Neapolis University Pafos
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΝΙΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ
Α.Μ. 1113304701

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΖΑΒΡΑΣ

ΠΑΦΟΣ 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ... 1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ... 3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ... 3
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ... 6
ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ ... 9
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ... 9
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ - ΗΓΕΤΗΣ ... 10
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ... 10
ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ ... 12
ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ... 12
ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΗΓΕΤΗ ... 15
ΜΕΛΕΤΕΣ ΟΧΑΪΟ ... 16
ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΣΙΓΚΑΝ ... 16
ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ... 17
ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FIEDLER ... 17
ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ HERSEY & BLANCHARD ... 18
ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΑΛΛΑΓΗΣ ΗΓΕΤΗ - ΜΕΛΟΥΣ ... 19
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΗΓΕΣΙΑΣ ... 19
ΗΓΕΣΙΑ ΤΩΝ «ΚΒΑΝΤΩΝ» ... 20
ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ ... 21
ΣΥΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ ... 21
ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ ... 22
ΗΓΕΣΙΑ ΣΧΕΣΕΩΝ ... 23
ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΕΝΗ ΗΓΕΣΙΑ ... 25
ΗΓΕΣΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ... 26
ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΓΕΣΙΑΣ ... 26
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ... 28
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ... 35
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ... 36
ΨΥΧΙΚΗ / ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ ... 38
ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ... 39
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ... 40
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ... 43
ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΣ ... 43
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ - ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ... 43
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ... 43
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ... 44

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ 44
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 46
ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ 54
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 58
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 58
ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 61
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ 65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 66
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 66
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 66
ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 71
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ 75
ΕΙΣΑΓΩΓΗ 75
ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΣ 76
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ - ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ 76
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ 77
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ 78

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία, εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση του Πανεπιστημίου «Νεάπολις» Πάφου, υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κ. Δημήτριου Ζάβρα. Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Ζάβρα, για την ευκαιρία που μου έδωσε να καταπιαστώ με ένα τόσο ενδιαφέρον αντικείμενο, το οποίο ανταποκρίνεται απόλυτα στα επιστημονικά και επαγγελματικά μου ενδιαφέροντα, καθώς και για την αμέριστη συμπαράστασή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου. Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά τους Καθηγητές Σπύρο Βλιάμο, Κωνσταντίνο Αθανασόπουλο και Μαίρη Γείτονα για την άψογη καθοδήγηση και διδασκαλία τους καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Θα ήθελα παράλληλα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους φίλους και συναδέλφους μου οι οποίοι συμμετείχαν μετά προθυμίας στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συμβάλλοντας τα μέγιστα στην επιτυχή ολοκλήρωση του παρόντος πονήματος.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για τη διαρκή συμπαράσταση και υπομονή της κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Ιδιαίτερα, ευχαριστώ τη σύζυγό μου Δήμητρα και τις κόρες μου Σταύρη, Νεοφύτα και Χριστίνα.

Στις τέσσερις γυναίκες της ζωής μου…

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εξέλιξη της τεχνολογίας, οι ανακατατάξεις στην οικονομία και η αναδιάρθρωση της Δημόσιας Υπηρεσίας δε θα μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστο και το χώρο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ειδικότερα των νοσηλευτικών τμημάτων ψυχικής υγείας.

Αναμφίβολα, οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών τμημάτων ψυχικής υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο προκειμένου να επιτύχει η αποστολή του τμήματός τους. Ανάμεσα στα πολλά χαρίσματα που πρέπει να διαθέτει ένας προϊστάμενος τμήματος ψυχικής υγείας είναι η υψηλή επιστημονική κατάρτιση, η μακροχρόνια επαγγελματική εμπειρία αλλά, όπως θα καταδειχθεί και στην παρούσα εργασία, και το υψηλό επίπεδο της ψυχικής του υγείας.

Χαρακτηριστικά όπως η ευρύτητα γνώσεων και αντιλήψεων, η διορατικότητα, η αυτοπεποίθηση, το ερευνητικό πνεύμα και η ικανότητα λήψης αποτελεσματικών αποφάσεων θα πρέπει να κοσμούν τους προϊσταμένους των τμημάτων ψυχικής υγείας οι οποίοι επιβάλλεται την ίδια στιγμή να παραμένουν ψυχικά υγιείς, να έχουν διαύγεια και «καθαρό» μυαλό, ώστε να μπορούν να καθοδηγούν του υφιστάμενούς τους αλλά και να βοηθούν τους ασθενείς.

Εντούτοις, η σύγκρουση και η ασάφεια ρόλων, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η επαγγελματική εξάντληση, οδηγούν συχνά τους νοσηλευτές και τους προϊσταμένους στο να βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και άλλα προβλήματα που πλήττουν την ψυχική τους υγεία. Σύμφωνα μάλιστα με τους Avey et al. (2009), στις Η.Π.Α. η εργασία αναγνωρίζεται ως η σημαντικότερη πηγή άγχους ενώ σε έρευνα που έγινε στην Ιταλία βρέθηκε ότι το ένα τρίτο των νοσηλευτών εμφάνιζε προβλήματα άγχους και κατάθλιψης (Taboli et al., 2006).

Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης[1] (2009), το στρες που σχετίζεται με την εργασία είναι μια διαδικασία όπου οι διαφόρων ειδών εργασιακές απαιτήσεις υπερβαίνουν την ικανότητα ενός ατόμου να τα βγάλει πέρα. Αν μάλιστα αυτό είναι χρόνιο ή/και σοβαρό, μπορεί να οδηγήσει σε κακή σωματική και ψυχική υγεία και συνδέεται με την απουσία λόγω ασθένειας, την εναλλαγή προσωπικού και την κακή απόδοση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκύψει όταν δεν υπάρχει επαρκής προσοχή κατά τον σχεδιασμό των θέσεων εργασίας και σωστός τρόπος οργάνωσης και διοίκησης.

Η αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων εξαρτάται μεν από την ανώτερη διοίκηση αλλά δε θα πρέπει να αγνοούμε και το γεγονός ότι οι ίδιοι οι διοικούντες καταβάλλονται συχνά από υπερβολικό άγχος και παρουσιάζουν προβλήματα αναφορικά με την ψυχική τους υγεία. Η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη αποσκοπεί αφενός στη διερεύνηση και παρουσίαση του ρόλου των προϊσταμένων των νοσηλευτικών μονάδων ψυχικής υγείας και αφετέρου στη διερεύνηση της ψυχικής τους υγείας.

Αποτελεί γενικά αποδεκτή άποψη ότι ο εκάστοτε προϊστάμενος νοσηλευτικός λειτουργός διαδραματίζει βαρυσήμαντο ρόλο στην ομαλή λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος. Παράλληλα ωστόσο, προκειμένου να φέρει εις πέρας το δύσκολο έργο που έχει αναλάβει, ο προϊστάμενος επιβάλλεται να είναι ψυχικά υγιής, πόσο μάλλον όταν προΐσταται νοσηλευτικών τμημάτων που απευθύνονται σε ασθενείς με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα (Μπαμπάτσικου & Γερογιάννη, 2012).

[1]Πηγή: Καλή εργασία και καλή υγεία [online]. Διαθέσιμο στο: http://intranet.etno.be/mailroot/GWGH/assets/plugindata/poolb/etno_goodpracticeguidelines_gr.pdf

Όπως υποστηρίζουν οι Μπαμπάτσικου και Γερογιάννη (2012), για την επιτυχημένη λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος, ο προϊστάμενος θα πρέπει να διαθέτει υψηλή επιστημονική κατάρτιση και μακροχρόνια επαγγελματική εμπειρία στο χώρο της νοσηλευτικής.

Επιπλέον, σύμφωνα με τη Βουκάλη (2003), ανάμεσα στις πολλές υποχρεώσεις και καθήκοντα που αναλαμβάνει, ο προϊστάμενος επωμίζεται τη ρύθμιση των δραστηριοτήτων των νοσηλευτών και του τμήματος, τη διόρθωση ή και απόρριψη μιας διαδικασίας όταν αυτή δεν εκπληρώνει το σκοπό της και την πρόληψη προβλημάτων και δυσκολιών που απορρέουν από συγκρούσεις ανάμεσα στους εργαζομένους. Ταυτόχρονα, ο ιδανικός προϊστάμενος, θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ραγδαίες εξελίξεις της τεχνολογίας, καθοδηγώντας την ομάδα του με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζει παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Τέλος, είναι καθήκον του να επιλέγει ο ίδιος ποιο πρότυπο ηγεσίας είναι πιο αποτελεσματικό για το τμήμα του οποίου ηγείται.

Αξιοσημείωτα είναι τα συμπεράσματα έρευνας που δημοσιεύτηκε το 2010 στην Ελλάδα (Κούκια και Γκόνης, 2010), τα οποία αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, καλούνται να αναλάβουν έναν απαιτητικό ρόλο στην καθημερινή κλινική πρακτική με ανεπαρκή εκπαίδευση, προετοιμασία και στήριξη. Στην ίδια έρευνα επισημαίνεται ότι η ψυχολογική στήριξη του προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικούς χώρους και η κλινική εποπτεία είναι σημαντικά θέματα στην κλινική πρακτική, ενώ τονίζεται ότι η ψυχολογική επιβάρυνση παρουσιάζεται περισσότερο στους νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια υπηρεσίας.

Επιπλέον, σημαντικά είναι τα πορίσματα έρευνας των Γκεσούλη et al. (2012), σύμφωνα με τα οποία οι προϊστάμενοι νοσηλευτές και οι υπεύθυνοι βάρδιας των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων εμφανίζουν σημαντική επιβάρυνση της

ψυχικής τους υγείας σε ποσοστό 10% . Σύμφωνα με τους Παπαγεωργίου et al. (2007) και Greenglass et al. (2007), οι νοσηλευτές στο σύνολό τους παρουσιάζουν πιο υψηλά επίπεδα άγχους, σωματοποίησης και κοινωνικής δυσλειτουργίας συγκρινόμενοι με τις άλλες ομάδες εργαζομένων στις μονάδες υγείας, με κυριότερα τα προβλήματα άγχους και κατάθλιψης.

Τέλος, σχετική έρευνα στην Ιταλία, κατέδειξε ότι το ένα τρίτο των νοσηλευτών εμφάνιζε στο GHQ βαθμολογία τυπική για άγχος ή κατάθλιψη (Taboli et al., 2006) με τους νοσηλευτές να παρουσιάζουν επίσης συχνά σωματικά ενοχλήματα, όπως αίσθημα έντονης κόπωσης, κεφαλαλγίες, οσφυαλγίες, διαταραχές ύπνου και καρδιαγγειακά νοσήματα. Ωστόσο, φαίνεται πως υφίστανται διαφορές , ανάλογα με την ιεραρχία στο τμήμα, με τους προϊσταμένους να εμφανίζουν συγκριτικά μικρότερη επιβάρυνση και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία και τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους (Lee & Henderson, 1996).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Παρόλο που ασκείται ως λειτούργημα από τους αρχαίους χρόνους με επικέντρωση στην περίθαλψη και φροντίδα των ασθενών (θεραπαινίδες), η επαγγελματική ταυτότητα της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης και κυρίως της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, διαμορφώθηκε στα τέλη του 19ου αιώνα (Σταθαρού et al., 2005).

Τη συγκεκριμένη περίοδο κοινωνικο-οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες αποτέλεσαν αφορμή για σημαντικές εξελίξεις και διαφοροποιήσεις σε πολλούς τομείς. Παράλληλα, ο Ευρωπαϊκός και Αμερικανικός Διαφωτισμός με το ανθρωπιστικό ρεύμα επηρέασαν τις τάσεις για περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών. Ο ρόλος των νοσηλευτών στα ψυχιατρικά ιδρύματα ακολούθησε και αυτός μια

πορεία διαφοροποίησης και εξέλιξης σε πολλές χώρες, με διαφορετική ωστόσο ταχύτητα.

Στις Η.Π.Α. για παράδειγμα, οι κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες ευνόησαν την υιοθέτηση αλλαγών πιο νωρίς από άλλες χώρες. Πρωτοπόρος στον τομέα θεωρείται η Florence Nightingale (1820-1910), η οποία και ίδρυσε την πρώτη σχολή για νοσηλευτές το 1860 στο Λονδίνο και το 1870 στις Η.Π.Α, ιδρύοντας το New England Hospital.

Η Linda Richards, η οποία στη συνέχεια αποτέλεσε σημαντική μορφή στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική Εκπαίδευση, υπήρξε η πρώτη που αποφοίτησε από τη συγκεκριμένη σχολή και αναγνωρίζεται ως η πρώτη εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια.

Ακολούθως, το 1873 ιδρύθηκαν κι άλλες σχολές κατά το πρότυπο της Nightingale. Είναι ενδεικτικό ότι μόνο στις Η.Π.Α. στις αρχές του αιώνα ο αριθμός των νοσοκομείων αυξήθηκε από 178 σε 2.500 και το 1880 υπήρχαν 15 σχολές με 323 σπουδαστές. Όσον αφορά συγκεκριμένα τους νοσηλευτές ψυχιατρικής, στις αρχές του 1880 δεν υπήρχαν εκπαιδευμένοι ψυχιατρικοί νοσηλευτές και η φροντίδα των ψυχασθενών είχε ασυλικό χαρακτήρα ενώ το προσωπικό ήταν τυχαίο (Σταθαρού et al., 2005).

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι παρόλο που οι πρώτες σχολές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία εθεωρούντο σημαντικές από τους ιατρικούς διευθυντές τους, είχαν χαμηλό γόητρο. Διέθεταν χαμηλά κριτήρια εκπαίδευσης σε σχέση με τις σχολές στα γενικά νοσοκομεία, έβρισκαν δύσκολα πρωτοετείς και συχνά βασίζονταν σε ανθρώπους που ήταν ήδη φύλακες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία (Σταθαρού et al., 2005).

Από τα πιο πάνω προκύπτει λοιπόν ότι τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στον υπόλοιπο κόσμο, η ψυχιατρική νοσηλευτική είχε χαμηλό γόητρο, η εκπαίδευση ήταν ιατροκεντρική και η παροχή φροντίδας ασυλικού χαρακτήρα (Σταθαρού et al., 2005).

Εξετάζοντας τα καθ' ημάς, αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα παρατηρείται έλλειψη γραπτών πηγών σε σχέση με την Ψυχιατρική, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα

δύσκολη την αποσαφήνιση της εικόνας που είχε η συγκεκριμένη επιστήμη, κυρίως πριν το 1882. Σύμφωνα πάντως με τους Σταθαρού et al. (2005), η ιατρική ως επιστήμη ήταν πρωτόγονη και η ψυχιατρική φροντίδα ανύπαρκτη.

Η πρώτη σοβαρή εκδήλωση μέριμνας για τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων εμφανίζεται με τον «Περί συστάσεως φρενοκομείων νόμο» του 1862. Νόμος, ο οποίος τελικά δεν υλοποιήθηκε εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών. Τη συγκεκριμένη λοιπόν περίοδο δε γίνεται πουθενά λόγος για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας από ειδικευμένα άτομα στον ελλαδικό χώρο (Σταθαρού et al., 2005).

Το 1875 ιδρύεται στην Ελλάδα το «Νοσοκομικόν Παιδευτήριον», η πρώτη σχολή αδελφών του Ευαγγελισμού, ενώ το 1887 ιδρύεται το Νοσοκομείον του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Μέχρι το 1914, η στελέχωση των ιδρυμάτων που υπήρχαν για τους ψυχοπαθείς γινόταν είτε από αστυνομικούς είτε από πολίτες που είχαν ρόλο διευθυντή, οικονόμου και νοσοκόμου. Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι η νοσηλεία περιελάμβανε τη χρήση περιοριστικών μέτρων, όπως αλυσίδες και ζουρλομανδύες, και το ανειδίκευτο προσωπικό προσέφερε στοιχειώδη φροντίδα χωρίς ουσιαστική θεραπεία των ασθενών (Σταθαρού et al., 2005).

Οι συνθήκες αρχίζουν να βελτιώνονται μετά την Μικρασιατική Καταστροφή οπότε και αυξάνεται η ζήτηση. Σταδιακά, αναδιοργανώνονται τα Δημόσια Ψυχιατρεία, ενώ το 1934 με τον νόμο «Περί οργανώσεως των Δημόσιων Ψυχιατρείων», γίνεται η πρώτη νομοθετική ρύθμιση για την οργάνωση της ψυχιατρικής νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα (Σταθαρού et al., 2005).

ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Αν και είναι δύσκολο να οριστεί με σαφήνεια η έννοια της ψυχικής υγείας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1948), προσδιόρισε την Ψυχική Υγεία ως «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στη κοινότητα του».

Υπό αυτό το πρίσμα, η Ψυχική Υγεία επηρεάζεται και εξαρτάται σημαντικά από τις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους και από την ανταπόκριση που έχει από το περιβάλλον του. Επίσης, αφορά στο βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να προσαρμοστεί στις εκάστοτε κοινωνικές ανάγκες και πιέσεις, το βαθμό της αυτοεπίγνωσης του σχετικά με τις ανάγκες του, τους στόχους του, τους διάφορους κοινωνικούς ρόλους που καλείται κάθε φορά να αναλάβει, τα συναισθήματά του και την ικανότητα αντίληψης της αντικειμενικής πραγματικότητας. Όλα αυτά βέβαια αντικατοπτρίζουν την εσωτερική δομή προσωπικότητας του ατόμου, η οποία όσο πιο ισχυρή και καλά οργανωμένη είναι, τόσο πιο εύκολα και αποτελεσματικά μπορεί το άτομο να ανταποκριθεί σε καθετί που καλείται να κάνει (http://www.psychologynow.gr/psyhiki-ygeia/psyhiki-ygeia, 2013).

