσω αυτής της διαδικασίας εξασφαλίζουν την επιβίωση τους εντός του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Συνεπώς, ο άνθρωπος κατά τη συμμετοχή σε κάποια ομάδα συνεπακόλουθα μαζί με τα υπόλοιπα μέλη ασκεί κριτική στην κοινωνική πραγματικότητα της νέας ομάδας και τη σύγκριση της με κάποια προγενέστερη (Tajfel & Turner, 1979).

Η τρίτη θεωρία η οποία θεμελιώθηκε από τον Homans (1958), αναφέρεται στην «κοινωνική ανταλλαγή» (social exchange theory) και πηγάζει από τον τομέα της οικονομίας (θεωρία της λογικής επιλογής), της ψυχολογίας (θεωρία της συμπεριφοράς) και της κοινωνιολογίας (θεωρία του στρουκτουραλισμού). Σύμφωνα με τη Θεωρία της Κοινωνικής Αλλαγής, οι άνθρωποι οι οποίοι μετέχουν σε ομάδες βρίσκονται σε διαρκή ανταλλαγή με τα υπόλοιπα μέλη όχι μόνο υλικών αγαθών αλλά και ψυχολογικών όπως είναι το κύρος, η ταυτότητα και το αίσθημα της αποδοχής το οποίο προκαλεί ευχαρίστηση.

Μια άλλη θεώρηση, η οποία προέρχεται από τους Mitchell και Larson (1987) υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι συγκροτούν ομάδες ή συμμετέχουν σε αυτές, καθώς αισθάνονται την ανάγκη για τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, τη λήψη πληροφορήσης για τον εαυτό τους και το περιβάλλον τους. Παράλληλα, η συμμετοχή τους σε ομάδες σε κάποιες περιπτώσεις είναι υποχρεωτική εντός του χώρου εργασίας τους.

## **1.2. Ταξινόμηση των κοινωνικών ομάδων**

Οι κοινωνικές ομάδες, ανάλογα με το μέγεθος τους μπορούν να διακριθούν σε μικρές ή μεγάλες, με βάση την οργάνωσή τους σε οργανωμένες και μη (σχολείο, παρέα) και ανάλογα με τη διάρκεια τους σε προσωρινές ή μόνιμες. Εκτός των παραπάνω διακρίσεων, οι κοινωνικές ομάδες διαχωρίζονται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς, ανοικτές ή κλειστές (Σωτηρίου και συν., 2013).

Οι πρωτογενείς ομάδες είναι συνήθως ολιγομελείς και ασκούν σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου, δεδομένης της αμεσότητας τους, της υψηλής σταθερότητας και συχνότητας των προσωπικών σχέσεων μεταξύ των μελών τους. Σε αυτή την ομάδα ανήκουν τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος και των συνομηλίκων (Σωτηρίου και συν., 2013).

Στις δευτερογενείς ομάδες εντάσσεται το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του, συνήθως αυτοβούλως, με σκοπό την ικανοποίηση συγκεκριμένων σκοπών και συμφερόντων. Οι ομάδες αυτής της κατηγορίας είναι συνήθως τεχνητές και απαρτίζονται από πλήθος επιμέρους μονάδων, με προδιαγεγραμμένους στόχους και σχέσεις μεταξύ των μελών τους. Στις δευτερογενείς κατατάσσονται οι επαγγελματικές και πολιτικές ομάδες, όπως αντίστοιχα και η σχολική ομάδα (Σωτηρίου και συν., 2013).

Επιπλέον, οι ομάδες διακρίνονται σε ανοικτές και κλειστές. Στις ανοικτές κοινωνικές ομάδες, η συμμετοχή του ατόμου είναι ελεύθερη στην περίπτωση που συμφωνεί με τους σκοπούς και τις επιδιώξεις της ομάδας. Στο σύγχρονο κοινωνικό περιβάλλον, το σύνολο σχεδόν των ομάδων είναι ανοικτές για τα άτομα τα οποία πληρούν κάποιες προϋποθέσεις, όπως για παράδειγμα ένα επαγγελματικό σωματείο. Στον αντίποδα, οι κλειστές κοινωνικές ομάδες οι οποίες θέτουν αυστηρές προϋποθέσεις για την ένταξη και τη συμμετοχή των ατόμων σε αυτές, απαντώνται έως και σήμερα σε ορισμένα κοινωνικά περιβάλλοντα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα κλειστής κοινωνικής ομάδας αποτελούν οι αδελφότητες, οι κλειστές λέσχες ή οι συμμορίες. Σε αυτού του είδους τις ομάδες, είναι διάχυτη η διάκριση μεταξύ των μελών (Σωτηρίου και συν., 2013).

## **1.3. Η ομάδα στον εργασιακό χώρο**

Από την αρχή, οι άνθρωποι οδηγήθηκαν στη σύσταση ομάδων και στη μεταξύ τους συνεργασία αποβλέποντας κυρίως στην επίτευξη των στόχων τους, την επίλυση

προβλημάτων, στην παραγωγή περισσότερων ιδεών, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και την επιβίωση. Η ομαδική εργασία συνιστά μία από τις πιο αξιόλογες και βασικές συνθέσεις του 21ου αιώνα και συνάμα θεωρείται μία από τις πιο αποτελεσματικές μορφές εργασίας (Richteretal., 2011).

Εντός αυτού του πλαισίου, ο Levi(2014)συνέστησε ότι μολονότι η χρήση ομάδων στο χώρο εργασίας έχει μακρά ιστορία, εντούτοις κατά τις τελευταίες δεκαετίες διαπιστώθηκε ότι η έννοια της ομαδικής εργασίας σε επίπεδο οργανισμών έχει μεταρρυθμιστεί. Τις τελευταίες δεκαετίες, έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ομάδων. Ωστόσο, σε αυτήν την ανταγωνιστική και παγκοσμιοποιημένη οικονομία, οι οργανισμοί αντιμετωπίζουν πλήθος προκλήσεων/δεδομένης της συνεχούς εξέλιξής τους. Εξακολουθούν να υπάρχουν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας των ομάδων εργασίας και παραμένουν πολλά τα αναπάντητα ερωτήματα, σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι εργοδότες μπορούν να δημιουργήσουν με επιτυχία παραγωγικές και αποτελεσματικές ομάδες εργασίας. Ενώ, δεδομένης της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας του 21ου αιώνα, πλήθος ζητημάτων παραμένουν αναπάντητα όσον αφορά τις πολυπολιτισμικές ομάδες και τα συστήματα υποστήριξης που απαιτούνται για τη διαχείριση αυτής της εργασιακής μορφής.

Το ανθρώπινο δυναμικό πολλών οργανισμών χρησιμοποιεί διαφορετικούς τύπους ομάδων όπως είναι οι ομάδες παραγωγής, οι ομάδες έργου, οι ομάδες εξυπηρέτησης και οι ομάδες δράσης προκειμένου να επιτύχουν διαφορετικούς στόχους και να παραμείνει ανταγωνιστικό. Η βιβλιογραφία η οποία εστίασε στον ρόλο που διαδραματίζουν οι ομάδες εντός των εργασιακών χώρων, υπέδειξαν πολλαπλά οφέλη τόσο για τους ίδιους τους οργανισμούς όσο και για τον καθένα εργαζόμενο σε αυτές ατομικά. Ορισμένα από τα οφέλη της ομαδικής εργασίας περιλαμβάνουν την αποτελεσματικότητά τους ως προς τη βελτίωση των σχέσεων των εργαζομένων, στις τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες των εργαζομένων, στην ποιότητα της εργασιακής ζωής, στην ικανοποίηση από την εργασία και στις επιδόσεις, στην αύξηση της οργανωτικής αποτελεσματικότητας και στην ευελιξία. Η ομαδική εργασία παρέχει επίσης κοινωνική στήριξη, ενθαρρύνει τη συνεργασία και κάνει τις θέσεις εργασίας πιο ενδιαφέρουσες και προκλητικές (Levi, 2014).

Όπως υποστήριξε ο Hartenian (2003), οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι γνωρίζουν ολοένα και περισσότερο ότι οι ομάδες είναι περισσότερο αποτελεσματικές ως προς

την παροχή αποτελεσμάτων, έναντι των εργαζόμενων οι οποίοι δουλεύουν σε ατομικό επίπεδο. Αυτός είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους η συγκρότηση ομάδων στον εργασιακό τομέα έχει γίνει πιο δημοφιλής.

Οι Aliεκαι συνεργάτες (1998) αρκετά νωρίς υπέθεσαν ότι, η ομαδική εργασία τείνει να καταστεί το θεμέλιο των οργανισμών. Ως μέρος πολλών προγραμμάτων αναδιοργάνωσης, πλήθος οργανισμών χρησιμοποιεί τις ομάδες εργασίας ως το κύριο συστατικό προκειμένου να παραμείνουν ανταγωνιστικοί. Αντίστοιχα οι Cohen και Bailey διαπίστωσαν ότι, το 85% των οργανισμών οι οποίοι απαρτίζονται από 100 ή περισσότερους εργαζομένους, χρησιμοποιούν ομάδες εργασίας για την επίτευξη των στόχων τους και στην πραγματικότητα υπάρχει έντονος ενθουσιασμός για αυτή τη διαμόρφωση του τρόπου εργασίας. Οι εργοδότες είναι πεπεισμένοι ότι, μπορούν να προσλάβουν εργαζομένους με την ικανότητα να εργάζονται σε ομάδες. Παρά τα πολλά οφέλη που προσφέρει η ομαδική εργασία, η ανάπτυξή τους δεν είναι πάντα εύκολη υπόθεση. Ωστόσο, οι εργοδότες πιστεύουν ότι μπορούν να αναπτύξουν αυτή την επιδεξιότητα στα μέλη της ομάδας τους μέσω της κατάρτισης και της ορθής καθοδήγησης.

Εντός αυτού του πλαισίου, η ερευνητική μελέτη του Hartenian (2003) κατέδειξε ότι αναφορικά με την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων σε επίπεδο ομάδας, διαπίστωσε ότι τα μέλη των ομάδων εργασίας στα οποία προσφέρθηκε κατάρτιση και καθοδήγηση, υπέδειξαν υψηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων εντός της ομάδας σε αντίθεση με αυτούς που δεν την έλαβαν.

Συνεπώς, διαπιστώθηκε ότι η συνεργασία είναι απαραίτητη για την εκτέλεση εργασιών οι οποίες απαιτούν δημιουργικότητα, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και καινοτομία. Η συνεργασία συνιστά μια ανταγωνιστική μέθοδο για την επίτευξη δύσκολων στόχων και καθηκόντων. Καθώς η παγκοσμιοποίηση εξακολουθεί να αναγκάζει τους οργανισμούς να καταστούν περισσότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν τις μελλοντικές προκλήσεις, ανατίθενται και εκτελούνται περισσότερες εργασίες στις ομάδες εργασίας εντός των οργανισμών (Khawametal., 2017).

Επιπρόσθετα, πιστεύεται ότι οι ομάδες εντός των χώρων εργασίας είναι πιο αισθητή ένδειξη ότι οι οργανισμοί αλλάζουν προς ένα περισσότερο συνεργατικό περιβάλλον. Ενώ, η διοίκηση των οργανισμών αντιλαμβάνονται ολοένα και περισσότερο ότι οι

θέσεις εργασίας καθίστανται πιο πολύπλοκες. Σε αυτή την περίπτωση ο Wheelanκατέδειξε ότι αυτή η πολυπλοκότητα απαιτεί από τους εργαζόμενους να εργάζονται σε ομάδες, προκειμένου να εξασφαλίσουν την οργανωτική επιτυχία. Η συγκρότηση ομάδων εργασίας είναι γνωστή ως μία από τις πιο αποτελεσματικές οργανωτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της απόδοσης των οργανισμών (2013).

#### **1.4. Η έννοια της ομάδας στον τομέα της υγείας**

Πλήθος ερευνών έχει καταδείξει τη σημαντικότητα της ομαδικής εργασίας στον τομέα της υγείας (Jones, 2009·Reevesetal., 2010·Mayoetal., 2016). Η έννοια της ομάδας στον τομέα της υγείας, μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια δυναμική διεργασία των επαγγελματιών υγείας, με διαφορετικό ωστόσο επίπεδο ικανοτήτων και δεξιοτήτων, συμπληρώνοντας ο ένας τον άλλο. Ωστόσο, ο διαμοιρασμός κοινών στόχων για την υγεία ωθεί στο συντονισμό των προσπαθειών στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας μέσω ενεργειών όπως είναι η συνεργασία, η ανοιχτή επικοινωνία και η κοινή λήψη αποφάσεων. Ενώ, τα μέγιστα δυνατά οφέλη για τους ασθενείς επιτυγχάνονται μέσω της στενής συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας, της συνεργατικής μάθησης, της κοινής συμμετοχής στον κλινικό έλεγχο των αποτελεσμάτων, στην προώθηση της καινοτομίας και τη διασφάλιση της προόδου των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Λιονής και συν., 2015).

Η ομάδα μπορεί να οριστεί ως ένα άθροισμα προσώπων, τα οποία συνδέονται με κάτι κοινό και λογίζονται ως ενιαίο σύνολο προσώπων, αποβλέποντας σε ένα κοινό σκοπό μέσω συντονισμένων προσπαθειών (Μπαμπινιώτης, 2005). Από την άλλη πλευρά, η έννοια της ομάδας (team) στον τομέα της υγείας προσδιορίστηκε από τους Kouzesκαι Posner(1987), ως μια ομάδα προσώπων που συνεργάζονται ισότιμα με σκοπό την επίτευξη κοινών στόχων και την οικοδόμηση σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

Δεδομένου ότι, το ανθρώπινο δυναμικό στον ευαίσθητο τομέα της υγείας – ομάδα υγείας αποτελεί ουσιώδες κεφάλαιο, όχι μόνο για την ποσοτική αλλά και την ποιοτική σύνθεση του, θα πρέπει να αξιολογείται δυναμικά λόγω της συνεχής εξέλιξης του με την πάροδο του χρόνου. Συνεπώς, τα συστήματα υγείας πρωτίστως συνιστούν ένα σύνολο ανθρωπίνων σχέσεων αλληλεξαρτώμενων. Ωστόσο, παράγοντες κυρίως σε οργανωτικό και προσωπικό επίπεδο είναι ικανοί να επηρεάσουν τη λειτουργία, τη δομή και τη συνοχή της ομάδας υγείας (Hussetal., 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η φύση των ομάδων στον τομέα της υγείας είναι ποικίλη και πολύπλοκη καθώς υπάρχουν ομάδες οι οποίες: α) έλκονται από μια μόνο επαγγελματική ομάδα, β) πολυεπαγγελματικές ομάδες, γ) ομάδες οι οποίες εργάζονται στενά σε ένα πεδίο, δ) ομάδες γεωγραφικά καταναμημένες, ε) ομάδες με σταθερή ιδιότητα μέλους και στ) ομάδες με συνεχώς μεταβαλλόμενες ιδιότητες μέλους. Ανεξάρτητα από το είδος και τη φύση της ομάδας, μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι ομάδες στην υγεία διέπονται από ορισμένα χαρακτηριστικά. Αυτά είναι: α) τα μέλη της ομάδας έχουν συγκεκριμένους ρόλους και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για την επίτευξη κοινών στόχων, β) οι ομάδες λαμβάνουν αποφάσεις, γ) οι ομάδες διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες και συχνά λειτουργούν υπό συνθήκες υψηλού φόρτου εργασίας και δ) διαφέρουν από τις μικρές ομάδες ακόμα και αν ενσωματώνουν μια συλλογική δράση που απορρέει από την αλληλεξαρτώμενη εργασία (WHO, 2007).

Επιπρόσθετα, οι ομάδες στον τομέα της υγείας μπορούν να περιλαμβάνουν έναν ενιαίο κλάδο ή να εμπλέκουν τη συμβολή πολλών τύπων επαγγελματιών, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, των νοσηλευτών, των φαρμακοποιών, των φυσιοθεραπευτών, των κοινωνικών λειτουργών, των ψυχολόγων και ενδεχομένως του διοικητικού προσωπικού. Ο ρόλος που διαδραματίζουν αυτοί οι επαγγελματίες θα διαφέρει τόσο μεταξύ ομάδων όσο και εντός των ομάδων σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Ενώ, οι ρόλοι των ατόμων της ομάδας συχνά είναι ευέλικτοι και περιστασιακοί, όπως η αλλαγή της ηγεσίας η οποία εξαρτάται από τις απαιτούμενες ειδικές γνώσεις ή ανάληψη ρόλου εκπαιδευτική ασθενών<sup>1</sup> από μια/έναν νοσηλεύτρια/τη, καθώς οι νοσηλευτές είναι αυτοί οι οποίοι έρχονται σε περισσότερο στενή επαφή με τους ασθενείς (WHO, 2007).

Για την υποστήριξη της περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή και την ασφάλεια του, ο ασθενής και οι φροντιστές του θεωρούνται ολοένα και περισσότερο ενεργά μέλη της ομάδας υγείας. Εκτός του ότι είναι σημαντικό σε θέματα όπως η από κοινού λήψη αποφάσεων και η συνειδητή συναίνεση, η δέσμευση του ασθενούς ως μέλους της

---

<sup>1</sup> Θεσμός νοσηλευτή – εκπαιδευτή σύμφωνα με το Π.Δ. 216/25-7-2001: Η εκπαίδευση του ασθενούς αποβλέπει στη βελτίωση της φυσικής και νοητικής κατάστασης του ασθενούς, αλλά και την μείωση του κινδύνου ασθένειας και αναπηρίας. Επιθυμητά προσόντα η ύπαρξη ειδικότητας Κοινωνικής Νοσηλευτικής, ή αντίστοιχο Μεταπτυχιακό στην Κοινωνική Νοσηλευτική, ή τη Δημόσια Υγεία. Στα νοσηλευτικά τμήματα, η εκπαίδευση του ασθενούς επιδιώκει τη μείωση του άγχους λόγω του άγνωστου περιβάλλοντος, της επιβαρυνμένης υγείας, του πόνου, της άρνησης για την ύπαρξη νόσου, δυσκολίες στην προσαρμογή του ρόλου του ασθενούς και ενδεχόμενης αναπηρίας.

ομάδας μπορεί να βελτιώσει την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας του. Παράλληλα, η συνεργασία των ασθενών συνιστά βασική πηγή πληροφοριών για τους νοσηλευτές - εκπαιδευτές, ως τα μόνα μέλη της ομάδας που είναι παρόν σε όλη τη διάρκεια της φροντίδας τους (WHO, 2007).

### **1.5. Συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών**

Η νοσηλευτική μέχρι τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα δεν υπολογίζονταν ως πραγματική εργασία, ενώ η κουλτούρα της εποχής συνέβαλε στην επικράτηση στερεότυπων για τις γυναίκες που ασχολούνταν με αυτήν. Ωστόσο, το σπουδαίο έργο τριών γυναικών συνέβαλε στην παγίωση της νοσηλευτικής ως γυναικείο επάγγελμα τη δεκαετία του 1920 και του 1930. Μόλις τη δεκαετία του 1980, οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες επιδίωξαν σθεναρά την αποδέσμευση του επαγγέλματος από τα στερεότυπα του παρελθόντος.

Οι εξελίξεις οι οποίες συντελέστηκαν στην ιατρική επιστήμη και την τεχνολογία κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, ανέδειξαν την αναγκαιότητα για ειδικευμένους νοσηλευτές τόσο στους παραδοσιακούς τομείς παροχής φροντίδας (παθολογική, χειρουργική, παιδιατρική, ψυχική υγεία και κοινοτική νοσηλευτική), αλλά και σε περισσότερο εξειδικευμένους τομείς όπως αυτούς της επείγουσας και εντατικής φροντίδας ενηλίκων και νεογνών και της αναισθησιολογίας. Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές, έχοντας το αναγκαίο θεωρητικό και κλινικό υπόβαθρο, αλλά και τις κατάλληλες δεξιότητες βρίσκονται σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας, αποβλέπουν στην παροχή εξατομικευμένης, ασφαλούς και βάσει ενδείξεων φροντίδα υγείας. Ενώ, συμβάλλουν στη διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένεια του, στη διαμόρφωση πλάνων φροντίδας και παράλληλα διασφαλίζουν την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας με χαμηλό κόστος για τα συστήματα υγείας (Blackwelletal., 2015).

Για την προαγωγή της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, παράγοντα κλειδί συνιστούν η συνεργασία και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Ωστόσο, οι συγκρούσεις στον τομέα της υγείας, όπως αντίστοιχα και στο σύνολο του εργασιακού χώρου, είναι εγγενείς σε επίπεδο λειτουργίας της ομάδας. Δεδομένης της σύνθετης επαγγελματικής δομής των υπηρεσιών υγείας και των ιδιαιτεροτήτων του περιβάλλοντος εργασίας, οι

επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι νοσηλευτές βιώνουν έντονο στρες, γεγονός που ευνοεί τις μεταξύ τους συγκρούσεις.

Η συνεργασία συνιστά ένα εξαιρετικά πολύπλοκο ζήτημα στον τομέα της υγείας και κυρίως μεταξύ των νοσηλευτών. Αυτή η ανάλυση ιδεών παρουσιάζει τους ορισμούς και τα καθοριστικά χαρακτηριστικά της συνεργασίας έτσι ώστε η έννοια να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη δημιουργία λειτουργικών ορισμών ή στην ανάπτυξη και αξιολόγηση εργαλείων μέτρησης της συνεργασίας.

Η έννοια της συνεργατικής συμπεριφοράς μεταξύ των νοσηλευτών, προσδιορίστηκε από τον Henneman και τους συνεργάτες (1995), ως ένα συνεργατικό εγχείρημα βασισμένο στις κοινές αξίες όπως είναι το ενδιαφέρον και ο σεβασμός για τους άλλους, οι στόχοι επίδοσης και η δέσμευση μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων μερών. Από την πλευρά τους οι Baggs and Schmitt (1988), υπογράμμισαν τη σημασία της ανάπτυξης και της διατήρησης της συνεργασίας, η οποία απαιτεί κοινή λήψη αποφάσεων, την εργασία από κοινού, την ανοικτή επικοινωνία και το συντονισμό τόσο κατά τον σχεδιασμό όσο και κατά την παροχή της περίθαλψης.

Μια ολοκληρωμένη θεωρία για τη συνεργασία εντός των οργανισμών διατυπώθηκε από τις Wood και Gray (1991), σύμφωνα με τις οποίες η συνεργασία προκύπτει όταν μια αυτόνομη ομάδα ενός τομέα συμμετέχει σε μια διαδικασία αλληλεπίδρασης, χρησιμοποιώντας κοινούς κανόνες (γραπτούς και άγραφους) και δομές να ενεργούν ή να λαμβάνουν αποφάσεις, για ζητήματα που αφορούν το συγκεκριμένο τομέα.

Η συνεργασία και η ομαδική εργασία μεταξύ των νοσηλευτών, έχει περιγραφεί ως δείκτης μέτρησης της νοσηλευτικής ικανότητας. Συνεπώς, η αύξηση του επιπέδου και της ποιότητας συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών, θα μπορούσε συνεπακόλουθα να βελτιώσει σημαντικά το εργασιακό περιβάλλον και παράλληλα να διευκολύνει μια πρόοδο ως προς την ασφάλεια των ασθενών και την προαγωγή της υγείας ευρύτερα (Meretoja et al., 2002) και της επαγγελματικής υποχρέωσης (Arker et al., 2006).

Σε αντίθετη περίπτωση, η ανεπαρκής επικοινωνία και συνεργασία έχουν αναδειχθεί πρωταρχικοί συντελεστές σε ιατρικά σφάλματα, ανεπιθύμητες ενέργειες, λειτουργικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές και καθυστερήσεις στη θεραπεία των ασθενών. Επίσης, μελέτες έχουν αναφέρει ελλιπή αλληλεπίδραση, έλλειψη συντονισμού, μη παροχή στήριξης, επικράτηση κλίματος έντασης και εκφοβισμού μεταξύ των νοσηλευτών (Valiee et al., 2014). Εντός αυτού του πλαισίου, τα



συστήματα υγειονομικής περίθαλψης τόσο στην Ευρώπη όσο και την Αμερική προσπαθούν να βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, ενισχύοντας το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας (Brocketal., 2013`Wick, 2013).

