

# Το Οργανωσιακό Κλίμα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Πόσο Υποστηρικτικό είναι για τους Νοσηλευτές;

Βασιλική Καρρά,<sup>1</sup> Μαρία Καλαφάτη,<sup>2</sup> Δημήτριος Ξυθάλης,<sup>3</sup> Γεώργιος Αλεξιάς<sup>4</sup>

## Organizational Climate in Greek Public Sector Intensive Care Units: How Supportive is for Nurses?

Abstract at the end of the article

<sup>1</sup> Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, MHCm, PhD, ΓΝΑ, «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

<sup>2</sup> Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, ΕΔΙΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

<sup>3</sup> Νοσηλευτής ΤΕ, MA(Ed), MSc (c), ΚΥ Κορωπίου, Κορωπί

<sup>4</sup> Κοινωνιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Υποβλήθηκε: 20/12/2015

Επανυποβλήθηκε: 29/1/2016

Εγκρίθηκε: 7/2/2016

### Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Βασιλική Καρρά

Μονής Κύκκου 5, 152 39 Νέα Πεντέλη

Τηλ: 210-60 95 758, 6945 754 052,

Fax: 210-60 95 758

e-mail: vassilikikarra@yahoo.com

**Εισαγωγή:** Το οργανωσιακό κλίμα ενός νοσηλευτικού τμήματος αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του εσωτερικού περιβάλλοντος που έχουν διάρκεια, και την αξία που οι εργαζόμενοι αποδίδουν σ' αυτά. Οι διαστάσεις του οργανωσιακού κλίματος στον ελληνικό κλινικό χώρο και τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έχουν μελετηθεί αποσπασματικά. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας για το οργανωσιακό κλίμα των ΜΕΘ σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. **Υλικό και Μέθοδος:** Περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις σε δείγμα ευκολίας νοσηλευτών ΜΕΘ (n=199) δημοσίων νοσοκομείων σε όλη την Ελλάδα. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο οκτώ μεταβλητών με δημογραφικά, επαγγελματικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, καθώς και η Κλίμακα Μέτρησης Χαρακτηριστικών του Νοσηλευτικού Εργασιακού Περιβάλλοντος (NWI-R) στην ελληνική της έκδοση. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε μη παραμετρικές συγκρίσεις για την ανίχνευση διαφορών μεταξύ ομάδων με διαφορετικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και μέσες βαθμολογίες στην κλίμακα NWI-R-Ελληνική Έκδοση και μη παραμετρικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. **Αποτελέσματα:** Το οργανωσιακό κλίμα των ΜΕΘ στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία φαίνεται πως δεν είναι υποστηρικτικό ( $2,34 \pm 0,43$ ). Τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού επαγγέλματος που προωθούν την ανάπτυξη των νοσηλευτών ( $1,96 \pm 0,57$ ), οι σχέσεις νοσηλευτών-γιατρών και η ισχύς της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο ( $2,29 \pm 0,54$ ), όπως και η επαγγελματική αυτονομία ( $2,19 \pm 0,61$ ) συγκέντρωσαν μέσες βαθμολογίες μικρότερες του 2,5, το οποίο είχε τεθεί ως όριο για να θεωρηθεί ένα περιβάλλον υποστηρικτικό, ενώ η νοσηλευτική ηγεσία σε επίπεδο τμήματος ( $2,70 \pm 0,66$ ) και οι σχέσεις συνεργασίας με επαγγελματίες υγείας πλην των γιατρών ( $3,01 \pm 0,56$ ) αξιολογήθηκαν

ως οι πιο θετικές διαστάσεις του κλίματος. Το μέγεθος των ΜΕΘ αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα του συνολικού οργανωσιακού κλίματός τους ( $\tau_{b} = -0,310$ ,  $p < 0,001$ ). **Συμπεράσματα:** Οι κοινές εμπειρίες των νοσηλευτών από τις ΜΕΘ των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων φαίνεται πως τους διαμορφώνουν την άποψη ότι το εργασιακό τους περιβάλλον δεν είναι υποστηρικτικό ως προς την επαγγελματική ανάπτυξη και εδραίωσή τους.

**Λέξεις-ερευνηρίου:** Οργανωσιακό κλίμα, συνεργασία, αυτονομία, ηγεσία, *NWI-R*, νοσηλευτές, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

## Εισαγωγή

Η μελέτη του εργασιακού χώρου της βιομηχανίας και των επιχειρήσεων, από το 1930 και μετά, ανέδειξαν τα χαρακτηριστικά του οργανωσιακού κλίματος και την επίδρασή τους κυρίως στην παραγωγικότητα και την υποκίνηση των εργαζομένων, αλλά και στα αποτελέσματα (κέρδη-ζημίες) της επιχείρησης.<sup>1</sup> Αν και στην πλειονότητα των ερευνητικών μελετών δεν υπάρχει σαφής εννοιολογικός ορισμός του οργανωσιακού κλίματος, ο όρος χρησιμοποιήθηκε περισσότερο για να περιγράψει: (α) την επίδραση των κοινωνικών, οργανωσιακών και εργασιακών συνθηκών στη συμπεριφορά των εργαζομένων<sup>2</sup> και (β) τα χαρακτηριστικά του εσωτερικού περιβάλλοντος, που έχουν διάρκεια κατά τη λειτουργία ενός οργανισμού, παράλληλα με την αξία που οι εργαζόμενοι αποδίδουν στο σύνολο αυτών.<sup>3</sup> Οι συνθήκες εργασίας που περιλαμβάνουν την εποπτεία, την επικοινωνία, τον εξοπλισμό, τις γνώσεις και τις δεξιότητες έχουν συσχετιστεί με την ασφάλεια και επηρεάζονται από οργανωτικές και διοικητικές αποφάσεις.<sup>4</sup> Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία το οργανωσιακό κλίμα παρουσιάζεται ως η αίσθηση των εργαζόμενων νοσηλευτών για τον χώρο εργασίας τους<sup>5</sup> και ως βασικές διαστάσεις του αναγνωρίζονται η αυτονομία, το εκτιμώμενο επίπεδο (*status*) της Νοσηλευτικής, η ισχύς της νοσηλευτικής ηγεσίας, η επαγγελματική ανάπτυξη και οι σχέσεις συνεργασίας με τα διοικητικά στελέχη, τους γιατρούς και τους συναδέλφους.<sup>6</sup> Οι διαστάσεις αυτές έχουν προκύψει από την αξιολόγηση των κοινών οργανωσιακών χαρακτηριστικών των «Νοσοκομείων-Μαγνήτες», δηλαδή των νοσοκομείων που παρέχουν υψηλή ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς τους, καθώς προσελκύουν και διατηρούν ικανούς νοσηλευτές, διατηρώντας σε υψηλά επίπεδα την επαγγελματική τους ικανοποίηση.

Οι πρώτες ερευνητικές προσπάθειες επικεντρώνονταν στην εκτίμηση της σχέσης των δομικών χαρακτηριστικών των νοσοκομείων με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς.<sup>7</sup> Οι αναλύσεις που ακολούθησαν επικεντρώθηκαν στην ανίχνευση συγκεκριμένων οργανωσιακών γνωρισμάτων σε διαφορετικά νοσηλευτικά περι-

βάλλοντα εργασίας, προκειμένου να γίνουν βελτιωτικές προτάσεις στην κατεύθυνση της βέλτιστης πρακτικής.<sup>8</sup> Ειδικά για τον χώρο των ΜΕΘ, οι ενδείξεις από μελέτες δείχνουν πως το οργανωσιακό κλίμα είναι μάλλον θετικό, με σημαντικά πιο υποστηρικτικό το περιβάλλον των ΜΕΘ στα Νοσοκομεία-Μαγνήτες.<sup>9,10</sup> Στην Ελλάδα<sup>11</sup> και στην Κύπρο,<sup>12</sup> τα ευρήματα των σχετικών μελετών κατέδειξαν πως το συνολικό οργανωσιακό κλίμα σε ΜΕΘ είναι οριακά θετικό.