Σύμφωνα με τους Pilgrim & Rogers (1993), οι έννοιες της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου γίνονται αντιληπτές ως δύο πόλοι του ίδιου συνεχούς, ενώ δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία ανάμεσα στους ειδικούς ως προς την κατηγοριοποίηση, την αιτιολογία, και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ - ΗΓΕΤΗΣ

Ένας από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς, αναφέρει ότι ο προϊστάμενος είναι αυτός που επηρεάζει τη συμπεριφορά των άλλων, βοηθώντας τους να επιτύχουν κοινούς στόχους και σκοπούς. Σχετικά με την ηγεσία, ο Ζαβλανός (1998), επισημαίνει ότι πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία που ποικίλλει, ανάλογα με τις καταστάσεις και τις αλλαγές που συμβαίνουν μέσα σ' έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση και που διαμορφώνουν ανάλογα, τη συμπεριφορά των ηγετών και των υφιστάμενών τους. Ο ηγέτης και γενικότερα η ηγεσία, είναι αναμφίβολα ένας από τους σημαντικότερους, αν όχι ο σημαντικότερος, παράγοντας για την αποτελεσματικότητα των ομάδων και των οργανώσεων και κατά συνέπεια των Δημόσιων Υπηρεσιών. Τα νοσηλευτικά στελέχη, επιβάλλεται να διακρίνονται τόσο για τις ηγετικές όσο και τις διευθυντικές τους δεξιότητες, αφού βασική τους ευθύνη είναι η διατήρηση της ισορροπίας ανάμεσα στις ανάγκες των ασθενών και τις ανάγκες του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ

Ο προϊστάμενος νοσηλευτής επιβάλλεται να έχει γνώση των βασικών αρχών της διοίκησης, να διαθέτει επαρκή επαγγελματική εμπειρία και συγκεκριμένα επαγγελματικά χαρακτηριστικά και προσόντα. Αντίθετα, όπως επισημαίνεται στους Μαλλιαρού et al. (2007), οι σημερινοί προϊστάμενοι νοσηλευτικών τμημάτων είναι συνήθως συγκεντρωτικοί με αποτέλεσμα να μην εκχωρούν αρμοδιότητες, είτε από έλλειψη οργανωτικής δεξιότητας ή απροθυμίας για την ανάπτυξη των υφισταμένων είτε από ανασφάλεια και φόβο μήπως πάψουν να είναι απαραίτητοι (Μαλλιαρού et al., 2007)

Όπως αναφέρεται στον Καραγιάννη (1993), ο ρόλος του προϊσταμένου είναι μοναδικός. Αυτοί που βρίσκονται στο θάλαμο (ασθενείς, νοσηλευτές, γιατροί,

επισκέπτες κ.α.) ζητούν τον προϊστάμενο, προσδοκώντας ότι θα είναι σε θέση να τους δώσει απαντήσεις σε ότι ρωτήσουν. Ο Προϊστάμενος Νοσοκόμος ή Ward Manager, είναι απαραίτητο να είναι εύστροφος και προσαρμοστικός, ενώ επιβάλλεται να γνωρίζει πως θ' αντεπεξέλθει σε όλες τις καταστάσεις ή να ξέρει πού να αναζητήσει συμβουλή και καθοδήγηση. Επιπλέον, ο προϊστάμενος πρέπει να είναι σε θέση να δημιουργήσει, να διατηρήσει και να ελέγξει την κατάλληλη ατμόσφαιρα. Η ατμόσφαιρα της μονάδας εισδοχής θα επηρεάσει τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς και ασφαλώς στην όλη εργασία (Καραγιάννης, 1993).

Όπως επισημαίνεται στον Καραγιάννη (1993), η στάση που υιοθετείται με τους ασθενείς, τους συγγενείς τους και το προσωπικό είναι ιδιαίτερα σημαντική. Το πρότυπο συμπεριφοράς του προϊσταμένου θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Να δίνει το καλό παράδειγμα
- Να γνωρίζει τους ασθενείς και το προσωπικό
- Να είναι διαθέσιμος και προσεγγίσιμος
- Να είναι συνεπής
- Να δείχνει συμπάθεια και να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες των άλλων
- Να αναλαμβάνει τις ευθύνες του
- Να είναι κατάλληλα ντυμένος (Καραγιάννης, 1993)

Κατά συνέπεια, ο προϊστάμενος νοσηλευτής πρέπει να μπορεί να κερδίσει το μυαλό και τη ψυχή των εργαζομένων, αναγνωρίζοντας τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους και τη συνεισφορά του καθενός ανάλογα με αυτά. Η αγαστή συνεργασία του με το προσωπικό, η παράβλεψη του προσωπικού συμφέροντος, η μείωση του εργασιακού ανταγωνισμού και η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση των καθημερινών τριβών αποτελούν το θεμέλιο λίθο της ομαλής λειτουργίας ενός νοσηλευτικού τμήματος με

σκοπό την ποιοτική διαχείριση τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας (Μαλλιαρού, 2007).

ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

Μελετώντας τις θεωρίες της ηγεσίας, μπορεί κανείς εύκολα να διαπιστώσει ότι τόσο οι παλαιότερες όσο και οι νεότερες, καταπιάνονται κυρίως με τον προσδιορισμό των στοιχείων και των παραγόντων που καθιστούν αποτελεσματικό έναν ηγέτη (Ζαβλανός, 1998).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η προσέγγιση του Ζαβλανού (1998), ο οποίος έκρινε σκόπιμο να εντάξει τις θεωρίες της ηγεσίας σε τέσσερις κατηγορίες τις οποίες και θεωρήσαμε σκόπιμο να υιοθετήσουμε στην παρούσα εργασία. Πρόκειται α) για τις θεωρίες που λαμβάνουν υπόψη ατομικά χαρακτηριστικά και ανθρώπινους τύπους των ηγετών β) θεωρίες που εξετάζουν τη συμπεριφορά των ηγετών γ) ενδεχομενικές θεωρίες και δ) νέες προοπτικές π.χ. ο ηγέτης μεταρρυθμιστής.

ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Σύμφωνα με την Ζενάκου (2011), οι θεωρίες για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δίνουν έμφαση σε εκείνα τα χαρακτηριστικά που παραμένουν σταθερά στο πέρασμα του χρόνου και σε διάφορες καταστάσεις (Allport, 1935; Catell, 1995; McCrae & Costa, 1989).

Οι συγκεκριμένες θεωρίες βασίζονται στη θέση: «Ηγέτης γεννιέσαι, δε γίνεσαι». Πρόκειται για μια από τις παλαιότερες πεποιθήσεις για το θέμα της ηγεσίας, οι οποίες φαίνεται ωστόσο να καταρρέουν στην εποχή μας. Αυτό που καθιστά αναξιόπιστη την καλούμενη και «γενετική θεωρία», είναι οι αλλαγές που έχουν επέλθει στο σύγχρονο κόσμο, οι οποίες έχουν καταρρίψει το μύθο περί δυναστείας στις ηγετικές θέσεις. Είδαμε τον τελευταίο αιώνα να αναρριχώνται στην εξουσία άντρες και γυναίκες όχι κατ' ανάγκη βασιλικής καταγωγής αλλά με εξαιρετικές προσωπικές ικανότητες και

διαρκή εξέλιξη στον τομέα που δραστηριοποιούνταν. Χαρακτηριστική είναι η θέση των Montana & Charnov (2002), η οποία αναφέρει ότι η γενετική θεωρία δε θα μπορούσε να εξηγήσει πώς αυτά τα άτομα κατέλαβαν ηγετικές θέσεις.

Από την άλλη, η θεωρία των ηγετικών χαρακτηριστικών η οποία έτυχε εκτεταμένης έρευνας μετά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα, δεν έπαψε να είναι δημοφιλής μέχρι και σήμερα. Βάση αυτής της θεωρίας, οι ερευνητές επιχείρησαν να ανιχνεύσουν τα κοινά χαρακτηριστικά των επιτυχημένων και των αποτυχημένων ηγετών. Ο Stogdill (1948) μάλιστα, προχωρά στην ταξινόμηση των χαρακτηριστικών του ηγέτη σε έξι κατηγορίες.

Στην πρώτη κατηγορία συγκαταλέγονται σωματικά χαρακτηριστικά όπως είναι η ηλικία, η εξωτερική εμφάνιση, το ύψος και το βάρος ενός ηγέτη. Στη δεύτερη εντάσσονται στοιχεία τα οποία αφορούν στο κοινωνικό υπόβαθρο του ηγέτη και κυρίως η μόρφωση και η κοινωνική του θέση, που αποτελούν καθοριστικό παράγοντα διαμόρφωσης του «προφίλ» του. Στην τρίτη κατηγορία συγκαταλέγονται στοιχεία σχετικά με την ευφυΐα, όπως η ικανότητά του να διαχειρίζεται σωστά κάθε κατάσταση, η κριτική σκέψη, το σύνολο των γνώσεων που κατέχει, η αποφασιστικότητά του σε κρίσιμες περιπτώσεις και η ευφράδεια του λόγου η οποία κατά κάποιο βαθμό αποτελεί τη βιτρίνα όλων των πιο πάνω (Ζαβλανός, 1998).

Η τέταρτη κατηγορία χαρακτηριστικών, αποτελείται από τα στοιχεία της προσωπικότητας που επιβάλλεται, σύμφωνα πάντα με το Stogdill (1948), να έχει ένας ηγέτης. Αυτά είναι η επιβλητικότητα, η οποία θεωρείται απαραίτητη για την ανάκτηση του σεβασμού των υφισταμένων, η επιθετικότητα, η ενεργητικότητα και ο ενθουσιασμός που θα παρασύρουν όλα τα στελέχη στην προσπάθεια υλοποίησης των στόχων του οργανισμού / επιχείρησης κλπ. Καθώς και η δημιουργικότητα η οποία θα αποδείξει έμπρακτα ποιες είναι οι ικανότητες του καθοδηγητή – ηγέτη. Ας μην

παραλείπουμε επίσης την ακεραιότητα του χαρακτήρα, η οποία προσδίδει κύρος και αξιοπιστία σε κάθε ηγέτη.

Στην πέμπτη κατηγορία, τα χαρακτηριστικά σχετίζονται με τα καθήκοντα του ηγέτη, τα οποία ασφαλώς ενδιαφέρουν τόσο τους υφισταμένους όσο και τους προϊσταμένους του στο χώρο εργασίας και γενικότερα στον κλάδο που δραστηριοποιείται. Η επιτυχία αποτελεί το πρώτο από αυτά τα χαρακτηριστικά, αν αναλογιστούμε ότι αποτελεί και τον απώτερο στόχο. Για να φτάσει ωστόσο μέχρι την επιτυχία, επιβάλλεται να συμπεριφέρεται και να δρα με υπευθυνότητα, να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, να έχει επιμονή και να αναλαμβάνει τις ευθύνες του. Το τελευταίο χαρακτηριστικό, καθιστά ξεχωριστό έναν ηγέτη, αφού είναι πολύ πιο εύκολο να επιζητάς την αίγλη και την αναγνώριση στις αποτυχίες από το να αναλαμβάνεις την ευθύνη των πράξεων και των αποφάσεών σου στις αποτυχίες. Αρκεί βέβαια, οι αποτυχίες να μη γίνουν συνήθειο γιατί σε τέτοια περίπτωση, η ανάληψη ευθυνών θα γίνει κουραστική, ίσως και καταστροφική για τον ηγέτη (Ζαβλανός, 1998).

Στην έκτη και τελευταία κατηγορία περιλαμβάνονται τα κοινωνικά χαρακτηριστικά που πρέπει να παρουσιάζει ο ιδανικός ηγέτης. Τα σημαντικότερα είναι η διοικητική ικανότητα (σχετίζεται άμεσα με την επιβλητικότητα που παρουσιάσαμε πιο πάνω), η ελκυστικότητα που καθιστά τον ηγέτη αγαπητό, η συνεργασία η οποία τον βοηθά να επιλύει ευκολότερα τα προβλήματα του και να αξιοποιεί τα υπόλοιπα στελέχη και η δημοτικότητα η οποία τον κάνει δημοφιλή και αποδεκτό. Τέλος δεν θα πρέπει να παραμελούνται χαρακτηριστικά όπως το γόητρο, η ευγένεια, ο καλός χειρισμός των διαπροσωπικών σχέσεων και η διπλωματία που ενισχύουν την κοινωνική θέση του ηγέτη (Ζαβλανός, 1998).

ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΗΓΕΤΗ

Πρόκειται για θεωρίες που αναπτύχθηκαν κυρίως τη δεκαετία 1950 – 1960 και δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην ηγετική συμπεριφορά. Η θεωρία της συμπεριφοράς αποτελεί στην ουσία, την προσπάθεια κατανόησης της ηγεσίας που βασίζεται σε έρευνες και αναπτύχθηκε βαθμιαία εξαιτίας της πληθώρας πανεπιστημιακών μελετών μέσα στο περιβάλλον των επιχειρήσεων (Κοντζεδάκη, 2011).

Ανάμεσα στους πολλούς όρους που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτές τις μελέτες προκειμένου να περιγραφούν οι διαστάσεις της ηγεσίας, αυτοί που επικρατούν είναι οι όροι «προσανατολισμός στην εργασία» και «προσανατολισμός στον εργαζόμενο». Ο προσανατολισμός στην εργασία αφενός, αναφέρεται στις ενέργειες που κάνει ένας ηγέτης για να ολοκληρώσει ένα έργο, όπως η ανάθεση και επίβλεψη μιας εργασίας, η οργάνωση και η αξιολόγησή της κλπ. Ο προσανατολισμός στον εργαζόμενο αφετέρου, καταπιάνεται στον τρόπο με τον οποίο ο ηγέτης σχετίζεται και προσεγγίζει τους υφιστάμενούς του.

Οι Montana & Harnov (2002), κατανέμουν τους ηγέτες σε τρεις διαφορετικούς τύπους, σχετικά με τη συμπεριφορά τους. Ο πρώτος τύπος αναφέρεται στον ηγέτη που δείχνει μεγάλο ενδιαφέρον για τους ανθρώπους και μικρό για την εκτέλεση της ηγεσίας. Ο δεύτερος τύπος ηγέτη, είναι αυτός που δείχνει το ίδιο ενδιαφέρον για την εργασία και τους εργαζομένους και ο τρίτος, αποδίδει περισσότερη σημασία στην ολοκλήρωση της εργασίας, δείχνοντας ελάχιστο ενδιαφέρον για τους εργαζομένους.

Δύο αμερικανικά πανεπιστήμια, του Οχάιο και του Μίσιγκαν, θεωρούνται ως τα σημαντικότερα κέντρα ερευνών στον τομέα της θεωρίας για τη συμπεριφορά του ηγέτη (Κοντζεδάκη, 2011).

ΜΕΛΕΤΕΣ ΟΧΑΪΟ

Οι μελετητές του Οχάιο, κατέληξαν σε δύο διαστάσεις της ηγεσίας, οι οποίες θεωρούνται αντίστοιχες του προσανατολισμού στην εργασία και του προσανατολισμού στους εργαζομένους. Επιστημονική έρευνα του συγκεκριμένου πανεπιστημίου, βασίστηκε στη θεώρηση ότι για να είναι ένας ηγέτης επιτυχημένος θα πρέπει να δείχνει για την εργασία, το ανάλογο ενδιαφέρον που δείχνει για τον εργαζόμενο. Τα συμπεράσματα ωστόσο ήταν διαφορετικά, αφού οι μελέτες απέδειξαν ότι η αποτελεσματικότερη ηγεσία είναι αυτή που χαρακτηρίζεται από διαφορετικούς συνδυασμούς ενδιαφέροντος για την εργασία και τους εργαζομένους. Συνεπώς, οι έρευνες του Οχάιο, δε στάθηκε δυνατόν να προσδιορίσουν ένα μοναδικό τύπο ηγέτη ως απόλυτα αποτελεσματικό. Σε αυτό που συμφώνησαν οι πλείστοι επιστήμονες, είναι ότι ο ιδανικός ηγέτης, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από μεγάλο ενδιαφέρον, τόσο για την εργασία όσο και για τους εργαζομένους (Montana & Harnov, 2002).

ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΣΙΓΚΑΝ

Οι ερευνητές του Μίσιγκαν, επιχειρώντας με τη σειρά τους να αποτυπώσουν τις δύο διαστάσεις της ηγεσίας, χρησιμοποίησαν τους όρους εργασιο-κεντρική και ανθρωποκεντρική. Οι δύο αυτές διαστάσεις, ανέπτυξαν τη συγκεκριμένη θεωρία, συγκρίνοντας δύο μονάδες μιας μεγάλης επιχείρησης, που ήταν αμφότερες πολύ παραγωγικές. Στη μια μονάδα, ο τύπος ηγεσίας ήταν προσανατολισμένος, κυρίως στους εργαζομένους με συνέπεια να παρατηρείται μεγάλη ικανοποίηση κατά την εργασία, μηδαμινή εναλλαγή προσωπικού και ελάχιστες απουσίες του προσωπικού. Στη δεύτερη μονάδα, ο τύπος ηγεσίας ήταν προσανατολισμένος κυρίως στην εργασία και κατά συνέπεια οι εργαζόμενοι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι, η εναλλαγή μεγαλύτερη και οι απουσίες των εργαζομένων αυξημένες. Αυτό ωστόσο που παρατηρήθηκε, ήταν ότι οι δύο μονάδες ήταν εξίσου παραγωγικές αλλά διέφεραν τα αισθήματα και η συμπεριφορά των εργαζομένων (Κοντζεδάκη, 2011).

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η ενδεχομενική προσέγγιση (contingency theory) καταπιάνεται κυρίως με έννοιες και μεταβλητές της κατάστασης μέσα στην οποία αναπτύσσεται ο ηγέτης, δηλαδή στο περιβάλλον. Η συγκεκριμένη προσέγγιση, επισημαίνει την ανάγκη προσαρμογής του ηγετικού στυλ σε όλα τα πιθανά ενδεχόμενα που σχετίζονται με τις καταστάσεις και το περιβάλλον (Μερκούρης, 2008).