Μολονότι, η επιστημονική έρευνα έχει εστιάσει κυρίως στη συνεργασία μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, εντούτοις υπάρχει περιορισμένη έρευνα σχετικά με τη συνεργασία και την επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών. Ωστόσο, η βελτίωση στη συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών έχει συσχετιστεί με θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς, ενώ μπορεί να συνιστά ένα παράγοντα ο οποίος μπορεί να συμβάλει στη μείωση του ιατρικού σφάλματος. Δεδομένου ότι οι νοσηλευτές έχουν φυσική παρουσία δίπλα στους ασθενείς σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιονδήποτε άλλον κλινικό, βρίσκονται σε μια μοναδική θέση τόσο για την αξιολόγηση των αποκρίσεων των ασθενών στις θεραπείες όσο και για την επικοινωνία αυτών των αλλαγών, προκειμένου να διασφαλιστεί η χορήγηση της καταλληλότερης θεραπείας. Οι νοσηλευτές φέρουν το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης κατά τη διάρκεια της περίθαλψης των ασθενών. Ως εκ τούτου, η συνεργασία και η ισχυρή επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας, για τη διατήρηση ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού θεραπευτικού περιβάλλοντος για τους ασθενείς (Liaoetal., 2015).

Ο Ritter-Teitel (2001) στη μελέτη του διαπίστωσε ότι, το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών αποτέλεσε έναν παράγοντα πρόγνωσης των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος. Ενώ, πλήθος μελετών έχουν καταδείξει μια διαδεδομένη εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων κατά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, που τελικά συμβάλλει στην αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Αυτά τα σφάλματα αποδίδονται κυρίως στην ανεπαρκή ομαδική εργασία, την κακή επικοινωνία και τις αδύναμες διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των νοσηλευτών στους οργανισμούς υγείας.

Επιπρόσθετα, η δραστική βελτίωση του επιπέδου επικοινωνίας, η μετάδοση πληροφοριών, η αποτελεσματική λήψη αποφάσεων, η βαθύτερη επίδειξη σεβασμού στο ρόλο των νοσηλευτών, καθώς και η συνεργασία και η ομαδική εργασία μεταξύ των νοσηλευτών έχει αναφερθεί ότι σχετίζονται με μειωμένα ιατρικά λάθη, την αύξηση της ικανοποίησης τους από την εργασία τους, αλλά και τη βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας των ασθενών (Liaoetal., 2015).

Από την άλλη πλευρά, οι συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών αποδίδονται σε μεγάλο βαθμό στα έτη προϋπηρεσίας, δεδομένου ότι υπάρχουν αναφορές όπου νοσηλευτές με μικρότερη εμπειρία υποστήριζαν ότι είχαν δεχθεί λεκτική βία από τους ανώτερους ιεραρχικά νοσηλευτές. Επίσης, οι συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών δύναται να προκύψουν από περιορισμούς σε οργανωτικό επίπεδο, από το ύφος της ηγεσίας και τις ανεπαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις (Valieeetal., 2015·Wicketal., 2013).

## **Κεφάλαιο 2. Συνεργασία και Επικοινωνία Νοσηλευτών**

### **2.1. Συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών**

Δεδομένης της πολυπλοκότητας η οποία χαρακτηρίζει τα περιβάλλοντα της νοσηλευτικής εργασίας, κρίνεται αναγκαίος ο καθορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας των οργανισμών υγείας και συνεπακόλουθα των παραμέτρων όπως: οι οργανωτικές δομές, η νοσηλευτική διοίκηση, η αυτονομία, η διεπιστημονική συνεργασία και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Το σύνολο των παραπάνω παραγόντων έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζει σημαντικά τόσο τις διαπροσωπικές σχέσεις των νοσηλευτών, την ικανοποίηση του από το νοσηλευτικό επάγγελμα, καθώς και τη μεταξύ τους συνεργασία (Dickerson&Latina, 2017).

Ο όρος «συνεργασία» αποτελεί αρχικά ένα συνδυασμό του λατινικού προθέματος «συν» που σημαίνει συνένωση και του μορφώματος «laborate» που σημαίνει εργασία. Στα διεθνή λεξικά περιγράφεται ως η εργασία με άλλα άτομα για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Εννοιολογικά, ο όρος συνεργασία έχει οριστεί διαφορετικά από πλήθος ερευνητών. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι η συνεργασία πρέπει εγγενώς να κατανοείται και να μην ορίζεται (Kramer&Schmalenberg, 2003), ενώ κάποιοι άλλοι τη θεωρούν ως το αποτέλεσμα που προκύπτει από τη σύνθεση διαφορετικών απόψεων (Booneetal., 2008). Σε πολλές μελέτες, η έννοια της συνεργασίας προσδιορίζεται ως η διαδικασία (Booneetal., 2008·Tschannen, 2004), ή η ειδική διαδικασία, είτε οι διαδικασίες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων. Ενώ, μερικοί έχουν εστιάσει περισσότερο στη συνεργασία ως δομή (Bedwelletal., 2012).

Μέσω της μελέτης τους οι Zamanzadehκαι συνεργάτες (2014), επιδίωξαν να διερευνήσουν την έννοια της συνεργασίας και των εσωτερικών διαστάσεων της, όπως αυτή κατανοείται από τους ίδιους τους νοσηλευτές. Οι ερευνητές λαμβάνοντας υπόψη τη φύση της συνεργασίας, προκειμένου να επιτευχθεί μια ολοκληρωμένη αποτύπωση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για την παραπάνω έννοια, οι συμμετέχοντες νοσηλευτές που επέλεξαν,εργάζονταντην περίοδο υλοποίησης της μελέτης σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Στην παραπάνω έρευνα μέσω των απαντήσεων που δόθηκαν διαπιστώθηκε ότι, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την έννοια της συνεργασίας ως ένα σημαντικό και με ισχυρή επίδραση δυναμικό στην εργασία τους, με επακόλουθα θετικά αποτελέσματα

όπως η παροχή ασφαλούς φροντίδας, η πιθανότητα μειωμένου σφάλματος, η αμοιβαία ικανοποίηση του προσωπικού και των ασθενών. Σύμφωνα με την άποψη τους για την έννοια και τα οφέλη της συνεργασίας, ανέφεραν ότι υποστηρίζουν και βοηθούν ο ένας τον άλλο στον χώρο εργασίας, προκειμένου να εργάζονται αποτελεσματικά. Η πνευματική και πρακτική συνεργασία, η εθελοντική βοήθεια, οι αμοιβαίες υποχωρήσεις και η ικανοποίηση για την κατάκτηση ενός κοινού στόχου, ήταν μεταξύ των θετικών στοιχείων της συνεργασίας. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην έρευνα νοσηλευτές υποστήριξαν ότι, ιδιαίτερα σημαντικά είναι τόσο η μεταξύ των νοσηλευτών αμοιβαία κατανόηση, όσο και η κατανόηση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Ενώ, η κατανόηση των ρόλων των συναδέλφων συνιστά ένα ζωτικό βήμα προς τη συνεργατική συμμετοχή. Αυτή η τελευταία ιδιότητα απαιτεί αρκετό χρόνο προκειμένου να γνωρίσουν τα μέλη της ομάδας τις δεξιότητες, τις ανάγκες και τις ατομικές ευθύνες του άλλου. Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν κατανοήσει τους αμοιβαίους ρόλους είναι σε θέση να συνεργαστούν αποτελεσματικά, παρέχοντας υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Επιπρόσθετα, στην παραπάνω μελέτη οι συμμετέχοντες νοσηλευτές φάνηκε να γνωρίζουν τις δεοντολογικές και εργασιακές δεσμεύσεις που απαιτούνται για τη μεταξύ τους συνεργασία, καταδεικνύοντας ένα είδος προσωπικής και επαγγελματικής ευθύνης.

Όπως ανέφεραν οι συμμετέχοντες, η ομαδική εργασία αναγνωρίζεται ως ένας παράγοντας για τη μεγιστοποίηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και εξαρτάται από τη διεπιστημονική συνεργασία των σχετικών επαγγελματιών. Ενώ, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη ήταν μεταξύ των βασικών χαρακτηριστικών στα οποία αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές της έρευνας. Συγκεκριμένα, υποστήριξαν ότι ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη στις δεξιότητες των υπολοίπων νοσηλευτών της ομάδας, απαιτεί πρωτίστως την πλήρη κατανόηση των διαφορετικών επαγγελματικών προοπτικών που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη ομάδα.

Σε μια προσπάθεια εκ νέου σχεδιασμού της παρεχόμενης κλινικής φροντίδας, με σκοπό την βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών, το Ινστιτούτο Ιατρικών Εκθέσεων συνέστησε οι νοσηλευτές να λειτουργούν ως βασικοί συντελεστές αυτού. Παράλληλα, οι πολύτιμες γνώσεις και οι μοναδικές ικανότητες των νοσηλευτών επιτρέπουν την συνεισφορά τους ως συνεργάτες με άλλους επαγγελματίες υγείας, προς τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς και στην ανάληψη ηγετικών ρόλων (InstituteofMedicine, 2011).

### 2.1.1. Διαχείριση Συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτών

Η σύγκρουση αποτελεί ένα από τα ζητήματα που λαμβάνουν χώρα σε οποιοδήποτε οργανισμό και κυρίως στα νοσηλευτικά ιδρύματα, όπου υπάρχουν συνεχείς ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις. Σε αυτά τα περιβάλλοντα οι νοσηλευτές διαδραματίζουν διαφορετικούς ρόλους όπως ο πάροχος φροντίδας, ο εκπαιδευτής και ο διαχειριστής (manager) / προϊστάμενος. Αυτοί οι ρόλοι οδηγούν σε διαφορετικούς τύπους αλληλεπιδράσεων μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας, που συνεπακόλουθα αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης συγκρούσεων μεταξύ των νοσηλευτών εντός των νοσοκομειακών οργανισμών (Higazee, 2015).

Η σύγκρουση συνιστά από μόνη της μια δυναμική διαδικασία, η οποία μπορεί να είναι θετική ή αρνητική, υγιής ή δυσλειτουργική, εντός του εργασιακού περιβάλλοντος. Επιπλέον, η σύγκρουση αντικατοπτρίζει τις συνέπειες των έμπειρων ή αντιληπτών παραλλαγών σε κοινούς στόχους, αξίες, ιδέες, στάσεις, πεποιθήσεις, συναισθήματα και ενέργειες. Ωστόσο, οι συγκρούσεις προκύπτουν για πολλαπλούς λόγους όπως εξαιτίας του ανταγωνισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όπως για παράδειγμα μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και λόγω των διαφορών στις οικονομικές απολαβές και τις επαγγελματικές αξίες. Οι περιορισμένοι πόροι, οι αλληπάλληλες μεταρρυθμίσεις, η κακώς διαμοιρασμένοι ρόλοι και οι προσδοκίες, η ικανότητα εργασίας σε επίπεδο ομάδας, οι διαπροσωπικές δεξιότητες επικοινωνίας και οι προσωπικές προσδοκίες αναφορικά με το επίπεδο απόδοσης σε ποικίλους νοσηλευτικούς ρόλους, αποτελούν ιδιαίτερης σημασίας πηγές σύγκρουσης ευρύτερα, εντός των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Marquis&Huston, 2012).

Όπως προκύπτει μέσω της υφιστάμενης βιβλιογραφίας, υπάρχουν πολλοί τύποι συγκρούσεων με τους οποίους μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι οι νοσηλευτές/τριες εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Μεταξύ αυτών απαντάται η ενδοπροσωπική σύγκρουση η οποία συμβαίνει στο εσωτερικό του ίδιου του ατόμου, η διαπροσωπική σύγκρουση που συμβαίνει μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων, η ενδοοικιακή σύγκρουση που συμβαίνει εντός μιας ομάδα με τη μορφή διενέξεων, μεταξύ ομάδων που συμβαίνει μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων, η ανταγωνιστική σύγκρουση που συμβαίνει όταν δύο ή περισσότερες ομάδες προσπαθούν να καταλήξουν σε ένα κοινό στόχο και η σύγκρουση η οποία οδηγεί σε αποδιοργάνωση, καθώς προκύπτει από την προσπάθεια μείωσης ή ήττας του αντιπάλου. Ο τελευταίος

τύπος σύγκρουσης είναι συχνός μεταξύ του νοσηλευτικού και του ιατρικού πληθυσμού και έχει αναφερθεί αντίστοιχα και από τις δύο επαγγελματικές κατηγορίες (Leeveretal., 2010).

Οι νοσηλευτές όπως αντίστοιχα και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, προβάλλουν διαφορετικές απόψεις προς τις ομάδες υγειονομικής φροντίδας, αναφορικά με την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς. Αυτές οι διαφορετικές απόψεις είναι δυνατό να οδηγήσουν σε συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών όσον αφορά το πρόγραμμα φροντίδας των ασθενών. Επιπλέον, το αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αποτελέσει πηγή έντασης, εσφαλμένης επικοινωνίας και συγκρούσεων, όχι μόνο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και των ασθενών. Οι συγκρούσεις στο νοσοκομειακό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσουν σε βία, εκτός εάν αντιμετωπιστούν κατάλληλα. Ενώ, είναι προφανές ότι οι συνέπειες της κακής ή μη διαχειριζόμενης σύγκρουσης, θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών (Buchbinder&Buchbinder, 2014).

Ωστόσο, η λανθασμένη διαχείριση των συγκρούσεων μεταξύ των νοσηλευτών εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και κυρίως σε επίπεδο τμήματος, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες τόσο σε επίπεδο συναδελφικότητας όσο και σε οργανωτικό επίπεδο, ενώ εξίσου σημαντικές είναι οι επιπτώσεις για τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, αυτού του είδους οι αρνητικές συνέπειες περιλαμβάνουν συμπεριφορές μη επαγγελματιών νοσηλευτών που οδηγούν προοδευτικά σε έλλειψη οργανωτικής δέσμευσης και τέλος, σε κακή ποιότητα φροντίδας των ασθενών (Higazee, 2015).

Με γνώμονα ότι, οι συγκρούσεις συνιστούν ένα σχεδόν καθημερινό ζήτημα στο περιβάλλον των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, κυρίως μεταξύ των νοσηλευτών και λόγω των αρνητικών συνεπειών τους, ο Higazee (2015) στη μελέτη του επιδίωξε να διερευνήσει τους τύπους και το επίπεδο των συγκρούσεων που βιώνουν οι νοσηλευτές, να προσδιορίσει τη σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, καθώς και το εμπειρικό επίπεδο των συγκρούσεων μεταξύ των νοσηλευτών. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 128 νοσηλευτές από πέντε κρατικά και ιδιωτικά νοσοκομεία του Αμμάν της Ιορδανίας. Μέσω της μελέτης διαπιστώθηκε ότι, οι νοσηλεύτριες κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν ένα μέτριο επίπεδο σύγκρουσης, ενώ μόνο ο τύπος του νοσοκομείου από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της μελέτης, φάνηκε να επηρέασε το επίπεδο σύγκρουσης που βιώνουν οι νοσηλεύτριες στα επιλεγμένα νοσοκομεία. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι η συνήθης μορφή

συγκρούσεων μεταξύ των νοσηλευτών της μελέτης ήταν, η σύγκρουση εντός της ομάδας και η ανταγωνιστική σύγκρουση. Αυτό το είδος των συγκρούσεων που συνήθως απαντάται μεταξύ των νοσηλευτών του τμήματος, συνιστά το αποτέλεσμα της μη ισότιμης διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού από την νοσηλευτική διοίκηση.

Από την άλλη πλευρά, η μελέτη της Παναγιωτοπούλου (2019) εστίασε στη διερεύνηση και στη διαχείριση των συγκρούσεων, μεταξύ των διαφορετικών εκπαιδευτικών βαθμίδων του νοσηλευτικού προσωπικού, σε κάποιο δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα της χώρας. Το δείγμα στην παραπάνω μελέτη αποτέλεσαν 112 νοσηλευτές και των τριών εκπαιδευτικών βαθμίδων της νοσηλευτικής (ΔΕ, ΤΕ και ΠΕ). Μέσω της ανάλυσης των δεδομένων προέκυψε ότι, οι εργασιακές σχέσεις των νοσηλευτών δοκιμάζονται σε σημαντικό βαθμό, καθώς οι συγκρούσεις μεταξύ των συναδέλφων – μεταξύ νοσηλευτών σε επίπεδο τμήματος, αποτελούν σύνηθες φαινόμενο. Δυστυχώς όμως οι νοσηλευτές της έρευνας φάνηκε ότι, δεν διέθεταν τις κατάλληλες γνώσεις αναφορικά με τους τρόπους διαχείρισης συγκρούσεων και τις διαδικασίες οι οποίες θα μπορούσαν να ακολουθηθούν προκειμένου να βρεθεί η καλύτερη δυνατή λύση. Ενώ, δεν φάνηκε να υπάρχει διάθεση για συζήτηση και συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών, προκειμένου να επιτευχθεί η επίλυση της σύγκρουσης. Σε αυτή την περίπτωση σημαντικές είναι οι επιπτώσεις, τόσο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, όσο και στο επίπεδο της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών σε επίπεδο τμήματος.

### **2.1.2. Κοινές διαδικασίες και λήψη αποφάσεων / αυτονομία**

Η δυνατότητα της λήψης αποφάσεων στον νοσηλευτικό τομέα, συνιστά μια λειτουργία με όμοια χαρακτηριστικά με άλλους επαγγελματικούς κλάδους, ενώ αντίστοιχα αναφέρεται στις κοινές διαδικασίες οι οποίες υιοθετούνται, με σκοπό τη διαχείριση των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την άσκηση της επαγγελματικής τους ιδιότητας. Παράλληλα, η δυνατότητα της λήψης αποφάσεων αντικατοπτρίζει το επιστημονικό υπόβαθρο του κλάδου τους, καθώς και τις ειδικές περιστάσεις υπό τις οποίες γίνεται η λήψη των αποφάσεων (Καρρά και συν., 2015).

Η διαδικασία της λήψης αποφάσεων σε νοσηλευτικό κλινικό επίπεδο, αποτελεί μια πολύπλοκη γνωστική διεργασία, η οποία καθιστά αναγκαία την ύπαρξη

ικανοποιητικού γνωστικού και εμπειρικού επιπέδου από την πλευρά του νοσηλευτή. Ο Standing (2005), προσδιόρισε την διαδικασία της λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων ως μια σύνθετη διεργασία η οποία περιλαμβάνει την παρατήρηση, την επεξεργασία των διαθέσιμων πληροφοριών, την κριτική θεώρηση, την εκτίμηση των επιστημονικών δεδομένων και καταδείξεων, την εφαρμογή των σχετικών πληροφοριών, την χρήση των αναγκαίων δεξιοτήτων με σκοπό την επίλυση ζητημάτων που προκύπτουν, τον αναστοχασμό και την κρίση, προκειμένου να επιλεγούν οι κατάλληλες ενέργειες οι οποίες θα έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στην υγεία του πάσχοντα, ενώ παράλληλα θα ελαχιστοποιούν τις πιθανές βλάβες σε αυτόν (Καρρά και συν., 2015).

Στην περίπτωση που ένας νοσηλευτής είναι σε θέση να λαμβάνει αποφάσεις από μόνος του, ταυτόχρονα θα πρέπει να διαθέτει επαγγελματική υπευθυνότητα ώστε να μπορεί να εκτιμά ορθά και με ακρίβεια τις ανάγκες των πασχόντων. Επιπλέον, θα πρέπει να κάνει χρήση των κατάλληλων πηγών πληροφόρησης για τη σχεδίαση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, με σκοπό την επίλυση των ζητημάτων που προκύπτουν σε κλινικό επίπεδο και που ο ίδιος είναι σε θέση να διαχειριστεί, τηρώντας πάντα τους προβλεπόμενους στόχους ασφαλείας (Καρρά και συν., 2015).

Οι πρώιμες μελέτες αναφορικά με τη δυνατότητα και τις διαδικασίες της λήψης αποφάσεων από τους νοσηλευτές, είχαν σαφείς επιρροές από τις αντίστοιχες ιατρικές διεργασίες (Hammond, 1986). Αντίθετα, αρκετοί ερευνητές συντάχθηκαν υπέρ του διαισθητικού μοντέλου της λήψης αποφάσεων, σύμφωνα με το οποίο αυτός που λαμβάνει αποφάσεις θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα πρότυπα ή τις ομοιότητες. Δηλαδή, να μπορεί να συγκρίνει τάχιστα τα σημεία του κλινικού προβλήματος, θυμούμενος αντίστοιχα ζητήματα εντός της μακρόχρονης νοσηλευτικής εμπειρίας του (Benner, 1984 Reew, 1988).

Ωστόσο, η πολυπλοκότητα των κλινικών ζητημάτων σε κάποιες περιπτώσεις και η χρονική πίεση της στιγμής, δεν επιτρέπει οι ενέργειες των νοσηλευτών να διέπονται από τα ίδια στοιχεία. Γεγονός το οποίο δεν επιτρέπει την περιγραφή της διαδικασίας της λήψης αποφάσεων, αποκλειστικά από ένα μοντέλο το οποίο βασίζεται σε ένα διαισθητικό ή αναλυτικό πρότυπο. Εντός αυτού του πλαισίου ο Hammond (1986) και μετέπειτα ο Hamm(1988), κατέδειξαν το μοντέλο του «γνωστικού συνεχούς» το οποίο βασίζεται στην παραδοχή ότι, η διαχείριση των προβλημάτων που ανακύπτουν χωρίς την ύπαρξη προγενέστερης οργανωμένης πληροφόρησης, είτε απαιτούν την



εξεύρεση λύσης σε περιορισμένο χρονικό πλαίσιο, είναι κατάλληλο να αντιμετωπίζονται με τη συμβολή της διαίσθησης. Αντίθετα, ένα ορθά δομημένο ζήτημα με διευρυμένο χρονικό πλαίσιο, συστήνεται να αντιμετωπίζεται / επιλύεται μέσω της αναλυτικής μεθόδου.

Με γνώμονα τα παραπάνω δεδομένα, οι Καρρά και συνεργάτες (2015) επιδίωξαν την ποιοτική διερεύνηση των διαδικασιών λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ και η σύγκριση των αναφορών τους με τις βασικές υποθέσεις του Μοντέλου του Γνωστικού Συνεχούς. Η ποιοτική μελέτη διεξήχθη με τη συμμετοχή 22 νοσηλευτών ΜΕΘ, μέσω σκόπιμης δειγματοληψίας από τέσσερις ομάδες. Από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι, η λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές ΜΕΘ επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της ενεργοποίησης τόσο του αναλυτικού όσο και του διαισθητικού μοντέλου σκέψης, καθώς και της ελεύθερης κίνησης μεταξύ αυτών. Επιπρόσθετα, η σύνδεση των αποφάσεων που λαμβάνονται με το γνωστικό υπόβαθρο συνιστά το κύριο χαρακτηριστικό της αναλυτικής σκέψης, ενώ η συνοχή τους με την επαγγελματική εμπειρία διέπει την αισθητική προσέγγιση. Συνεπώς, η λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές ΜΕΘ στην Ελλάδα, γίνεται βάση του Μοντέλου του Γνωστικού Συνεχούς του Hammond.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών Εντατικής Φροντίδας (AACN), η προαγωγή της φροντίδας των ασθενών ξεκινά μέσω της ενδυνάμωση των ατόμων που φροντίζουν αυτούς τους ασθενείς. Όταν οι νοσηλευτές λάβουν μια θέση στο τραπέζι μαζί με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και ηγέτες των οργανισμών υγείας, παρέχεται η δυνατότητα και παράλληλα η ευκαιρία του σχεδιασμού πρωτοκόλλων τα οποία δύναται να καταστούν ωφέλιμα τόσο για τα ίδια τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας όσο και για τους ασθενείς. Η επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων και η ενίσχυση της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών είναι πιθανή, όταν οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.

Η δυνατότητα της συμμετοχής των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων, θα πρέπει διασφαλίζεται από τους ίδιους του οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, ενώ θα πρέπει να παρέχετε στους νοσηλευτές η πρόσβαση σε τρέχοντα διεπαγγελματικά προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης, τα οποία εστιάζουν σε στρατηγικές που

διασφαλίζουν τη συλλογική λήψη αποφάσεων. Το περιεχόμενο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων θα πρέπει να εστιάζει στον αμοιβαίο καθορισμό στόχων, τη διαπραγμάτευση, τη διευκόλυνση, τη διαχείριση συγκρούσεων, σε συστήματα λήψης αποφάσεων και στη βελτίωση της απόδοσης.