Ωστόσο, η λεπτομερής διερεύνηση κάθε μίας από τις παραπάνω αναφερόμενες διαστάσεις στον χώρο των ΜΕΘ θέτει ενδείξεις ότι το συγκεκριμένο περιβάλλον εργασίας συνήθως δεν είναι υποστηρικτικό για τους νοσηλευτές του. Πιο αναλυτικά, αν και τα εμπειρικά δεδομένα είναι αποσπασματικά, φαίνεται πως οι νοσηλευτές των ΜΕΘ δεν έχουν σημαντικό βαθμό αυτονομίας<sup>13,14</sup> διεθνώς και στην Ελλάδα με την αυτονομία τους να χαρακτηρίζεται από χαμηλή έως μέτρια.<sup>15-17</sup> Ακόμα, η συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών, που αποτελεί ένα διαχρονικά σημαντικό ζήτημα στο νοσηλευτικό περιβάλλον εργασίας, μεταβάλλεται ως προς την ύπαρξη αμοιβαίου σεβασμού, την έγκαιρη επίλυση των προβλημάτων, τους κοινούς ή μη στόχους, τη συλλογικότητα και τη συχνότητα των συγκρούσεων<sup>18</sup> και επηρεάζεται από την ιδιαίτερη κουλτούρα τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και του συνολικού υγειονομικού συστήματος μιας χώρας.<sup>19</sup> Ειδικά στον ελληνικό χώρο, τα ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν ως μη αρμονική τη συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών.<sup>20,21</sup> Επιπλέον, αν και είναι γνωστό ότι η ισχυρή και υποστηρικτική νοσηλευτική ηγεσία επιδρά στη διατήρηση θετικού κλίματος στο κλινικό περιβάλλον,<sup>22</sup> την ικανοποίηση νοσηλευτών και ασθενών<sup>23</sup> και την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας, στην Ελλάδα υπάρχει χάσμα μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και της ηγεσίας του.<sup>24</sup>

## Σκοπός

Στο πλαίσιο αυτό, σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας για το οργανωσιακό κλίμα των ΜΕΘ σε ελληνικά

δημόσια νοσοκομεία καθώς και της πιθανής συσχέτισης με δημογραφικά, επαγγελματικά και εργασιακά τους χαρακτηριστικά.

## Υλικό και Μέθοδος

### Ερευνητικός σχεδιασμός

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφικός συγχρονικός σχεδιασμός, επειδή αφενός για το ερευνητικό πεδίο των ελληνικών ΜΕΘ δεν υπάρχουν επαρκή εμπειρικά στοιχεία ως προς τα χαρακτηριστικά του οργανωσιακού κλίματος και αφετέρου οι κύριες μεταβλητές της μελέτης δεν αναμένονταν να διαφοροποιηθούν στη διάρκεια των πέντε μηνών που διεξήχθη η μελέτη. Αρχικά διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη σε δείγμα 30 νοσηλευτών ΜΕΘ προκειμένου: (α) να διαπιστωθεί η σαφήνεια και η σχετικότητα των ερωτήσεων των εργαλείων και (β) να ελεγχθεί η διαδικασία διανομής, συμπλήρωσης και συλλογής των ερωτηματολογίων σε μικρό δείγμα συμμετεχόντων.

### Πληθυσμός-δείγμα

Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν νοσηλευτές (ΠΕ και ΤΕ) που εργάζονταν σε Γενικές, Παθολογικές, Χειρουργικές και Καρδιολογικές ΜΕΘ δημοσίων νοσοκομείων σε όλη την Ελλάδα. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 199 νοσηλευτές (δείγμα ευκολίας) από 21 ΜΕΘ 17 δημοσίων νοσοκομείων σε όλη την Ελλάδα (11 εντός του νομού Αττικής και 6 στην υπόλοιπη ελληνική περιφέρεια) με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: (α) μόνιμοι ή συμβασιούχοι υπάλληλοι, (β) με απασχόληση στη ΜΕΘ τουλάχιστον 20 ώρες εβδομαδιαίως, (γ) με 12μηνη τουλάχιστον προϋπηρεσία στην παρούσα ΜΕΘ και (δ) χωρίς τυπική διοικητική αρμοδιότητα. Οι βοηθοί νοσηλευτών, οι οποίοι συχνά αναλαμβάνουν καθήκοντα νοσηλευτή στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, αποκλείστηκαν από το δείγμα, γιατί έχουν διαφορετικά επαγγελματικά δικαιώματα και επίπεδο εκπαίδευσης από τους νοσηλευτές και ως εκ τούτου ήταν πιθανό να έχουν διαφορετικές αντιλήψεις σε σχέση με χαρακτηριστικά όπως η επαγγελματική αυτονομία, το σύστημα νοσηλευτικής εργασίας και η συνεργασία με τους γιατρούς.<sup>11</sup>

### Συλλογή δεδομένων

Το μέγεθος του δείγματος προσδιορίστηκε σύμφωνα με το επιθυμητό επίπεδο στατιστικής ισχύος (80%), το εκτιμώμενο μέγεθος της συσχέτισης (μέτριο) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=0,05$ , από τους πίνακες του Cohen, σε 278 άτομα.<sup>25</sup> Για τον λόγο αυτόν διανεμήθηκαν ταχυδρομικώς 280 ερωτηματολόγια στις 17 μεγάλες ΜΕΘ σε όλη την Ελλάδα που κάλυπταν τον αριθμό των ενεργών εργαζομένων νοσηλευτών. Η αρχική επικοινωνία έγινε με τον σύνδεσμο-νοσηλευτή του Τομέα Επείγουσας

και Εντατικής Νοσηλευτικής (TEEN) του ΕΣΝΕ που εργαζόταν στη ΜΕΘ και τον/την προϊστάμενο/προϊσταμένη της ΜΕΘ για να αποσαφηνιστεί ο σκοπός της μελέτης και να οριστεί από τον/την προϊστάμενο/προϊσταμένη ο υπεύθυνος επικοινωνίας με τους ερευνητές. Από τα 280 ερωτηματολόγια και μετά από τρεις υπενθυμίσεις των ερευνητών σε διάστημα τριών μηνών, επεστράφησαν τα 205 (RR=73,21%), ξεπερνώντας το ελάχιστο όριο του ποσοστού απαντητικότητας, το οποίο οι Verran et al τοποθετούν στο 50%.<sup>26</sup> Τα ερωτηματολόγια επεστράφησαν στους ερευνητές ταχυδρομικά, σε φάκελο σφραγισμένο και με προπληρωμένη επιστροφή, αφού είχαν συγκεντρωθεί από τον υπεύθυνο σύνδεσμο-νοσηλευτή της κάθε ΜΕΘ. Ο τελικός αριθμός των 199 συμμετεχόντων προέκυψε μετά τον αποκλεισμό 6 ερωτηματολογίων με ελλιπείς τιμές σε βασικές μεταβλητές.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα μεταξύ 1/11/2013 και 31/3/2014.

### Εργαλεία της έρευνας

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν: (α) ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών, που περιλάμβανε κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα, όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τη συνολική νοσηλευτική εμπειρία και τη νοσηλευτική εμπειρία σε ΜΕΘ, καθώς και την εργασία με κυκλικό ή μη ωράριο, (β) δύο ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τον τύπο και το μέγεθος της υπό μελέτη ΜΕΘ και (γ) η κλίμακα Nursing Work Index-Revised (NWI-R) στην ελληνική της έκδοση, μετά από εξασφάλιση της άδειας χρήσης από τον Έλληνα ερευνητή.