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FIEDLER

Ο Fred Fiedler (1967) (κορυφαίος Αμερικανός ερευνητής στην Βιομηχανική και Οργανωτική Ψυχολογία), θεωρούσε πως απαραίτητη προϋπόθεση για μια αποτελεσματική ηγεσία είναι η σύγκλιση ανάμεσα στο στυλ αλληλεπίδρασης και με τους υφισταμένους και στον βαθμό στον οποίο η κατάσταση προσφέρει έλεγχο και επιρροή στον ηγέτη. Ο ίδιος ερευνητής, ανέπτυξε ένα εργαλείο μέτρησης για την αξιολόγηση του στυλ ηγεσίας. Πρόκειται για το περίφημο LPC (Least Preferred Co-worker), το οποίο υπολογίζει το στυλ ηγεσίας και ειδικότερα κατά πόσο δίνεται έμφαση στην εκτέλεση των καθηκόντων και στην παραγωγή ή την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων. Η μεγάλη έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις, αντιστοιχεί σε χαμηλή βαθμολογία, ενώ η εκτέλεση των καθηκόντων και η παραγωγή βαθμολογείται υψηλά (Fiedler, 1967).

Ο Fiedler, πρότεινε παράλληλα τρία κριτήρια με βάση τα οποία αξιολογείται η κατάσταση και τα οποία επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας: α) Η σχέση ανάμεσα στον ηγέτη και την ομάδα η οποία πρέπει να στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και το σεβασμό, β) η δομή των καθηκόντων και γ) η δύναμη της θέσης του ηγέτη (δυνατότητα πρόσληψης, απόλυσης, επιβράβευσης, επίπληξης κ.τ.λ.) (Μερκούρης, 2008).

ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ HERSEY & BLANCHARD

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία που ανέπτυξαν οι Hersey και Blanchard (1996), η οποία θεωρείται ως μια από τις πλέον αναγνωρισμένες θεωρίες ηγεσίας στον επιχειρηματικό κόσμο, υπάρχουν τέσσερα διαφορετικά στυλ ηγεσίας τα οποία αντιστοιχούν σε τέσσερα διαφορετικά επίπεδα ωριμότητας:

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΙΚΟ ΣΤΥΛ ΗΓΕΣΙΑΣ

Πρόκειται για στυλ που εστιάζει κυρίως στην παραγωγή, δίνοντας ελάχιστη έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις ενώ ο ηγέτης είναι αυτός που καθορίζει τους ρόλους, υποδεικνύοντας στα άτομα τι, πώς, πού και πότε θα το πράξουν .

ΣΤΥΛ ΠΩΛΗΣΗΣ

Το συγκεκριμένο στυλ δίνει μεγάλη έμφαση τόσο στην παραγωγή όσο και στις διαπροσωπικές σχέσεις, με τον ηγέτη να διαδραματίζει το σύνθετο ρόλο της υποστήριξης και της κατεύθυνσης

ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟ ΣΤΥΛ

Το συμμετοχικό στυλ επικεντρώνεται κυρίως στην παραγωγή, δίνοντας μικρή έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα λαμβάνουν μέρος στη λήψη αποφάσεων από κοινού με τον ηγέτη, ο οποίος έχει συντονιστικό ρόλο.

ΣΤΥΛ ΑΝΑΘΕΣΗΣ

Αυτό το στυλ ηγεσίας παρέχει ελάχιστη κατεύθυνση και υποστήριξη, με τον ηγέτη να αρκείται στην ανάθεση καθηκόντων. Η αξιολόγηση της ωριμότητας των εργαζομένων πραγματοποιείται μέσα από τη συμπλήρωση ενός ειδικού ερωτηματολογίου (Hersey και Blanchard, 1996)

ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΑΛΛΑΓΗΣ ΗΓΕΤΗ - ΜΕΛΟΥΣ

Πρόκειται για μια ιδιάζουσα θεωρία, αν ληφθεί υπόψη ότι είναι ίσως η μόνη με βάση την οποία ο ηγέτης συμπεριφέρεται διαφορετικά στους υφιστάμενούς του. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η πίεση του χρόνου, οδηγεί τον ηγέτη να αναπτύσσει στενότερες σχέσεις με συγκεκριμένα στελέχη τα οποία χαίρουν της εμπιστοσύνης του και έχουν αυξημένα προνόμια (Μερκούρης, 2008).

Ο προϊστάμενος εντοπίζει από την πρώτη στιγμή όσους ανήκουν σε αυτή την ομάδα, παρέχοντάς τους αρκετά προνόμια. Ο διαχωρισμός γίνεται με βάση δύο τύπους κριτηρίων. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να ταυτίζονται με αυτά του ηγέτη και τις ικανότητες των υφισταμένων. Η θεωρία της ανταλλαγής ηγέτη – μέλους έχει, σύμφωνα με το Μερκούρη (2008), υποστηριχθεί σε μεγάλο βαθμό από τα ερευνητικά δεδομένα.

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΗΓΕΣΙΑΣ

Οι ηγέτες της σύγχρονης εποχής που δραστηριοποιούνται στη δημόσια υπηρεσία και ειδικότερα στα συστήματα υπηρεσιών υγείας, που αποτελούν και το αντικείμενοι μελέτης του παρόν πονήματος, δίνουν μεγάλη αξία στη συνεργασία και στην ομαδική εργασία. Αναγνωρίζουν ότι καθώς τα συστήματα υγείας γίνονται όλο και πιο περίπλοκα, το προσωπικό που εκτελεί διοικητικά ή και κλινικά καθήκοντα πρέπει να συνεργάζεται και να συντονίζει τις προσπάθειές του ώστε να παράγει αποτελέσματα από κοινού. Οι ηγέτες επιβάλλεται να χρησιμοποιούν επιπλέον δεξιότητες και κυρίως δεξιότητες ομαδικής και πολιτικής ηγεσίας έτσι ώστε να δημιουργούν ένα «συλλογικό» εργασιακό περιβάλλον (Sullivan & Decker, 2009).

ΗΓΕΣΙΑ ΤΩΝ «ΚΒΑΝΤΩΝ»

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία (quantum leadership), η πραγματικότητα αλλάζει διαρκώς καθώς αλλάζουν και τα επίπεδα πολυπλοκότητας. Η κίνηση σε ένα μέρος του συστήματος ανακινεί ολόκληρο το σύστημα. Οι ρόλοι είναι ρευστοί και προσανατολισμένοι στο αποτέλεσμα. Ελάχιστη σημασία έχει το τι έκανες, ενώ το μόνο που έχει σημασία είναι το προϊόν που παρήγαγες. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο οι εργαζόμενοι εμπλέκονται άμεσα στη λήψη αποφάσεων στο χώρο εργασίας τους ως ισότιμοι και υπολογίσιμοι εταίροι και τα διοικητικά στελέχη αναλαμβάνουν κάτι περισσότερο από έναν ρόλο διευκόλυνσης που ασκεί επιρροή, αναλαμβάνουν έναν ρόλο ελέγχου (Porter- O' Grady, 2003, σελ. 177).

Η ηγεσία των «κβάντων» απαιτεί έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης αναφορικά με την ηγεσία και την εργασία. Σύμφωνα με αυτόν τον τρόπο σκέψης η αλλαγή είναι αναμενόμενη. Στην ουσία ο ρόλος του ηγέτη είναι να ενθαρρύνει τους εργαζόμενος να κλείσουν την πόρτα σε παλιές πρακτικές και να τους προκαλέσει να αλλάξουν και να αντιμετωπίσουν κατάματα τις ευκαιρίες και τις προκλήσεις της τρέχουσας πρακτικής στην εργασία τους (Porter- O'Grady, 2003, σελ. 177).

Η δύναμη της πληροφόρησης που παλαιότερα αποτελούσε πλεονέκτημα μόνο του ηγέτη, σήμερα είναι διαθέσιμη σε όλους. Τώρα πλέον, ασθενείς και επαγγελματίες υγείας, μπορούν να έχουν πρόσβαση σε πλήθος πληροφοριών. Ωστόσο, η πρόκληση για τον επαγγελματία υγείας είναι να βοηθήσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή, να αξιολογεί και να αξιοποιεί τις πληροφορίες που διαθέτει. Επειδή το προσωπικό υγείας έχει πια πρόσβαση σε πληροφορίες που στο παρελθόν είχε μόνο ο ηγέτης, η ηγεσία αποτελεί πια, μια δραστηριότητα που ανήκει στον ηγέτη και στον εργαζόμενο, ειδικά όταν ο πρώτος διαθέτει άριστες διαπροσωπικές δεξιότητες (Sullivan & Decker, 2009).

ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Η χαρισματική ηγεσία (charismatic leadership) βασίζεται σε προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η ελκυστικότητα, η πειστικότητα, η προσωπική ισχύς, η αυτοπεποίθηση, η πρωτοτυπία, οι δημιουργικότητα και οι ισχυρές πεποιθήσεις. Η προσωπικότητα του ηγέτη εγείρει την αφοσίωση και τη συναισθηματική δέσμευση των υφισταμένων του. Ελάχιστοι βέβαια ηγέτες διαθέτουν γνήσιο χάρισμα και είναι αυτοί που χρησιμοποιούν συχνά την ισχυρή τους προσωπικότητα για να προωθήσουν ή να διεκδικήσουν επαναστατικούς στόχους (Sullivan & Decker, 2009).

ΣΥΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Η συναλλακτική ηγεσία (transactional leadership) έχει πολλά κοινά σημεία με την ηγεσία «διαδρομής – στόχου» και βασίζεται στις αρχές της θεωρίας των κοινωνικών συναλλαγών (social exchange theory) Η βασική παραδοχή της θεωρίας των κοινωνικών συναλλαγών είναι ότι τα άτομα εμπλέκονται σε κοινωνικές επαφές αναμένοντας να δώσουν και να πάρουν κοινωνικά, πολιτικά και ψυχολογικά οφέλη ή αμοιβές. Η διαδικασία των συναλλαγών μεταξύ ηγετών και εργαζομένων θεωρείται ουσιαστικά οικονομική. Μόλις ξεκινήσει, μια σειρά από συμπεριφορές συναλλαγής λαμβάνουν χώρα μέχρι η μια ή και οι δυο πλευρές να διαπιστώσουν ότι η συναλλαγή της απόδοσης και των ανταμοιβών δεν έχει πλέον αξία. Η φύση αυτών των συναλλαγών καθορίζεται από τις αξιολογήσεις των συμμετεχόντων, του τι είναι το πλέον συμφέρον γι’ ατούς. Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι ανταποκρίνονται θετικά στο αίτημα ενός προϊσταμένου για υπερωριακή απασχόληση με αντάλλαγμα την ικανοποίηση αιτημάτων για χορήγηση αδειών (Homans, 1958, Thibaut & Kelley, 1959).

Οι ηγέτες καθίσταται σύμφωνα με τους Sullivan & Decker (2009), επιτυχημένοι στο βαθμό που κατανοούν και ικανοποιούν τις ανάγκες των εργαζομένων και χρησιμοποιούν κίνητρα για να αυξήσουν την αφοσίωση και την απόδοσή τους. Η

συναλλακτική ηγεσία στοχεύει στη διατήρηση ισορροπίας ή της επικρατούσας κατάστασης στο χώρο εργασίας, μέσα από την εκτέλεση του έργου των υφισταμένων σύμφωνα με την πολιτική και τις διαδικασίες του οργανισμού και τη μεγιστοποίηση των προσωπικών συμφερόντων και προσωπικών ανταμοιβών. Η έμφαση δίνεται στη διαπροσωπική εξάρτηση, καθιστώντας καθημερινή υπόθεση ρουτίνας την απόδοση των εργαζομένων.

ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Όπως υποστηρίζει ο Ward (2002), η μεταμορφωτική ηγεσία (transactional leadership) προχωρεί πιο πέρα από τη συναλλακτική ηγεσία αφού δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων. Δεν ασχολείται με την επικρατούσα κατάσταση, αλλά με την εφαρμογή επαναστατικών αλλαγών στους οργανισμούς με στόχο την εξυπηρέτηση των πολιτών. Ενώ οι παραδοσιακές απόψεις για την ηγεσία τονίζουν τις διαφορές ανάμεσα στους εργαζόμενους και τους διοικητές, η «μεταμορφωτική» ηγεσία εστιάζεται στη συγχώνευση των κινήτρων, των επιθυμιών, των αξιών και των στόχων των ηγετών και των εργαζομένων σε έναν κοινό σκοπό. Ο στόχος του ηγέτη είναι να προωθήσει τη δέσμευση των εργαζομένων προς ένα κοινό όραμα, προς τον ιδανικό οργανισμό και όχι προς τον εαυτό τους (Ward, 2002).

Τα στελέχη που ασκούν μεταμορφωτική ηγεσία κάνουν έκκληση στον καλύτερο εαυτό των ατόμων παρά στο προσωπικό συμφέρον των ατόμων αυτών. Καλλιεργούν τις έμφυτες επιθυμίες των εργαζομένων να επιδιώκουν υψηλότερες αξίες, ανθρωπιστικά ιδεώδη, μια ηθική αποστολή και καλούς στόχους. Παράλληλα, ενθαρρύνουν και άλλα άτομα να ασκήσουν ηγεσία ενώ εμπνέουν τους άλλους και τους πείθουν ότι έχουν την ικανότητα να κάνουν ξεχωριστά πράγματα. Η αποτελεσματικότητα αυτού του στυλ ηγεσίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την

ικανότητα του ηγέτη να αποθαρρύνει την εξάρτηση και να τονώνει την ανάπτυξη και τη βελτίωση των άλλων (Ward, 2002).

Το μοντέλο της μεταμορφωτικής ηγεσίας ταιριάζει ιδιαίτερα στα διοικητικά στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας, επειδή η νοσηλευτική είχε παραδοσιακά κοινωνική αποστολή και ιδιαίτερα υψηλή την ηθική της συνηγορίας και της φροντίδας των ανθρώπων. Η μεταμορφωτική ηγεσία μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά, από όλους τους νοσηλευτές που βρίσκονται δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς, στο σπίτι, στη δομή, στο κέντρο υγείας της περιοχής ή στο πλαίσιο ενός οργανισμού υγείας (Sullivan & Decker, 2009).

ΗΓΕΣΙΑ ΣΧΕΣΕΩΝ

Η ηγεσία σχέσεων (relational leadership) που είναι γνωστή και ως ηγεσία προσανατολισμένη στις σχέσεις, αναγνωρίζει ότι σήμερα οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της σύγχρονης ηγεσίας. Ο Klakovich (1994), διατύπωσε ένα συγκεκριμένο μοντέλο ηγεσίας σχέσεων για τη νοσηλευτική. Το συγκεκριμένο μοντέλο αναγνωρίζει την ανάγκη για πιο ευέλικτα συστήματα νοσηλευτικής φροντίδας που ενδυναμώνουν τους εργαζομένους, τους συνεργάτες τους από διάφορες ειδικότητες, τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Ο Klakovich (1994), επισημαίνει ότι στις σύγχρονες δεξιότητες της νοσηλευτικής ηγεσίας επιβάλλεται να συμπεριλαμβάνεται και η ικανότητα για τη δημιουργία διασύνδεσης στο ίδιο, αλλά και σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Ο σκοπός του ηγέτη που είναι προσανατολισμένος στις σχέσεις, είναι να συντονίζει καλύτερα και να ολοκληρώνει τις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης, προάγοντας τη φροντίδα με ένα μη ανταγωνιστικό τρόπο. Ο στόχος είναι να επιτευχθεί διασύνδεση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των κυβερνητικών και εθελοντικών φορέων για τη βελτίωση της φροντίδας που εστιάζεται στον ασθενή.

Οι ηγέτες χρησιμοποιούν τις διαπροσωπικές δεξιότητες τους για να προωθήσουν συμμαχίες και να ενθαρρύνουν τη συνεργασία οδηγώντας στη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας (Klakovich,1994).

Ένα στέλεχος της νοσηλευτικής υπηρεσίας εφαρμόζει τις αρχές της ηγεσίας σχέσεων όταν συγκαλεί μια ομάδα γιατρών, διοικητικών υπαλλήλων, νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων εργαζομένων στο χώρο της υγείας, να σχεδιάσουν για παράδειγμα ένα νέο πρόγραμμα φροντίδας ασθενών ή συγκαλεί μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού μαζί με στελέχη του τμήματος ανθρωπίνων πόρων να σχεδιάσουν ένα πρόγραμμα επαγγελματικής ανάπτυξης του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ηγεσία σχέσεων προϋποθέτει δεξιότητες «περιεχομένου» και «διαδικασιών». Παράλληλα, απαιτείται να υπάρχει ισχύς της θέσης, αλλά και τακτικές πολιτικής στρατηγικής. Η ικανότητα για τη διοίκηση ομάδων και οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στις ομάδες είναι επίσης απαραίτητες (Sullivan & Decker, 2009).

Όπως επισημαίνεται στους Sullivan & Decker (2009), η διαδικασία ανάπτυξης σχέσεων και η δημιουργία διασύνδεσης απαιτεί από τον ηγέτη τη δημιουργία κάποιων προϋποθέσεων:

- Εντοπισμό των πραγματικών αλλά και των πιθανών συνεργατών του
- Ικανοποίηση και προώθηση ενός κοινού οράματος προς εκείνους που ανήκουν σε διάφορα περιβάλλοντα και βρίσκονται σε διαφορετικές συνθήκες
- Περιγραφή της πιθανής συνεισφοράς κάθε συνεργάτη στη συλλογική προσπάθεια
- Δημιουργία και διατήρηση κοινωνικών επαφών
- Καθορισμό και προώθηση ρόλων και καθηκόντων

- Παρακολούθηση και ανταμοιβή της συνεισφοράς των συμμετεχόντων στην κοινή προσπάθεια.
- Διαμόρφωση του πλαισίου μιας ολοκληρωμένης προσπάθειας στην κατάλληλη χρονική στιγμή

ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΕΝΗ ΗΓΕΣΙΑ

Η αναδιοργάνωση, η αποκέντρωση και η αυξανόμενη πολυπλοκότητα της επίλυσης των προβλημάτων στο χώρο της υγείας ανάγκασαν τους διοικητικές να αναγνωρίσουν την αξία της επιμερισμένης ηγεσίας (shared leadership), η οποία στηρίζεται στις αρχές της εκχώρησης αρμοδιοτήτων της συμμετοχικής ηγεσίας και της μεταμορφωτικής ηγεσίας. Όπως επισημαίνεται στον McCrea (1998), βασικά στοιχεία της επιμερισμένης ηγεσίας είναι οι σχέσεις, ο διάλογος, οι διάφορες συνεργασίες και η κατανόηση των δεσμών ανάμεσα στους εμπλεκόμενους.