### **2.1.3. Επαγγελματισμός και συντονισμός νοσηλευτών**

Δεδομένων των ταχύτατων αλλαγών οι οποίες συντελούνται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε διεθνές επίπεδο, αναγνωρίζεται η εμπλοκή των νοσηλευτών και της νοσηλευτικής ηγεσίας στη διαμόρφωση νέων υποστηρικτικών συστημάτων. Βασικός στόχος της νοσηλευτικής ηγεσίας θα πρέπει να είναι η ανάδειξη μιας νέας δυναμικής, η οποία θα εστιάζει στον επαγγελματισμό αλλά και στο συντονισμό των νοσηλευτών. Δηλαδή, θα πρέπει να αποβλέπει στην ενίσχυση της υφιστάμενης εικόνας της νοσηλευτικής υπηρεσίας, των νοσηλευτών και ευρύτερα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσηλευτικού ιδρύματος (Σαράφης και συν., 2010).

Μολονότι οι μεταρρυθμιστικές αλλαγές στον τομέα της υγείας και κυρίως στους νοσοκομειακούς οργανισμούς καλλιεργούν ένα κλίμα ανασφάλειας, εντούτοις κάθε νέα αλλαγή μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για τη δημιουργία νέων ευκαιριών στα νοσηλευτικά στελέχη, τα οποία διέπονται από επαγγελματισμό (Σαράφης και συν., 2010).

Εντός αυτού του πλαισίου, απαιτείται η ύπαρξη μιας αποτελεσματικής νοσηλευτικής ηγεσίας, για την ενίσχυση της παραγωγικότητας των νοσηλευτών, τη διατήρηση και την ικανοποίηση της εργασιακής του θέσης. Η μελέτη των Kramer και Schmalenberg (2004) κατέδειξε την ύπαρξη εννέα συμπεριφορών του νοσηλευτή διαχειριστή – μάνατζερ, οι οποίες είναι σε θέση να λειτουργήσουν υποστηρικτικά. Αυτές ήταν: η προσιτή και ασφαλής, να δείχνει ενδιαφέρον, να ενισχύει την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης, να παρέχει ανατροφοδότηση, να διαχειρίζεται επαρκώς το υφιστάμενο νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό, να καλλιεργεί τη συνοχή και την ομαδική εργασία μεταξύ των νοσηλευτών των τμημάτων και να ενισχύει τον διάλογο.

Από την άλλη πλευρά, η πολυπλοκότητα η οποία χαρακτηρίζει τα συστήματα υγείας απαιτεί από τους νοσηλευτές ικανότητες και διαχειριστικές δεξιότητες. Σύμφωνα με τον Mintzberg (1975), τα ανώτερα νοσηλευτικά στελέχη θα πρέπει να διαθέτουν δέκα

τουλάχιστον διαφορετικούς και στενά συνδεδεμένους μεταξύ τους ρόλους και συμπεριφορές, δεδομένης της θέσης της οποία κατέχουν. Οι ρόλοι τους οποίους θα πρέπει να διαθέτουν ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: α) των διαπροσωπικών σχέσεων, β) της πληροφόρησης και γ) της τεχνικής.

Ενώ, σύμφωνα με τον Αμερικανικό Οργανισμό των Διευθυντικών Νοσηλευτικών Στελεχών τα νοσηλευτικά στελέχη θα πρέπει να διαθέτουν: α) Δεξιότητες Επικοινωνίας – διαπροσωπικών σχέσεων, β) γνώση του περιβάλλοντος και του συστήματος υγείας, γ) επαγγελματισμό, δ) γνώση των αρχών διοίκησης και ικανότητα εφαρμογή τους και ε) ηγετικές ικανότητες (AONE, 2005).

### **Διάγραμμα 2.1.** Μοντέλο δεξιοτήτων και ικανοτήτων νοσηλευτών



#### **2.1.4. Ικανότητες και δεξιότητες νοσηλευτών**

Η συνεχής ενίσχυση των υφιστάμενων γνώσεων και δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού των οργανισμών υγείας, θεωρείται μείζονος σημασίας για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, το επίπεδο της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από το εκπαιδευτικό επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού (Καλοκαιρινού & Αναγνωστοπούλου, 2007).

Δεδομένης της ραγδαίας ανάπτυξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση – δια βίου μάθηση έχει καταστεί ιδιαίτερα σημαντική.

Ωστόσο, η δια βίου μάθηση είναι υποκειμενική καθώς εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο ο καθένας ατομικά, είναι ανοικτός σε νέες ιδέες, αποφάσεις, γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές (Πεταλωτή, 2014).

Σε παγκόσμιο επίπεδο εντοπίζεται πληθώρα ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, οι οποίες στην πραγματικότητα αντικατοπτρίζουν το οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο μιας χώρας. Ωστόσο, για κάθε χώρα κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση των πραγματικών αναγκών σε ειδικευμένο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και στην υιοθέτηση ήδη δοκιμασμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων άλλων χωρών. Με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών στον Ευρωπαϊκό χώρο, είναι σχεδόν επιβεβλημένο το νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετέχει τακτικά σε προγράμματα με σκοπό την ενίσχυση της νοσηλευτικής γνώσης και της εμπειρίας. Η συμμετοχή σε νοσηλευτικά προγράμματα κατάρτισης αποτελεί ατομική ευθύνη των νοσηλευτών, καθώς είναι αυτοί οι οποίοι σε σημαντικό βαθμό καθοδηγούν την βελτίωση της ποιότητας φροντίδας (Πεταλωτή, 2014).

Από την άλλη πλευρά, η συνεχής επαγγελματική κατάρτιση συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι της δια βίου εκπαίδευσης και προσδιορίζεται ως, η αδιάλειπτη προσπάθεια για προσωπική ανάπτυξη και ενίσχυση των υφιστάμενων ικανοτήτων και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας εντός του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών και ευρύτερα των επαγγελματιών υγείας, μπορεί να λάβει χώρα εντός της υπηρεσίας τους / νοσηλευτικοί οργανισμοί. Σε αυτή την περίπτωση η εκπαίδευση που παρέχεται χαρακτηρίζεται ως ενδοϋπηρεσιακή και ορίζεται ως η εκπαίδευση η οποία παρέχεται εντός ενός δομημένου εργασιακού περιβάλλοντος και η οποία αποβλέπει στην επαγγελματική ενίσχυση του ατόμου, ώστε αυτό να καταστεί περισσότερο αποτελεσματικό στην υπηρεσία του. Επιπλέον, η συνεχής ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση μπορεί να συμβάλλει ώστε οι νοσηλευτές να διατηρήσουν αλλά και να βελτιώσουν τις υφιστάμενες ικανότητες και δεξιότητες τους, σε εξειδικευμένους τομείς της νοσηλευτικής επιστήμης (Πεταλωτή, 2014).

Σε σχετική μελέτη η οποία διενεργήθηκε σε έξι δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της Αττικής, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με την μη ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επαγγελματικό τους περιβάλλον, ήταν η περιορισμένες ευκαιρίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα νοσηλευτές επεσήμαναν την αναγκαιότητα για συνεχή ενίσχυση των γνώσεων

και των δεξιοτήτων τους, οι οποία συμβάλλει στην ενδυνάμωση και τον επαγγελματισμό του νοσηλευτικού τους ρόλου και συνεπακόλουθα στην ποιότητα της φροντίδας υγείας, της συνεργασίας, της ικανοποίησης και στην αυτοπεποίθηση (Καρανικόλα και συν., 2008).

Σε νεότερη μελέτη των Μπακάλη και των συνεργατών (2011), διερευνήθηκε ο βαθμός συσχέτισης της δια βίου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού με τη βασική νοσηλευτική φροντίδα σε παιδιατρικά νοσοκομεία. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 65 νοσηλευτές παιδιατρικού νοσοκομείου, ενώ τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η δια βίου εκπαίδευση των νοσηλευτών βασίζεται κυρίως σε ημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια μικρής διάρκειας. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, φάνηκε να θεωρούν ότι η βασική εκπαίδευση η οποία έχουν λάβει κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, επαρκεί για να ανταπεξέλθουν στις βασικές νοσηλευτικές ανάγκες των παιδιατρικών τμημάτων. Επιπλέον, επισημάνθηκε ότι μολονότι πιστεύουν ότι η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση είναι η πλέον κατάλληλη για την ενίσχυση των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους, εντούτοις το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται δεν διαθέτει χώρο για την παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αντίστοιχο γραφείο εκπαίδευσης και την αναγκαία υλικοτεχνική υποδομή. Από την άλλη πλευρά, οι λόγοι οι οποίοι φαίνεται να εμποδίζουν την συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα κατάρτισης εκτός της υπηρεσίας τους ήταν, οι οικογενειακές υποχρεώσεις και η έλλειψη χρόνου, ενώ το βασικό κίνητρο αποτελεί η οικονομική απολαβή και η ενημέρωση. Εντούτοις, τόσο η νοσηλευτική ηγεσία του νοσοκομείου όσο και η προϊσταμένη, προτρέπουν το νοσηλευτικό προσωπικό για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης. Συνεπώς, επισημαίνεται η αναγκαιότητα για την παροχή κινήτρων από την νοσηλευτική ηγεσία για τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, τη χορήγηση κονδυλίων από την Πολιτεία με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των νοσοκομειακών οργανισμών σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και τη συγκρότηση γραφείου εκπαίδευσης σε κάθε νοσοκομείο με στόχο τη διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών των επαγγελματιών υγείας.

Στον αντίποδα, δεδομένης της μορφοποίησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος σε βάθος χρόνου και οι συνεχείς εξελίξεις στον τομέα της επιστήμης και της τεχνολογίας, καθιστούν αναγκαία την εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού των συστημάτων υγείας. Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές, διαθέτοντας το θεωρητικό, κλινικό και εμπειρικό υπόβαθρο, είναι σε θέση να συνεργαστούν ικανοποιητικά με

τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό προσωπικό), παρέχοντας ασφαλή και εξατομικευμένη φροντίδα στους πάσχοντες. Ενώ, έχει διαπιστωθεί ότι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας από ειδικευμένους νοσηλευτές, αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών, μειώνει το χρόνο νοσηλείας των ασθενών (Grahametal., 2010), τις λοιμώξεις και τις κατακλίσεις, καθώς και τις συνεχείς εισαγωγές με το ίδιο ζήτημα υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα (Petkaretal., 2011).

Στον ελλαδικό χώρο η παροχή νοσηλευτικής ειδικότητας παρέχεται από το Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας σε μεγάλα κυρίως αστικά κέντρα. Ωστόσο, βασικό πρόβλημα παραμένει το απαρχαιωμένο πρόγραμμα ειδίκευσης, οι προσφορά περιορισμένου αριθμού ειδικοτήτων και η προϋπόθεση της διετούς ευδόκιμης υπηρεσίας για τη συμμετοχή στο Πρόγραμμα. Ενώ, η απουσία μοριοδότησης, η αναγκαία μετακίνηση εκτός της μόνιμης κατοικίας λειτουργούν αποτρεπτικά για τη συμμετοχή των νοσηλευτών. Αντίστοιχα, ανενεργά παραμένουν τα προγράμματα ειδίκευσης σε τομείς όπως η νεφρολογία και η αιμοδοσία (Καυκιά, 2016).

Αντίθετα, μεγάλη είναι η προσφορά σε Μεταπτυχιακά Προγράμματα από τα ανώτατα και ανώτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας, σε ένα ευρύ φάσμα νοσηλευτικών κατευθύνσεων (γαστρεντερολογική νοσηλευτική, επείγουσα και εντατική, ογκολογική νοσηλευτική, ανακουφιστική φροντίδα, πρόληψη και έλεγχος νοσημάτων, ψυχική υγεία, διοίκηση μονάδων υγείας κλπ). Η φοίτηση σε αυτά τα προγράμματα επιβαρύνει οικονομικά τον ίδιο τον νοσηλευτή, ο οποίος δεν λαμβάνει πλέον εκπαιδευτική άδεια για την παρακολούθησή τους, με μοναδικό όφελος τη βαθμολογική ανέλιξη του και την ενίσχυση του σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο (Καυκιά, 2016).

Ωστόσο, τα Μεταπτυχιακά Προγράμματα διαφοροποιούνται από αυτό της νοσηλευτικής ειδικότητας, καθώς εστιάζουν περισσότερο στην ενίσχυση της θεωρητικής γνώσης και λιγότερο της εμπειρικής. Αντίθετα, τα νοσηλευτικά προγράμματα ειδικότητας έχουν μικρότερη διάρκεια, πραγματοποιούνται εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβάνοντας τόσο θεωρητική γνώση όσο και κλινική άσκηση, χωρίς την παροχή επίσημου τίτλου σπουδών (Καυκιά, 2016).

## 2.2. Επικοινωνία στις υπηρεσίες υγείας

### 2.2.1. Η έννοια και τα είδη της επικοινωνίας

Εννοιολογικά, η επικοινωνία ορίζεται ως μια αμφίδρομη διεργασία, κατά την οποία επιτυγχάνεται τόσο η ανταλλαγή όσο και η κατανόηση των πληροφοριών, μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων (Κουτούζης, 1999). Αντίστοιχα, η έννοια της επικοινωνίας περιλαμβάνει την διαδικασία της ενεργητικής ακρόασης, αλλά και αυτή της αντιληπτικής ικανότητας των εμπλεκομένων μελών, όσον αφορά τη μεταδιδόμενη πληροφορία (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Νοσηλευτών Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, 2017).

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2012), η επικοινωνία ορίζεται ως η αποστολή μηνυμάτων ή πληροφοριών, από κάποιον ο οποίος λογίζεται ως πομπός προς κάποιον άλλο που νοείται ως δέκτης και αντίστροφα, μέσω ενός κοινού συστήματος σημάτων, συμβολισμών ή άλλων τρόπων συμπεριφοράς.

#### Διάγραμμα 2.2. Διαδικασία Επικοινωνιών



Πηγή: Τσίγλα, 2016.

Αντίστοιχα, ο Μπουραντάς (1992), προσδιόρισε την έννοια της επικοινωνίας ως μια διαδικασία κατά την οποία ένας πομπός Α (ένα ή περισσότερα άτομα – ομάδα ατόμων) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες συναισθήματα, ακόμα και ενέργεια, προς ένα δέκτη Β (άτομο, ή ομάδα) αποβλέποντας στο να ενεργήσει επάνω

του, προκειμένου να εγείρει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, ενεργειών και συναισθημάτων, είτε εντέλει να επηρεάσει την κατάσταση και την συμπεριφορά του.

Η επικοινωνία αναφέρεται ως μια συνεχή διαδικασία, με αρχή, μέση και τέλος, όπου τα πάντα αποτελούν πιθανή πηγή πληροφοριών. Ωστόσο, οι αντιλήψεις και οι ανάγκες του κάθε ατόμου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, είναι αυτές που συνήθως διαμορφώνουν τον τρόπο αποδοχής, επεξεργασίας και χρήσης της εκάστοτε πληροφορίας που λαμβάνεται, αποδίδοντας ξεχωριστό νόημα και σκοπό σε κάθε επικοινωνιακή διεργασία (Arker&Fox., 2002).

Προκειμένου, οι επικοινωνιακές σχέσεις να χαρακτηρισθούν ως αποτελεσματικές απαιτείται κυρίως, η ανάπτυξη ικανοτήτων οι οποίες σχετίζονται με την εδραίωση της αμοιβαίας αποδοχής μεταξύ των ατόμων που επικοινωνούν, με την έκφραση των συναισθημάτων και την ανταλλαγή μηνυμάτων. Μολονότι, η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί βασικό συστατικό μιας θετικής προσέγγισης, εντούτοις δεν διασφαλίζει την εποικοδομητική σχέση μεταξύ των ατόμων που επικοινωνούν (Swansburg, 1999).

Για την μετάδοση και την ανταλλαγή μηνυμάτων / πληροφοριών διαμέσου ενός επικοινωνιακού διαύλου, απαραίτητη είναι η ύπαρξη ενός πομπού και ενός δέκτη. Προκειμένου να καταστεί δυνατή η επικοινωνία μεταξύ δύο ατόμων, ο αποστολέας θα πρέπει σε κάποιο βαθμό να γνωρίζει τι μπορεί να δει και να ακούσει ο παραλήπτης. Σε αυτή την περίπτωση, το επίπεδο της αποτελεσματικής επικοινωνίας υπολογίζεται από τον βαθμό στον οποίο το μήνυμα του πομπού φθάνει χωρίς παραποιήσεις / αλλοιώσεις στον δέκτη. Ωστόσο, οι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται συνήθως να εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ πομπού και δέκτη είναι, η έλλειψη σαφήνειας του μηνύματος που αποστέλλεται από τον πομπό, το μέσο επικοινωνίας (λανθασμένη επιλογή), ο τρόπος παρουσίασης, η αδυναμία καλλιέργειας κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ των ατόμων που επικοινωνούν και η μη ορθή αξιοποίηση των σημάτων που λαμβάνει ο δέκτης. Επιπλέον, εμπόδιο στην επικοινωνιακή διεργασία συνιστά η εξαγωγή λανθασμένων συμπερασμάτων και η έλλειψη ενδιαφέροντος για το θέμα που τίθεται προς συζήτηση από τον δέκτη, καθώς και οι ψυχικές ή νοητικές μεροληψίες. Ο δέκτης θα πρέπει να ακούει με προσοχή τον πομπό και την πληροφορία που λαμβάνει από αυτόν, χωρίς να είναι αναγκαία η αποδοχή της πληροφορίας που μεταφέρεται (Μπιτσώρη, 2013).



Οι τύποι επικοινωνίας που διακρίνονται είναι δύο: η λεκτική επικοινωνία μέσω της ομιλίας και η μη λεκτική μέσω της γλώσσας του σώματος. Η λεκτική επικοινωνία αναφέρεται στην ακουστική μορφή μετάδοσης των απόψεων, των συλλογισμών και κάθε είδους πληροφορίας μεταξύ δύο ή περισσότερων ομιλητών. Στην λεκτική επικοινωνία έμφαση θα πρέπει να δίνεται από τους ομιλητές στον τόνο της φωνής και στη σαφή μετάδοση της πληροφορίας (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Νοσηλευτών Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, 2017).

Αντίθετα, η μη λεκτική επικοινωνία είναι εφικτή μέσω της γλώσσας του σώματος. Η γλώσσα δεν αποτελεί την μόνη μορφή επικοινωνίας, καθώς η αποστολή μηνυμάτων μπορεί να καταστεί δυνατή με τη στάση του σώματος, με την βλεμματική επαφή και με τις εκφράσεις του προσώπου. Μολονότι, όλες οι παραπάνω μορφές είναι προφανείς, εντούτοις δύσκολη είναι σε αυτή την περίπτωση η ερμηνεία του νοήματος, δεδομένης της πολυπλοκότητας που χαρακτηρίζει αυτόν τον τύπο επικοινωνίας και των παραγόντων που δρουν ανασταλτικά. Όσο εύκολη είναι η ενίσχυση των όσων λέγονται, τόσο δύσκολη είναι η απόδοση του σωστού νοήματος στην πληροφορία η οποία μεταδίδεται (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Νοσηλευτών Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, 2017).

### **2.2.2. Επικοινωνία μεταξύ Νοσηλευτών**

Η επικοινωνία συνιστά βασικό παράγοντα για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας, σε επίπεδο αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, καθώς και για την ικανοποίηση των ίδιων των εργαζομένων – επαγγελματιών υγείας (Μπιτσώρη, 2013). Στον τομέα της υγείας, η επικοινωνία μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποτελεσματική μόνο στην περίπτωση που αυτή διέπεται από διαφάνεια και η ομάδα είναι σε θέση να επικοινωνεί για πλήθος ζητημάτων που προκύπτουν με σαφήνεια και αποτελεσματικότητα. Σε αντίθετη περίπτωση, η μη αποτελεσματική επικοινωνία φαίνεται να αποτελεί τον κύριο παράγοντα πρόκλησης ανεπιθύμητων συμβάντων στον τομέα της υγείας, αλλά και την βασική αιτία για τη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών από το επάγγελμά τους, είτε την πρόκληση συγκρούσεων μεταξύ τους (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Νοσηλευτών Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, 2017).

Παράλληλα, τα ζητήματα επικοινωνίας στον τομέα της υγείας έχει διαπιστωθεί ότι αρκετά συχνά οδηγούν σε ιατρικά σφάλματα. Εντός αυτού του πλαισίου, η μελέτη

των Torcu και των συνεργατών (2017) κατέδειξε ότι, η πλειοψηφία των ιατρικών σφαλμάτων προέρχεται από ζητήματα στην επικοινωνία, τόσο μεταξύ των νοσηλευτών όσο και μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών.

Σε πλήθος μελετών η επικοινωνία θεωρείται ως ένα χαρακτηριστικό της συνεργασίας και αντίστοιχα η συνεργασία απαιτεί εκτεταμένη επικοινωνία, προκειμένου να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι, οι οποίοι δεν δύναται να επιτευχθούν από μόνοι τους. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί επίσης οι νοσηλευτές που είναι σε θέση, να καθιερώσουν επιτυχημένη επικοινωνία με τα πολυεπιστημονικά μέλη της ομάδας, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Στη μελέτη των Zamanzadeh και των συνεργατών (2014) οι συμμετέχοντες νοσηλευτές υποστήριξαν την ύπαρξη καλής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας. Ενώ, θεωρούν ότι η επικοινωνία ξεκινάει κατά την είσοδο τους στο θάλαμο των ασθενών. Παρά την επίγνωση της σημαντικότητας της επικοινωνίας, εντούτοις τα λάθη που προκύπτουν, είτε η κακή παρεχόμενη φροντίδα προκαλούνται από την κακή επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας, εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

Αντίστοιχα, η μελέτη των Sasahara και των συνεργατών (2003) σχετικά με τη συνεργασία των νοσηλευτών έδειξε ότι, στο 16% των δηλώσεων των νοσηλευτών ότι υπήρχε μικρή ευκαιρία για συζήτηση μεταξύ τους, το 10% των νοσηλευτών δεν μπόρεσαν να μοιραστούν τα συναισθήματά τους με άλλους νοσηλευτές, το 7% των νοσηλευτών δεν μπόρεσαν να παρέχουν τακτικές και συνεκτικές υπηρεσίες λόγω διαφορετικών στάσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό και το 5% των νοσηλευτών αποκάλυψαν την ύπαρξη κακής επικοινωνίας μεταξύ των συναδέλφων τους νοσηλευτών.

Μολονότι, οι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να εμποδίζουν την ορθή επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών ποικίλουν, εντούτοις η πολυπλοκότητα και η πληθώρα των μηνυμάτων που αποστέλλεται από τον πομπό είναι μεταξύ των βασικών. Αντίθετα, από την πλευρά του δέκτη τα βασικά εμπόδια είναι η ελλιπής προσοχή, η γρήγορη αξιολόγηση και η έλλειψη κοινού λεξιλογίου. Επιπλέον, όσο περισσότερο εξειδικεύεται η νοσηλευτική εργασία, τόσο περισσότερο περιπλέκεται η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αντίστοιχα, ζητήματα προκαλούν οι ασαφείς οδηγίες και εντολές από το ιατρικό προσωπικό και η εξουθένωση των νοσηλευτών

λόγω του φόρτου εργασίας, οι οποίες συνεπακόλουθα οδηγούν σε κάποιες περιπτώσεις σε μειωμένη αντιληπτική ικανότητα (Μπιτσώρη, 2013).

## **Κεφάλαιο 3. Μποδοσάκειο Γενικό Νοσοκομείο**

### **3.1 Ιστορική αναδρομή**

Οι κοινωνικές μεταβολές οι οποίες συντελέστηκαν μετά τη δεκαετία του 1960 στο λεκανοπέδιο της Πτολεμαΐδας, δεδομένης της βιομηχανικής δραστηριότητας της ΔΕΗ με φόντο την επεξεργασία του λιγνίτη, συνεπακόλουθα επηρέασαν τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα τις δομές παροχής υγειονομικής φροντίδας στον πληθυσμό. Έως τότε, η ύπαρξη δύο μικρών κλινικών και ενός αποδυναμωμένου υγειονομικού σταθμού ο οποίος μπορούσε να παράσχει στοιχειώδη φροντίδα υγείας, αποτέλεσαν τους αρχικούς παρόχους υγειονομικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών στην πόλη της Πτολεμαΐδας.