Η κλίμακα NWI-R<sup>27</sup> είναι η ευρύτερα χρησιμοποιημένη κλίμακα στη διεθνή νοσηλευτική έρευνα,<sup>6</sup> όταν αξιολογούνται οι απόψεις των συμμετεχόντων για το οργανωσιακό κλίμα και τις διαστάσεις του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος. Η διαπολιτισμική προσαρμογή και η ανάλυση της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας NWI-R σε κύριες συνιστώσες έγινε με τη μέθοδο Principal Component Analysis (PCA) από τον Κοσμίδη.<sup>11</sup> Από το αρχικό εργαλείο των 55 ερωτήσεων προέκυψε ένα συντομότερο 27 ερωτήσεων, οι οποίες εξηγούν το 57% της διακύμανσης, και αναλύονται περαιτέρω στους εξής παράγοντες: (α) επαγγελματικά χαρακτηριστικά, (β) νοσηλευτική διοίκηση σε επίπεδο τμήματος, (γ) σχέσεις νοσηλευτών-γιατρών και νοσηλευτική εξουσία στο νοσοκομείο, (δ) σχέσεις συνεργασίας σε επίπεδο τμήματος και (ε) επαγγελματική αυτονομία. Οι απαντήσεις στα ερωτήματα είναι τύπου Likert τεσσάρων σημείων, δηλαδή «4=απόλυτα συμφωνώ», «3=μάλλον συμφωνώ», «2=μάλλον διαφωνώ» και «1=απόλυτα διαφωνώ». Η αξιοπιστία της κλίμακας αποτιμημένη με τον συντελεστή εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha), τόσο στην αρχική μελέτη, όσο και στην παρούσα, ήταν καλή έως εξαιρετική. Το εργαλείο έχει ελεγχθεί για

εγκυρότητα περιεχομένου, προσώπου και κριτηρίου σε δείγμα νοσηλευτών ΜΕΘ στην Ελλάδα.<sup>11</sup>

### Ηθικά θέματα

Η μελέτη διεξήχθη, αφού είχε προηγηθεί αίτηση προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του κάθε νοσοκομείου για άδεια διεξαγωγής έρευνας και είχε ληφθεί απόφαση έγκρισης. Ως συγκατάθεση των συμμετεχόντων στην ερευνητική εργασία θεωρήθηκε η συμφωνία να συμπληρώσουν και να επιστρέψουν το ερωτηματολόγιο μετά από την πληροφόρησή τους για τον σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία τους και την εμπιστευτικότητα των στοιχείων.

### Στατιστική ανάλυση

Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, με βάση την οποία αναφέρονται η συχνότητα, η μέση τιμή (ΜΤ) και η τυπική απόκλιση ( $\pm$ ΤΑ) των μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε επίπεδο  $\alpha=0,05$ . Η κατανομή των μεταβλητών ελέγχθηκε ως προς την κανονικότητα. Για τον υπολογισμό του οργανωσιακού κλίματος και των επιμέρους διαστάσεων του χρησιμοποιήθηκε η μέση αθροιστική τιμή των απαντήσεων κλιμακωτής διαβάθμισης (1–4). Για την ανίχνευση των διαφορών μεταξύ ομάδων με διαφορετικά δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά και μέσες βαθμολογίες της κλίμακας χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές συγκρίσεις (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test). Για τον έλεγχο συσχετίσεων εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής Kendall' tau\_b για τις διατάξιμες και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho για τις συνεχείς μεταβλητές. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0.

### Αποτελέσματα

#### Μετρικά χαρακτηριστικά εργαλείου μέτρησης

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της συνολικής κλίμακας NWI-R\_Ελληνική Έκδοση (27 ερωτήσεις) ήταν ικανοποιητική (Cronbach's alpha=0,890). Για τις υποκλίμακες της NWI-R\_Ελληνική Έκδοση, οι συντελεστές κυμαίνονταν από 0,608 έως 0,821 (πίνακας 2).

#### Κοινωνικο-δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Η πλειονότητα των νοσηλευτών ήταν γυναίκες, 31–40 ετών, άγαμοι, κάτοχοι βασικού πτυχίου πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής εκπαίδευσης, που εργάζονταν σε Γενικές (Μικτές) ΜΕΘ, με κυκλικό ωράριο εργασίας. Η μέση τιμή (ΜΤ) και η τυπική απόκλιση (ΤΑ) της προϋπηρεσίας τους στο νοσηλευτικό επάγγελμα ήταν 9,66 ( $\pm$ 6,63) έτη και σε ΜΕΘ 7,06 ( $\pm$ 5,79) έτη. Οι περισσότερες ΜΕΘ, στις οποίες

εργάζονταν οι συμμετέχοντες, λειτουργούσαν 6–9 κλίνες (πίνακας 1).

#### Μέσες βαθμολογίες των απόψεων των συμμετεχόντων για το οργανωσιακό κλίμα και τις διαστάσεις του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος

Οι ΜΤ και οι ΤΑ των παραγόντων της NWI-R\_Ελληνική Έκδοση ήταν: (α) 1,96 ( $\pm$ 0,57) για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, (β) 2,70 ( $\pm$ 0,66) για τη νοσηλευτική ηγεσία σε επίπεδο τμήματος, (γ) 2,29 ( $\pm$ 0,54) για τις σχέσεις νοσηλευτών-γιατρών και τη νοσηλευτική εξουσία στο νοσοκομείο, (δ) 3,01 ( $\pm$ 0,56) για τις σχέσεις συνεργασίας σε επίπεδο τμήματος και (ε) 2,19 ( $\pm$ 0,61) για τη νοσηλευτική αυτονομία (πίνακας 2). Τρεις από τις πέντε διαστάσεις του οργανωσιακού κλίματος βαθμολογήθηκαν χαμηλότερα από την ουδέτερη βαθμολογία (2,5) της κλίμακας 1–4. Μία μόνο διάσταση αξιολογήθηκε ως μάλλον θετική (>3). Η μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας NWI-R\_Ελληνική Έκδοση (55 ερωτήσεις) ήταν 2,34 $\pm$ 0,43, δηλαδή χαμηλότερη από την ουδέτερη βαθμολογία.

#### Συσχετίσεις με κοινωνικο-δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με το συνολικό οργανωσιακό κλίμα μιας ΜΕΘ και τις επιμέρους διαστάσεις του δεν προέκυψαν. Οι σχέσεις μεταξύ του αριθμού των ενεργών κλινών μιας ΜΕΘ και του κυκλικού ωραρίου των νοσηλευτών της με το οργανωσιακό κλίμα ήταν στατιστικά σημαντικές (πίνακας 3). Αναλυτικότερα, όσο πιο μικρό ήταν το μέγεθος της ΜΕΘ τόσο πιο θετικά αξιολογούσαν το κλίμα της οι συμμετέχοντες ( $\text{tau}_b=-0,310$ ,  $p<0,001$ ) και ειδικότερα θεωρούσαν ότι η νοσηλευτική ηγεσία ήταν ισχυρότερη ( $\text{tau}_b=-0,214$ ,  $p<0,001$ ), η συνεργασία νοσηλευτών-γιατρών αποτελεσματικότερη ( $\text{tau}_b=-0,275$ ,  $p<0,001$ ), η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας πλην των γιατρών περισσότερο ικανοποιητική ( $\text{tau}_b=-0,377$ ,  $p<0,001$ ) και η επαγγελματική τους αυτονομία αυξημένη ( $\text{tau}_b=-0,167$ ,  $p=0,003$ ). Περισσότερο θετική αντίληψη για το εργασιακό περιβάλλον είχαν και οι νοσηλευτές που δεν εργάζονταν με κυκλικό ωράριο ( $\text{tau}_b=0,163$ ,  $p<0,01$ ). Αντίθετα, οι νοσηλευτές που εργάζονταν πέραν των πρωινών ωρών θεωρούσαν ότι η νοσηλευτική ηγεσία στη ΜΕΘ είναι λιγότερο υποστηρικτική ( $\text{tau}_b=0,216$ ,  $p<0,001$ ) και χαρακτήριζαν το επίπεδο συνεργασίας με τους γιατρούς της ΜΕΘ μάλλον αρνητικό ( $\text{tau}_b=0,145$ ,  $p<0,05$ ).