Η εφαρμογή της επιμερισμένης εργασίας υποθέτει ότι από ένα καλά εκπαιδευόμενο, άκρως επαγγελματικό και αφοσιωμένο εργατικό δυναμικό αναδύονται πολλοί ηγέτες. Επίσης, υποθέτει ότι η εικόνα ενός μόνο επαγγελματία υγείας ως σοφού και ηρωικού ηγέτη είναι εξωπραγματική. Στην πραγματικότητα, πολλά άτομα σε διάφορα επίπεδα του οργανισμού πρέπει να είναι υπεύθυνα για την απόδοση και το μέλλον του οργανισμού (McCrea, 1998).

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, κάθε ζήτημα χρειάζεται διαφορετικό ηγέτη ή ειδικό, ο οποίος θα κατευθύνει τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων. Ένας μόνο ηγέτης δεν είναι δυνατόν να διαθέτει πάντα γνώσεις και ικανότητες μεγαλύτερες από εκείνες των μελών της ομάδας εργασίας, σε όλα τα θέματα. Η κατάλληλη ηγεσία εμφανίζεται σε σχέση με τις τρέχουσες προκλήσεις του τμήματος ή του οργανισμού (McCrea, 1998).

ΗΓΕΣΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ

Η ηγεσία εξυπηρέτησης (servant leadership), στηρίζεται στην παραδοχή ότι η ηγεσία γεννιέται από την επιθυμία να εξυπηρετήσεις τον άλλο και ότι κατά τη διαδικασία αυτή, κάποιο μέλος της ομάδας μπορεί να κληθεί να ηγηθεί. Όπως επισημαίνει ο Greenleaf (1991), η ηγεσία εξυπηρέτησης παρατηρείται όταν οι ανάγκες των άλλων ατόμων αποκτούν προτεραιότητα, όταν οι «υπηρετούμενοι» «γίνονται υγιέστεροι, σοφότεροι, πιο ελεύθεροι, πιο αυτόνομοι και πιθανόν να γίνουν και οι ίδιοι υπηρέτες». Ο ηγέτης θα πρέπει να εξετάσει αν οι λιγότερο προνομιούχοι της ομάδας των εργαζομένων ωφελούνται από τις υπηρεσίες του.

Η έννοια της ηγεσίας εξυπηρέτησης δύναται να έχει ουσιαστική απήχηση στη στο νοσηλευτικό χώρο που απασχολεί περισσότερο την παρούσα έρευνα, αφού η νοσηλευτική στηρίζεται στις αρχές της αγάπης, της εξυπηρέτησης, της ανάπτυξης και της υγείας των άλλων. Οι ηγέτες – νοσηλευτές υπηρετούν πολλές ομάδες, συχνά με αρκετή αυταπάρνηση και ως εκ τούτου επιφέρουν αλλαγή στα άτομα, στα συστήματα και στους οργανισμούς γενικότερα (Greenleaf, 1991).

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΓΕΣΙΑΣ

Η ιστορία έχει επανειλημμένα καταγράψει γνωστούς ηγέτες οι οποίοι πέρασαν από την απόλυτη δόξα και αναγνώριση, στην απαξίωση και την ταπείνωση, λόγω κάποιων χαρακτηριστικών και συμπεριφορών που επέδειξαν. Κάτι αντίστοιχο, συμβαίνει και στους ηγέτες των επιχειρήσεων και των δημόσιων οργανισμών, οι οποίοι παρουσιάζουν το λεγόμενο «εκτροχιασμό των ηγετών». *Η έννοια του εκτροχιασμού, χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση κατά την οποία ένα στέλεχος, μετά από μια επιτυχή πορεία, αδυνατεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες της επιχείρησης* ή *του οργανισμού, έχει μέτριες ή αρνητικές επιδόσεις και συμπεριφορές,*

χάνει την εκτίμηση των άλλων και κατά συνέπεια παραμένει στάσιμο στην καριέρα του, υποβιβάζεται ή απολύεται (Harvard Business Review, 2001).

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά που μπορούν να οδηγήσουν έναν ηγέτη στον εκτροχιασμό είναι μεταξύ άλλων τα προβληματικά οράματα, η χειραγώγηση αλλά και η πλήρης χειραφέτηση του ανθρώπινου δυναμικού, η προβληματική λήψη αποφάσεων, η αδυναμία ανάπτυξης διαδόχων αλλά και τα συμπτώματα άγχους (Μαλαγκονιάρη, 2010).

Όσον αφορά στους ηγέτες οι οποίοι καταστρώνουν μεγαλεπήβολα σχέδια και έχουν προβληματικά οράματα, αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι τα σχέδια αυτά, αποτελούν προέκταση του αλαζονικού τους χαρακτήρα. Οι υπέρμετρες φιλοδοξίες κάποιων ηγετών, τους οδηγούν συχνά σε ουτοπικά οράματα τα οποία δεν είναι υλοποιήσιμα, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο, τόσο την προσωπική και επαγγελματική τους σταδιοδρομία, όσο και το μέλλον της επιχείρησης ή του οργανισμού που διοικούν (Breakthrough Leadership, 2001).

Επιπλέον, ένα χαρακτηριστικό που μπορεί να αποβεί καταστροφικό για έναν ηγέτη και μια διοικητική μονάδα, είναι η χειραγώγηση των εργαζομένων. Η αδιαφορία για τις ανάγκες, η εκμετάλλευση και υποτίμησή του ανθρώπινου δυναμικού, μειώνει και πλήττει την προσωπικότητα των υπαλλήλων, οι οποίοι με τη σειρά τους παύουν να ενδιαφέρονται πραγματικά για την πρόοδο και ανάπτυξη της επιχείρησης ή του οργανισμού στον οποίο δραστηριοποιούνται. (Μαλαγκονιάρη, 2010).

Αρνητική πτυχή της συμπεριφοράς ενός ηγέτη συνιστά και η προβληματική λήψη αποφάσεων, η οποία επηρεάζεται σαφώς και από το άγχος. Οι ηγέτες που παίρνουν προβληματικές αποφάσεις είναι αυτοί που δεν ακούνε μια δεύτερη γνώμη, δεν εκτιμούν τους συνεργάτες τους ή ακόμα και μερικοί που επιλέγουν υφιστάμενους με

λιγότερα προσόντα, φοβούμενοι τη σύγκριση ή τον υποσκελισμό τους από αυτούς (Μαλαγκονιάρη, 2010).

Τέλος, ένα από τα πλέον επικίνδυνα και καταστροφικά χαρακτηριστικά ενός ηγέτη, είναι η εσκεμμένη ή μη, αδυναμία ανάπτυξης διαδόχων. Ο εγωιστής και αλαζόνας ηγέτης, που ενδιαφέρεται αποκλειστικά για τον εαυτό του και επιθυμεί να πάρει ολόκληρη τη δόξα, αδιαφορεί παντελώς για την πρόοδο της μονάδας που διοικεί, δεν επιθυμεί σε καμία περίπτωση οι συνεργάτες του να τον ξεπεράσουν και αδιαφορεί για τη βιωσιμότητα της όταν θα αφυπηρετήσει (Breakthrough Leadership, 2001).

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Το στρες (stress) μελετήθηκε για πρώτη φορά από τον Hans Selye το 1936 και μπορεί να οριστεί ως μια δυναμική κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο αντιμετωπίζει έναν περιορισμό (εμπόδιο) ή μια απώλεια σε σχέση με αυτό που επιθυμεί και το αποτέλεσμα το αντιλαμβάνεται ως σημαντικό και αβέβαιο (Selye, 1974). Το στρες είναι η βιοχημική αντίδραση του οργανισμού στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει ή και να προσαρμοστεί σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα ή ένα απειλητικό γεγονός ή μια νέα κατάσταση. Ουσιαστικά το άτομο αντιλαμβάνεται μια διαφορά ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει ια κατάσταση και στα δικά του βιο-ψυχοκοινωνικά αποθέματα. Γι’ αυτό και προκύπτει από μια σειρά υποκειμενικών εκτιμήσεων που κάνει το άτομο σχετικά με μια δεδομένη στρεσογόνο κατάσταση και που αφορούν στο πώς αντιλαμβάνεται τα γεγονότα και πώς πιστεύει ότι θα ανταπεξέλθει σε αυτήν (Selye, 1974).

Το στρες δεν είναι απαραίτητα κακό. Αν και συχνά δίνεται μια αρνητική έννοια, μπορεί να είναι και θετικό. Μικρό έως μέτριου βαθμού στρες μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της απόδοσης, υπάρχει όμως ένα σημείο όπου η κατάσταση αντιστρέφεται.

Το εργασιακό στρες οφείλεται σε παράγοντες περιβαλλοντικούς, της οργάνωσης και ατομικούς. Οι παράγοντες αυτοί λειτουργούν ως δυνάμει πηγές στρες. Η εκδήλωση του στρες θα εξαρτηθεί από προσωπικούς παράγοντες όπως η προσωπικότητα του ατόμου και η εργασιακή του εμπειρία (Μερκούρης, 2008).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν κυρίως την πολιτική, οικονομική και τεχνολογική αβεβαιότητα. Οι συχνότεροι και σημαντικότεροι παράγοντες της οργάνωσης είναι η ασάφεια και σύγκρουση ρόλων. Στην πρώτη περίπτωση, ο εργαζόμενος δεν γνωρίζει τι αναμένεται από αυτόν, ενώ στη δεύτερη, οι πληροφορίες που έχει δημιουργούν συγκρούσεις. Και στις δύο περιπτώσεις ο εργαζόμενος αισθάνεται ανασφάλεια, εμφανίζει υψηλό στρες και είναι λιγότερο ικανοποιημένος από την εργασία του. Άλλοι παράγοντες της οργάνωσης είναι ο φόρτος εργασίας, η πίεση για μεγαλύτερη απόδοση, τα καθήκοντα μιας απαιτητικής θέσης, η αυξημένη προσκόλληση σε κανόνες (αυξημένη τυποποίηση), η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους, η πίεση των προϊσταμένων και γενικότερα το στυλ διοίκησης (Μερκούρης, 2008).

Τέλος, οι ατομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, την προσωπικότητα, τους στόχους και τις προσδοκίες, την αντίληψη, την εμπειρία στην εργασία, την αυτοπεποίθηση, την οικογενειακή και την οικονομική κατάσταση, τη συναισθηματική κάλυψη και την ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος. Πολλοί συμπεριλαμβάνουν στους παραπάνω παράγοντες και την προσωπικότητα τύπου Α, δηλαδή άτομα που έχουν μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από συνεχή εγρήγορση, ανταγωνιστικότητα, ανυπομονησία, βιασύνη, ταυτόχρονη ανάληψη πολλών εργασιών και έλλειψη ελεύθερου χρόνου. Αυτό που είναι σίγουρο είναι ότι διαφορετικά άτομα αντιδρούν διαφορετικά στις ίδιες καταστάσεις και γι’ αυτό η

ένταση και οι συνέπειες του στρες είναι δύσκολο να προβλεφθούν (Μερκούρης, 2008).

Μια κατάσταση στρες περιλαμβάνει 4 στοιχεία: τον παράγοντα που προκαλεί στρες (εκλυτικός παράγοντας, stressor), τους μεσολαβητικούς παράγοντες (mediating factors) που αυξάνου ή ελαττώνουν την επίδραση των παραγόντων που προκαλούν στρες (π.χ κλίμα, δίαιτα, ατομικές διαφορές), το σύνδρομο προσαρμογής (adaptation syndrome),όπου γίνεται προσπάθεια άμβλυνσης του στρες και των επιπτώσεών του με διάφορους μηχανισμούς και την επακόλουθη προσαρμοστικότητα (consequent adaptive), που μπορεί να είναι καλή ή κακή με καθυστέρηση της προσαρμογής και την εμφάνιση αρνητικών επιπτώσεων στον οργανισμό, όπως είναι σωματικά συμπτώματα (πονοκέφαλοι, αυχενικό σύνδρομο, αυξημένη πίεση κ.τ.λ.), ψυχολογικά συμπτώματα (πίεση, άγχος, ευερεθιστότητα, πλήξη κ.τ.λ.) και μείωση της απόδοσης μετά από ένα όριο (Μερκούρης, 2008).

Το στρες εμφανίζεται σε τρεις φάσεις: α) την αντίδραση συναγερμού (alarm stage), όπου έχουμε οργανικές μεταβολές και εμφάνιση συμπτωμάτων, β) τη φάση αντίστασης (resistance stage), όπου επέρχεται άμβλυνση των συμπτωμάτων και γ) τη φάση εξάντλησης (exhaustion stage), όπου επανεμφανίζονται συμπτώματα αλλά είναι μη αναστρέψιμα. Γι’ αυτό και το στιγμιαίο στρες μπορεί να είναι και αναζωογονητικό, ενώ το χρόνιο μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία.

Οι στρατηγικές μείωσης του εργασιακού στρες περιλαμβάνουν:

Α. Για το άτομο

- Διαχείριση του χρόνου (π.χ. λίστα με δραστηριότητες, καθορισμός προτεραιοτήτων)
- Φυσική άσκηση-ασκήσεις χαλάρωσης
- Κοινωνική υποστήριξη (π.χ. συζήτηση με φίλους, συναδέλφους)

Β. Για τον οργανισμό

- Προσεκτική επιλογή και τοποθέτηση εργαζομένων
- Επανασχεδιασμός της εργασίας για ξεκαθάρισμα ρόλων, αποφυγή συγκρούσεων, μεγαλύτερη αυτονομία και ποικιλία καθηκόντων.
- Καθορισμός ρεαλιστικών στόχων
- Συμμετοχή του προσωπικού στις αποφάσεις
- Πληροφόρηση και εκπαίδευση του προσωπικού
- Επανασχεδιασμός του συστήματος αξιολόγησης και εξέλιξης του προσωπικού
- Δημιουργία δομών υποστήριξης (Μερκούρης, 2008).

Ειδικότερα, ο προϊστάμενος νοσηλευτής πρέπει πρώτα να αξιολογήσει την έκταση και την ένταση του φαινομένου και στη συνέχεια να αναγνωρίσει τις κύριες πηγές. Τα κάτωθι ερωτήματα μπορούν να τον βοηθήσουν:

1. Υπάρχει ασάφεια ή σύγκρουση ρόλων; Ποια η διαδικασία επιλογής και τοποθέτησης του προσωπικού; Μπορεί να βοηθήσει ο ίδιος στη μείωση της ασάφειας ή της σύγκρουσης των ρόλων;
2. Χρησιμοποιείται το κατάλληλο στυλ ηγεσίας για τη συγκεκριμένη κατάσταση;
3. Είναι η εργασία ρουτίνα; Γίνεται εναλλαγή καθηκόντων ή θέσεως εργασίας; Μπορεί να γίνει εμπλουτισμός της εργασίας;
4. Είναι οι στόχοι των εργαζομένων ξεκάθαροι; Συμμετέχουν στη διαμόρφωσή τους;
5. Υπάρχει επαρκής πληροφόρηση; Η παροχή πληροφόρησης μπορεί να βοηθήσει;
6. Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του στρες;

7. Είναι ο φόρτος εργασίας υπερβολικός; Είναι δίκαια κατανεμημένος;

8. Είναι τα κίνητρα εξατομικευμένα; Υπάρχει δικαιοσύνη; Μπορεί ο ίδιος να παρέμβει;

9. Οφείλεται το στρες σε προσωπικούς παράγοντες;

10. Υπάρχουν δομές ή ομάδες για να βοηθήσουν όσους έχουν αυξημένο στρες ή σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης; (Μερκούρης, 2008).

Το χρόνιο και παρατεταμένο στρες στο χώρο εργασίας και η απουσία ικανοποίησης από την εργασία μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out) το οποίο αποτελεί συνδυασμό φυσικής, συναισθηματικής και πνευματικής κόπωσης και αναπτύσσεται σταδιακά, περνώντας μέσα από 4 στάδια. Στο στάδιο του ενθουσιασμού (honeymoon stage), ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, ταυτίζεται με τους ασθενείς και τον χαρακτηρίζει η αυτοθυσία. Στην ουσία, σε αυτό το στάδιο υπάρχουν μη ρεαλιστικοί στόχοι και προσδοκίες. Στο στάδιο της αφύπνισης (awakening) αρχίζει να γίνεται εμφανές το χάσμα ανάμεσα στις αυξημένες προσδοκίες και στην πραγματικότητα. Ο εργαζόμενος επιχειρεί να βρει τι φταίει, αρχίζει να αμφιβάλλει για την επιλογή του και δίνει μεγάλη σημασία στις προσωπικές του ανάγκες (αμοιβή, ωράριο εργασίας, δυνατότητες ανέλιξης). Στο στάδιο της απόγνωσης - ματαιότητας (desperation stage), ο εργαζόμενος αναρωτιέται για το αν ωφελεί να ασκεί το συγκεκριμένο επάγγελμα. Στο συγκεκριμένο στάδιο, το οποίο είναι μεταβατικό, παρουσιάζονται οι πρώτες ενδείξεις αποθάρρυνσης ή και κατάθλιψης. Ο εργαζόμενος μπορεί να θέσει νέους στόχους, μπορεί να απομακρυνθεί ή να περάσει στο τελευταίο στάδιο της κρίσης (crisis stage), δηλαδή σε μια κατάσταση απάθειας, αδιαφορίας και αποξένωσης. Ουσιαστικά διατηρεί τη δουλειά του μόνο για λόγους επιβίωσης (Μερκούρης, 2008).

Στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να παρουσιαστούν α) οργανικές εκδηλώσεις: πόνοι στην πλάτη, στον αυχένα, στη μέση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές ή και σοβαρότερα, όπως ημικρανίες, αυξημένη πίεση, καρδιαγγειακά κ.τ.λ., β) συναισθηματικές εκδηλώσεις: χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτοπεποίθηση, θυμός, κατάθλιψη, ενοχές, γ) εκδηλώσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς: τάση απομόνωσης, αποστασιοποίησης από τους ασθενείς, που εμφανίζεται με κυνισμό ή υπεραπασχόληση με άλλα πράγματα, συχνές απουσίες, συγκρούσεις με συναδέλφους, μείωση απόδοσης, αυξημένα λάθη κ.τ.λ. (Μερκούρης, 2008).