Σχεδόν στο τέλος της δεκαετίας του 1970, η διαθήκη του αείμνηστου Πρόδρομου Μποδοσάκη Αθανασιάδη – δεδομένης της επιχειρηματικής του δραστηριότητας στην περιοχή (Λιγνιτωρυχεία Πτολεμαΐδας) και της ευρύτερης προσφοράς του στο κοινωνικό σύνολο της χώρας, αποτέλεσε το έναυσμα για την ανέγερση του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας. Πράγματι, το 1984 επετεύχθη η ίδρυση του Κρατικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας, το οποίο αρχικά στεγάστηκε στο κτίριο της κλινικής «Μπαλταδώρου» και αποτέλεσε για μια τριετία παράρτημα του «Μαμάτσειου» Νοσοκομείου Κοζάνης.

Ωστόσο, κατά τη τριετή λειτουργία του Νοσηλευτικού Ιδρύματος διαπιστώθηκε ότι, η λειτουργία με τη μορφή παραρτήματος του Νοσοκομείου Κοζάνης δημιουργούσε σημαντικά ζητήματα σε επίπεδο λειτουργίας και διοίκησης, (συνλειτουργία) – μη ορθή διαχειριστική διεκπεραίωση, ιατρική λειτουργία και ανάπτυξη του Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας. Εντός αυτού του πλαισίου, με απόφαση της πολιτείας το 1987 λήφθηκε η απόφαση για την ανέγερση ενός ανεξάρτητου Νοσηλευτικού ιδρύματος με χρήματα του Ιδρύματος «Μποδοσάκη» δυναμικότητας 110 κλινών.

Συγκεκριμένα, η ανέγερση του Νοσοκομείου ξεκίνησε το 1980 με τη χρηματοδότηση του Ιδρύματος Μποδοσάκη, σε οικόπεδο έκτασης 100.000 τ.μ. το οποίο παραχωρήθηκε από το Δήμο Πτολεμαΐδας στη θέση Κουρί, σε απόσταση μόλις 5χλμ. βορειοανατολικά της πόλης. Μολονότι, σημαντικό μέρος της ανέγερσης καλύφθηκε από τα χρήματα της δωρεάς του Ιδρύματος, εντούτοις λόγω μεγάλης υπέρβασης του προϋπολογισμού, το νοσοκομείο παραδόθηκε ημιτελές στο Υπουργείο Υγείας. Η ολοκλήρωση του Νοσοκομείου επετεύχθη με τη συμβολή της Δημόσιας Επιχείρησης

Ηλεκτρισμού (ΔΕΗ), τα εγκαίνια του οποίου πραγματοποιήθηκαν στις 7 Αυγούστου του 1992. Συνεπώς, τον Αύγουστο το 1992, το σύνολο του μηχανισμού του προϋπάρχοντος Νοσοκομείου, μεταφέρθηκε και τοποθετήθηκε στο νεόδμητο κτίριο δωρεά του «Ιδρύματος Μποδοσάκη». Ενώ, το 1995 δημοσιεύθηκε το καταστατικό ίδρυσης του νέου νοσηλευτικού οργανισμού δυναμικότητας 250 κλινών.

Η ανέγερση του Μποδοσάκειου Νοσοκομείου συνέβαλε σημαντικά στην ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και κατ' επέκταση στην ευρύτερη περιοχή, καθώς ήρθε να καλύψει ένα μεγάλο κενό στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για ένα σύγχρονο καθ' όλα νοσηλευτικό ίδρυμα, τόσο σε κτηριακές όσο και σε υλικοτεχνικές υποδομές, ικανό να παράσχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες σε 24ωρη βάση, στην ευρύτερη περιοχή της επαρχίας Εορδαίας του Νομού Κοζάνης, του Αμυνταίου Φλώρινας και συμπληρωματικά στους όμορους νομούς της Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας (Φλώρινα, Κοζάνη, Γρεβενά).

Κατά την πρώτη φάση συγκρότησης του Νοσοκομειακού Οργανισμού, όπως αυτή δημοσιεύθηκε στον Αριθμό Φύλλου (ΦΕΚ) 537/7-10-87 της Εφημερίδας της Ελληνικής Κυβερνήσεως, το Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας ιδρύθηκε με το 72/87 Προεδρικό Διάταγμα (Π.Δ.) «Ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου» Φ.Ε.Κ.44/Α/1987 και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, υπαγόμενο στις κείμενες διατάξεις «περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεων (Ν.Δ.2592/53) και Ν.1397/1983 του «Εθνικού Συστήματος Υγείας». Ενώ, οργανώθηκε και λειτούργησε σύμφωνα με τις παραπάνω διατάξεις.

Το Νοσοκομείο ορίσθηκε ως «Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας – Μποδοσάκειο», με έδρα την Κεντρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου στην πόλη της Πτολεμαΐδας. Σκοπός της ίδρυσης του Νοσοκομείου ήταν, η παροχή στο πλαίσιο και στην έκταση της διάρθρωσης της ιατρικής υπηρεσίας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παράλληλα, βασικό μέλημα του Νοσοκομείου θα ήταν η ανάπτυξη και η προαγωγή της ιατρικής έρευνας, καθώς και η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης του ιατρικού προσωπικού αλλά και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας.

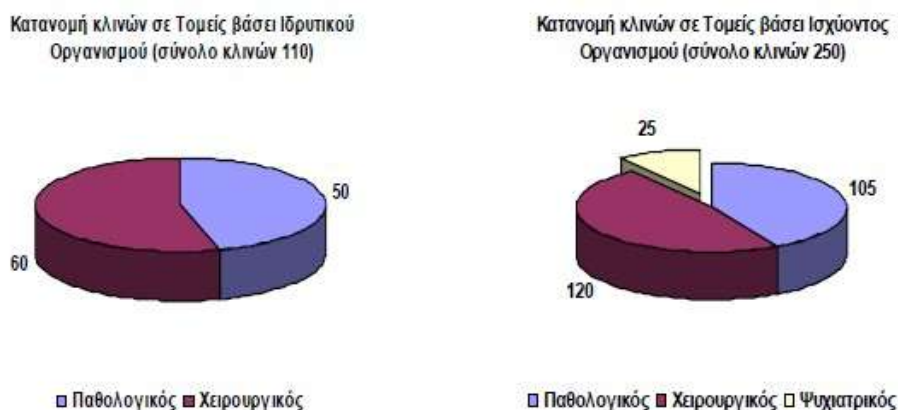
Ο νέος Νοσοκομειακός οργανισμός είχε συνολική δύναμη 110 κλινών, απαρτιζόμενος από τις υπηρεσίες της Ιατρικής, της Νοσηλευτικής και της Διοίκησης. Ωστόσο, κάθε υπηρεσία θα είχε της δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Συγκεκριμένα, ο Παθολογικός τομέας διέθετε 50 κλίνες και 4 τμήματα : Παθολογικό, Καρδιολογικό, Παιδιατρικό και Πνευμονολογικό, καθώς και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Επιπλέον, ο τομέας της Χειρουργικής εξοπλίστηκε με 60 κλίνες και 5 τμήματα: Χειρουργικό, Ορθοπεδικό, Ωτορινολαρυγγολογικό, Μαιευτικό-Γυναικολογικό, Αναισθησιολογικό, καθώς και τη μονάδα ανάνηψης. Ενώ, ο Εργαστηριακός τομέας διέθετε 5 τμήματα: Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Ακτινοδιαγνωστικό, Αιμοδοσίας και Φαρμακευτικό. Ο νέος Νοσοκομειακός Οργανισμός προέβλεπε τη λειτουργία τακτικών εξωτερικών ιατρείων, για ειδικότητες αντίστοιχες με αυτές των ιατρών που υπηρετούσαν στο Νοσοκομείο.

Από την άλλη πλευρά, η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, όπως αυτή προσδιορίστηκε στο Άρθρο 8 του παραπάνω Νομοθετικού Πλαισίου, δομήθηκε σε 4 νοσηλευτικά τμήματα. Το 1<sup>ο</sup> και το 2<sup>ο</sup> νοσηλευτικό τμήμα κάλυπτε τον Παθολογικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας, ενώ το 3<sup>ο</sup> και το 4<sup>ο</sup> τον χειρουργικό και εργαστηριακό τομέα, καθώς και τα διατομεακά τμήματα, τα εξωτερικά ιατρεία και τα χειρουργεία της ιατρικής υπηρεσίας. Η νοσηλευτική επιτροπή που ορίστηκε ήταν υπεύθυνη για τη γνωμοδότηση κάθε ζητήματος, σχετικά με την οργάνωση και τη λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Ενώ, είχε ως βασικό σκοπό την παροχή νοσηλείας στους ασθενείς σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής, στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των θεραπόντων ιατρών, την προώθηση και την προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό, όπως τον προγραμματισμό και τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Μετάπειτα, η δυναμική του «Μποδοσάκειο» Γ.Ν. Πτολεμαΐδας τροποποιήθηκε με νέα Υπουργική Απόφαση (Φ.Ε.Κ. 1079/29-12-1995) από 110 σε 250 κλίνες. Συγκεκριμένα, ο Παθολογικός τομέας ενισχύθηκε με επιπλέον 55 κλίνες (από 50 κλίνες – 105) και ο Χειρουργικός τομέας με 60 επιπλέον κλίνες (από 60 -120 κλίνες). Στο νέο νομοθετικό πλαίσιο προβλεπόταν η δημιουργία Ψυχιατρικού Τμήματος, με δυναμική 25 κλινών, το οποίο ωστόσο δεν λειτουργεί έως και σήμερα. Επιπλέον, στη διάρθρωση της νέας ιατρικής υπηρεσίας προβλεπόταν η δημιουργία εργαστηριακού τμήματος και στα διατομεακά το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και

Ημερήσιας Νοσηλείας. Κάθε τομέας θα περιελάμβανε επιμέρους τμήματα και μονάδες.

### Διάγραμμα 3.1. Κατανομή κλινών



Πηγή: Σαμαρά, 2006.

Όσον αφορά τη Διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, το Άρθρο 8 της νέας Υ.Α. προέβλεπε ότι, θα αποτελούνταν πλέον από 2 τμήματα και όχι 4 τμήματα. Ο 1<sup>ος</sup> τομέας θα περιελάμβανε τέσσερα (4) τμήματα τα οποία θα κάλυπταν τον Παθολογικό και Ψυχιατρικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας. Ενώ, ο 2<sup>ος</sup> τομέας τμήματα θα αποτελούνταν από έξι (6), αυτό του Χειρουργικού και τον Εργαστηριακό τομέα, αλλά και τα χειρουργεία, το αναισθησιολογικό, τα διατομεακά τμήματα και την αποστείρωση.

Το 1998 με το Φ.Ε.Κ. 1026/1-10-1998 το Νοσοκομείο απέκτησε Άδεια Λειτουργίας Σταθμού Αιμοδοσίας Β' Τάξης, η οποία επέτρεπε τη διενέργεια αιμοληψιών. Επιπλέον, ο Σταθμός Αιμοληψίας του Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο» συνδέθηκε με το κέντρο Αιμοδοσίας του Περιφερειακού Νοσοκομείου «Ιπποκράτειο». Ενώ, το 2001 με το Φ.Ε.Κ. 1117/28-8-2001, συγκροτήθηκε στο Νοσοκομείο η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

Όπως προκύπτει από το διαθέσιμο ιστορικό, η εξέλιξη του Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο» πραγματοποιήθηκε ουσιαστικά σε τρεις φάσεις. Κατά την Α' περίοδο από το 1984 έως το 1987, έλαβε χώρα η ίδρυση του Κρατικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας λειτουργώντας ως παράρτημα του Νοσοκομείου Κοζάνης. Την Β' Περίοδο από το 1987 έως το 1992, συντελέστηκε η ανεξαρτητοποίηση του Νοσοκομείου και η λειτουργία του πλέον ως αυτοδιοικητος νοσοκομειακός οργανισμός, παραμένοντας κτηριακά στον ίδιο χώρο, με δυναμική συνολικά 110

κλίνες, 14 τμήματα και 33 θέσεις ιατρικού προσωπικού. Την χρονική περίοδο από το 1992 έως το 1995, η οποία αποτέλεσε ουσιαστικά τη Γ' Περίοδο για το Νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε η μετεγκατάσταση του με τον ίδιο οργανισμό σε νέο κτίριο, η ολοκλήρωση του οποίου οικοδομικά και ηλεκτρομηχανολογικά έγινε μόλις το 1996. Μετά την υπερπήδηση των όποιων εμποδίων, το Νοσοκομείο άρχισε να παρουσιάζει μια σταθερή πορεία ανάπτυξης.

Το 2002 ξεκίνησε η λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του Νοσοκομείου, το 2003 η λειτουργία της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και ταυτόχρονα το Ιατρείο Μέτρησης Οστικής Πυκνότητας, το Ιατρείο Αθλητικών Κακώσεων, καθώς και το Ιατρείο Νεφρικών Παθήσεων και Αρτηριακής Υπέρτασης. Ενώ, το 2004 ξεκίνησε η λειτουργία του Ιατρείου διακοπής καπνίσματος.

## **3.2. Οργανωτική Δομή και Θεσμικό Πλαίσιο Νοσοκομείου**

### **3.2.1. Θεσμικό Πλαίσιο**

Από την έναρξη της λειτουργίας του το «Μποδοσάκειο» Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, διοικούνταν από επταμελές συμβούλιο. Σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση, η οποία ίσχυσε με τον Ν. 3328/05 στον τομέα της δημόσιας υγείας, το Μποδοσάκειο Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας ανήκει πλέον στην 3<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας (3<sup>η</sup> ΥΠΕ) και συνιστά αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη Υπηρεσιακή Μονάδα αυτής, με Διοικητική και Οικονομική αυτοτέλεια. Έχει δικό του Πρωτόκολλο, αρχείο και σφραγίδα, ενώ υπόκειται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Όπως όλα τα αντίστοιχα στη χώρα μας, το νοσοκομείο συνιστά τεχνική-ξενοδοχειακή υπηρεσία με ξεχωριστό τμήμα οργάνωσης και πληροφορικής, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του Νοσοκομείου. Επίσης, εντός του Νοσοκομείου λειτουργεί το Ειδικό Γραφείο Υποδοχής Ασθενών και υποχρεωτικά το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό, του οποίου η χρηματοδότηση εντάχθηκε στο 3ο Π.Ε.Π. Δυτικής Μακεδονίας. Στο ίδιο πλαίσιο, συστάθηκαν και οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Τεχνητού Νεφρού. Στο Μποδοσάκειο Νοσοκομείο τέλος, έχει εισαχθεί, από την 1.1.2002, η ολόημερη λειτουργία των απογευματινών τακτικών εξωτερικών ιατρείων, όπου διενεργούνται διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις.

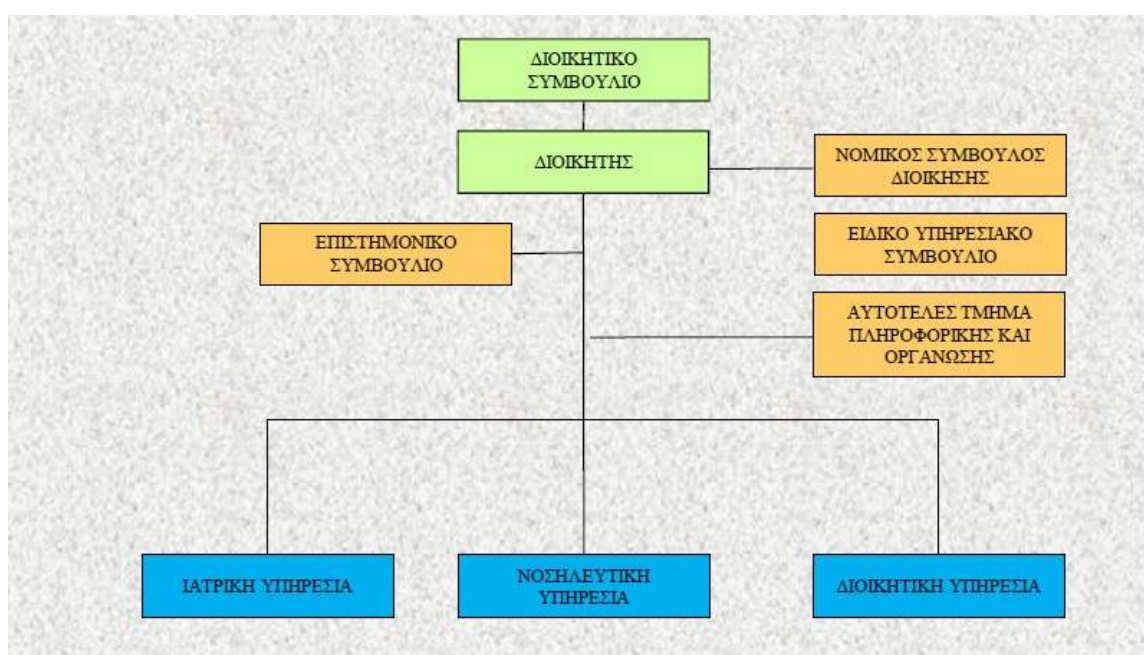


### 3.2.2. Οργανωτική Δομή

Βάση οργανογράμματος (Διάγραμμα 2.2.), το Μποδοσάκειο Νοσοκομείο διαχωρίζεται σε τρεις (3) βασικές υπηρεσίες: α) τη διοικητική, β) την ιατρική και γ) την νοσηλευτική υπηρεσία.

Την τρέχουσα χρονική περίοδο και βάση οργανογράμματος, διοικητής του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας είναι ο κ. Παπασωτηρίου Σταύρος, πλαισιωμένος από το επιστημονικό και νομικό συμβούλιο, το ειδικό υπηρεσιακό συμβούλιο και το αυτοτελές τμήμα Πληροφορικής και Οργάνωσης.

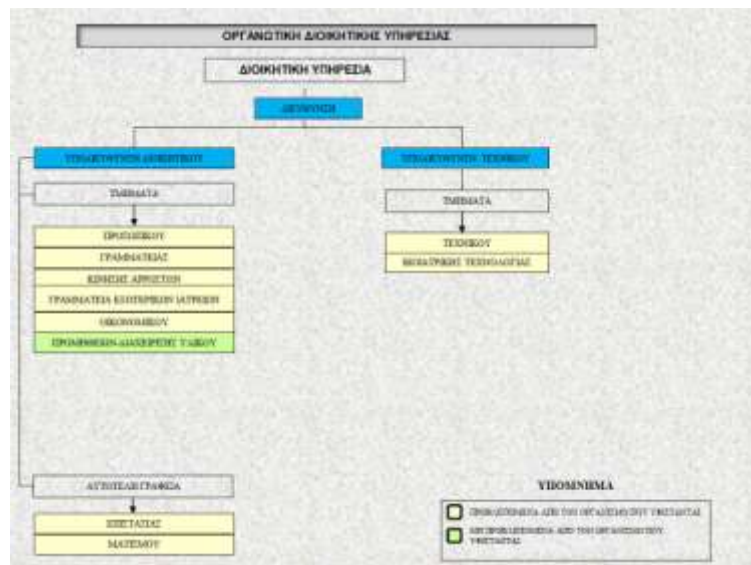
**Διάγραμμα 3.2.** Οργανωτική Δομή Μποδοσάκειου Νοσοκομείου



Πηγή: [www.mpodosakeio.gr](http://www.mpodosakeio.gr)

Σε Διοικητικό επίπεδο, το Νοσοκομείο *απαρτίζεται από δέκα τμήματα* διαφορετικών αρμοδιοτήτων. Συγκεκριμένα, η Γραμματεία: φροντίζει για την οργάνωση και τη γραμματειακή υποστήριξη, την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου και τη διακίνηση της αλληλογραφίας (Διάγραμμα 3.2.).

### Διάγραμμα 3.3. Οργάνωση Διοικητικής Υπηρεσίας



Πηγή: [www.mpodosakeio.gr](http://www.mpodosakeio.gr)

Το Γραφείο Κίνησης Ασθενών: μεριμνά για την έκδοση των εισιτηρίων και εξιτηρίων των ασθενών και αντίστοιχα για την τήρηση του καταλόγου αναμονής εισαγωγής.

Η Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων: φέρει την ευθύνη της οργάνωσης και της λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των ασθενών.

Το Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής: έχει την αποκλειστική ευθύνη της οργάνωσης και της λειτουργίας του τμήματος μηχανοργάνωσης, επεξεργασίας και τήρησης μηχανογραφικών στοιχείων, το διαμοιρασμό πληροφοριών προς τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, το Υπουργείο Υγείας και τους εμπλεκόμενους φορείς.

Το Οικονομικό Τμήμα: είναι επιφορτισμένο με την διεκπεραίωση των οικονομικών αναγκών του Νοσοκομείου και εισηγείται έγκαιρα προτάσεις για την κατάρτιση του προϋπολογισμού.

Το Τμήμα Διατροφής: σχετίζεται με τη διαμόρφωση των διατροφικών σχημάτων ασθενών. Επίσης, στο Τμήμα εντάσσονται οι επιστημονικές, οργανικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές αρμοδιότητες όλων όσων εμπλέκονται με τρόφιμα, από την προμήθεια έως την κατανάλωση.

Με τη σειρά της η Κοινωνική Υπηρεσία: φροντίζει για τη στήριξη και τη συμπαράσταση των νοσηλευόμενων για κοινωνικά ζητήματα και τη διερεύνηση των αιτιών που τα προκαλούν, όπως και την αντιμετώπιση τους.



### 3.3. Πρόδρομος Μποδοσάκης Αθανασιάδης

Ο Πρόδρομος Μποδοσάκης Αθανασιάδης, του οποίου αποτέλεσε δωρεά η ανέγερση του «Μποδοσάκειου» Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας, λαμβάνοντας στη συνέχεια το όνομα του, γεννήθηκε το 1891 στην Καπαδοκία. Το όνομα «Μποδοσάκης» με το οποίο έγινε γνωστός στη μετέπειτα ζωή του, αποτελεί παράφραση του ονόματος «Πρόδρομος» στην Τουρκική γλώσσα.

Μετά από δύσκολα παιδικά χρόνια, σε ηλικία μόλις 7 ετών η οικογένεια του μετακομίζει στη Μερσίνα. Κατά τη φοίτηση του στο ελληνικό σχολείο είναι ο πρώτος μαθητής, ενώ ταυτόχρονα ξεκινάει να εργάζεται πουλώντας λιθογραφίες στους Έλληνες της Μερσίνας, με τις μορφές των αγωνιστών του 1821 αλλά και πατριωτικά φυλλάδια τα οποία έφταναν κρυφά στην Αθήνα. Σε ηλικία 17 ετών ενοικιάζει υδρόμυλο και ιδρύει αλευρόμυλο και εκκοκκιστήριο. Το 1912 παντρεύεται την Αυστριακή Ιωάννα Γκεμπάουερ, η οποία υπήρξε σύντροφος του για 60 χρόνια.

Οι επιχειρήσεις του Πρόδρομου Μποδοσάκη Αθανασιάδη, άρχισαν να πολλαπλασιάζονται με επιτυχία και το 1918 εγκαθίσταται στην Κωνσταντινούπολη, αγοράζοντας το Πέρα Παλλάς και το Σπόρτινγκ Κλαμπ. Το 1919 στο ταξίδι του στην Αθήνα γνωρίζει τον Βενιζέλο και το 1923 εγκαθίσταται στην Ελλάδα, όπου και ξεκίνησε την επιχειρηματική του δραστηριότητα. Το 1934 αναλαμβάνει την ΠΥΡΚΑΛ δεδομένης της αυξημένης ζήτησης για πολεμικό υλικό και μέχρι την έναρξη του πολέμου τα κέρδη από τις εξαγωγές ήταν μεγάλα. Ενώ το 1935 προβαίνει στην εξαγορά της Ελληνικής Εριουργίας Α.Ε. και στις αρχές του 1937 ξεκίνησε εντός της ΠΥΡΚΑΛ το οβιδουργείο.