#### Συζήτηση

Με βάση τα ως άνω δεδομένα και κατά την περίοδο της έρευνας, οι ελληνικές ΜΕΘ στελεχώνονταν κυρίως από

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Συχνότητα (%)	Εργασιακά χαρακτηριστικά	Συχνότητα (%)
Φύλο		<b>Τύπος ΜΕΘ</b>	
Άνδρες	51 (25,6)	Γενική	155 (77,9)
Γυναίκες	148 (74,4)	Παθολογική	6 (3,0)
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>		Χειρουργική	18 (9,0)
21–30	63 (31,8)	Καρδιολογική	20 (10,1)
31–40	87 (43,5)	<b>Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ</b>	
41–50	46 (23,2)	≤5	36 (18,1)
51–60	2 (1,0)	6–9	80 (40,2)
<b>Ανώτερος τίτλος σπουδών</b>		10–12	27 (13,6)
ΠΕ/ΤΕ	138 (69,3)	>12	56 (28,1)
Νοσηλευτική ειδικότητα	23 (11,6)	<b>Κυκλικό ωράριο εργασίας</b>	
MSc	32 (16,1)	Ναι	178 (90,8)
PhD	6 (3,0)	Όχι	18 (9,0)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		<b>Συνολική νοσηλευτική εμπειρία (ΜΤ±ΤΑ)</b>	9,66 (±6,63)
Άγαμοι	98 (50,3)	<b>Εμπειρία σε ΜΕΘ (ΜΤ±ΤΑ)</b>	7,06 (±5,79)
Έγγαμοι	86 (44,1)		
Διαζευγμένοι	11 (5,6)		

ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική Απόκλιση, ΜSc: Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών, ΠΕ: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, ΤΕ: Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

γυναίκες, που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 31–40 έτη, με ένα σημαντικό ποσοστό αυτών να έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα σπουδών, με χρόνο συνολικής νοσηλευτικής εμπειρίας περίπου 10 έτη και νοσηλευτική εμπειρία σε χώρο ΜΕΘ περίπου 7 έτη. Το συγκεκριμένο εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα αποτελέσματα δύο ελληνικών μελετών σε πληθυσμό νοσηλευτών ΜΕΘ, που διεξήχθησαν την ίδια περίπου περίοδο με την παρούσα μελέτη (2010–2011), στις οποίες οι αντίστοιχοι χρόνοι νοσηλευτικής εμπειρίας ήταν 10 και 7 έτη αντίστοιχα.<sup>11,28</sup>

Στη μελέτη αποτιμήθηκε ποσοτικά το οργανωσιακό κλίμα των ΜΕΘ στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία με τα αποτελέσματα να δείχνουν ότι η μέση τιμή του είναι χαμηλότερη: (α) από το μέσο 2,5, που έχει τεθεί ως όριο για να χαρακτηριστεί ένα περιβάλλον υποστηρικτικό ή θετικό,<sup>29</sup> (β) από την αντίστοιχη μέση τιμή που αναφέρεται στη μοναδική ελληνική έρευνα που έχει χρησιμοποιήσει την ίδια κλίμακα σε πληθυσμό νοσηλευτών ΜΕΘ<sup>11</sup> και (γ) από τα αποτελέσματα αντίστοιχης μελέτης, στην οποία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα NWI-R ειδικά για τον χώρο της εντατικής θεραπείας στις ΗΠΑ, όπου βρέθηκε ότι σε Νοσοκομεία-μη Μαγνήτες η μέση τιμή της συνολικής κλίμακας ήταν  $2,91 \pm 0,44$  και σε Νοσοκομεία-Μαγνήτες η αντίστοιχη μέση τιμή είχε υπολογιστεί σε  $3,19 \pm 0,44,9$  Αναλυτικά, αν συγκριθούν οι μέσες τιμές σε κάθε ερώτηση ( $1,49 \pm 0,41$  έως  $3,07 \pm 0,78$ ) με αυτές που προέκυψαν από

την προγενέστερη μελέτη του Κοσμίδη ( $1,83 \pm 0,89$  έως  $3,18 \pm 0,72$ ),<sup>11</sup> φαίνεται πως οι εκτιμήσεις των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας είχαν ελαφρώς αλλάξει, βαθμολογώντας χαμηλότερα τα χαρακτηριστικά των ΜΕΘ που εργάζονται. Η σύγκριση με τα αποτελέσματα μιας μελέτης στις ΗΠΑ, στην οποία η μέση τιμή κυμάνθηκε από 2,39 έως 3,66<sup>10</sup> και με δεδομένο ότι οι ΜΕΘ στις ΗΠΑ είναι τα κλινικά τμήματα που συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις μέσες τιμές που δημοσιεύουν τα Νοσοκομεία-Μαγνήτες,<sup>30</sup> φαίνεται πως οι νοσηλευτές στις ελληνικές ΜΕΘ αξιολογούν τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας τους πολύ χειρότερα συγκριτικά με τα διεθνή δεδομένα.

Επιπλέον, από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται πως η πλειονότητα των ΜΕΘ των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα, τουλάχιστον μέχρι πριν τρία χρόνια, λειτουργούσαν ως Γενικές Μονάδες, δηλαδή νοσήλευαν Παθολογικούς και Χειρουργικούς ασθενείς. Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα στην παρούσα μελέτη είναι ότι το ποσοστό των ίδιων ΜΕΘ με λιγότερες από έξι ενεργές κλίνες ήταν 18,1%, με 6–12 ενεργές κλίνες το 53,8% των ΜΕΘ και περισσότερες από 12 κλίνες είχε το 28,1%. Τα μεγέθη αυτά αλλάζουν συνεχώς, ενώ συγκρινόμενα με τα αποτελέσματα ελληνικής μελέτης της προηγούμενης δεκαετίας φαίνεται πως έχουν επιδεινωθεί. Συγκεκριμένα, τριπλασιάστηκε σχεδόν το ποσοστό των «μεγάλων»

**Πίνακας 2.** Ερωτήσεις NWI-R\_GR, υποκλίμακες, μέσες τιμές (MT), τυπικές αποκλίσεις (TA) και συντελεστές εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alphas).

NWI-R_GR(27)	MT(TA)	alpha
<b>Επαγγελματικά χαρακτηριστικά</b>	<b>1,96 (0,57)</b>	<b>0,761</b>
Ενεργό πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές	1,94 (0,81)	
Δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης (προαγωγής)	2,14 (0,83)	
Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους νεοδιοριζόμενους νοσηλευτές	1,89 (0,96)	
Δυνατότητα συμμετοχής των νοσηλευτών σε αποφάσεις πολιτικής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	1,75 (0,79)	
Ευκαιρίες για επιστημονική εξέλιξη ή εξειδίκευση	2,05 (0,80)	
Επαρκής αριθμός νοσηλευτών με βάση τις ανάγκες του τμήματος	2,00 (0,92)	
<b>Νοσηλευτική ηγεσία σε επίπεδο τμήματος</b>	<b>2,70 (0,66)</b>	<b>0,821</b>
Ο προϊστάμενος νοσηλευτής υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό	2,73 (0,94)	
Ο προϊστάμενος νοσηλευτής υποστηρίζει και βοηθά το προσωπικό στα καθημερινά προβλήματα και διαδικασίες	2,57 (0,88)	
Ο προϊστάμενος νοσηλευτής υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη αποφάσεων ακόμη και σε περίπτωση αντιπαράθεσης με έναν γιατρό	2,63 (0,95)	
Ο προϊστάμενος νοσηλευτής είναι ένας αξιόλογος προϊστάμενος και ηγέτης/καθοδηγητής	2,64 (1,02)	
Οι νοσηλευτές του τμήματος συμμετέχουν ενεργά στον σχεδιασμό του προγράμματος εργασίας	2,89 (0,85)	
Το πρόγραμμα εργασίας είναι ευέλικτο ή μπορεί να τροποποιηθεί	2,77 (0,86)	
<b>Σχέσεις νοσηλευτών-γιατρών και ισχύς της ΝΥ</b>	<b>2,29 (0,54)</b>	<b>0,752</b>
Οι γιατροί και νοσηλευτές συνεργάζονται ως ισότιμοι και ισάξιοι μεταξύ τους	1,94 (0,85)	
Η διοίκηση προσδοκά νοσηλευτική φροντίδα υψηλού επιπέδου	2,56 (0,90)	
Σε μεγάλο βαθμό υπάρχει ομαδική εργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών	2,54 (0,79)	
Υπάρχει πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας στο νοσοκομείο	1,83 (0,74)	
Οι νοσηλευτές εμπλέκονται στην εσωτερική νοσηλευτική διοίκηση του νοσοκομείου	2,22 (0,95)	
Ο/Η διευθυντής/ρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ισοδύναμος/η και ισάξιος/α με τους διευθυντές των άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου	2,26 (0,84)	
Οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν καλές εργασιακές σχέσεις μεταξύ τους	2,71 (0,81)	
<b>Σχέσεις συνεργασίας σε επίπεδο τμήματος</b>	<b>3,01 (0,56)</b>	<b>0,618</b>
Εργάζεστε με έμπειρους νοσηλευτές που «γνωρίζουν» το νοσοκομείο	3,07 (0,78)	
Εργάζεστε με νοσηλευτές που έχουν επαρκείς κλινικές ικανότητες	2,99 (0,69)	
Το νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας παραδίδεται προφορικά από νοσηλευτή σε νοσηλευτή	3,02 (0,85)	
Υπάρχουν καλές σχέσεις με το προσωπικό άλλων υπηρεσιών	3,01 (0,87)	
<b>Επαγγελματική αυτονομία</b>	<b>2,19 (0,61)</b>	<b>0,608</b>
Οι νοσηλευτές έχουν την ελευθερία να πραγματοποιούν σημαντικές πράξεις σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς και να λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις σχετικά με την εργασία τους	2,52 (0,59)	
Οι νέες και πρωτότυπες ιδέες των νοσηλευτών που αφορούν στη φροντίδα του ασθενούς στηρίζονται και ενισχύονται	2,23 (0,90)	
Εφαρμόζεται το «κατά ομάδες» σύστημα νοσηλευτικής εργασίας	2,05 (0,91)	
Υπάρχουν εξειδικευμένοι κλινικοί νοσηλευτές για την παροχή συμβουλευτικής στη φροντίδα των ασθενών,	2,04 (1,00)	