Σύμφωνα με το Σακελλαρόπουλο (2006), η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έκανε την εμφάνισή της για πρώτη φορά και το 1974. Συγκεκριμένα, ο Freudenberger περιέγραψε ένα σύνολο συμπτωμάτων που παρατήρησε σε εθελοντές και επαγγελματίες, οι οποίοι παρείχαν υπηρεσίες στο χώρο της ψυχικής υγείας (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1992, σελ.183). Στην αρχή, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης κρίθηκε το αποτέλεσμα έντονης και στενής συνεργασίας με άλλους ανθρώπους για μεγάλο χρονικό διάστημα και η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, ένα από τα οποία ήταν και αυτό των νοσηλευτών (Αντωνίου, 2003, σελ.18).

Παρόλο που η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας με αυξανόμενη διεπιστημονική βιβλιογραφία, δεν υπάρχει ακόμη ένας γενικά αποδεκτός ορισμός. Ίσως ο πιο ευρέως αναφερόμενος ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός της Christine Maslach, η οποία την όρισε ως «ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που αναπτύσσεται σε όσους έρχονται σε επαγγελματική σχέση με άλλους ανθρώπους, κατά το οποίο ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του και το θετικό συναίσθημα που είχε προς τους

ασθενείς ή τους πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του». Κατά συνέπεια, διακρίνονται 3 κυρίως συμπτώματα κατά την επαγγελματική εξουθένωση: α. Η συναισθηματική εξάντληση, η οποία εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του επαγγελματία που δεν παρουσιάζει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στην εργασία του. β. Η αποπροσωποποίηση, που εκδηλώνεται με την απομάκρυνση από τους αρρώστους και την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων μαζί τους. γ. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, που παρουσιάζεται με τη μείωση της απόδοσης και την παραίτηση του επαγγελματία από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2000, σελ.243). Γενικότερα, ο νοσηλευτής αμφιβάλλει για την επαγγελματική του δραστηριότητα και βιώνει αισθήματα απαισιοδοξίας αλλά και απαξίωσης (Αντωνίου, 2003, σελ.18).

Ένα συχνό πρόβλημα που σχετίζεται με το εργασιακό στρες είναι και η συχνή απουσία του προσωπικού. Οι Rogers, Hutchins και Johnson (1990) έχουν προτείνει ένα μοντέλο για μείωση του φαινομένου χωρίς την τιμωρία του εργαζόμενου. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει 4 βήματα:

α) μια φιλική υπενθύμιση της πολιτικής και των κανονισμών του οργανισμού,

β) μια γραπτή αναφορά στο πρόβλημα και στους στόχους που θα πρέπει ο προϊστάμενος και ο εργαζόμενος να υπογράψουν. Ο εργαζόμενος θα πρέπει προφορικά να δείξει ότι κατανόησε το πρόβλημα και ότι θα προσπαθήσει να αλλάξει τη συμπεριφορά του,

γ) ο προϊστάμενος στέλνει τον εργαζόμενο σπίτι του με πληρωμή, προκειμένου να αποφασίσει αν θα τηρήσει τους κανονισμούς. Ο εργαζόμενος θα πρέπει να υποβάλει την απόφασή του εγγράφως και

δ) υποβολή παραίτησης ή απόλυση εάν ο εργαζόμενος δεν αποδεχθεί τη συμμόρφωση ή αν συνεχίσει την ίδια συμπεριφορά. Η διαφορά με τον πειθαναγκασμό είναι ότι το μοντέλο αυτό μεταφέρει την ευθύνη της απόφασης από τον προϊστάμενο σον εργαζόμενο και εστιάζει στο μέλλον παρά στο παρελθόν (Rogers et al., 1990).

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Κύριο θέμα της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και εξέταση της ψυχικής υγείας των προϊσταμένων. Κρίθηκε ωστόσο σκόπιμο να γίνει και μια σύντομη αναφορά στο βαθμό που οι ίδιοι οι προϊστάμενοι μπορούν να επηρεάσουν τους υπαλλήλους τους.

Έρευνα που διενεργήθηκε από το Πανεπιστήμιο του Τορόντο (2008), στην οποία συμμετείχαν 1800 ενήλικες εργαζόμενοι από τις Η.Π.Α., κατέδειξε ότι οι γυναίκες οι οποίες έχουν ως προϊσταμένους έναν άνδρα και μία γυναίκα ή μία γυναίκα μόνο, έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικού στρες και σωματικά συμπτώματα, απ' ό,τι όσες έχουν ως προϊστάμενο έναν και μόνο άντρα. Παράλληλα, οι άνδρες οι οποίοι έχουν έναν προϊστάμενο, είτε αυτός είναι άνδρας είτε είναι γυναίκα, έχουν παρόμοια επίπεδα στρες. Ωστόσο, όταν έχουν δύο προϊσταμένους διαφορετικού φύλου, έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικού άγχους και είναι πιο ήρεμοι.

Σύμφωνα με τους Scieman et al. (2008), η συσχέτιση μεταξύ του φύλου του προϊσταμένου και της εμφάνισης ψυχοσωματικών προβλημάτων (πονοκέφαλος, κόπωση, πεπτικές διαταραχές κ.λ.π.) ήταν μεγάλη και παρατηρήθηκε ανεξαρτήτως επαγγέλματος, εργασιακού τομέα ή εργασιακής θέσης.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα, ιδιαίτερα όσα αφορούν γυναίκες υφιστάμενες με γυναίκες προϊστάμενες, έρχονται σε αντίθεση με την άποψη ότι οι ομοιότητες

ανάμεσα στον προϊστάμενο και τους υφιστάμενους προωθούν την αρμονία στο χώρο εργασίας, ενώ από την άλλη οι ανομοιότητες δημιουργούν προβλήματα (Scieman et al., 2008).

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με την έρευνα των Γκεσούλη – Βολτυράκη et al. (2012), οι προϊστάμενοι νοσηλευτές και οι υπεύθυνοι βάρδιας των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων, εμφανίζουν σημαντική επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας σε ποσοστό 10%. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές στο σύνολό τους εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, σωματοποίησης και κοινωνικής δυσλειτουργίας σε σχέση με τις άλλες ομάδες εργαζομένων στις μονάδες υγείας, με προεξάρχοντα τα προβλήματα άγχους και κατάθλιψης (Παπαγεωργίου et al, 2007; Greenglass et al., 2009).

Σε έρευνα στην Ιταλία (Taboli et al, 2006), βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν επίσης, συχνές σωματικές ενοχλήσεις, όπως αίσθημα έντονης κόπωσης, κεφαλαλγίες, οσφυαλγίες, διαταραχές ύπνου και καρδιαγγειακά νοσήματα. Εντούτοις, φαίνεται πως υφίστανται διαφορές, ανάλογα με την ιεραρχία στο τμήμα, με τους προϊσταμένους να εμφανίζουν συγκριτικά μικρότερη επιβάρυνση και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία και τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους (Lee et al., 1996). Αντίθετα, οι προϊστάμενοι δήλωναν δυσαρεστημένοι με τις οργανωτικές αδυναμίες και ειδικά τις ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη, εύρημα που επιβεβαιώνεται και από άλλους ερευνητές (Taboli et al., 2006),

Τα φαινόμενα αυτά είναι πιο έντονα όταν το νοσοκομείο δε βρίσκεται σε μεγάλο αστικό κέντρο. Διεθνώς, οι προϊστάμενοι νοσηλευτές και οι υπεύθυνοι βάρδιας εμφανίζουν μικρότερη ψυχολογική καταπόνηση σε σχέση με τους συναδέλφους τους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν αντιμετωπίζουν ισχυρές προκλήσεις στο χώρο

εργασίας και γεγονότα που τους καταπονούν ψυχικά και σωματικά, ενώ αναφέρουν ιδιαίτερα αυξημένη ασάφεια ρόλων. Τα διαφορετικά καθήκοντα των προϊσταμένων και των υπευθύνων βάρδιας φαίνεται πως ευθύνονται διεθνώς για τις διαφορές αυτές (Courtney et al., 2002). Οι προϊστάμενοι αντιμετωπίζουν ζητήματα που σχετίζονται περισσότερο με την οργάνωση της ομάδας ,την κατανομή αρμοδιοτήτων και λιγότερο με αυτήν καθ αυτήν τη νοσηλευτική φροντίδα, αν και γίνονται οι τελικοί αποδέκτες των τυχόν παραλείψεων και σφαλμάτων κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Επιπλέον, στη μελέτη των Γκεσούλη – Βολτυράκη et al. (2012), αν και δε διερευνήθηκε η σχέση του άγχους με την εξοικείωση και τη δυνατότητα αντιμετώπισης κρίσεων, τα ευρήματά της δείχνουν πως οι έχοντες θέση προϊσταμένου έχουν πλέον εξοικειωθεί ικανοποιητικά με το περιβάλλον εργασίας και το έμψυχο δυναμικό και έχουν αναπτύξει σε ικανοποιητικό βαθμό δυνατότητες αντιμετώπισης κρίσεων και οργανωτικών προβλημάτων. Η ικανότητα αυτή των προϊσταμένων μπορεί να συμβάλει τα μέγιστα στην ελάττωση της ψυχικής τους καταπόνησης. Από την άλλη, σημαντικοί παράγοντες που καταπονούν τους νοσηλευτές, όπως η εξαντλητική νυχτερινή εργασία και ο χρόνος που αναλώνεται σε αμιγώς νοσηλευτική φροντίδα έχουν περιοριστεί σημαντικά, καθώς άλλες είναι πλέον οι αρμοδιότητες τους. Παρόλα αυτά αν οι συνθήκες είναι αντίξοες και δεν υπάρχει ο απαραίτητος συντονισμός με τη νοσηλευτική υπηρεσία και τη διοίκηση του νοσοκομείου ο προϊστάμενος αισθάνεται αποκομμένος και δύσκολα μπορεί να ανταπεξέλθει στα οργανωτικά του καθήκοντα, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή ψυχικής καταπόνησης (Bessie et al., 2009)

Η κατανομή αρμοδιοτήτων, η αγωνία για την επιτυχή ολοκλήρωση της βάρδιας και η ανάληψη πρωτοβουλιών, που πολλές φορές υπερβαίνουν τα στενά όρια της βάρδιας

και σχετίζονται με θεσμικές αλλαγές στη λειτουργία της κλινικής, συνιστούν βασικές πηγές ανησυχίας για τον επικεφαλής του τμήματος. Παράληλα, οι αυξημένες ευθύνες μπορούν να προκαλέσουν, υπό προϋποθέσεις έντονη ψυχική καταπόνηση. Η εξάντληση, σωματική και ψυχική, η αϋπνία και ο λιγοστός χρόνος που δύνανται να διαθέσουν σε οικογένεια και φίλους διαταράσσουν τις οικογενειακές τους σχέσεις. Η υποστήριξη από τις διοικητικές υπηρεσίες και η διασφάλιση κλίματος εμπιστοσύνης με τους συναδέλφους, μειώνουν την καταπόνησή τους (Judkins, 2002)

Η μελέτη των Γκεσούλη – Βολτυράκη et al. (2012), έρχεται να επιβεβαιώσει και στην ελληνική πραγματικότητα την καλή ψυχική υγεία των προϊσταμένων νοσηλευτών, αλλά και να επισημάνει τους δυνητικούς κινδύνους που υφίστανται για κάποιους από αυτούς. Η επίλυση των οργανωτικών προβλημάτων του συστήματος υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αντιμετώπιση της ψυχικής καταπόνησης των προϊσταμένων (Γκεσούλη – Βολτυράκη et al., 2012).

ΨΥΧΙΚΗ / ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ

Σύμφωνα με τους Μουστάκα et al. (2010), έχει διαπιστωθεί ότι το νευρικό, το καρδιαγγειακό και το ανοσολογικό σύστημα, επηρεάζονται από το στρες, το οποίο προκαλείται από ανεξέλεγκτα γεγονότα. Συγκεκριμένα, όταν ανατέθηκε στους συμμετέχοντες σε μια έρευνα ένα έργο το οποίο δεν μπορούσαν να ελέγξουν, αφού ξεπερνούσε τις ικανότητες τους, αυτοί παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης και του επιπέδου νορεπινεφρίνης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ανέλαβαν να φέρουν εις πέρας ένα έργο που ανταποκρινόταν στα όρια των δυνατοτήτων τους (Peters et al., 1998).

Όπως επισημαίνει ο Τούντας (1999), οι συγκεκριμένες ορμόνες προετοιμάζουν το άτομο για τη λεγόμενη μάχη ή φυγή. Κάποιοι ερευνητές, θεωρούν ότι η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη βλάπτουν τα αιμοφόρα αγγεία και τους ιστούς στην καρδιά, κυρίως σε καταστάσεις διαρκούς και έντονου στρες, ενώ τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόνης, υπό κατάσταση στρες, προκαλούν παθητικότητα και κατάθλιψη.

Η βιοχημική απάντηση του οργανισμού στο στρες, περιλαμβάνει την συμμετοχή και άλλων ουσιών. Από έρευνες έχει φανεί συσχέτιση μεταξύ της έντασης του στρες και των επιπέδων IgA ανοσοσφαιρίνης. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό κατέδειξε ότι τα επίπεδα IgA ανοσοσφαιρίνης στο σάλιο, σχετίζονται αρνητικά με την ένταση του επαγγελματικού στρες (Yang, et al, 2002). Σημαντικές υπήρξαν επίσης οι έρευνες των Glaser et al. (1986), οι οποίεw έδειξαν ότι το στρες θα μπορούσε να συνδυαστεί με μειωμένα επίπεδα ιντερφερόνης των περιφερειακών λευκοκυττάρων. Επίσης, η μείωση του επιπέδου της ιντερφερόνης, θα μπορούσε να συνδυαστεί, με τη μείωση της δραστηριότητας των φονικών κυττάρων (natural killers), που θα είχε σαν αποτέλεσμα την εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος (Glaser, 1986).

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψυχική υγεία αποτελεί συνισταμένη βιολογικών και ψυχο-κοινωνικών παραγόντων οι οποίοι βρίσκονται σύμφωνα με τους Dennerstein et al. (1993) σε αλληλεπίδραση. Σύμφωνα με στοιχεία του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας, οι ψυχικές διαταραχές προσβάλλουν εξίσου τους άνδρες και τις γυναίκες. Τα ερευνητικά πορίσματα του Ινστιτούτου δείχνουν ότι οι γυναίκες αναζητούν θεραπεία ή βοήθεια αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές, ευκολότερα από τους άνδρες, τόσο σε πρωτογενές όσο μια σε δευτερογενές επίπεδο περίθαλψης. Η συγκεκριμένη άποψη ενισχύεται και από έρευνες, οι οποίες παρουσιάζουν άνδρες και γυναίκες να

εμφανίζουν ίδια ποσοστά επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία κλινικών, ενώ οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες από το τις γυναίκες περίθαλψης σε δημόσια ψυχιατρεία ή να εισαχθούν σε κάποια κλινική παρά τη θέλησή τους (Parker et al., 1995).

Σε άλλες έρευνες φαίνεται ότι περισσότερες γυναίκες παρά άντρες διαγιγνώσκονται με ψυχική ασθένεια. Πρόσφατες έρευνες κατέδειξαν πως οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ησσόνων μορφών ψυχιατρικής νοσηρότητας από ότι οι άνδρες, παρόλο που οι διαφορές είναι μικρές (Esmlie et al., 2002).

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι στις ανεπτυγμένες χώρες οι γυναίκες παρουσιάζουν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να πάσχουν από κατάθλιψη και άγχος, ενώ οι τελευταίο είναι πιθανότερο να εμφανίζουν τη συμπτωματολογία κατάχρησης ουσιών και μερικών διαταραχών της προσωπικότητας. Οι Διαταραχές της διάθεσης συναντούνται κατά μέσο όρο, δύο με τρεις φορές συχνότερα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες (Kessler et al., 1993)

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Σύμφωνα με τους Ευθυμίου et al. (2013), η οικονομική κρίση φαίνεται να επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία των εργαζομένων, κυρίως μέσω της ανεργίας και της μείωσης του εισοδήματος. Ωστόσο, το είδος της σχέσης αυτής καθώς και η ερμηνεία της δεν αποτελεί πάντοτε ένα εύκολο εγχείρημα. Ενώ οι περισσότερες έρευνες βρίσκουν αρνητική συσχέτιση μεταξύ οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας, πρέπει να ληφθούν υπόψη σημαντικοί παράγοντες που παρεμβάλλονται σε αυτή τη σχέση. Ιδιαίτερα καθοριστικοί παράγοντες κρίνονται το υποκειμενικό οικονομικό στρες και η επίδραση του στην ευεξία, τα λανθάνοντα

οφέλη της εργασίας καθώς και η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Επιπλέον, κοινωνικοί παράγοντες όπως ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση, η διάβρωση των κοινωνικών σχέσεων, η τρέχουσα κοινωνική νόρμα και η ύπαρξη δικτύων κοινωνικής προστασίας φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο (Ευθυμίου et al., 2013).

Επιπλέον, σε έρευνα των Economou et al. (2011), παρατηρήθηκε ότι το 2011 υπήρξε 36% αύξηση στις αναφορές απόπειρας αυτοκτονίας τον τελευταίο μήνα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας έναντι των αναφορών που έγιναν το 2009. Πάντως, έρευνα του ΕΠΙΨΥ (2012), επεξεργάστηκε και ανέλυσε το περιεχόμενο των κλήσεων στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη από το Μάιο του 2008 ως τον Ιούνιο του 2011 με σκοπό τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και των αιτημάτων για την τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη. Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα, από το πρώτο εξάμηνο του 2010 υπήρξε αυξανόμενος αριθμός κλήσεων από άτομα που ανέφεραν άμεσα ή έμμεσα ότι επηρεάζονταν από την οικονομική κρίση. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα άτομα αυτά ήταν περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψή από ό,τι εκείνα που δεν αναφέρθηκαν στην κρίση (Ευθυμίου et al., 2013).