Μολονότι, ο Μποδοσάκης ζήτησε από την τότε κυβέρνηση τη μεταφορά του εξοπλισμού της ΠΥΡΚΑΛ στη Μέση Ανατολή, εντούτοις η αργοπορία στη λήψη απόφασης είχε ως αποτέλεσμα την απογύμνωση των εγκαταστάσεων από τους Γερμανούς κατακτητές και τη μεταφορά ολόκληρου του εξοπλισμού στη Γερμανία. Μεταπολεμικά, η λειτουργία της ΠΥΡΚΑΛ άρχισε εκ νέου το 1951 με την είσοδο της Ελλάδας στο ΝΑΤΟ και την αύξηση των παραγγελιών. Η μεγάλη επένδυση του Μποδοσάκη το 1954 για τον εκσυγχρονισμό της επιχείρησης, δεν στάθηκε αρκετή για την ανάκαμψη της λόγω της μείωσης της ζήτησης σε πολεμικό υλικό. Μετά τη δύσκολη μεταπολεμική πορεία, το 1981 η ΠΥΡΚΑΛ κρατικοποιήθηκε. Επίσης, η ΠΥΡΚΑΛ με εντολή του Μποδοσάκη εξαγόρασε την ελληνική Εριουργία η οποία

ιδρύθηκε το 1909 με αποστολή την παραγωγή κλινοσκεπασμάτων και στρατιωτικών στολών, λόγω υπέρογκου χρέους προς την Εθνική Τράπεζα. Έκτοτε, η εταιρεία λειτούργησε με ικανοποιητικές επιδόσεις και αναδείχθηκε σε μια από τις πλέον σύγχρονες μονάδες υφαντουργίας της Βαλκανικής.

Στα πλαίσια των επιχειρηματικών του δραστηριοτήτων, ο Πρόδρομος Μποδοσάκης Αθανασιάδης εξαγόρασε το 1947 την Οينوπνευματοποιία ΚΕΟ, η οποία στη συνέχεια μετονομάστηκε σε «Ανώνυμος Ελληνική Εταιρεία Οίνων και Οينوπνευματωδών (ΒΟΤΡΥΣ) και αναδιοργανώθηκε πλήρως. Τα εγκαίνια της νέας εταιρείας πραγματοποιήθηκαν το 1951, με τα εργοστάσια της να λειτουργούν σε Αθήνα και Ελευσίνα αντίστοιχα.

Ένα μεγάλο έργο πνοής που ξεκίνησε ο Πρόδρομος Μποδοσάκης Αθανασιάδης το 1955, το οποίο καταδεικνύει την επιχειρηματική του φαντασία και ταυτίστηκε με την ανάπτυξη της ευρύτερης περιοχής της Πτολεμαΐδας ήταν, η αξιοποίηση της λιγνιτοφόρου περιοχής με την παράλληλη δημιουργία Μονάδας Ηλεκτροπαραγωγής και άλλων βιομηχανιών, οι οποίες θα χρησιμοποιούσαν το λιγνίτη ως πρώτη ύλη (εργοστάσιο αζωτούχων λιπασμάτων). Η δημιουργία της εταιρείας «ΛΙΠΤΟΛ» το 1957, αποτέλεσε μια μεγάλη προσπάθεια και μετέπειτα τον ακρογωνιαίο λίθο της μελλοντικής ανάπτυξης της οικονομίας της χώρας. Ωστόσο, ποικίλες μεθοδεύσεις εξανάγκασαν την εκχώρηση των δικαιωμάτων της στο Ελληνικό Δημόσιο και τελικά στη Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού (ΔΕΗ). Πικραμένος ο Μποδοσάκης επεσήμανε ότι *«Αυτό είναι το έργο που χωρίς τη δική μου αποκλειστικά πρωτοβουλία, το δικό μου μόχθο, τις δικές μου γνωριμίες και τις δικές μου δαπάνες, δεν θα είχε γίνει ποτέ»*.

Πλήθος άλλων σημαντικών έργων πνοής για τη χώρα μετέπειτα, ταυτίστηκαν με τον Πρόδρομο Μποδοσάκη Αθανασιάδη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτέλεσε το 1963 η εταιρεία «ΛΑΡΚΟ» (Ανώνυμος Ελληνική και Μεταλλουργική Εταιρεία Λαρύμνης), η οποία ασχολήθηκε με την έρευνα και την ανάπτυξη των κοιτασμάτων νικελίου και μετέπειτα με τη μεταλλουργική επεξεργασία του μεταλλεύματος για την παραγωγή νικελίου. Αντίστοιχα, με πρωτοβουλία του Μποδοσάκη περίπου το 1970 συγκροτήθηκε η εταιρεία «Ελληνική Υαλουργία Ελευσίνος». Με τη συμμετοχή των εταιρειών του Μποδοσάκη σε ποσοστό 65% το Δεκέμβριο του 1972 ξεκίνησε η παραγωγική διαδικασία.

Μετά το θάνατο του Πρόδρομου Μποδοσάκη Αθανασιάδη τον Ιανουάριο του 1979, έκλεισε ο κύκλος της πολύπλευρης παραγωγικής ζωής του. Ωστόσο, το σύνολο των έργων που επιτέλεσε σε όλη τη μακρά ζωή του συνεχίζεται έως και σήμερα μέσω του «Ιδρύματος Μποδοσάκη», το τελευταίο και πιο σημαντικό «παιδί» του όπως ο ίδιος συνήθιζε να λέει. Μυστικό της επιτυχίας του αποτέλεσε η αγάπη για τη δημιουργία.

## **Κεφάλαιο 4. Έρευνα**

### **4.1. Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν, η διερεύνηση του βαθμού συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών όλων των τμημάτων του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας.

Μέσω της βιβλιογραφικής μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία αναδύθηκαν ήταν τα ακόλουθα:

1. Ποιος ο βαθμός αλληλεπίδρασης μεταξύ των νοσηλευτών των τμημάτων του Νοσοκομείου;
2. Ποιες οι στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων μεταξύ της ομάδας;
3. Ποιος ο βαθμός επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών των τμημάτων του Νοσοκομείου;
4. Ποιες οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων σε επίπεδο νοσηλευτικής ομάδας;

### **4.2. Δείγμα**

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσε, το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των τμημάτων του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας. Συγκεκριμένα, η νοσηλευτική υπηρεσία του Νοσοκομείου απαριθμεί συνολικά 140 νοσηλευτές.

### **4.3. Ποσοτική Μέτρηση της Συνεργασίας στην Υγεία**

Δεν επαρκεί να υποθεθεί ότι υφίσταται συνεργασία χωρίς την πραγματοποίηση εμπειρικών μετρήσεων. Οι ερευνητές μέσω των μετρήσεων μπορούν να εκτιμήσουν το βαθμό της ομαδικής εργασίας, η οποία μπορεί να μεταφραστεί σε διαδικασίες οι οποίες είναι ικανές να βελτιώσουν το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων ομάδων, προσφέροντας αυξημένη ασφάλεια των ασθενών και ιδιαίτερα των νοσοκομειακών, καλύτερα αποτελέσματα υγείας και ενίσχυση της ικανοποίησης των μελών της ομάδας εργασίας (Zwarensteinetal., 2009` Chungetal., 2011).

Μολονότι, η σημασία της συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών αναγνωρίζεται ευρέως, εντούτοις διαπιστώνεται μια έλλειψη επιστημονικών μελετών σχετικά με τις συμπεριφοριστικές αλληλεπιδράσεις που σχετίζονται με τις μεταξύ τους σχέσεις, σε όλη τη διαδικασία της περιθάλψεως με επίκεντρο τον ασθενή. Ως εκ τούτου,

υπήρξεμεγάλη ανάγκη για την ανάπτυξη μιας αξιόπιστης κλίμακας για τη μέτρηση της συμπεριφοράς μεταξύ των νοσηλευτών (Liaoetal., 2015).

Για την αποτύπωση του επιπέδου συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών, οι Liaoκαι συνεργάτες (2015) ανέπτυξαν την «Κλίμακα Μέτρησης της Συνεργατικής Συμπεριφοράς μεταξύ των Νοσηλευτών» (TheNurse-NurseCollaborationBehavioralScale), η οποία στη συνέχεια σταθμίστηκε για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της. Πρόκειται για ένα εργαλείο το οποίο συγκροτήθηκε μετά από μια διαδοχική διαδικασία, η οποία αποτελούνταν από την επανεξέταση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας, την παρατήρηση της συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών εντός διαφόρων τμημάτων του Νοσοκομείου και μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων με νοσηλευτές.

Η αρχική κλίμακα η οποία προέκυψε περιελάμβανε 46 στοιχεία και οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν κάθε συμπεριφορά βάσει μιας κλίμακας 5 σημείων (1=Πάντα, 2=Συνήθως, 3=Μερικές Φορές, 4=Σπάνια και 5=Ποτέ). Σκοπός της Κλίμακας ήταν ο προσδιορισμός της έκτασης των συνεργατικών συμπεριφορών που αναπτύσσονται συνήθως μεταξύ των νοσηλευτών, κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Για κάθε δήλωση, ο συμμετέχον καλούνταν να επιλέξει το πλαίσιο – απάντηση που υποδείκνυε τη συχνότητα εκτέλεσης κάθε συμπεριφοράς.

#### **4.3.1. Διαδικασία**

Αντίστοιχα, για τις ανάγκες υλοποίησης της παρούσας ερευνητικής μελέτης, επιλέχθηκε η «Κλίμακα Μέτρησης της Συνεργατικής Συμπεριφοράς μεταξύ των Νοσηλευτών» (TheNurse-NurseCollaborationBehavioralScale) τωνLiaoκαι συνεργάτες (2015). Ωστόσο, η παραπάνω κλίμακα αναπροσαρμόστηκε από όπου προέκυψαν συνολικά 20 στοιχεία και οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν κάθε συμπεριφορά βάσει μιας κλίμακας 5 σημείων (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ και 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Παράλληλα το ερωτηματολόγιο δομήθηκε σε 5 μέρη. Στο πρώτο μέρος, οι συμμετέχοντες στην έρευνα νοσηλευτές κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά τους στοιχεία.



Στη συνέχεια στο πρώτο σκέλος του ερωτηματολογίου, διερευνήθηκε η άποψη των νοσηλευτών αναφορικά με τις στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων στο εσωτερικό της ομάδας – νοσηλευτική ομάδα τμήματος. Ενώ, στο τρίτο σκέλος εξετάστηκε η άποψη των νοσηλευτών του Νοσοκομείου, σχετικά με το βαθμό επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών.

Στο τέταρτο σκέλος του ερωτηματολογίου, διερευνήθηκαν οι διαδικασίες που ακολουθούνται ως προς τη λήψη αποφάσεων από τους νοσηλευτές και στο πέμπτο σκέλος ο βαθμός συντονισμού και επαγγελματισμού.

Τέλος, δόθηκε η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να προσθέσουν οτιδήποτε σχετικό με το ζήτημα της συνεργασίας και της επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας.

#### 4.4. Ανάλυση Δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου - «Κλίμακα Μέτρησης της Συνεργατικής Συμπεριφοράς μεταξύ των Νοσηλευτών», χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο SPSS Έκδοση 20.0.

#### 4.5. Έλεγχος Αξιοπιστίας ερωτηματολογίου

Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης αξιοπιστίας στις έρευνες κοινωνικών επιστημών είναι ο Cronbach's  $\alpha$ , για τον οποίο υπάρχει συμφωνία τόσο για την ερμηνεία όσο και για το αποδεκτό εύρος των τιμών του. Στον πίνακα «Reliability Statistics» ο συντελεστής Cronbach έχει τιμή 0,890, που καταδεικνύει ότι το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης έχει υψηλή αξιοπιστία.

#### Πίνακας 4.1. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,890	25

## Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα

### 5.1. Μελέτη Συμμετοχής

Για την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης, διανεμήθηκαν 100 ερωτηματολόγια στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν. Πτολεμαΐδας – από όλα τα τμήματα του Νοσοκομείου. Από αυτά συλλέχθηκαν ορθά συμπληρωμένα και τα 100.

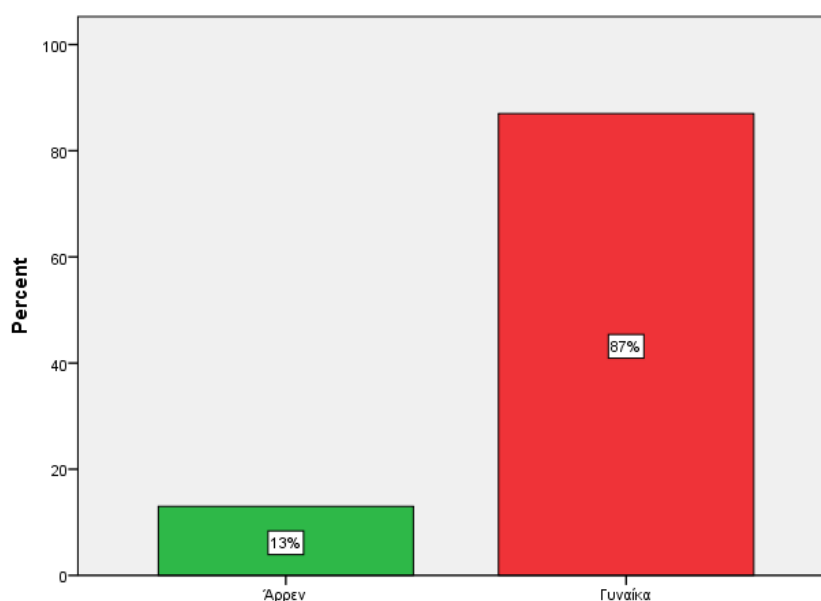
#### 5.1.1 Συμμετέχοντες

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι, η πλειονότητα των συμμετεχόντων νοσηλευτών στην έρευνα (87%) ήταν γυναίκες και μόλις το 13% άνδρες (Πίνακας 5.1.& Γράφημα 5.1.).

**Πίνακας 5.1.** Φύλο συμμετεχόντων νοσηλευτών

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Άρρεν	13	13,0	13,0	13,0
	Γυναίκα	87	87,0	87,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Γράφημα 5.1.** Φύλο συμμετεχόντων νοσηλευτών

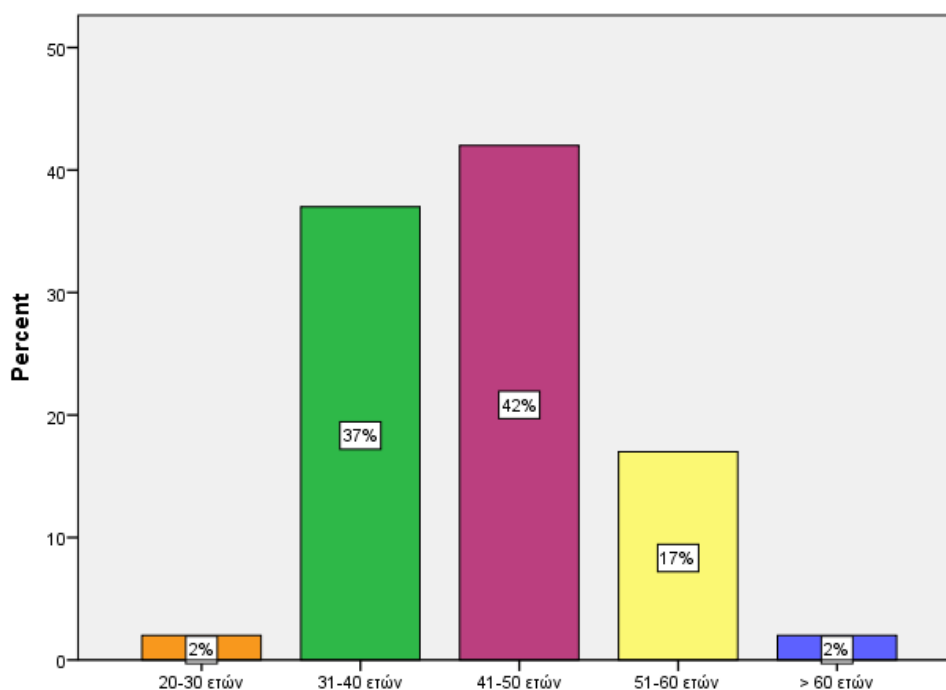


Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 42% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 41-50 ετών, σε ποσοστό 37% στην ομάδα από 31-40 ετών και μόλις το 17% αυτών ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 51-60 ετών (Πίνακας 5.2. & Γράφημα 5.2.).

**Πίνακας 5.2.** Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων νοσηλευτών

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	20-30 ετών	2	2,0	2,0	2,0
	31-40 ετών	37	37,0	37,0	39,0
	<b>41-50 ετών</b>	<b>42</b>	<b>42,0</b>	<b>42,0</b>	81,0
	51-60 ετών	17	17,0	17,0	98,0
	> 60 ετών	2	2,0	2,0	100,0
	Total		100	100,0	100,0

**Γράφημα 5.2.** Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων νοσηλευτών

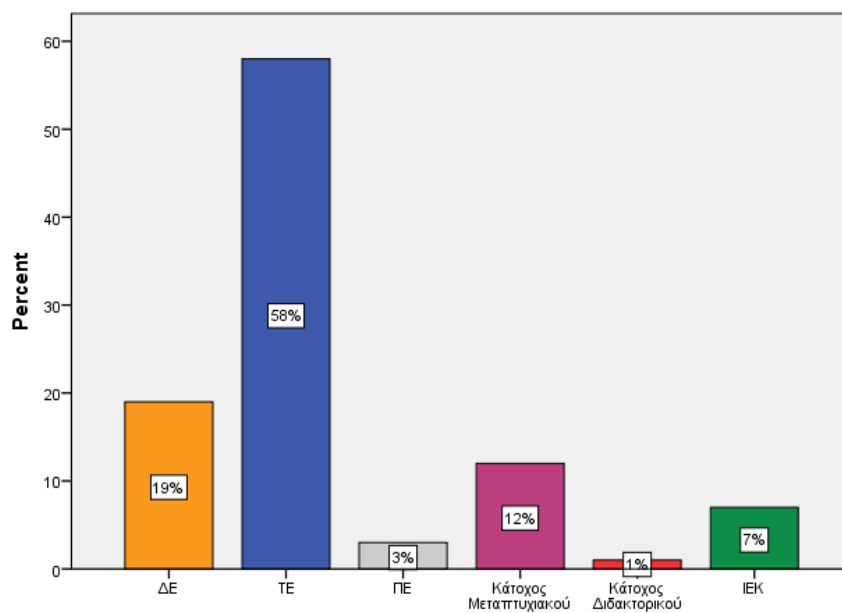


Παράλληλα, στην πλειοψηφία τους (58%) οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν απόφοιτοι του Τμήματος Νοσηλευτικής της Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό αυτών (12%) ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών (Πίνακας 5.3.& Γράφημα 5.3.). Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση σε ποσοστό 81% δήλωσαν ότι ήταν έγγαμοι και το 9% αυτών διαζευγμένοι ή αντίστοιχα άγαμοι (Πίνακας 5.4. & Γράφημα 5.4.).

**Πίνακας 5.3.** Μορφωτικό Επίπεδο νοσηλευτών

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΔΕ	19	19,0	19,0	19,0
	<b>ΤΕ</b>	<b>58</b>	<b>58,0</b>	58,0	77,0
	ΠΕ	3	3,0	3,0	80,0
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	12	12,0	12,0	92,0
	Κάτοχος Διδακτορικού	1	1,0	1,0	93,0
	ΙΕΚ	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

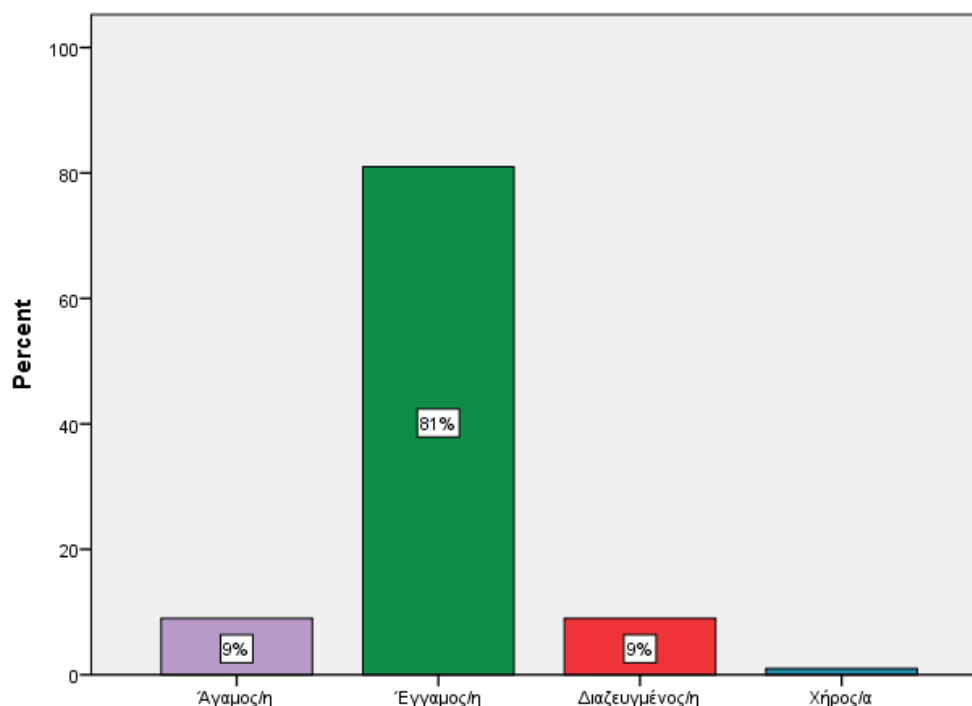
**Γράφημα 5.3.** Μορφωτικό Επίπεδο νοσηλευτών



**Πίνακας 5.4.** Οικογενειακή Κατάσταση νοσηλευτών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος/η	9	9,0	9,0	9,0
	<b>Έγγαμος/η</b>	<b>81</b>	<b>81,0</b>	81,0	90,0
	Διαζευγμένος/η	9	9,0	9,0	99,0
	Χήρος/α	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Γράφημα 5.4.** Οικογενειακή Κατάσταση νοσηλευτών



Αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας τους στο νοσηλευτικό επάγγελμα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ότι στην πλειοψηφία τους είχαν 11-20 έτη προϋπηρεσίας, το 17% αυτών είχε 5-10 έτη προϋπηρεσίας και από 21-30 έτη προϋπηρεσία είχε το 15% των νοσηλευτών (Πίνακας 5.5.).

**Πίνακας 5.5.** Έτη προϋπηρεσίας νοσηλευτών

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid <5 έτη	8	8,0	8,0	8,0
5-10 έτη	17	17,0	17,0	25,0
<b>11-20 έτη</b>	<b>54</b>	<b>54,0</b>	54,0	79,0
21-30 έτη	15	15,0	15,0	94,0
> 30 έτη	6	6,0	6,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Από την άλλη πλευρά, μολονότι στην παρούσα ερευνητική μελέτη έγινε προσπάθεια καταγραφής των απόψεων των νοσηλευτών από το σύνολο των τμημάτων και των κλινικών του Μποδοσάκειου Γ.Ν. Πτολεμαΐδας, εντούτοις η πλειοψηφία των συμμετεχόντων νοσηλευτών προήλθε σε ποσοστό 20% από τη Μονάδα Εντατικής

Θεραπείας (ΜΕΘ), σε ποσοστό 11% από την Καρδιολογική και από την Χειρουργική σε ποσοστό 14%, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.6. και σε μικρότερο ποσοστό από τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου.