**Πίνακας 3.** Μέσες βαθμολογίες *NWI-R\_GR(27)* ως προς τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		n (%)	ΕΧ	ΝΗ	ΣΝΓ	ΣΣ	ΕΑ	ΣΥΝ
Φύλο	Άνδρες	51 (25,6)	2,04	2,73	2,25	2,95	2,25	2,40
	Γυναίκες	148 (74,4)	1,93	2,67	2,31	3,03	2,17	2,32
Ηλικιακή Ομάδα	21–30	63 (31,8)	2,02	2,68	2,38	2,99	2,22	2,36
	31–40	87 (43,5)	1,88	2,63	2,63	2,98	2,11	2,27
	41–50	46 (23,2)	2,01	2,88	2,88	3,10	2,32	2,47
	51–60	2 (1,0)	1,91	2,17	2,17	2,87	2,00	1,96
Ανώτερος τίτλος σπουδών	Βασικό πτυχίο	138 (69,3)	1,95	2,74	2,34	3,09*	2,23	2,38
	Νοσ. Ειδικότητα	23 (11,6)	1,80	2,61	2,13	2,93*	2,11	2,23
	MSc	32 (16,1)	2,06	2,61	2,22	2,77*	2,14	2,28
	PhD	6 (3,0)	1,96	2,55	2,04	2,87*	2,08	2,25
Τύπος ΜΕΘ	Γενική	155 (77,9)	1,96	2,70	2,27	2,95**	2,19	2,33
	Παθολογική	6 (3,0)	2,33	2,84	2,40	2,62**	2,04	2,39
	Χειρουργική	18 (9,0)	1,77	2,84	2,40	3,29**	2,23	2,44
	Καρδιολογική	20 (10,1)	1,94	2,48	2,28	3,40**	2,26	2,29
Κυκλικό ωράριο εργασίας	Ναι	178 (90,8)	1,94	2,65	2,26	3,00	2,17	2,32**
	Όχι	18 (9,2)	2,15	3,22	2,58	3,18	2,47	2,62**
Ενεργές κλίνες ΜΕΘ	≤5	36 (18,1)	2,18	2,98**	2,61**	3,34	2,54**	2,68**
	6–9	80 (40,2)	1,92	2,73**	2,35**	3,13**	2,15**	2,37**
	10–12	27 (13,6)	1,79	2,83**	2,17**	3,02**	2,31	2,27
	>12	56 (28,1)	1,95**	2,43**	2,06**	2,62**	2,03**	2,12**

ΕΧ: Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά, ΝΗ: Νοσηλευτική Ηγεσία, ΣΝΓ: Σχέσεις Νοσηλευτών-Γιατρών, ΣΣ: Σχέσεις Συνεργασίας στο Τμήμα, ΕΑ: Επαγγελματική Αυτονομία, ΣΥΝ: Συνολικό Οργανωσιακό Κλίμα, \*Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0,05$ , \*\* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0,01$

ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία από 10% που ήταν πριν από δεκαπέντε χρόνια περίπου, σχεδόν διπλασιάστηκε ο αριθμός και το ποσοστό των «μικρών» ΜΕΘ από 10% σε 18% και μειώθηκε σημαντικά το ποσοστό των «μεσαίων» ΜΕΘ από 80% σε 53,8%.<sup>31</sup> Ασφαλώς, οι αλλαγές επιλέγονται μέχρι σήμερα, ως λύση στο πρόβλημα της έλλειψης κλινών εντατικής θεραπείας, ωστόσο η αύξηση του αριθμού των «μικρών» ΜΕΘ, οι οποίες δεν είναι αποτελεσματικές σε σχέση με το κόστος λειτουργίας τους συνιστά πρόβλημα αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος.<sup>32</sup> Η λειτουργία της πλειονότητας των ΜΕΘ υπό τον τύπο της Γενικής ΜΕΘ βρίσκεται σε συμφωνία με τις διεθνείς οδηγίες που προτείνουν πως οι Παθολογικές και Χειρουργικές ΜΕΘ πρέπει να συγχωνευτούν σε Μικτές (Γενικές) ΜΕΘ, γιατί τα προβλήματα των βαρέως πασχόντων ασθενών είναι όμοια τόσο στις παθολογικές όσο και στις χειρουργικές κλινικές περιπτώσεις.<sup>33</sup> Σχετικά δε με το μέγεθος των ΜΕΘ, η αύξηση των μεγάλων και μικρών ΜΕΘ θεωρείται σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες αναποτελεσματική, αφού το προτεινόμενο μέγεθος για μια λειτουργική ΜΕΘ είναι 6–8 κλίνες.<sup>32</sup>

Από την ανάλυση των τιμών για κάθε υποκλίμακα της *NWI-R\_Ελληνική Έκδοση* (πίνακας 2) διαπιστώθηκε πως ο

παράγοντας Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά συγκέντρωσε τη χαμηλότερη ΜΤ σε σχέση με τους υπόλοιπους και ιδιαίτερα στα θέματα που επικεντρώνονταν στις ευκαιρίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές. Παρόλο που είναι σαφώς αναγνωρισμένο και τεκμηριωμένο ότι η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, υποχρεωτική ή εθελούσια, είναι απολύτως απαραίτητη για την άσκηση του νοσηλευτικού έργου, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι δεν έχουν πρόσβαση σε τέτοιου είδους επιμορφωτικές δραστηριότητες, ειδικότερα μέσα στο νοσοκομείο. Το εύρημα είναι συμβατό με αντίστοιχα αποτελέσματα και άλλων ελληνικών και διεθνών μελετών.<sup>34</sup> Ως βασικός λόγος για το παραπάνω φαινόμενο αναφέρεται η ανεπαρκής υποστήριξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης από τις νοσοκομειακές διοικήσεις, κάτι που προκαλεί συναισθήματα απογοήτευσης, θυμού, αδικίας και χαμηλού ηθικού στους εργαζόμενους νοσηλευτές.<sup>34</sup>

Περαιτέρω, φαίνεται πως οι νοσηλευτές βιώνουν ένα χαμηλό προς μέτριο επίπεδο αυτονομίας, όπως έχει μετρηθεί και σε άλλες μελέτες σε πληθυσμούς Ελλήνων νοσηλευτών ΜΕΘ.<sup>15–17</sup> Σύμφωνα με παλαιότερη έρευνα των Παπαθανάσογλου και συν, η αυτονομία των νοσηλευτών σχετικά με τα επιτελούμενα καθήκοντά τους είναι μάλλον