Υψηλό ποσοστό των τελευταίων, μάλιστα, βρέθηκε να εμφανίζει υπερένταση/τεντωμένα νεύρα και καταχρήσεις αλκοόλ ή ουσιών. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάχρηση ουσιών ή την αυτοκτονικότητα. Τέλος, το άγχος φάνηκε να επιβαρύνει κατά κύριο λόγο τους εργαζομένους, πιθανώς λόγω της έλλειψης ασφάλειας και της αβεβαιότητας που βιώνουν καθημερινά (Ευθυμίου et al., 2013).

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι μελετώντας τα δεδομένα που δημοσίευσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2009) για τους δείκτες αυτοκτονίας στην Ελλάδα, παρατήρησαν ότι το 2009, έτος έναρξης της βαθιάς οικονομικής ύφεσης, ο αριθμός

των αυτοκτονιών ήταν ίδιος με εκείνον του 2000 και χαμηλότερος από το 2005 και 2006. Επιπλέον, ο Σκαπινάκης (2012), προσθέτει στα παραπάνω ότι και σε προηγούμενα έτη, εν απουσία οικονομικής κρίσης, οι δείκτες αυτοκτονίας εμφάνισαν αυξομειώσεις της τάξεως του 20% εστιάζοντας στο μεγάλο πρόβλημα της χαμηλής ποιότητας των ελληνικών δεδομένων.

Επίσης, σημειώνεται η επίπτωση της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Οι μειώσεις των δαπανών σε μισθούς και λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων λόγω περικοπών του κράτους οδηγούν σε μια πτώση της ποιότητας των υποδομών και υπηρεσιών. Αυτό σε ένα περιβάλλον εντατικοποίησης των επαγγελματικών απαιτήσεων έχει προκαλέσει πτώση του ηθικού και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού (Karamanoli, 2011).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΣ

Η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη αποσκοπεί αφενός στη διερεύνηση και παρουσίαση του ρόλου των προϊσταμένων των νοσηλευτικών μονάδων ψυχικής υγείας και αφετέρου της ψυχικής τους υγείας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ - ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι προϊστάμενοι στα νοσηλευτικά τμήματα ψυχικής υγείας καλούνται να φέρουν εις πέρας ένα πολύ σημαντικό έργο και ότι παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, την επικείμενη μεταπτυχιακή μελέτη θα απασχολήσουν ουσιαστικά τα δύο πιο κάτω ερωτήματα:

- Ποιος είναι ο ρόλος των προϊσταμένων στην επίτευξη των στόχων των νοσηλευτικών τμημάτων ψυχικής υγείας; (αναλύθηκε στο Γενικό Μέρος του παρόντος πονήματος).
- Ποια είναι τα επίπεδα ψυχικής υγείας των προϊσταμένων στα νοσηλευτικά τμήματα ψυχικής υγείας;

ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Με τη διεξαγωγή και παρουσίαση της παρούσας έρευνας, είμαστε πεπεισμένοι ότι θα επωφεληθούν ιδιαίτερα οι διοικούντες των τμημάτων ψυχικής υγείας, οι υφιστάμενοι νοσηλευτικοί λειτουργοί, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους και κατά συνέπεια ο τομέας της υγείας στην Κύπρο.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, θα εμπλουτίσουν, έστω και στο ελάχιστο, την ελληνική αλλά και διεθνή βιβλιογραφία ως προς το ρόλο των προϊσταμένων νοσηλευτών στις μονάδες ψυχικής υγείας αλλά και τα επίπεδα της ψυχικής τους υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι ποσοτική και βασίζεται στη χρήση ερωτηματολογίου, η οποία σύμφωνα με τον Ζαφειρίου (2003), παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα. Το κύριο της πλεονέκτημα είναι ότι θα έχουμε τη δυνατότητα να αποστείλουμε τα ερωτηματολόγιά μας σε έναν αριθμό πέραν των 50 προϊσταμένων τμημάτων ψυχικής υγείας που δραστηριοποιούνται σε όλες της επαρχίες της Κύπρου, ούτως ώστε να εξασφαλίσουμε την καλύτερη δυνατή εικόνα για την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε είναι το GHQ-28 (General Health Questionnaire) μαζί με ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι μεταφρασμένο στα Ελληνικά και διαθέσιμο σε πολλές ιστοσελίδες με την ονομασία Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας – 28 (https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/15357/6/BompaiAnastasiaMsc2012.pdf) .

Ο ερευνητής παρέδωσε προσωπικά 59 ερωτηματολόγια σε προϊστάμενους Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Ψυχικής σε όλες τις πόλεις της Κύπρου. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από 54 προϊσταμένους που εργάζονται σε εσωτερικές και εξωτερικές δομές, ψυχιατρεία, φυλακές κ.λ.π.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Τα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε (Ε.Γ.Υ. 28), είναι σχεδιασμένο για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας σε προϊσταμένους στα νοσηλευτικά τμήματα ψυχικής υγείας. Εξετάζει παράγοντες όπως σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, άγχος και αϋπνία , κοινωνική δυσλειτουργία και καταθλιπτικό συναίσθημα. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία, ενώ στο δεύτερο μέρος σε ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική υγεία.

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.) είναι ένα αυτοσημπληρούμενο τεστ, που έχει ως στόχο να ανιχνεύει ψυχικές διαταραχές σε άτομα που το συμπληρώνουν σε υπηρεσία μέσα στην κοινότητα, όπως είναι η πρωτοβάθμια περίθαλψη ή τα εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα, έχει σαν στόχο να ανιχνεύει τις ψυχικές διαταραχές που πιθανόν να σχετίζονται με την αιτία προσέλευσης του ασθενή σε κάποια ιατρική υπηρεσία και δίνει έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την υγεία του. Εξαιτίας του ότι σχεδιάστηκε να χορηγείται σε χώρους ιατρικών υπηρεσιών, επικεντρώνεται στις αλλαγές της φυσιολογικής λειτουργικότητας και όχι σε μακροχρόνια χαρακτηριστικά (Μόνας, 2003).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τους Goldeberg και Hillier (1977) και κυκλοφορεί σε τέσσερις εκδόσεις, ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: α) στην αρχική του μορφή περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις β) στη δεύτερη 30 γ) στην τρίτη 28 και δ) στην τέταρτη 12. Η μορφή των 28 ερωτήσεων την οποία και επιλέξαμε, έχει σχεδιαστεί για μελέτες στις οποίες ένας ερευνητής χρειάζεται περισσότερη πληροφόρηση από όση παίρνει από μια μόνο τιμή που δείχνει τη σοβαρότητα της κλινικής κατάστασης. Ωστόσο, το τεστ μπορεί να προσφέρει και μια τέτοια γενική τιμή, η οποία αντανακλά την έννοια της «μόλις σημαντικής κλινικής διαταραχής» (Ευθυμίου et al., 2007).

Το ΕΓΥ μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στον Ελληνικό Πληθυσμό από τους Μουτζούκη et al. (1990). Η στάθμισή του στον ελληνικό πληθυσμό έγινε από τους Garyfallos et al. (1991). Το ερωτηματολόγια αναφέρεται σε αλλαγές που έχουν γίνει τις τελευταίες βδομάδες και η κάθε ερώτηση εξετάζει αν το άτομο έχει εμφανίσει πρόσφατα κάποιο συγκεκριμένο σύμπτωμα ή είδος συμπεριφοράς με μια κλίμακα που εκτείνεται από το «καθόλου», «όχι περισσότερο από ότι συνήθως», «μάλλον

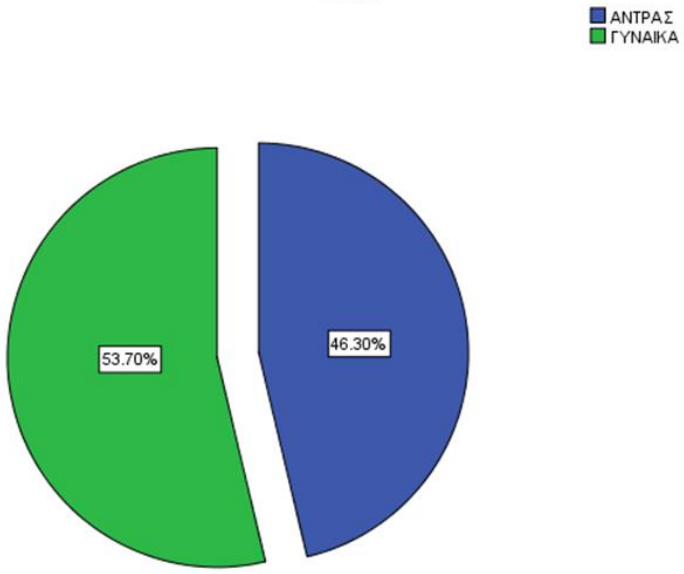
περισσότερο από ότι συνήθως», «πολύ χειρότερα από ότι συνήθως» (Μπομπάι, 2012).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

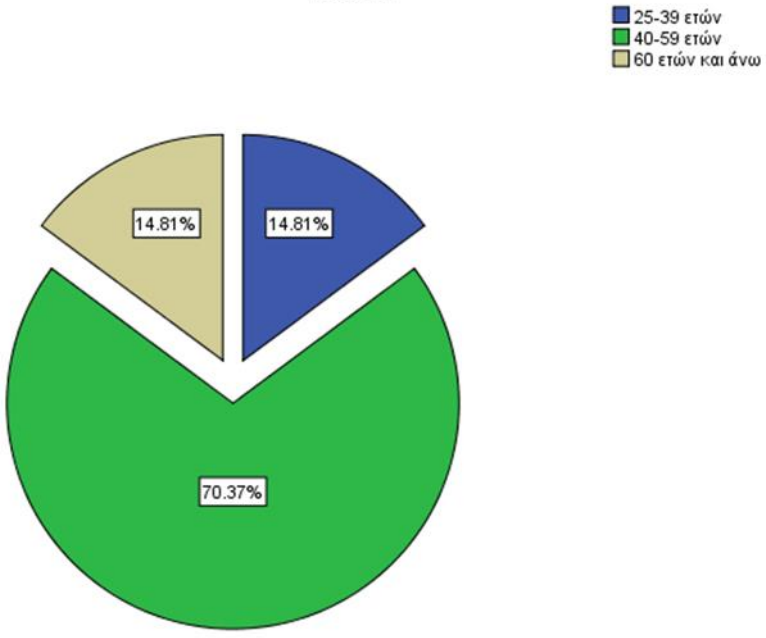
Συνοψίζοντας τα δημογραφικά στοιχεία όλων των προϊστάμενων που έλαβαν μέρος στην έρευνα έχουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Συνολικά έλαβαν μέρος 54 άτομα. Το 46,3% ήταν άντρες ενώ το 53,7% γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας 40-59 χρονών (70,4%), και στην πλειοψηφία ήταν παντρεμένοι (94,4%). Επίσης η πλειονότητα του δείγματος (83,3%) κατέχουν μόνο πρώτο πτυχίο , πτυχίο Νοσηλευτικής, ενώ το περίπου το 63% εργάζονται με βάρδιες, (εξαήμερο). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η έρευνα αφορούσε προϊσταμένους με ψηλό προσωπικό εισόδημα , καθώς επίσης και ψηλό οικογενειακό εισόδημα. Τέλος ένα μεγάλο ποσοστό (57%) έχουν συνολικά χρόνια υπηρεσίας περισσότερα από 21 χρόνια, ενώ το ίδιο ποσοστό έχει 1-5 χρόνια υπηρεσίας στην σημερινή μονάδα. Όλα αυτά τα στοιχεία φαίνονται πιο παραστατικά στα παρακάτω διαγράμματα.

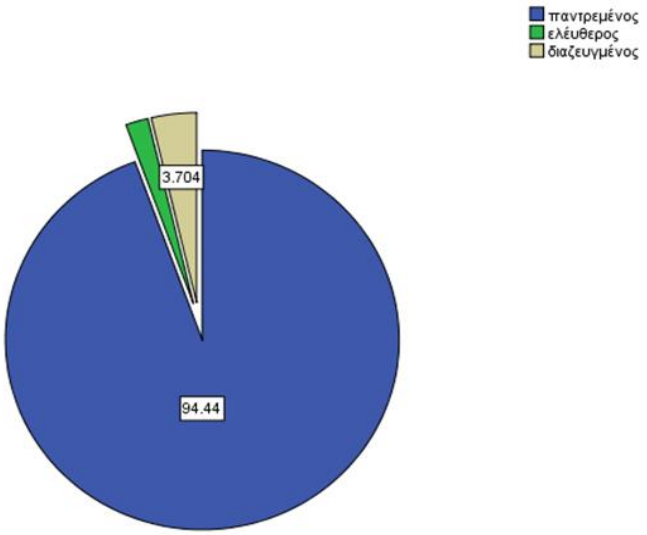
ΦΥΛΟ


ΑΝΤΡΑΣ
ΓΥΝΑΙΚΑ
46.30%
53.70%

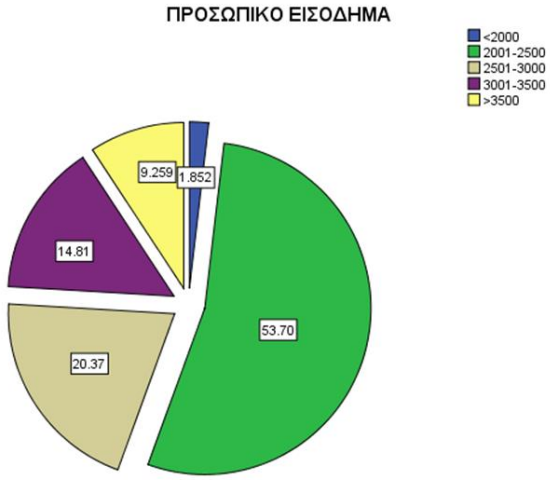
ΗΛΙΚΙΑ


25-39 ετών
40-59 ετών
60 ετών και άνω
14.81%
14.81%
70.37%

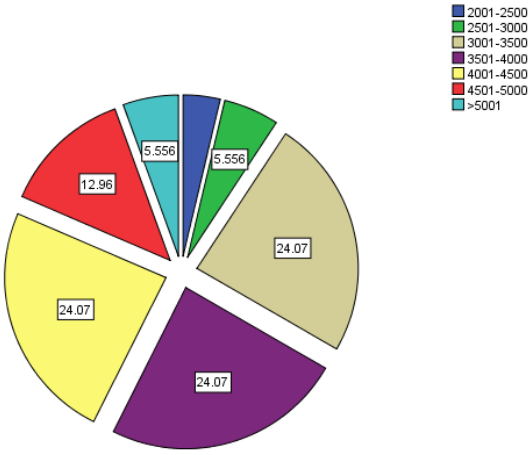
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



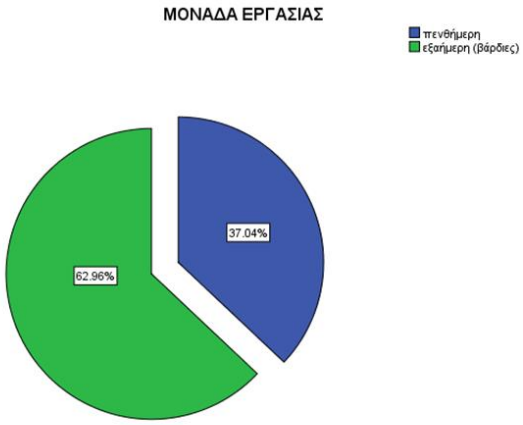
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ



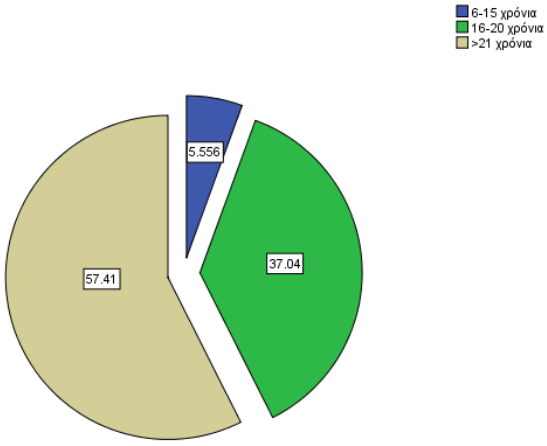
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

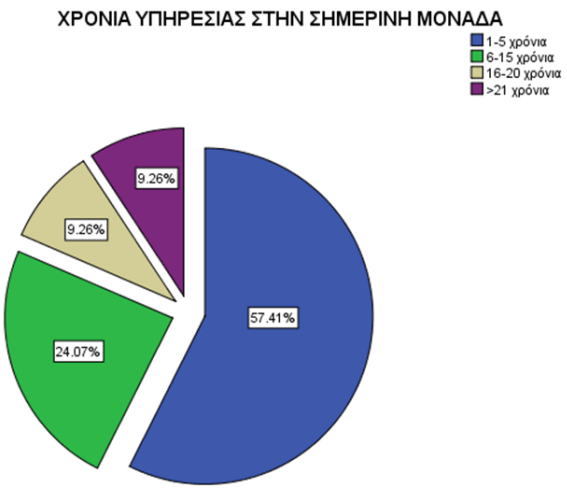


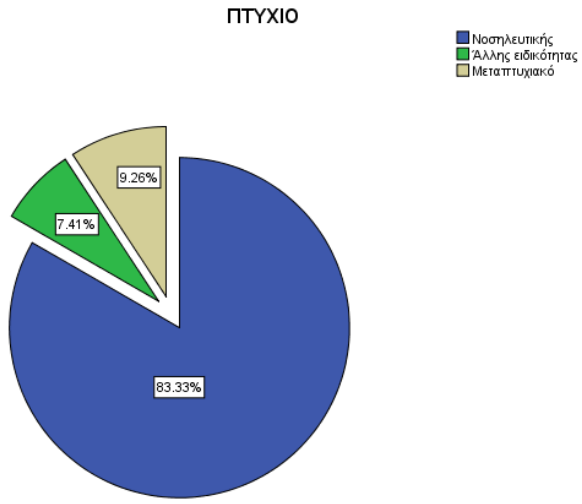
ΜΟΝΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ







Όπως προαναφέρθηκε, για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας των 28 ερωτήσεων (ΕΓΥ-28) και ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών χαρακτηριστικών. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 4 θέματα που αφορούν: σωματικά ενοχλήματα, το άγχος, την κοινωνική λειτουργικότητα και τέλος την κατάθλιψη. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS. Η κλίμακα των απαντήσεων κυμαινόταν από 1–4. Μεγαλύτερη βαθμολογία (>3) υποδήλωνε ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα , ενώ συνολική βαθμολογία (<3) υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα.