**Πίνακας 5.6.** Τμήμα εργασίας στο Νοσοκομείο

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	3	3,0	3,0	3,0
A.N	1	1,0	1,0	4,0
Αιμοδοσία	3	3,0	3,0	7,0
Αναισθησιολογικό	3	3,0	3,0	10,0
Αποστείρωση	1	1,0	1,0	11,0
Εξωτερικά Ιατρεία	3	3,0	3,0	14,0
<b>Καρδιολογική</b>	<b>11</b>	<b>11,0</b>	11,0	25,0
Καρδιολογική/Στεφανιαία	2	2,0	2,0	27,0
Λοιμώξεις	1	1,0	1,0	28,0
Μαιευτική/Γυναικολογική	1	1,0	1,0	29,0
Μαιευτική/Γυναικολογική	4	4,0	4,0	33,0
<b>ΜΕΘ</b>	<b>20</b>	<b>20,0</b>	20,0	53,0
MNT	4	4,0	4,0	57,0
Ογκολογική	1	1,0	1,0	58,0
Ορθοπαιδική	7	7,0	7,0	65,0
Παθολογική	9	9,0	9,0	74,0
Παιδιατρική	6	6,0	6,0	80,0
ΤΕΠ	6	6,0	6,0	86,0
Χειρουργική	14	14,0	14,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

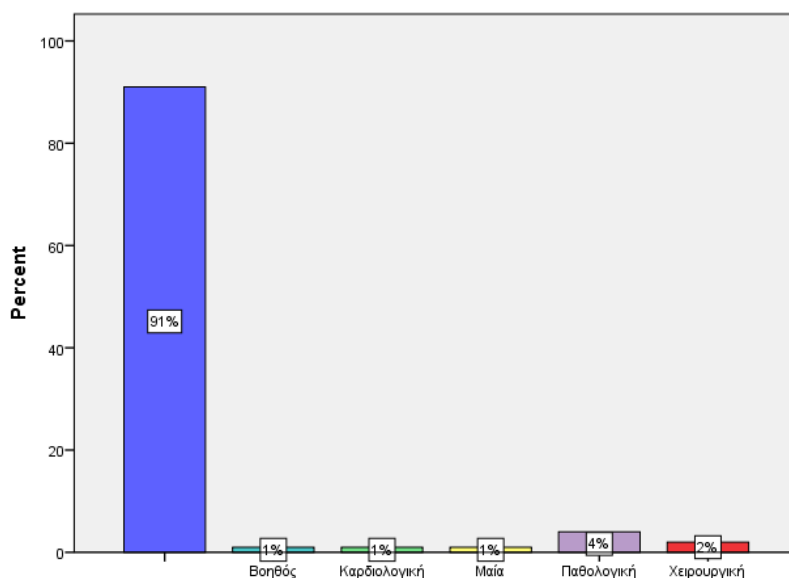
Όσον αφορά την νοσηλευτική ειδικότητα, όπως αυτή ορίστηκε στο Ν.1579 αρ.5, ΦΕΚ 217/85 οι νοσηλευτές δύναται να αποκτήσουν μια από τις προσφερόμενες ειδικότητες στον τομέα της Παθολογίας, Χειρουργικής, Παιδιατρικής και Ψυχιατρικής. Ενώ, στο ΦΕΚ 106/25-2-1988 (αρθ.1) καθορίστηκαν οι προϋποθέσεις τις οποίες θα πρέπει να πληρούν οι ενδιαφερόμενοι νοσηλευτές, προκειμένου να παρακολουθήσουν το Πρόγραμμα Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα ότι πρέπει να είναι νοσηλευτές Π.Ε. ή Τ.Ε., να έχουν συμπληρώσει διαιτητή προϋπηρεσία και να μην έχουν υπερβεί το 45<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. Σκοπός των Προγραμμάτων Νοσηλευτικής Ειδικότητας είναι, η περαιτέρω εκπαίδευση των

νοσηλευτών ώστε αυτοί να καταστούν ικανοί να εργαστούν με υπευθυνότητα σε συγκεκριμένους τομείς και σε ειδικές μονάδες νοσηλείας, παρέχοντας εξειδικευμένη και υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα ανταποκρινόμενοι στις βασικές ανάγκες των ασθενών. Ωστόσο, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων νοσηλευτών στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι, σχεδόν στην πλειοψηφία τους (91%) οι νοσηλευτές του Νοσοκομείου δεν είχαν λάβει κάποια συγκεκριμένη νοσηλευτική ειδικότητα, εκτός από το 9% αυτών (Πίνακας 5.7.& Γράφημα 5.5.).

**Πίνακας 5.7.** Νοσηλευτική Ειδικότητα

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	91	91,0	91,0	91,0
Βοηθός	1	1,0	1,0	92,0
Καρδιολογική	1	1,0	1,0	93,0
Μαία	1	1,0	1,0	94,0
Παθολογική	4	4,0	4,0	98,0
Χειρουργική	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Γράφημα 5.5.** Νοσηλευτική Ειδικότητα



Στο δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες στην έρευνα νοσηλευτές κλήθηκαν να διατυπώσουν την προσωπική τους άποψη, σχετικά με τον τρόπο – στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων στο εσωτερικό της ομάδας

– τμήματος, με σκοπό την επίλυση τους. Εντός αυτού του πλαισίου, οι νοσηλευτές της έρευνας στην πλειοψηφία τους (37%) φάνηκε να συμφωνούν με την άποψη ότι, σε κάθε πιθανή σύγκρουση εξετάζεται το σύνολο των απόψεων με προσοχή, προκειμένου να βρεθεί η καλύτερη δυνατή λύση σε κάποιο ζήτημα. Ενώ, το 31% των νοσηλευτών δήλωσε ότι «ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί» με την παραπάνω άποψη. Δηλαδή, ότι σε κάποιες περιπτώσεις εξετάζεται το σύνολο των απόψεων ενώ κάποιες άλλες φορές δεν υπάρχει αμεροληψία στην εξέταση των στοιχείων. Αντίθετα, το 18% των νοσηλευτών φάνηκε να διαφωνεί με την παραπάνω άποψη, της εξέτασης όλων των απόψεων (Πίνακας 5.8.).

**Πίνακας 5.8.** Εξέταση απόψεων συνολικά

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	6	6,0	6,0	6,0
	Διαφωνώ	18	18,0	18,0	24,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	31	31,0	31,0	55,0
	Συμφωνώ	37	37,0	37,0	92,0
	Συμφωνώ απόλυτα	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι σε ποσοστό 27% οι νοσηλευτές συμμερίζονται την άποψη ότι, το σύνολο των νοσηλευτών του τμήματος εργάζεται σκληρά προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή λύση για κάποιο πρόβλημα που έχει προκύψει. Αντίθετα, ένα σημαντικά υψηλό ποσοστό αυτών (25%) διαφωνεί με την παραπάνω παραδοχή και το 19% των νοσηλευτών διατηρεί μια ουδέτερη στάση (Πίνακας 5.9).

**Πίνακας 5.9.** Σκληρή εργασία στην εξεύρεση λύσης

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	9	9,0	9,0	9,0
	Διαφωνώ	25	25,0	25,0	34,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	19	19,0	19,0	53,0
	Συμφωνώ	27	27,0	27,0	80,0
	Συμφωνώ απόλυτα	20	20,0	20,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



Παράλληλα, οι συμμετέχοντες νοσηλευτές σε ποσοστό 41% εξέφρασαν την άποψη ότι, συνηθίζουν να συνεργάζονται μεταξύ τους σε επίπεδο τμήματος, προκειμένου να επιλύσουν μια σύγκρουση η οποία έχει προκύψει. Αντίθετα, το 22% των ερωτώμενων της έρευνα διατηρεί μια ουδέτερη στάση και το 19% διαφωνεί (Πίνακας 5.10).

**Πίνακας 5.10.** Συνεργασία νοσηλευτών τμήματος για την επίλυση συγκρούσεων

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	5	5,0	5,0	5,0
	Διαφωνώ	19	19,0	19,0	24,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	22	22,0	22,0	46,0
	<b>Συμφωνώ</b>	<b>41</b>	<b>41,0</b>	41,0	87,0
	Συμφωνώ απόλυτα	13	13,0	13,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Όσον αφορά την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών σε επίπεδο τμήματος με σκοπό τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά την παροχή φροντίδας υγείας, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν σε ποσοστό 30% ότι συμφωνούν ότι η μεταξύ τους επικοινωνία χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια. Αντίθετα, το 27% των ερωτώμενων φαίνεται να διαφωνεί, ή να έχει μια ουδέτερη στάση απέναντι σε αυτή την άποψη, καθώς ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί (Πίνακας 5.11).

**Πίνακας 4.11.** Ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων στην λήψη αποφάσεων

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	6	6,0	6,0	6,0
	Διαφωνώ	27	27,0	27,0	33,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	27	27,0	27,0	60,0
	Συμφωνώ	30	30,0	30,0	90,0
	Συμφωνώ απόλυτα	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στη συνέχεια στο τρίτο σκέλος της παρούσας ερευνητικής μελέτης, διερευνήθηκε η άποψη των νοσηλευτών του Μποδοσάκειου Γ.Ν. Πτολεμαΐδας αναφορικά με το βαθμό της επικοινωνίας μεταξύ τους. Σε αυτή την περίπτωση μέσω των απαντήσεων

που δόθηκαν φάνηκε ότι, σε ποσοστό 39% οι ερωτώμενοι συμφωνούν με την άποψη ότι τους είναι εύκολο να μιλήσουν με ειλικρίνεια για τον εαυτό τους στους άλλους νοσηλευτές – συναδέλφους σε επίπεδο τμήματος. Αντίθετα, ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων (38%) φάνηκε να έχει μια ουδέτερη στάση ως προς αυτή την άποψη, καθώς «ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί» (Πίνακας 5.12.).

**Πίνακας 4.12.** Ειλικρινή αναφορά στον εαυτό τους

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ	9	9,0	9,0	9,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	38	38,0	38,0	47,0
	Συμφωνώ	39	39,0	39,0	86,0
	Συμφωνώ απόλυτα	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχαν οι απαντήσεις των ερωτώμενων νοσηλευτών αναφορικά με τη μεταξύ τους επικοινωνία. Στην πλειοψηφία τους (42%) εξέφρασαν την άποψη ότι «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» ότι, υπάρχει ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών του τμήματος, καταδεικνύοντας ένα δισταγμό. Αντίθετα, σε ποσοστό 29% οι νοσηλευτές φάνηκε να συμφωνούν με την παραπάνω άποψη (Πίνακας 5.13.).

**Πίνακας 5.13.** Ανοικτή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	3	3,0	3,0	3,0
	Διαφωνώ	23	23,0	23,0	26,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	42	42,0	42,0	68,0
	Συμφωνώ	29	29,0	29,0	97,0
	Συμφωνώ απόλυτα	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Παράλληλα, οι νοσηλευτές του Νοσοκομείου φάνηκε να συμφωνούν σε ποσοστό 54% ότι, η επικοινωνία με τους άλλους νοσηλευτές του ίδιου τμήματος είναι ευχάριστη, ενώ σε ποσοστό 19% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν διατηρώντας μια μία ουδέτερη στάση (Πίνακας 5.1.4.).

**Πίνακας 5.14.** Ευχάριστη η επικοινωνία σε επίπεδο τμήματος

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0	2,0	2,0
	Διαφωνώ	10	10,0	10,0	12,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	19	19,0	19,0	31,0
	Συμφωνώ	54	54,0	54,0	85,0
	Συμφωνώ απόλυτα	15	15,0	15,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Η αμεσότητα στην επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών εντός των τμημάτων, φαίνεται ότι συμβάλλει στην αναζήτηση συμβουλών. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι της έρευνας συμφωνούν σε ποσοστό 54% ότι ζητούν συνήθως τη συμβουλή των συναδέλφων τους νοσηλευτών, αναφορικά με διάφορα ζητήματα του προκύπτουν (Πίνακας 5.15.).

**Πίνακας 4.15.** Συμβουλές από άλλους νοσηλευτές

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0	2,0	2,0
	Διαφωνώ	7	7,0	7,0	9,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	24	24,0	24,0	33,0
	Συμφωνώ	54	54,0	54,0	87,0
	Συμφωνώ απόλυτα	13	13,0	13,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Αντίστοιχα, η καλή επικοινωνία φαίνεται να συμβάλλει στην ορθή μετάδοση και λήψη των κλινικών πληροφοριών. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των νοσηλευτών της έρευνας φάνηκε να συμφωνεί με την άποψη ότι, οι πληροφορίες μεταβιβάζονται με ακρίβεια μεταξύ των νοσηλευτών στο τμήμα όπου εργάζονται. Αντίθετα, ένα υψηλό ποσοστό των ερωτώμενων φαίνεται ότι διατηρεί μια ουδέτερη στάση καθώς «ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί» (Πίνακας 5.16).

**Πίνακας 5.16.** Μεταβίβαση πληροφοριών

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	6	6,0	6,0	6,0
	Διαφωνώ	16	16,0	16,0	22,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	31	31,0	31,0	53,0
	Συμφωνώ	38	38,0	38,0	91,0
	Συμφωνώ απόλυτα	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Αντίστοιχα, η πλειοψηφία των ερωτώμενων νοσηλευτών εξέφρασε την άποψη ότι γίνονται πλήρως αντιληπτές από τους νοσηλευτές οι πληροφορίες τις οποίες λαμβάνουν από τους συναδέλφους τους. Ενώ, το 29% των συμμετεχόντων φάνηκε να έχει μια ουδέτερη στάση – ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, είτε αντίστοιχα να διαφωνεί (29%) εκφράζοντας μια δυσπιστία ως προς την ικανότητα των συναδέλφων τους στην κατανόηση των πληροφοριών που λαμβάνουν (Πίνακας 5.17.).

**Πίνακας 5.17.** Κατανόηση πληροφοριών που λαμβάνονται

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	3	3,0	3,0	3,0
	Διαφωνώ	29	29,0	29,0	32,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	29	29,0	29,0	61,0
	Συμφωνώ	35	35,0	35,0	96,0
	Συμφωνώ απόλυτα	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στο τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης, διερευνήθηκε η άποψη των νοσηλευτών του Νοσοκομείου αναφορικά με τις κοινές διαδικασίες που υιοθετούνται ως προς τη λήψη αποφάσεων, τόσο σε ατομικό όσο και σε συνεργατικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές της έρευνας στην πλειοψηφία τους (54%) συμφωνούν με την άποψη ότι είναι σε θέση να λάβουν πλήθος αποφάσεων σε ατομικό επίπεδο (από μόνος/μόνη). Αντίθετα, το 20% των νοσηλευτών φάνηκε να έχει μια ουδέτερη στάση όσον αφορά την ατομική λήψη αποφάσεων (Πίνακας 5.18).

**Πίνακας 5.18.** Λήψη αποφάσεων ατομικά

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0	2,0	2,0
	Διαφωνώ	14	14,0	14,0	16,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	20	20,0	20,0	36,0
	Συμφωνώ	54	54,0	54,0	90,0
	Συμφωνώ απόλυτα	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Αντίστοιχα, οι νοσηλευτές της έρευνας δήλωσαν σε ποσοστό 42% ότι έχουν τη δυνατότητα της λήψης αποφάσεων αναφορικά με ζητήματα που σχετίζονται με την εργασία τους. Αντίθετα, το 33% των νοσηλευτών φάνηκε να διατηρεί μια επιφυλακτική στάση όσον αφορά αυτή την δυνατότητα τους, δηλώνοντας ότι «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ». Μέσω αυτή της στάσης καταδεικνύεται κατά κάποιο τρόπο ο βαθμός ελευθερίας / συμμετοχής των νοσηλευτών του Νοσοκομείου, στις διαδικασίες της λήψης αποφάσεων εντός των τμημάτων, σχετικά με ζητήματα που αφορούν την εργασία τους (Πίνακας 5.19).

**Πίνακας 5.19.** Δυνατότητα λήψης αποφάσεων για θέματα της εργασίας τους

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ	16	16,0	16,0	16,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	33	33,0	33,0	49,0
	Συμφωνώ	42	42,0	42,0	91,0
	Συμφωνώ απόλυτα	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Σε αυτή την κατηγορία, οι νοσηλευτές φάνηκε ότι συμφωνούν κατά το ήμισυ (51%) τουλάχιστον με την άποψη ότι, το νοσηλευτικό προσωπικό συμφωνεί με την ύπαρξη στόχων ασφαλείας για τους ασθενείς εντός των τμημάτων. Ενώ, ένα σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την παραπάνω άποψη, εκφράζοντας κατά κάποιο τρόπο μια αμφιβολία για τη συμβολή των στόχων ασφαλείας ή την τήρησή τους από τους νοσηλευτές συναδέλφους του τμήματος (Πίνακας 5.20).

**Πίνακας 5.20.** Στόχοι ασφαλείας εντός των τμημάτων

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ	7	7,0	7,0	7,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	30	30,0	30,0	37,0
	Συμφωνώ	51	51,0	51,0	88,0
	Συμφωνώ απόλυτα	12	12,0	12,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στο πέμπτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου της παρούσας ερευνητικής μελέτης, διερευνήθηκε η άποψη των νοσηλευτών του Νοσοκομείου αναφορικά με το υφιστάμενο επίπεδο συντονισμού και επαγγελματισμού εντός των τμημάτων.

Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές της έρευνας στην πλειοψηφία τους (33%) φάνηκε να συμφωνούν με την ύπαρξη γραπτών πολιτικών και διαδικασιών, οι οποίες σχετίζονται με το συντονισμό της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασθενείς του τμήματος τους. Αντίθετα, το 29% των νοσηλευτών εξέφρασε την διαφωνία του σχετικά με την ύπαρξη γραπτών πολιτικών. Το γεγονός αυτό εγείρει πλήθος ερωτημάτων και χρίζει περαιτέρω διερεύνησης, προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη γραπτών πολιτικών και διεργασιών, ή η ύπαρξη και μη τήρηση τους από τους νοσηλευτές των τμημάτων (Πίνακας 5.21).

**Πίνακας 5.21.** Ύπαρξη γραπτών πολιτικών και διαδικασιών στα τμήματα

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	4	4,0	4,0	4,0
	Διαφωνώ	29	29,0	29,0	33,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	25	25,0	25,0	58,0
	Συμφωνώ	33	33,0	33,0	91,0
	Συμφωνώ απόλυτα	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχοντες στην έρευνα εξέφρασαν την άποψη σε ποσοστό 38% ότι, συμφωνούν ότι υπάρχει σεβαστή και εγκάρδια σχέση μεταξύ των νοσηλευτών. Δηλαδή, διαπιστώνεται ότι υπάρχει σεβασμός και ανεπτυγμένο το αίσθημα της συναδελφικότητας μεταξύ των νοσηλευτών των τμημάτων. Αντίθετα, οι

ερωτώμενοι σε ποσοστό 31% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με την παραπάνω άποψη (Πίνακας 5.22.).

**Πίνακας 5.22.** Σεβαστή και εγκάρδια σχέση μεταξύ των νοσηλευτών

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	6	6,0	6,0	6,0
	Διαφωνώ	16	16,0	16,0	22,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	31	31,0	31,0	53,0
	Συμφωνώ	38	38,0	38,0	91,0
	Συμφωνώ απόλυτα	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ιδιαίτερα υψηλό ήταν το ποσοστό των νοσηλευτών της έρευνας (49%), το οποίο υποστήριξε ότι συμφωνεί με την ύπαρξη προθυμίας για συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων ευρύτερα. Συνεπακόλουθα, διαπιστώνεται ότι η ύπαρξη κλίματος σεβασμού και αλληλεγγύης μεταξύ των νοσηλευτών, οδηγεί σε προθυμία για συνεργασία και υψηλό επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Πίνακας 5.23).

**Πίνακας 5.23.** Προθυμία για συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ	12	12,0	12,0	12,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	27	27,0	27,0	39,0
	Συμφωνώ	49	49,0	49,0	88,0
	Συμφωνώ απόλυτα	12	12,0	12,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Αντίστοιχα, φάνηκε ότι σε ποσοστό 53% οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι εντός των τμημάτων τους υπάρχει αμεσότητα σε επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, κυρίως σε θέματα που σχετίζονται με τις διαδικασίες φροντίδας των ασθενών. Ενώ, σε ποσοστό 21% οι ερωτώμενοι νοσηλευτές εξέφρασαν την ουδέτερη στάση τους, αναφορικά με το παραπάνω ζήτημα (Πίνακας, 5.24.).

**Πίνακας 5.24.** Άμεση επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών σε θέματα φροντίδας

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	1	1,0	1,0	1,0
	Διαφωνώ	8	8,0	8,0	9,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	21	21,0	21,0	30,0
	Συμφωνώ	53	53,0	53,0	83,0
	Συμφωνώ απόλυτα	17	17,0	17,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Επιπλέον, οι νοσηλευτές της έρευνας φαίνεται να συμφωνούν σε ποσοστό 54% με την ύπαρξη τεχνικών δεξιοτήτων, οι οποίες θεωρούνται αναγκαίες για την παροχή ασφαλούς φροντίδας στους ασθενείς του Νοσοκομείου. Ενώ, οι νοσηλευτές σε ποσοστό 21% φαίνεται να διατηρούν μια ουδέτερη στάση σχετικά με την παραπάνω άποψη, καθώς ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν (Πίνακας 5.25.).

**Πίνακας 5.25.** Ύπαρξη τεχνικών δεξιοτήτων

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0	2,0	2,0
	Διαφωνώ	2	2,0	2,0	4,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	21	21,0	21,0	25,0
	Συμφωνώ	54	54,0	54,0	79,0
	Συμφωνώ απόλυτα	21	21,0	21,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Εξίσου σημαντική είναι η άποψη των νοσηλευτών, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους (50%) υποστήριξαν ότι οι νοσηλευτές με περισσότερη εμπειρία φροντίζουν να καθοδηγούν και να μεταλαμπαδεύουν τις γνώσεις τους, σε συναδέλφους νοσηλευτές με μικρότερη εμπειρία (έτη προϋπηρεσίας). Με την παραπάνω άποψη, απόλυτα σύμφωνο είναι και το 22% των νοσηλευτών της έρευνας. Ενώ, σε ποσοστό 22% οι νοσηλευτές ούτε συμφωνούν αλλά ούτε και διαφωνούν (Πίνακας 5.26.).

**Πίνακας 5.26.** Καθοδήγηση και διδασκαλία από τους παλαιούς νοσηλευτές



		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	2	2,0	2,0	2,0
	Διαφωνώ	4	4,0	4,0	6,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	22	22,0	22,0	28,0
	Συμφωνώ	50	50,0	50,0	78,0
	Συμφωνώ απόλυτα	22	22,0	22,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα εξέφρασαν σε ποσοστό 38% ότι, η νοσηλευτική ηγεσία υποστηρίζει την συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών των τμημάτων. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 36% φάνηκαν περισσότερο ουδέτεροι, καθώς ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με την παραπάνω άποψη. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι είναι αναγκαία η διερεύνηση του ρόλου τον οποίο διαδραματίζει η νοσηλευτική ηγεσία, αναφορικά με το βαθμό συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών των τμημάτων του Νοσοκομείου (Πίνακας 5.27.).

**Πίνακας 5.27.** Νοσηλευτική ηγεσία

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	8	8,0	8,0	8,0
	Διαφωνώ	10	10,0	10,0	18,0
	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	36	36,0	36,0	54,0
	Συμφωνώ	38	38,0	38,0	92,0
	Συμφωνώ απόλυτα	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στο τέλος του ερωτηματολογίου της παρούσας ερευνητικής μελέτης, οι συμμετέχοντες νοσηλευτές του Νοσοκομείου είχαν την ευκαιρία να εκφράσουν την προσωπική τους άποψη, για ζητήματα σχετικά με τους παραπάνω θεματικούς άξονες οι οποίοι εξετάστηκαν. Εντός αυτού του πλαισίου, οι νοσηλευτές υποστήριξαν την αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση – δια βίου εκπαίδευση, προκειμένου οι ίδιοι να είναι σε θέση να παράσχουν υψηλού επιπέδου εξατομικευμένη φροντίδα στους ασθενείς του Νοσοκομείου, αλλά ταυτόχρονα να αποκτήσουν γνώσεις – δεξιότητες οι

οποίες θα συνέβαλαν στην ενίσχυση της συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών. Παράλληλα, τονίστηκε η αναγκαιότητα για την ενίσχυση του υφιστάμενου νοσηλευτικού ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και η υιοθέτηση νέων στρατηγικών διαχείρισης του, ως μια προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας.

## 5.2. Συσχετίσεις

Η στατιστική σημαντικότητα αναφέρεται πρακτικά ως ποσοστό ακρίβειας των επαγωγικών συμπερασμάτων της στατιστικής ανάλυσης, για το λόγο ότι ο έλεγχος των στατιστικών υποθέσεων στηρίζεται σε δεδομένα ενός δείγματος και όχι ολόκληρου του πληθυσμού αναφοράς. Η πιο συνηθισμένη περίπτωση στατιστικού ελέγχου στην κοινωνική έρευνα είναι ο έλεγχος (στατιστικά σημαντικής) συσχέτισης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών, όπου ελέγχεται η μηδενική υπόθεση.

Στην εμπειρική κοινωνική έρευνα, είναι σύνηθες να επιθυμείται η σύγκριση της μέσης τιμής μιας μεταβλητής για τις 2 υποομάδες μιας κατηγορικής ονομαστικής (nominal) μεταβλητής (η οποία ονομαστική κατηγορική μεταβλητή έχει μόνο 2 κατηγορίες, π.χ. η μεταβλητή φύλο έχει τιμές τις κατηγορίες Άνδρας / Γυναίκα). Εναλλακτικά, μπορεί να θεωρηθεί ότι έχουμε 2 ανεξάρτητα δείγματα (π.χ. ένα δείγμα από άνδρες και ένα δείγμα από γυναίκες) και θέλουμε να ελέγξουμε αν η μέση τιμή μιας συγκεκριμένης μεταβλητής (π.χ. ο βαθμός ικανοποίησης από τις ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη) διαφέρει σημαντικά μεταξύ αυτών των δύο δειγμάτων.