χαμηλή ακόμα και για τους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Ωστόσο, οι τελευταίοι έχουν την πεποίθηση πως διαθέτουν υψηλότερο βαθμό αυτονομίας, ενδεχομένως επειδή η ικανοποίησή τους από τα επιτελούμενα καθήκοντα είναι υψηλότερη σε σχέση με το προσωπικό άλλων τμημάτων.<sup>35</sup> Αυτό εν μέρει επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη από τη μέση τιμή που βρέθηκε από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στη δήλωση «οι νοσηλευτές έχουν την ευκαιρία να πραγματοποιούν σημαντικές πράξεις σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς και να λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις σχετικά με την εργασία τους». Από την άλλη πλευρά, οι χαμηλές τιμές στα χαρακτηριστικά του τρόπου οργάνωσης της νοσηλευτικής εργασίας (εφαρμογή του «κατά ομάδες» συστήματος νοσηλευτικής εργασίας, συμβουλευτική από εξειδικευμένους νοσηλευτές), για τα οποία μόνο αυτοί είναι αρμόδιοι να λάβουν αποφάσεις, ενδέχεται να αποκαλύπτουν και τις χαμηλές προσδοκίες των νοσηλευτών για επαγγελματική αυτονομία, οι οποίες με τη σειρά τους δρουν αποτρεπτικά στη διεκδίκηση του σημαντικού εργασιακού αυτού παράγοντα, δημιουργώντας μια αίσθηση συλλογικής «μαθημένης αδυναμίας».<sup>36</sup> Σύμφωνα με άλλους ερευνητές η παθητική στάση των νοσηλευτών συντηρείται από τον τρόπο με τον οποίο εκπαιδεύονται<sup>37</sup> και αισθάνονται ανασφαλείς να προβάλουν το έργο τους, την επιστημονικότητα και τη συμβολή τους στη θεραπευτική ομάδα μέσα σε ένα απολύτως ιατροκεντρικό σύστημα υγείας.<sup>35</sup>

Στην παρούσα έρευνα φάνηκε πως οι νοσηλευτές των δημοσίων νοσοκομείων αντιλαμβάνονται τη συνεργασία τους με τους γιατρούς των ΜΕΘ μικρή έως μέτρια και την ισχύ της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο σύνολό της χαμηλή. Συγκεκριμένα, βαθμολογήθηκε χαμηλά η άποψη ότι οι νοσηλευτές και οι γιατροί εργάζονται ισότιμα μεταξύ τους, αλλά συγκέντρωσε αρκετά μεγαλύτερη μέση τιμή η δήλωση «γιατροί και νοσηλευτές έχουν καλές εργασιακές σχέσεις». Κατά τις Kramer & Schmalenberg υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών.<sup>7</sup> Οι σχέσεις ομαδικής εργασίας και οι σχέσεις αρμονικής συνεργασίας δεν βρίσκουν εφαρμογή στην παρούσα μελέτη, γιατί οι νοσηλευτές δεν θεωρούν πως έχουν ίση δύναμη με τους γιατρούς στη θεραπευτική ομάδα. Επομένως, οι σχέσεις τους ενδεχομένως να είναι τυπικά φιλικές ή σχέσεις δασκάλου-μαθητή. Από την εκτίμηση των μέσων τιμών σε συναφείς ερωτήσεις φαίνεται πως οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τους γιατρούς της ΜΕΘ, έχοντας αποδεχθεί ότι: (α) η νοσηλευτική φροντίδα είναι βασισμένη σε ιατροκεντρικό παρά σε νοσηλευτικό μοντέλο και (β) δεν υπάρχει ξεκάθαρη νοσηλευτική φιλοσοφία για το πώς θα παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα στη ΜΕΘ. Επομένως, η πλειονότητα των νοσηλευτών μάλλον επικεντρώνεται στην απλή διεκπεραίωση καθηκόντων και οδηγιών, χωρίς να συμμετέχει ενεργά στη

λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα των ασθενών, στάση που εξασφαλίζει λιγότερες διαφωνίες και συγκρούσεις με την ιατρική ομάδα.

Η νοσηλευτική ηγεσία σε επίπεδο προϊστάμενου ΜΕΘ βαθμολογήθηκε θετικά στην παρούσα μελέτη. Μέχρι σήμερα η πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων καταδεικνύουν ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζεται το νοσηλευτικό προσωπικό από τη νοσηλευτική ηγεσία μάλλον συμβάλλει στην απογοήτευση και τη διάψευση των προσδοκιών του.<sup>24</sup> Έχει ήδη επισημανθεί το χάσμα που υπάρχει μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και της ηγεσίας του, αφού οι νοσηλευτές μάλλον διαφωνούν με τα πρότυπα και τη φιλοσοφία που η ηγεσία επιβάλλει σχετικά με τον νοσηλευτικό ρόλο.<sup>24</sup> Στην παρούσα μελέτη, οι προϊστάμενοι νοσηλευτές των ΜΕΘ αξιολογήθηκαν ως αρκετά υποστηρικτικοί απέναντι στο υφιστάμενο προσωπικό τους, βοηθητικοί απέναντι στα καθημερινά προβλήματα του και ελαστικοί στον σχεδιασμό του προγράμματος εργασίας. Αν και η υποστηρικτική νοσηλευτική ηγεσία φαίνεται πως επιδρά στην αύξηση των ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης, την επαρκή στελέχωση των ΜΕΘ σε νοσηλευτές,<sup>38,39</sup> την επαγγελματική αυτονομία,<sup>40</sup> τη συμμετοχή σε αποφάσεις πολιτικής του νοσοκομείου<sup>40</sup> και την ενίσχυση καινοτόμων ιδεών των νοσηλευτών,<sup>38</sup> στην παρούσα μελέτη κανένα από τα παραπάνω αποτελέσματα δεν επαληθεύτηκε και οι βαθμολογίες στις αντίστοιχες ερωτήσεις της κλίμακας NWI-R\_Ελληνική Έκδοση ήταν χαμηλές. Ένας πιθανός λόγος που δικαιολογεί τις διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων των συγκεκριμένων ερευνών είναι ότι η νοσηλευτική διοίκηση ασκείται στα πλαίσια ενός δημοσιοϋπαλληλικού καθεστώτος, που δεν αποκεντρώνει αυτού του είδους τις αρμοδιότητες στα στελέχη του.

Οι σχέσεις συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων νοσηλευτών και νοσηλευτών-λοιπών επαγγελματιών υγείας, πλην των γιατρών, βαθμολογήθηκαν με τα υψηλότερα σκορ της κλίμακας, αποτέλεσμα που βρίσκεται σε συμφωνία με αυτά των Δημητριάδου και συν, που καταγράφουν υψηλή ομοιοεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών σε επίπεδο τμήματος.<sup>41</sup> Αυτός ο τύπος σχέσεων συνεργασίας ήταν και ο μοναδικός παράγοντας που συσχετίστηκε σημαντικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Καμία άλλη σημαντική διαφορά στην αξιολόγηση του οργανωσιακού κλίματος των ΜΕΘ δεν παρατηρήθηκε μεταξύ νοσηλευτών διαφορετικού φύλου, ηλικίας, εκπαιδευτικού επιπέδου, οικογενειακής κατάστασης και νοσηλευτικής εμπειρίας, όπως και στη μελέτη των Δημητριάδου και συν.<sup>41</sup>

Ενδιαφέρον έχει ότι η παρούσα μελέτη κατέδειξε ότι όσο πιο μικρή είναι μια ΜΕΘ και όσο η εργασία γίνεται με μη κυκλικό ωράριο, τόσο πιο θετικά χαρακτηρίζουν οι ερωτώμενοι το συνολικό κλίμα και ειδικότερα την ισχύ της νοσηλευτικής ηγεσίας και τη συνεργασία των νοση-