Υπολογίζοντας το μέσο όρο των απαντήσεων για τον κάθε προϊστάμενο δημιουργήθηκε μια καινούρια μεταβλητή με το όνομα «Ψυχική Υγεία». Εξετάζοντας οποιαδήποτε συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων ψυχικής υγείας και των χαρακτηριστικών του δείγματος δόθηκαν κάποια αποτελέσματα τα οποία συνοψίζονται στον Πίνακα 1.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ) ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ				
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**Πλήθος**	**P –value**
Άντρας	1.57	0.41	25	0.007
Γυναίκα	1.93	0.51	29	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ				
Πενθήμερη	1,63	0,35	20	0,709
Εξαήμερη	1,67	0,31	34	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
Παντρεμένος	1,64	0,31	51	0,505
Ελεύθερος	4,42		1	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ				
25-39 Χρονών	1,513	0,186	8	0,008
40-59 Χρονών	1,74	0,33	38	
>60 χρονών	1,40	0,22	8	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΤΥΧΙΟ				
Πτυχίο Νοσηλευτικής	1,7	0,32	45	0,037
Άλλης ειδικότητας	1,58	0,22	4	
Μεταπτυχιακό	1,42	0,07	5	

Πίνακας 1 : ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Με το t-test φάνηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των παραγόντων της ψυχικής υγείας, αφού η τιμή του $p=0,007<0,05$. Ωστόσο φαίνεται πως υφίστανται διαφορές ανάλογα με το φύλο, με τις προϊσταμένους γυναίκες να εμφανίζουν συγκριτικά μεγαλύτερη επιβάρυνση στην ψυχική υγεία σε σχέση με τους

άντρες συναδέρφους τους. Ιδιαίτερα σε ότι αφορά τα σωματικά ενοχλήματα οι γυναίκες (μ= 1,93) είναι στατιστικώς σημαντικά περισσότερο βεβαρημένες ψυχικά, σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους τους (μ=1,57).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα η μονάδα που εργάζονται οι νοσηλευτές προϊστάμενοι δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τους επιμέρους παράγοντες της ψυχικής υγείας, p=0,709. Ο μέσος όρος τόσο για τους πενθήμερους όσο και για τους εξαήμερους είναι περίπου ο ίδιος (μ=1,63~1,67).

Επιπλέον πάλι με το t-test παρατηρούμε ότι ούτε με την οικογενειακή κατάσταση υπάρχει κάποια συσχέτιση με τους παράγοντες της ψυχικής υγείας, αφού η τιμή του p=0.5 η οποία είναι οριακή.

Σχετικά με την συσχέτιση ηλικίας και Ψυχικής Υγείας πραγματοποιήθηκε ANOVA test, (Πίνακας 1).Ο λόγος F και ο δείκτης σημαντικότητας δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών γκρουπ ηλικίας, αλλά όχι ακριβώς μεταξύ ποιών γκρουπ υπάρχουν διαφορές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ηλικία γενικά επηρεάζει την ψυχική υγεία των νοσηλευτών[F=5,33 p=0,008 < .05].

Μετά από την προσαρμογή Bonferroni βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ηλικίας 40-59 χρόνων (M=1,74, SD=0.33) είχαν περισσότερη διαταραγμένη ψυχική υγεία σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ηλικίας 25-39 χρονών. (M=1,51, SD= 0.18) t = -2.709, df = 17.877 , p< .01).

Τέλος, με το είδος πτυχίου που κατείχαν οι προϊστάμενοι βρέθηκε να σχετίζεται με το επίπεδο ψυχικής υγείας τους . Συγκεκριμένα, η ανάλυση έδειξε την ύπαρξη

στατιστικά σημαντικών επιδράσεων στη διακύμανση των τιμών της υποκλίμακας ψυχικής υγείας του ΕΓΥ-28, με το πτυχίο [p<0,005].

Προχωρώντας στην στατιστική ανάλυση με τον ίδιο τρόπο χρησιμοποιώντας ANOVA Test καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το προσωπικό εισόδημα, το οικογενειακό εισόδημα καθώς επίσης τα συνολικά χρόνια υπηρεσίας και τα χρόνια υπηρεσίας στην σημερινή μονάδα δεν είναι στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τους παράγοντες ψυχικής υγείας.

Επίσης, εξετάζοντας ξεχωριστά κάθε επιμέρους παράγοντα Ψυχικής Υγείας με την ηλικία έδειξαν ότι οι προϊστάμενοι ηλικίας 40-59 χρονών εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο άγχος (p=0.003) ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, όπως επίσης περισσότερα σωματικά ενοχλήματα (p=0,016). Τα αποτελέσματα της αναζήτησης στατιστικής συσχέτισης μεταξύ των επιμέρους παραγόντων της ψυχικής υγείας και της ηλικίας δίνονται στον Πίνακα 2.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ				
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Πλήθος	P -value
25-39 Χρονών	1,60	0,37	8	0,016
40-50 Χρονών	1,88	0,50	38	
>60 χρονών	1,37	0,35	8	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ				
25-39 Χρονών	1,58	0,24	8	0,003
40-50 Χρονών	2,0	0,57	38	
>60 χρονών	1,3	0,31	8	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ				
25-39 Χρονών	1,82	0,21	8	0,502
40-50 Χρονών	1,84	0,23	38	
>60 χρονών	1,73	0,33	8	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ				
25-39 Χρονών	1,03	0,06	8	0,235
40-50 Χρονών	1,18	0,23	38	
>60 χρονών	1,16	0,23	8	

Πίνακας 2 : ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3 , τον πιο χαμηλό μέσο όρο παρουσιάζει η κατάθλιψη και η κοινωνική λειτουργικότητα, κάτι που κρίνεται φυσιολογικό για τα επίπεδα ψυχικής υγείας ενώ ελαφρώς ψηλότερο μέσο όρο παρουσιάζουν το άγχος και τα σωματικά ενοχλήματα. Βέβαια αυτό δε σημαίνει ότι δεν είναι μέσα σε λογικά πλαίσια. Το άγχος και τα σωματικά ενοχλήματα επηρεάζουν μεν ελαφρώς περισσότερο την ψυχική υγεία των προϊσταμένων νοσηλευτών, τα αποτελέσματα ωστόσο δεν κρίνονται ανησυχητικά γιατί δεν υπερβαίνουν τον μέσο όρο, δηλαδή δεν ξεπερνούν το 3.

	ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ							
	Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής	Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό	Νιώθεις εξαντλημένος/ κακοδιάθετος	Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος	Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι	Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι	Έχει περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις	Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής
ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	1,80	1,89	2,04	1,72	1,61	1,56	1,78	1,80
	ΑΓΧΟΣ							
	Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος	Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς	Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση	Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα	Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο	Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο	Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός και σε υπερδιέγερση	Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος
ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	1,94	1,72	2,26	1,91	1,56	1,80	1,72	1,94
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ							
	Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος	Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλείες σου	Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά	Είσαι ικανοποιημένος με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλείες σου	Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου	Έχεις αισθανθεί ικανός να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα	Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σου	Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος
ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	1,81	1,96	1,87	1,87	1,61	1,74	1,91	1,81
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ							
	Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα	Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα	Έχεις αισθανθεί πως δεν αξίζει κανείς να ζει	Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στην ζωή σου	Κάποιες φορές δεν μπορείς να κάνει τίποτα γιατί έχεις τα νεύρα σου	Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος και να είχες ξεμπερδέψει με όλα	Η ιδέα να δώσεις τέλος στην ζωή σου έρχεται στο μυαλό.	Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα
ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	1,15	1,13	1,09	1,09	1,61	1,02	1,02	1,15

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την πιο πάνω ανάλυση συμπεραίνουμε ότι η ηλικία, το φύλο και το είδος του πτυχίου που κατέχει ένας νοσηλευτής, είναι 3 παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των προϊσταμένων στα νοσηλευτικά τμήματα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι οι γυναίκες προϊσταμένες των νοσηλευτικών τμημάτων ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη, ήταν στατιστικώς σημαντικά περισσότερο βεβαρημένες ψυχικά, ειδικά στα σωματικά ενοχλήματα, σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Όπως επισημαίνεται πάντως στους Λέλα et al. (2003), παρατηρείται συχνά μια ανδροκεντρική στάση απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα έχει υποδειχτεί ότι οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας έχουν την τάση να διαγιγνώσκουν ευκολότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε γυναίκες ασθενείς απ' ότι σε άνδρες, ακόμη και όταν παρουσιάζουν την ίδια συμπτωματολογία ή λαμβάνουν την ίδια ψυχομετρική αξιολόγηση (Callahan et al., 1997).

Όσον αφορά το εισόδημα και το κατά πόσο αυτό επηρεάζει την ψυχική υγεία στην έρευνά μας δεν φαίνεται κάτι τέτοιο, αφού οι υψηλότερα αμειβόμενοι δεν παρουσιάστηκαν περισσότερο υγιείς από τους υπόλοιπους. Όπως αναφέρουν σχετικά οι Kirmani και Munyakho (1996), οι νέες κοινωνικο– οικονομικές εξελίξεις τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες, αφορούν και στα δύο φύλα και πλήττουν περισσότερο τα ασθενέστερα οικονομικά άτομα.

Επίσης, στην έρευνά μας οι προϊστάμενοι ηλικίας 40-59 χρονών εμφάνισαν μεγαλύτερο άγχος και περισσότερα σωματικά ενοχλήματα σε σύγκριση με τους πιο μεγάλους σε ηλικία. Τέλος, σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση οι νοσηλευτές με μεταπτυχιακό εμφανίζουν μικρότερη ψυχολογική καταπόνηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που κατέχουν ένα απλό πτυχίο ή πτυχίο άλλης ειδικότητας.

Ουσιαστικά, στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε μια πρώτη αποτύπωση του επιπέδου ψυχικής υγείας, με τη χρήση ενός έγκυρου εργαλείου. Δε

χρησιμοποιήθηκαν ωστόσο κλινικές εξετάσεις ούτε μελετήθηκαν οι ατομικοί φάκελοι του προσωπικού, μεθοδολογικές πρακτικές που θα επέτρεπαν την ολική τεκμηρίωση ή την ύπαρξη ή μη ψυχικών προβλημάτων. Έτσι, τα αποτελέσματα τη μελέτης στο συγκεκριμένο ζήτημα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως σημείο εκκίνησης, αν ήταν αναγκαίο, για να προσεγγιστεί το συγκεκριμένο θέμα με μεγαλύτερη ακρίβεια. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα της μελέτης, χωρίς να χάνουν την αξία τους, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ενδεικτικά και προκαταρκτικά. Εκτιμάται δε ότι η μελέτη αυτή ανοίγει το δρόμο για μια αναλυτικότερη και μεθοδολογικά ορθότερη διερεύνηση της ψυχικής υγείας στους προϊσταμένους στα νοσηλευτικά τμήματα ψυχικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγαγιωτού, Σ. (2011). Το εργασιακό άγχος των κοινωνικών λειτουργών και η σχέση του με την εργασιακή δέσμευση και τη συναισθηματική νοημοσύνη. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
2. Αντωνίου Α.: «Μείζονες αιτίες burnout όσον αφορά στις στάσεις των εργαζομένων έναντι της εργασίας και τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος», Πρόληψη συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστατικές δραστηριότητες, Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2003 και στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.epapsy.gr στις 12-11-2004
3. Βουκάλη, Ε. (2003). Προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος: ρόλοι και λειτουργίες. Νοσηλευτική 2003, 42 (4): 414-419
4. Γκεσούλη-Βολτυράκη, Ε., Μαρνέρας, Χ., Χαρίση, Ε., Κωστοπούλου Στ., Αλβέρτη, Β., Χατζηθεοδώρου, Σ., Μαντζώρου, Μ. (2012). Αξιολόγηση ψυχικής υγείας προϊσταμένων νοσηλευτικών τμημάτων. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας - Τόμος 4,Τεύχος 3, 121-127
5. Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκάμπα, Ε., Μακρή, Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 50, 22-30, 2013
6. Ευθυμίου, Κ., Ευσταθίου, Γ., Καλαντζή, Α. (2007). Πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα ψυχικής υγείας στον φοιτητικό πληθυσμό. Εργαστήρι Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογικής. Εθνικό και καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ
7. Ζαβλανός, Μ. (1998), Μάνατζμεντ, Αθήνα: Εκδόσεις «Έλλην»

8. Ζαφειρίου, Γ., (2003). Μέθοδοι έρευνας στη Βιβλιοθηκονομία .
9. Ζενάκου, Ε. (2011). Τρόποι μάθησης και προσωπικότητα: διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης. Διδακτορική διατριβή Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο – Τμήμα οικιακής οικονομίας και οικολογίας.
10. Κοντζεδάκη, Μ.Ε. (2011). Η σημασία της ηγεσίας στην αποτελεσματική λειτουργία μιας επιχείρησης - Πτυχιακή εργασία. Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης – Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας – Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.
11. Κούκια, Ε., Γκιόνης, Ν. (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αθήνα: Περιοδικό «Το βήμα του Ασκληπιού» - 9ος τόμος, 3ο τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012
12. Λέλα, Μ., Ξυδοπούλου. Ε., Φερεντίνος, Σ. (2003). Οι γυναίκες στη σημερινή Ελλάδα:Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας.
13. Μαλαγκονιάρη, Ε. (2010), ΜΟΝΤΕΛΑ ΗΓΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ – Πτυχιακή Εργασία. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών – Σχολή Διοίκησης Επιχειρήσεων
14. Μαλλιαρού, Μ., Μουστάκα, Ε. & Καραθανάση, Κ. (2007). Ο Διοικητικός ρόλος του προϊστάμενου νοσηλευτή και η σχέση του με την υποκίνηση του προσωπικού.
15. Μερκούρης, Α. (2008). Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Πρώτη έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις "Έλλην" – Γ. Πρίκος και ΣΙΑ Ε.Ε.
16. Μόνας, Κ. (2003). Διερεύνηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των συζύγων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο – Τμήμα Ιατρικής

17. Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ.Κ.. (2010). Εκφάνσεις του εργασιακού άγχους στην Ψυχική και τη Σωματική Υγεία. Αλεξανδρούπολη: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης – Τμήμα Ιατρικής
18. Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρύφαλλος, Γ., Καραστεργίου, Α. (1990). Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας. David Goldberg. Μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
19. Μπαμπάτσικου, Φ., Γερογιάννη Γ. (2012). Νοσηλευτικό Τμήμα: κριτήρια ενός επιτυχημένου μοντέλου. Αθήνα: Περιοδικό «Το βήμα του Ασκληπιού» - 11ος τόμος, 1ο τεύχος, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2012
20. Μπομπάι, Α. (2012). Διερεύθνηση των ψυχολογικών δυσκολιών μητέρων παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας – Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής.
21. Παπαγεωργίου Δ, Καραμπέτσου Μ, Νικολακάκου Χ, Παυλάτου Ν. Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Νοσηλευτική 2007; 46 (2):237–245
22. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (επιμ.), Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000, κεφ. 11, σελ.242 - 265
23. Σακελλαρόπουλος, Γ. (2006). ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο – Σχολή Κοινωνικών Επιστημών.
24. Σταθαρού, Α., Μπερκ, Α., Μάλαμα, Σ. (2005). Επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας: Συγκριτικά δεδομένα Η.Π.Α – Ελλάδος

25. Τούντας, Γ. (1999). Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία. Νέα Υγείας, 24, 9-13.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

26. Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed.), Handbook of social psychology. Worcester, MA: Clark University Press.
27. Avey, J.B., Luthans, F., & Jensen, S.M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. Human Resource Management, 48 (5), 677 – 693.
28. Bessie L. Marquis,Carol J. Huston Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application.6th edition, Lippincott Williams and Wilkins, 2009
29. Callahan, E.J. (1997). Depression in primary care: patient factors that influence recognition. Family medicine, 29: 172-176
30. Catell, R. B. (1995). The fallacy of five factors in the personality sphere. The psychologist, 5, 207-208.
31. Courtney M, Yacopetti J, James C, Walsh A, Finlayson K. Comparison of roles and professional development needs of nurse executives working in metropolitan, provincial, rural or remote settings in Queensland. Aust J Rural Health. 2002 ;10(4):202-8.
32. Dennerstein, L., Astbury, J., Morse, C. (1993). Psychological and mental health aspects of women's health. Geneva: WHO
33. Economou M, Madianos M, Theleritis C, et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. Lancet 2011; 378:1459

34. Esmlie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M., Stansfeld, M. (2002). Gender differences in mental Health. Social science of medicine: 54, 4 pp 621-624
35. Fiedler, F.E. (1967) A Theory of Leadership Effectiveness, New York: McGraw-Hill.
36. Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D., Garyfallos, A. (1991). Greek Version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. Acta Psychiatric Scandinavica. 84. Pp. 371-378.
37. Goldeberg, D., Hillier, V. (1977). A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine, 9, pp. 139-145.
38. Greenglass ER, Burke RJ, Fiksenbaum L. Work load and burnout in nurses.Journal of community and applied social psychology 2009;3:211-215
39. Greenleaf, R. K. (1991). The servant as leader, Indianapolis: The Robert K. Greenleaf Center.
40. Harvard Business Review, "Breakthrough Leadership" Δεκέμβριος 2001, Τόμος 29, No II
41. Hersey, P. & Johnson D.E. (1996). Management of organizational behaviour: utilizing human resources (7th edition). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
42. Hersey, P., Blanchard, K.B` Johnson D.E. (1996). Management of organizational behavior: utilizing human resources (7th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
43. Homans, G. (1958). Social behaviour as exchange, American journal of Sociology, 63 (6), 597-606