Έστω η συνήθης περίπτωση όπου επιχειρείται ο έλεγχος συσχέτισης ή σύγκρισης μεταξύ 2 μεταβλητών. Ο έλεγχος αυτός στη στατιστική θεωρία γίνεται μέσω του ελέγχου της «μηδενικής υπόθεσης»- η οποία συμβολίζεται με  $H_0$ , έναντι της «εναλλακτικής υπόθεσης» (της αντίθετης δηλαδή της  $H_0$ ) - η οποία συμβολίζεται με  $H_1$ . Η γενική μορφή των δύο υποθέσεων είναι η ακόλουθη:

$H_0$ : δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών

$H_1$ : υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών

Ισχύει πάντα, ότι αν το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο του 0,05 (ή 0,001) τότε μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ , να αποδεχτούμε δηλαδή την  $H_1$ , ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων δύο μεταβλητών, σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (ή 0,001).

Στα πλαίσια της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων της παρούσας μελέτης, διερευνήθηκε η ύπαρξη ή όχι σχέσης μεταξύ των παρακάτω μεταβλητών:

**Ερευνητικές Υποθέσεις :**

$H_0$ : Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς την τακτική διαχείρισης των συγκρούσεων.

H<sub>1</sub>: Υπάρχει στατιστικά διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς την τακτική διαχείρισης των συγκρούσεων.

### Αποτέλεσμα:

Κατά την εξέταση των παραπάνω μεταβλητών, δεν φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των στρατηγικών –διαδικασιών διαχείρισης πιθανών συγκρούσεων, μεταξύ των νοσηλευτών του Νοσοκομείου σε επίπεδο τμήματος. Δηλαδή, δεχόμαστε την υπόθεση H<sub>0</sub>: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς την τακτική διαχείρισης των συγκρούσεων (Πίνακας 5.28).

Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με την άποψη ότι, εξετάζονται όλες οι απόψεις για την εξεύρεση λύσης σε ένα πρόβλημα που προκύπτει εντός του τμήματος μεταξύ των νοσηλευτών. Αντίθετα, οι άνδρες νοσηλευτές φαίνεται να διαφωνούν με την παραπάνω άποψη (Πίνακας 5.28& Πίνακας 5.29.).

**Πίνακας 5.28.** Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και τακτικής διαχείρισης συγκρούσεων – εξέταση όλων των απόψεων.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,881 <sup>a</sup>	4	,300
Likelihood Ratio	4,362	4	,359
Linear-by-Linear Association	2,062	1	,151
N of Valid Cases	100		

**Πίνακας 4.29.** Φύλο νοσηλευτών και εξέταση απόψεων σε πιθανό πρόβλημα

		Εξετάζονται όλες οι απόψεις για την εξεύρεση λύσης σε ένα πρόβλημα					Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Ποιά είναι το φύλο σας:	Άρρεν	Count	2	4	2	4	1	13
		Expected Count	,8	2,3	4,0	4,8	1,0	13,0
		% within Ποιά είναι το φύλο σας:	15,4%	30,8%	15,4%	30,8%	7,7%	100,0%
		% within Εξετάζονται όλες οι απόψεις για την εξεύρεση λύσης σε ένα πρόβλημα	33,3%	22,2%	6,5%	10,8%	12,5%	13,0%
		Count	4	14	29	33	7	87
Γυναίκα		Expected Count	5,2	15,7	27,0	32,2	7,0	87,0
		% within Ποιά είναι το φύλο σας:	4,6%	16,1%	33,3%	37,9%	8,0%	100,0%
		% within Εξετάζονται όλες οι απόψεις για την εξεύρεση λύσης σε ένα πρόβλημα	66,7%	77,9%	93,5%	89,2%	87,5%	87,0%
		Count	4	14	29	33	7	87
		Expected Count	5,2	15,7	27,0	32,2	7,0	87,0

Αντίστοιχα, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά θετική συσχέτιση μεταξύ του φύλου των νοσηλευτών και της συνεργασίας, για την επίλυση μιας σύγκρουσης. Ωστόσο, οι γυναίκες νοσηλεύτριες φάνηκε να συμφωνούν με την άποψη ότι υπάρχει κλίμα συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών του τμήματος, με σκοπό την επίλυση μιας σύγκρουσης. Ενώ, αντίθετα οι άνδρες νοσηλευτές δήλωσαν ότι διαφωνούν απόλυτα με την παραπάνω άποψη, αφήνοντας να εννοηθεί ότι δεν υπάρχει κλίμα συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών, όταν απαιτείται η επίλυση ενός ζητήματος σύγκρουσης σε επίπεδο τμήματος.

**Πίνακας 5.30.** Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του επιπέδου συνεργασίας.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,019 <sup>a</sup>	4	,732
Likelihood Ratio	1,925	4	,749
Linear-by-Linear Association	1,817	1	,178
N of Valid Cases	100		

**Πίνακας 5.31.** Φύλο νοσηλευτών και συνεργασία για την επίλυση συγκρούσεων εντός των τμημάτων

Φύλο είναι το φύλο σας:	Αρρεν	Count	Συκρογούνται οι νοσηλευτές του τμήματος για να επιλύσουν μια σύγκρουση				Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	
		Count	1	4	3	4	13
		Expected Count	.7	2.5	2.9	5.3	13.0
		% within Φύλο είναι το φύλο σας:	7,7%	30,8%	23,1%	30,8%	100,0%
		% within Συκρογούνται οι νοσηλευτές του τμήματος για να επιλύσουν μια σύγκρουση:	20,0%	21,1%	13,6%	9,8%	7,7%
	Γυναίκες	Count	4	15	19	37	87
		Expected Count	4.4	16.5	19.1	35.7	87.0
		% within Φύλο είναι το φύλο σας:	4,6%	17,2%	21,8%	42,5%	100,0%
		% within Συκρογούνται οι νοσηλευτές του τμήματος για να επιλύσουν μια σύγκρουση:	80,0%	78,9%	86,4%	90,2%	92,3%

Από την άλλη πλευρά, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών του φύλου και της επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών του Νοσοκομείου.

#### Ερευνητικές Υποθέσεις :

H<sub>0</sub>: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς το επίπεδο της επικοινωνίας σε επίπεδο τμήματος.

H<sub>1</sub>: Υπάρχει στατιστικά διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς το επίπεδο της επικοινωνίας σε επίπεδο τμήματος.

**Αποτέλεσμα:**

Κατά την εξέταση των παραπάνω μεταβλητών, δεν φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του φύλου των νοσηλευτών του Νοσοκομείου και του επιπέδου επικοινωνίας εντός των τμημάτων. Δηλαδή, δεχόμαστε την υπόθεση H<sub>0</sub>: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς το επίπεδο της επικοινωνίας σε επίπεδο τμήματος (Πίνακας 5.32.).

**Πίνακας 5.32.** Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της επικοινωνίας.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,954 <sup>a</sup>	4	,566
Likelihood Ratio	3,199	4	,525
Linear-by-Linear Association	,070	1	,791
N of Valid Cases	100		

Επιπλέον, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών του φύλου και των κοινών διαδικασιών για τη λήψη αποφάσεων.

**Ερευνητικές Υποθέσεις :**

H<sub>0</sub>: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς την λήψη κοινών αποφάσεων.

H<sub>1</sub>: Υπάρχει στατιστικά διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς την λήψη κοινών αποφάσεων.

**Αποτέλεσμα:**

Όσον αφορά, την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών του φύλου και των κοινών διαδικασιών για τη λήψη αποφάσεων, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά μη σημαντικής συσχέτισης. Δηλαδή, δεχόμαστε την υπόθεση H<sub>0</sub>: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών, ως προς την λήψη κοινών αποφάσεων (Πίνακας 5.33).

**Πίνακας 5.33.** Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των κοινών διαδικασιών

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,568 <sup>a</sup>	4	,335
Likelihood Ratio	4,047	4	,400
Linear-by-Linear Association	,306	1	,580
N of Valid Cases	100		

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες νοσηλε της έρευνας ούτε συμφωνούσαν ούτε διαφωνούσαν με την άποψη ότι, έχουν τη δυνατότητα της λήψης αποφάσεων ατομικά. Αντίθετα, οι άνδρες νοσηλευτές φάνηκε να διαφωνούν απόλυτα με την παραπάνω άποψη (Πίνακας 5.34.).

**Πίνακας 5.34.** Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της λήψης αποφάσεων

		Είσατε σε θέση να λάβετε πολλές αποφάσεις από μόνημόνος σας.						
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Total	
Ποιό είναι το φύλο σας:	Άρρεν	Count	1	1	1	8	2	13
		% within Ποιό είναι το φύλο σας:	7,7%	7,7%	7,7%	61,5%	15,4%	100,0%
		% within Είσατε σε θέση να λάβετε πολλές αποφάσεις από μόνημόνος σας:	50,0%	7,1%	5,0%	14,8%	20,0%	13,0%
Γυναίκα:	Count	1	13	19	46	8	87	
		% within Ποιό είναι το φύλο σας:	1,1%	14,9%	21,8%	52,9%	9,2%	100,0%
		% within Είσατε σε θέση να λάβετε πολλές αποφάσεις από μόνημόνος σας:	50,0%	92,9%	95,0%	85,2%	80,0%	87,0%

Τέλος, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών του φύλου και του συντονισμού – επαγγελματισμού.

#### Ερευνητικές Υποθέσεις :

H<sub>0</sub>: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών και του συντονισμού – επαγγελματισμού.

H<sub>1</sub>: Υπάρχει στατιστικά διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών και του συντονισμού – επαγγελματισμού.

#### Αποτέλεσμα:

Κατά την εξέταση των παραπάνω μεταβλητών, δεν φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του φύλου των νοσηλευτών του Νοσοκομείου και του συντονισμού

– επαγγελματισμού. Δηλαδή, δεχόμαστε την υπόθεση  $H_0$ : Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των ερωτώμενων νοσηλευτών και του συντονισμού – επαγγελματισμού (Πίνακας 5.35.).

**Πίνακας 5.35.** Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του συντονισμού – επαγγελματισμού των νοσηλευτών

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,418 <sup>a</sup>	3	,332
Likelihood Ratio	3,267	3	,352
Linear-by-Linear Association	1,883	1	,170
N of Valid Cases	100		

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι κυρίως οι γυναίκες νοσηλεύτριες του Νοσοκομείου συμφωνούσαν με την άποψη ότι υπάρχει προθυμία για συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών του τμήματος. Αντίθετα, οι άνδρες νοσηλευτές της έρευνας ήταν ουδέτεροι ως προς αυτή την άποψη (ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ) (Πίνακας 5.36).

**Πίνακας 5.36.** Συσχέτιση φύλου και προθυμία για συνεργασία

Ποιό είναι το φύλο σας:		Υπάρχει προθυμία για συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών:				Total
		Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Άρρεν	Count	2	6	4	1	13
	% within Ποιό είναι το φύλο σας:	15,4%	46,2%	30,8%	7,7%	100,0%
	% within Υπάρχει προθυμία για συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών:	16,7%	22,2%	8,2%	8,3%	13,0%
Γυναίκα	Count	10	21	45	11	87
	% within Ποιό είναι το φύλο σας:	11,5%	24,1%	51,7%	12,6%	100,0%
	% within Υπάρχει προθυμία για συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών:	83,3%	77,8%	91,8%	91,7%	87,0%

Αντίστοιχα, δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της άμεσης επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών του Νοσοκομείου. Ωστόσο, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες νοσηλευτές υποστήριξαν ότι υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών σε επίπεδο τμήματος (Πίνακας 5.37).

**Πίνακας 5.37.** Συσχέτιση φύλου και άμεσης επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών



Υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών, σχετικά με τα θέματα φροντίδας των ασθενών

Ποιά είναι τα φύλο σας		Count	Υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών, σχετικά με τα θέματα φροντίδας των ασθενών				Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	
Άρρεν	Count	0	0	2	11	0	13
	% within Ποιά είναι τα φύλο σας	0,0%	0,0%	15,4%	84,6%	0,0%	100,0%
	% within Υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών, σχετικά με τα θέματα φροντίδας των ασθενών	0,0%	0,0%	9,5%	20,8%	0,0%	13,0%
Γυναίκα	Count	1	8	19	42	17	87
	% within Ποιά είναι τα φύλο σας	1,1%	9,2%	21,8%	48,3%	19,5%	100,0%
	% within Υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών, σχετικά με τα θέματα φροντίδας των ασθενών	100,0%	100,0%	90,5%	79,2%	100,0%	87,0%

## Συμπεράσματα

Η παρουσία των γυναικών στο επάγγελμα της νοσηλευτικής είναι έντονη έως και σήμερα, καθώς όπως διαπιστώθηκε στην παρούσα ερευνητική μελέτη η πλειονότητα των συμμετεχόντων νοσηλευτών (87%) του «Μποδοσάκειου» Γ.Ν. Πτολεμαΐδας ήταν γυναίκες, οι οποίες ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 41-50 και ήταν απόφοιτες του Τμήματος Νοσηλευτικής της Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ). Επιπλέον, όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας ήταν έγγαμες/έγγαμοι, με τουλάχιστον 11 έως 20 έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα. Η ηλικιακή ομάδα σε συνάρτηση με τα έτη προϋπηρεσίας των νοσηλευτριών/των, καταδεικνύει τον μεγάλο χρόνο αναμονής των πτυχιούχων νοσηλευτών για την άσκηση του επαγγέλματος, μολονότι οι ανάγκες σε νοσηλευτικό προσωπικό παραμένουν μεγάλες στα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας.

Μολονότι, στην έρευνα συμμετείχε το σύνολο των νοσηλευτών που υπηρετούν την τρέχουσα χρονική περίοδο στο «Μποδοσάκειο» Γ.Ν. Πτολεμαΐδας – νοσηλευτές από όλα τα τμήματα του Νοσοκομείου, εντούτοις η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν κυρίως από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και την Καρδιολογική Μονάδα.

Ωστόσο, μέσω της παρούσας μελέτης διαπιστώθηκε ότι μόλις το 9% των συμμετεχόντων νοσηλευτών της έρευνας είχαν λάβει νοσηλευτική ειδικότητα. Το πρόβλημα αναφορικά με τις νοσηλευτικές ειδικότητες στην Ελλάδα, αποδίδεται στο παλαιωμένο πρόγραμμα ειδίκευσης, στον περιορισμό των ειδικοτήτων σε τέσσερις, στην προϋπόθεση της ύπαρξης διετούς ευδόκιμης προϋπηρεσίας, καθώς και στην αδυναμία τροφοδότησης των προγραμμάτων ειδίκευσης με συμμετέχοντες νέους νοσηλευτές, καθώς και η αναγκαιότητα για μετακίνηση του ενδιαφερόμενου σε άλλη πόλη για την παρακολούθηση του Προγράμματος (Κουκιά, 2016).

Στα πλαίσια της διερεύνησης του επιπέδου συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών του Γ.Ν. Πτολεμαΐδας στην παρούσα μελέτη, ζητήθηκε η άποψη τους σχετικά με τον τρόπο – στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων μεταξύ συναδέλφων στο εσωτερικό της ομάδας – τμήματος. Μέσω των απαντήσεων που δόθηκαν διαπιστώθηκε ότι, σε κάθε πιθανή σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτών σε επίπεδο τμήματος, εξετάζεται το σύνολο των απόψεων των εμπλεκόμενων μελών, προκειμένου να βρεθεί η καλύτερη δυνατή λύση. Επιπλέον, οι νοσηλευτές του Νοσοκομείου δήλωσαν ότι συνηθίζουν να εργάζονται σκληρά για την επίλυση των

όποιων συγκρούσεων και η μεταξύ τους επικοινωνία χαρακτηρίζεται από απόλυτη ειλικρίνεια. Ενώ, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην επίλυση των συγκρούσεων διαδραματίζει η αποτελεσματική και ειλικρινή επικοινωνία που έχει αναπτυχθεί μεταξύ τους.

Στην μελέτη της Παναγιωτοπούλου (2019), διερευνήθηκε ο τρόπος διαχείρισης των συγκρούσεων μεταξύ των νοσηλευτών διαφορετικών εκπαιδευτικών βαθμίδων σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της χώρας. Στη μελέτη συμμετείχαν 112 νοσηλευτές και από τις τρεις εκπαιδευτικές βαθμίδες. Μέσω των απαντήσεων των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι, η κατηγορία που δημιουργούσε συχνά συγκρούσεις ήταν η ΤΕ, ενώ οι νοσηλευτές δεν είχαν γνώσεις για τον τρόπο διαχείρισης αυτών των συγκρούσεων. Ως βασική αιτία συγκρούσεων προβλήθηκε ο άνισος εργασιακός φόρτος μεταξύ των νοσηλευτών και οι αμοιβές. Σε αντίθεση με την παρούσα ερευνητική μελέτη, δεν φάνηκε να υπάρχει διάθεση από την πλευρά των νοσηλευτών της δεύτερης έρευνας για την εξεύρεση λύσης μέσω της συζήτησης και της συνεργασίας.

Στο τρίτο σκέλος της υφιστάμενης μελέτης, διαπιστώθηκε ότι η επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών των τμημάτων του Νοσοκομείου είναι ευχάριστη και σε σημαντικό βαθμό ανοικτή, ενώ χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια. Το γεγονός αυτό επιτρέπει στους νοσηλευτές να μπορούν να μιλάνε ανοικτά για προσωπικά τους ζητήματα, αλλά και προβλήματα που αφορούν την εργασία τους και αντίστοιχα να ζητάνε συμβουλές από άλλους συναδέλφους για διάφορα θέματα που προκύπτουν στο εργασιακό κομμάτι. Επιπλέον, το καλό επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών του Νοσοκομείου και των τμημάτων τονίζεται και σε αυτό το τμήμα της έρευνας, καθώς επιτρέπει την ακριβή μεταφορά των επιθυμητών πληροφοριών, οι οποίες γίνονται πλήρως αντιληπτές από τους συναδέλφους τους. Γεγονός το οποίο καταδεικνύει ότι η επικοινωνία μεταξύ πομπού και δέκτη – νοσηλευτή με νοσηλευτή, αλλά και το μέσο επικοινωνίας λειτουργούν αποτελεσματικά, χωρίς να χάνεται η πληροφορία ή να παραποιείται. Η ορθή μεταβίβαση και λήψη των νοσηλευτικών πληροφοριών, ιδιαίτερα όντας υπάρχει περιορισμένος χρόνος, αναμφίβολα συμβάλλει στην παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας υγείας στους ασθενείς.

Αντίστοιχα, στη μελέτη της Μπιτσιώρη (2013) διερευνήθηκε ο ρόλος που διαδραματίζει η επικοινωνία στον τομέα της υγείας. Μέσω της βιβλιογραφικής έρευνας η οποία διενεργήθηκε, διαπιστώθηκε ότι η αποτελεσματική επικοινωνία στον

τομέα της υγείας, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μείωση των λαθών κατά την παροχή φροντίδας υγείας τόσο από το νοσηλευτικό όσο και το ιατρικό προσωπικό. Παράλληλα, συμβάλλει στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και ευρύτερα στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Η εδραίωση ενός κλίματος αμοιβαίου επαγγελματικού σεβασμού, εξασφαλίζει την καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία και την επιτυχή λειτουργία των συστημάτων υγείας.

Όσον αφορά τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, οι νοσηλευτές του Νοσοκομείου εξέφρασαν την άποψη ότι σε σημαντικό βαθμό είναι σε θέση να λάβουν πλήθος αποφάσεων σε ατομικό επίπεδο, αλλά και τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις σε θέματα που αφορούν το κομμάτι της εργασίας. Ενώ, φάνηκε να γνωρίζουν ότι υπάρχουν στόχοι για την ασφάλεια των ασθενών εντός των τμημάτων τους.

Αναμφίβολα, η λήψη κλινικών αποφάσεων στον νοσηλευτικό τομέα αποτελεί μια ιδιαίτερα πολύπλευρη διεργασία, η οποία καθιστά αναγκαία την αλληλεπίδραση γνώσεων, εμπειριών και κλινικών πληροφοριών για κάθε ένα ασθενή. Εντός αυτού του πλαισίου, η μελέτη των Καρρά και των συνεργατών (2016) διερεύνησε τη διαδικασία της λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ. Η ποιοτική μελέτη διεξήχθη με τη συμμετοχή 22 νοσηλευτών ΜΕΘ. Από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι η λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ, επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της ενεργοποίησης του διαισθητικού τρόπου σκέψης και της λήψης αποφάσεων σε ατομικό επίπεδο, όπως αντίστοιχα και στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται βάση των υφιστάμενων γνώσεων και της επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών.

Από την άλλη πλευρά, η μελέτη της Παπαθανασίου (2016) εστίασε στην αναγκαιότητα της ύπαρξης κριτικής σκέψης στη νοσηλευτική πρακτική. Η κριτική σκέψη απαιτεί τα άτομα – νοσηλευτές να έχουν ανεπτυγμένη πρωτίστως την ανεξάρτητη σκέψη. Η υιοθέτηση της κριτικής σκέψης στη νοσηλευτική, επιτρέπει την αξιολόγηση των διαφορετικών απόψεων με αμεροληψία, εξετάζοντας πάντα τα διαθέσιμα στοιχεία και όχι τις αυθαίρετες κρίσεις και τις προσωπικές ή ομαδικές αντιλήψεις – προκαταλήψεις. Παράλληλα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να χρησιμοποιούν την κριτική σκέψη αποδεχόμενοι την πιθανότητα ότι οι προσωπικές τους αντιλήψεις, προκαταλήψεις, οι πιέσεις από το κοινωνικό σύνολο και οι ατομικές τους συνήθειες, δύναται να επηρεάσουν την κριτική τους σε κάποιο βαθμό.

Αναφορικά με το επίπεδο συντονισμού και επαγγελματισμού εντός των τμημάτων του Νοσοκομείου, οι νοσηλευτές της έρευνας δήλωσαν ότι υπάρχουν γραπτές πολιτικές και διαδικασίες εντός των τμημάτων, οι οποίες αποβλέπουν στο συντονισμό των διεργασιών για την παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Ο σεβασμός και η καλή σχέση μεταξύ των νοσηλευτών – αίσθημα συναδελφικότητας, συμβάλλει στην εδραίωση κλίματος πρόθυμης συνεργασίας μεταξύ τους, αλλά και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αντίστοιχα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη αμεσότητας σε επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, σε θέματα που σχετίζονται με τις διαδικασίες φροντίδας των ασθενών, η οποία συμβάλλει σε επίπεδο ποιότητας.

Σημαντικός είναι ο ρόλος που διαδραματίζει η νοσηλευτική ηγεσία στον επαγγελματισμό και το συντονισμό των νοσηλευτών. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Κολλεγίων Νοσηλευτικής (A.A.C.N), ο ηγέτης κλινικός νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει δεξιότητες τις οποίες θα αξιοποιεί σε καθημερινή βάση κατά την άσκηση της νοσηλευτικής πρακτικής, έτσι ώστε να παρέχεται η βέλτιστη φροντίδα για τους ασθενείς. Ενώ, όπως υποστηρίζει το Ινστιτούτο Medicine οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι έτοιμοι να ηγηθούν στο σύνολο των τομέων της υγειονομικής περίθαλψης. Ο ρόλος της ηγεσίας στη νοσηλευτική πρακτική, φαίνεται να αποτελεί το θεμέλιο λίθο για τη συγκρότηση και τη διατήρηση ενός συστήματος υγείας, το οποίο θα είναι σε θέση να παράσχει υψηλού επιπέδου φροντίδα υγείας. Ενώ, παράλληλα η νοσηλευτική ηγεσία καθίσταται αναγκαία σε κάθε τομέα, προκειμένου να παράσχει υποστήριξη αλλά και να επιβραβεύσει (Ευστρατίου και συν., 2017).

Παράλληλα, η Αμερικανική Ένωση Κολλεγίων της νοσηλευτικής υποστηρίζει ότι ο νοσηλευτής που κατέχει ηγετική θέση / προϊστάμενος θα πρέπει να κατέχει δεξιότητες και ικανότητες όπως είναι η κριτική σκέψη, η ικανότητα αξιολόγησης, η ικανότητα της ορθής διαχείρισης των ασθενών, η ικανότητα κάλυψης των αναγκών τόσο των νοσηλευτών όσο και των ασθενών, η αποτελεσματική επικοινωνία, η ικανότητα διαχείρισης των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, όπως αντίστοιχα και του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού (Ευστρατίου και συν., 2017).