λευτών με γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Η πρώτη συσχέτιση πιθανόν οφείλεται στο μέγεθος του φόρτου εργασίας, ο οποίος αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους στρεσογόνους παράγοντες για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ.<sup>42</sup> Επομένως, όσο πιο μικρή είναι μία ΜΕΘ, τόσο μικρότερος φόρτος εργασίας θα αναλογεί σε κάθε εργαζόμενο νοσηλευτή της και όσο λιγότερα άτομα πρέπει να συνεργαστούν, τόσο λιγότερα επίπεδα εμπειρίας και εξουσίας θα συνυπάρχουν, τόσο λιγότερες διαφορετικές απόψεις θα διατυπώνονται και τόσο λιγότερες συγκρούσεις ενδεχομένως εκδηλώνονται. Η δεύτερη συσχέτιση μπορεί να ερμηνευτεί από το ότι η εργασία με το σύστημα της βάρδιας και ιδιαίτερα σε νυχτερινές βάρδιες έχει αναγνωριστεί ως πηγή έντονου στρες για τους νοσηλευτές,<sup>43</sup> αφού η κόπωση και η έλλειψη ύπνου αυξάνει τη συχνότητα των νοσηλευτικών λαθών, των ανεπιθύμητων συμβάντων και των τραυματισμών των νοσηλευτών.<sup>44,45</sup> Ένας τέτοιος εργασιακός χώρος, στον οποίο οι εργαζόμενοι δεν αισθάνονται ασφάλεια, έχει μεγάλη πιθανότητα να αξιολογηθεί αρνητικά. Από την άλλη μεριά η έλλειψη των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ώρες πέραν του πρωινού ωραρίου επιβαρύνει το νοσηλευτικό έργο και με αλλότρια καθήκοντα, που ενδεχομένως έχει ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να αισθάνονται ότι η νοσηλευτική διοίκηση δεν κατανοεί τα προβλήματά τους, αφού δεν τα επιλύει. Στην παραπάνω λογική η αναμενόμενη αύξηση του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας από την ενασχόληση με επιπλέον καθήκοντα –εκτός των νοσηλευτικών– πιθανόν οξύνει και τις σχέσεις συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών σε μια ΜΕΘ.

### Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης ενδεχομένως να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των νοσηλευτών ΜΕΘ των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων, λόγω των ανύπαρκτων σχετικών στοιχείων για τον πληθυσμό αναφοράς για τη δεδομένη περίοδο και των συνεχών μεταβολών στο νοσηλευτικό δυναμικό της χώρας. Ο τρόπος επιλογής του δείγματος ήταν μη τυχαίος, γεγονός που πιθανόν περιορίσει την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Η εθελοντική συμμετοχή του δείγματος μπορεί να έχει επιφέρει ορισμένα αναπόφευκτα λάθη μεροληψίας.

### Συμπεράσματα

Από τη μελέτη προκύπτει ότι το οργανωσιακό κλίμα των ΜΕΘ στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δεν θεωρείται θετικό από τους νοσηλευτές τους. Τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού επαγγέλματος με έμφαση στις λιγοστές ευκαιρίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, το χαμηλό επίπεδο νοσηλευτικής αυτονομίας και οι προβληματικές σχέσεις των νοσηλευτών με τους γιατρούς των ΜΕΘ θεωρούνται τρεις από τις πλέον αρνητικές συνιστώσες του κλίματός

τους. Οι παραπάνω αντιλήψεις δεν επηρεάζονται από τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, αλλά από το μέγεθος των ΜΕΘ. Το τελευταίο αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα για τη θεωρούμενη από τους νοσηλευτές ποιότητα της νοσηλευτικής ηγεσίας, συνεργασία νοσηλευτών-γιατρών και επαγγελματική αυτονομία.

### Κατευθύνσεις για την καθημερινή πρακτική

Η μετατροπή ορισμένων χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος των ΜΕΘ από αρνητικά σε θετικά ίσως να βελτιώνει το σημερινό κλίμα σε αυτές. Για τον σκοπό αυτόν, προτείνονται οι παρακάτω στρατηγικές: (α) στελέχωση με ποιοτικά και ποσοτικά επαρκές προσωπικό, που θα προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των νοσηλευτικών υπηρεσιών, δίνοντας χρόνο στους νεοεισερχόμενους νοσηλευτές να προσαρμόζονται ομαλά στο σύστημα εργασίας των ΜΕΘ, να εκπαιδεύονται μέχρι να μπορούν να χειριστούν τα κλινικά προβλήματα με ασφάλεια και αποφορτίζοντάς τους από αλλότρια καθήκοντα ή αυξημένο όγκο εργασίας, όσο δύσκολο κι αν φαίνεται στην τρέχουσα συγκυρία, (β) ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας των μελών του προσωπικού μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προσωπικής προσπάθειας να προστατεύουν και να προάγουν τη συνεργασία στη βάση της καλής θέλησης, του αμοιβαίου σεβασμού και των σχετικών δεξιοτήτων, (γ) ουσιαστική αναγνώριση των ειδικών γνώσεων των νοσηλευτών με ενσωμάτωση και ενεργή συμμετοχή τους στις επίσημες διαδικασίες λήψης αποφάσεων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, (δ) αποτελεσματική διοίκηση των ΜΕΘ από νοσηλευτικά στελέχη που να διαθέτουν τόσο γνώσεις και ικανότητες διοίκησης, όσο και αληθινό ενδιαφέρον για τους υφιστάμενους και τα προβλήματά τους, αποτελώντας σημεία αναφοράς για όλη τη θεραπευτική ομάδα.

### Ερευνητικές κατευθύνσεις

Αν και από τα παραπάνω συνάγεται πως είναι επιτακτική η ανάγκη για βελτίωση του κλίματος στις ελληνικές ΜΕΘ, προκειμένου οι νοσηλευτές να ασκούν αποτελεσματικά το έργο τους, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διερεύνηση της επίδρασης του οργανωσιακού κλίματος στην ποιότητα ζωής του ιατρικού και του υπόλοιπου υγειονομικού προσωπικού μέσα σε μια ΜΕΘ για να διαφανεί το κατά πόσο οι προτεινόμενες αλλαγές μπορούν να αποτελέσουν κοινές επιδιώξεις.

### Ευχαριστίες

*Οι ερευνητές ευχαριστούν θερμά τον Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής του ΕΣΝΕ που παραχώρησε στοιχεία επικοινωνίας με τις ΜΕΘ της Ελλάδας, τους συνδέσμους-νοσηλευτές ΜΕΘ καθώς και τους συμμετέχοντες νοσηλευτές που ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση.*

## ABSTRACT

**Organizational Climate in Greek Public Sector Intensive Care Units: How Supportive is for Nurses?**Vassiliki Karra,<sup>1</sup> Maria Kalafati,<sup>2</sup> Dimitrios Xythalis,<sup>3</sup> Georgios Alexias<sup>4</sup><sup>1</sup>RN, MSc, MHCM, PhD, "Sismanoglio" General Hospital of Athens, Athens,<sup>2</sup>RN, PhD, MSc, BSc, RN, LTS, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,<sup>3</sup>RN, MA(Ed), MSc (c), Koropi Health Center, Koropi,<sup>4</sup>Sociologist, Associate Professor, Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, Greece

**Introduction:** Organizational climate refers to a set of long lasting characteristics of a unit's internal environment, which can be described in terms of values set by the employees. Few studies have focused on the organizational climate's dimensions in Intensive Care Units (ICU). **Aim:** To assess critical care nurses' perceptions on organizational climate in Greek public hospitals' ICUs. **Material and Method:** Descriptive cross sectional study of correlation comparison in a convenience sample of critical care nurses (n=199) in Greek public hospitals. An 8-item questionnaire with demographic, professional and working characteristics was used, as well as the Nurse Work Index-Revised-Greek Edition. Non-parametric tests were performed to ascertain the statistical significance of the observed score differences and correlation coefficients were computed to indicate correlations between variables. **Results:** Total score on organizational climate in Greek public sector ICUs was below midpoint for all respondents as a group (2.34±0.43), indicating that Greek ICUs are not supportive work environments in the hospitals studied. Nursing professional characteristics (1.96±0.57), nurse-physician collaboration and status of Nursing in hospitals (2.29±0.54), as well as professional autonomy (2.19±0.61) had a mean score below the neutral midpoint of 2.5, while nursing leadership in ICU (2.70±0.66) and relationships with other staff (3.01±0.56) were evaluated as the most positive characteristics of ICU environment. The size of an ICU is a determinant of its organizational climate (tau<sub>b</sub>=-0.310, p<0.001). **Conclusions:** Greek nurses' shared experiences form their perceptions that ICU working environments are not supportive in terms of nursing professional development and recognition.