44. Judkins SK, Ingram M. Decreasing stress among nurse managers: a long-term solution. J Cont Ed Nurs 2002;33(6):259-64.
45. Karamanoli E. Dept crisis strains Greece's ailing health system. Lancet 2011; 378:303-304
46. Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., et al. ((1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry: 51, 8-19
47. Kirimani, L.N., Munyakho, D. (1996). The impact if structural adjustment program on Women and AIDS.
48. Klakovich, M. (1994). Connective leadership for the 21st century: A historical prespectiveand future directions, Advances in Nursing Science, 16 (4), 42054
49. Lee, V., Henderson, MC (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. J Nurs Adm. 1996 ;26(5):21-8
50. McCrae, R., Costa, P. (1989). Reinterpreting the Myers – Briggs Type Indicator from the prespective of the five-factor model of personality. Journal of Personality, 57,1, 17- 40
51. McCrea, M. (1998). Personal reflections on early learning in shared leadership, Seminars for nurse managers, 6 (2), 83-88
52. Montana, P., Charnov, B. (2002). Μάνατζμεντ: κλασική θεωρία Μάνατζμεντ, δομές οργανισμών, Μάνατζμεντ προσωπικού και δυναμική ομάδων εργασίας, Αθήνα: Κλειδάριθμος.
53. Parker, J., Georgaka, E., Harper, D & McLaughlin T. (1995). Deconstructing Psychopathology. London: Sage Publications

54. Peters, M.L., Godaert, G.L., Ballieux, R.E., van Vliet, M., et al. (1998). Cardiovascular and endocrine responses to experimental stress: Effects of mental effort and controllability. Psychoneuroendocrinology, 23, 1-17
55. Pilgrim, D., Rogers, A. (1993). A sociology of mental health and illness. Buckingham, Open University Press.
56. Porter- O' Grady, T. (2003). A different age for leadership, Part 2: New rules, new roles, Journal of Nursing Administration, 33 (3), 173 – 178.
57. Rogers, J. E., Hutchins, S.G., Johnson, B.J. (1990). Nonpunitive discipline. A method of reducing absentelism. J. Nurse Adm, 20 (7-8), 41-43
58. Schieman, Scot, Mcmullen & Taralyn (2008). Relational Demography in the Workplace and Health: An Analysis of Gender and the Subordinate Superordinate Role-Set. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 49, No. 3. (September 2008), pp. 286-300
59. Selye, H. (1974). Stress without distress. Philadelphia: Lipppincott
60. Stogdill, R. M. (1948). Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. Journal of Psychology
61. Sullivan, E., Decker, Ph., (2009), Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας – Μετάφραση: Μπελλάλη, Θ. Αθήνα: Εκδόσεις Μ. Γκιούρδας
62. Tabolli S, Ianni A, Renzi C, Di Pietro C, PudduP. Job satisfaction, burnout and stress amongst nursing staff: a survey in two hospitals in Rome. G Ital Med LavErgon. 2006;28(1 Suppl 1):49-52.
63. Thibaut, J. & Kelley, H. (1959). The social psychology of groups, New York: Wiley.

64. Ward, K. (2002). A vision for tomorrow: Transformational nursing leaders, Nursing Outlook, 50 (3), 121 – 126.
65. Yang, Y., Koh, D., Ng, V., Lee, CY., Chan, G., Dong, F., Goh, S.H., Anantharaman, V., Chia, S.E. (2002). Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. Occupational and Environmental Medicine, 59, 836-841.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

66. FURNHAM, Adrian, (2011). Ο ευφυής ηγέτης [online]. Διαθέσιμο στο: http://www.hrpro.gr/default.asp?pid=9&la=1&arID=2689 [Πρόσβαση στις 13/5/2014]
67. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ΓΔ Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών (2009). Καλή εργασία και καλή υγεία [online]. Διαθέσιμο στο: http://intranet.etno.be/mailroot/GWGH/assets/plugindata/poolb/etno_goodpracticeguidelines_gr.pdf [Πρόσβαση στις: 13/5/2014].
68. Μαυροειδή, Α. (2012). Τι είναι ψυχική υγεία. [online]. Διαθέσιμο στο: http://athanasiamavroeidipsychologos.blogspot.com/2012/07/blog-post_10.html [Πρόσβαση στις 13/5/2014].
69. Σκαπινάκης, Π. (2012). Επιδημία αυτοκτονικών στην Ελλάδα; Ας το ξανασκεφτούμε. [online]. Διαθέσιμο στο http://pskapinakis.blogspot.gr/2012/01/blog-post.html [Πρόσβαση στις 2/06/2014].
70. Ψυχική Υγεία (2013) [online]. Διαθέσιμο στο: http://www.psychologynow.gr/psyhiki-ygeia/psyhiki-ygeia [Πρόσβαση στις 16/05/2014].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε το πιο κάτω Ερωτηματολόγιο τοποθετώντας ένα ✓στο κουτάκι δίπλα από τις προτάσεις που ανταποκρίνονται στα προσωπικά σας στοιχεία.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε το πιο κάτω Ερωτηματολόγιο τοποθετώντας ένα ✓στο κουτάκι δίπλα από τις προτάσεις που ανταποκρίνονται στα προσωπικά σας στοιχεία.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ε.Γ.Υ. – 28

1. Φύλο			**2. Ηλικία**		
	Άνδρας			25-39 ετών	
	Γυναίκα			40-59 ετών	
				60 και άνω	
3. Οικογενειακή κατάσταση			**4. Προσωπικό εισόδημα (€)**		
	Παντρεμένος /η			<2000	
	Μη παντρεμένος/η			2001-2500	
				2501-3000	
				3001-3500	
				>3500	
5. Οικογενειακό εισόδημα			**6. Συνολικά χρόνια υπηρεσίας**		
	2000			1-5 χρόνια	
	2001-2500			6-15 χρόνια	
	2501-3000			16-20 χρόνια	
	3001-3500			21 ή περισσότερα	
	3501-4000		**7. Μονάδα που εργάζεστε**		
	4001-4500			Πενθήμερη	
	4501-5000			Εξαήμερη (βάρδιες)	
	>5001				
8. Χρόνια υπηρεσίας στη σημερινή μονάδα			**9. Εκπαίδευση που κατέχετε**		
	1-5 χρόνια			Πτυχίο Νοηλευτικής	
	6-15 χρόνια			Πτυχίο άλλης ειδικότητας	
	16-20 χρόνια			Μεταπτυχιακό	
	21 ή περισσότερα			Άλλο……..	

Παρακαλούμε διάβασε τα παρακάτω προσεκτικά:

θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχες κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σου τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν, υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα. Πρόσεξε, θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σου και όχι εκείνα που είχες στο παρελθόν.

Έχει σημασία να προσπαθήσεις να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σου.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

A1	Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
A2	Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A3	Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A4	Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A5	Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A6	Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A7	Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B1	Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B2	Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B3	Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B4	Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B5	Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

B6	Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B7	Αισθάνεσαι συνέχεια νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

C1	Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C2	Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C3	Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C4	Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
C5	Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο
C6	Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
C7	Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
D1	Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D2	Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D3	Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D4	Σου έχει περάσεις απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
D5	Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D6	Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D7	Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ / ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

Descriptives

CYXIKH.YGEIA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<2000	1	1.4286	.	.	.	.	1.43	1.43
2001-2500	29	1.7217	.33070	.06141	1.5959	1.8475	1.21	2.36
2501-3000	11	1.5000	.34773	.10485	1.2664	1.7336	1.14	2.14
3001-3500	8	1.7723	.27987	.09895	1.5383	2.0063	1.46	2.11
>3500	5	1.5143	.20298	.09077	1.2623	1.7663	1.18	1.71
Total	54	1.6594	.32613	.04438	1.5704	1.7484	1.14	2.36

ANOVA

CYXIKH.YGEIA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.653	4	.163	1.604	.188
Within Groups	4.984	49	.102		
Total	5.637	53			

Descriptives

CYXIKH.YGEIA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
2001-2500	2	1.5893	.02525	.01786	1.3624	1.8162	1.57	1.61
2501-3000	3	1.2024	.05455	.03150	1.0669	1.3379	1.14	1.25
3001-3500	13	1.6126	.30299	.08403	1.4295	1.7957	1.36	2.21
3501-4000	13	1.8104	.38531	.10687	1.5776	2.0433	1.21	2.36
4001-4500	13	1.7363	.31119	.08631	1.5482	1.9243	1.21	2.14
4501-5000	7	1.6173	.22181	.08384	1.4122	1.8225	1.25	2.00
>5001	3	1.4762	.26325	.15199	.8222	2.1301	1.18	1.68
Total	54	1.6594	.32613	.04438	1.5704	1.7484	1.14	2.36

ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ /ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ANOVA

CYXIKH.YGEIA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.151	6	.192	2.011	.083
Within Groups	4.486	47	.095		
Total	5.637	53			

ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ /ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Descriptives

CYXIKH.YGEIA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
6-15 xronia	3	1.5714	.14286	.08248	1.2166	1.9263	1.43	1.71
16-20 xronia	20	1.6054	.29824	.06669	1.4658	1.7449	1.21	2.36
>21 xronia	31	1.7028	.35432	.06364	1.5728	1.8327	1.14	2.21
Total	54	1.6594	.32613	.04438	1.5704	1.7484	1.14	2.36

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.140	2	.070	.649	.527
Within Groups	5.497	51	.108		
Total	5.637	53			

ΑΝΑΛΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ / ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΜΟΝΑΔΑ

Descriptives

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1-5 xronia	31	1.6832	.34340	.06168	1.5572	1.8091	1.21	2.36
6-15 xronia	13	1.7198	.23230	.06443	1.5794	1.8602	1.43	2.11
16-20 xronia	5	1.6786	.41573	.18592	1.1624	2.1948	1.21	2.11
>21 xronia	5	1.3357	.20609	.09217	1.0798	1.5916	1.14	1.61
Total	54	1.6594	.32613	.04438	1.5704	1.7484	1.14	2.36

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.591	3	.197	1.951	.133
Within Groups	5.046	50	.101		
Total	5.637	53			

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εξέλιξη της τεχνολογίας, οι ανακατατάξεις στην οικονομία και η αναδιάρθρωση της Δημόσιας Υπηρεσίας δε θα μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστο και το χώρο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ειδικότερα των νοσηλευτικών τμημάτων ψυχικής υγείας.

Αναμφίβολα, οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών τμημάτων ψυχικής υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο προκειμένου να επιτύχει η αποστολή του τμήματός τους. Ανάμεσα στα πολλά χαρίσματα που πρέπει να διαθέτει ένας προϊστάμενος τμήματος ψυχικής υγείας είναι η υψηλή επιστημονική κατάρτιση, η μακροχρόνια επαγγελματική εμπειρία αλλά, όπως θα καταδειχθεί και από την επικείμενη πτυχιακή εργασία, και το υψηλό επίπεδο της ψυχικής του υγείας.

Χαρακτηριστικά όπως η ευρύτητα γνώσεων και αντιλήψεων, η διορατικότητα, η αυτοπεποίθηση, το ερευνητικό πνεύμα και η ικανότητα λήψης αποτελεσματικών αποφάσεων θα πρέπει να κοσμούν τους προϊσταμένους των τμημάτων ψυχικής υγείας οι οποίοι επιβάλλεται την ίδια στιγμή να παραμένουν ψυχικά υγιείς, να έχουν διαύγεια και «καθαρό» μυαλό, ώστε να μπορούν να καθοδηγούν του υφιστάμενούς τους αλλά και να βοηθούν τους ασθενείς.

Εντούτοις, η σύγκρουση και η ασάφεια ρόλων, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η επαγγελματική εξάντληση, οδηγούν συχνά τους νοσηλευτές και τους προϊσταμένους στο να βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και άλλα προβλήματα που πλήττουν την ψυχική τους υγεία. Σύμφωνα μάλιστα με τους Avey, Luthans&Jensen (2009), στις Η.Π.Α. η εργασία αναγνωρίζεται ως η σημαντικότερη πηγή άγχους ενώ σε έρευνα που έγινε στην Ιταλία βρέθηκε ότι το ένα τρίτο των νοσηλευτών εμφάνιζε προβλήματα άγχους και κατάθλιψης (Tabolietal, 2006).

Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης[2] , το στρες που σχετίζεται με την εργασία είναι μια διαδικασία όπου οι διαφόρων ειδών εργασιακές απαιτήσεις υπερβαίνουν την ικανότητα ενός ατόμου να τα βγάλει πέρα. Αν μάλιστα αυτό είναι χρόνιο ή/και σοβαρό, μπορεί να οδηγήσει σε κακή σωματική και ψυχική υγεία και συνδέεται με την απουσία λόγω ασθένειας, την εναλλαγή προσωπικού και την κακή απόδοση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκύψει όταν δεν υπάρχει επαρκής προσοχή κατά τον σχεδιασμό των θέσεων εργασίας και σωστός τρόπος οργάνωσης και διοίκησης.

Η αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων εξαρτάται μεν από την ανώτερη διοίκηση αλλά δεν θα πρέπει να αγνοούμε και το γεγονός ότι οι ίδιοι οι διοικούντες καταβάλλονται συχνά από υπερβολικό άγχος και παρουσιάζουν προβλήματα αναφορικά με την ψυχική τους υγεία.

ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΣ

Η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη αποσκοπεί αφενός στη διερεύνηση και παρουσίαση του ρόλου των προϊσταμένων των νοσηλευτικών μονάδων ψυχικής υγείας και αφετέρου της ψυχικής τους υγείας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ - ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Υποθέτοντας ότι οι προϊστάμενοι στα νοσηλευτικά τμήματα ψυχικής υγείας καλούνται να φέρουν εις πέρας ένα πολύ σημαντικό έργο και ότι παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, την επικείμενη μεταπτυχιακή μελέτη θα απασχολήσουν ουσιαστικά τα δύο πιο κάτω ερωτήματα:

[2]Πηγή: Καλή εργασία και καλή υγεία [online]. Διαθέσιμο στο:http://intranet.etno.be/mailroot/GWGH/assets/plugindata/poolb/etno_goodpracticeguidelines_gr.pdf

- Ποιος είναι ο ρόλος των προϊσταμένων στην επίτευξη των στόχων των νοσηλευτικών τμημάτων ψυχικής υγείας;
- Ποια είναι τα επίπεδα ψυχικής υγείας των προϊσταμένων στα νοσηλευτικά τμήματα ψυχικής υγείας;

ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Με τη διεξαγωγή και παρουσίαση της επικείμενης έρευνας, είμαστε πεπεισμένοι ότι θα επωφεληθούν ιδιαίτερα οι διοικούντες των τμημάτων ψυχικής υγείας, οι υφιστάμενοι νοσηλευτικοί λειτουργοί, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους και κατά συνέπεια ο τομέας της υγείας στην Κύπρο.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, θα εμπλουτίσουν, έστω και στο ελάχιστο, την ελληνική αλλά και διεθνή βιβλιογραφία ως προς το ρόλο των προϊσταμένων νοσηλευτών στις μονάδες ψυχικής υγείας αλλά και τα επίπεδα της ψυχικής τους υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η επικείμενη μεταπτυχιακή εργασία θα είναι ποσοτική και θα βασιστεί στη χρήση ερωτηματολογίου που σύμφωνα με τον Ζαφειρίου (2003), παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα. Το κύριο της πλεονέκτημα είναι ότι θα έχουμε τη δυνατότητα να αποστείλουμε τα ερωτηματολόγιά μας σε έναν αριθμό πέραν των 50 προϊσταμένων τμημάτων ψυχικής υγείας που δραστηριοποιούνται σε όλες της επαρχίες της Κύπρου, ούτως ώστε να εξασφαλίσουμε την καλύτερη δυνατή εικόνα για την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας.

Το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί είναι το GHQ-28 (GeneralHealthQuestionnaire) μαζί με ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι μεταφρασμένο στα Ελληνικά και διαθέσιμο σε πολλές ιστοσελίδες με την ονομασία Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας - 28.

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο το οποίο είναι σχεδιασμένο να ανιχνεύει πιθανή ψυχοπαθολογία σε εργαζομένους υπηρεσιών υγείας και χρησιμοποιείται ευρέως αφού θεωρείται αξιόπιστο. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εξετάζει 4 παράγοντες: α)

Σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης β) άγχος και αϋπνία γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) καταθλιπτικό συναίσθημα.

Όσον αφορά στη στατιστική επεξεργασία αυτή θα γίνει με το πρόγραμμα SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε p=0,05.

Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν μέσα από τις απαντήσεις των προϊσταμένων αναμένεται να είναι πολύ ενδιαφέροντα και διαφωτιστικά αναφορικά με τα επίπεδα επιβάρυνσης της ψυχικής τους υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Αγαγιωτού, Σ. (2011). Το εργασιακό άγχος των κοινωνικών λειτουργών και η σχέση του με την εργασιακή δέσμευση και τη συναισθηματική νοημοσύνη. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Ζαφειρίου, Γ., (2003). Μέθοδοι έρευνας στη Βιβλιοθηκονομία .

Μπαμπάτσικου Φ., Γερογιάννη Γ. (2012). Νοσηλευτικό Τμήμα: Κριτήρια ενός επιτυχημένου μοντέλου. Αθήνα: Περιοδικό «Το Βήμα του Ασκληπιού», 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012.

Avey, J.B., Luthans, F., &Jensen, S.M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management, 48 (5), 677 – 693.*

Tabolli S, Ianni A, Renzi C, Di Pietro C, Puddu P.Job satisfaction, burnout and stress amongst nursing staff: a survey in two hospitals in Rome. G Ital Med Lav Ergon. 2006;28(1 Suppl 1):49-52.

Καλή εργασία και καλή υγεία [online]. Διαθέσιμο στο: http://intranet.etno.be/mailroot/GWGH/assets/plugindata/poolb/etno_goodpracticeguidelines_gr.pdf Ανάκτηση: 30/10/2013