Ωστόσο, αναγκαία κρίνεται η περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου τον οποίο διαδραματίζει η νοσηλευτική ηγεσία, αναφορικά με το βαθμό συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών των τμημάτων του Νοσοκομείου, καθώς και

στην ενθάρρυνση των νοσηλευτών για συμμετοχή σε προγράμματα δια βίου κατάρτισης.

Ιδιαίτερα ευχάριστο είναι το γεγονός ότι, οι νοσηλευτές με περισσότερη εμπειρία φροντίζουν να καθοδηγούν και να μεταλαμπαδεύουν τις γνώσεις τους, σε συναδέλφους νοσηλευτές με μικρότερη εμπειρία. Ενώ, η ύπαρξη τεχνικών δεξιοτήτων καταδεικνύει ότι οι νοσηλευτές φροντίζουν να ενισχύουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους πάνω στο νοσηλευτικό επάγγελμα, προκειμένου να είναι σε θέση να παρέχουν εξατομικευμένη και ασφαλή φροντίδα στους ασθενείς του Νοσοκομείου.

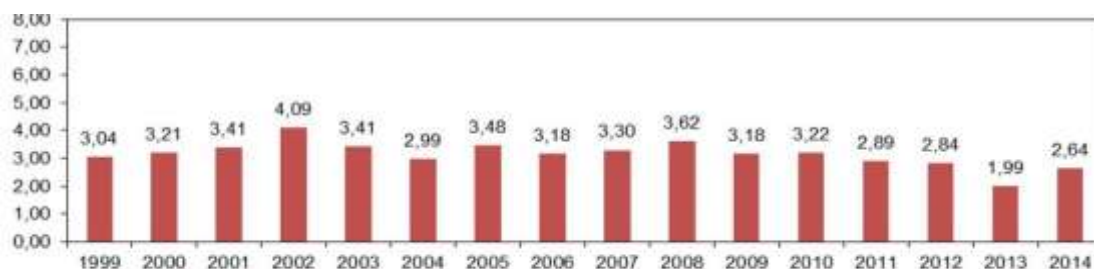
Το Μποδοσάκειο Νοσοκομείο, όπως το οραματίστηκε ο Αθανάσιος Πρόδρομος Μποδοσάκης, συγκροτήθηκε και στελεχώθηκε προκειμένου να μπορεί να ανταπεξέλθει σε περιστατικά εντός των μονάδων παραγωγής της Δημόσιας Επιχείρησης Ηλεκτρισμού (ΔΕΗ) στο λεκανοπέδιο της Εορδαίας, αλλά και στους όμορες πόλεις όπου λειτουργούν μονάδες. Αντίστοιχα, η ίδια η επιχείρηση φαίνεται ότι θεωρεί εξίσου σημαντικό, το ζήτημα της Υγείας και της Ασφάλειας της εργασίας. Εντός αυτού του πλαισίου, έχει υιοθετήσει μέτρα προστασίας και κανονισμούς ασφαλείας, σύμφωνα με το υφιστάμενο οργανωτικό της σχήμα και τις δραστηριότητες της. Συγκεκριμένα, έχει συγκροτηθεί η Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία, η οποία ασχολείται με ζητήματα σχετικά με τους τομείς της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων, σε συνεργασία με τις αρμόδιες Υπηρεσιακές Μονάδες της ΔΕΗ Α.Ε., με βασική αρμοδιότητα την Εσωτερική Προστασία και Πρόληψη.

Παράλληλα, η πολιτική για την Υγεία και την Ασφάλεια στη ΔΕΗ, υποστηρίζεται πανελλαδικά από 100 τεχνικούς ασφαλείας, 40 ιατρούς εργασίας και 80 νοσηλευτές. Η ΔΕΗ καταγράφει και αναγγέλλει στις αρμόδιες αρχές της χώρας, το σύνολο των εργατικών ατυχημάτων που συμβαίνουν εντός των εγκαταστάσεων της. Η ανάλυση των ατυχημάτων αποβλέπει στην λήψη πρόσθετων μέτρων ασφαλείας. Ενώ, κάθε χρόνο εκδίδεται τεύχος με τη στατιστική ανάλυση των ατυχημάτων, προκειμένου να παρακολουθεί τις εξελίξεις.

Σύμφωνα με το δείκτη συχνότητας ατυχημάτων κατά ESAW (EuropeanStatisticsonAccidentsatWork), τα εργατικά ατυχήματα στις Μονάδες Παραγωγής της ΔΕΗ ήταν σημαντικά αυξημένα το 2002, σημειώνοντας έκτοτε μια

σταδιακή πτώση όπως φαίνεται στο Γράφημα 5.6. Ενώ, σχεδόν ανά τετραετία παρουσιάζουν μια ελαφριά αύξηση.

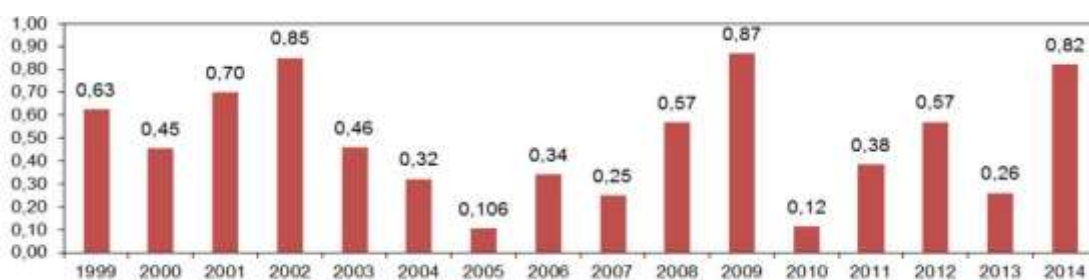
**Γράφημα 5.6.** Δείκτης συχνότητας ατυχημάτων στη ΔΕΗ



Πηγή: <https://www.dei.gr/Default.aspx?id=3907&nt=18>

Όσον αφορά το δείκτη σοβαρότητας των ατυχημάτων, το 2002, το 2009 και το 2014 παρουσίασε σημαντική αύξηση, γεγονός που επισημαίνει ότι τα συγκεκριμένα έτη τα ατυχήματα που έλαβαν χώρα ήταν ιδιαίτερα σοβαρά –θανατηφόρα (Γράφημα 5.7.).


**Γράφημα 5.8.** Δείκτες σοβαρότητας ατυχημάτων στη ΔΕΗ



Πηγή: <https://www.dei.gr/Default.aspx?id=3907&nt=18>

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.38., μολονότι το 2014 εμφανίζεται μειωμένος ο αριθμός των ατυχημάτων σε σχέση με το 2012, εντούτοις αυξημένος ήταν ο αριθμός των θανατηφόρων ατυχημάτων, η συχνότητα πρόκλησης και ο συνολικός αριθμός απουσίας των υπαλλήλων από την εργασία τους. Γεγονός το οποίο φαίνεται να δοκιμάζει συνεχώς τα επίπεδα ετοιμότητας του Μποδοσάκειου Νοσοκομείου, όπως αντίστοιχα τα επίπεδα συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών, όσον αφορά την άμεση διαχείριση των περιστατικών- διαλογή ασθενών.

**Πίνακας 5.38.** Επίδοση υγείας και ασφάλειας



Στοιχεία Υγείας και Ασφάλειας ΔΕΗ	2012	2013	2014
Συνολικός αριθμός ατυχημάτων <sup>1</sup>	79	60	64
Συνολικός αριθμός θανατηφόρων ατυχημάτων	2	1	3
Δείκτης θανατηφόρων ατυχημάτων <sup>2</sup>	1,30	0,77	2,33
Δείκτης συχνότητας ατυχημάτων <sup>3</sup>	2,68	1,99	2,64
Συνολικός αριθμός ημερών απουσίας λόγω ατυχημάτων	14.542	7.832	19.970
Δείκτης σοβαρότητας ατυχημάτων <sup>4</sup>	0,49	0,26	0,82
Συνολικός αριθμός ημερών απουσίας από την εργασία <sup>5</sup>	81.158	58.888	55.464
Δείκτης απουσιών <sup>6</sup>	2,84%	2,21%	2,14%

Πηγή: Απολογισμός – Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης 2014

Αντίστοιχα, σε τακτικά χρονικά διαστήματα πραγματοποιούνται από τη ΔΕΗ ασκήσεις ετοιμότητας εκτάκτων αναγκών σε συνεργασία με το Μποδοσάκειο Νοσοκομείο. Ωστόσο, ζητήματα όπως ο βαθμός ετοιμότητας, τα επίπεδα συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με την άμεση αντιμετώπιση περιστατικών εκτάκτων αναγκών χρίζουν περαιτέρω διερεύνησης.



## Βιβλιογραφία

Ελληνική

Ευρωπαϊκή Εταιρεία Νοσηλευτών Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης (2017). *Η τέχνη της επικοινωνίας*. Ισπανία: Imprenta Tomás Hermanos.

Ευστρατίου, Φ., Ρουμελιώτης, Ε. & Ευστρατίου, Ν. (2017). Η ηγεσία στην κλινική νοσηλευτική πράξη. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 6(1), 45-54.

Καλοκαιρινού, Α. & Αναγνωστοπούλου, Α. (2007). Από το νοσοκομείο στο Σπίτι: Ο ρόλος του Ιατρού και του Νοσηλευτή. Πρακτικά 5<sup>ου</sup> Πολυθεματικού Ιατρικού Συνεδρίου Νεάπολη Λακωνίας.

Καρανικόλα, Μ., Παπαθανάσογλου, Ε., Παπαδάτου, Δ., Κουτρούμπα, Α. & Λεμονίδου, Χ. (2008). Ποιοτική διερεύνηση των παραγόντων επαγγελματικής ικανοποίησης σε ελληνικό νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 21, 11-22.

Καρρά, Β., Καλαφάτη, Μ., Λεμονίδου, Χ., Παπαθανάσογλου, Ε. & Γιαννακοπούλου, Μ. (2015). Ποιοτική διερεύνηση της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 51, 125-136.

Καυκιά, Θ. (2016). Ειδικευμένοι νοσηλευτές: αναγκαιότητα ή πολυτέλεια; *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9(3), 3-5.

Κονδύλης, Εμμ. (2010). *Τα μυστικά της ομαδικής επιτυχίας*. Στο. Σ. Παντελή. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Κουτούζης, Μ. (1999). *Η επικοινωνία σε έναν οργανισμό*. Πάτρα: ΕΑΠ.

Λιονής, Χ., Βιβιλάκη, Β., Αδαμακίδου, Θ. & Σακελλάρη, Ε. (2015). Η ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ορισμός και έννοιες. Στο.

Μπακάλης, Ν., Αθανασούλα, Π., Κάππα, Σ., Καραγιάννη, Μ., Σιάννα, Δ. & Σταματάκης, Τ. (2011). Η συσχέτιση της Δια Βίου Εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού προσωπικού με τη Βασική Νοσηλευτική Φροντίδα σε παιδιατρικά νοσοκομεία. *Αχαϊκή Ιατρική*, 30(1), 72-75.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2005). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας.

Μπιτσώρη, Ζ. (2013). Ο ρόλος της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2(2), 65-72.

Μπουραντάς, Δ. (1992). *Μάνατζμεντ: οργανωτική θεωρία και συμπεριφορά*. Αθήνα: Εκδόσεις TEAM.

Παναγιωτοπούλου, Α. (2019). Διερεύνηση και διαχείριση συγκρούσεων ανάμεσα στις διαφορετικές εκπαιδευτικές βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου. Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: ΕΑΠ.

Παπαθανασίου, Ι. (2016). Η κριτική σκέψη στη Νοσηλευτική πρακτική: επίκαι

Πεταλωτή, Σ. (2014). Η Δια Βίου Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική Επιστήμη και Πράξη: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ανασκοπήσεις*, 2(2), 47-51.

Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ. & Σωτηριάδου, Κ. (2010). Ο διακριτικός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μάνατζμεντ του νοσοκομείου. *InterscientificHealthCare*, 2(4), 148-154.

Σωτηρίου, Σ., Κορδονούρη & Ζαφρανίδου, Α. (2013) *Κοινωνική και Πολιτική Αγωγή*. Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Αθήνα: Εκδόσεις Διόφαντος.

Τσίγλα, Ε. (2016). Διαπροσωπική επικοινωνία. Διαλέξεις ΑΠΘ.

#### Ξενόγλωσση

Alie, R.E., Beam, H. & Carey, T.A. (1998). The use of teams in an undergraduate management Program. *Journal of Management Education*, 22(6), 707-19.

American Organization of Nurse Executives (2005). Leadership: Nurse executive competencies.

American Association of Colleges of Nursing, (2001) Nursing shortage fact sheet.

Anzieu, D. & Martin, J.Y. (1968). *La Dynamic des groups restrains*. Paris: PUF.

Apker, J. & Fox, D.H. (2002). Improving RN's Organizational and Professional Identification in Managed Care Hospitals. *JONA*, 32(2), 106-14.

Apker, J., Propp, K., Ford, W. & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: Professional Nurse Communication skill sets in Health Care Team Interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-9.

- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Prentice-Hall.
- Baron, D. & Besanko, D. (1992). Information, Control and Organizational Structure. *Journal of Economics & Management Strategy*, 1(2), 237-75.
- Blackwell, C. & Felber, N. (2015). Certification and education as determinants of nurse practitioner scope of practice: An investigation of the rules and regulations defining Nurse Practitioner scope of practice in the United States. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 552-557.
- Bagg, J.G. & Schmitt, M.H. (1988). Collaboration between nurses and physicians. *Journal Nurse Scholarship*, 20(3), 145-9.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Prentice-Hall.
- Baron, D. & Besanko, D. (1992). Information, control and organizational structure. *Journal of Economics & Management Strategy*, 1(2), 237-275.
- Brock, D., Abu-Rich, E., Chiu, R. et al. (2013). Interprofessional education in team communication: Working together to improve patient safety. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1057), 642-51.
- Buchbinder., S.B. & Buchbinder, D. (2014). In, Rubino L, Esparza S Chassiakos YR New leadership for today's health care professionals: Concepts and cases. (1 eds) USA: Jones & Bartlett Learning.
- Chung, B., Dopheide, J.A. & Gregerson, P. (2011). Psychiatric pharmacist and primary care collaboration at a skid-row safety-net clinic. *Journal of the National Medical Association*, 103(7), 567-74.
- Cohen, S.G. & Bailey, D.E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23, 239-290.
- Dickerson, J. & Latina, A. (2017). A collaborative approach improves patient care. *Nursing*, 47(10), 16-17.
- Guzzo, R.A. & Shea, G.P. (1992). Group Performance and Intergroup Relations in Organizations," In: M. D. Dunnette and L. M. Hough, Eds., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, (269-313). Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

- Hamm, R.M. (1988). Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the Cognitive Continuum. In: J. Dowie, A. Elstein (eds), *Professional Judgment: a reader in clinical decision making*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hammond, K.R. (1986). A theoretically based review of theory and research in judgment and decision making (Report #260). Boulder: University of Colorado.
- Hartenian, L.S. (2003). Team member acquisition of team knowledge, skills, and abilities. *Journal of Team Performance Management*, 9(1), 23-30.
- Henneman, E.A., Lee, J.I. & Cohen, J.L. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Learning*, 21(1), 103-9.
- Homans, G. (1958). Social Behavior as exchange. *Chicago Journals*, 63(6), 597-606.
- Higazee, M.Z.A. (2015). Types and levels of conflicts experienced by nurses in hospital settings. *Health Science Journal*, 9(6), 1-7.
- Huss, N., Schiller, M. & Schmidt, M. (2013). Areas of nursing within the multi-disciplinary team and general nursing practice. *Fachenglisch für Pflege und Pflegewissenschaft*, 43-77.
- Guzzo, R.A. & Shea, G.P. (1992). "Group Performance and Intergroup Relations in Organizations," In: M. D. Dunnette and L. M. Hough, Eds., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1992, pp. 269-313.
- Jones, C. (2009). Interdisciplinary approach - advantages, disadvantages, and the future benefits of interdisciplinary studies. *ESSAI*, 7(26).
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington DC: The National Academic Press.
- Katzenbach, J.R. & Smith, D. (1993). *The Wisdom of Teams*. HarperCollins.
- Khawam, A.M., DiDona, T. & Hernandez, B. (2017). Effectiveness of teamwork in the workplace. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*, 32(3), 267-286.
- Kouzes, J.M. & Posner, B.J. (1987). *The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass

- Leever, A.M., Hulst, M.V., Berendsen, A.J. et al. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians - a qualitative study. *Journal of Interprofessional care*, 24, 612-624.
- Liao, C., Qin, Y., He, Y. & Guo, Y. (2015). The Nurse-Nurse Collaboration behavior Scale: Development and Psychometric testing. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), 334-339.
- Levi, D. (2014). *Group dynamics for teams*. Thousand Oaks: Sage
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2012). Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application. (7 eds) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Mayo, A. & Woolley, A.W. (2016). Teamwork in Health Care: Maximizing Collective Intelligence via Inclusive Collaboration and Open Communication. *American Journal of Ethics*, 18(9), 933-940.
- Meretoja, R. Isoaho, H. & Leino – Kilpi, H. (2002). Nurse competence Scale: Development and psychometric testing. *Methodological Issues in Nursing Research*.
- Mitchell, T. & Larson, J. (1987). *People in Organizations*. McGraw – Hill.
- Richter, A.W., Dawson, J.F. & West, M.A. (2011). “The effectiveness of teams in organizations: A meta-analysis”. *International Journal of Human Resource Management*, 22(13).
- Ritter-Teitel, J. (2001). An Exploratory Study of a Predictive Model for Nursing-Sensitive Patient Outcomes Derived from Patient Care Unit Structure and Process Variables [unpublished doctoral dissertation]. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania; 2001. Dissertation Abstracts.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D. et al. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230-41.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M. & Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan,” *Palliative Medicine*, 17(6), 520–526.

Sederblad, P. &Scholin, T. (2007). Team working in the public sector and the meaning of diversity. Conference Paper. International Workshop on Teamworking, Copenhagen, Denmark.

Shaw, M.E. (1976). *Group dynamics* (2nd ed.). New Delhi: Tata McGraw Hill

Swansburg, R. (1999). Εισαγωγήστηνοσηλευτικήδιοίκησηκαιηγεσία. (Επιστ. Επιμέλεια) Ε. Αποστολοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.

Tarricone, P. &Luca, J. (2002).Successful teamwork: A case study. 25<sup>th</sup> HERDSA Annual Conference, 7-10 July, Perth, Australia.

Tajfel, H. &Turner, J. (1979). The social identity theory of intergroup behavior

Topcu, I., Turkmen, A.S., Sahiner, N.C., Savaser, S. &Sen, H. (2017). Physician's and Nurse's medical errors associated with communication failures. *The Journal of Pakistan Medical Association*, 67(4), 600-604.

Valiee, S., Peyrovi, H. &Nasrabadi, A.N. (2014). Criticalcare nurse's perception of nursing error and its causes: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 46(2), 2016-13.

Walters, S.J. (2015). The measurement of collaboration within healthcare settings.

Wheelan, S. (2013). *Creating effective teams: A guide for members and leaders* (4<sup>th</sup> ed). Thousand Oaks: Sage.

Wick, J.Y. (2013). Improving communication among health professionals, avoiding mistakes. *Consult Pharm*, 28(8), 483-4.

Wood, D. &Gray, B. (1991). Toward a comprehensive theory of collaboration. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 27(2), 139-162.

Zamanzadeh, V., Irajpour, A., Valizadeh, L. &Shohani, M. (2014). The meaning of collaboration, from the perspective of Iranian Nurses: A Qualitative Study. *Scientific World Journal*,

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *CochraneDatabaseSystemReview*, 1-31.

## Παράρτημα

### Ερωτηματολόγιο

Το παρόν ερωτηματολόγιο συγκροτήθηκε στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής διατριβής με θέμα «**Η συμβολή της συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών στην ποιότητα της περίθαλψης. Η περίπτωση του Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο»**». Παρακαλείσθε να απαντήσετε σύμφωνα με την προσωπική σας άποψη στις παρακάτω ερωτήσεις, οι οποίες διερευνούν το βαθμό της συνεργασίας και της επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και τον αντίκτυπο αυτής στην ποιότητα της φροντίδας υγείας, στο Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο».

Ευχαριστώ εκ των προτέρων  
Συμεωνίδου Παρθένα.

Φοιτήτρια μεταπτυχιακού προγράμματος "Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας"  
Σχολή Οικονομίας και Διοίκησης - Οργανισμών Μάρκετινγκ και Τουρισμού Σχολή  
Επιστημών Υγείας - Τμήμα Νοσηλευτικής Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας  
Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδας

### A. Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο	Ανδρας		Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η		
	Γυναίκα			Άγαμος/η		
				Διαζευγμένος/η		
				Χήρος/α		
Ηλικία	20-30 ετών		Νοσηλευτική ειδικότητα			
	31-40 ετών					
	41-50 ετών					
	51-60 ετών					
	>60 ετών					
			Έτη προϋπηρεσίας	< 5 έτη		
				5-10 έτη		
				11-20 έτη		
				21-30 έτη		
				> 30 έτη		
Μορφωτικό Επίπεδο	Υποχρεωτική εκπαίδευσης			Τμήμα Νοσοκομείου		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση					
	ΙΕΚ					
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ					
	Απόφοιτος /η ΑΕΙ					
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού					
	Κάτοχος Διδακτορικού					

Κάθε ερώτηση ακολουθείται από μια κλίμακα με τέσσερις διαβαθμίσεις (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ 5=συμφωνώ απόλυτα). Παρακαλώ σημειώστε με ένα √ στις δηλώσεις που ανταποκρίνονται στη δική σας περίπτωση.

### B. Διαχείριση Συγκρούσεων (στρατηγική διαχείρισης συγκρούσεων στο εσωτερικό της ομάδας)

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Εξετάζονται όλες οι απόψεις προσεκτικά προκειμένου να βρεθεί η καλύτερη δυνατή λύση σε ένα πρόβλημα;					
2. Εργάζονται όλοι οι νοσηλευτές/τριες σκληρά για να επιτύχουν την καλύτερη δυνατή λύση;					
3. Συνεργάζονται οι νοσηλευτές του τμήματος για να επιλύσουν μια σύγκρουση;					
4. Επικοινωνούν ειλικρινά μεταξύ τους οι συνάδελφοι νοσηλευτές κατά τη λήψη αποφάσεων;					



### Γ. Επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
5. Σας είναι εύκολο να μιλήσετε ειλικρινά για τον εαυτό σας με τους άλλους νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα;					
6. Επικοινωνούν ανοιχτά μεταξύ τους οι νοσηλευτές;					
7. Θεωρείτε ότι είναι ευχάριστη η ομιλία με άλλους νοσηλευτές σε αυτή τη μονάδα;					
8. Ζητούνται συμβουλές από άλλους νοσηλευτές σε αυτή τη μονάδα;					
9. Μεταβιβάζονται με ακρίβεια οι επιθυμητές πληροφορίες μεταξύ των νοσηλευτών σε αυτή τη μονάδα;					
10. Αντιλαμβάνονται πλήρως ορισμένοι νοσηλευτές τις πληροφορίες που λαμβάνουν;					

### Δ. Κοινές διαδικασίες στη λήψη αποφάσεων

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
11. Είσατε σε θέση να λάβετε πολλές αποφάσεις από μόνη/μόνος σας;					
12. Έχετε τη δυνατότητα να λαμβάνετε αποφάσεις σχετικά με το τι συμβαίνει στην εργασία σας;					
13. Συμφωνούν οι νοσηλευτές με τους στόχους ασφαλείας των ασθενών εντός των τμημάτων;					

### Ε. Συντονισμός και επαγγελματισμός

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
14. Υπάρχουν γραπτές πολιτικές και διαδικασίες σχετικά με το συντονισμό της περίθαλψης στο τμήμα σας;					
15. Υπάρχει σεβαστή και εγκάρδια σχέση μεταξύ των νοσηλευτών;					
16. Υπάρχει προθυμία για συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών;					

17. Υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών, σχετικά με τα θέματα φροντίδας των ασθενών;					
18. Έχουν οι νοσηλευτές του τμήματος τις τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται για την παροχή ασφαλούς φροντίδας στους ασθενείς;					
19. Συμβάλλουν στην καθοδήγηση και διδασκαλία των λιγότερων έμπειρων νοσηλευτών, οι νοσηλευτές με περισσότερη εμπειρία στο τμήμα σας;					
20. Υποστηρίζει τη συνεργασία η νοσηλευτική ηγεσία;					

21. Τι θα προσθέτατε επιπλέον εσείς;

.....

.....

.....