**Key-words:** Organizational climate, collaboration, autonomy, leadership, NWI-R, nurses, Intensive Care Unit.

✉ **Corresponding Author:** Vassiliki Karra, 5 Monis Kikkou street, GR-152 39 Nea Penteli, Athens, Greece, Tel: (+30) 210-60 95 758, (+30) 6945 754 052, Fax: (+30) 210-60 95 758, e-mail: vassilikikarra@yahoo.com

**Βιβλιογραφία**

- Schneider B, Ehrhar MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Annu Rev Psychol* 2013, 64:361-388
- Glick WH. Organizations are not central tendencies: shadowboxing in the dark, round 2. *Acad Manage Rev* 1988, 13:133-137
- Tagiuri R. The concept of organizational climate. In: Tagiuri R (ed) *Organizational Climate: Exploration of a Concept*. Harvard College, Boston, 1968
- Santiago TH, Turrini RN. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015, 49:123-130
- Snow JL. Enhancing work climate to improve performance and retain valued employees. *JONA* 2002, 32:393-397
- Lake ET. The Nursing Practice Environment: Measurement and Evidence. *Med Care Res Rev* 2007, 64(Suppl 2):1095-1122
- Kramer M, Schmlenberg CE. Best Quality Patient Care: a historical perspective on magnet hospitals. *Nurs Admin Q* 2005, 29(3):275-287
- Estabrooks C, Tourangeau AE, Humphren CK, Hesketh KL, Giovanetti P, Thompson P et al. Measuring the hospital practice environment: a Canadian context. *RINAH* 2002, 25:256-268
- Choi J, Bakken S, Larson E, Dy Y, Stone PW. Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nurs Res* 2004, 53(6):370-378
- Gerhardt WE, Van Kuiken D. Assessing magnet readiness using the Nursing Work Index-Revised survey. *JONA* 2008, 38(10):429-434
- Κοσμίδης Δ. Υποστηρικτικό Εργασιακό Περιβάλλον και Ποιότητα Φροντίδας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Ιατρική Σχολή Αθήνας σε σύμπραξη με ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', Αθήνα, 2010
- Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care* 2013, 28:51-61
- Kramer M, Maguire P, Schmalenberg CE. Excellence through evidence: the what, when and where of clinical autonomy. *JONA* 2006, 36(10):479-491
- Varjus SL, Suominen T, Leino-Kilpi H. Autonomy among intensive care nurses in Finland. *Intensive Crit Care Nurs* 2003, 19:31-40
- Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional au-

- tonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care* 2012, 21:41–52
16. Papanthanasoglou E, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kasikou J, Lavdaniti M. Practice and clinical decision making autonomy among Hellenic critical care nurses. *J Nurs Manag* 2005, 13(2):154–164
  17. Iliopoulou KK, While AE. Professional Autonomy and Job Satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *J Adv Nurs* 2010, 66(11):2520–2531
  18. Pearson A, Porrit KA, Doran D, Vincent L, Craig D, Tucker D et al. A comprehensive systematic review of evidence of the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that foster a healthy work environment. *Int J Evid Healthc* 2006, 4:118–159
  19. Schmalenberg C, Kramer M, King CR, Krugman M, Lund C, Poduska D, Rapp D. Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse-physician relationships Part 1. *J Adv Nurs* 2005, 35(10):450–458
  20. Dimitriadou A, Lavdaniti M, Theofanidis D, Psychogiou M, Minigaridou Eu, Konstadinidou A et al. Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. *Intern J Car Sci* 2008, 1(3):140–146
  21. Deltsidou A, Mallidou A, Katostaras TH. Nurses and doctors colleagues? Aspects of obstetricians and pediatricians. *Nursing* 2000, 4:325–331
  22. Washlin I, Ek A, Idvall E. Staff empowerment in intensive care: nurses' and physicians' lived experiences. *Intens Crit Care Nurs* 2010, 26(5):262–269
  23. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 2003, 18:71–75
  24. Δημητριάδου-Παντέκα Α, Λαβδανίτη Μ, Κωνσταντινίδου-Στραϊκού Α, Τριαρίδης Α, Σαπουντζή-Κρέπια Δ. Παράγοντες που διαμορφώνουν την επαλήθευση των προσδοκιών της επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος. *Νοσηλευτική* 2009, 48(2):228–237
  25. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (Rev. ed). Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1987
  26. Verran JA, Gerber RM, Milton DA. Data aggregation: criteria in psychometric evaluation. *Res Nurs Health* 1995, 18:77–80
  27. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals. The revised nursing work index. *Nurs Res* 2000, 49(3):146–153
  28. Χαϊκάλη Σ. Ηθικό αδιέξοδο και επιπτώσεις του σε νοσηλευτές βαρέως πασχόντων ασθενών. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 2011
  29. Lake ET. Development of the Practice Environment Scale of the Nurse Work Index. *Res Nurs Health* 2002, 25(3):176–188
  30. Schmalenberg C, Kramer M. Essentials of a productive nurse work environment. *Nurs Res* 2008, 57(1):2–13
  31. Τσιμογιάννη Α, Μπαλτόπουλος Γ, Φιλντισης Γ, Μπούτζουκα Ε, Μυριανθούς Π, Λαδάκης Χ. Στελέχωση Πολυδύναμων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας: Παρούσα Κατάσταση. *Πνεύμων* 2001, 14(1):38–46
  32. Vincent JL, Artigas A, Bihari D. Guidelines for the utilization of Intensive Care Units. *Intensive Care Med* 1994, 20:163–164
  33. Aitkenhead AR, Booij LH, Dhainaut JF. International standards for safety in the Intensive Care Unit. *Intensive Care Med* 1993, 19:178–181
  34. Callaghan M. Nursing morale: what is like and why? *J Adv Nurs* 2003, 42(1):82–89
  35. Παπαθανασόγλου ΕΔΕ, Μερκούρης Α, Πιστόλας Β, Παπαγιαννάκη Δ, Τζιάλλας Δ, Λεμονίδου Χ. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας εμφραγματιών στην Ελλάδα: διερεύνηση της οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. *Νοσηλευτική* 2003, 42(2):206–218
  36. Patiraki-Kourbani E. Greece (Hellenic Republic) In: Erickson D'Avanzo C, Geissler EM (eds) *Cultural Health Assessment*, Mosby, St Louis, 2003:303–307
  37. Freire P. *Pedagogy of the Oppressed*, New York Continuum, 2000
  38. Cummings GG, Olson K, Hayduk L, Bakker D, Fitch M, Green L et al. The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *J Nurs Manag* 2008, 16(5):308–318
  39. Bekemeier B, Maggie J. Relationships between local public health agency functions and agency leadership and staffing: a look at nurses. *J Publ Hlth Manag Pract* 2010, 16(2):8–16
  40. Weston MJ. Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice. *OJIN* 2010, 15(1):manuscript 2
  41. Δημητριάδου-Παντέκα Α, Φουντούκη Α, Θεοφανίδης Δ, Ντιο Ε. Διερεύνηση του νοσηλευτικού εργασιακού θετικού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο- και ετεροεπαγγελματικής συνεργασίας. *Νοσηλευτική* 2010, 49(1):91–100
  42. Carayon P, Gurses AP. A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs* 2005, 21(5):284–301
  43. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 2003, 44(6):633–642
  44. Josten EJC, Ng-A-Tham JEE, Thierry H. The effects of extending workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *J Adv Nurs* 2003, 44:643–652
  45. Ruggiero JS. Correlates of fatigue in critical care nurses. *Res Nurs Health* 2003, 23:434–444